

PANORAMAS
DE LA DREES
SANTÉ

Les dépenses de santé en 2025

Résultats des comptes
de la santé

ÉDITION 2026

Direction
de la recherche,
des études,
de l'évaluation
et des statistiques

PANORAMAS

Les dépenses de santé en 2025

Résultats des comptes
de la santé

ÉDITION 2026

Les dépenses de santé en 2025 – Édition 2026

Résultats des comptes de la santé

Sous la direction de **Mathilde Didier** et **Bastien Virely**

Relecture

Frank Arnaud, Clément Dherbécourt

Coordination

Clément Delecourt

Maquette

Nassim Zbalah

Production des comptes pour la France

Samy Aït-Touati, Gabriel Boulet-Thomas, Clément Delecourt, Vincent Reduron, Loïc Vinet, Bastien Virely, Nassim Zbalah

Rédaction

Samy Aït-Touati, Gabriel Boulet-Thomas, Manon Cadillac, Alexandre Cazenave-Lacroutz, Clément Delecourt, Mathilde Didier, Agathe Mouret, Vincent Reduron, Loïc Vinet, Bastien Virely, Nassim Zbalah

Directeur de la publication

Thomas Wanecq

Responsable d'édition

Valérie Bauer-Eubriet

Secrétariat de rédaction et graphisme

Julie Eneau, Alexandre Gadaud, Marianne Poueyou, Céline Roux

Organisation de la Commission des comptes de la santé

Isabelle Philippon

Remerciements

La Drees tient à remercier les personnels des organismes privés et publics qui fournissent chaque année les données nécessaires à l'élaboration des comptes de la santé, en particulier la Direction de la Sécurité sociale (DSS), la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam), l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la Direction générale des finances publiques (DGFiP), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la Confédération nationale du Planning familial, l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBT), le Régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle (RLAM), la Mutualité sociale agricole (MSA), la Direction générale des collectivités locales (DGCL), la Direction générale du travail (DGT), la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS), le ministère de l'Éducation nationale, le Comité économique des produits de santé (CEPS), OpenHealth Company et l'Union nationale des associations agréées (Unasa).

Avant-propos

Chaque année, les comptes nationaux de la santé proposent une « photographie » statistique des dépenses de santé en France, qu'elles se rattachent à des soins ou à des biens médicaux, et quel que soit leur financeur. Ce panorama accompagne la mise à disposition, sur le site open data de la Drees, des séries annuelles des comptes, en les analysant en détail. La dimension du financement occupe une place importante : au-delà de la prise en charge par la Sécurité sociale et les administrations centrales et locales, la part des organismes complémentaires et le reste à charge des ménages sont pris en compte.

Une autre grande dimension est celle des comparaisons internationales, harmonisées par les normes statistiques et comptables du *System of Health Accounts* (SHA) de l'OCDE, d'Eurostat et de l'OMS. Le SHA s'articule autour de l'agrégat de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) ; historiquement, les comptes nationaux de la santé s'articulaient autour de la notion de consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Pour favoriser la cohérence avec le système international des comptes de la santé, l'agrégat historique français a progressivement évolué depuis plusieurs années, par rapprochements successifs. Toutefois, la CSBM restait l'agrégat central des comptes pour l'analyse du niveau et des évolutions des dépenses de santé.

L'édition 2026 est caractérisée par un changement de focale par rapport aux éditions précédentes : les analyses et commentaires sont désormais proposés directement au niveau de la DCSi. L'opposition entre la DCSi et la CSBM, structurante dans les éditions précédentes, disparaît, la CSBM apparaissant comme une composante de la DCSi. Ce choix facilite les comparaisons internationales, tout en conservant l'agrégat historique de la comptabilité nationale hexagonale, en particulier s'agissant du partage entre les évolutions relevant d'un effet prix ou d'un effet volume.

Toujours en cohérence avec les recommandations statistiques internationales, cette édition présente aussi une révision du périmètre de la DCSi. Cette évolution provient du reclassement des dépenses liées à l'hébergement en établissements de soins de longue durée au sein de l'agrégat des soins de longue durée, et donc au sein de la DCSi, en application d'une recommandation de l'OCDE. De ce fait, les séries annuelles des comptes sont révisées à la hausse sur le sous-champ des soins de longue durée, par rapport aux éditions précédentes. Il s'agit de la principale parmi les révisions qui, cette année comme tous les ans, permettent d'améliorer la méthodologie des comptes.

Les principaux enseignements des comptes de la santé sont présentés par la Drees, lors de la réunion de la Commission des comptes de la santé, au ministre en charge de la santé, à des représentants des professionnels de la santé, ainsi qu'à des personnalités et acteurs du secteur. Les travaux de cette commission s'inscrivent dans le cycle préparatoire sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale discuté par le Parlement à l'automne. Depuis 2024, cette Commission est présidée par Florence Jusot, professeure d'économie à l'université Paris Dauphine et présidente du collège des économistes de la santé.

Sommaire

Les dépenses de santé en 2025 – Édition 2026

Vue d'ensemble 8

Les agrégats des dépenses de santé 21

Fiche 01 • La dépense courante de santé au sens international.....	22
Fiche 02 • De la dépense courante de santé au sens international à la consommation de soins et de biens médicaux.....	25
Fiche 03 • L'évolution en volume et en prix de la consommation de soins et de biens médicaux.....	29

Le financement des dépenses de santé 35

Fiche 04 • Le financement de la dépense courante de santé au sens international	36
Fiche 05 • Le financement par les administrations publiques	44
Fiche 06 • Le financement par les organismes complémentaires	53
Fiche 07 • Le reste à charge des ménages.....	59

La DCSi par composante 65

Les soins hospitaliers

Fiche 08 • Les soins hospitaliers publics.....	68
Fiche 09 • Les soins hospitaliers privés	73
Fiche 10 • Le secteur hospitalier.....	78

Les soins courants en ville

Fiche 11 • Les soins des médecins généralistes.....	88
Fiche 12 • Les soins des médecins spécialistes.....	94
Fiche 13 • Les soins de sages-femmes	102
Fiche 14 • Les soins et prothèses dentaires	106
Fiche 15 • Les soins infirmiers.....	114
Fiche 16 • Les soins de kinésithérapie.....	118
Fiche 17 • Les soins des auxiliaires médicaux hors soins infirmiers et de kinésithérapie	121

Les activités techniques et auxiliaires

Fiche 18 • Les analyses et prélèvements en laboratoire de biologie médicale.....	128
Fiche 19 • L'imagerie médicale.....	131
Fiche 20 • Les transports sanitaires.....	135

Les biens médicaux en ambulatoire	
Fiche 21 • Les médicaments en ambulatoire	140
Fiche 22 • La structure des ventes de médicaments aux officines	146
Fiche 23 • L'optique médicale	151
Fiche 24 • Les audioprothèses	155
Fiche 25 • Les dispositifs médicaux hors optique médicale et audioprothèses	159
Les autres dépenses de santé	
Fiche 26 • Les soins de longue durée	168
Fiche 27 • Les dépenses de prévention	173
Fiche 28 • Les dépenses de gestion du système de santé	179
Comparaisons internationales	183
Fiche 29 • Comparaisons internationales de la dépense courante de santé en 2024 et 2025	184
Fiche 30 • Comparaisons internationales du reste à charge des ménages en 2024	194
Les dépenses de santé par âge et sexe	203
Fiche 31 • Les dépenses de santé par âge et sexe	204
Annexes	209
Annexe 1 • Comparaison des différents agrégats macroéconomiques de dépenses de santé	210
Annexe 2 • Sources et méthodes	224
Annexe 3 • Les révisions de l'édition 2026 des comptes de la santé	228
Annexe 4 • Le partage volume/prix dans les comptes de la santé	236
Annexe 5 • Liste des sigles utilisés	246
Annexe 6 • Glossaire	249
Tableaux détaillés	257
Les dépenses de santé depuis 2015	258



Vue d'ensemble



Les agrégats
des dépenses de santé

Le financement
des dépenses de santé

La DCSi par composante

Comparaisons internationales

Les dépenses de santé
par âge et sexe

Annexes

Tableaux détaillés

Vue d'ensemble

En 2025, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'élève à 353 milliards d'euros en France, soit 11,8 % du PIB. Elle augmente de 3,3 %, un peu moins qu'en 2024 (+3,5 %). Les dépenses de médicaments et les soins courants en ville ralentissent, tandis que les dépenses de prévention rebondissent et les dépenses de soins de longue durée (SLD) sont de nouveau dynamiques. Malgré ce léger ralentissement, la DCSi augmente à un rythme plus élevé qu'avant la crise sanitaire. En 2025, la DCSi progresse plus vite que le PIB, de sorte que le poids des dépenses de santé dans le PIB augmente, de 11,7 % à 11,8 %.

Sur le périmètre de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM), soit 256 milliards d'euros en 2025, les dépenses de santé ralentissent en valeur à +2,7 %, après 3,5 % en 2024. Ce ralentissement s'explique par celui des volumes (+2,0 % après +2,8 % en 2024) : en particulier, les volumes de soins courants en ville fléchissent nettement et la consommation de médicaments en volume ralentit. Les prix augmentent de nouveau modérément, au même rythme qu'en 2024 (+0,7 %).

En 2025, la structure de financement de la DCSi est stable. Les administrations publiques financent 77,4 % des dépenses de santé, comme en 2024. La part des dépenses financées par les organismes complémentaires (OC) augmente légèrement (12,3 %, après 12,2 % en 2024), en miroir du taux de reste à charge des ménages qui diminue légèrement (9,7 % après 9,8 % en 2024).

En 2025, la DCSi augmente moins en France que dans l'ensemble de l'Union Européenne (+5,9 %). En revanche, la part des dépenses de santé dans le PIB demeure plus élevée en France (11,8 %) que dans l'Union européenne (UE) [10,5 %]. Concernant le financement, la France se caractérise par une prise en charge publique plus élevée que dans le reste de l'UE (74,3 % en moyenne dans l'UE en 2024), par un reste à charge des ménages plus bas (14,8 % en moyenne dans l'UE en 2024), et par une part plus élevée des dépenses prises en charge par les organismes complémentaires (10,9 % en moyenne dans l'UE en 2024).

La DCSi augmente de 3,3 % pour s'établir à 353 milliards d'euros

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) est l'agrégat central du système des comptes de la santé (*system of health accounts*, SHA). Elle comprend les dépenses dont l'objectif principal est d'améliorer, de préserver et de prévenir la détérioration de l'état de santé des personnes, ou d'atténuer les effets d'une maladie, grâce à la mise en œuvre de compétences qualifiées en matière de santé. Elle recouvre l'ensemble des dépenses, quel que soit leur financeur (annexe 1).

En 2025, en France, la DCSi s'élève à 353,2 milliards d'euros (*tableau 1*). Elle augmente de 3,3 %, après +3,5 % en 2024 et +3,7 % en 2023. Elle progresse à un rythme plus élevé qu'avant la crise sanitaire liée au Covid-19 (+2,2 % par an en moyenne entre 2010 et 2019).

En 2025, la DCSi augmente aussi à un rythme plus soutenu que le PIB en valeur dans son ensemble (+1,9 %). La part de la DCSi dans le PIB progresse de 0,1 point en 2025 et s'établit à 11,8 %, un niveau plus élevé qu'avant la crise sanitaire (11,4 % en moyenne entre 2015 et 2019).

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) constitue la principale composante de la DCSi, dont elle représente environ les trois quarts. La CSBM mesure spécifiquement l'ensemble des dépenses relatives au traitement d'une perturbation de l'état de santé d'une personne. Elle comprend les dépenses de soins curatifs et de rééducation (en ville ou à l'hôpital), les dépenses de services auxiliaires (laboratoires de biologie médicale, imagerie, transports sanitaires), ainsi que les dépenses de biens médicaux, à l'exclusion des produits immunisants classés en dépenses de prévention. La CSBM exclut également les dépenses au titre des soins de longue durée ainsi que les frais de gestion du système de santé.

En 2025, la CSBM s'élève à 256,5 milliards d'euros. Elle augmente de 2,7 %, après +3,5 % en 2024. Ce ralentissement est lié d'abord aux dépenses de médicaments (+1,3 % en 2025, après +4,0 % en 2024) et aux dépenses de soins courants en ville (+3,7 % en 2025, après +4,8 % en 2024), deux postes de dépenses très dynamiques en 2024. La part de la CSBM dans le PIB s'établit à 8,6 % en 2025, un niveau proche de sa moyenne d'avant crise.

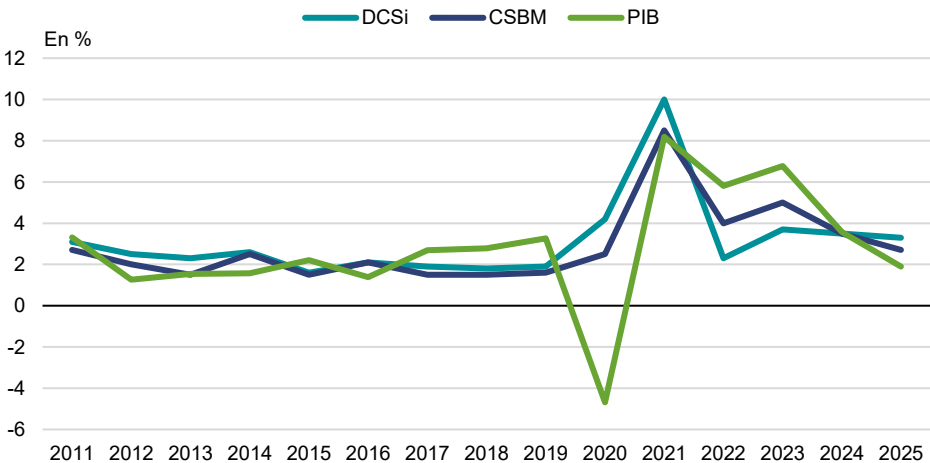
Tableau 1 Dépense courante de santé au sens international par composante, en France

En milliards d'euros

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Structure 2025 (en %)
Soins hospitaliers	85,6	105,9	110,5	117,5	120,7	124,1	+2,8	35,1
Soins hospitaliers publics	67,0	81,7	85,5	91,0	93,5	96,2	+2,9	27,2
Soins hospitaliers privés	18,6	24,2	25,0	26,5	27,2	27,9	+2,6	7,9
Soins ambulatoires	54,2	64,6	67,0	70,2	73,2	75,4	+3,0	21,3
Soins courants en ville	41,1	49,4	51,3	53,3	55,8	57,9	+3,7	16,4
Activités techniques et auxiliaires	13,0	15,2	15,8	16,9	17,4	17,5	+1,0	5,0
Biens médicaux	46,3	50,6	52,3	53,7	55,8	56,9	+2,0	16,1
Médicaments en ambulatoire	31,1	30,9	32,3	33,2	34,5	34,9	+1,3	9,9
Dispositifs médicaux	15,2	19,7	20,0	20,5	21,3	22,0	+3,1	6,2
Consommation de soins et biens médicaux (CSBM)	186,1	221,1	229,9	241,3	249,7	256,5	+2,7	72,6
Part de la CSBM dans le PIB (en %)	8,5	8,8	8,7	8,5	8,5	8,6		
Soins de longue durée	44,6	57,4	59,7	64,2	66,8	69,9	+4,7	19,8
Prévention	6,0	17,6	13,4	8,7	8,6	9,2	+6,8	2,6
Gestion du système de santé	14,9	15,5	15,8	16,2	17,0	17,6	+3,8	5,0
Dépense courante de santé au sens international (DCSi)	251,5	311,5	318,7	330,4	342,0	353,2	+3,3	100,0
Part de la DCSi dans le PIB (en %)	11,4	12,4	12,0	11,7	11,7	11,8		

Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee pour le PIB.

Graphique 1 Taux de croissance de la CSBM, de la DCSi et du PIB en valeur, en France



Lecture > En 2025, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) progresse de 3,3 % et la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) de 2,7 %. Cette progression est supérieure à celle du produit intérieur brut (+1,9 %).

Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee pour le PIB.

Les dépenses de prévention, qui comprennent les dépenses de prévention institutionnelle ainsi que les dépenses de consommation de produits immunisants, sont très dynamiques en 2025 : elles progressent de 6,8 %, après plusieurs années marquées par le reflux des dépenses de prévention liées au Covid-19. En 2025, les dépenses de vaccins, notamment contre le virus varicelle-zona, les méningocoques et pneumocoques et la grippe sont particulièrement soutenues. Les dépenses de prévention s'établissent au total à 9,2 milliards d'euros en 2025 et représentent 3 % de la DCSi.

Les dépenses de soins de longue durée (SLD) représentent 20 % des dépenses de santé en 2025. Elles rassemblent les dépenses de santé pour les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes handicapées, à l'exclusion des soins curatifs ou de rééducation, comptabilisés au sein de la CSBM. Dans le système des comptes de la santé, ces dépenses incluent également les dépenses de soins auprès des personnes souffrant d'addiction.

En 2025, les dépenses de SLD sont de nouveau dynamiques. Elles augmentent de 4,7 % (après +4,0 % en 2024), un rythme supérieur à celui de la DCSi dans son ensemble. Leur part dans le total des dépenses de santé progresse en raison du vieillissement de la population.

La DCSi comprend enfin les frais de gestion du système de santé. Ils recouvrent les frais de gestion (principalement des salaires et des cotisations sociales) de la Sécurité sociale, des autres administrations publiques responsables du pilotage des politiques de santé ainsi que les frais de gestion des OC. Les frais de gestion du système de santé sont

dynamiques, quoiqu'en léger ralentissement (+3,8 % en 2025, après +4,9 % en 2024). Ils représentent 5 % de la DCSi en 2025.

La CSBM progresse de 2,0 % en volume, après +2,8 % en 2024

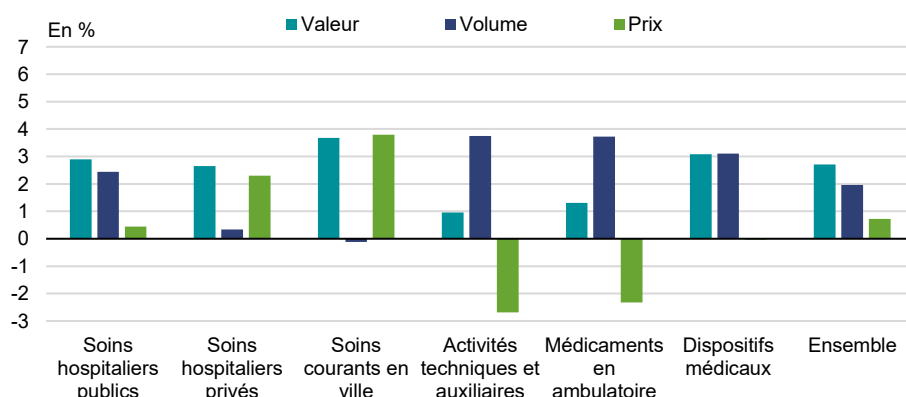
Sur le périmètre de la CSBM, qui représente 73 % de la dépense courante de santé au sens international, l'évolution des dépenses est décomposée dans les comptes de la santé entre un effet lié à l'évolution des prix d'une part, et un effet lié à l'évolution des volumes des biens et services consommés d'autre part (*graphique 2*).

En 2025, le ralentissement de la CSBM est lié à la décélération de la consommation en volume (+2,0 % après +2,8 % en 2024), tandis que les prix augmentent de nouveau modérément (+0,7 % en 2025 comme en 2024). Malgré ce ralentissement, la CSBM augmente en volume à un rythme proche de celui d'avant crise sanitaire. En outre, elle tire à la hausse la consommation effective des ménages en volume, qui augmente de 0,5 % dans son ensemble en 2025.

Dans le détail, le ralentissement du volume de CSBM provient du repli du volume de soins courants en ville (-0,1 % en 2025, après +2,2 % en 2024) et du ralentissement de la consommation de médicaments (hors produits immunisants) [+3,7 % en 2025, après +6,5 % en 2024].

Les prix augmentent en 2025 au même rythme qu'en 2024. L'accélération des prix des soins courants en ville est compensée par une baisse des prix des activités techniques plus prononcée en 2025 qu'en 2024.

Graphique 2 Taux de croissance de la CSBM en valeur, volume et prix en 2025 en France



Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee et statistique mensuelle de la Cnam pour les indices des prix.



Les soins hospitaliers du secteur public retrouvent leur niveau d'activité d'avant crise sanitaire

En 2025, les dépenses de soins hospitaliers s'élèvent au total à 124,1 milliards d'euros, soit un peu plus d'un tiers de la DCSi et un peu moins de la moitié de la CSBM. Elles progressent de 2,8 % en 2025, quasiment au même rythme qu'en 2024.

Dans les comptes de la santé, comme dans les comptes nationaux, le secteur hospitalier est divisé entre secteur public et secteur privé. Les soins hospitaliers du secteur des administrations publiques désignent dans ce panorama les soins des hôpitaux publics, des établissements privés à but non lucratif sur l'échelle de tarification du public, et des hôpitaux d'instruction des armées. En 2025, les dépenses de soins hospitaliers publics s'élèvent à 96,2 milliards d'euros¹.

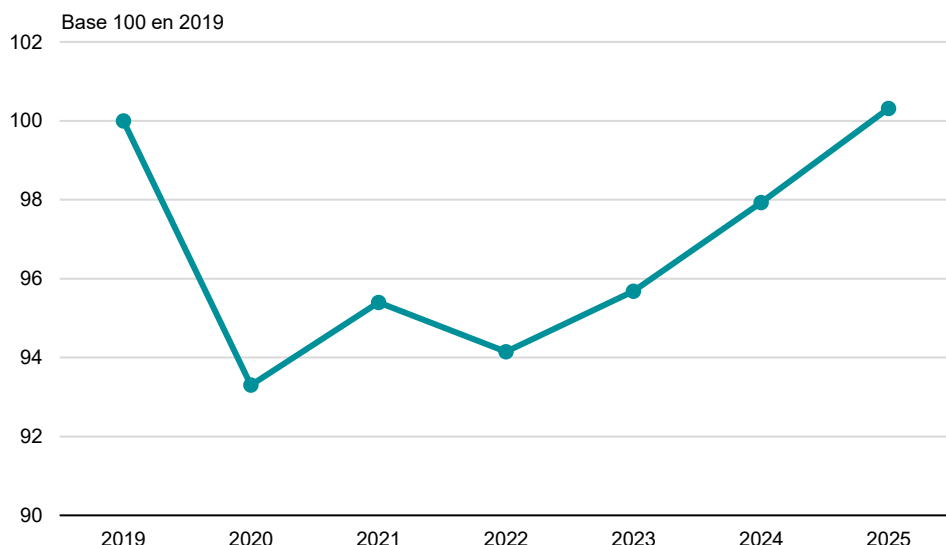
Les soins hospitaliers privés désignent les soins délivrés par les établissements privés à but lucratif, usuellement appelés « cliniques privées », par les établissements privés à but non lucratif relevant de l'échelle tarifaire privée et par les établissements

thermaux. En 2025, les dépenses de soins hospitaliers privés s'élèvent à 27,9 milliards d'euros.

En 2025, la consommation de soins hospitaliers publics augmente de 2,9 %, à un rythme proche de 2024 (+2,7 %). Elle est de nouveau portée par les volumes, qui progressent quasiment au même rythme qu'en 2024, à +2,4 % après +2,3 %. Ces deux années de hausse ont permis de retrouver le niveau de volume de 2019 (*graphique 3*), avant le début la crise sanitaire.

Dans le détail, l'activité en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), qui représente plus des trois quarts des soins hospitaliers publics, est dynamique et croît à un rythme plus soutenu que sa tendance d'avant crise sanitaire. L'activité de soins médicaux et de réadaptation (SMR, 9 % de l'activité) poursuit en 2025 la reprise amorcée en 2022. L'activité de soins psychiatriques (PSY, 13 % de l'activité) recule de nouveau, la baisse structurelle du nombre de journées en hospitalisation complète et partielle n'étant pas compensée par la hausse des prises en charge en ambulatoire. Enfin, l'activité d'hospitalisation à domicile est très dynamique, même si elle reste marginale (1 % de l'activité totale).

Graphique 3 Évolution du volume des soins hospitaliers publics en France



Sources > Drees, SAE et ATIH ; calculs Drees.

¹ En comptabilité nationale, la production de soins hospitaliers du secteur public est évaluée au coût des différents facteurs de production.



En 2025, la consommation de soins hospitaliers privés progresse de 2,6 %, quasiment au même rythme qu'en 2024. Elle recouvre les frais de séjours et de séances, les dotations et forfaits, les médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus ainsi que les rémunérations des praticiens au titre de leur activité en clinique. Ces honoraires des praticiens, en hausse de 4,7 %, sont plus dynamiques que l'ensemble en 2025. En 2025 comme en 2024, la croissance de la consommation de soins hospitaliers publics est portée par les prix (+2,3 % après +2,7 %). Les soins hospitaliers privés avaient retrouvé leur volume d'avant Covid dès 2021.

La consommation de soins ambulatoires ralentit en valeur comme en volume

En 2025, les dépenses de soins ambulatoires s'établissent à 75,4 milliards d'euros. Elles représentent un peu plus d'un cinquième de la DCSI et 29 % de la CSBM. Elles ralentissent, à +3,0 %, après +4,3 % en 2024. Le ralentissement est plus marqué en volume (+0,8 % en 2025, après 2,6 % en 2024).

Les dépenses de soins ambulatoires comprennent les soins courants en ville (soins de médecins, de sage-femmes, d'infirmiers, etc.) ainsi que les activités techniques et auxiliaires (laboratoires de biologie médicale, imagerie médicale et transports sanitaires). Les soins courants en ville excluent les soins de longue durée aux personnes âgées en perte d'autonomie prodigués par les infirmières et kinésithérapeutes. En 2025, les dépenses de soins courants en ville s'élèvent à 57,9 milliards d'euros et les dépenses d'activités techniques et auxiliaires à 17,5 milliards d'euros.

Les dépenses de soins courants en ville restent dynamiques en 2025 (+3,7 %), même s'ils ralentissent légèrement (+4,8 % en 2024, en lien avec la revalorisation de plusieurs tarifs de professionnels de santé en début d'année). Les dépenses sont soutenues notamment par les soins des médecins généralistes, qui accélèrent en 2025 (+6,0 %, après +5,0 % en 2024) avec l'augmentation du tarif des consultations et de certains actes fin 2024 (qui joue à plein en 2025).

Les dépenses de soins courants en ville sont quasi stables en volume (-0,1 %, après +2,2 % en 2024) tandis que les prix accélèrent (+3,8 % après +2,5 %). Les prix des soins de médecins généralistes en particulier progressent fortement, à +12,2 % en 2025 après 4,9 % en 2024, alors que les volumes de soins de médecins généralistes diminuent de 5,5 % (après +0,1 % en 2024).

Les dépenses liées aux activités techniques et auxiliaires augmentent de 1,0 % en 2025 (après +2,7 %

en 2024). Elles ralentissent du fait d'un repli des dépenses de transports sanitaires. En 2025, ces dernières sont en effet caractérisées par une nouvelle baisse des rémunérations aux contrats et un ralentissement des dépenses de trajet. La consommation d'activité technique et auxiliaire progresse de 3,7 % en volume en 2025, quasiment au même rythme qu'en 2024. Elle est portée, comme en 2024, par une progression dynamique des activités de laboratoire (+8,9 %) et de l'imagerie médicale (+4,7 %).

La consommation de biens médicaux ralentit avec celle de médicaments

En 2025, les dépenses de consommation de biens médicaux s'établissent à 56,9 milliards d'euros, soit 16 % de la DCSI. Elles ralentissent, à +2,0 % en 2025, après +4,0 % en 2024.

Les biens médicaux désignent ici les produits de santé, c'est-à-dire les médicaments, à l'exclusion des produits immunisants (classés en dépenses de prévention), et les dispositifs médicaux (optique médicale, audioprothèses et autres dispositifs médicaux), consommés en ambulatoire. Ils excluent les biens médicaux consommés avec les services hospitaliers, c'est-à-dire les biens médicaux consommés à l'intérieur de l'hôpital. Les dépenses de biens médicaux sont mesurées nettes des remises produites conventionnelles ou d'accès dérogatoires versées par les entreprises à l'Assurance maladie au titre de biens médicaux cédés pour une consommation en ville ou dans le cadre de la rétrocession hospitalière.

En 2025, les dépenses de médicaments ralentissent (+1,3 % après +4,0 %), du fait notamment de l'accroissement des remises. En volume, la consommation de médicaments demeure soutenue (+3,7 % en 2025 après +6,5 % en 2024). Les remises portant sur les médicaments vendus en ambulatoire sont estimées à 6,2 milliards d'euros en 2025, après 5,2 milliards d'euros en 2024. La part des remises dans les dépenses brutes de médicaments est ainsi passée de 2,3 % en 2015 à 16,2 % en 2025.

Les dépenses de dispositifs médicaux progressent de 3,1 % en 2025 (après +4,0 % en 2024). Les dépenses d'audioprothèses enregistrent un net rebond (+7,9 %), en hausse pour la première fois depuis 2021 et la pleine montée en charge du dispositif 100 % santé. Dans le même temps, les dépenses d'optique médicale et d'autres dispositifs médicaux ralentissent. La consommation de dispositifs médicaux dans leur ensemble progresse de 3,1 % en volume, après +2,8 % en 2024, tandis que les prix sont stables.

**Tableau 2 DCSi par financeur en 2025 en France**

En milliards d'euros

	Sécurité sociale	Administrations publiques centrales et locales	Organismes complémentaires	Ménages	Entreprises	Total
Soins hospitaliers	115,3	1,1	4,9	2,8	0,0	124,1
Soins hospitaliers publics	91,0	0,9	3,2	1,0	0,0	96,2
Soins hospitaliers privés	24,3	0,1	1,7	1,8	0,0	27,9
Soins ambulatoires	50,2	0,3	16,2	8,7	0,0	75,4
Soins courants en ville	35,9	0,2	14,1	7,7	0,0	57,9
Activités techniques et auxiliaires ¹	14,3	0,1	2,2	1,0	0,0	17,5
Biens médicaux	36,2	0,3	12,3	8,2	0,0	56,9
Médicaments en ambulatoire	26,3	0,2	3,8	4,6	0,0	34,9
Dispositifs médicaux	9,9	0,1	8,4	3,6	0,0	22,0
CSBM	201,6	1,7	33,5	19,7	0,0	256,5
Soins de longue durée	37,7	17,6	0,3	14,3	0,0	69,9
Prévention	2,6	3,8	0,5	0,1	2,2	9,2
Gestion du système de santé	7,2	1,2	9,2	0,0	0,0	17,6
DCSi	249,2	24,3	43,4	34,1	2,2	353,2

1. Activité des laboratoires de biologie médicale, imagerie médicale, transports sanitaires.

Source > Drees, comptes de la santé.

Les administrations publiques financent près de quatre cinquièmes des dépenses de santé

En 2025, les dépenses de santé prises en charge par les administrations publiques s'élèvent à 273,5 milliards d'euros, soit 77,4 % des dépenses de santé dans leur ensemble (tableau 2). Sur le champ de la CSBM, elles s'élèvent à 203,3 milliards d'euros, soit 79 % de celle-ci.

Au sein des administrations, la Sécurité sociale est le principal financeur de la DCSi. En 2025, les dépenses de santé qu'elle prend en charge s'élèvent ainsi à 249,2 milliards d'euros (tableau 2), soit 70,6 % de la DCSi. Sur le sous-champ de la CSBM, la Sécurité sociale prend en charge la très grande majorité des dépenses publiques : les dépenses de la Sécurité sociale pour la CSBM s'élèvent à 201,6 milliards d'euros, tandis que les dépenses des autres administrations s'établissent à 1,7 milliard d'euros et correspondent à des dispositifs s'adressant à des publics spécifiques (aides médicale d'État et exonérations accordées aux invalides de guerre).

Le niveau de prise en charge des dépenses par les administrations publiques est variable selon les postes de dépenses. Il est très élevé pour les soins hospitaliers : le taux de prise en charge publique des soins hospitaliers atteint 94 % en 2025. Il augmente tendanciellement depuis 2010 du fait de situations

d'exonérations du ticket modérateur plus fréquentes et de la baisse des durées de séjour.

En 2025, les soins courants en ville sont pris en charge à 62 % par les administrations publiques, mais dans des proportions très contrastées selon le type de soins : à 79 % pour les soins de médecins généralistes, mais à 7 % pour les dépenses de soins de psychologues par exemple.

Les administrations publiques financent 76 % des activités techniques et auxiliaires en 2025. Au sein de cette catégorie, les transports sanitaires se distinguent par un haut niveau de prise en charge, à 93 %.

En 2025, les dépenses de médicaments en ambulatoire sont prises en charge à 76 % par les administrations publiques. Cette part est relativement stable depuis 2021. Elle avait progressé au cours de la décennie avec le taux de remboursement moyen des médicaments. Les dispositifs médicaux sont en moyenne moins financés par les administrations publiques que les médicaments, à 45 % en 2025. Les dépenses de dispositifs sont en effet davantage prises en charge par les organismes complémentaires, en particulier s'agissant des dépenses d'optique médicale et d'audioprothèses.

En 2025, 70 % des dépenses de prévention sont prises en charge par les administrations publiques. L'État et les collectivités locales sont les principaux



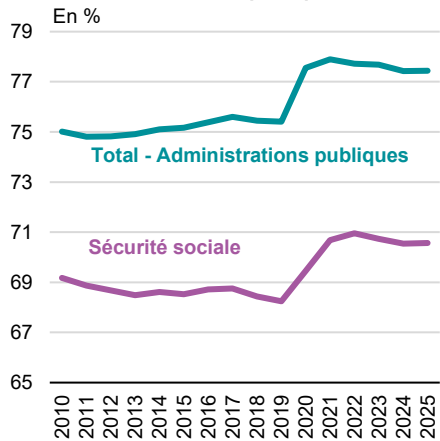
financeurs de la prévention, via les programmes de prévention institutionnelle, tandis que les produits immunisants sont principalement financés par la Sécurité sociale.

Pour les dépenses de soins de longue durée, 79 % sont prises en charge par les administrations publiques : Sécurité sociale, collectivités locales (pour l'aide à domicile notamment) et, dans une moindre mesure, l'État.

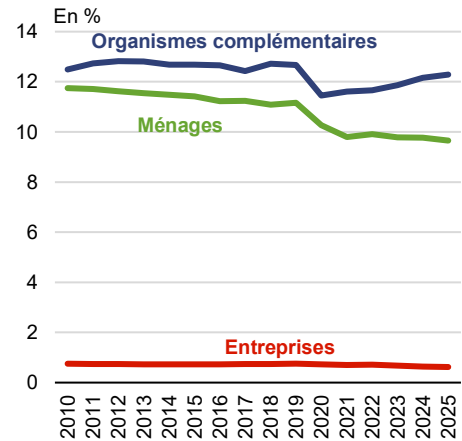
Les dépenses de gestion du système de santé constituent une catégorie distincte des dépenses de santé dans la mesure où elles ne concernent pas directement un bien ou service de santé, mais une consommation de services administratifs. Du point de vue de leur financement en particulier, la part des administrations reflète le poids relatif des coûts de gestion publics par rapport aux coûts de gestion des organismes complémentaire, et non un taux de prise en charge. Cette part diminue tendanciellement depuis 2010. En 2025, elle s'établit à 48 %.

Graphique 4 Évolution du financement de la DCSi depuis 2010 en France

a. Par les administrations publiques



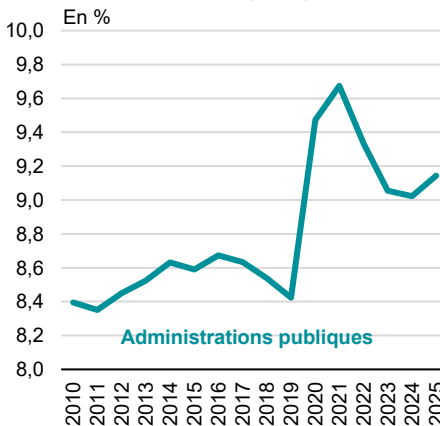
b. Par les autres financeurs



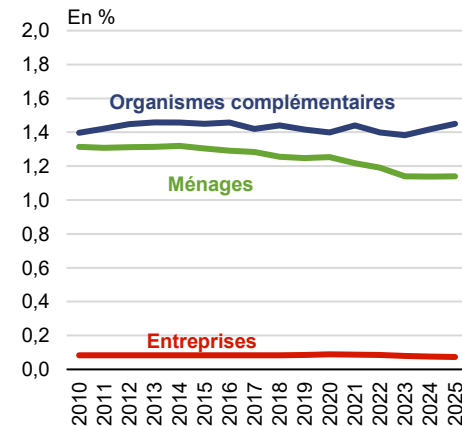
Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 5 Évolution du financement de la DCSi rapporté au PIB depuis 2010 en France

a. Par les administrations publiques



b. Par les autres financeurs



Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee pour le PIB.



Le taux de prise en charge publique des dépenses de santé est relativement stable depuis 2020, mais supérieur à son niveau d'avant crise sanitaire

La part des dépenses prises en charge par les administrations publiques est stable en 2025, à 77,4 %, soit un niveau légèrement supérieur à celui d'avant crise sanitaire.

Depuis 2010, le taux de financement public a progressé pour tous les postes de soins, à l'exception des frais de gestion et des activités techniques et auxiliaires. Le vieillissement de la population et le développement de soins et biens médicaux onéreux pris en charge intégralement par les administrations, en particulier à travers le dispositif d'affectation longue durée, contribuent à cette dynamique tendancielle. À l'inverse, quelques mesures ont contribué à stabiliser la part du financement public ces dernières années, comme la baisse du taux de remboursement de la Sécurité sociale pour les soins dentaires courant 2023, et le doublement des participations et franchises courant 2024. En 2025, les franchises et

participations forfaitaires atteignent ainsi 2,8 milliards d'euros, après 2,5 milliards d'euros en 2024 et 1,9 milliards d'euros en 2023.

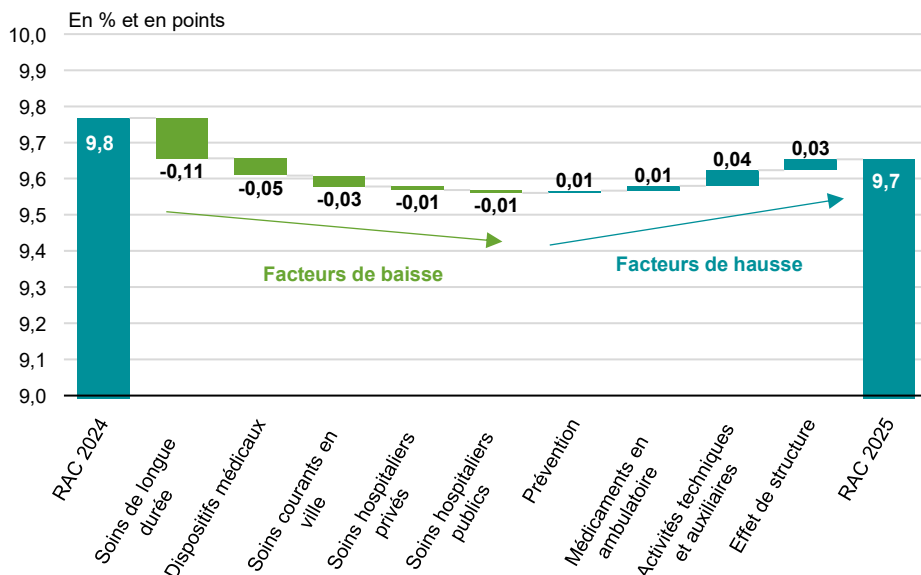
En 2025, les dépenses publiques de santé progressent à un rythme supérieur à celui du PIB, de sorte que leur part dans le PIB augmente, à 9,1 % en 2025 après 9,0 % (*graphique 5*). Depuis 2010, cette part a progressé de 0,7 point.

Le taux de prise en charge par les organismes complémentaires se rapproche de son niveau d'avant Covid

En 2025, les dépenses de santé prises en charge par les OC s'élèvent à 43,4 milliards d'euros, soit 12,3 % des dépenses de santé. Sur le champ de la CSBM, elles s'élèvent à 33,5 milliards d'euros, soit 13,0 % de celle-ci.

Parmi les biens et services de santé, les organismes complémentaires prennent plus particulièrement en charge l'optique médicale (à 69 % en 2025), les audiprothèses (à 48 %), ainsi que les soins et prothèses dentaires (à 46 %). Ils représentent par ailleurs 52 % des frais de gestion du système de santé.

Graphique 6 Décomposition de la variation du taux de reste à charge de 2024 à 2025

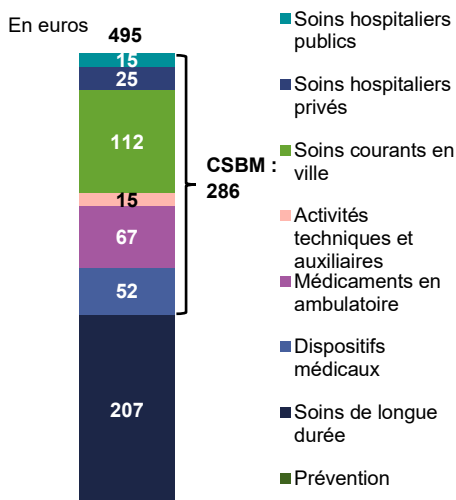


Note > Le reste à charge (RAC) des ménages s'établit à 9,7 % en 2025, après 9,8 % en 2024. Il diminue avec le RAC sur les soins de longue durée, dans le contexte de dépenses publiques relativement dynamiques. La baisse du RAC dans son ensemble est atténuée par la hausse de celui sur les activités techniques et auxiliaires, en lien notamment avec la hausse des participations forfaitaires sur les analyses en laboratoire.

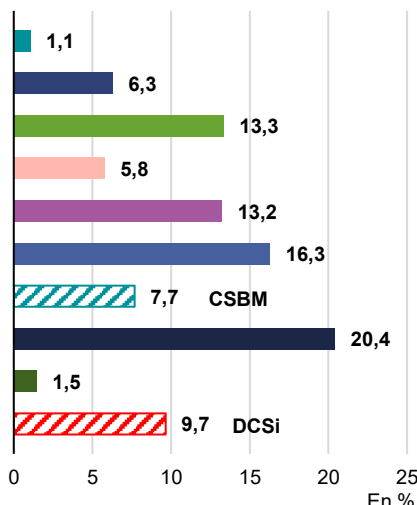
Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 7 Reste à charge par composante de la DCSi en 2025

a. Reste à charge moyen par habitant



b. Part dans la dépense totale de la composante



Lecture > En 2025, le reste à charge représente 6,3 % du total de la consommation de soins hospitaliers privés, soit une dépense de 25 euros en moyenne par habitant.

Source > Drees, comptes de la santé.

En 2025, le reste à charge des ménages s'élève à 495 euros par habitant en moyenne

En 2025, le reste à charge des ménages s'établit à 34,1 milliards d'euros sur l'ensemble de la dépense de santé. Sur le périmètre de la CSBM, il s'élève à 19,7 milliards d'euros.

Le taux de RAC sur la DCSi est quasiment stable en 2025, à 9,7 % après 9,8 %. Il diminue légèrement avec le taux de reste à charge des soins de longue durée (graphique 6), tandis que le taux de RAC de la CSBM est stable à 7,7 %. Depuis 2010, le taux de RAC des ménages diminue tendanciellement, en miroir de la tendance observée pour les administrations publiques. Les taux de reste à charge sont les plus élevés pour les soins de longue durée et les dispositifs médicaux (graphique 7).

Par habitant, les dépenses de santé à la charge des ménages s'élèvent en moyenne à 495 euros. Elles sont constituées principalement de dépenses de SLD (207 euros), de soins courants en ville (112 euros), et de biens médicaux (67 euros de dépenses de médicaments et 52 euros de dépenses de dispositifs médicaux).

En 2025, la France est l'un des trois pays de l'Union européenne qui dépensent le plus pour la santé, loin derrière les États-Unis

Avec une dépense courante de santé au sens international (DCSi) représentant 17,6 % de leur PIB en 2025, les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE (graphique 8). Près de cinq points derrière, l'Allemagne, premier pays de l'UE-27, dépense 12,7 % de son PIB pour la santé, juste devant l'Autriche (11,9 %) et la France (11,8 %). En 2025, les États membres de l'UE consacrent en moyenne 10,5 % de leur PIB aux dépenses de santé. Les pays du nord-ouest de l'Europe dépensent davantage en part du PIB que les pays de l'Est et même du Sud. À l'exception de l'Irlande (6,4 %) et du Luxembourg (5,9 %), ces pays consacrent plus de 9 % de leur PIB à la DCSi, tandis qu'en Europe de l'Est et du Sud, seuls la Slovaquie (9,9 %) et le Portugal (10,4 %) dépassent ce seuil.

La France a l'une des hausses de la DCSi les plus modérées de l'Europe

En 2025, la DCSi augmente dans la totalité des pays de l'UE. La croissance est particulièrement marquée en Pologne (+21,0 %). De manière générale, la DCSi progresse davantage dans les pays d'Europe de l'Est, où les dépenses de santé demeurent inférieures à celles du reste de l'UE, mais l'écart se réduit. Avec +3,3 % en 2025, la France a l'une des hausses les plus modérées de l'UE, où la DCSi en valeur progresse en moyenne de 5,9 %. Dans la plupart des pays, l'évolution de la DCSi observée en



2025 correspond à une hausse ou une stabilité de la part de PIB consacrée aux dépenses de santé ; toutefois, cette part diminue de 0,1 ou 0,2 point de PIB en Suède, en Finlande, en Grèce, en Espagne et au Japon.

La progression de la DCSi en 2025 est supérieure à la progression moyenne annuelle observée avant la crise du Covid-19 entre 2010 et 2019, en moyenne dans l'UE-27 (+3,0 % par an) ainsi que dans la plupart des pays étudiés à l'exception des pays scandinaves.

Dans l'UE, les administrations publiques prennent en charge trois quarts de la DCSi

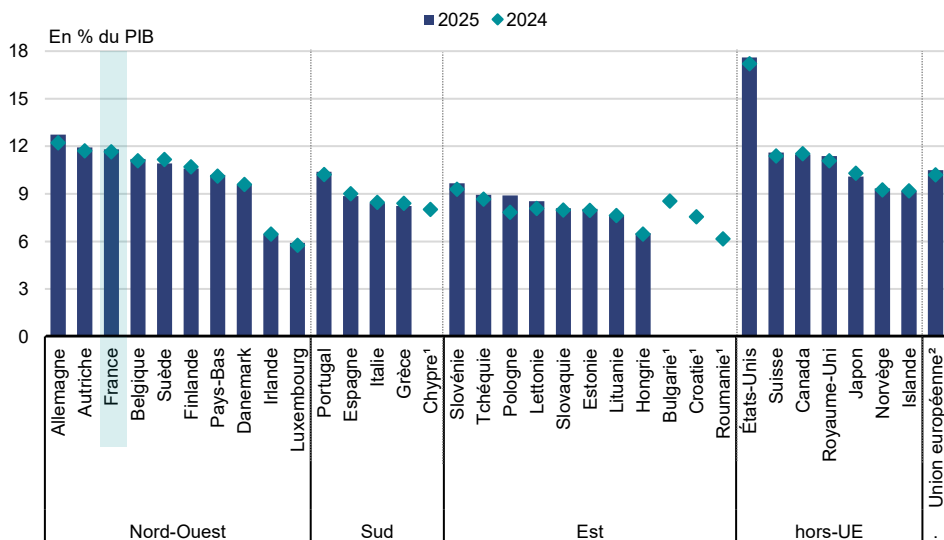
La plupart des pays européens ont un système de santé de type beveridgien ou bismarckien. Dans les deux cas, le financement de la DCSi repose d'abord sur les administrations publiques : leur part s'élève

à plus de 70 % dans la plupart des pays (*graphique 9*). Dans les systèmes beveridgiens, comme la Suède ou le Royaume-Uni, l'État assure l'essentiel des dépenses de santé. Dans les systèmes bismarckiens, tels que la France ou l'Allemagne, la prise en charge des dépenses de santé repose sur une assurance maladie publique.

Au sein de l'UE, seuls les Pays-Bas font exception ; ailleurs, c'est aussi le cas de la Suisse et des États-Unis. Dans ces pays, les systèmes de santé accordent une plus large part aux assurances obligatoires privées. Ainsi, aux Pays-Bas, les administrations publiques financent-elles seulement 32,4 % de la DCSi.

En France, la part de la DCSi prise en charge par des administrations publiques s'élève à 77,4 % en 2024, ce qui est très proche de beaucoup d'autres pays européens, notamment de l'Allemagne (78,8 %) ou de l'Autriche (75,7 %). Cette part s'élève à 74,3 % en moyenne dans l'UE.

Graphique 8 DCSi dans le PIB en 2024 et 2025



1. Données manquantes en 2025.

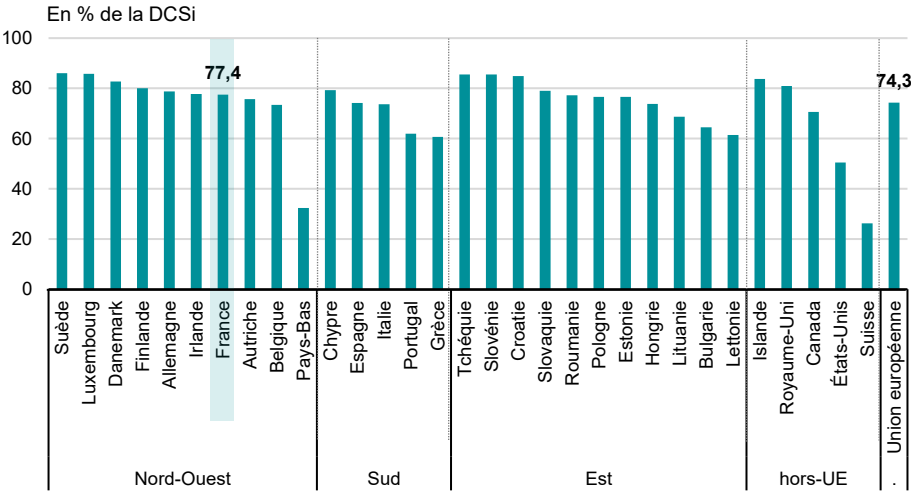
2. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles.

Note > Malte n'est pas représenté car les données ne sont pas disponibles.

Lecture > En France, la DCSi représente 11,7 % du PIB en 2024 et 11,8 % du PIB en 2025.

Sources > Drees, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Graphique 9 Part de la DCSI prise en charge par des administrations publiques en 2024

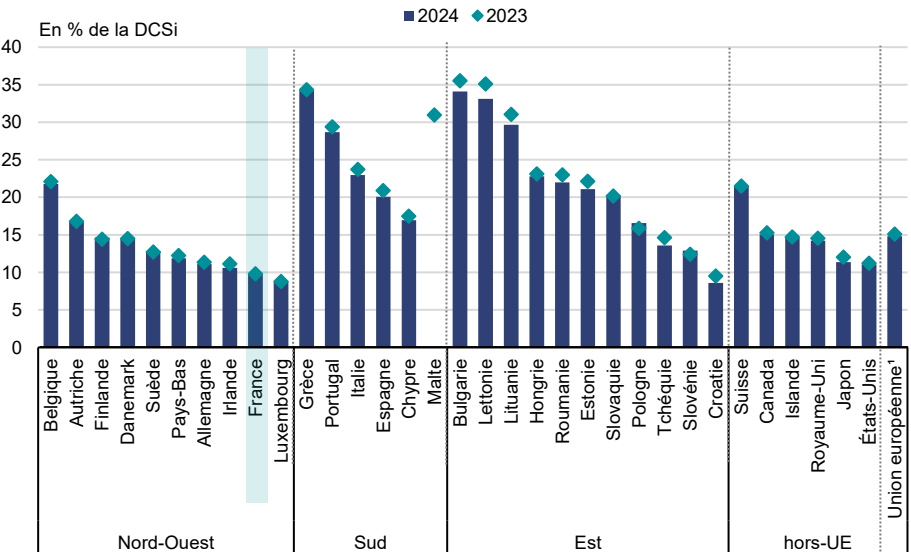


Note > Malte n'est pas représenté car les données ne sont pas disponibles. La moyenne UE est calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles.

Lecture > En France, 77,4 % de la DCSI est financée par des administrations publiques en 2024.

Sources > Drees, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Graphique 10 Reste à charge des ménages dans la DCSI en 2023 et 2024



1. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles.

Lecture > En France, en 2024, le RAC dans la DCSI s'élève à 9,8 % des dépenses ; en 2023, il s'établissait à 9,8 %.

Sources > Drees, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.



La part de la dépense de santé restant à la charge des ménages est la plus faible en France, en Croatie et au Luxembourg

En 2024¹, en moyenne dans l'UE, 14,8 % de la DCSi reste à la charge des ménages. De fortes disparités sont toutefois observées entre pays.

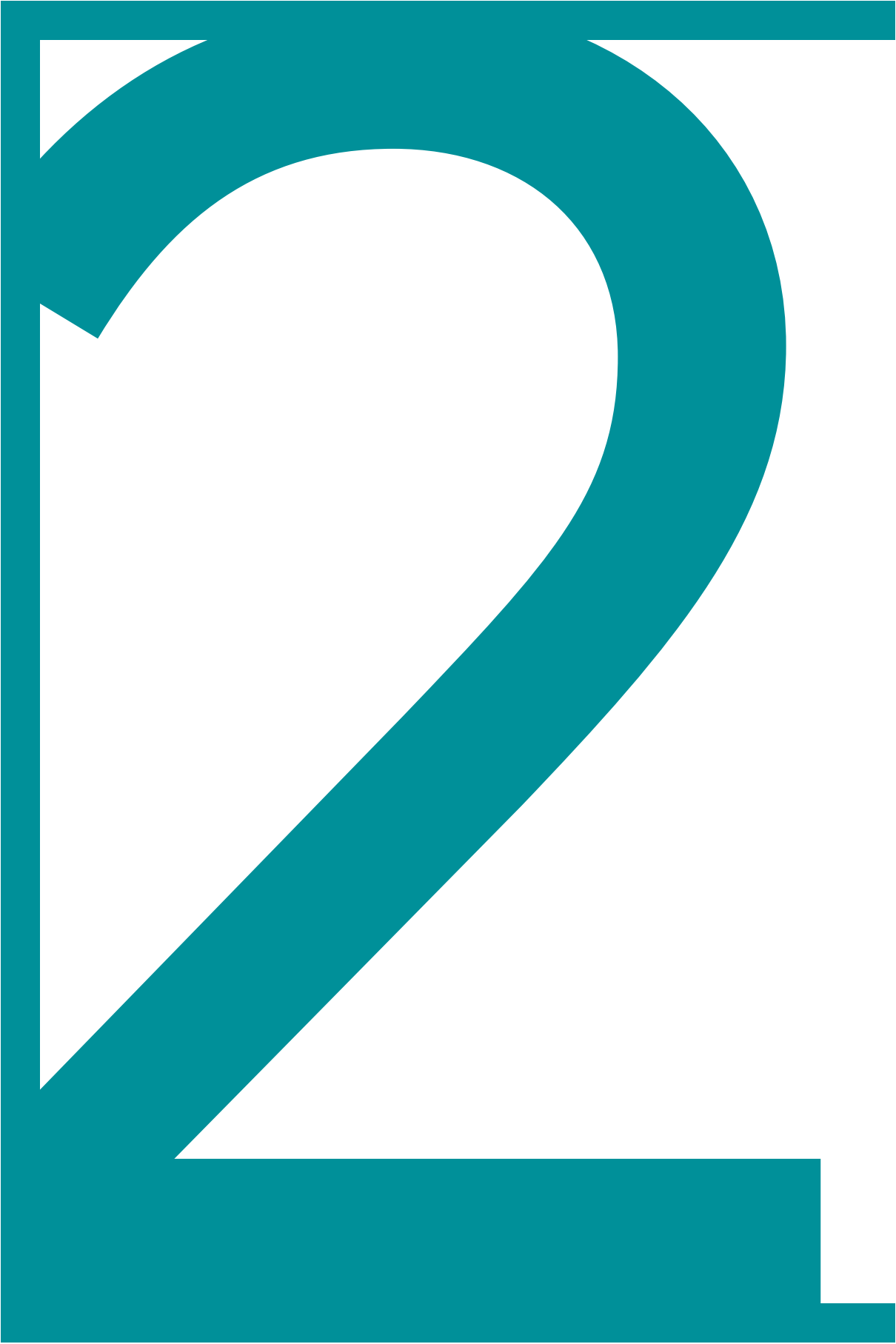
Une part plus importante des dépenses de santé reste à la charge des ménages dans les pays du sud-est de l'Europe : le RAC y est supérieur à 20 % de la DCSi, à l'exception de la Croatie, la Slovénie, la Tchéquie, la Pologne et Chypre. Le RAC est même supérieur à 30 % en Bulgarie, en Grèce, et en Lettonie. À l'inverse, dans les pays du nord-ouest de l'Europe, les RAC sont inférieurs à 15 %, sauf en Belgique (21,8 %) et en Autriche (16,7 %). La Croatie (8,6 %), le Luxembourg (8,8 %) et la France (9,8 %) ont les restes à charge les plus faibles (*graphique 10*).

En dehors de l'UE, la part de la DCSi restant à la charge des ménages varie de 11 % à 15 % au Japon, aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Islande, en Norvège et au Canada ; elle est plus élevée en Suisse (21,5 %).

Pour l'ensemble des pays étudiés, les RAC ont peu varié entre 2023 et 2024. Une légère baisse est observée dans la plupart des pays du sud-est de l'Europe, la plus significative étant observée en Lettonie où le RAC diminue de 35,5 à 34,1 %.

La structure du reste à charge varie fortement entre pays et diffère de celle de la DCSi. Dans la plupart des pays observés, les biens médicaux constituent la première composante du RAC des ménages, en moyenne 37 % du RAC dans l'UE (25 % pour les médicaments et 12 % pour les dispositifs médicaux). Cette part, et en particulier celle des médicaments, est plus élevée dans les pays de l'est de l'Europe. En effet, le prix des médicaments est relativement homogène entre pays européens, contrairement aux services de santé qui dépendent davantage des salaires des professionnels de santé, et les médicaments sont moins remboursés dans ces pays qu'en Europe du Sud ou du Nord-Ouest. Ainsi, les dépenses des ménages pour les médicaments atteignent-elles respectivement 64 %, 56 % et 54 % du RAC en Bulgarie, en Roumanie et en Pologne. ■

¹ Les données sur le financement des dépenses de santé ne sont pas encore disponibles pour l'année 2025.



Vue d'ensemble

Les agrégats des dépenses de santé

Le financement
des dépenses de santé

La DCSi par composante

Comparaisons internationales

Les dépenses de santé
par âge et sexe

Annexes

Tableaux détaillés

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'élève à 353,2 milliards d'euros en 2025, en hausse de 3,3 % par rapport à 2024. Elle passe à 11,8% du PIB en 2025, contre 11,6% en 2024 et 11,2 % en 2019. Elle est portée par la prévention (+6,8 %), par les soins de longue durée (+4,7 %) puis par les dépenses de gestion du système de santé (+3,8 %). La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) progresse seulement de 2,7 % soit sa plus faible hausse depuis la crise sanitaire.

La dépense courante de santé représente 11,8 % du PIB en 2025

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'élève à 353 milliards d'euros en 2025. Elle augmente de 3,3 % par rapport à 2024 (*tableau 1*), soit un niveau proche de l'année précédente (+3,5 % en 2024). Cette croissance reste supérieure à celle observée avant la crise du Covid-19 (+2,2 % par an en moyenne entre 2010 et 2019). Par ailleurs, elle est deux fois plus dynamique que la consommation des ménages en France (+1,5 %) et le produit intérieur brut (+1,9 %).

La part de la DCSi dans le PIB avait atteint un maximum historique durant la crise sanitaire (12,4 % en 2021 (*graphique 1*), en raison d'une forte hausse des dépenses mais également de la contraction de l'activité économique. En 2025, elle s'établit à 11,8 %, en légère hausse par rapport à 2024 (11,7 %). Ce niveau est sensiblement plus élevé que celui d'avant la crise (11,4 % en moyenne entre 2015 et 2019).

Dans la DCSi, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) se concentre sur le traitement des perturbations de l'état de santé des personnes. En 2025, elle représente 73 % des dépenses, dont près de la moitié (35 % de la DCSi) relève des soins

hospitaliers. Les SLD forment la seconde composante de la DCSi par leur poids (20 %). Les dépenses de gestion du système de santé s'établissent quant à elles à 5 % de la DCSi en 2025. Enfin, la prévention ne pèse que 3 % des dépenses : après un pic en 2022 (6 %), sa part est revenue à son niveau d'avant-pandémie.

Les dépenses de santé sont largement financées par les administrations publiques, surtout *via* la Sécurité sociale (fiche 3). Elles constituent le second poste de dépenses de protection sociale en France, derrière le risque vieillesse-survie (Dherbécourt, Didier, 2025). Comme dans les autres pays de l'OCDE (Morgan, Mueller, 2026), les dépenses de santé sont soumises à de fortes contraintes de financement, notamment par l'augmentation des maladies chroniques et le vieillissement de la population.

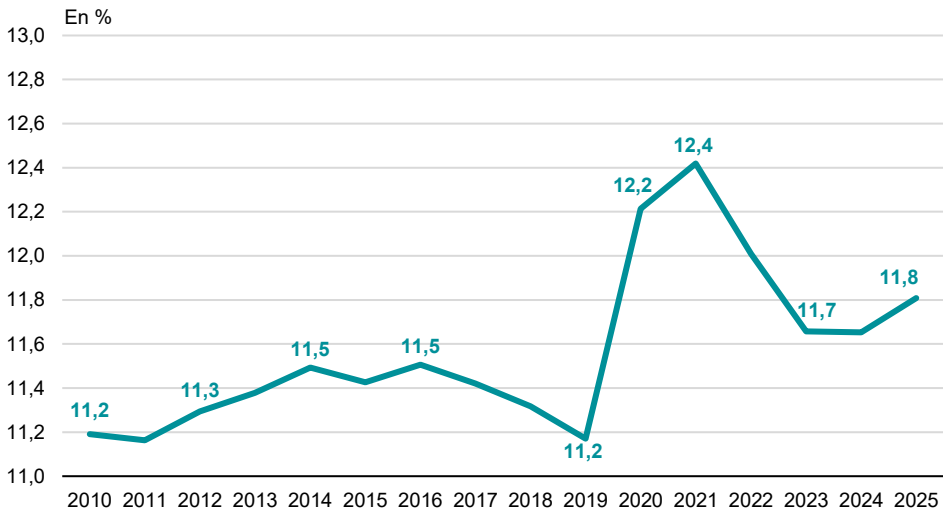
La santé constitue un secteur fortement administré (Minery, Or, 2024) et régulé. L'évolution des dépenses de l'Assurance maladie est pilotée au travers de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) [annexe 1]. La progression annuelle de l'Ondam donne une indication de l'orientation des politiques de maîtrise des dépenses. Pour 2025, elle a été fixée à +3,4 %, soit un léger ralentissement par rapport à l'année 2024, où l'objectif avait été fixé à +3,6 % après révision.

Tableau 1 Dépense courante de santé au sens international (DCSi) entre 2015 et 2025

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Évolution 2015-2024 (en %)
Dépense courante de santé au sens international (en millions d'euros)	251 547	311 479	318 709	330 354	342 042	353 185	+3,3	+3,5
Consommation de soins et de biens médicaux	186 086	221 072	229 855	241 334	249 698	256 452	+2,7	+3,3
Soins hospitaliers	85 584	105 884	110 517	117 474	120 675	124 101	+2,8	+3,9
Soins courants en ville	41 115	49 387	51 268	53 270	55 826	57 878	+3,7	+3,5
Activités techniques et auxiliaires	13 039	15 194	15 769	16 900	17 359	17 525	+1,0	+3,2
Biens médicaux	46 348	50 608	52 300	53 689	55 838	56 948	+2,0	+2,1
Soins de longue durée	44 577	57 387	59 688	64 188	66 765	69 919	+4,7	+4,6
Prévention	5 979	17 566	13 362	8 655	8 615	9 198	+6,8	+4,1
Gestion du système de santé	14 904	15 453	15 804	16 178	16 965	17 616	+3,8	+1,4

Lecture > En 2025, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'élève à 353,2 milliards d'euros (11,8 % du PIB), en hausse de 3,3 % par rapport à 2024.

Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 1 Part de la DCSi dans le PIB

Sources > Drees, comptes de la santé.

Les soins hospitaliers et les soins de longue durée contribuent le plus à la hausse de la DCSi en 2025

En 2022 et 2023, la hausse de la DCSi était ralentie par le reflux des dépenses de prévention (fiche 27), après le pic atteint lors de la crise du Covid-19. Après une progression mesurée en 2024 (+0,9 %), ces dépenses croissent fortement en 2025 (+6,8 %). Cette hausse est principalement portée par les dépenses d'immunisation, en lien avec la montée en charge des vaccins contre la varicelle-zona (CCSS, 2026) et un recours accru aux vaccins contre les méningocoques et les pneumocoques.

Les soins de longue durée (SLD), qui rassemblent les dépenses à destination des personnes âgées ou en situation de handicap (fiche 26) accélèrent pour atteindre +4,7 % en 2025 (après +4,0 % en 2024). Historiquement, les SLD enregistrent le rythme le plus soutenu parmi les composantes de la DCSi (tableau 1), avec une hausse moyenne de +4,6 % sur la période 2015-2024.

Les dépenses de gestion du système de santé (fiche 28) restent dynamiques, à +3,8 % en 2025 après +4,9 % en 2024. À la fin des années 2010, elles progressaient peu (+0,4 % par an en moyenne entre 2015 et 2019). Depuis la fin de la crise sanitaire, elles sont nettement plus dynamiques, et plus particulièrement tirées par les frais de gestion des organismes complémentaires.

Au sein de la CSBM, les soins hospitaliers publics constituent la seule composante plus dynamique en 2025 qu'en 2024 (+2,9 % contre +2,7 %), portés par

la hausse des cotisations employeurs versées par les établissements de santé publics.

La croissance des autres composantes de la CSBM ralentit en 2025. En particulier, la croissance des biens médicaux, qui rassemblent les médicaments et les dispositifs médicaux, est divisée par deux (+2,1 % en 2025, contre 4,0 % en 2024) : les baisses de prix sur les médicaments, l'optique médicale et les autres dispositifs médicaux, tout comme la hausse des remises, n'ont pas été compensées par une dynamique en volume suffisamment forte.

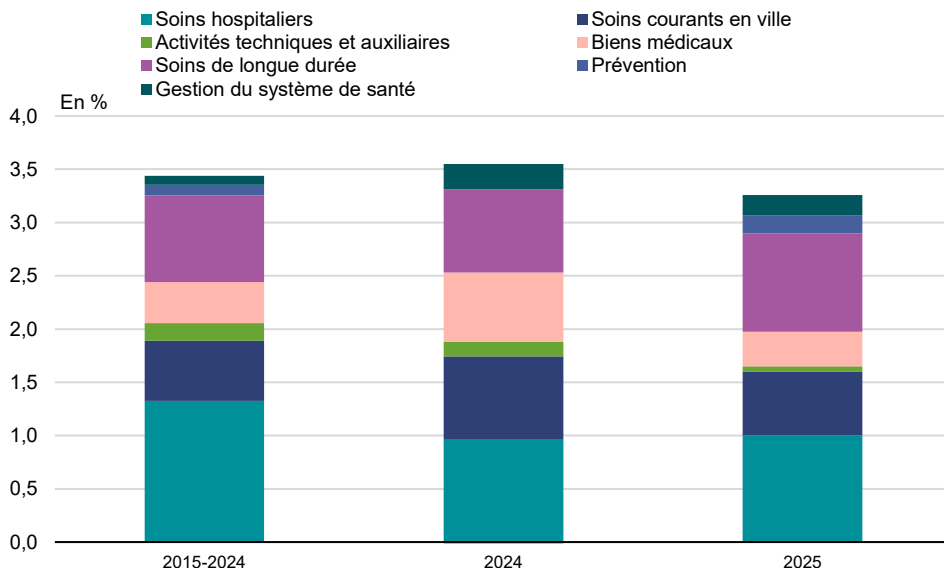
Les activités techniques et auxiliaires ralentissent nettement, à +1,0 % après +2,8 % en 2024 : les frais de transports en taxi marquent le pas, tandis que l'imagerie médicale n'est plus portée par la hausse des forfaits techniques observée en 2024. Les soins courants en ville restent dynamiques (+3,7 % après +4,8 % en 2024) : en effet, l'activité des généralistes accélère sous l'effet de la revalorisation d'honoraires de décembre 2024, mais celle de l'ensemble des autres professions (médecins spécialistes, kinésithérapeutes, etc.) ralentit après une forte croissance en 2024.

En 2025, les soins hospitaliers constituent le principal moteur de la hausse de la DCSi (graphique 2), pour +1,0 point, principalement en raison de leur poids dans le total de l'agrégat. À long terme, ils restent le premier moteur de croissance de la DCSi avec une contribution moyenne de +1,3 point par an entre 2015 et 2024. Derrière eux, les soins de longue durée contribuent pour 0,9 point à la hausse de la DCSi en 2025, un niveau proche de leur moyenne sur la période 2015-2024 (+0,8 point). Le

vieillessement de la population est un facteur déterminant de cette dynamique et accentue le poids des SLD dans la dépense totale. La prévention, malgré

son dynamisme en 2025, a une contribution plus modeste en raison de son poids limité dans la DCSi. ■

Graphique 2 Taux de croissance de la DCSi et contribution de ses composantes



Source > Drees, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2026, mai). *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2025, prévisions 2026*.
- > **System of Health Accounts (SHA)**. Plus d'informations sur <http://www.oecd.org/els/health-systems/>
- > **Minery, S., Or, Z.** (2024, juin). *Comparaison des soins ambulatoires en France et en Allemagne : quels enseignements ?* Irdes, Questions d'économie de la santé, n°290.
- > **Dherbécourt, C., Didier, M. (dir.)**. (2025, décembre). *La protection sociale en France et en Europe en 2024 - Résultats des comptes de la protection sociale - Édition 2025*. Panoramas de la Drees.
- > **Morgan, D., Mueller, M.** (2026, mars). *Latest health spending trends and outlook: Balancing resilience and sustainability in challenging times*. OECD Health Working Papers, No. 193.

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) constitue l'agrégat central du système des comptes de la santé. Au sein de la DCSi, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) représente l'agrégat historique des comptes de la santé français, observable en valeur depuis 1950 et en volume depuis 2010. La CSBM mesure l'ensemble des dépenses relatives au traitement d'une perturbation de l'état de santé d'une personne. Elle se focalise spécifiquement sur les dépenses de soins curatifs et de rééducation, excluant ainsi les frais de gestion du système de santé, les soins de prévention et de longue durée. Elle s'élève à 256,5 milliards d'euros en 2025, et représente 73 % de la DCSi.

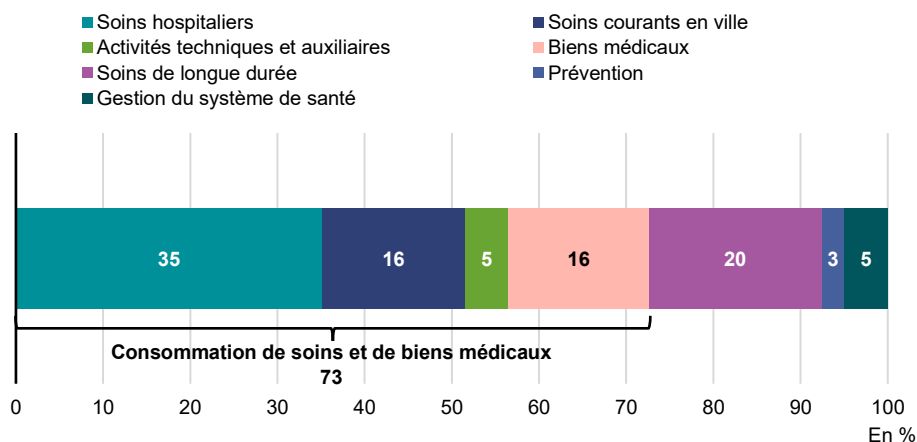
La consommation de soins et de biens médicaux représente 73 % de la DCSi en 2025

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) est l'agrégat central du système des comptes de la santé¹ (fiche 1 et annexe 1). Elle comprend les dépenses dont l'objectif principal est d'améliorer, de préserver et de prévenir la détérioration de l'état de santé des personnes, ou d'atténuer les effets d'une maladie, grâce à la mise en œuvre de compétences qualifiées en matière de santé (SHA 2011).

Dans la nomenclature internationale, la DCSi se décompose selon trois axes : la finalité de la dépense, son fournisseur et son financeur. L'axe des finalités en particulier distingue :

- les soins curatifs (159,3 milliards d'euros en 2025) majoritairement des soins hospitaliers (111,0 milliards) [tableau 1]. Les soins en ville se répartissent entre les médecins (25,5 milliards d'euros), les soins et prothèses dentaires (15,9 milliards) ainsi que les soins des auxiliaires médicaux (7,0 milliards) ;
- les soins de rééducation (21,0 milliards d'euros) concentrés dans les activités « soins médicaux et de réadaptation » (SMR) des établissements hospitaliers (12,1 milliards) et soins de kinésithérapie (6,7 milliards) et d'orthophonie (1,4 milliard) ;
- les soins de longue durée, destinés aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées (69,9 milliards) [fiche 26] ;
- les actes de prévention médicalisée individuelle et institutionnelle (9,2 milliards d'euros) [fiche 27].

Graphique 1 Structure de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) en 2025



Source > Drees, comptes de la santé.

¹ La DCSi est un agrégat proche mais différent conceptuellement de la mesure des dépenses de santé réali-

sée dans le cadre du suivi de l'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie (Ondam). Pour plus d'informations, lire l'annexe 1.

La DCSi comprend aussi deux catégories transversales, à visée thérapeutique mais non rattachées à une finalité spécifique de soin¹ :

- les services auxiliaires se composent des activités des laboratoires de biologie médicale (5,9 milliards d'euros, dont 1,0 milliard en établissements hospitaliers), des activités d'imagerie médicale (6,4 milliards, dont 5,8 milliards en centres d'imagerie et 0,4 milliard en cabinets et centres dentaires) et des transports sanitaires (6,9 milliards d'euros) [fiches 18 à 20] ;
- les biens médicaux, constitués des dépenses de médicaments en ambulatoire (34,9 milliards d'euros) et des dispositifs médicaux (optiques médicales, audioprothèses,...) [22,0 milliards d'euros].

Enfin, les frais de gestion et de fonctionnement du système de santé, soit 17,6 milliards, représentent 5 % de la DCSi.

Au sein de la DCSi, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) mesure spécifiquement

l'ensemble des dépenses relatives au traitement d'une perturbation de l'état de santé d'une personne. Elle comprend les dépenses de soins curatifs et de rééducation, de services auxiliaires ainsi que les biens médicaux, à l'exclusion des produits immunisants (classés en prévention). Elle s'élève à 256,5 milliards d'euros en 2025, soit 73 % de la DCSi (*graphique 1*).

La CSBM reprend quatre catégories de soins de la nomenclature internationale (*tableau 1*) : les soins curatifs, les soins de rééducation, les services auxiliaires et les biens médicaux. Cette notion n'est toutefois pas définie en tant que telle dans la nomenclature internationale. La CSBM constitue l'agrégat historique des comptes de la santé en France, centrés jusqu'à une date récente sur les soins curatifs ou de rééducation. Mesurée depuis les années 1950, elle est tenue à jour pour garantir des séries cohérentes sur longue période. Enfin, son évolution annuelle fait l'objet d'un partage entre ce qu'il relève d'une variation des prix et d'une variation des volumes (fiche 3).

Tableau 1 Répartition de la DCSi par composante et par finalité en 2025

En milliards d'euros

	Soins hospitaliers	Soins courants en ville	Activités techniques et auxiliaires	Biens médicaux	Soins de longue durée	Prévention	Gestion du système de santé
HC.1 – Soins curatifs	111,0	48,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
HC.2 - Soins de rééducation	12,1	8,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
HC.4 - Services auxiliaires	1,0	0,7	17,5	0,0	0,0	0,0	0,0
HC.5 - Biens médicaux	0,0	0,0	0,0	56,9	0,0	0,0	0,0
CSBM	124,1	57,9	17,5	56,9	0,0	0,0	0,0
HC.3 - Soins de longue durée	0,0	0,0	0,0	0,0	69,9	0,0	0,0
HC.6 - Prévention	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,2	0,0
HC.7 - Gouvernance	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	17,6
DCSi	124,1	57,9	17,5	56,9	69,9	9,2	17,6

Note > Les finalités de soin (*health care functions [HC]*) sont définies dans le système international des comptes de la santé (SHA 2011).

Lecture > Les finalités de soin, en ligne, sont croisées avec les composantes de la DCSi retenues dans la présentation française des comptes de la santé, en colonne. Les soins hospitaliers relèvent pour 111,0 milliards d'euros de soins curatifs, pour 12,1 milliards d'euros de soins de rééducation et pour 1,0 milliard d'euros de services auxiliaires.

Source > Drees, comptes de la santé.

¹ À l'exception des dépenses de prévention.

Les dépenses de santé depuis 1950

Depuis 1950, la consommation de soins et de biens médicaux a progressé en France à un rythme annuel moyen supérieur à celui du produit intérieur brut (PIB) [graphique 2]. La part de la CSBM dans le PIB a ainsi augmenté de 2,5 % en 1950 à 8,6 % en 2025.

La croissance de la CSBM depuis 1950 se décompose en plusieurs périodes. De 1950 à 1985, elle est particulièrement soutenue : la part de la CSBM dans le PIB augmente en moyenne de 0,1 point de pourcentage par an. Cette hausse est portée par le développement du système de santé français et la solvabilisation, de la demande *via* l'extension progressive de la couverture maladie par la Sécurité sociale. En parallèle, la couverture de la population par les assurances complémentaires se développe également. Sur cette période, la croissance des dépenses est portée par l'augmentation des soins hospitaliers, avec de nombreuses constructions d'hôpitaux, et une hausse de la consommation de médicaments en volume. Les soins ambulatoires sont également dynamiques : le nombre de médecins augmente, les innovations technologiques sont nombreuses. En 1985, la CSBM représente ainsi 6,9 % du PIB.

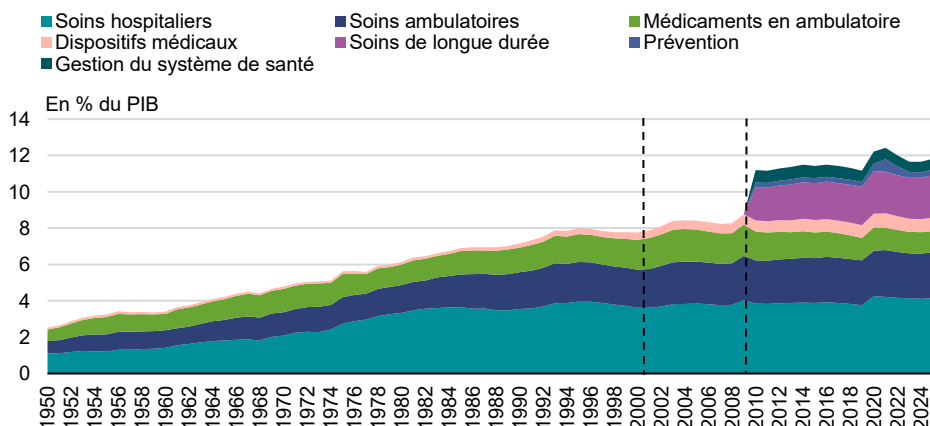
À partir de cette date, les premières mesures de limitation des dépenses de santé par l'Assurance maladie sont mises en place. La part de la CSBM

dans le PIB continue cependant de croître jusqu'en 1996. Elle atteint alors 8,0 % du PIB. Jusqu'en 2015, cette part varie ensuite avec l'accélération ou le ralentissement de la croissance économique. Elle continue de progresser jusqu'à 8,5 %. À la suite des nouvelles mesures de maîtrise des dépenses de santé menées à partir du rapport Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie publié en 2010, la part de la CSBM dans le PIB diminue ensuite jusqu'en 2019, s'établissant à 8,2 % du PIB.

La crise due au Covid-19 fait bondir les dépenses de santé : la CSBM atteint 8,8 % du PIB en 2020 et 2021. Cette part a progressivement diminué avec le reflux des dépenses liées à la crise sanitaire pour atteindre 8,5 % du PIB en 2024. En 2025, la part de la CSBM dans le PIB augmente à nouveau légèrement pour atteindre 8,6 %.

À l'échelle de la DCSi, qui intègre les dépenses de prévention, les soins de longue durée et les frais de gestion du système de santé, le pic de la crise sanitaire est accentué : la DCSi a atteint 12,2 % du PIB en 2020 puis 12,4 % en 2021, portée notamment par la nette hausse des dépenses de prévention (0,3 % du PIB en 2019, 0,7 % en 2021). En outre, la DCSi est marquée par le fort dynamisme tendanciel des soins de longue durée (de 1,8 % du PIB en 2010 à 2,3 % du PIB en 2025). En 2025, la DCSi représente 11,8 % du PIB.

Graphique 2 La DCSi et la CSBM dans le PIB depuis 1950



Note > Des ruptures de série interviennent entre 2000 et 2001, puis entre 2009 et 2010, année à partir de laquelle la DCSi est calculée. Par ailleurs, les soins ambulatoires comprennent les soins courants en ville et les activités techniques et auxiliaires.

Lecture > En 2025, la DCSi représente 11,8 % du PIB. Les soins hospitaliers en représentent 4,1 % et les soins de longue durée 2,3 %.

Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee pour le PIB.

Pour en savoir plus

> **System of Health Accounts (SHA)** (2011). Plus d'informations sur <https://www.oecd.org/en/topics/policy-issues/health-spending-and-financial-sustainability/sha-guidelines.html>

En 2025, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui représente 73 % des dépenses de santé, augmente de 2,7 % en valeur, après +3,5 % en 2024. La CSBM est portée par les volumes, en 2025 comme en 2024, et son ralentissement s'explique par leur décélération (+2,0 % en 2025, après +2,8 % en 2024) dans un contexte de hausse modérée des prix (+0,7 % en 2025, comme l'année précédente). Cette décélération des volumes provient de la baisse du volume de soins courants de médecins généralistes, et du ralentissement de celui des médicaments. La hausse limitée des prix de la CSBM s'explique quant à elle par le ralentissement du prix des dispositifs médicaux, et par l'accentuation de la baisse du prix des activités de laboratoire de biologie médicale. Ces évolutions compensent l'accélération du prix des soins courants en ville, alimentée par la revalorisation des honoraires des médecins généralistes en décembre 2024.

En 2025, la CSBM augmente de 2,7 % en valeur, après +3,5 % en 2024

En 2025, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en valeur est moins dynamique qu'en 2024 : elle augmente de +2,7 %, après +3,5 % l'année précédente (*graphique 1*). Trois postes de dépenses contribuent au ralentissement de la valeur de la CSBM en 2025 : les médicaments (+1,3 %, après +4,0 % en 2024), les activités techniques et auxiliaires (+1,0 %, après +2,7 %) et les soins courants en ville (+3,7 %, après +4,8 %) [*graphique 2*].

Pour autant, chacun des six grands postes de la CSBM contribue à sa croissance en valeur en 2025. Trois postes sont plus dynamiques que l'ensemble : les soins courants en ville, les dispositifs médicaux (+3,1 %) et les soins hospitaliers publics (+2,9 %).

Compte tenu de leur poids (48 % de la CSBM) et de leur dynamique (+2,8 % en 2025), les soins hospitaliers expliquent la moitié de la croissance en valeur de la CSBM : sur les +2,7 % de croissance en valeur de la CSBM, 1,4 point provient des soins hospitaliers.

En 2025, la CSBM ralentit avec les volumes

Sur le champ de la CSBM, qui représente 73 % de la dépense courante de santé au sens internationale

(DCSi), il est possible de décomposer l'évolution en valeur entre un effet volume et un effet prix (*annexe 4*). Le ralentissement de la CSBM en 2025 est lié à la décélération de son volume (+2,0 %, après +2,8 % en 2024) dans un contexte de hausse modérée des prix (+0,7 % en 2024 et 2025).

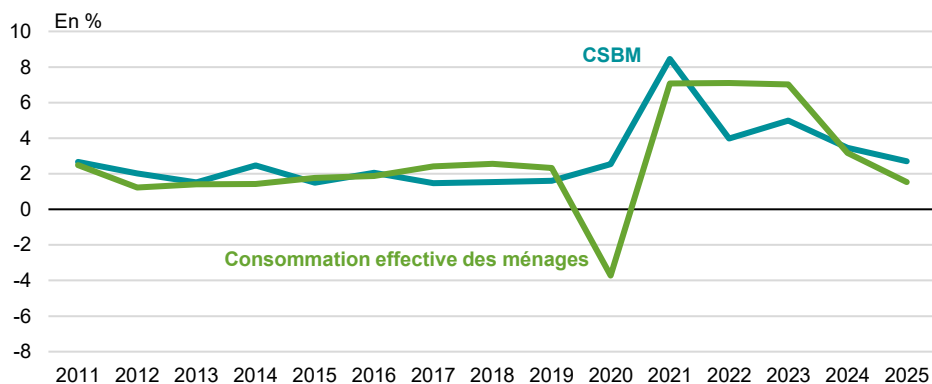
Entre 2010 et 2019, la croissance en valeur de la CSBM s'élevait en moyenne à 1,9 % par an. Elle était intégralement portée par celle des volumes, les prix reculant légèrement sur la période. Les années de crise sanitaire ont été plus heurtées, avec des évolutions importantes en volume (baisse en 2020, puis hausse l'année suivante), ainsi qu'en prix (hausse liée aux mesures de soutien à l'activité, puis au Ségur de la santé). Depuis 2024, l'évolution des volumes est davantage comparable au régime d'avant la crise sanitaire, tandis que les prix restent un peu plus dynamiques.

En 2025, malgré un ralentissement, la CSBM augmente plus rapidement en valeur que la consommation effective des ménages dans son ensemble. L'écart s'explique essentiellement par un effet volume.

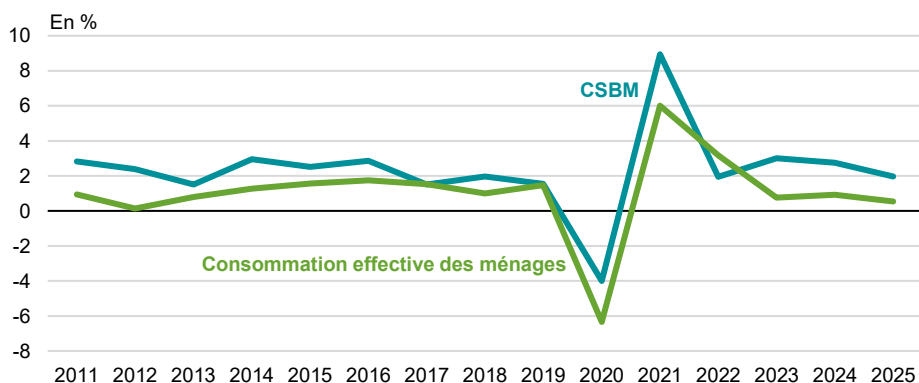
Le prix de la CSBM évolue au même rythme que l'inflation mesurée pour la consommation effective des ménages dans son ensemble.

Graphique 1 Évolution de la CSBM et de la consommation effective des ménages, en valeur, volume et prix, depuis 2011

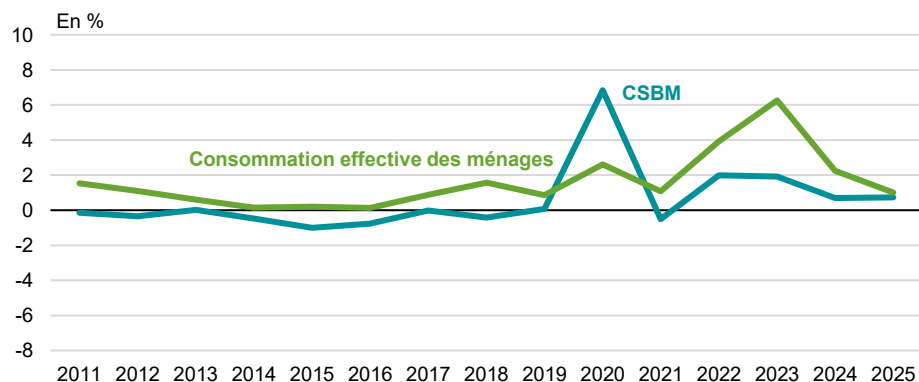
a. En valeur



b. En volume



c. En prix

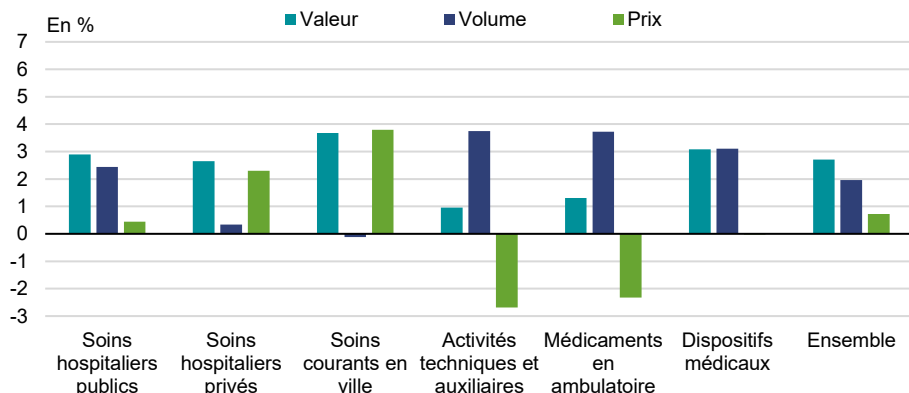


Lecture > En 2025, la CSBM augmente de 2,7 % en valeur, et la consommation effective des ménages de 1,5 %. La croissance de la CSBM se décompose en un effet volume de 2,0 % et un effet prix de 0,7 %. La croissance de la consommation effective des ménages se décompose en un effet volume de 0,5 % et un effet prix de 1,0 %.

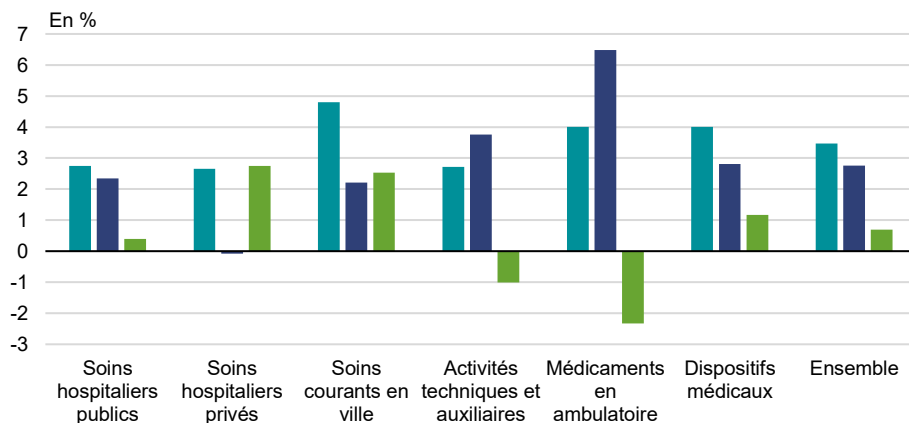
Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee pour la consommation effective des ménages.

Graphique 2 Taux de croissance en valeur, volume et prix des composantes de la CSBM, en 2024 et 2025

a. En 2025



b. En 2024



Lecture > En 2025, la consommation de soins courants en ville augmente de 3,7 % en valeur. Cette hausse provient d'une diminution de la consommation en volume de 0,1 % et d'une augmentation de son prix de 3,8 %.

Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee et Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices des prix ; ATIH et SAE pour les indices de volume.

Le ralentissement du volume de la CSBM est d'abord lié aux soins courants de médecins généralistes et aux médicaments

Le ralentissement du volume de la CSBM s'explique principalement par la diminution du volume des soins courants en ville en 2025 (-0,1 %, après +2,2 % en 2024), en conséquence de la baisse des volumes des soins courants de médecins généralistes en cabinet libéral (-5,4 %, après -0,7 %) et en centre de santé (-8,0 %, après +16,4 %). La contribution des soins courants en ville à la croissance du volume de la CSBM passe de +0,5 point en 2024 (identique à la moyenne entre 2015 et 2024) à 0,0 point en 2025 (graphique 3).

La décélération du volume de médicaments (+3,7 %, après +6,5 %) a aussi un impact significatif sur le volume de la CSBM : sa contribution passe ainsi de +0,9 point en 2024 à +0,5 point en 2025.

Le volume de la CSBM est soutenu par celui des soins hospitaliers publics, dont la contribution s'élève à +0,9 point en 2024 et 2025. L'activité de soins hospitaliers publics est portée majoritairement par l'activité de soins de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Au sein de ces soins, les prises en charge d'affections de l'appareil circulatoire et d'affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif sont de nouveau dynamiques en 2025, et les prises en charge de soins critiques accélèrent (fiche 8).

Les hausses et les baisses de prix entre les différents postes se compensent en 2025

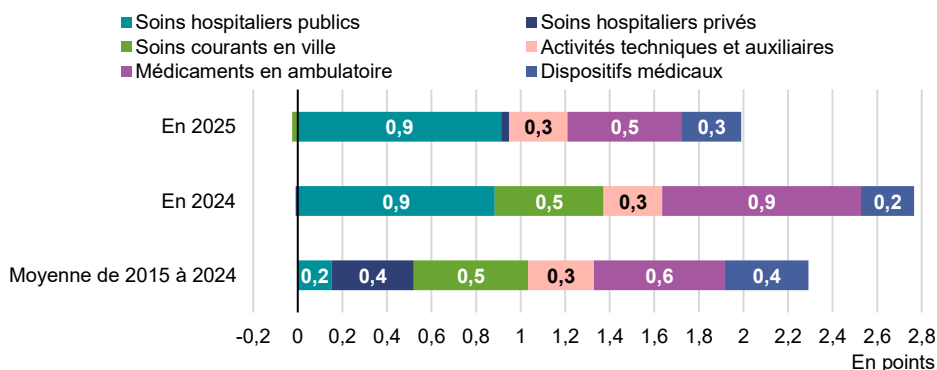
En 2025, le prix de la CSBM augmente modérément (+0,7 %), les hausses de prix dans certains secteurs étant compensées par des baisses dans d'autres.

Les prix des soins courants en ville accélèrent en 2025 (+3,8 %, après +2,5 % en 2024), portés par la hausse du tarif des consultations des médecins généralistes, passés de 26,50 à 30 euros en décembre 2024. La contribution du prix des soins courants en ville à l'inflation de la CSBM passe donc de +0,6 point en 2024 (et +0,2 point en moyenne entre 2015 et 2024) à +0,8 point en 2025 (graphique 4).

À l'inverse, les prix des dispositifs médicaux ralentissent en 2025 (+0,0 %, après +1,2 % en 2024). La baisse des prix des activités techniques et auxiliaires accélère (-2,7 %, après -1,0 % en 2024). En

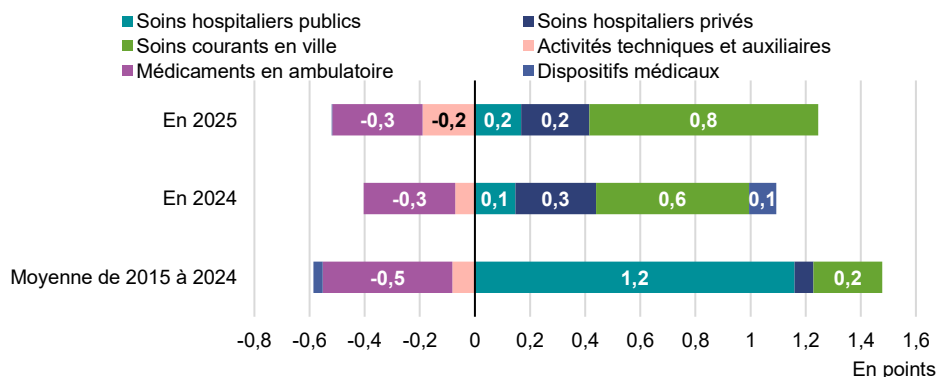
particulier, les tarifs de l'activité des laboratoires de biologie médicale baissent nettement (-9,3 %, après -8,1 % en 2024 et -7,4 % en 2023). Ces baisses de tarifs sont assurées par le protocole pluriannuel prix-volume signé entre l'Assurance maladie et les syndicats de biologistes médicaux, afin de contenir les dépenses, dans un contexte où les volumes sont dynamiques (+8,9 % en 2025, +7,6 % en 2024 et +12,0 % en 2023). Le prix des médicaments diminue de 2,3 % en 2025, comme en 2024. Il convient de noter que l'évolution du prix des médicaments, comme celui des dispositifs médicaux, ne renseigne que sur l'évolution du prix des produits déjà présents sur le marché : le prix des nouveaux traitements et le changement de structure de consommation (en faveur de produits plus onéreux) relèvent de l'effet volume (annexe 4, fiche 21). ■

Graphique 3 Contributions à la croissance de la CSBM en volume

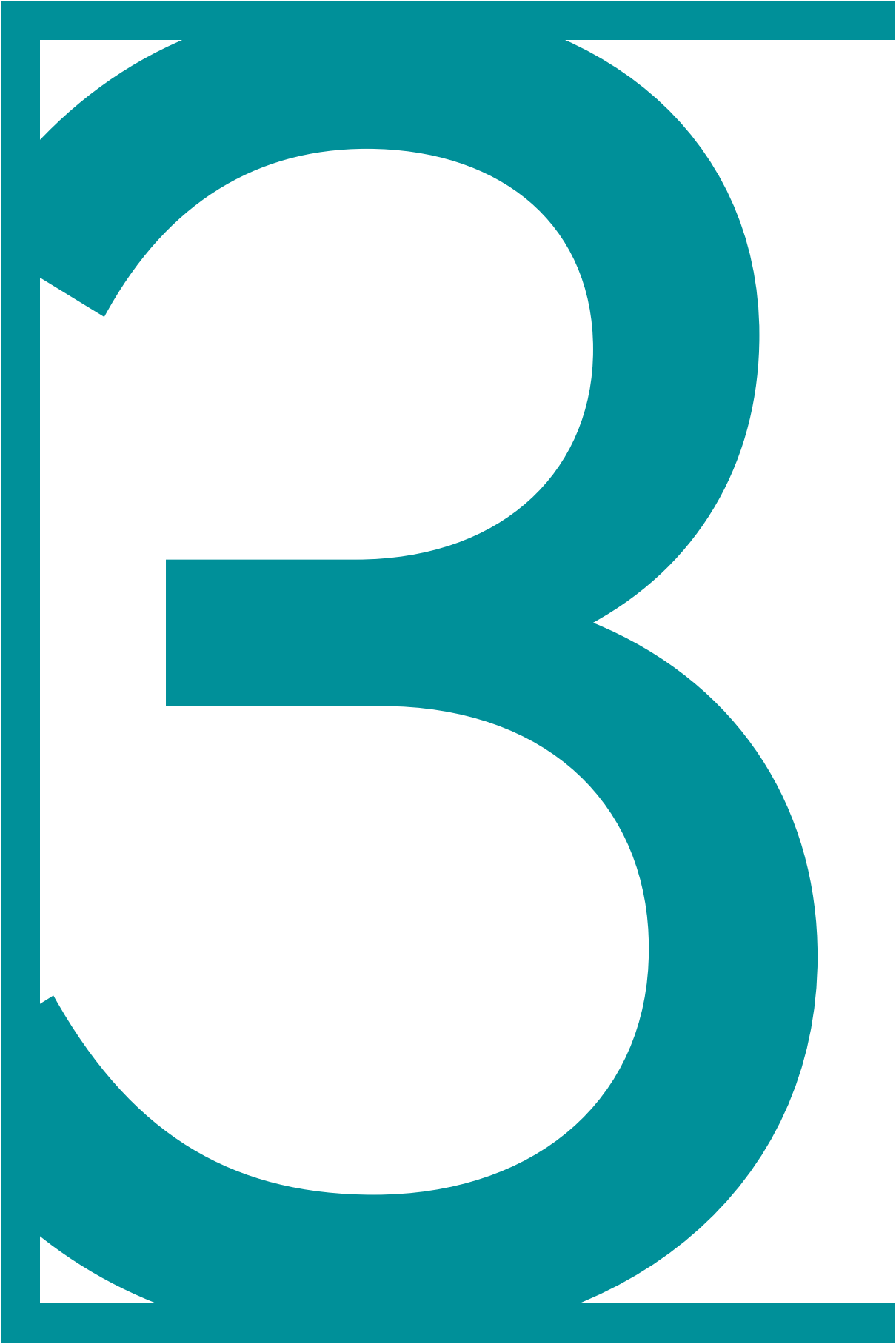


Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee et Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices des prix ; ATIH et SAE pour les indices de volume.

Graphique 4 Contributions à la croissance de la CSBM en prix



Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee et Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices des prix ; ATIH et SAE pour les indices de volume.



Vue d'ensemble

Les agrégats
des dépenses de santé

**Le financement
des dépenses de santé**

La DCSi par composante

Comparaisons internationales

Les dépenses de santé
par âge et sexe

Annexes

Tableaux détaillés

La Sécurité sociale est le principal financeur de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) : en 2025, elle prend en charge 70,6 % de la dépense, en légère hausse par rapport à 2024. La part financée par les organismes complémentaires (OC) s'élève à 12,3 %, en hausse de 0,1 point. Le reste à charge des ménages diminue de 0,1 point, à 9,7 % de la DCSi en 2025. La Sécurité sociale finance principalement les soins hospitaliers, les organismes complémentaires les soins courants en ville, tandis que les ménages et les autres administrations publiques financent en premier lieu les soins de longue durée. Les dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale concernent plus particulièrement les dépassements d'honoraires et le ticket modérateur. La part des dépassements dans les honoraires des praticiens est plus élevée dans les cabinets et centres dentaires.

La Sécurité sociale est le principal financeur de la DCSi

La Sécurité sociale est l'acteur majeur du financement de la DCSi. En 2025, les dépenses de santé de la Sécurité sociale s'élèvent à 249,2 milliards d'euros, soit 70,6 % de la DCSi (*tableau 1*).

Les soins hospitaliers constituent à eux seuls un peu moins de la moitié de ces dépenses (115,3 milliards d'euros). Les soins ambulatoires en représentent 20 % (*graphique 1*), soit 35,9 milliards de soins courants de ville et 14,3 milliards pour les activités techniques et auxiliaires.

Les soins de longue durée (SLD) sont le troisième poste de dépenses de la Sécurité sociale (37,7 milliards d'euros, soit 15 % du total).

Les soins de longue durée sont le premier poste de financement des administrations hors Sécurité sociale et des ménages

Les autres administrations publiques (État, organismes divers d'administrations centrales, collectivités locales) financent 6,9 % de la DCSi (24,3 milliards d'euros) et quasi exclusivement des dépenses ne relevant pas de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Ainsi, près des trois quarts de ce financement est-il affecté aux SLD, pour 17,6 milliards d'euros, à travers les dépenses sociales des départements.

Le financement des autres administrations publiques de la CSBM recouvre les prestations versées aux anciens combattants ou au titre de l'aide médicale de l'État (AME), ainsi que le financement des hôpitaux militaires.

Les organismes complémentaires (OC) financent 12,3 % de la DCSi en 2025 (43,4 milliards d'euros), et les frais de gestion (9,2 milliards d'euros) représentent 21 % de ce financement. Les autres principaux postes de dépenses concernent les biens médicaux, à commencer par l'optique (5,8 milliards d'euros, soit 13 %), ainsi que les soins en ville, notamment les soins de médecins (4,1 milliards d'euros, 10 %) et les soins prothétiques (8 %).

Les dépenses restant à la charge des ménages s'élèvent à 34,0 milliards d'euros en 2025. Les ménages financent surtout les SLD (14,3 milliards d'euros, soit 40 % du total) et les biens médicaux, en particulier les médicaments non remboursables (2,8 milliards). Parmi les soins courants en ville, les soins des auxiliaires médicaux peu pris en charge par la Sécurité sociale (psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens) constituent le premier poste de dépenses des ménages (6 % de leur financement total).

Enfin, les entreprises financent la médecine du travail du secteur privé, au sein des dépenses de prévention (2,2 milliards d'euros en 2025).

Tableau 1 Dépenses de santé par financeur en 2025

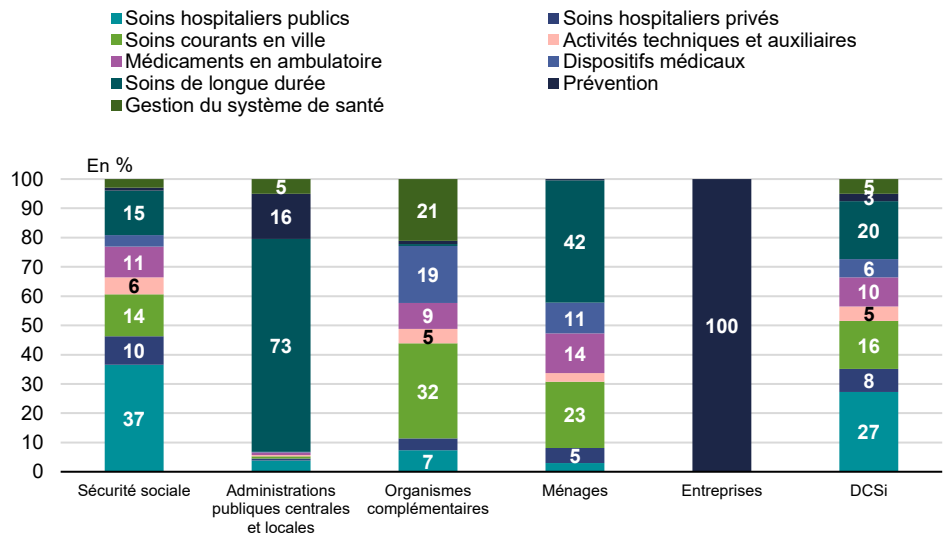
En milliards d'euros

	Sécurité sociale	Administrations publiques centrales et locales	Organismes complémentaires	Ménages	Entreprises	Total
Soins hospitaliers	115,3	1,1	4,9	2,8	0,0	124,1
Soins hospitaliers publics	91,0	0,9	3,2	1,0	0,0	96,2
Soins hospitaliers privés	24,3	0,1	1,7	1,8	0,0	27,9
Soins ambulatoires	50,2	0,3	16,2	8,7	0,0	75,4
Soins courants en ville	35,9	0,2	14,1	7,7	0,0	57,9
Activités techniques et auxiliaires ¹	14,3	0,1	2,2	1,0	0,0	17,5
Biens médicaux	36,2	0,3	12,3	8,2	0,0	56,9
Médicaments en ambulatoire	26,3	0,2	3,8	4,6	0,0	34,9
Dispositifs médicaux	9,9	0,1	8,4	3,6	0,0	22,0
CSBM	201,6	1,7	33,5	19,7	0,0	256,5
Soins de longue durée	37,7	17,6	0,3	14,3	0,0	69,9
Prévention	2,6	3,8	0,5	0,1	2,2	9,2
Gestion du système de santé	7,2	1,2	9,2	0,0	0,0	17,6
DCSi	249,2	24,3	43,4	34,1	2,2	353,2

1. Activité des laboratoires de biologie médicale, imagerie médicale, transports sanitaires.

Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 1 Structure de la dépense des financeurs de la DCSi en 2025



Lecture > En 2025, 37 % des dépenses de santé de la Sécurité sociale concernent le financement des soins hospitaliers publics.

Source > Drees, comptes de la santé.

Les dépenses prises en charge par les OC sont dynamiques en 2025

En 2025, la DCSi augmente de 3,3 % par rapport à 2024. Les financements des OC évoluent de façon plus dynamique (+4,3%) tandis que les dépenses à la charge des ménages augmentent de façon plus modérée (+2,1%). Les dépenses financées par les administrations publiques (Sécurité sociale, administrations centrales et locales) progressent au même rythme que la DCSi (respectivement +3,3 % et +3,1 %).

Certaines dépenses de la Sécurité sociale sont particulièrement dynamiques, notamment les soins courants en ville, qui augmentent de 3,8 % (*tableau 2*), portées par les revalorisations tarifaires de certains actes¹ : les montants des soins financés par l'Assurance maladie augmentent de 6,4 % pour les médecins généralistes, de 4,0 % pour les spécialistes, et de 7,6 % pour les soins conservateurs dentaires. Les dépenses de prévention financées par la Sécurité sociale progressent de 25,0 %, à la suite de à la forte consommation de vaccins (fiche 27). Les dépenses de SLD augmentent de 5,9 %.

La croissance des dépenses des autres administrations publiques est portée par le dynamisme des SLD (+4,5 %), premier poste de dépense. Les dépenses de prévention financées par les administrations publiques centrales et locales diminuent de 3,4 %, en raison de la forte baisse des achats de vaccins contre le Covid-19 par Santé publique France (0,1 milliard d'euros en 2025, après 0,2 milliard en 2024).

L'augmentation du reste à charge des ménages est relativement plus modérée (+2,0 %), du fait de la hausse contenue sur les soins de longue durée (+1,9%).

La part de la DCSi financée directement par les ménages diminue tendanciellement

Entre 2010 et 2019, la part des dépenses de santé prises en charge par la Sécurité sociale a baissé de 0,9 point, tandis que celle prise par les autres administrations publiques augmentait de 1,3 point (*graphique 3*). Après les mesures exceptionnelles mises en place pendant la crise, la part du financement par la Sécurité sociale se maintient à un nouveau élevé (70,6 %) en 2025, et celles des autres administrations publiques (État, opérateurs, collectivités locales) se stabilise à son niveau d'avant-crise (6,9 %).

Le taux de financement de la DCSi par les organismes complémentaires augmente régulièrement depuis 2020 (11,5 % en 2020, 11,7 % en 2022, 12,2 % en 2024, et 12,3 % en 2025). Il demeure cependant inférieur au niveau atteint avant la crise sanitaire en 2018 et 2019 (12,7 %).

La part des dépenses financée par les entreprises diminue légèrement depuis 2022, pour s'établir à 0,6 % en 2025.

La part de la DCSi financée par les ménages, qui avait baissé d'un point environ au moment de la crise sanitaire, décroît très légèrement en 2025, à 9,7 %, contre 9,8 % en 2024 et 9,9% en 2022.

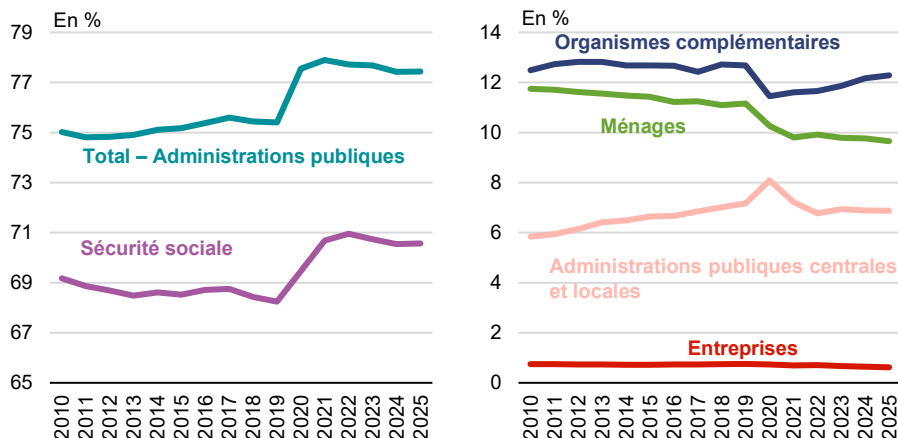
Tableau 2 Évolution des dépenses de santé par financeur en 2025

	En %				
	Sécurité sociale	Administrations publiques centrales et locales	Organismes complémentaires	Ménages	Entreprises
Soins hospitaliers	+2,7	+10,3	+4,9	+0,5	0,0
Soins hospitaliers publics	+2,9	+11,6	+2,0	+0,2	0,0
Soins hospitaliers privés	+2,3	+2,7	+10,5	+0,7	0,0
Soins ambulatoires	+2,8	+2,2	+3,4	+3,9	0,0
Soins courants en ville	+3,8	+2,0	+4,1	+2,2	0,0
Activités techniques et auxiliaires	+0,2	+2,7	-1,0	+18,9	0,0
Biens médicaux	+1,8	+1,2	+3,4	+0,6	0,0
Médicaments en ambulatoire	+0,9	+0,7	+3,0	+2,3	0,0
Dispositifs médicaux	+4,4	+3,0	+3,6	-1,6	0,0
CSBM	+2,6	+7,2	+3,6	+2,0	0,0
Soins de longue durée	+5,9	+4,5	+9,2	+1,9	0,0
Prévention	+25,0	-3,4	+54,1	+27,5	-0,3
Gestion du système de santé	+3,2	-0,6	+4,9	+0,0	0,0
DCSi	+3,3	+3,1	+4,3	+2,1	-0,3

Source > Drees, comptes de la santé.

¹ Consultation des médecins généralistes portée à 30 € et revalorisation tarifaire des consultations pédiatriques,

gériatriques et gynécologiques en décembre 2024 ; ré-forme du programme M'T dents en avril 2025 (prestation revalorisée de 10 €).

Graphique 2 Évolution du financement de la DCSi depuis 2010

Lecture > En 2025, la Sécurité sociale finance 70,6 % de la DCSi et les ménages 9,7 %.

Source > Drees, comptes de la santé.

Les dépenses publiques de santé contribuent davantage au PIB en 2025

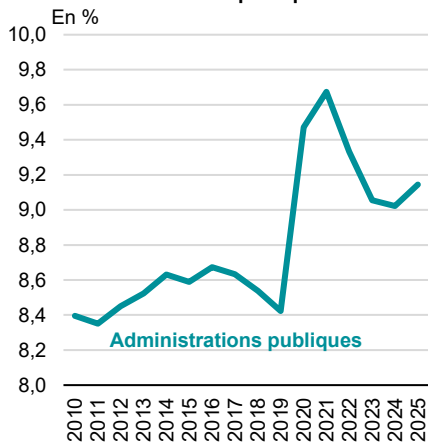
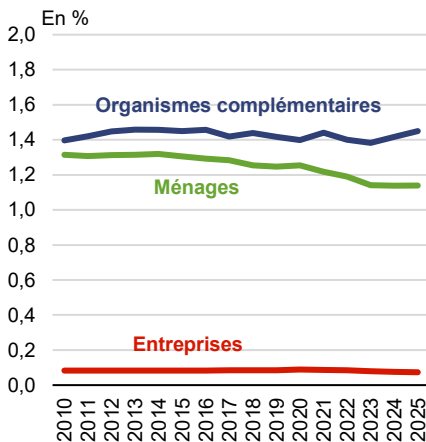
Entre 2010 et 2019, la part de la DCSi financée par les administrations publiques représentait entre 8,4 % et 8,7 % du PIB, avec une baisse continue à partir de 2016 (*graphique 3*).

Les différentes mesures prises pendant la crise sanitaire en 2020 et 2021 (dépistage et vaccination du Covid-19, soutien à l'activité hospitalière) ont fait bondir le taux de financement de la DCSi de 1,3 point (9,7 % en 2021).

Avec le retrait progressif de ces mesures, à la sortie de la crise sanitaire, les dépenses de santé publiques rapportées au PIB diminuent, tout en restant supérieures au niveau d'avant crise, soit 9,0 % en 2024. Le taux de financement augmente légèrement en 2025, les dépenses de santé publique augmentent plus rapidement que le PIB (+3,3 % pour la DCSi, +1,9 % pour le PIB).

Rapporté au PIB, le financement de la DCSi par les OC demeure stable depuis 2010, à 1,5 %, de même que le financement par les entreprises (0,1 %).

En revanche, le financement de la DCSi par les ménages poursuit sa baisse au regard du PIB : 1,3 % en 2010, 1,1 % en 2025.

Graphique 3 Évolution du financement de la DCSi rapporté au PIB depuis 2010**a. Par les administrations publiques****b. Par les autres financeurs**

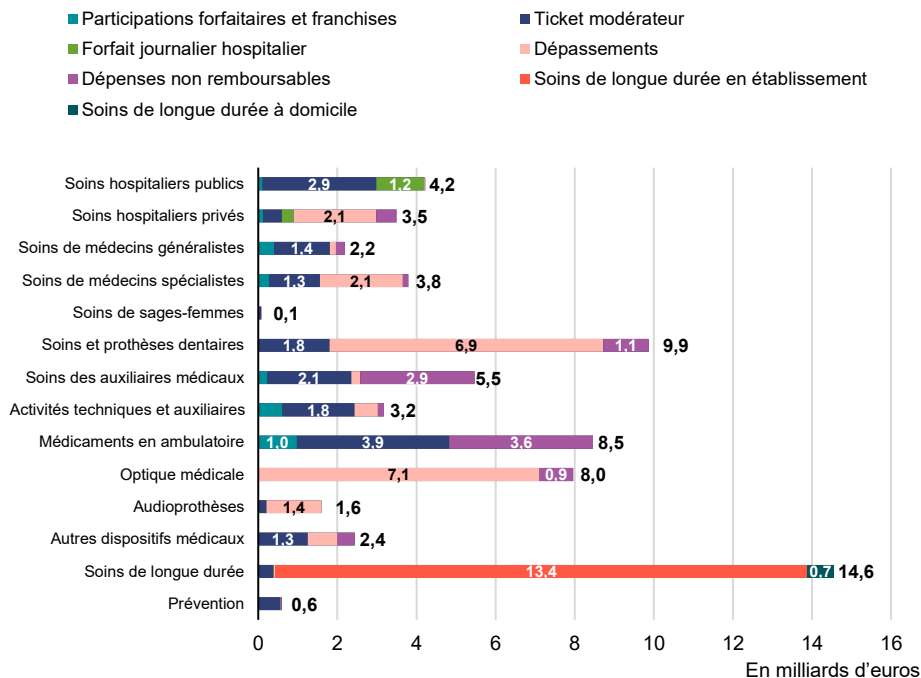
Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee pour le PIB.

Les dépenses non prises en charge par les administrations publiques représentent 19 % de la DCSi

Les dépenses de la DCSi (hors gestion du système de santé) non couvertes par les administrations publiques s'élèvent à 67,9 milliards d'euros en 2025. Elles recouvrent des dépenses de plusieurs natures :

- les dépassements (21,4 milliards d'euros) se répartissent principalement entre les libertés tarifaires en optique médicale (7,1 milliards) et sur les prothèses dentaires (6,9 milliards), et les dépassements d'honoraires des médecins spécialistes, en ville et en clinique (4,2 milliards) [graphique 5] ;
- les dépenses liées au ticket modérateur, qui sont à la charge des OC et des ménages (18,6 milliards), concernent en premier lieu les médicaments en ambulatoire (3,9 milliards) et les séjours à l'hôpital public (3,8 milliards) ;
- les dépenses à la charge des OC et des ménages en soins de longue durée (14,6 milliards d'euros) comprennent les dépenses en Ehpad (13,4 milliards d'euros), les dépenses d'aides à la vie quotidienne à domicile (0,7 milliards) ;
- les dépenses non remboursables (10,0 milliards d'euros) se concentrent sur les médicaments non remboursables (3,6 milliards d'euros), et les soins d'auxiliaires non pris en charge par la Sécurité sociale (2,1 milliards) ;
- les participations forfaitaires et franchises, à la charge des ménages, s'élèvent à 2,8 milliards d'euros, après 2,5 milliards en 2024 ;
- enfin, le forfait journalier hospitalier, soit la participation des patients aux frais d'hébergement et d'entretien liés à leur hospitalisation, représente 1,5 milliard d'euros de dépenses, dont 80 % dans le secteur privé.

Graphique 4 Décomposition de la DCSi non prise en charge par les administrations publiques en 2025



Lecture > En 2025, le reste à charge après assurance maladie obligatoire pour les soins dentaires s'élève à 9,9 milliards d'euros, dont 6,9 milliards d'euros de dépassements d'honoraires facturés par les dentistes.

Champ > DCSi hors gestion du système de santé.

Source > Drees, comptes de la santé.

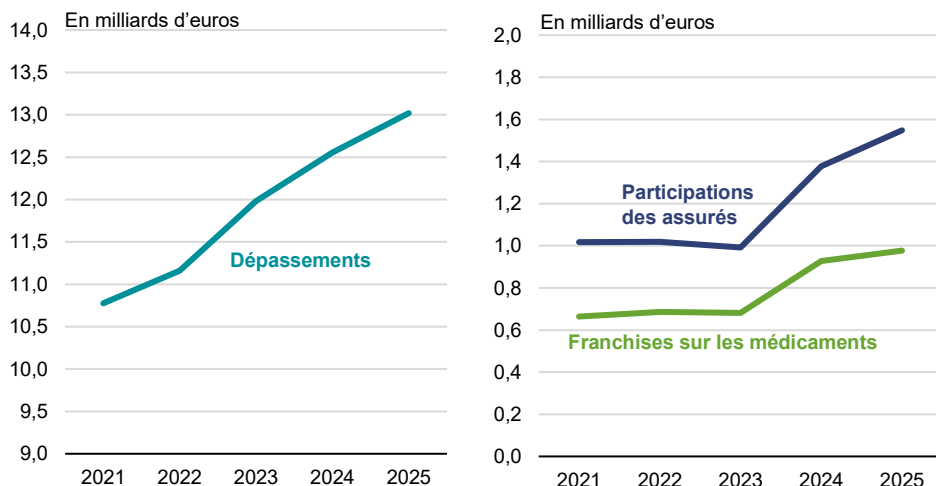
Forte hausse des dépassements, qui représentent 9,2 % des rémunérations des professionnels de santé tous lieux confondus en 2025

Les dépassements, dans les honoraires des professionnels de santé, sont de 13,0 milliards d'euros en 2025 (12,6 milliards en 2024), soit 9,2 % des rémunérations (*graphique 5*). Depuis 2021, ces montants augmentent de 4,8 % en moyenne par an, et de 3,7 % en 2025. Les dépassements se répartissent principalement entre les soins dentaires (7,8 milliards d'euros, dont 5,4 milliards pour les soins prothétiques) et médecins spécialistes (3,9 milliards).

Les participations des assurés, payées par les ménages à la Sécurité Sociale, s'élèvent à 1,5 milliard d'euros en 2025, soit 1,0 % des honoraires. À la suite du doublement des participations forfaitaires (à plafond annuel inchangé) courant 2024, les dépenses ont augmenté de 0,6 milliards d'euros (+56,1 %), alors qu'elles étaient restées stables entre 2021 et 2023.

Les dépenses de franchises médicales dans la consommation de médicaments suivent la même tendance : stabilité à 0,7 milliard d'euros entre 2021 et 2023, puis hausse suite au doublement des franchises médicales, à plafond inchangé. Elles atteignent ainsi 1,0 milliard d'euros en 2025.

Graphique 5 Montants des dépassements, des participations des assurés et des franchises, sur l'ensemble des professionnels de santé



Champ > DCSI hors soins hospitaliers publics et hors gestion du système de santé.

Source > Drees, comptes de la santé.

D'une profession à l'autre, les dépassements d'honoraires représentent une part très hétérogène des rémunérations

Tous lieux confondus, la part des dépassements dans les honoraires, hors soins prothétiques, est de 11,4 % en 2025, mais avec de grandes disparités (*tableau 3*) : 1,3 % dans les centres de santé et les cabinets libéraux en secteur 1, 28,0 % en clinique, ou 40,2 % dans les cabinets libéraux de médecins conventionnés secteur 2 hors dispositif de l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam), toutes spécialités confondues.

La dispersion des dépassements d'honoraires en clinique est importante : 28,0 % en moyenne, 50,6 % pour les stomatologues et spécialistes en chirurgie maxillo-faciales, 1,6 % pour les médecins généralistes.

Hors dépenses de prothèses dentaires, la part des dépassements dans les honoraires est plus élevée chez les orthodontistes (56,8 % dans les établissements dentaires [cabinets libéraux et centres dentaires], 35,8 % dans les centres de santé), que chez les dentistes (respectivement 19,2 % et 14,4 %).

Les dépassements sont en revanche peu pratiqués pour les soins de longue durée et les dépenses de prévention (0,7 % pour les auxiliaires médicaux¹, 0,5 % dans les cabinets libéraux secteur 2 hors Optam), par les sages-femmes (1,2 % en moyenne) et les auxiliaires médicaux en ville (1,5 % dans les cabinets libéraux, 0,6 % en centres de santé). ■

¹ Les dépassements d'honoraires des auxiliaires médicaux ne sont autorisés que dans des cas très spécifiques (par exemple, soins réalisés tôt le matin ou tard le soir, ou sur le lieu de travail).

Tableau 3 Part des dépassements dans les honoraires des professionnels de santé en 2025

En %

	Cliniques	Cabinets et centres dentaires	Centres de santé ¹ et cabinets libéraux secteur 1	Cabinets libéraux secteur 2 signataires de l'Optam	Cabinets libéraux secteur 2 hors Optam	Ensemble
CSBM	28,0	27,9	1,4	20,8	40,3	12,6
Médecins généralistes	1,6	ns	0,4	22,0	48,9	1,6
Médecins spécialistes	32,7	ns	1,1	21,3	41,3	23,6
Spécialités de « médecine »	23,8	ns	1,2	18,7	41,9	18,5
Spécialités de « chirurgie »	41,4	nc	3,2	23,3	41,6	37,2
Spécialités de « plateaux techniques »	0,1	nc	0,0	3,8	18,0	1,0
Spécialités « médico-chirurgicales »	42,1	nc	1,9	26,9	40,9	29,6
Sages-femmes	1,2	nc	1,2	1,3	1,3	1,2
Dentistes	11,0	19,2	14,4	nc	nc	19,0
Orthodontistes	nc	56,8	35,8	nc	nc	56,4
Médecins spécialistes en soins dentaires ²	50,6	38,7	18,5	nc	nc	43,2
Auxiliaires médicaux	0,2	nc	1,5	nc	nc	1,5
Spécialités des activités techniques et auxiliaires ³	0,1	ns	2,3	21,4	40,9	9,3
Soins de longue durée et prévention	nc	0,2	0,7	0,1	0,5	0,7
DCSi	28,0	27,4	1,3	20,6	40,2	11,4

ns : non significatif. nc : non concerné.

1. Y compris les sociétés de téléconsultations, les centres d'imagerie et les cabinets des auxiliaires médicaux.

2. Stomatologues et spécialistes en chirurgie maxillo-faciale ou orale.

3. Y compris les dépenses des directeurs de laboratoires, des radiologues et des anatomo-cytopathologistes.

Note > Les dépenses de prothèses dentaires et les soins des médecins non conventionnés et des médecins spécialistes en santé publique ou médecine légale sont exclues.

Source > Drees, comptes de la santé.

En 2025, les administrations publiques prennent en charge 273,5 milliards d'euros, soit 77,4 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) ; la Sécurité sociale couvre 249,2 milliards d'euros (soit 70,6 %), les collectivités locales 17,6 milliards d'euros (6,4 %) et l'État 4,8 milliards d'euros (1,8 %). La part financement de la contribution publique à la DCSi est stable en 2025 par rapport à 2024. Les deux principaux postes de dépenses assumées par les administrations publiques sont les soins hospitaliers publics et les soins de longue durée. En plus des remboursements de droit commun à tous les assurés (184,7 milliards d'euros), les administrations publiques versent des rémunérations directement aux professionnels et aux établissements (59,6 milliards d'euros), et assurent des remboursements supplémentaires pour certains patients (29,6 milliards d'euros). Les rémunérations directes ont augmenté de 4,5 % depuis 2021, les remboursements supplémentaires de 24,6 %.

En 2025, les administrations publiques financent 77 % de la DCSi, soit 3 972 euros par habitant

En 2025, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) financée par les administrations publiques s'élève à 274 milliards d'euros (3 972 euros par habitant), soit 77,4 % de la DCSi (*graphique 1*).

Le financement du secteur hospitalier et des soins de longue durée (financement des établissements médico-sociaux, aides aux personnes âgées et handicapées) représente plus de la moitié de la dépense publique de santé (62,8 %).

Les soins hospitaliers (1 690 euros par habitant en 2025) sont les postes où la puissance publique finance la proportion la plus élevée des soins. Ainsi, 95,6 % de la dépense à l'hôpital public est financée par les administrations publiques, 87,5 % en clinique. Les soins courants en ville sont couverts à 62,4 % par les administrations publiques (524 euros de financement par habitant en 2025) : en ville, selon le praticien consulté, la prise en charge publique peut en effet être importante (78,7 % de la dépense de soins de médecins généralistes est assurée par la Sécurité sociale et l'État), ou minime (seuls 7,0 %

de la dépense de soins de psychologues est financée publiquement). Les dispositifs médicaux sont moins remboursés par les administrations publiques (45,4 %) : le financement est hétérogène selon les dispositifs (4,4 % de la dépense d'optique médicale est supportée par les administrations publiques, tandis que 61,8 % de la dépense de prothèses et orthèses est financée par le public).

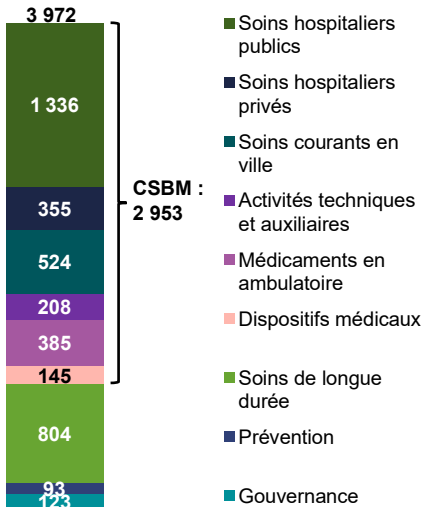
Les activités techniques et auxiliaires (imagerie médicale, analyses et prélèvements en laboratoire de biologie médicale, transports sanitaires), les médicaments, la prévention et les soins de longue durée sont pris en charge par le secteur public dans des proportions similaires à l'ensemble de la DCSi.

La part assurée par les administrations publiques dans la DCSi (77,4 %) est inférieure à celle de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), agrégat historique des comptes de la santé (79,3 %) qui exclut les soins de longue durée, les dépenses de prévention et de gestion du système de santé. Ce taux plus faible pour la DCSi provient essentiellement des dépenses de gestion du système de santé, et dans une moindre mesure des dépenses de prévention. Le niveau de couverture publique des soins de longue durée est très proche de celui de la CSBM.

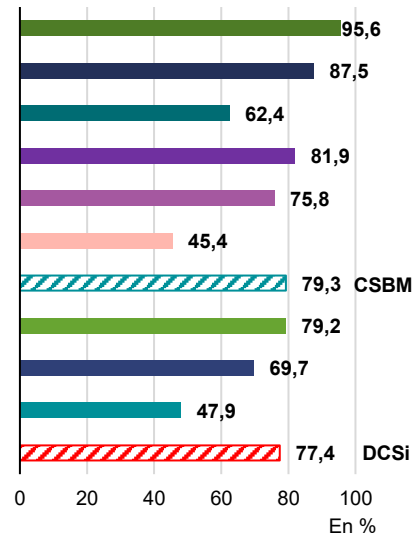
Graphique 1 Dépenses des administrations publiques par composante de la DCSi en 2025

a. Dépense publique moyenne par habitant

En euros



b. Part dans la dépense totale de la composante



Lecture > En 2025, le financement par les administrations publiques représente une dépense de 3 972 euros en moyenne par habitant.

Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee pour la population.

En 2025, le taux de financement public de la DCSi se stabilise

La DCSi est prise en charge à 77,4 % par les administrations publiques, à un niveau identique à celui de 2024. Cette stabilité de la couverture publique s'observe sur l'ensemble des composantes de la DCSi.

Le financement public de la prévention s'établit à 69,6 %, quasi inchangé sur un an (-0,1 point), mais supérieure de 4,2 points à son niveau de 2019. Les dépenses des administrations publiques en faveur de campagnes de prévention restent ainsi dynamiques, après plusieurs années de baisse des dépenses due au reflux de la crise sanitaire.

La part de la consommation de médicaments en ambulatoire financée par les administrations publiques recule légèrement en 2025 (75,8 % contre 76,1 % en 2024 et 74,7 % en 2019). La prise en charge des médicaments est portée par la croissance des traitements innovants et coûteux, bénéficiant d'un niveau de remboursement élevé. Le même phénomène s'observe pour les dispositifs médicaux. Ainsi, en quinze ans, le taux de financement public des médicaments en ambulatoire a augmenté de 5,9 points, et celui des dispositifs médicaux de +4,9 points.

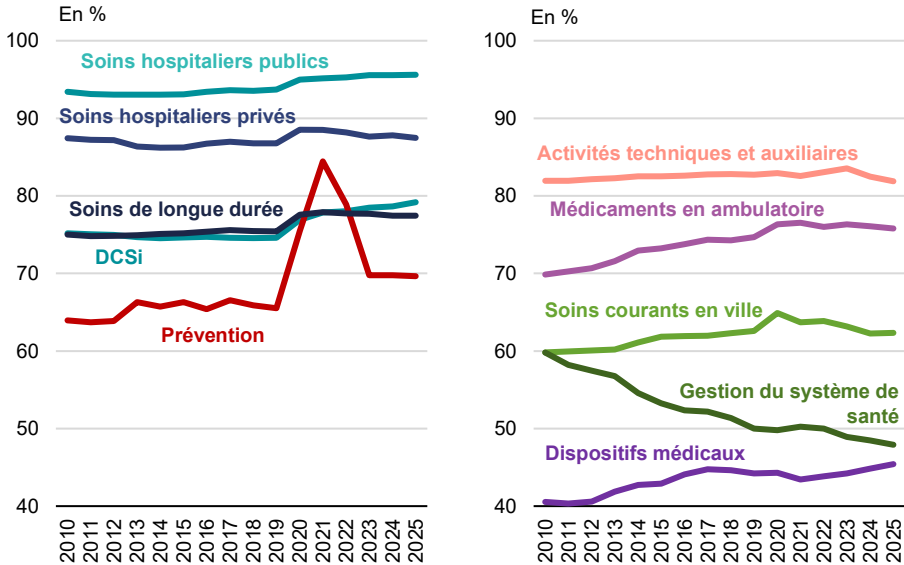
La prise en charge publique des frais de gestion poursuit sa baisse de longs termes en 2025, passant de 48,5 % à 47,9 %. Depuis 2010, cette part a diminué de 10,3 points, en raison d'une dynamique plus forte des frais de gestion des organismes complémentaires au sein du système de santé (fiche 28). Le financement public des autres postes (soins hospitaliers, soins ambulatoires) reste quant à lui stable.

Le financement public de la DCSi augmente de 3,3 % en 2025

En 2025, le financement public de la DCSi a connu particulièrement une vive progression dans le domaine des soins de longue durée (+5,5 %) et de la prévention (+6,6 %) [tableau 2]. Ces deux postes affichent également les plus fortes hausses sur la période 2015-2024, témoignant du vieillissement de la population et de l'effort porté sur la prévention, en particulier depuis la crise sanitaire.

Les dépenses publiques de soins hospitaliers, si elles représentent la majeure partie des dépenses publiques de santé, augmentent moins vite que la DCSi en 2025 (+2,8 % contre +3,3 %). Il en va de même pour la consommation d'activités techniques et auxiliaires (+0,2 %) et de médicaments en ambulatoire (+0,9 %). Les dépenses de soins courants en ville et de dispositifs médicaux sont dynamiques (respectivement +3,8 % et +4,4 %).

Graphique 2 Taux de financement public des composantes de la DCSi



Source > Drees, comptes de la santé.

Tableau 1 Le financement public de la DCSi par composante

En millions d'euros

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Évolution moyenne 2015-2024 (en %)
Soins hospitaliers	78 395	99 150	103 535	110 143	113 201	116 384	+2,8	+4,2
Soins hospitaliers publics	62 342	77 775	81 507	86 938	89 333	91 974	+3,0	+4,1
Soins hospitaliers privés	16 053	21 375	22 027	23 205	23 868	24 410	+2,3	+4,5
Soins courants en ville	25 432	31 459	32 736	33 639	34 757	36 089	+3,8	+3,5
Activités techniques et auxiliaires	10 762	12 543	13 094	14 119	14 321	14 349	+0,2	+3,2
Biens médicaux	29 331	32 205	33 336	34 396	35 821	36 474	+1,8	+2,2
Médicaments en ambulatoire	22 809	23 635	24 587	25 318	26 249	26 483	+0,9	+1,6
Dispositifs médicaux	6 522	8 569	8 748	9 078	9 572	9 992	+4,4	+4,4
CSBM	143 920	175 356	182 701	192 297	198 101	203 296	+2,6	+3,6
Soins de longue durée	33 267	44 679	46 562	50 362	52 498	55 363	+5,5	+5,2
Prévention	3 963	14 916	10 635	6 144	6 078	6 490	+6,6	+4,7
Gestion du système de santé	7 936	7 761	7 899	7 915	8 221	8 440	+2,7	+0,4
DCSi	189 087	242 630	247 703	256 613	264 829	273 507	+3,3	+3,8

Source > Drees, comptes de la santé.

Le principal financeur de la DCSi est la Sécurité sociale, qui en finance 70,6 %

La Sécurité sociale finance 70,6 % de la DCSi en 2025, soit 249 milliards d'euros (tableau 2). Il s'agit de remboursements de soins d'une part et de rémunérations directes aux établissements et aux profes-

sionnels d'autre part. Les frais de gestion de la Sécurité sociale s'élèvent en 2025 à 7,2 milliards d'euros.

Les collectivités locales financent 6,5 % de la DCSi, soit 17 milliards d'euros. Ces dépenses correspondent à la prise en charge des frais de santé en établissements et services pour personnes âgées ou

handicapées, ainsi qu'aux prestations versées en faveur de l'autonomie : allocation personnalisée d'autonomie, prestation de compensation du handicap, aide sociale à l'hébergement, etc. Les collectivités locales financent également des campagnes de prévention.

Le financement de la DCSi par l'État s'élève à 4,8 milliards d'euros en 2025 (soit 1,4 % de la DCSi) correspondant à plusieurs financements spécifiques. Il comprend l'Aide médicale de l'État (AME, 1,5 milliard d'euros en 2025), ainsi que le financement des hôpitaux militaires et des soins aux invalides de guerre. L'État est aussi un acteur du financement des soins de longue durée (1,3 milliard d'euros) via les aides personnalisées au logement, des crédits et réductions d'impôts, et de la prévention, en particulier des campagnes de prévention (0,8 milliard d'euros). Enfin, les frais de gestion liés aux dépenses de santé de l'État s'établissent à 1,0 milliard d'euros en 2025.

Les opérateurs comme Santé publique France financent 0,5 % de la DCSi, soit 2 milliards d'euros. Il s'agit principalement des dépenses de gestion du système de santé (fiche 28), qui englobent différents opérateurs, comme la Haute autorité de santé (annexe 2).

Le financement de la DCSi par la Sécurité sociale croît au même rythme que l'ensemble de la prise en charge publique (+3,3 %). Le financement de la DCSi par les collectivités locales est plus soutenu (+4,0 %) en raison de la nature de celui-ci : il est principalement dévolu aux soins de longue durée (fiche 26), eux-mêmes dynamiques (+4,7 % en 2025).

Les dépenses des autres financeurs publics connaissent une croissance plus modérée.

Tableau 2 Le financement public de la DCSi par financeur

En millions d'euros									
	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Évolution 2015-2024 (en %)	Part (en %)
Sécurité sociale	172 373	220 146	226 142	233 680	241 273	249 223	+3,3	+3,8	91,1
État	5 465	4 368	4 230	4 742	4 803	4 815	+0,2	-1,4	1,8
Opérateurs	966	4 169	2 622	1 949	1 879	1 909	+1,6	+7,7	0,7
Départements	10 217	13 773	14 564	16 088	16 703	17 379	+4,0	+5,6	6,4
Bloc communal	64	175	144	153	172	182	+5,7	+11,5	0,1
Total	189 087	242 630	247 703	256 613	264 829	273 507	+3,3	+3,8	100,0

Source > Drees, comptes de la santé.

Les remboursements de soins par les administrations publiques s'élèvent à 214 milliards d'euros

Le financement public de la DCSi correspond à la fois à des remboursements de soins et de biens médicaux, mais également à des rémunérations directes versées à des professionnels, des établissements et des structures de santé, pour un montant de 59,3 milliards d'euros en 2025.

Les remboursements de soins et de biens médicaux s'élèvent ainsi à 214,3 milliards d'euros en 2025. Parmi ces remboursements, 184,7 milliards d'euros sont de droit commun, auxquels ont droit tous les assurés sociaux, et 29,6 milliards d'euros sont des financements supplémentaires pour certains patients dans des situations particulières (encadré). Ils sont soit :

- Financés par l'État (1,5 milliard d'euros), dans le cas des soins aux bénéficiaires de l'AME (dispositifs permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins) et aux invalides de guerre :

- 1,3 milliard d'euros de part légale payée par l'État dans le cadre de l'AME : c'est la dépense que la Sécurité sociale aurait dépensée pour ces patients s'ils y avaient été affiliés ;
- 0,2 milliard d'euros de ticket modérateur et de forfait journalier hospitalier : c'est la dépense que l'État a prise en charge à la place des patients invalides de guerre ou bénéficiaires de l'AME.

- Financés par la Sécurité sociale (28,1 milliards d'euros). Ils prennent dans ce cas souvent la forme d'exonérations du reste à charge, payé par la Sécurité sociale plutôt que par l'assuré ou son éventuelle complémentaire santé. Le principal dispositif est celui relatif aux affections de longue durée, qui permet la prise en charge du ticket modérateur pour les soins reconnus en lien avec une affection dont souffre le bénéficiaire :
 - 27,2 milliards d'euros de ticket modérateur exonéré ;

- 0,9 milliard d'euros de liberté tarifaire sur les dispositifs médicaux du 100 % santé (fiches 14, 23 et 24).

Ces dépenses de prises en charge supplémentaires, au-delà des remboursements communs à tous les assurés, croissent plus rapidement que l'ensemble de la DCSi et que son financement public

(graphique 3). Ainsi, entre 2021 et 2025, elles ont augmenté de 24,1 % (+3,4 milliards d'euros), soit un taux de croissance annuel moyen de +6,0 %, tandis que le financement public de la DCSi n'a crû que de 12,7 % (soit en moyenne +3,2 % par an).

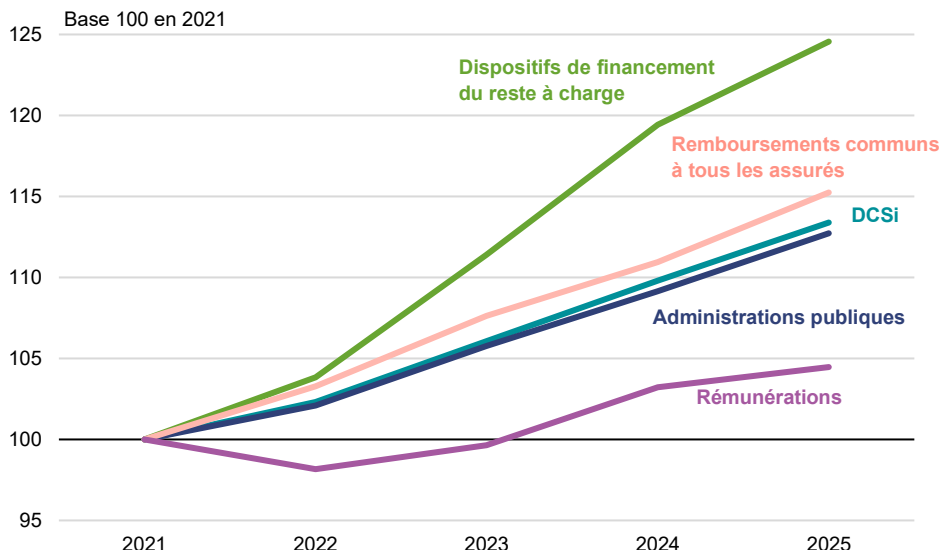
Encadré Évaluation des dépenses au titre des dispositifs de financement du reste à charge par les administrations publiques

De nombreux dispositifs améliorent la prise en charge publique des dépenses de santé par rapport au régime de droit commun, abaissant le reste à charge des personnes qui en bénéficient. Cette fiche classe ces dispositifs en cinq catégories (tableau 4) : ceux contingents à l'état du patient, ceux contingents aux ressources, ceux visant à limiter le reste à charge sur certains soins, ceux concernant des régimes locaux ou spéciaux et les dispositifs liés au Covid-19.

Le Système national des données de santé (SNDS) permet d'identifier le complément de remboursement induit par l'existence de ces dispositifs, comme l'exonération du ticket modérateur des patients reconnus en affection de longue durée (pour les soins relatifs à cette affection). Les chiffres du tableau 4 présentent la somme de ces surremboursements (par rapport au régime de droit commun). En effet, les administrations publiques paient dans le cadre de ces dispositifs à la place du patient. Les franchises et participations forfaitaires dont l'Assurance maladie exonère les patients dans le cas de certains dispositifs ne sont cependant pas identifiables dans les données du SNDS.

Les montants présentés sont des sommes de nature comptable. Chaque ligne de ce tableau ne correspond pas à des dépenses qui seraient économisées si le dispositif de la ligne correspondante était supprimé. En effet, si un dispositif était supprimé, alors d'autres motifs de réduction du reste à charge pourraient s'appliquer. Afin de chiffrer le surcoût spécifique d'un dispositif, il est nécessaire de prendre en compte ces recoupements. Le surcoût spécifique du dispositif ALD est en particulier estimé à 19,7 milliards d'euros en 2025, dont 13,7 milliards d'euros hors hôpital public (Plaindoux, Reduron, 2026). En outre, la suppression de dispositifs de financement du reste à charge pourrait induire un non-recours aux soins pour des raisons financières.

Graphique 3 Comparaison des évolutions de la DCSi et de son financement par les administrations publiques par composante



Champ > Hors dispositifs Covid-19. Les financements complémentaires du reste à charge excluent les soins en hôpital public. Les exonérations de franchises et participations forfaitaires ne sont pas incluses dans ces estimations.

Source > Drees, comptes de la santé.

Les dépenses liées aux affections de longue durée s'élèvent à 17,6 milliards d'euros en 2025 hors hôpital public

Le dispositif le plus coûteux concerne la couverture du reste à charge pour les personnes en affection de longue durée (ALD), pour leurs soins relatifs à cette affection (hors hôpital public). En 2025, les dépenses associées s'établissent à 17,6 milliards d'euros, soit 59,5 % de l'ensemble des financements publics dédiés au reste à charge.

La complémentaire santé solidaire, le deuxième dispositif plus conséquent, qui permet sous conditions de ressources d'avoir accès à une complémentaire santé financée par la Sécurité sociale, correspond à des dépenses de 3,2 milliards d'euros en 2025 (hors hôpital public). Il est suivi par le dispositif finançant le reste à charge des personnes en situation d'invalidité, dont les dépenses s'établissent à 3,1 milliards d'euros en 2025 (hors hôpital public).

En France, lorsque le ticket modérateur dépasse 24 euros, le supplément est payé par les administrations publiques, afin d'éviter un reste à charge trop lourd pour les patients ou leur complémentaire lors

de soins coûteux. Ce dispositif représente en 2025 une dépense de 1,7 milliard d'euros. Enfin, l'AME, constitue le quatrième dispositif le plus important. Les dispositifs suivants représentent une dépense moindre, de 4,2 milliards d'euros.

La complémentaire santé solidaire est le dispositif dont les dépenses croissent le plus fortement en 2025 (+9,7 %). Les dépenses d'ALD augmentent de 5,3 %, un peu plus rapidement que l'ensemble des dispositifs (+4,4 %), comme les dépenses liées à l'AME (+4,8 %).

Les dépenses au profit des personnes en situation d'invalidité et des invalides de guerre diminuent légèrement (respectivement -4,4 % et -2,8 %), tout comme la prise en charge du ticket modérateur pour les personnes bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (-7,5 %).

Si les dépenses liées à la maternité se stabilisent (+1,1 %), les dépenses liées aux nouveau-nés refluent (-4,1 %), en lien avec la baisse de la natalité en 2025 (-2,1 %).

Tableau 3 Dispositifs de financement du reste à charge hors hôpital public par les administrations publiques par catégorie

	En millions d'euros					
	2021	2022	2023	2024	2025	Structure 2025 (en %)
Ensemble des dispositifs de financement du reste à charge (RAC)	26 163	25 835	26 722	28 354	29 611	100,0
Contingents à l'état du patient	17 364	18 113	19 332	20 645	21 404	72,3
Affections de longue durée (ALD)	13 796	14 495	15 569	16 738	17 630	59,5
Invalidité	2 840	2 907	3 072	3 195	3 055	10,3
Maternité	443	431	408	421	426	1,4
Accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP)	200	196	200	208	213	0,7
Invalides de guerre	67	66	64	63	61	0,2
Nouveaux nés	18	19	20	21	20	0,1
Contingents aux ressources	3 695	3 806	4 191	4 644	4 975	16,8
Complémentaire santé solidaire (C2S)	2 402	2 429	2 656	2 932	3 218	10,9
Aide médicale de l'État (AME)	1 068	1 131	1 253	1 405	1 473	5,0
Dispositif soins urgents	0	0	0	0	0	0,0
Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa)	223	244	279	307	284	1,0
Soins de ville à Mayotte	1	2	3	0	0	0,0
Limitant le RAC sur certains soins	1 782	1 815	1 955	2 016	2 102	7,1
Ticket modérateur forfaitaire	1 425	1 464	1 585	1 639	1 710	5,8
Orthodontie coûteuse	163	172	180	188	190	0,6
Hospitalisation de plus de 30 jours	63	45	46	55	65	0,2
Prévention individuelle	132	134	143	134	137	0,5
Locaux et spéciaux	519	522	547	594	617	2,1
Alsace-Moselle	330	344	372	417	436	1,5
Régimes spéciaux	84	78	73	73	69	0,2
Détenus	102	99	99	101	110	0,4
Cas dérogatoires pour dépassements d'honoraires	2	2	2	2	3	0,0
Dispositifs Covid-19	2 530	1 291	392	162	210	0,7
Dépenses non classées ailleurs	273	288	305	294	302	1,0

Champ > Hors prises en charge à l'hôpital public. Les exonérations de franchises et participations forfaitaires ne sont pas incluses dans ces estimations.

Source > Drees, comptes de la santé.

Les rémunérations directes aux établissements et aux professionnels s'élèvent à 59,3 milliards d'euros

Les rémunérations directes, c'est-à-dire les versements de l'Assurance maladie aux établissements et aux professionnels qui ne sont pas liés à des prestations, s'élèvent à 59,3 milliards au total en 2025 (*tableau 4*), en hausse de 1,2 %, et de 4,5 % depuis 2021. Ces rémunérations directes représentent 21,7 % de la dépense publique de santé.

Ainsi, la prise en charge par la Sécurité sociale des cotisations des médecins conventionnés secteur 1 correspond à une dépense de 2,2 milliards d'euros en 2025 et le forfait patientèle médecin traitant (hors contribution des organismes complémentaires) à

une dépense de 0,6 milliard d'euros (le forfait patientèle médecin traitant est une rémunération forfaitaire au médecin pour le suivi de ses patients en sa qualité de médecin traitant).

Des transferts en sens inverse, vers les administrations publiques, existent également : les remises conventionnelles ou d'accès dérogatoires sur les médicaments et dispositifs médicaux (délivrés en ville ou en sus à l'hôpital) versées par les industries pharmaceutiques à l'Assurance maladie sont comptabilisées en diminution des dépenses publiques dans les comptes de la santé. En 2025, ces remises s'élèvent à 10,8 milliards, dont 6,2 milliards d'euros au titre des médicaments délivrés en ville (*fiche 21*).

Tableau 4 Décomposition de la DCSi financée par les administrations publiques par composante et par type de dépenses en 2025

En millions d'euros

	Remboursements des administrations publiques ¹	Autres rémunérations par les administrations publiques ² et remises pharmaceutiques ³	Dépenses engagées par les administrations publiques	Part (en %)
Soins hospitaliers	117 164	-781	116 384	42,5
Soins hospitaliers publics	95 583	-3 609	91 974	33,6
Soins hospitaliers privés	21 581	2 829	24 410	8,9
Soins courants en ville	31 550	4 539	36 089	13,2
Activités techniques et auxiliaires	13 542	807	14 349	5,2
Biens médicaux	42 606	-6 132	36 474	13,3
Médicaments en ambulatoire	32 384	-5 902	26 483	9,7
Dispositifs médicaux	10 222	-231	9 992	3,7
CSBM	204 863	-1 566	203 297	74,3
Soins de longue durée	7 539	47 824	55 363	20,2
Prévention	1 855	4 552	6 407	2,3
Gestion du système de santé	0	8 440	8 440	3,1
DCSi	214 257	59 250	273 507	100,0

1. Les rémunérations directes aux hôpitaux publics ne sont pas distinguées des remboursements dans les comptes. Par convention, elles sont assimilées à des remboursements.
2. Les autres rémunérations recouvrent des financements directs à des établissements et des professionnels de santé qui ne sont pas associés à la prise en charge de soins ou de biens médicaux, tels que la prise en charge des cotisations des personnels médicaux conventionnés, ou le financement aux établissements médico-sociaux.
3. Les remises conventionnelles ou dérogatoires sur les biens médicaux versées par les industries pharmaceutiques à l'Assurance maladie sont enregistrées en diminution des dépenses publiques dans les comptes de la santé. C'est pourquoi les montants de cette catégorie sont négatifs pour les soins hospitaliers publics, les médicaments en ambulatoire et les dispositifs médicaux.

Source > Drees, comptes de la santé.

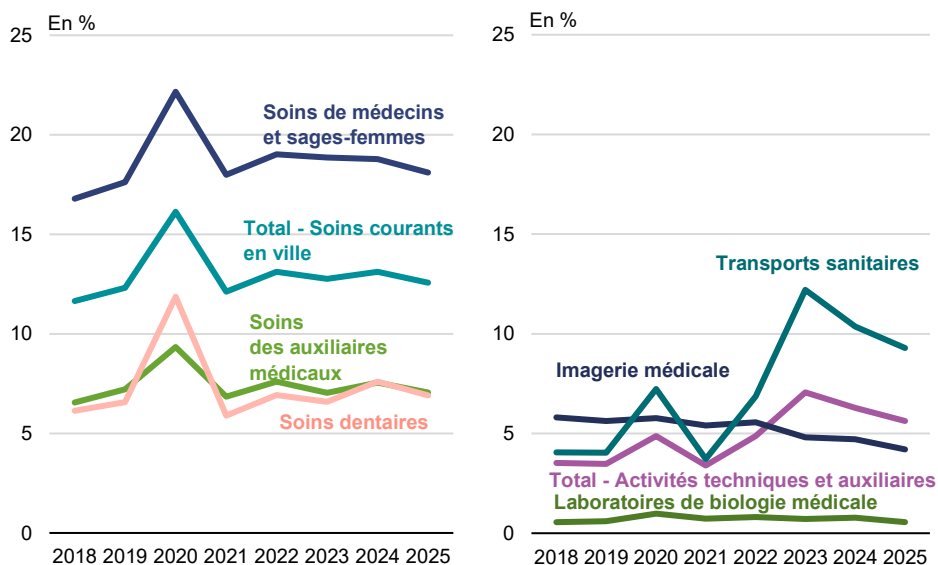
Les rémunérations directes des administrations publiques représentent 12,6 % des soins courants en ville

La part des rémunérations directes perçues par les médecins et sages-femmes est supérieure en 2025 de 0,5 point à la part de 2019, notamment à la faveur des revalorisations récentes du forfait patientèle médecin traitant et de la rémunération sur objectifs de santé publique.

Les ambulanciers ont également bénéficié, depuis 2021, de fortes revalorisations de l'indemnité de

garde ambulancière. Ainsi, en 2025, la Sécurité sociale a versé 0,5 milliard d'euros au titre de cette indemnité, contre 0,1 milliard d'euros en 2021. Avec ces revalorisations, la part des versements directs des administrations publiques dans la consommation de transports sanitaires est passée en 2021 de 3,7 % en 2021 et à 9,3 % en 2025. Depuis 2023, cette part décroît toutefois (elle avait atteint 12,2 %), en raison de l'arrêt de certaines aides transitoires versées aux ambulanciers. ■

Graphique 4 Part des rémunérations directes dans les soins ambulatoires



Source > Drees, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

> Plaidoux, M., Reduron., V. Drees, *Études et Résultats*. À paraître.

Les organismes complémentaires (OC) financent la part dite « complémentaire » des dépenses de santé. Ils regroupent des mutuelles, des entreprises d'assurances et des institutions de prévoyance. En 2025, les dépenses de santé prises en charge par les OC augmentent de 4,3 %, contre 3,0 % en moyenne entre 2015 à 2024. La part des OC dans le financement de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) augmente légèrement : +12,3 % en 2025, après +12,2 % en 2024 et +11,9 % en 2023. Elle reste toutefois inférieure à son niveau d'avant crise sanitaire. Le financement des OC est prépondérant pour les dispositifs médicaux et les soins dentaires. Il est plus limité pour les autres postes de soins.

Les dépenses prises en charge par les OC dans le champ de la DCSi augmentent de 4,3 % en 2025

Les dépenses de santé prises en charge par les organismes complémentaires s'élèvent à 43,4 milliards d'euros en 2025 (soit 630 euros par habitant). Elles progressent de 4,3 % par rapport à 2024¹ (tableau 1), contre 3,0 % sur la période 2015-2024. Les dépenses de santé des organismes complémentaires sont constituées pour quatre cinquièmes de prestations de santé versées et pour un cinquième de frais de gestion (dépenses de gestion du système de santé).

En 2025, la hausse des dépenses de santé des OC concerne tous les grands postes de dépense courante de santé au sens international (DCSi) à l'exception des activités techniques et auxiliaires² (tableau 1). Les remboursements des OC sont tirés notamment par les dépenses de soins courants en ville (+4,1 % en 2025), les frais de gestion du système de santé (+4,9 %) et les biens médicaux (+3,4 %).

Sur la période 2015-2024, les dépenses de santé des OC ont été portées par les soins courants en ville et les biens médicaux. Sur cette période, les dépenses liées en particulier aux audioprothèses ont augmenté de 17,1 % par an en moyenne, les dépenses de soins et prothèses dentaires de 5,6 % et celles d'optique médicale de 3,2 %.

En 2025, les mutuelles financent 18,6 milliards d'euros de dépenses sur le champ de la DCSi et restent le principal acteur de la complémentaire santé (tableau 2), devant les entreprises d'assurances (17,1 milliards d'euros) et les institutions de prévoyance (7,7 milliards d'euros). Plus de la moitié des

dépenses sont engagées au titre d'un contrat collectif (23,3 milliards d'euros, soit 54 % du total).

Les dépenses dentaires et de dispositifs médicaux sont financées en grande partie par les OC

Certaines dépenses de soins sont majoritairement prises en charge par les organismes complémentaires : optique médicale, audioprothèses, soins et prothèses dentaires.

Les OC financent ainsi plus des deux tiers de la consommation d'optique médicale (69,4 %), ce qui représente, pour l'année 2025, 5,8 milliards d'euros soit 84 euros en moyenne par habitant (graphique 1). Les soins et prothèses dentaires sont financés par les OC à hauteur de 45,7 %, soit 109 euros en moyenne par habitant. Enfin, les OC contribuent à un peu moins de la moitié des dépenses liées à la prise en charge des audioprothèses (48,7 %), soit 15 euros par habitant. Le financement de ces trois postes représente 33,0 % du financement total de la DCSi par les OC.

En dehors de ces trois postes, la part du financement par les OC est plus faible. Les soins ambulatoires hors soins et prothèses dentaires sont pris en charge à 14,8 %. Les médicaments en ambulatoire, quant à eux, sont financés à 11,0 % par les OC, ce qui correspond à 3,9 milliards d'euros en 2025.

En revanche, leur contribution aux soins hospitaliers reste limitée, à 4,0 % des dépenses, soit 5 milliards d'euros. Enfin, leur financement des soins de longue durée et de prévention est plus restreint (0,9 %).

¹ Les chiffres portant sur les organismes complémentaires présentés dans ces comptes de la santé peuvent différer légèrement de ceux présentés dans le rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé en 2025. En effet,

les comptes de la santé utilisent une version préliminaire des données de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (figées au 22 juin 2026).

² Les activités techniques auxiliaires recouvrent principalement les activités de laboratoire de biologie médicale, l'imagerie médicale et les transports sanitaires.

Tableau 1 Financement de la DCSi par les organismes complémentaires par composante

En milliards d'euros

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Évolution moyenne 2015- 2024 (en %)
Soins hospitaliers	4,2	4,0	4,1	4,5	4,7	4,9	+4,9	+1,2
Soins hospitaliers publics	2,9	2,5	2,7	3,1	3,1	3,2	+2,0	+0,9
Soins hospitaliers privés	1,3	1,4	1,4	1,4	1,6	1,7	+10,5	+1,7
Soins courants en ville	9,1	11,7	11,8	12,5	13,5	14,1	+4,1	+4,5
dont soins et prothèses dentaires	4,5	6,4	6,4	6,7	7,3	7,5	+2,5	+5,6
dont FPMT	nd	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	+6,5	nd
Activités techniques et auxiliaires	1,7	1,9	2,0	2,0	2,2	2,2	-1,0	+2,6
Biens médicaux	9,5	10,5	11,0	11,5	11,9	12,3	+3,4	+2,5
dont médicaments en ambulatoire	4,0	3,2	3,5	3,6	3,7	3,8	+3,0	-0,7
dont dispositifs médicaux	5,5	7,2	7,4	7,8	8,1	8,4	+3,6	+4,4
Optique médicale	4,3	4,9	5,1	5,4	5,6	5,8	+2,5	+3,2
Audioprothèses	0,2	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	+5,3	+17,1
CSBM	24,6	28,1	28,8	30,4	32,3	33,5	+3,6	+3,1
Soins de longue durée	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	+9,2	+0,9
Prévention	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,5	+54,1	+8,9
Gestion du système de santé	7,0	7,7	7,9	8,3	8,7	9,2	+4,9	+2,6
DCSi	31,9	36,1	37,1	39,2	41,6	43,4	+4,3	+3,0
Prestations connexes à la santé	nd	2,7	3,0	3,2	3,1	3,5	+11,0	nd
Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cures	nd	2,0	2,1	2,3	2,2	2,3	+7,8	nd
Prestations à la périphérie des soins de santé	nd	0,7	0,9	0,9	1,0	1,1	ns	nd

FPMT : forfait patientèle médecin traitant ; ns : non significatif ; nd : non disponible.

Note > Avant 2021, les dépenses relatives aux prestations connexes à la santé, à la périphérie des soins et aux frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure ne sont pas distinguées. Les données pour le FPMT ne sont pas disponibles avant 2021.**Lecture >** Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cures : suppléments chambres particulières, télévision, frais de long séjour, etc. Prestations à la périphérie des soins de santé : ostéopathie, psychothérapie, etc. et prestations individuelles de prévention. L'évolution des prestations à la périphérie des soins de santé n'est pas présentée car une partie de l'évolution s'explique par un taux de déclaration qui peut varier d'une année sur l'autre. En 2025, les organismes complémentaires prennent en charge 14,1 milliards d'euros de la DCSi pour les soins en ville.**Source >** Drees, comptes de la santé.

Tableau 2 Financement de la DCSi par type d'organismes complémentaires en 2025

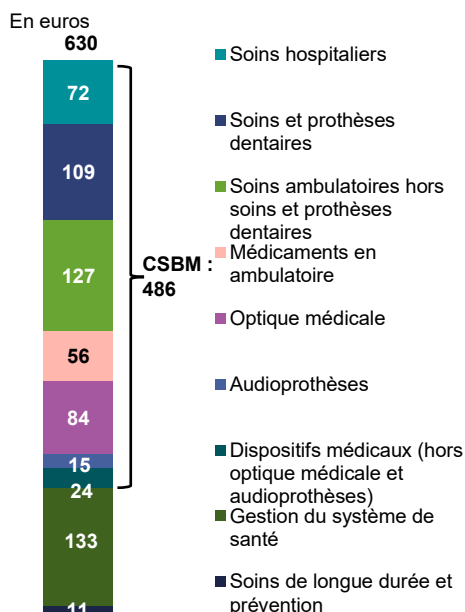
En milliards d'euros

	Mutuelles	Entreprises d'assurance	Institutions de prévoyance	Contrats collectifs	Contrats individuels	Ensemble	Part (en %)
Soins hospitaliers	2,3	1,9	0,8	2,2	2,7	4,9	11,4
Soins hospitaliers publics	1,5	1,3	0,4	1,3	1,9	3,2	7,4
Soins hospitaliers privés	0,7	0,7	0,4	0,9	0,8	1,7	4,0
Soins courants en ville	5,9	5,3	2,8	8,2	5,9	14,1	32,4
dont soins et prothèses dentaires	3,1	2,8	1,6	4,5	3,0	7,5	17,2
dont FPMT ¹	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,4	0,9
Activités techniques et auxiliaires	0,9	0,8	0,4	1,2	1,0	2,2	5,0
Biens médicaux	5,1	4,7	2,5	7,1	5,2	12,3	28,3
dont médicaments en ambulatoire	1,8	1,4	0,7	1,9	2,0	3,8	8,9
dont dispositifs médicaux	3,3	3,3	1,8	5,2	3,2	8,4	19,4
Optique médicale	2,1	2,3	1,4	4,0	1,8	5,8	13,3
Audioprothèses	0,5	0,3	0,2	0,4	0,6	1,0	2,4
CSBM	14,2	12,8	6,5	18,7	14,8	33,5	77,1
Soins de longue durée	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,7
Prévention	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,5	1,1
Gestion du système de santé	4,1	4,0	1,1	4,2	4,9	9,2	21,1
DCSi	18,6	17,1	7,7	23,3	20,1	43,4	100,0
Prestations connexes à la santé	1,5	1,4	0,6	1,8	1,6	3,5	8,0
Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cures	1,1	0,9	0,4	1,0	1,3	2,3	5,4
Prestations à la périphérie des soins de santé	0,4	0,5	0,2	0,8	0,3	1,1	2,6

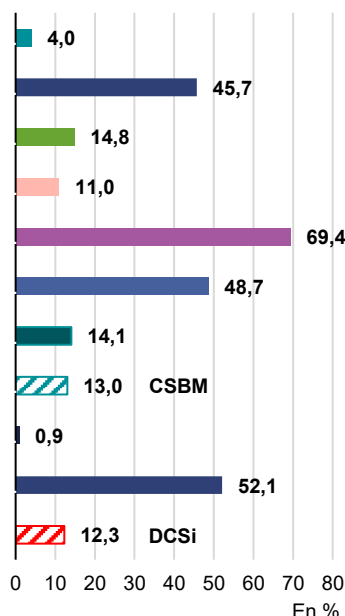
1.FPMT : forfait patientèle médecin traitant.
Lecture > En 2025, les organismes complémentaires prennent en charge 5,8 milliards d'euros de dépenses d'optique médicale, ce qui représente 13,3 % du total dépensé par les organismes complémentaires.
Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 1 Dépenses des organismes complémentaires par composante de la DCSi en 2025

a. Dépense financée par les organismes complémentaires en moyenne par habitant



b. Part dans la dépense totale de la composante



Note > Les soins ambulatoires correspondent à la somme des soins courants en ville et des activités techniques auxiliaires.

Lecture > En 2025, les organismes complémentaires (OC) financent en moyenne 630 euros de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) par habitant, dont 72 euros de dépenses de soins hospitaliers. La part prise en charge par les OC représente 4,0 % de la dépense totale de soins hospitaliers en 2025.

Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee pour la population.

Le taux de prise en charge de la DCSi par les OC augmente légèrement en 2025, se rapprochant du niveau de la période pré-Covid-19

De 2010 à 2019, le taux de prise en charge par les organismes complémentaires a peu varié, s'établissant à 12,7 % en moyenne sur la période (graphique 2). La crise sanitaire a entraîné une diminution de la part des dépenses de santé des OC de plus d'un point, de 12,7 % en 2019 à 11,5 % en 2020. En effet, l'épidémie a induit une hausse des dépenses de la Sécurité sociale dans l'ensemble des dépenses de santé. En 2021, la part des OC dans le financement de la DCSi augmente très légèrement, à 11,6 %, dans un contexte d'amélioration de la situation sanitaire. Elle progresse de 0,3 point entre 2021 et 2023, puis continue d'augmenter de 0,3 point en 2024 et 0,1 point en 2025. Son niveau actuel reste cependant inférieur à celui de 2019.

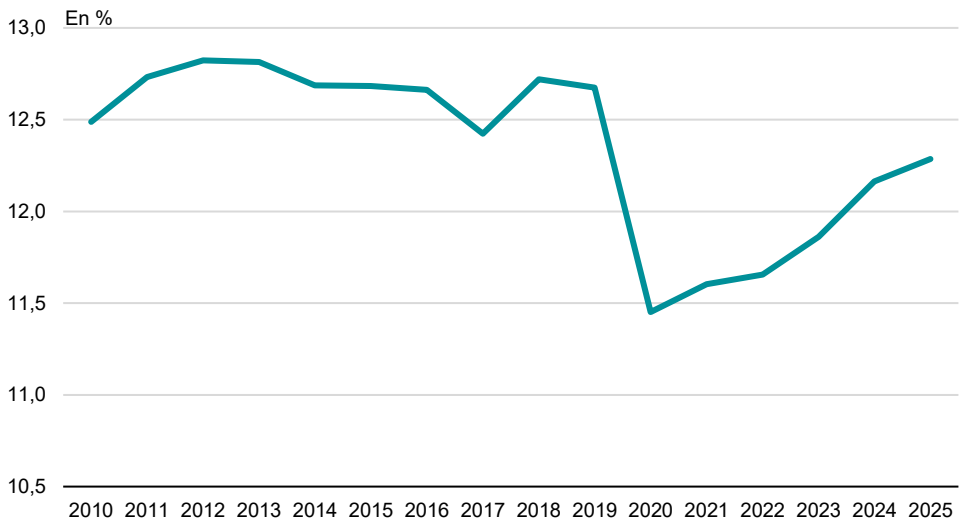
La participation des OC au financement des soins hospitaliers, très largement assuré par la Sécurité

sociale, est limitée à 3,3 % pour les soins hospitaliers publics, mais plus élevée pour les soins hospitaliers privés (6,2 %).

En matière de soins et prothèses dentaires, le taux de prise en charge par les OC reste stable entre 2024 et 2025. La moyenne de prise en charge de ce poste est de 44,4 % depuis 2021, contre 36,8 % avant la période Covid-19.

Le financement des soins ambulatoires hors soins et prothèses dentaires par les OC est quasi stable en 2025 (+0,1 point). Ce taux est toutefois inférieur à son niveau de 2019 (-0,7 point).

Dans l'optique médicale, la prise en charge par les OC progresse de 1,1 point par rapport à 2024 et de 2,4 points par rapport à 2019. En revanche, le taux de prise en charge des audioprothèses par les OC recule de 1,2 point par rapport à l'année précédente.

Graphique 2 Taux de financement de la DCSi par les organismes complémentaires

Lecture > Les dépenses prises en charge par les organismes complémentaires représentent 12,3 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) en 2025

Source > Drees, comptes de la santé.

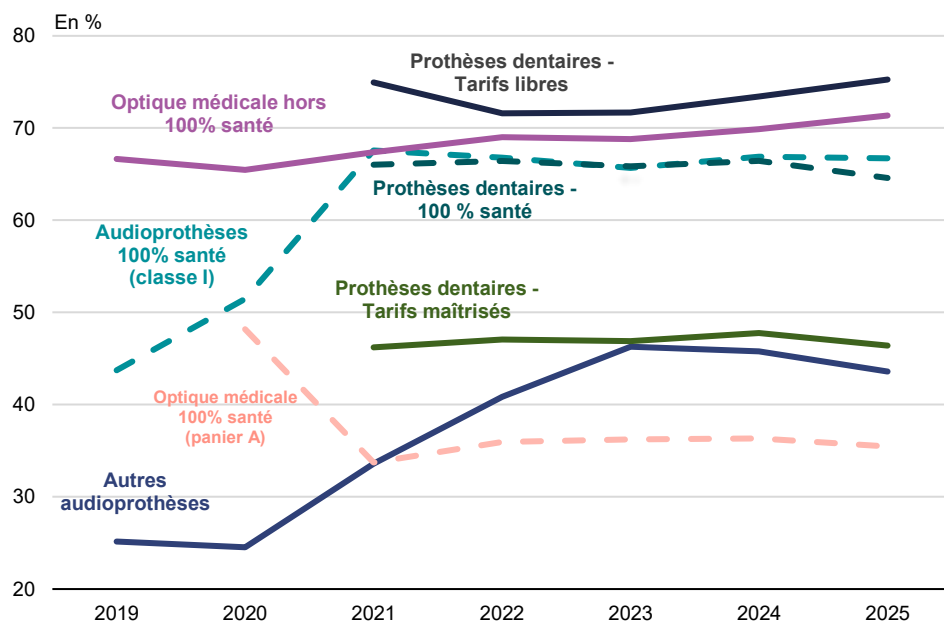
Le taux de prise en charge des dépenses de soins de longue durée et de prévention par les OC augmente légèrement depuis 2019 (+0,1 point). Ce poste est en progression constante depuis 2021.

Le financement des médicaments en ambulatoire demeure quasi stable en 2025 (+0,2 point, contre -0,1 point en 2024). Cette prise en charge a nettement baissé entre 2010 et 2021 en raison notamment des mesures successives de déremboursement¹ et de l'augmentation de la part des médicaments remboursés à 100 % par l'Assurance maladie dans la consommation totale, et reste quasi stable depuis.

En 2025, les niveaux de prise en charge par les organismes complémentaires varient selon les postes éligibles au 100 % santé. Pour les audioprothèses, les OC couvrent 66,7 % des dépenses au titre du 100 % santé, contre 43,6 % pour les autres audioprothèses. Concernant l'optique médicale, les OC prennent en charge 71,4 % des dépenses en tarif libre, mais seulement 35,5 % dans le cadre du 100 % santé. Enfin, pour les prothèses dentaires, les niveaux de prise en charge du 100 % santé et des tarifs libres sont plus proches, à respectivement 64,6 % et 75,3 %, tandis que les tarifs maîtrisés ne sont pris en charge qu'à 46,4 % (graphique 3). ■

¹ Pour une majorité de contrats, les OC ne remboursent que les médicaments déjà partiellement remboursés par

l'Assurance maladie ; un déremboursement de l'Assurance maladie conduit donc généralement aussi à un déremboursement par les OC.

Graphique 3 Taux de financement par les OC des postes du 100 % santé

Note > Avant 2021, les dépenses relatives aux prothèses dentaires ne sont pas isolées dans les comptes de la santé. Elles sont agrégées avec les soins et prothèses dentaires (fiche 14).

Lecture > En 2025, la part prise en charge par les organismes complémentaires (OC) représente 64,6 % des soins et prothèses dentaires - 100 % santé.

Source > Drees, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > Lapinte, A., Pollak, C., Solotareff, R., et al. (dir.) (2024). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties* – Édition 2024. Paris, France : Drees, coll. Panoramas de la Drees-Santé.
- > Pierre, A., Solotareff, R., Dauphant, F. (2025, avril). Réforme du 100 % santé : quels effets attendre sur les primes des contrats de complémentaire santé ? Paris, France : Drees, *Études et résultats*, 1338.
- > Poulon, P. (2025, décembre). *Rapport 2025 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Drees, rapport.

Après intervention des administrations publiques et des organismes complémentaires, le montant de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) directement financé par les ménages s'établit à 34,1 milliards d'euros en 2025. Ce reste à charge des ménages (RAC) représente 9,7 % de la DCSi en 2025 (après 9,8 % en 2024), soit 495 euros par habitant en moyenne. Le taux de RAC est deux fois plus élevé pour les soins de longue durée, à 20,4 %, soit 14,3 milliards d'euros en 2025. Sur le périmètre plus restreint de la consommation de soins de soins et de biens médicaux (CSBM), le taux de RAC des ménages s'établit à 7,7 % en 2025, comme en 2024.

Le taux de reste à charge des ménages est quasiment stable en 2025

Le montant total des dépenses financées par les ménages sur le champ de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'établit à 34,1 milliards d'euros en 2025 (*tableau 1*), après 33,4 milliards d'euros en 2024. Ce reste à charge (RAC) représente 9,7 % du financement total de la DCSi et environ 495 euros par habitant. Près de 42 % du RAC concerne les soins de longue durée (SLD).

Les montants agrégés de RAC augmentent pour l'ensemble des grandes composantes de la DCSi (CSBM, prévention, SLD). Les différentes composantes de la CSBM voient leur RAC progresser en valeur, à l'exception des dispositifs médicaux (-1,6 % en 2025). Le RAC augmente fortement en prévention (+27,5 %) et sur les activités techniques et auxiliaires (+18,9 %), même si leur poids dans le total du RAC reste très minoritaire.

Le taux de RAC sur le périmètre de la DCSi diminue légèrement en 2025, de 9,8 % à 9,7 %, avec la baisse du taux de RAC des SLD (20,4 % en 2025, après 21,0 % en 2024) et des dispositifs médicaux (16,3 % en 2025, après 17,0 % en 2024) [*graphique 1*]. Le taux de RAC pour les soins courants en ville diminue également légèrement (-0,2 point). Le taux de RAC des soins hospitaliers demeure stable pour le secteur public (à 1,1%) et en légère baisse pour le secteur privé (6,3 % en 2025 après 6,4 %).

Le taux de RAC sur le périmètre de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'établit à 7,7 % en 2025, comme en 2024.

Entre 2010 et 2019, le taux de RAC a diminué de 11,7 % à 11,2 % de la DCSi. Cette baisse s'explique principalement par la forte progression du nombre de personnes en affections de longue durée (ALD), due au double effet du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence à âge

donné, et par la meilleure prise en charge des dépenses de dispositifs médicaux par les organismes complémentaires (OC) sur cette période (le taux de RAC des dispositifs médicaux a ainsi diminué de 27,8 % en 2010 à 19,0 % en 2019). Cette hausse de la prise en charge par les OC s'est notamment manifestée sur les dispositifs d'optique médicale.

En 2020, la crise sanitaire entraîne une diminution du taux de RAC pour l'ensemble des composantes de la DCSi, exceptés celui des activités techniques et auxiliaires (4,2 % en 2020 après 4,0 % en 2019) et celui des dispositifs médicaux (22,5 % après 19,0 %), qui augmente fortement avec l'achat de masques sanitaires non remboursables. Le taux de RAC total a ainsi diminué à 10,3 %. Cette baisse de 0,9 point est due à la prise en charge par l'Assurance maladie de la plupart des dépenses exceptionnelles pour lutter contre l'épidémie de Covid-19, doublée d'un changement de structure des dépenses de santé cette année (beaucoup moins de dépenses de santé hors soins hospitaliers, dépenses où le taux de reste à charge est en moyenne plus élevé qu'en établissement de santé). Le taux de RAC a continué de diminuer en 2021, jusqu'à 9,8 %, et a augmenté ensuite à 9,9 % en 2022. Le taux de RAC diminue depuis, avec une baisse du RAC pour les SLD, les soins hospitaliers et les dispositifs médicaux.

Le taux de RAC pour les soins ambulatoires (soins courants en ville et activités techniques et auxiliaires) a connu deux dynamiques différentes sur la période 2010-2025. De 2010 à 2021, il a baissé progressivement, passant de 17,9 % à 12,5 %. Il est un peu remonté depuis, pour atteindre 13,3 % en 2025. Ceci s'explique notamment par la hausse des dépenses en dépassements d'honoraires, la baisse des remboursements par la Sécurité sociale des soins dentaires depuis octobre 2023, et par le doublement des participations forfaitaires et franchises médicales.

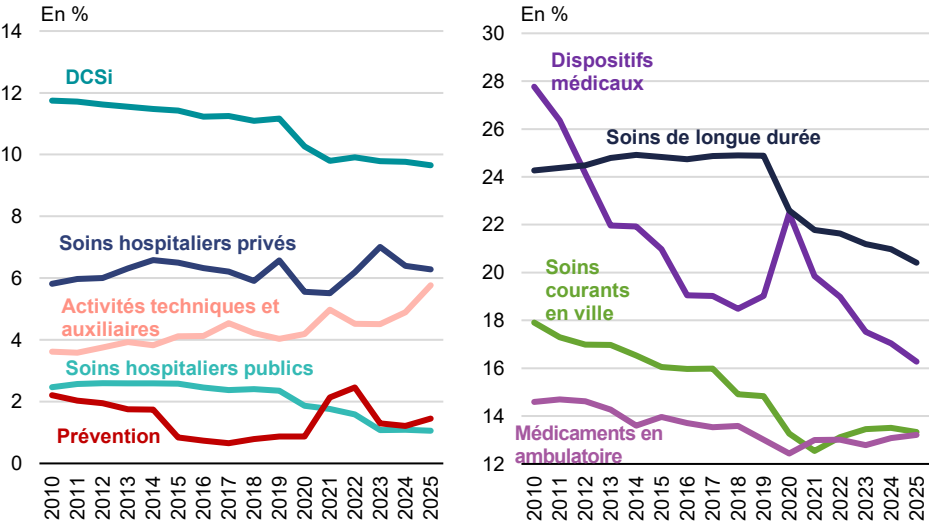
Le taux de RAC pour les dépenses de médicaments en ambulatoire est stable depuis 2022 (aux alentours de 13 %), après une diminution progressive entre 2010 (14,6 %) et 2020 (12,4 %).

Tableau 1 Décomposition du reste à charge des ménages, par composante de la DCSI

En millions d'euros								
	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Évolution moyenne 2015-2024 (en %)
Soins hospitaliers	2 941	2 772	2 906	2 843	2 756	2 770	+0,5	-0,7
Soins hospitaliers publics	1 730	1 441	1 359	9 86	1 016	1 018	+0,2	-5,7
Soins hospitaliers privés	1 211	1 331	1 547	18 56	1 740	1 752	+0,7	4,1
Soins courants en ville	6 596	6 194	6 729	71 69	7 544	7 714	+2,2	1,5
Activités techniques et auxiliaires	536	756	712	763	850	1 011	+18,9	5,3
Biens médicaux	7 537	7 929	7 998	7 838	8 149	8 197	+0,6	0,9
Médicaments en ambulatoire	4 346	4 013	4 210	4 241	4 511	4 616	+2,3	0,4
Dispositifs médicaux	3 191	3 916	3 788	3 597	3 638	3 581	-1,6	1,5
CSBM	17 610	17 651	18 346	18 612	19 299	19 691	+2,0	1,0
Soins de longue durée	11 070	12 502	12 915	13 605	14 006	14 271	+1,9	2,6
Prévention	50	375	329	113	105	134	+27,5	8,5
Gestion du système de santé	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0
DCSi	28 731	30 527	31 589	32 329	33 410	34 097	+2,1	1,7

Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 1 Évolution du taux de reste à charge par composante de la DCSi



Note > Les taux de reste à charge inférieurs à 12 % sont représentés sur le graphique de gauche, et ceux supérieurs à 12 % sur le graphique de droite.

Lecture > En 2025, le reste à charge représente 9,7 % du total de la DCSi. Pour les médicaments en ambulatoire, 13,2 % des dépenses sont à la charge des ménages.

Source > Drees, comptes de la santé.

Entre 2010 et 2019, le taux de RAC pour les SLD a faiblement augmenté, passant de 24,3 % à 24,9 %. Il diminue continûment depuis, pour s'établir à 20,4 % en 2025, du fait d'une augmentation dynamique des dépenses publiques en SLD.

En 2025, le RAC s'élève à 495 euros par habitant en moyenne

Le RAC représente en moyenne 495 euros par habitant en 2025 (graphique 2), contre 487 euros en 2024, soit une hausse de 1,6 %. Cette moyenne masque toutefois de grandes disparités de reste à charge selon l'âge ou l'état de santé (Bonnet, Fauchon, 2025), en particulier sur les SLD (fiche 31). Sur le champ de la CSBM, le RAC représente 288 euros par habitant (soit environ 60 % du RAC total), dont 112 euros par habitant pour les soins courants en ville, et 52 euros par habitant pour les dispositifs médicaux.

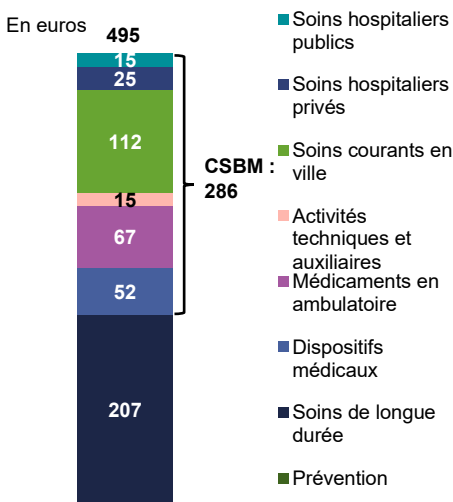
Le taux de reste à charge diminue pour les SLD et augmente pour les activités techniques et auxiliaires

Le taux de RAC diminue légèrement en 2025 sur l'ensemble du champ de la DCSi (-0,1 point). Du fait du poids important des SLD dans le RAC des ménages, cette baisse découle d'abord de la diminution du taux de RAC pour les SLD (20,4 % en 2025, après 21,0 % en 2024) [graphique 3]. La baisse du taux de RAC pour les SLD s'explique par le dynamisme des dépenses publiques : en 2025, les dépenses publiques de SLD progressent de 5,5 %, tandis que les dépenses financées par les ménages augmentent de 1,9 % (fiche 5). Les dispositifs médicaux contribuent aussi à la baisse du taux de RAC en 2025, en raison d'une prise en charge publique dynamique.

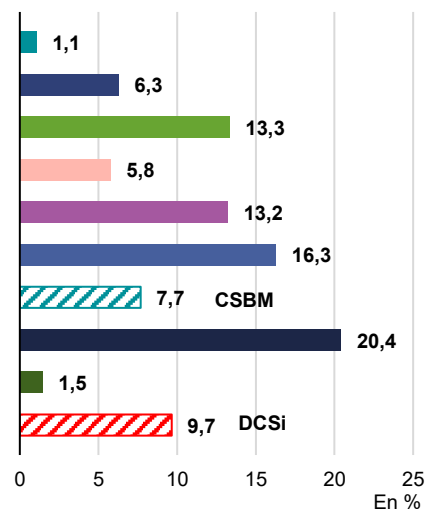
À l'inverse, le taux de RAC augmente pour les activités techniques et auxiliaires (activités de laboratoire de biologie médicale, imagerie médicale et transports sanitaires). Il s'établit à 5,8 % en 2025, après 4,2 % en 2024. Cette progression s'explique notamment par la hausse des participations forfaitaires liée aux analyses biologiques et des dépassements d'honoraires en actes techniques d'imagerie. ■

Graphique 2 Reste à charge par composante de la DCSi en 2025

a. Reste à charge moyen par habitant

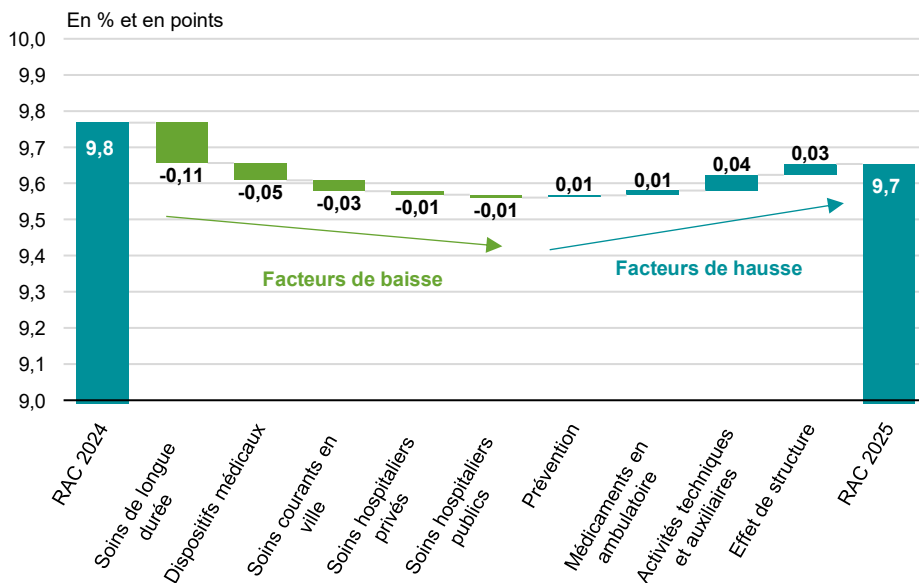


b. Part dans la dépense totale de la composante



Lecture > En 2025, le reste à charge représente 6,3 % du total de la consommation de soins hospitaliers privés, soit une dépense de 25 euros en moyenne par habitant.

Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 3 Décomposition de la variation du taux de reste à charge de 2024 à 2025

Source > Drees, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

> **Bonnet, O., Fauchon, B.** (2025, août). Dépenses de santé : un taux d'effort progressif chez les actifs, plus faible chez les retraités aisés et très élevé pour certains ménages modestes. Drees, *Études et Résultats*, 1345.



Vue d'ensemble

Les agrégats
des dépenses de santé

Le financement
des dépenses de santé

La DCSi par composante

Comparaisons internationales

Les dépenses de santé
par âge et sexe

Annexes

Tableaux détaillés

Les soins hospitaliers

En 2025, la consommation de soins hospitaliers publics s'élève à 96,2 milliards d'euros, soit 27 % de la dépense courante de santé au sens internationale (DCSi). Ces dépenses de soins hospitaliers augmentent de 2,9 %, après +2,7 % en 2024. L'activité en volume augmente en 2025 quasiment au même rythme qu'en 2024 (+2,4 % après +2,3 %), et la dynamique des prix est de nouveau modérée (effet prix à +0,4 %, comme en 2024). Les soins hospitaliers publics sont financés à 95 % par la Sécurité sociale en 2025.

Les dépenses de soins hospitaliers publics accélèrent très légèrement

Les hôpitaux du secteur public sont composés des hôpitaux publics, des établissements privés à but non lucratif appliquant l'échelle de tarification du secteur public (anciennement sous dotation globale, essentiellement des établissements de santé privés d'intérêt collectif), et des hôpitaux d'instruction des armées.

Le périmètre des soins hospitaliers dans les comptes de la santé correspond aux services de soins curatifs ou réhabilitant. Il exclut les activités des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ainsi que celles des unités de soins de longue durée, comptabilisées toutes les deux en soins de longue durée (fiche 26). Il exclut également les activités des hôpitaux ne relevant pas de services de soins : activités de recherche et développement réalisées en centre hospitalier universitaire ou en centre de lutte contre le cancer, activités de formation des instituts de formation en soins infirmiers, etc.

En comptabilité nationale, la production de soins hospitaliers publics est évaluée au coût des différents facteurs de production (annexe 2) : rémunérations des salariés, consommations intermédiaires, impôt sur la production nette des subventions et consommations de capital fixe. Elle est en outre diminuée des ventes résiduelles réalisées par les hôpitaux, telles que les produits des prestations délivrées aux usagers et accompagnant (chambres, repas, etc.).

En 2025, les dépenses de consommation de soins hospitaliers publics s'élèvent à 96,2 milliards d'euros (+2,9 %), après 93,5 milliards d'euros en 2024 (+ 2,7 %) [tableau 1]. Les soins en établissements publics, évalués à 86,1 milliards d'euros en 2025, représentent la grande majorité de ces dépenses. Les soins en établissements privés à but non lucratif appliquant l'échelle de tarification du secteur public atteignent 13,4 milliards d'euros, tandis que ceux effectués au sein des hôpitaux militaires s'établissent à 0,4 milliard d'euros.

Tableau 1 Consommation de soins hospitaliers publics

	2021	2022	2023	2024	2025
Ensemble (en millions d'euros)	81 733	85 539	90 994	93 490	96 197
Soins en établissements publics	72 548	76 599	81 207	83 613	86 099
Soins en établissements privés à but non lucratif	10 286	10 906	12 526	12 831	13 365
Soins en hôpital d'instruction des armées	568	315	341	381	406
Remises conventionnelles ou dérogatoires	-1 668	-2 280	-3 081	-3 335	-3 673
Évolution (en %)	+8,2	+4,7	+6,4	+2,7	+2,9
dont volume (en %)	+2,3	-1,3	+1,6	+2,3	+2,4
dont prix (en %)	+5,8	+6,1	+4,7	+0,4	+0,4

Note > Les données 2025 sont estimées à partir des données comptables non définitives, extraites au mois de mars 2026, et sont à ce titre susceptibles de révisions.

Lecture > En 2025, la consommation de soins hospitaliers publics s'élève à 96,2 milliards d'euros et augmente de 2,9 % en valeur. Cette évolution se décompose en une hausse du volume de soins de 2,4 % et une hausse des prix de 0,4 %.

Sources > Drees, comptes de la santé ; ATIH et SAE pour les indices de volume.

Tableau 2 Évolution des soins hospitaliers publics par poste de dépense en 2025

	Niveau (en millions d'euros)					Évolution (en %)	
	2021	2022	2023	2024	2025	2024	2025
Ensemble, dont	81 733	85 539	90 994	93 490	96 197	+2,7	+2,9
Salaires	40 942	43 286	45 392	46 850	48 032	+3,2	+2,5
Cotisations employeurs	15 238	15 908	16 698	17 230	18 241	+3,2	+5,9
Consommation intermédiaire	25 444	26 967	30 431	31 283	32 135	+2,8	+2,7
Remises conventionnelles ou dérogatoires	-1 668	-2 280	-3 081	-3 335	-3 673	+8,3	+10,1
Hôpitaux d'instruction des armées	568	315	341	381	406	+11,8	+6,5

Note > Les dépenses des unités de soins de longue durée sont comptabilisées en soins de longue durée dans les comptes nationaux de la santé (fiche 26). Elles s'élèvent à 1,5 milliard d'euros en 2025. Les coûts de production des unités de soins de longue durée ne sont pas isolés : ils sont soustraits du total mais sont présents dans les sous-postes de coûts présentés ici (rémunérations, consommation intermédiaire).

Les remises conventionnelles ou dérogatoires désignent les remises versées par les laboratoires à l'Assurance maladie pour les médicaments faisant l'objet d'une convention avec le CEPS, ou au titre d'un accès dérogatoire (précoce ou compassionnel) en attendant leur autorisation de mise sur le marché.

Source > Drees, comptes de la santé.

Dans les comptes nationaux de la santé, les dépenses de consommation de soins hospitaliers sont réduites des remises conventionnelles ou dérogatoires versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie obligatoire au titre de médicaments ou de dispositifs médicaux vendus à des hôpitaux. En 2025, le montant de ces remises est estimé à 3,7 milliards d'euros dans le secteur hospitalier public, après 3,3 milliards d'euros en 2024.

Du fait des règles de la comptabilité nationale, l'évolution annuelle de la consommation de soins hospitaliers publics dépend directement de celle de ses facteurs de production (*tableau 2*). En 2025, les soins hospitaliers sont notamment portés par les cotisations employeurs, particulièrement dynamiques (+5,9 %, après +3,2 %), du fait de l'augmentation de trois points, au 1^{er} janvier 2025, du taux de cotisations employeurs à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL). Cette augmentation fait suite à une première hausse d'un point intervenue en 2024, et s'applique aux fonctionnaires du personnel non médical affiliés à la CNRACL. Le dynamisme des cotisations employeurs est partiellement compensé par les salaires, qui ralentissent de nouveau (+2,5 %, après +3,2 %). En 2024, ils restaient portés par l'effet de la revalorisation du point d'indice intervenue au 1^{er} juillet 2023.

Les achats progressent quasiment au même rythme qu'en 2024 (+2,7 %, après +2,8 %). Diminués des remises versées par les laboratoires pharmaceutiques, ils ralentissent légèrement (+1,8 %, après +2,2 %). Les dépenses de médicaments inscrits sur la liste en sus ou en accès dérogatoire ralentissent. Les dépenses d'énergie, d'eau et de chauffage baissent de nouveau et contribuent à modérer la croissance des achats, mais dans une moindre mesure qu'en 2024. En particulier, les dépenses d'électricité des établissements publics diminuent de 0,2 milliard d'euros en 2025, après une baisse de 0,5 milliard d'euros en 2024 (soit -25 %, après -35 %).

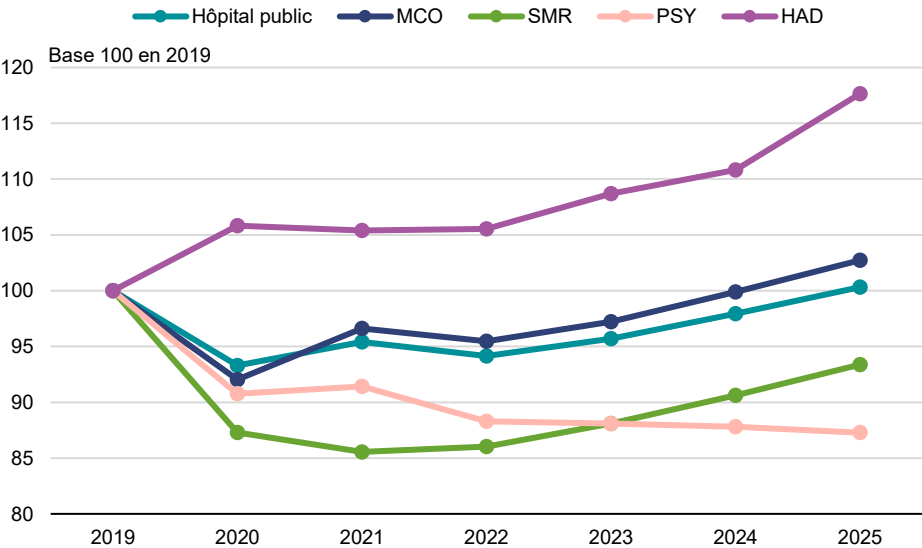
L'activité retrouve son niveau d'avant crise

En 2025, le volume de soins hospitaliers publics progresse quasiment au même rythme qu'en 2024, à +2,4 % après +2,3 % (*tableau 1*). L'activité retrouve son niveau de 2019, soit avant la crise sanitaire (*graphique 1*).

En comptabilité nationale, le volume d'activité du secteur hospitalier public est évalué selon une méthode *output*, c'est-à-dire directement à travers l'observation d'indicateurs d'activité, principalement le nombre de séjours, par discipline ou par sous-discipline. Afin d'obtenir un volume agrégé, les indicateurs d'activité de chaque discipline sont pondérés par leur coût¹ (annexe 4).

¹ Une discipline coûteuse pèsera donc davantage sur l'évolution en volume qu'une discipline moins coûteuse, toutes choses égales par ailleurs.

Graphique 1 Évolution du volume des soins hospitaliers publics



Note > Le volume de l'ensemble des soins hospitaliers publics comprend un effet qualité spécifique au Covid-19 en plus des quatre composantes présentées sur le graphique (annexe 4).
Sources > ATIH et SAE ; calculs Drees.

Tableau 3 Évolution du volume en MCO pour le secteur public, selon les principales catégories majeures de diagnostic

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Poids en 2025 (en %)
Évolution (en %)	+0,7	-8,0	+5,0	-1,2	+1,8	+2,7	+2,8	-
Niveau (base 100 en 2019), dont :	100,0	92,0	96,6	95,5	97,2	99,9	102,7	100,0
Affections de l'appareil circulatoire	100,0	89,1	93,9	93,2	97,7	100,8	104,5	11,1
Affections de l'appareil respiratoire	100,0	113,2	117,9	106,9	99,1	103,4	101,2	10,8
Maladies infectieuses et parasitaires	100,0	108,2	100,9	125,3	108,4	102,0	96,5	8,7
Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	100,0	84,0	89,9	91,9	96,7	100,3	103,7	7,8
Affections du rein et des voies urinaires	100,0	91,4	93,4	93,4	98,8	102,8	107,1	4,8
Affections de l'appareil génital masculin	100,0	84,7	93,5	93,4	99,3	103,0	107,8	4,4
Affections de l'appareil génital féminin	100,0	81,1	93,9	93,5	98,7	100,8	103,9	4,1
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	100,0	96,6	99,0	98,3	92,9	90,4	90,7	3,8
Traumatismes, allergies et empoisonnements	100,0	90,6	94,5	101,2	107,5	116,8	124,2	3,5
Soins critiques (dont réanimations)	100,0	101,5	106,3	98,0	95,2	95,6	98,3	3,2

Note > Ce tableau ne porte que sur les dix premières grandes catégories de GHS, appelées catégories majeures de diagnostic, et qui rassemblent 62,2 % de l'activité totale en 2025.
Lecture > L'activité en MCO augmente de 2,8 % en volume en 2025. Les affections de l'appareil circulatoire, qui représentent 11,1 % du volume économique en MCO en 2025, augmentent de 3,7 % en volume cette année-là. Le niveau de l'activité liée à ces affections atteint 104,5, soit 4,5 % de plus que l'année de référence 2019, dont le niveau est fixé à 100.
Source > ATIH ; calculs Drees.

L'activité de soins de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) représente la majeure partie des activités de soins hospitaliers (77 %) et constitue le premier facteur de croissance de son volume. Elle est mesurée à travers l'évolution du nombre de séjours des différentes catégories de soins de même nature (classés en « groupes homogènes de malade » [tableau 3]).

En 2025, elle est de nouveau dynamique (+2,8 %, après +2,7 %) et croît à un rythme plus soutenu que celui observé avant la crise sanitaire (+1,9 % en moyenne de 2014 à 2019). Elle est notamment portée par la prise en charge des affections de l'appareil circulatoire et des affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, ainsi que par l'accélération des prises en charge de soins critiques. À l'inverse, les prises en charge d'affections respiratoires diminuent en volume en 2025.

L'activité de soins en psychiatrie représente 13 % de l'activité hospitalière du secteur public. Elle est mesurée à travers l'observation du nombre de journées d'hospitalisation complète, du nombre de journées d'hospitalisation partielle et du nombre d'actes ambulatoires. Elle recule de nouveau en 2025 (-1,9 %, après -1,6 %), après avoir diminué chaque année depuis 2014 (première année de disponibilité de la série), à l'exception du rebond post-Covid-19. La baisse structurelle du nombre de journées d'hospitalisation complète depuis 2013 (-26 %) et partielle (-33 %) n'est pas compensée par la hausse des prises en charge en ambulatoire (soins de très courte durée, [fiche 09]), relativement modérée (+7 % depuis 2013).

À l'inverse, l'activité en soins médicaux et de réadaptation (SMR) [9 % de l'activité] poursuit en 2025 la reprise amorcée en 2022. Elle est mesurée à travers l'observation du nombre de journées d'hospitalisation complète et partielle. En 2025, elle progresse ainsi de 3,0 %, après +2,8 % en 2024. En 2025, l'activité en SMR demeure en dessous de son niveau de 2019, du fait d'une baisse importante du nombre de journées d'hospitalisation complète (-9 %).

Enfin, l'activité d'hospitalisation à domicile, bien que très minoritaire dans l'activité du secteur hospitalier public (1 %), est très dynamique. Elle progresse de 6,2 % en 2025, et de 18 % depuis 2019.

Avec une progression dynamique des volumes et une hausse des dépenses totales qui reste contenue, les

prix des soins hospitaliers publics augmentent de nouveau très modérément en 2025 (+0,4 %, comme en 2024).

La part des dépenses prises en charge par les administrations publiques est élevée et augmente tendanciellement

La Sécurité sociale est le principal financeur des dépenses de soins hospitaliers publics (tableau 4) : en 2025, le taux de prise en charge des soins hospitaliers publics par l'Assurance maladie obligatoire s'établit à 94,6 %. En ajoutant le financement des administrations centrales (aide médicale de l'État, hôpitaux militaires, dépenses au titre des invalides de guerre, dispositifs Covid-19 financés par Santé publique France), le financement des soins hospitaliers publics par les administrations publiques atteint 95,6 % en 2025.

Le reste à charge après prise en compte du financement des administrations publiques représente 4,4 % des dépenses. Il comprend les tickets modérateurs, les forfaits journaliers et autres forfaits (forfaits patient urgence, forfait actes lourds, etc.). Il est majoritairement pris en charge par les organismes complémentaires, si bien que le reste à charge des ménages est, en moyenne, résiduel (1,1 % en 2025). Ce faible taux de reste à charge moyen n'exclut pas l'existence de restes à charge ponctuellement élevés. Les ménages et les organismes complémentaires financent aussi des prestations hospitalières ne relevant pas de soins et donc du périmètre de la DCSI. C'est notamment le cas des dépenses de prestations délivrées aux usagers et accompagnants par les établissements publics hospitaliers. Composées principalement de majoration pour chambre particulière, elles s'élèvent à 0,8 milliard d'euros en 2025.

Le taux de financement public des soins hospitaliers publics augmente tendanciellement (+2 points depuis 2010 [graphique 2]), avec la prévalence des personnes atteintes d'affections longue durée (ALD), qui bénéficient d'une prise en charge à 100 % des soins en lien avec leur ALD (hors forfait journalier). Du côté des ménages et des organismes complémentaires, la part des dépenses prises en charge baisse également, du fait de la diminution de la durée moyenne des séjours, via le forfait journalier. ■

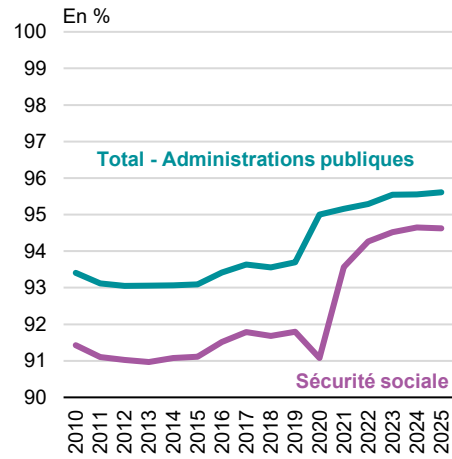
Tableau 4 Financement des dépenses de soins hospitaliers publics en 2025

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	91 029	94,6
Administrations publiques centrales et locales	945	1,0
Organismes complémentaires	3 205	3,3
Ménages	1 018	1,1
Ensemble	96 197	100,0

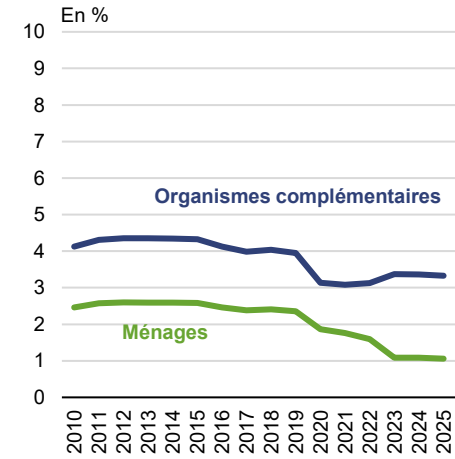
Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 2 Évolution du financement des soins hospitaliers publics

a. Par les administrations publiques



b. Par les autres financeurs



Source > Drees, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > Commission des comptes de la Sécurité sociale (2026, mai). Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2025, prévisions 2026.
- > Comité économique de l'hospitalisation publique et privée (à paraître). Analyse de l'activité hospitalière 2025 : MCO, urgences, HAD.

En 2025, la consommation de soins hospitaliers privés s'élève à 27,9 milliards d'euros, soit 8 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Elle progresse de 2,6 %, après +2,7 % en 2024 et +6,0 % en 2023. Comme en 2024, cette croissance est portée par les prix (+2,3 % après +2,7 %), tandis que les volumes sont quasi stables (+0,3 % après -0,1 %). La Sécurité sociale finance 86,9 % de ces dépenses ; le reste à charge des ménages s'établit à 6,3 %, un niveau supérieur à celui observé dans le secteur hospitalier public.

Les dépenses de soins hospitaliers privés progressent, portées par les prix

Les soins hospitaliers privés regroupent les soins délivrés par les établissements privés à but lucratif, usuellement appelés « cliniques privées », et par les établissements privés à but non lucratif relevant de l'échelle tarifaire privée, anciennement placés sous un objectif quantifié national (ex-OQN). Les cures thermales sont également incluses dans ce champ et constituent une catégorie distincte. À la différence du secteur public, dont la production est évaluée aux coûts de production (fiche 08, annexe 2), la consommation de soins hospitaliers privés est évaluée au prix facturé en contrepartie des soins délivrés.

La consommation de soins hospitaliers privés couvre les frais de séjours et de séances, les dotations et forfaits, les médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus, ainsi que les rémunérations des praticiens au titre de leur activité en clinique¹. Les unités de soins de longue durée sont exclues du

champ des soins hospitaliers courants : leurs dépenses sont comptabilisées parmi les soins de longue durée (fiche 26).

En 2025, la consommation de soins hospitaliers privés s'élève à 27,9 milliards d'euros, après 27,2 milliards d'euros en 2024 (*tableau 1*). Les soins délivrés par les cliniques privées atteignent 25,9 milliards d'euros, et ceux délivrés par les EBNL 2,8 milliards d'euros. Ces dépenses sont diminuées des remises conventionnelles ou dérogatoires versées par les entreprises pharmaceutiques à l'Assurance maladie au titre des produits consommés dans ce secteur, afin de retracer la consommation nette des remises. Leur montant est estimé à 0,7 milliard d'euros en 2025, après 0,6 milliard d'euros en 2024.

En 2025, la consommation de soins hospitaliers privés augmente de 2,6 % en valeur, après +2,7 % en 2024.

Tableau 1 Consommation de soins hospitaliers privés

En millions d'euros

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Structure 2025 (en %)
Ensemble	18 613	24 151	24 977	26 480	27 184	27 904	100,0
Cliniques privées	nd	22 165	22 933	24 449	25 089	25 859	92,7
Établissements privés à but non lucratif ¹	nd	2 322	2 497	2 636	2 741	2 754	9,9
Remises conventionnelles ou dérogatoires	-83	-336	-453	-605	-645	-709	-2,5
Évolution (en %)	2,2	12,3	3,4	6,0	2,7	2,6	
dont volume (en %)	3,6	12,3	3,1	5,2	-0,1	0,3	
dont prix (en %)	-1,3	0,0	0,3	0,8	2,7	2,3	

nd : données non disponibles.

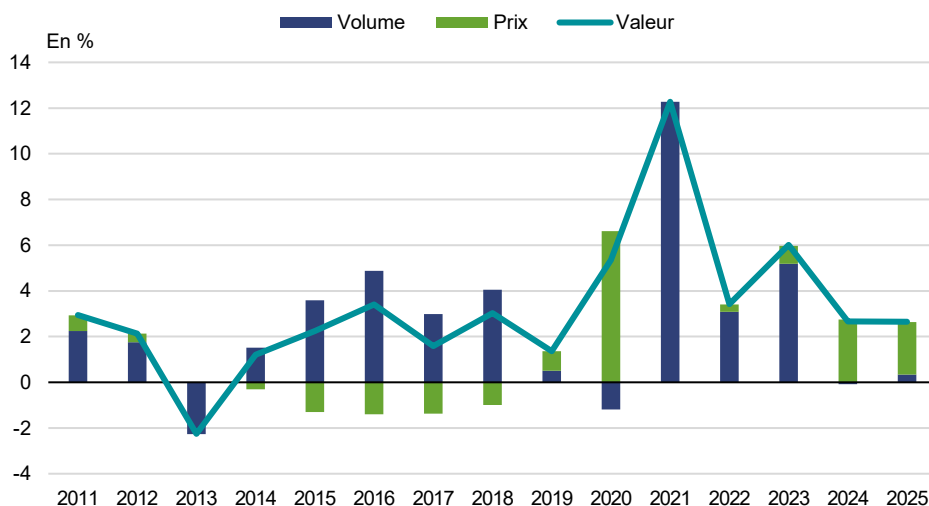
1. Sont retenus ici uniquement les EBNL sur la grille tarifaire du privé (ex-OQN).

Note > Les remises conventionnelles ou dérogatoires correspondent aux remises versées par les entreprises pharmaceutiques à l'Assurance maladie et viennent en déduction de la consommation de soins hospitaliers.

Lecture > En 2025, la consommation de soins hospitaliers privés s'élève à 27,9 milliards d'euros et augmente de 2,6 % en valeur. Cette évolution se décompose en une hausse du volume de 0,3 % et une hausse des prix de 2,3 %.

Sources > Drees, comptes de la santé ; Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices de prix ; ATIH et SAE pour les indices de volume.

¹ Les rémunérations retenues correspondent à l'activité des praticiens en clinique ; leurs soins réalisés en ville sont comptabilisés parmi les soins ambulatoires.

Graphique 1 Décomposition de l'évolution des soins hospitaliers privés entre volume et prix

Lecture > En 2025, la consommation de soins hospitaliers privés augmente de 2,6 % en valeur. Le volume progresse de 0,3 % et les prix de 2,3 %.

Source > Drees, comptes de la santé ; Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices de prix ; ATIH et SAE pour les indices de volume.

Cette évolution résulte d'une quasi-stabilité des volumes (+0,3 %) et d'une hausse des prix de 2,3 % (graphique 1), supérieure à l'évolution du prix de la consommation effective des ménages (+1,0 %). En valeur, les dépenses de soins hospitaliers privés progressent également plus rapidement que le PIB (+1,9 %).

Entre 2010 et 2019, leur croissance reposait principalement sur les volumes. Entre 2010 et 2014, les prix des soins hospitaliers privés restent globalement stables, avant de diminuer légèrement entre 2014 et 2018. Après les fortes variations liées à la crise sanitaire et au rebond de l'activité en 2021, la progression ralentit ; depuis 2024, elle est principalement portée par les prix.

En 2025, les rémunérations des praticiens sont plus dynamiques que celles des cliniques

En 2025, les rémunérations versées aux cliniques privées s'élèvent à 20,4 milliards d'euros, soit 73,3 % de la consommation de soins hospitaliers privés (+2,0 % d'augmentation par rapport à 2024). Les rémunérations des praticiens atteignent 7,1 milliards d'euros, soit 25,4 % de la dépense, et progressent plus rapidement (+4,7 %). Ces dernières sont constituées pour l'essentiel des honoraires, qui représentent 6,7 milliards d'euros (+4,4 %). Les cures thermales, représentent 0,4 milliard d'euros.

Les spécialités de médecine constituent le premier poste de rémunération des praticiens en clinique, avec 2,8 milliards d'euros en 2025, soit 39,1 % du

total. Elles précèdent les spécialités de chirurgie, qui représentent 2,2 milliards d'euros, soit 30,7 %, et les spécialités médico-chirurgicales, regroupant notamment la gynécologie-obstétrique, l'oto-rhino-laryngologie et l'ophtalmologie, avec 0,8 milliard d'euros, soit 11,8 %. Ces trois spécialités concentrent ainsi près de 80 % des rémunérations des praticiens. En 2025, les rémunérations des spécialités de chirurgie augmentent davantage (+6,1 %) que celles des spécialités de médecine (+4,8 %) tandis que celles des spécialités médico-chirurgicales progressent plus modérément (+2,6 %). Parmi les autres postes, les dépenses de médecins généralistes augmentent le plus (+11 % en 2025).

Le taux moyen de dépassements d'honoraires s'établit à 39,0 % du tarif opposable. Il varie fortement selon les catégories de praticiens : il dépasse 72 % pour les spécialités de chirurgie et les spécialités médico-chirurgicales, contre 31,3 % pour les spécialités de médecine. Il est en revanche très faible pour les laboratoires de biologie médicale, les médecins généralistes, les spécialités de plateaux techniques et les kinésithérapeutes.

Au sein des grands types d'activité hospitalière, les soins de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) constituent le premier poste de dépense. Ils atteignent 11,5 milliards d'euros en 2025, soit 41,3 % de la consommation totale de soins hospitaliers privés, et augmentent de 1,6 %. Les dépenses de soins médicaux et de réadaptation (SMR) s'élèvent à 3,2 milliards d'euros et progressent de 3,9 %, soit la hausse la plus élevée parmi les disciplines.

Tableau 2 Rémunérations des praticiens en clinique par catégorie en 2025

En millions d'euros

	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Structure 2025 (en %)	Taux de dépassements 2025 (en %)
Ensemble	6 775	7 090	4,7	100,0	39,0
Spécialités de médecine	2 648	2 774	4,8	39,1	31,3
Spécialités de chirurgie	2 052	2 178	6,1	30,7	72,5
Spécialités médico-chirurgicales	812	834	2,6	11,8	72,7
Laboratoires de biologie médicale	350	335	-4,2	4,7	0,0
Médecins généralistes	408	454	11,3	6,4	1,3
Spécialités de plateaux techniques	287	298	3,8	4,2	0,2
Kinésithérapeutes	160	164	2,5	2,3	0,2
Autres professionnels ¹	57	54	-6,3	0,8	5,8

1. La catégorie « Autres professionnels » regroupe notamment les sage-femmes, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues.

Note > Les rémunérations des praticiens comprennent les honoraires, la prise en charge de cotisations ainsi que les contrats et rémunérations assimilées. Le taux de dépassements rapporte les dépassements d'honoraires au tarif opposable, défini comme la somme de la part légale et du ticket modérateur légal.

Lecture > En 2025, les rémunérations des praticiens en clinique atteignent 7,1 milliards d'euros, en hausse de 4,7 %. Les spécialités de médecine en représentent 39,1 % et les spécialités de chirurgie 30,7 %. Le taux de dépassements s'établit à 39,0 %.

Source > Drees, comptes de la santé.

Tableau 3 Décomposition de la dépense de soins hospitaliers privés

En millions d'euros

	2021	2022	2023	2024	2025	Structure 2025 (en %)	Évolution 2025 (en %)
Rémunérations des praticiens	5 959	6 156	6 568	6 775	7 090	25,4	4,7
Honoraires des praticiens	5 644	5 834	6 268	6 451	6 732	24,1	4,4
Prise en charge des cotisations	146	154	131	129	130	0,5	0,2
Contrats et assimilés	169	168	169	195	229	0,8	17,5
Rémunérations des cliniques	17 974	18 523	19 566	20 038	20 442	73,3	2,0
MCO	10 924	10 894	11 549	11 330	11 516	41,3	1,6
SMR	2 308	2 636	2 709	3 112	3 234	11,6	3,9
PSY	953	990	1 029	1 072	1 092	3,9	1,9
HAD	859	918	1 018	1 130	1 131	4,1	0,1
Dialyse	1 400	1 451	1 505	1 531	1 545	5,5	0,9
Médicaments en sus	669	719	786	887	903	3,2	1,9
Dispositifs médicaux en sus	861	914	970	977	1 021	3,7	4,5
Cures thermales	219	299	346	371	371	1,3	0,0
Ensemble	24 151	24 977	26 480	27 184	27 904	100,0	2,6

Note > Les médicaments et les dispositifs médicaux en sus sont présentés nets des remises conventionnelles ou d'accès dérogatoires versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie.

Source > Drees, comptes de la santé.

En 2025, les dispositifs médicaux facturés en sus progressent fortement (+4,5 %). Les dépenses de médicaments inscrits sur la liste en sus ou pris en charge au titre d'un accès dérogatoire progressent plus modérément (+1,9 %)¹. Les dépenses de psychiatrie augmentent de 1,9 %, celles de dialyse de 0,9 %. Enfin, les dépenses d'hospitalisation à domicile sont quasi stables (+0,1 %), comme pour celles des cures thermales.

La Sécurité sociale finance près de 90 % des soins hospitaliers privés

En 2025, la Sécurité sociale finance 24,3 milliards d'euros de soins hospitaliers privés, soit 86,9 % de la dépense. Les ménages en prennent directement en charge 6,3 %, soit 1,8 milliard d'euros, et les organismes complémentaires 6,2 %, soit 1,7 milliard. Les administrations publiques centrales et locales en financent 0,5 %. Le reste à charge des ménages est ainsi nettement supérieur à celui observé pour les soins hospitaliers publics, qui s'établit à 1,1 % en 2025 (fiche 08).

La répartition du financement diffère toutefois fortement selon la nature de la dépense. La Sécurité sociale prend en charge 92,3 % des rémunérations

versées aux cliniques, contre 3,9 % pour les organismes complémentaires et 3,1 % pour les ménages. Son poids est moins élevé dans le financement des rémunérations des praticiens : elle en couvre 72,6 %, tandis que les ménages en financent 15,5 % et les organismes complémentaires 11,6 %. Pour les cures thermales, la part des organismes complémentaires atteint 30,4 %, contre 65,2 % pour la Sécurité sociale.

Depuis 2011, la structure globale du financement varie relativement peu (*graphique 2*). La part des dépenses prises en charge par la Sécurité sociale est de 86,4 % en 2011, et de 86,9 % en 2025. Après avoir atteint un point haut de 88,0 % en 2021, elle diminue légèrement. Dans le même temps, la part financée directement par les ménages est tombée à 5,5 % en 2021, puis a atteint 7,0 % en 2023, avant de revenir à 6,3 % en 2025. La part des organismes complémentaires suit une évolution inverse sur les dernières années : après un point bas à 5,4 % en 2023, elle remonte à 6,2 % en 2025. Celle des administrations publiques centrales et locales reste stable, à 0,5 % depuis 2021.

Tableau 4 Structure du financement des soins hospitaliers privés en 2025

	Ensemble		Rémunérations des cliniques		Rémunérations des praticiens		Cures thermales	
	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	24 262	86,9	18 874	92,3	5 146	72,6	242	65,2
Administrations publiques centrales et locales	148	0,5	126	0,6	21	0,3	1	0,3
Organismes complémentaires	1 742	6,2	804	3,9	825	11,6	113	30,4
Ménages	1 752	6,3	638	3,1	1 099	15,5	15	4,1
Ensemble	27 904	100	20 442	100	7 090	100	372	100

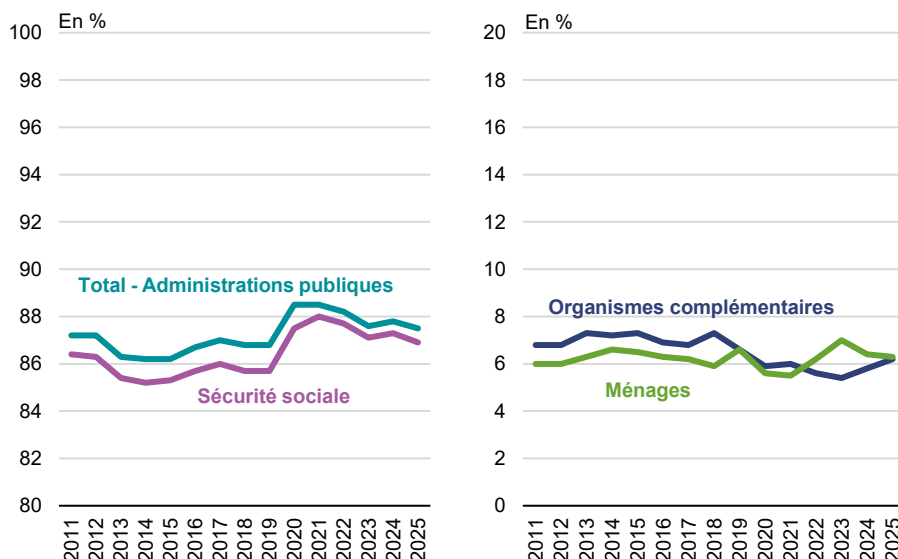
Lecture > En 2025, la Sécurité sociale finance 86,9 % des soins hospitaliers privés. Les organismes complémentaires en financent 6,2 %, les ménages 6,3 % et les administrations publiques centrales et locales 0,5 %.

Source > Drees, comptes de la santé.

¹ Les biens médicaux utilisés au cours d'un séjour sont soit inclus dans le tarif du séjour, ils sont alors dits « intra-GHS », soit facturés séparément lorsqu'ils figurent sur la liste en sus. Les biens intra-GHS sont intégrés

aux rémunérations des cliniques, tandis que les biens de la liste en sus sont comptabilisés dans des postes distincts.

Graphique 2 Évolution de la structure du financement des soins hospitaliers privés



Lecture > La part des dépenses de soins hospitaliers privés financées par les administrations publiques s'établit à 87,5 % en 2025.

Source > Drees, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2026, mai). *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2025, prévisions 2026*.
- > **Comité économique de l'hospitalisation publique et privée**. *Analyse de l'activité hospitalière 2025 : MCO, urgences, HAD*.

Le secteur hospitalier comprend un peu moins de 3 000 établissements de santé avec des lits d'hospitalisation complète ou des places d'hospitalisation partielle. Il totalise fin 2025 1,4 million de salariés (+1,0 % par rapport à fin 2024). En 2025, l'activité d'hospitalisation à domicile ou d'hospitalisation partielle (sans nuitée) progresse fortement en court séjour (MCO) et moyen séjour (SMR), mais décroît en psychiatrie. Dans le même temps, l'activité en hospitalisation complète (avec nuitée) croît plus modérément en court et moyen séjour, et décroît en psychiatrie. En psychiatrie, l'activité liée aux actes en ambulatoire augmente en revanche. Le nombre de passages aux urgences augmente de 0,8 %. La dépense hospitalière est pilotée dans le cadre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), avec une participation des patients qui varie entre secteur public et secteur privé.

Le secteur public concentre deux tiers des établissements de santé

Le secteur hospitalier couvre les soins prodigués dans les établissements de santé (qui relèvent d'une autorisation de soins délivrée par leur agence régionale de santé), à distinguer des soins dispensés en cabinet de ville.

Dans les comptes de la santé, les hôpitaux du secteur public (fiche 8) couvrent les établissements publics (hôpitaux civils ou militaires) et les établissements de santé privés à but non lucratif sur l'échelle de tarification publique (EBNL anciennement sous dotation globale). Le secteur privé (fiche 9) se compose, quant à lui, des établissements à but lucratif (parfois appelés « cliniques privées ») ainsi que des EBNL sur l'échelle de tarification privée (EBNL anciennement sous objectif quantitatif national). Dans cette fiche, sauf mention contraire, le secteur public désigne cependant les établissements publics ainsi que l'ensemble des EBNL, tandis que le secteur privé désigne les établissements privés à but lucratif.

Selon la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), la France compte un peu moins de 3 000 établissements de santé avec un lit ou une place, dont environ 2 000 établissements publics ou privés à but non lucratif et près de 1 000 établissements privés à but lucratif. Les établissements publics sont en moyenne plus importants que les établissements privés en matière de places, d'effectifs et d'activité.

Les secteurs public et privé se distinguent par leur offre, leur activité et leur patientèle

Les activités des établissements de santé peuvent être regroupées en quatre disciplines principales :

- la « médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie » (MCO ou court séjour) rassemblent les soins les plus répandus ;

- les soins médicaux et de réadaptation (SMR ou moyen séjour) concernent les soins faisant suite à des lésions traumatiques, des poses de prothèses, etc. ;
- la « psychiatrie » (PSY) accueille des patients souffrant de troubles psychiques.
- l'hospitalisation à domicile (HAD) qui propose, dans le lieu de vie du patient, un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville.

Les trois premières disciplines (MCO, SMR et PSY) regroupent des prises en charge à temps complet (séjours avec nuitée, en général) et d'autres à temps partiel (séjours sans nuitée). En psychiatrie, des prises en charges de très courte durée (moins de 3 heures), dites ambulatoires - et distinctes des hospitalisations à temps partiel - sont également organisées dans les centres médico-psychologiques, les unités de consultation des services, et les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel.

Par ailleurs, les unités de soins de longue durée (USLD), rattachées qui appartiennent quasi exclusivement au secteur public, forment une composante spécifique de l'offre de soins hospitaliers. Elles accueillent des patients présentant une perte d'autonomie, du fait de leur âge ou de leur parcours de santé, nécessitant des soins souvent peu techniques mais sur une longue durée. Dans tous les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), les comptes de la santé regroupent pour cette raison l'analyse des USLD avec celle des Ehpad (qui ne sont pas juridiquement des établissements de santé) au sein de la catégorie des soins de longue durée (fiche 26) : leur activité n'est pas étudiée dans cette fiche.

Le secteur public offre 74 % des capacités d'accueil en hospitalisation complète (soit 249 900 des 338 200 lits ouverts à fin 2024), 69 % en hospitalisation partielle et 78 % en hospitalisation à

domicile (HAD) [tableau 1]. Le secteur public représente une plus grande part des lits d'hospitalisation complète en MCO (80 %), qu'en psychiatrie (70 %) ou qu'en SMR (65 %). En hospitalisation partielle, le secteur public concentre 89 % des places en psychiatrie, mais 56 % en SMR et 61 % en MCO, surtout du fait de la chirurgie. Les

spécialisations sectorielles sont en effet visibles aussi au sein du court séjour (MCO) : le secteur public offre en médecine 88% des lits et 86% des places, et en gynécologie-obstétrique 81 % des lits et 90 % des places, tandis que les cliniques privées offrent 40 % des lits et 61 % des places de chirurgie ambulatoire.

Tableau 1 Capacité d'accueil des établissements de santé en lits et en places à fin 2024

	Niveau			Part (en %)	
	Secteur public	Secteur privé lucratif	Ensemble	Secteur public	Secteur privé lucratif
Hospitalisation complète (en lits)	249 898	88 267	338 165	74	26
MCO	148 483	37 790	186 273	80	20
PSY	35 559	15 062	50 621	70	30
SMR ¹	65 856	35 415	101 271	65	35
Hospitalisation partielle (en places)	62 918	28 068	90 986	69	31
MCO	24 664	15 842	40 506	61	39
PSY	26 857	3 261	30 118	89	11
SMR ¹	11 397	8 965	20 362	56	44
HAD ²	19 866	5 561	25 427	78	22

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PSY : psychiatrie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile. HAD : hospitalisation à domicile.
1. Y compris les maisons d'enfants à caractère social (MECS) temporaires.
2. L'HAD est un mode de prise en charge alternatif à l'hospitalisation complète, au même titre que l'hospitalisation partielle, dont elle ne fait pas partie. Les « places » d'accueil en HAD ne correspondent pas à un nombre de « places », mais de patients pouvant être pris en charge en même temps par les structures proposant de l'HAD.
Champ > France, y compris le service de santé des armées (SSA).
Source > Drees, SAE 2024.

13,9 millions de patients sont hospitalisés en 2025

En 2025, 13,9 millions de patients ont été hospitalisés¹, en progression de 2,2 % par rapport à 2024 (après +2,4 % en 2024). Leur hospitalisation comporte majoritairement un unique épisode de soins dans l'année, composé d'un unique séjour (63 % des patients) ou de plusieurs séjours successifs (4 %, principalement un séjour en MCO suivi immédiatement par une prise en charge en SMR ou deux séjours en MCO dans deux établissements distincts).

Outre les compétences médicales mobilisées (plus ou moins d'actes techniques par exemple), les modalités de prise en charge (hospitalisation complète ou partielle) diffèrent entre privé et public ainsi que selon la discipline.

En court et en moyen séjour, l'activité d'hospitalisation partielle est dynamique

Un « virage ambulatoire » au long cours
Au cours des dernières années, comme sur une période plus longue, l'organisation de l'offre de soins

évolue vers des alternatives à l'hospitalisation complète : ce mouvement, qualifié de « virage ambulatoire » s'observe dans toutes les disciplines, particulièrement en court et en moyen séjour.

Une croissance de l'activité de court séjour (MCO) portée par l'hospitalisation partielle
Le nombre de séjours en MCO croît de 4,0 % en 2025, après +3,9 % en 2024 (soit +0,8 million de séjours, après +0,7 million) [graphique 1]. Comme les années précédentes, cette croissance est principalement portée par l'activité ambulatoire : cette dernière augmente de 6,7 % (+0,7 million de séjours, après +6,1 % en 2024), représentant ainsi 89 % de la hausse du nombre de séjours en 2025 (contre 82 % en 2024). Elle est particulièrement dynamique dans le secteur public (+9,7 % en 2025 après +8,6 % en 2024), qui représente 75 % de la croissance de l'activité d'hospitalisation partielle. Elle augmente dans les cliniques privées de 3,5 %, en 2025 comme en 2024. L'activité d'hospitalisation complète en MCO augmente pour sa part de 1,0 % (+0,1 million de séjours), portée par le secteur public (+1,5 % après +2,3 %, contre -1,1 % après -1,4 % dans les cliniques privées).

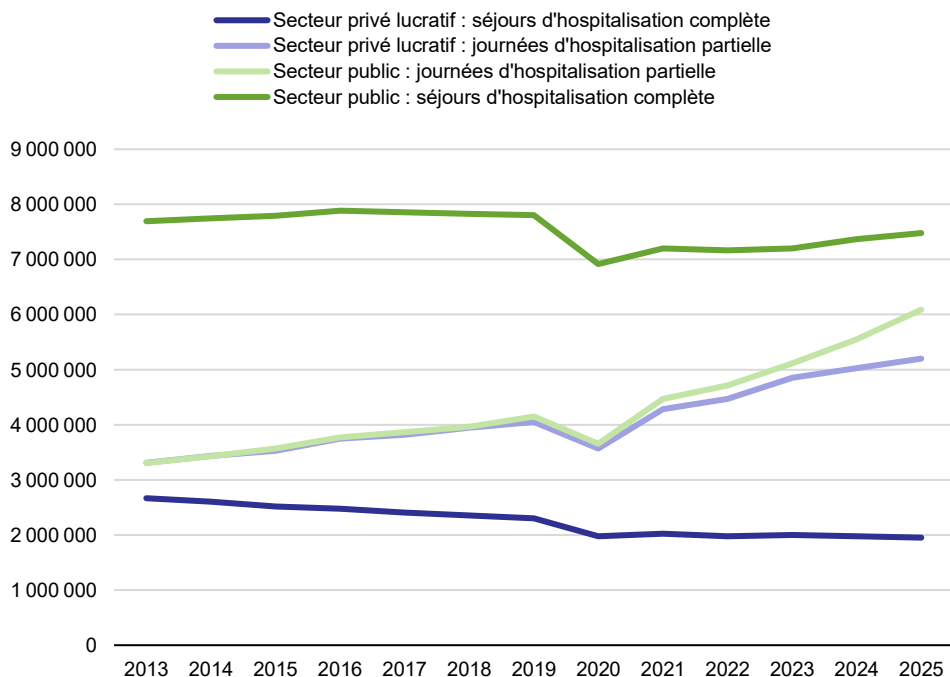
¹ Les actes de psychiatrie ambulatoire ne sont pas décomptés comme des hospitalisations.

En moyen séjour (SMR), une croissance de l'activité modérée

En SMR, le nombre de journées croît de 2,0 % en 2025 (après +2,6 % en 2024) [graphique 2]. L'activité est dynamique en hospitalisation partielle (+6,2 % après +8,3 %), et plus ralentie pour l'hospitalisation complète (+1,2 %, après +1,6 % en 2024). L'activité en SMR reste dans l'ensemble inférieure de 1,6 % au niveau de 2019, avant la crise sanitaire liée au Covid-19 (6,9 % plus faible en hospitalisation complète, 36,2 % plus élevée en hospitalisation partielle), contrairement au MCO, dont l'activité a retrouvé le niveau d'avant la crise dès l'année 2022.

Bien que l'hospitalisation partielle ne représente que 17 % des journées d'hospitalisation en SMR, la croissance de l'activité de moyen séjour : (+0,7 million de journées) se répartit à parts égales entre hospitalisation partielle et complète. L'hospitalisation partielle est dynamique dans les deux secteurs (+5,6 % dans le secteur public, +6,8 % dans les cliniques privées). Les cliniques privées assurent en 2025 environ la moitié de l'hospitalisation partielle de SMR, comme de sa croissance.

Graphique 1 Activité de court séjour (MCO) en hospitalisation complète (séjours) et partielle (journées), par secteur



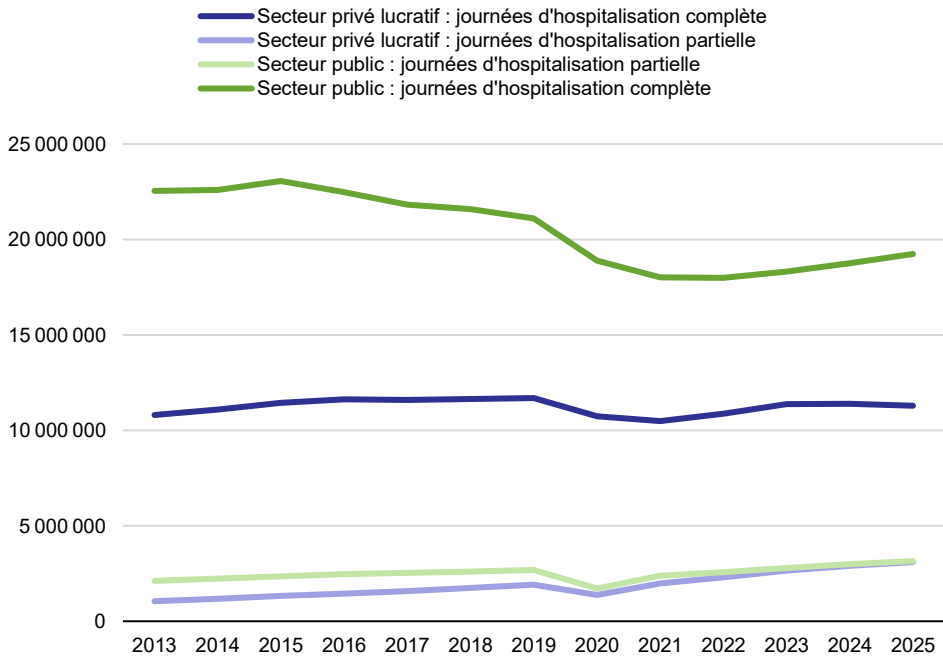
Note > MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Lecture > En 2025, les établissements de santé privés à but lucratif ont pris en charge 5,2 millions de journées d'hospitalisation partielle (sans nuitée) en MCO.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO, traitements Drees.

Graphique 2 Activité de moyen séjour (SMR) en hospitalisation complète et partielle (journées), par secteur



Note > SMR : soins médicaux et de réadaptation.

Lecture > En 2025, les établissements de santé privés à but lucratif ont pris en charge 3,1 millions de journées d'hospitalisation partielle (sans nuitée) en SMR.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-SMR, traitements Drees.

En psychiatrie, les hospitalisations à temps partiel et à temps complet diminuent

Le nombre de journées de prise en charge à temps complet ou partiel en psychiatrie recule de 2,3 % en 2025 (-0,5 million de journées¹), après une diminution de moindre ampleur en 2024 (-1,1 %). Cette baisse est le reflet de l'accroissement de la baisse du nombre de journées à temps complet, entamée avec la crise sanitaire (-2,2 % en 2025, après -1,5 % par an en moyenne entre 2020 et 2024, -5,1 % en 2020 et -1,1 % par an en moyenne entre 2013 et 2019). Entre 2013 et 2025, le nombre de journées d'hospitalisation à temps complet a baissé de 3,7 millions (-18,1 %).

La baisse d'activité d'hospitalisation complète en 2025 est en premier lieu le fait du secteur public (-2,3 % soit -0,3 million de journées, après -2,1 % en 2024). Le nombre de journées d'hospitalisation complète diminue aussi dans les établissements privés à but lucratif (-2,1 %, après -0,4 % en 2024).

Le nombre de prises en charge à temps partiel diminue de 2,7 % en 2025 pour la première fois depuis le fort rebond post-crise sanitaire (hausse de 19,8 % en 2021 et de +2,7 % en moyenne chaque année entre 2022 et 2024). Il diminue dans le secteur public (-3,9 % après +0,5 %), mais continue d'augmenter dans les cliniques privées (+1,8 % après +3,6 %), possiblement en lien avec la croissance de leurs capacités ces dernières années (+1 100 places entre fin 2019 et fin 2024, soit +49 %).

Le nombre d'actes d'ambulatoire², correspondant à des prises en charge de moins de 3 heures principalement en centre médico-psychologique (CMP), en centre d'accueil thérapeutique (CATTP) ou en unité de consultation des services, augmente (+2,1 %, soit +0,4 million, après +2,9 % en 2024). Si la pratique des soins ambulatoires en psychiatrie n'était, jusqu'à récemment, pas ouverte aux cliniques privées, cette configuration a vocation à

¹ Le temps partiel en psychiatrie regroupe les hospitalisations de jour ou de nuit, mais aussi les venues en ateliers thérapeutiques. Ces venues sont rapportées en journées.

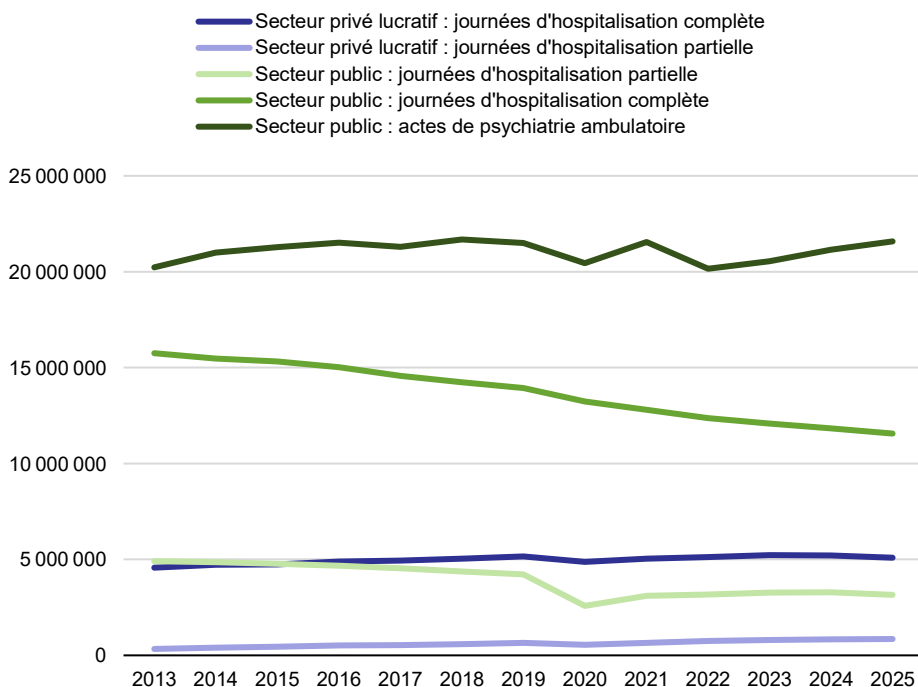
² Pour mesurer l'activité ambulatoire, tous les actes d'entretien, démarche, groupe et accompagnement de la grille EDGARX sont comptabilisés ici.

évoluer avec la réforme des autorisations mise en œuvre à partir de 2024-2025 : tous les établissements détenant une autorisation de psychiatrie doivent en demander le renouvellement à leur agence régionale de santé (ARS). Or, pour obtenir une autorisation dans le nouveau régime, chaque établissement doit être en mesure de proposer, le cas échéant par conventionnement, l'accès à des prises en charge à temps complet, à temps partiel et à des structures de psychiatrie ambulatoire. Cette dernière forme de prise en charge, précédemment réservée aux secteurs public et privé à but non lucratif, est donc amenée à se développer dans le secteur privé à but lucratif.

L'activité d'hospitalisation à domicile poursuit sa progression

L'hospitalisation à domicile (HAD) est un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant, qui permet ainsi d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en MCO ou en SMR. L'activité d'HAD poursuit sa croissance forte en 2025 avec une hausse de 11,2 % du nombre de séjours (+37 000 séjours par rapport à 2024). Au 31 décembre 2024, 291 établissements d'HAD pouvaient prendre en charge simultanément 25 400 patients.

Graphique 3 Activité en psychiatrie (PSY) en hospitalisation complète (journées), partielle (journées) et ambulatoire (actes), par secteur

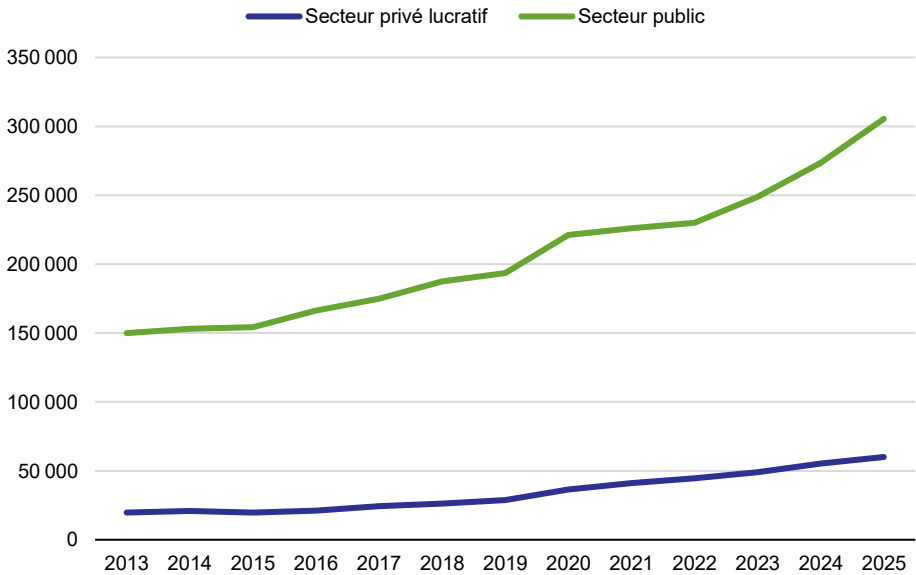


Note > Dans le temps complet, les prises en charge correspondent à des hospitalisations (de plus de 24 heures), et n'incluent pas ici les hospitalisations à domicile. Dans le temps partiel, elles, incluent à la fois des hospitalisations en hôpital de jour ou de nuit (de 3 à 24 heures), et des venues en ateliers thérapeutiques (rapportées en journées). Les actes de psychiatrie ambulatoire incluent les actes ambulatoires de psychiatrie (de moins de 3 heures) de type entretien, démarche, groupe et accompagnement selon la grille EDGARX.

Lecture > En 2025, les établissements de santé privés à but lucratif ont pris en charge 5,0 millions de journées d'hospitalisation partielle en psychiatrie.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA, hors secteur pénitentiaire.

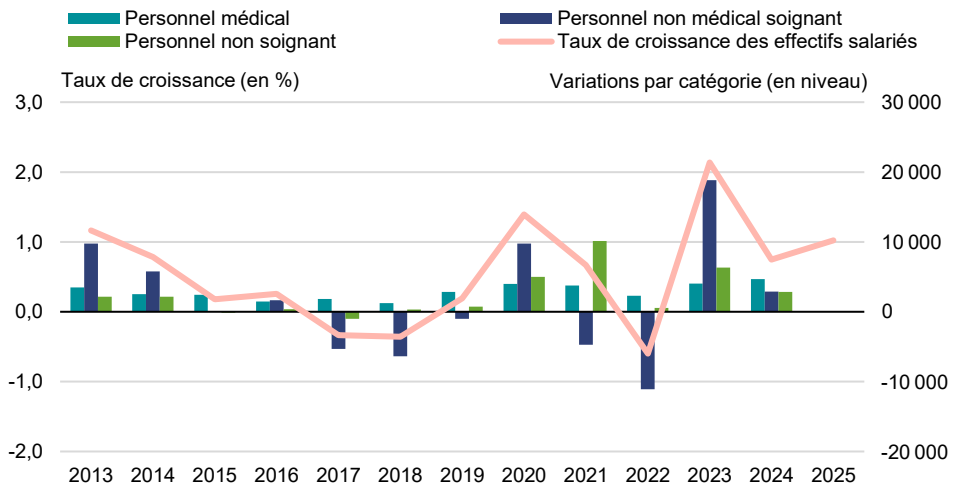
Sources > Drees, SAE 2013-2024, ATIH, RIM-P 2024-2025, traitements Drees.

Graphique 4 Nombre de séjours en hospitalisation à domicile (HAD), par secteur

Lecture > En 2025, les établissements de santé privés à but lucratif ont pris en charge 60 100 séjours en HAD.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-HAD, traitements Drees.

Graphique 5 Taux de croissance des effectifs salariés des établissements de santé publics et privés et variations par catégorie

Note > Le personnel médical regroupe les médecins et assimilés salariés, les internes, docteurs juniors et faisant fonction d'internes et les sages-femmes salariées. Le personnel non médical soignant comprend les infirmières, les aides-soignantes ainsi que le personnel salarié d'encadrement des services de soins, les salariés psychologues, psychanalystes et psychothérapeutes non-médecins, les agents de services hospitaliers et le personnel de rééducation. La catégorie « personnel non soignant » rassemble le personnel administratif, le personnel éducatif et social, le personnel médico-technique, technique et ouvrier.

Lecture > En 2024, les effectifs salariés hospitaliers croissent de 0,7 % par rapport à 2023 : les effectifs de personnel médical augmentent de 4 700, ceux de personnel non médical soignant augmentent de 2 900, et ceux de personnel non soignant augmentent de 2 900.

Champ > Salariés du secteur hospitalier, public et privé, présents au 31 décembre (personnes physiques), y compris contrats aidés, hors stagiaires, externes et apprentis ; France.

Sources > Insee, SIASP, DADS/BTS et FDT, calculs Drees; Drees, SAE.

Le nombre de passage aux urgences augmente

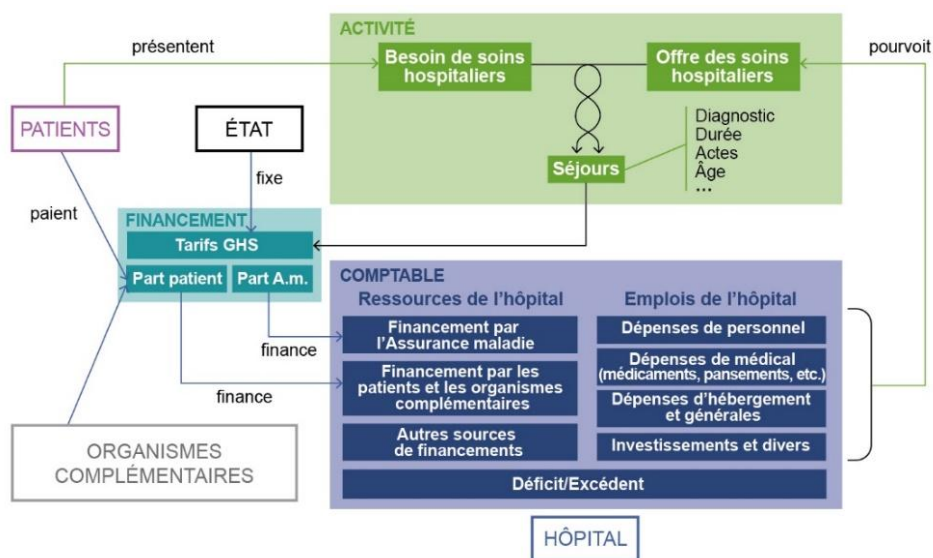
En 2025, les quelque 700 structures d'urgence générale ou pédiatrique ont pris en charge 21,5 millions de passages (+0,8 %, après +2,5 % en 2024). Ce niveau représente 98 % du nombre de passages de 2019, mais 115 % de celui de 2013. Cette hausse s'observe dans une faible majorité de régions, notamment dans le Grand Est (+2,5 %) et dans les Hauts-de-France (+2,1 %), mais aussi dans plusieurs départements et régions d'Outre-Mer. À l'inverse, le nombre de passage aux urgences diminue notablement en Corse (-4,4 %) ou en Guadeloupe (-3,8 %).

1,4 million de salariés dans le secteur hospitalier fin 2025

Fin 2025, 1,4 million de salariés sont employés dans le secteur hospitalier, public et privé. Ces effectifs poursuivent leur croissance : +1,0 % en 2025 après +0,7 % en 2024 (*graphique 5*).

En 2024, le personnel médical (surtout les médecins et les internes) représentait près de la moitié de la progression annuelle (+4 700 salariés, soit +2,7 %), devant le personnel non médical soignant (+2 900 salariés, soit +0,3 %) et non soignant (+2 900 salariés également, soit +0,8 %).

Schéma 1 Articulation simplifiée des concepts d'analyse de l'activité et de la comptabilité des hôpitaux



AM : Assurance maladie ; GHS : groupe homogène de séjour.

Note > Ce schéma rend compte du mode central de financement de l'hôpital, sans rendre compte de l'ensemble des modalités de financement (médicaments de la liste en sus, Migac, AME, etc.) des établissements pour l'activité de soins existante. Il ne rend pas non plus compte des autres activités de l'hôpital (hôtellerie, formation, recherche, etc.).

Source > Drees.

La dépense hospitalière est pilotée dans le cadre de l'Ondam

La tarification à l'activité (T2A)

Le financement du secteur hospitalier suit majoritairement une logique de tarification à l'activité (T2A). Lorsqu'un patient est admis à l'hôpital, son séjour est codifié dans une catégorie appelée « groupe homogène de séjour » (GHS) à partir de l'ensemble des actes qu'il reçoit, de la durée de son séjour, de la complexité de son état de santé, etc. Pour chaque GHS, un tarif de référence est fixé pour les établissements du secteur public, d'une part, et pour ceux du secteur privé lucratif, d'autre part. Ces tarifs, souvent compris entre quelques centaines et

quelques milliers d'euros, servent de base au financement du séjour par l'Assurance maladie. Dans le secteur privé, ce tarif ne couvre pas les honoraires des médecins exerçant en libéral, alors qu'il englobe tous les soins dans le secteur public. Ces mécanismes de tarification permettent d'articuler la description de l'activité des hôpitaux (séjours, durée, patientèle, etc.) et de leur comptabilité (*schéma 1*). Au-delà de la tarification à l'activité, l'Assurance maladie peut fournir un financement additionnel dans des cas spécifiques, tels que la prise en charge des médicaments innovants. L'ensemble du financement des hôpitaux par l'Assurance maladie, principalement *via* le

mécanisme de tarif, est piloté chaque année par l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) hospitalier.

La dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics se poursuit en 2024

La principale source de financement des hôpitaux publics¹ est l'Assurance maladie (77 % des ressources du budget principal, qui regroupe les activités de court (MCO) et de moyen séjour (SMR) ainsi que de psychiatrie) et le principal poste de dépense concerne le personnel (60 % des dépenses du budget principal). En 2024, le déficit global des hôpitaux publics s'est accentué et a atteint 2,9 milliards d'euros (après 2,4 milliards en 2023), soit 2,7 % de leurs recettes, une proportion inobservée depuis 2005. Cette nouvelle dégradation est largement attribuable à la détérioration du résultat d'exploitation, qui peut notamment s'expliquer par le non-dégel du coefficient prudentiel de 0,7 % des tarifs décidé en fin d'année 2024 et par la réduction des dispositifs de soutien mis en place pendant la crise sanitaire. Cette détérioration s'inscrit aussi plus généralement dans un contexte de hausse passée de l'inflation, mais également d'accélération du glissement-vieillesse-technicité (GVT) à la suite des revalorisations salariales décidées lors du Ségur de la santé en 2020 (du fait, par exemple, du raccourcissement de durées d'échelons ou de l'accroissement d'écart entre échelons). D'après de premières estimations, le déficit global des hôpitaux publics atteindrait 2,3 milliards d'euros en 2025, soit 2,1 % de leurs recettes.

L'effort d'investissement des hôpitaux publics fléchit en 2024, à 5,5 milliards d'euros (après 5,6 milliards en 2023), malgré les fonds prévus par l'État à la suite des accords du Ségur de la santé de 2020, qui a contribué à le rehausser les années précédentes. L'investissement des hôpitaux publics représente 5,1 % des recettes en 2024, contre 5,4 % en 2023 et 4,7 % en 2019). Ce léger repli traduit vraisemblablement le retard pris sur de nombreux projets, en raison de la dégradation de la situation financière des établissements, du renchérissement des coûts des projets et d'importants compléments d'instruction potentiels (Le Ludec et Mulliez, 2024). Le financement des investissements hospitaliers repose sur des sources internes (capacité d'autofinancement [CAF]) ou externes (subventions dont le Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé [FMIS], les emprunts, et autres ressources). La CAF, qui représente les ressources dégagées par l'activité des établissements pour assurer le financement de leur investissement, se replie fortement depuis 2021, en lien notamment avec la dégradation du résultat net.

À 1,0 % des recettes en 2024 (après 1,7 % en 2023 et 4,9 % en 2020, son dernier point haut), la capacité d'autofinancement (CAF) des hôpitaux publics est nettement inférieure à l'effort d'investissement, qui s'élève à 5,1 % des recettes. En 2025, l'investissement s'élèverait à environ 5,4 milliards d'euros, et la CAF remonterait à 1,8 % des recettes.

Le résultat net des cliniques privées, toujours bénéficiaire, poursuit son repli en 2024

En 2024, le résultat net des cliniques privées, s'établit à 194 millions d'euros, soit 1,0 % de leurs recettes en recul par rapport à 2023 (1,7 %). Si leur situation économique est globalement excédentaire, cette situation masque de fortes disparités selon les activités. Le résultat net rapporté aux recettes des cliniques psychiatriques est plus de onze fois supérieur à celui des cliniques de MCO et de SMR. Similairement, la proportion de cliniques privées déficitaires augmente : elle s'élève à 36 % en 2024 après 33 % en 2023. Cette augmentation s'observe dans toutes les disciplines d'activité ; la proportion de cliniques déficitaires atteint 44 % en SMR (+5 points), 37 % en MCO (+3 points) et 20 % en psychiatrie (+1 point). L'encours de la dette des cliniques privées augmente en 2024 (+6,0 %) et s'établit à 2,3 milliards d'euros.

En revanche, la durée apparente de la dette augmente en 2024 à 4,2 ans, son plus haut niveau depuis 2011. Cette hausse reflète la dégradation continue de la CAF, en raison notamment de la hausse des dépenses. La proportion de cliniques privées surendettées augmente également et atteint 21 % en 2024 (19 % en 2023).

La participation des patients varie selon le secteur

Au-delà du financement de l'Assurance maladie, les établissements sont financés par les ménages (patients), directement ou *via* les organismes complémentaires (tableau 2).

Ces paiements comportent deux volets : l'hébergement et les soins. Premièrement, la participation aux frais d'hébergement est calculée grâce au forfait journalier hospitalier (FJH) multiplié par la durée du séjour. Deuxièmement, la participation aux soins dépend du secteur. Dans le secteur public, cette participation aux soins est usuellement payée selon la durée du séjour *via* un tarif journalier de prestation (TJP) qui est propre à chaque établissement. Dans le secteur privé, la participation du patient aux soins généraux est usuellement de 20 % du tarif de référence du séjour. Les honoraires des médecins (chirurgiens par exemple) sont facturés en sus, et sont, comme tout honoraire, pris en charge partiellement par

¹ Dans cette section uniquement, les hôpitaux publics ne tiennent pas compte des établissements privés à but non lucratif.

l'Assurance maladie. Ces grands principes de tarification connaissent des exceptions : dispositif affection de longue durée (ALD), accidents du travail, maternité, actes coûteux, etc. Le reste à charge des ménages à l'hôpital comprend l'ensemble des paiements des patients (y compris honoraires

libéraux), éventuellement réduit d'une participation des organismes complémentaires. Les frais connexes au séjour, tels que la facturation d'une chambre particulière, ne sont pas compris dans l'activité de santé en comptabilité nationale (fiche 8). ■

Tableau 2 Modalités générales de tarification du patient en hospitalisation complète

Patient	Secteur	Séjour		Médecins libéraux	
		Assurance maladie	Patient (et complémentaire)	Assurance maladie	Patient (et complémentaire)
Patient sans motif d'exonération	Public	80 % du tarif de référence public	Max (20 % x TJP x durée ; FJH x durée) + FJH	Aucun	Aucun
	Privé	80 % du tarif de référence privé	Max (20 % x tarif de référence privé x durée ; FJH x durée) + FJH	70 % du tarif de remboursement	30 % du tarif de remboursement + dépassement d'honoraires
Patient avec séjour comprenant un acte coûteux (hors patient en ALD)	Public	100 % du tarif de référence public - Part patient	24 € + FJH x (durée + 1)	Aucun	Aucun
	Privé	100 % du tarif de référence privé - Part patient	24 € + FJH x (durée + 1)	70 % du tarif de remboursement	30 % du tarif de remboursement + dépassement d'honoraires
Patient en ALD ou en invalidité	Public	100 % du tarif de référence public - Part patient	FJH x (durée + 1)	Aucun	Aucun
	Privé	100 % du tarif de référence privé - Part patient	FJH x (durée + 1)	100 % du tarif de remboursement	Dépassement d'honoraires
Patient en maternité ou en AT-MP	Public	100 % du tarif de référence public	0	Aucun	Aucun
	Privé	100 % du tarif de référence privé	0	100 % du tarif de remboursement	Dépassement d'honoraires

TJP : tarif journalier de prestation ; FJH : forfait journalier hospitalier ; ALD : affection de longue durée ; AT-MP : accidents du travail et maladies professionnelles. Durée en jours. Le terme « +1 » correspond au forfait journalier de sortie.

Champ > Tarification à l'activité (T2A), activités de soins.

Source > Drees.

Pour en savoir plus

- > Cazenave-Lacroutz, A. (dir) (2026). [Les établissements de santé en 2024 – Edition 2026](#). Paris, France : Drees, coll. Panoramas de la Drees-Santé
- > Le Ludec, T., Mulliez, S. (2024). [Pour un pilotage renforcé des investissements de santé : consolider l'expertise et la maîtrise d'ouvrage hospitalière. Mission relative à l'évolution du pilotage des investissements du Ségur de la santé](#). Rapport, Igas.
- > Salibekyan-Rosain, Z. et al (2026, juillet). [Le déficit des hôpitaux publics diminue en 2025 mais reste à un niveau élevé – Premiers résultats sur les établissements de santé en 2025](#). Drees, *Études et Résultats*, 1380.

Les soins courants en ville

En 2025, les soins de médecins généralistes représentent une dépense de 12,1 milliards d'euros, soit 3,4 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Ils augmentent de 6,0 %, en raison de la hausse du tarif de la consultation, et malgré une baisse de 5,5 % du volume de soins. Les médecins généralistes exercent très majoritairement en secteur 1 ; la part des soins de médecins généralistes du secteur 2 s'élève à 5 % : ces soins sont plus souvent composés d'actes techniques. La structure du financement des soins de médecins généralistes se stabilise en 2025 ; le taux de reste à charge des ménages s'établit à 6,5 % en 2025, après 6,6 % en 2024.

Les dépenses de soins courants des médecins généralistes sont de nouveau très dynamiques en 2025

La consommation de soins courants de médecins généralistes en ville s'élève à 12,1 milliards d'euros en 2025 (tableau 1), soit 3,4 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Ces dépenses comprennent celles en cabinet libéral et en centres de santé ; à l'inverse, elles n'intègrent ni les soins des médecins généralistes en établissement de santé ou en établissement de soins de longue durée, ni les prestations spécifiquement identifiées comme relevant de la prévention.

Les dépenses de soins de médecins généralistes connaissent une croissance dynamique en 2025 pour la deuxième année consécutive (+6,0 % après +5,0 % en 2024). Cette croissance est portée à la fois par les honoraires (les rémunérations des consultations, visites et téléconsultations des médecins généralistes), qui augmentent de 6,4 %, ainsi que par les

contrats et assimilés (les rémunérations directes que peuvent recevoir les médecins généralistes de la part de l'Assurance maladie), qui augmentent de 6,2 %. L'augmentation de ces dépenses en 2025 est la plus élevée enregistrée depuis 2011.

En 2025, la croissance des dépenses de soins de médecins généralistes s'explique par la hausse des prix, qui ont augmenté de 12,2 %, principalement du fait de la revalorisation des tarifs de consultation de 26,50 euros à 30 euros, intervenue le 22 décembre 2024. En 2025, le volume de soins de médecins généralistes consommés diminue de 5,5 %¹ (graphique 1).

Cette évolution peut résulter à la fois de facteurs de demande, par exemple une moindre sollicitation des médecins par les patients, et de facteurs d'offre, comme une réduction du nombre de consultations proposées. Les données des comptes de la santé ne permettent pas de distinguer ces deux effets.

Tableau 1 Consommation de soins courants de médecins généralistes

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Évolution 2015-2024 (en %)	Part (en %)
Soins des médecins généralistes (en millions d'euros)	9 895	10 361	10 778	10 846	11 391	12 072	+6,0	+1,6	100,0
Honoraires	8 943	7 931	8 147	8 149	8 594	9 143	+6,4	-0,4	75,7
Contrats et assimilés	nd	1 693	1 823	2 010	2 078	2 208	+6,2		18,3
Prise en charge des cotisations	951	737	808	687	720	722	+0,3	-3,1	6,0
Évolution (en %)	+1,2	+2,0	+4,0	+0,6	+5,0	+6,0			
dont volume (en %)	+0,7	+3,7	+3,5	-0,7	+0,1	-5,5			
dont prix (en %)	+0,5	-1,6	+0,5	+1,4	+4,9	+12,2			

nd : non disponible.

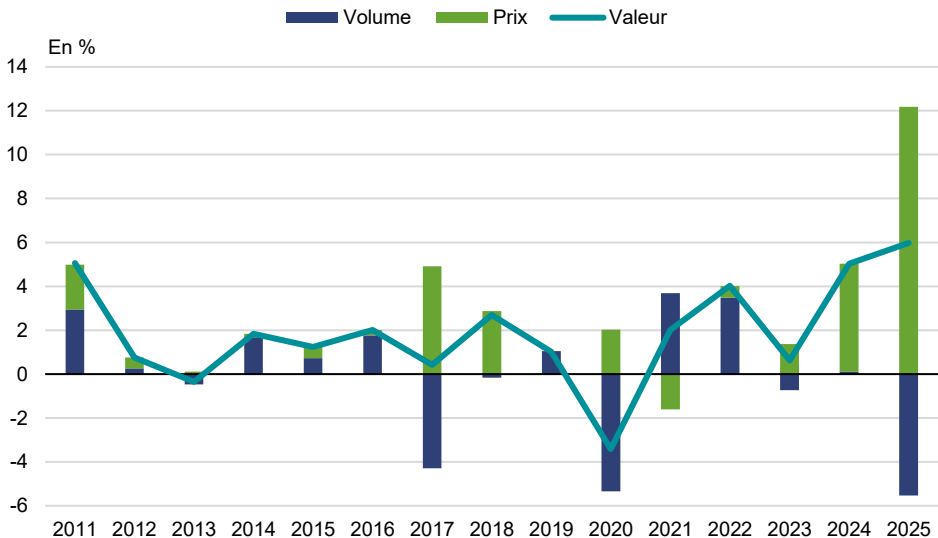
Note > Les contrats et assimilés des médecins généralistes ne sont pas disponibles en réropolation. Ils sont globalisés avec les honoraires.

Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee pour les indices de prix.

¹ L'évolution en volume est une évolution à prix constants (en valeur aux prix de l'année précédente, voir annexe 4). Elle est la résultante des évolutions constatées en valeur et en prix. Elle ne mesure pas directement

l'évolution du nombre de consultations ou la quantité de travail des médecins généralistes (Dixte et Loussouarn, 2024 ; Thomas, 2026).

Graphique 1 Décomposition de l'évolution des soins de médecins généralistes entre volume et prix



Note > Les dépenses de soins de médecins généralistes augmentent de 6,0 % en 2025. Cette hausse se décompose en une baisse de 5,5 % du volume de soins et une hausse de 12,2 % du prix des soins.

Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee pour les indices des prix.

Les soins de médecins généralistes en secteur 1 sont moins constitués d'actes techniques que ceux en secteur 2

En 2024, 91 % de la dépense de soins courants de médecins généralistes correspond à des soins dispensés par des professionnels exerçant en cabinets libéraux conventionnés en secteur 1, c'est-à-dire pratiquant leurs actes au tarif opposable, sans appliquer de dépassements d'honoraires. Les soins de médecins généralistes réalisés en centres de santé (en centre de santé, les médecins doivent également obligatoirement appliquer les tarifs opposables) représentent 5 % de cette dépense et ceux réalisés par les médecins généralistes de secteur 2 représentent 4 % en 2024.

Les médecins généralistes en secteur 1 bénéficient de la prise en charge par l'assurance maladie de leurs cotisations d'assurance maladie, d'allocations familiales et d'une partie de leurs cotisations d'assurance vieillesse. Ce dispositif représente 6 % de la dépense de soins de médecins généralistes en secteur 1 (graphique 2) et 10 % de la dépense de soins de médecins généralistes en centre de santé.

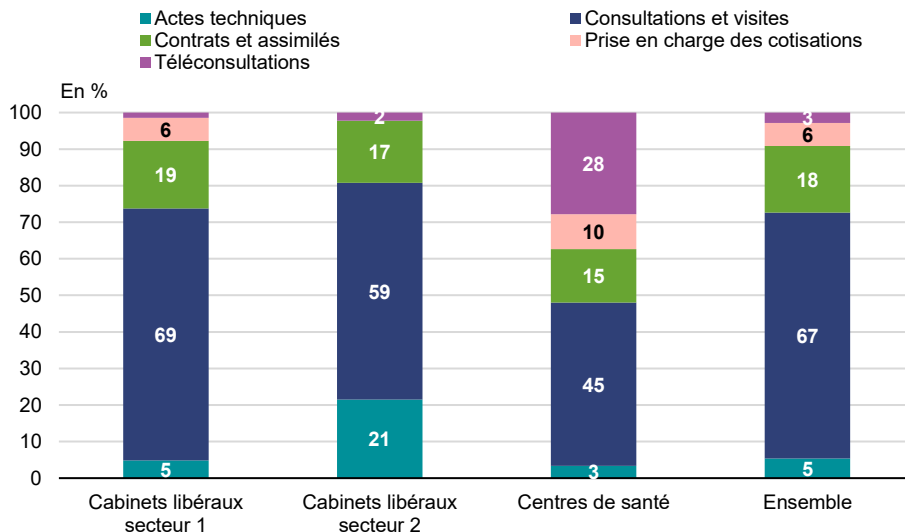
La part des actes techniques parmi les soins des médecins généralistes est relativement faible en centre de santé et en secteur 1 (respectivement à 3 % et 5 %). Elle est plus élevée parmi les soins des médecins généralistes en secteur 2 (22 %).

Enfin, si les soins fournis à distance (téléconsultations) sont minoritaires en cabinet libéral (1 % en secteur 1 et 2 % en secteur 2), ils sont plus fréquents en centres de santé. En incluant les sociétés de téléconsultation, qui ne pratiquent pas d'actes techniques ni de consultations et visites, mais uniquement des téléconsultations, les téléconsultations représentent ainsi 28 % des soins de médecins généralistes en centre de santé. En excluant les sociétés de téléconsultation, les téléconsultations représentent 12 % des soins de médecins généralistes des centres de santé, un taux qui reste significativement plus élevé qu'en cabinet libéral.

Les contrats et assimilés représentent une part de plus en plus importante des soins des médecins généralistes

Les contrats et assimilés représentent 18,3 % de la consommation de soins de médecins généralistes en 2025, soit 2,2 milliards d'euros (tableau 2). Ces rémunérations ont progressé quasiment deux fois plus vite depuis 2021 (6,9 % par an en moyenne) que les honoraires (3,6 % par an en moyenne).

En 2025, les rémunérations sur objectifs, contrats et intéressement, ont augmenté de 10,3 %, notamment avec la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) [Assurance maladie, 2026].

Graphique 2 Structure de la dépense de soins courants des médecins généralistes en 2024

Note > L'année 2024 est présentée plutôt que l'année 2025 car pour la dernière année, certains contrats et assimilés ne sont pas ventilables par secteur conventionnel. Les sociétés de téléconsultation sont rassemblées avec les centres de santé.

Source > Drees, comptes de la santé.

Tableau 2 Montants des contrats et assimilés des médecins généralistes

En millions d'euros

	2021	2022	2023	2024	2025
Contrats et assimilés	1 693	1 823	2 010	2 078	2 208
Forfaits médecin traitant (dont forfait patientèle médecin traitant [FPMT])	879	889	973	958	1 014
Rémunérations sur objectifs, contrats et intéressement	541	561	584	596	658
Permanences des soins	153	165	175	184	190
Aide à l'embauche d'assistants médicaux	26	40	64	91	109
Structures territoriales de santé (CPTS et MSP)	37	61	73	95	66
Expérimentation d'organisations innovantes en santé	12	32	47	52	57
Protocoles de coopération entre professionnels de santé	25	37	42	47	55
SAS - Service d'accès aux soins	1	19	33	36	39
Autres contrats et rémunérations assimilées	19	18	20	19	19

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé. MPS : Maisons de santé pluriprofessionnelles.

Source > Drees, comptes de la santé.

Des effectifs de médecins généralistes stables depuis 2021

Au 1^{er} janvier 2025, 83 100 médecins généralistes (hors salariés hospitaliers exclusifs) exercent en France. L'effectif des médecins généralistes retrouve ainsi son niveau de 2021 (83 000), mais reste inférieur à celui de 2015 (85 000). En 2025, pour la deuxième année consécutive, les effectifs augmentent, après plusieurs années de baisse.

Pour la première fois, en 2025, la croissance des effectifs de médecins généralistes concerne à la fois

les libéraux exclusifs (+0,2 %), les salariés exclusifs (hors salariés hospitaliers, c'est-à-dire des médecins exerçant en centre de santé par exemple) [+1,1 %] et les mixtes (qui partagent leur temps entre une activité libérale et une activité salariée) [4,2 %]. Cependant, la part des médecins généralistes libéraux exclusifs continue de diminuer en 2025 (67,2 % en 2025, contre 67,5 % en 2024). En effet, le nombre de médecins généralistes exerçant en mode mixte croît rapidement (+3,7 % par an en moyenne depuis 2021), ce qui reflète notamment l'attrait de ce mode d'exercice chez les jeunes diplômés.

Tableau 3 Effectifs de médecins généralistes (hors salariés hospitaliers exclusifs) par mode d'exercice, au 1^{er} janvier

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Structure 2025 (en %)
Ensemble	85 000	83 000	82 400	82 400	82 500	83 100	+0,8	100
Libéraux exclusifs	61 800	57 500	57 000	56 700	55 700	55 800	+0,2	67,2
Mixtes	6 700	8 400	8 400	8 600	9 300	9 700	+4,2	11,7
Salariés hors hospitaliers	16 500	17 100	17 000	17 100	17 400	17 600	+1,1	21,2

Note > Pour plus d'informations sur les effectifs hospitaliers, voir la fiche 10.

Champ > France entière.

Source > ASIP-Santé RPPS ; calculs Drees.

Les soins des médecins généralistes en secteur 2 sont plus souvent fournis par des médecins à expertise particulière

Les médecins généralistes se distinguent entre les médecins généralistes *stricto sensu*, et les médecins à expertise particulière (MEP), qui peuvent disposer de compétences spécifiques dans des domaines variés (médecine vasculaire, homéopathie, acupuncture). Cette deuxième catégorie de médecins généralistes représente 0,7 milliard d'euros de soins en 2025, soit 5,5 % du total (*tableau 4*). Les médecins à expertise particulière sont davantage présents en secteur 2. Ils représentent 18,0 % des soins de médecins généralistes dans ce secteur,

contre 5,1 % des soins de médecins généralistes en secteur 1.

Les médecins à expertise particulière peuvent exercer cette expertise exclusivement, ou non. Les soins de médecins à expertise particulière exclusive représentent 0,2 milliard d'euros en 2025, soit 1,6 % de la dépense totale des soins de médecins généralistes. Cette dépense représente 3,7 % de la dépense de soins en secteur 2, contre 1,6 % en secteur 1.

Les soins fournis par des médecins généralistes hors MEP représentent la majorité des soins : 94,5 % en 2025.

Tableau 4 Décomposition des soins courants par type de médecin généraliste en 2025

En millions d'euros

	Cabinets libéraux secteur 1	Cabinets libéraux secteur 2	Centres de santé	Total en ville
Médecine générale	10 275	512	626	11 413
Médecins à expertise particulière	547	112	0	659
Exclusive	172	23	0	195
Non exclusive	375	88	0	464
Médecins généralistes	10 822	623	626	12 072

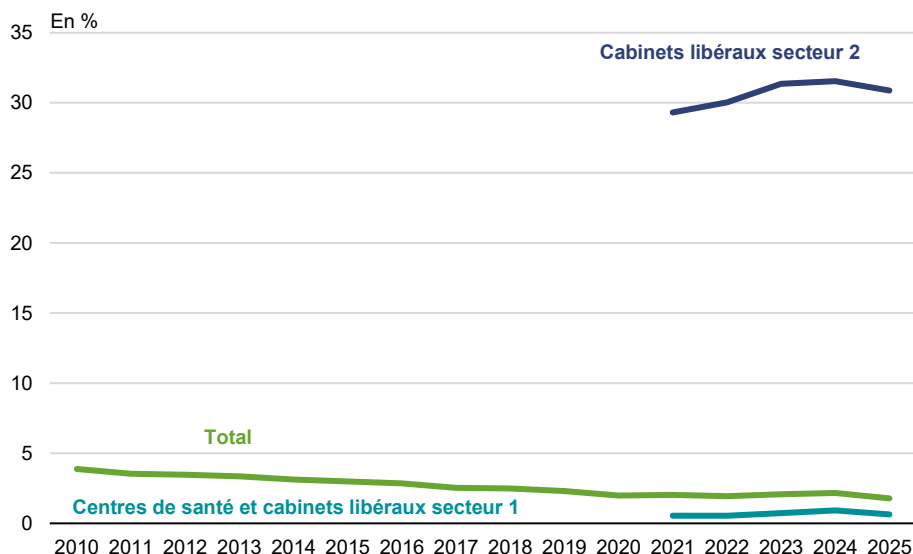
Source > Drees, comptes de la santé.

La part des dépassements dans les honoraires diminue un peu en 2025

Les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins généralistes représentent une part marginale de leurs honoraires : 0,2 milliard d'euros en 2025, soit 1,8 % (*graphique 3*) des honoraires de médecins généralistes. En 2025, cette part diminue de 0,4 point. Les dépassements des médecins généralistes autorisés à en pratiquer (établis en secteur 2) représentent 30,9 % de leurs honoraires en 2025. Ils diminuent légèrement en 2025 (-0,6 point), mais restent au-dessus de la moyenne 2021-2024 (30,6 %).

Les quelques dépassements des médecins en secteur 1 (en cabinet libéral et en centre de santé) correspondent aux rares cas pour lesquels ces professionnels sont autorisés à en facturer (notamment les dépassements pour exigence particulière du patient, par exemple quand un médecin se déplace au domicile d'un patient à sa demande, sans qu'il n'y ait de motif médical avéré à ce déplacement). Ces dépassements représentent cependant une part minime des honoraires des médecins en secteur 1 (0,6 %).

Depuis 2010, les dépassements représentent une part de moins en moins importante dans les honoraires des médecins généralistes (3,9 % en 2010, 1,8 % en 2025).

Graphique 3 Part des dépassements dans les honoraires des médecins généralistes

Note > Les dépassements ne sont pas ventilables par secteur avant 2021.

Source > Drees, comptes de la santé.

En 2025, la structure de financement des soins de médecins généralistes est presque identique à celle de 2024

En 2025, la Sécurité sociale finance 78,3 % de la consommation de soins des médecins généralistes (*tableau 5*), les administrations publiques centrales et locales (c'est-à-dire, pour les soins de médecins généralistes, l'aide médicale de l'État et les soins des invalides de guerre, financés par l'État également) 0,4 % et les organismes complémentaires 14,8 %. Les 6,5 % restants (soit 0,8 milliard d'euros en 2025) sont payés directement par les ménages ; ils correspondent à des participations forfaitaires, à des dépassements d'honoraires non pris en charge par les complémentaires, ou à des dépenses non remboursables (soins fournis par des médecins généralistes non conventionnés, feuilles de soins papier non envoyés).

En 2024, la part des dépenses financées par les organismes complémentaires avait augmenté de 0,3 point, tandis que le reste à charge des ménages avait augmenté de 1,2 point, avec notamment le doublement de la participation forfaitaire sur les consultations et les actes médicaux au 15 mai 2024.

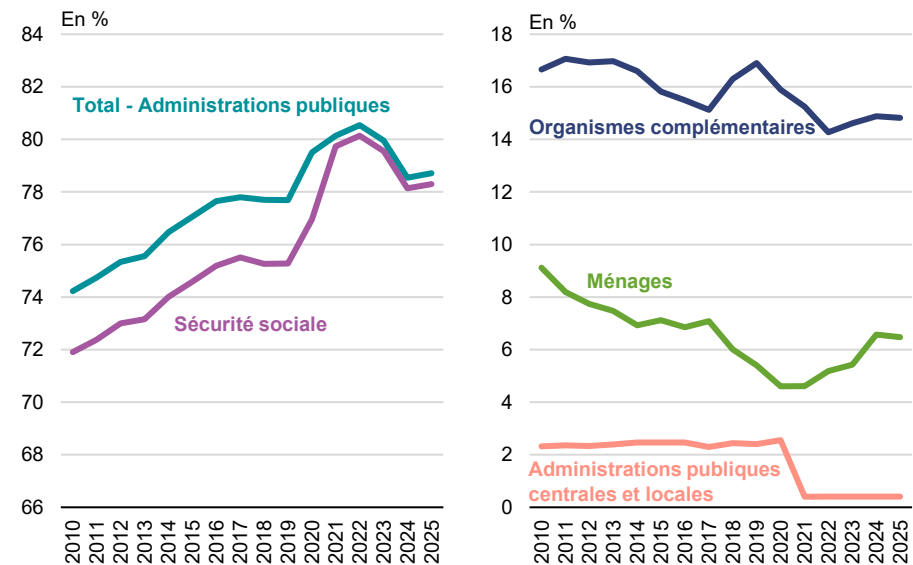
Au total, en 2025, la structure de financement des soins de médecins généralistes se stabilise, et reste identique à celle de 2024 (*graphique 4*). Le taux de reste à charge des ménages est quasiment stable par rapport à 2024 (-0,1 point) malgré une nouvelle hausse des participations forfaitaires (+15 % en 2025, après +54 % en 2024). Le taux de financement des soins de médecins généralistes par les organismes complémentaires est également quasiment stable (-0,1 point). ■

Tableau 5 Financement des soins de médecins généralistes en 2025

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	9 453	78,3
Administrations publiques centrales et locales	49	0,4
Organismes complémentaires	1 788	14,8
Ménages	782	6,5
Ensemble	12 072	100,0

Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 4 Évolution du financement des soins de médecins généralistes



Note > En 2021, la bascule du financement de la complémentaire santé solidaire des administrations publiques centrales et locales vers la Sécurité sociale induit une baisse (respectivement une hausse) de leurs taux de financement des soins de médecins généralistes.

Source > Drees, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > Assurance Maladie (2026). [Rosp : dernier bilan avant la transition vers le volet prévention du forfait médecin traitant](#).
- > Dixte, C., Loussouarn, C. (2024, décembre). Revenu des médecins libéraux : une légère hausse entre 2017 et 2021, avec de fortes disparités selon la spécialité et l'ancienneté dans l'installation. Drees, *Études et Résultats*, 1322.
- > Thomas, J.-É. (2026, août). Les médecins généralistes libéraux travaillent en moyenne 46 heures par semaine en 2025. Drees, *Études et Résultats*, 1381.

En 2025, les dépenses de soins courants de médecins spécialistes en ville s'élèvent à 11,8 milliards d'euros, soit 3,3 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Elles augmentent de 4,7 % par rapport à 2024, portées par les soins d'ophtalmologie et de cardiologie. La part des dépassements dans les honoraires des médecins spécialistes est en hausse depuis 2021, et atteint 19 % en 2025. Si les dépenses de médecins spécialistes demeurent majoritairement financées par l'Assurance maladie, la part restant à la charge des ménages continue d'augmenter pour s'établir à 12,3 % en 2025.

Les dépenses de soins courants de médecins spécialistes continuent d'augmenter en 2025

La consommation de soins courants de médecins spécialistes, hors médecins généralistes, en ville (cabinets libéraux et centres de santé) s'élève à 11,8 milliards d'euros en 2025 (*tableau 1*), soit 3,3 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Ces dépenses excluent les dépenses des radiologues (5,5 milliards d'euros en 2025) [fiche 19], des anatomo-cytopathologistes (0,3 milliard) [fiche 18], des stomatologues et spécialistes en chirurgie maxillo-faciale (0,2 milliard) [fiche 14], ainsi que les dépenses à but préventif (0,3 milliard)¹ [fiche 27]. Les dépenses de soins courants de médecins spécialistes dans le secteur

hospitalier privé (6,1 milliards) [fiche 9] sont aussi exclues. Les dépenses de médecins spécialistes augmentent de 4,7 %, en léger ralentissement par rapport à 2024 (+5,9 %). Le rythme de croissance reste soutenu : +4,1 % en moyenne par an entre 2021 et 2025. Ces dépenses augmentent davantage que la DCSi, aussi bien en 2025 que tendanciellement depuis 2015.

L'augmentation de la consommation de soins de médecins spécialistes en 2025 est portée par les prix (+2,7 %, après +1,5 % en 2024) (*tableau 1 et graphique 1*), avec les revalorisations tarifaires de décembre 2024 et juillet 2025 de certaines spécialités (pédiatrie, psychiatrie, gynécologie, gériatrie). Le volume de soins ralentit (+2,0 %, après +4,4 %).

Tableau 1 Consommation de soins courants de médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes)

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Évolution 2015-2024 (en %)	Part (en %)
Soins des médecins spécialistes (en millions d'euros)	7 596	9 526	10 012	10 624	11 255	11 784	+4,7	+4,5	100,0
Honoraires	7 135	8 898	9 312	9 931	10 508	11 090	+5,5	+4,4	94,1
Contrats et assimilés	nd	225	263	307	346	358	+3,5		3,0
Prise en charge des cotisations	460	403	437	386	401	336	-16,1	-1,5	2,9
Évolution (en %)	+3,3	+13,1	+5,1	+6,1	+5,9	+4,7			
dont volume (en %)	+2,7	+18,0	+3,3	+4,4	+4,4	+2,0			
dont prix (en %)	+0,5	-4,2	+1,8	+1,6	+1,5	+2,7			
Autres soins courants en ville	4 315	5 287	5 413	5 751	6 075	6 334	+4,3	+3,9	
Soins et prothèses dentaires	165	195	190	195	195	197	+1,1	+1,9	
Actes de laboratoire de biologie médicale	259	293	281	272	279	281	+1,0	+0,8	
Actes d'imagerie médicale	3 891	4 480	4 675	4 985	5 315	5 535	+4,1	+3,5	
Dépenses de prévention	nd	319	267	299	286	321	+12,1		

nd : non disponible.

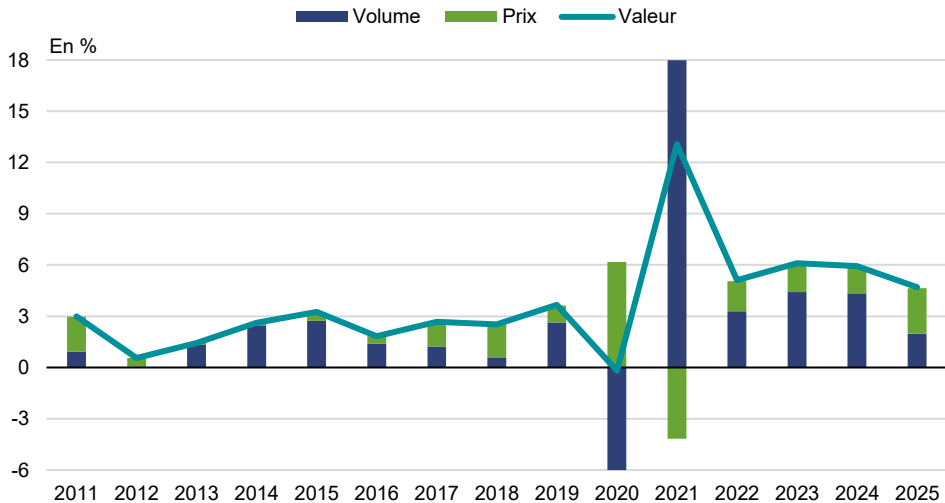
Note > Les contrats et assimilés des médecins spécialistes ne sont pas disponibles avant 2021. Ils sont globalisés avec les honoraires.
Lecture > En 2025, la consommation de soins de médecins spécialistes s'élève à 11,8 milliards d'euros, dont 0,3 milliard d'euros de prise en charge des cotisations sociales par l'Assurance maladie.

Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee pour les indices des prix.

¹ Elles se répartissent entre des consultations de dermato-vénérologie pour la prévention des IST (160 mil-

lions d'euros) et des actes d'imagerie médicale de radiologues pour le dépistage de maladies (150 millions d'euros).

Graphique 1 Décomposition de l'évolution des soins de médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes) entre volume et prix



Lecture > Les dépenses de soins de médecins spécialistes augmentent de 4,7 % en 2025. Cette hausse se décompose en une hausse de 2,0 % du volume de soins, et une hausse de 2,7 % du prix des soins.

Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee pour les indices des prix.

Une hausse des dépenses de soins portée par les soins de médecine vasculaire et d'ophtalmologie

Les dépenses de soins courants de médecins spécialistes augmentent pour toutes les familles de spécialité : +5,7 % pour les spécialités de « médecine », +6,1 % pour les spécialités de « chirurgie », +1,4 % pour les spécialités de « plateaux techniques » (radiothérapie) et +3,8 % pour les spécialités « médico-chirurgicales » (*tableau 2*).

Deux spécialités contribuent principalement à cette hausse : la médecine vasculaire et les spécialistes en pathologies cardio-vasculaires (+6,7 % en 2025, +7,3 % par an en moyenne entre 2021 et 2025) et l'ophtalmologie (respectivement +5,1 % et +5,7 %). Ces spécialités représentent un tiers des dépenses de spécialistes (4,0 milliards d'euros) en 2025.

Les cabinets libéraux de secteur 2 représentent 57 % des dépenses de soins de médecins spécialistes

Les cabinets libéraux représentent la quasi-intégralité de la consommation de soins de médecins spécialistes (96 % en 2025), dont 39 % par des médecins en secteur 1, 28 % par des médecins en secteur 2 signataires de l'Optam, et 28 % par des médecins en secteur 2 hors Optam (*tableau 2*). Les

centres de santé ne représentent que 4 % des dépenses. En 2021, les cabinets libéraux de médecins en secteur 1 représentaient 45 % des dépenses, les cabinets libéraux de secteur 2 signataires de l'Optam 23 %.

La structure des soins par spécialité dépend du lieu de rattachement du praticien :

- les soins des spécialités de « médecine » (59 %) et de « plateaux techniques » (22 %) sont surreprésentés dans les cabinets libéraux de secteur 1 (*graphique 2*). Les spécialistes de pathologies cardio-vasculaires et les radiothérapeutes y constituent 46 % des dépenses ;
- la structure des soins en cabinets libéraux secteur 2 des médecins conventionnés Optam est proche, avec une plus forte présence des spécialités « médico-chirurgicales », notamment les soins d'ophtalmologie et de gynécologie (30 % des dépenses) (*tableau 2*) ;
- le poids des soins d'ophtalmologie est plus important dans les cabinets libéraux de secteur 2 hors Optam : 31 %. Les soins d'ophtalmologie sont principalement réalisés dans ces lieux (46 % des dépenses) ;
- enfin, les deux tiers des dépenses de soins de médecins spécialistes en centres de santé sont réalisés pour des spécialités « médico-chirurgicales », majoritairement pour des soins d'ophtalmologie.

Tableau 2 Décomposition par spécialité des montants des soins courants des médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes) en 2025

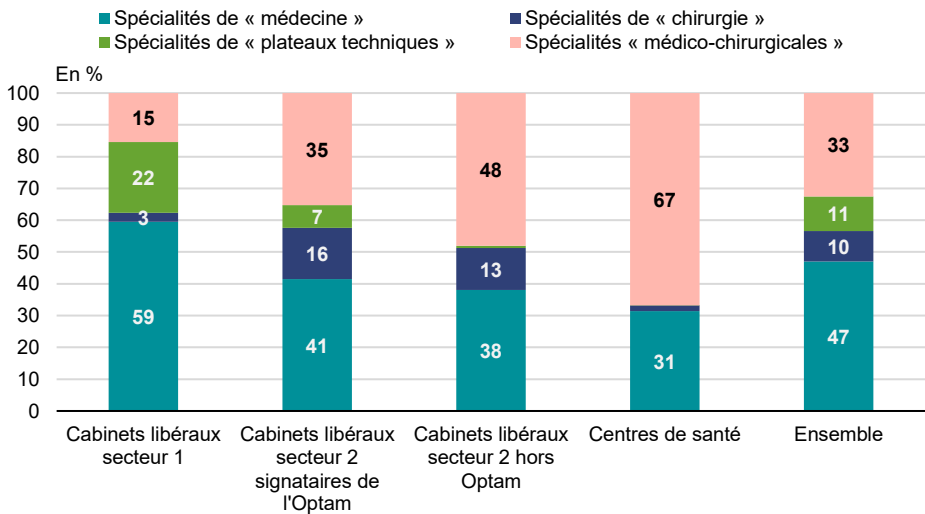
	Niveau (en millions d'euros)					Évolution 2025 (en %)	Structure 2025 (en %)
	Cabinets libéraux secteur 1	Cabinets libéraux secteur 2 signataires de l'Optam	Cabinets libéraux secteur 2 hors Optam	Centres de santé	Total		
Spécialités de « médecine »	2 706	1 381	1 273	160	5 520	+5,7	46,8
Anesthésie, réanimation chirurgicale et réanimation médicale	90	137	114	0	342	+3,3	2,9
Pathologie cardio-vasculaire et médecine vasculaire	1 074	343	218	39	1 674	+6,7	14,2
Dermato-vénéréologie	192	92	188	21	493	+3,0	4,2
Gastro-entérologie et hépatologie	103	78	63	7	251	+3,8	2,1
Pédiatrie et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	194	174	126	17	512	+4,1	4,3
Pneumologie	221	66	32	16	336	+5,4	2,8
Rhumatologie	91	85	102	9	288	+1,0	2,4
Psychiatrie et neuropsychiatrie	420	197	290	20	927	+6,6	7,9
Neurologie	125	98	39	10	271	+7,3	2,3
Néphrologie, oncologie médicale et médecine d'urgence	58	10	6	2	75	+14,0	0,6
Endocrinologie et métabolisme	46	53	45	10	154	+9,2	1,3
Autres spécialités de « médecine » ¹	91	45	50	9	195	+11,2	1,7
Spécialités de « chirurgie »	128	537	444	9	1 118	+6,1	9,5
Chirurgie générale et infantile	23	57	36	3	119	+3,1	1,0
Neurochirurgie	4	21	27	0	51	+9,9	0,4
Chirurgies urologique, viscérale et digestive	31	182	99	2	314	+6,9	2,7
Chirurgie orthopédique et traumatologie	38	227	213	3	481	+5,9	4,1
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	16	15	61	0	92	+9,8	0,8
Chirurgies vasculaire, thoracique et cardio-vasculaire	17	35	9	1	62	+2,3	0,5
Spécialités de « plateaux techniques »	1 016	239	23	0	1 278	+1,4	10,8
Oncologie radiothérapeute et radiothérapie	1 016	239	23	0	1 278	+1,4	10,8
Spécialités « médico-chirurgicales »	699	1 173	1 608	341	3 821	+3,8	32,4
Oto-rhino-laryngologie	121	163	207	30	521	+2,0	4,4
Ophtalmologie	402	573	1 051	281	2 307	+5,1	19,6
Gynécologie obstétrique et médicale	176	437	350	30	992	+1,8	8,4
Protocoles de coopération entre professionnels de santé non ventilés	30	9	8	0	47	ns	0,4
Total médecins spécialistes (hors médecins généralistes)	4 579	3 339	3 356	510	11 784	+4,7	100,0

ns : non significatif.

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

Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 2 Répartition par famille de spécialités des dépenses de soins courants de médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes) en 2025



Source > Drees, comptes de la santé.

Les dépenses liées aux contrats et assimilés ralentissent en 2025

En complément de leurs honoraires, les médecins spécialistes en cabinet libéral reçoivent des rémunérations directes de l'Assurance maladie, pour un montant de 0,4 milliard d'euros de rémunérations au titre de contrats et assimilés de la part de l'Assurance maladie en 2025 (tableau 3).

Le montant de ces rémunérations ralentit en 2025 (+3,5 %, après +12,4 % en 2024) du fait du ralentissement des rémunérations sur objectifs, contrats et intéressement (+6,4 % en 2025, après +9,8 % en 2024). L'aide financière à l'embauche d'assistants médicaux augmente de 32,8 %, les financements aux protocoles de coopération entre professionnels de santé de 29,3 %, et le forfait structure des médecins de 13,3 %.

La part des dépenses de consultations et visites est plus élevée en secteur 2

La structure des dépenses de soins courants des spécialistes diffère en fonction du mode d'exercice. En cabinet libéral en secteur 2, les consultations et visites représentent une part plus élevée des dépenses qu'en secteur 1 (47 % contre 32 %, graphique 3), tandis qu'en secteur 1 et en centres de santé les actes techniques représentent plus de la moitié des dépenses.

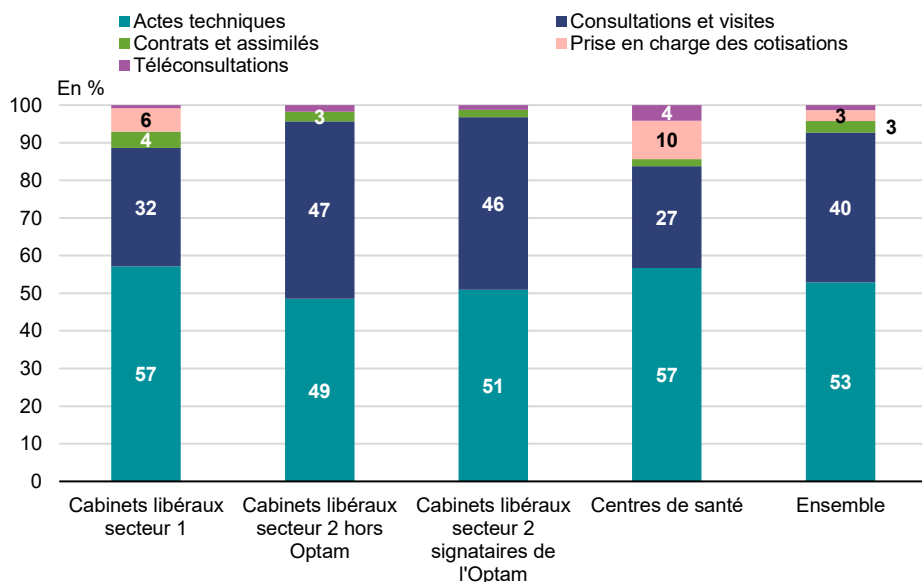
La prise en charge des cotisations des professionnels de santé par l'Assurance maladie, dont ne bénéficient que les professionnels conventionnés en secteur 1, représente 10 % des dépenses en centre de santé, et 6 % en cabinet libéral. Enfin, les téléconsultations sont peu pratiquées par les médecins spécialistes (1 %), comparativement aux médecins généralistes (3 % des dépenses) [fiche 11].

Tableau 3 Montants des contrats et assimilés des médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes)

	En millions d'euros				
	2021	2022	2023	2024	2025
Contrats et assimilés	225	263	307	346	358
Rémunérations sur objectifs, contrats et intéressement	107	124	136	149	159
Structures territoriales de santé (CPTS et MSP)	20	37	51	69	56
Aide à l'embauche d'assistants médicaux	6	10	20	36	47
Protocoles de coopération entre professionnels de santé	9	15	24	36	47
Aide à la souscription d'une assurance en responsabilité civile professionnelle	35	36	36	37	30
Forfaits médecin traitant (dont forfait patientèle médecin traitant [FPMT])	30	30	32	10	10
Autres contrats et rémunérations assimilées	18	11	8	9	9

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé ; MPS : Maisons de santé pluriprofessionnelles.

Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 3 Structure de la dépense de soins courants de médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes) en 2025

Source > Drees, comptes de la santé.

Les effectifs des médecins spécialistes ralentissent

En 2025, les effectifs de médecins spécialistes (hors médecins généralistes) augmentent de 1,4 %, après +2,6 % en 2024. Le ralentissement est commun à tous les modes d'exercice : +1,2 % pour les médecins libéraux en 2025, après +1,6 % en 2024 ; +1,3 % pour les médecins en exercice mixte (libéral et salarié) en 2025, après +3,5 % en 2024 ; +2,3 % pour les médecins spécialistes salariés, hors salariés hospitaliers, en 2025, après +4,2 % en 2024.

La part des dépassements d'honoraires augmente depuis 2021

Les dépassements dans les honoraires des médecins spécialistes hors médecins généralistes en ville sont de 2,1 milliards d'euros en 2025¹. Depuis 2021, ces montants augmentent de 7,3 % en moyenne, et de 6,4 % en 2025.

Les dépassements représentent 19,0 % des honoraires des médecins spécialistes hors médecins généralistes en ville (graphique 4). Ce taux dépend du lieu d'exécution du soin et du conventionnement du spécialiste : les dépassements sont très peu pratiqués en centre de santé et en cabinet libéral en secteur 1 (1,4 %), où ils sont théoriquement interdits hors « exigence particulière du patient »². À l'inverse, en cabinet libéral en secteur 2, les dépassements représentent 21,3 % des honoraires des médecins signataires de l'Optam, et 41,3 % des médecins non conventionnés à l'Optam.

Si la part de dépassement d'honoraires par lieu d'exécution est stable depuis 2021, elle est globalement en hausse (+1,2 point de 2021 à 2025). Cette dernière est portée par l'augmentation de la part des dépenses de soins de spécialistes en secteur 2 (57 % en 2025, contre 52 % en 2021).

¹ Les montants des dépassements des honoraires des médecins spécialistes dans le secteur hospitalier privé s'établissent à 1,8 milliard d'euros en 2025 (fiches 4 et 9).

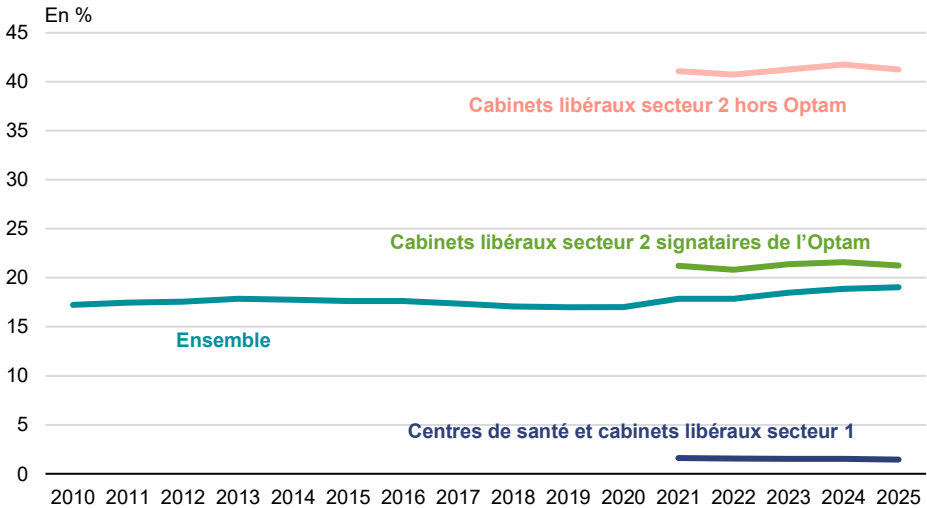
² Sur le fondement de l'article L162-5-13 du code de la Sécurité sociale.

Tableau 4 Effectifs des médecins spécialistes (hors médecins généralistes et hors salariés hospitaliers exclusifs) par mode d'exercice, au 1^{er} janvier

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Structure 2025 (en %)
Ensemble	73 600	77 000	77 400	78 600	80 600	81 800	+1,4	100,0
Libéraux	44 800	42 900	43 100	43 700	44 400	44 900	+1,2	54,9
Mixtes	15 900	19 100	19 000	19 100	19 800	20 100	+1,3	24,5
Salariés hors hospitaliers	12 800	15 000	15 300	15 800	16 500	16 800	+2,3	20,6

Note > Pour plus d'informations sur les effectifs hospitaliers, voir la fiche 10. Les effectifs comprennent les radiologues, les anatomo-cytopathologistes, les directeurs de laboratoire, les stomatologues et les spécialistes en chirurgie maxillo-faciale.
Champ > France entière.
Source > ASIP-Santé RPPS, calculs Drees.

Graphique 4 Part des dépassements dans les honoraires des médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes)



Note > Les dépassements ne sont pas ventilables par secteur avant 2021.
Lecture > En 2025, la part des dépassements dans les honoraires des médecins spécialistes en ville s'établit à 19,0 %. Les dépassements représentent 21,3 % des honoraires des médecins spécialistes conventionnés en secteur 2, signataires de l'Optam et exerçant en cabinet libéral, et 41,3 % des honoraires des médecins non conventionnés à l'Optam.
Source > Drees, comptes de la santé.

La part des dépassements d'honoraires pratiqués dépend de la spécialité exercée

Les radiothérapeutes sont la spécialité pratiquant le moins le dépassement d'honoraires : 1,1 % au global (tableau 5). La plupart de ces praticiens sont en secteur 1 : 80 % de leurs soins sont effectués en cabinet libéral en secteur 1.

À l'inverse, les médecins spécialisés en chirurgie et les gynécologues ont les taux de dépassements les plus élevés : 38,6 % pour les spécialistes en chirurgie plastique reconstructrice, 35,1 % pour les neurochirurgiens, 30,6 % pour les spécialistes en chirurgie orthopédique, 30,2 % pour les gynécologues. Pour ces spécialités, 80 % de leur activité est réalisée en cabinet libéral en secteur 2 (88 % en moyenne pour les chirurgiens).

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

En %

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

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

Source > Drees, comptes de la santé.

Tableau 6 Financement des soins de médecins spécialistes (hors médecins généralistes) en 2025

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	7 951	67,5
Administrations publiques centrales et locales	35	0,3
Organismes complémentaires	2 349	19,9
Ménages	1 450	12,3
Ensemble	11 784	100,0

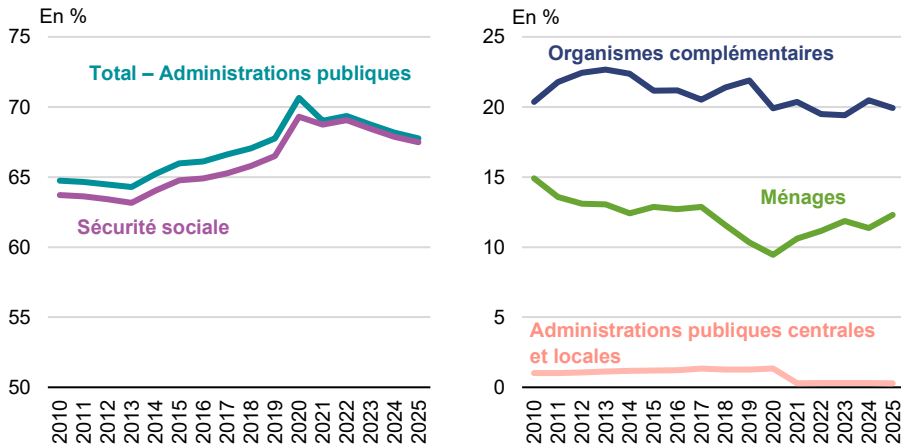
Source > Drees, comptes de la santé.

Le taux du reste à charge des ménages augmente depuis 2020

En 2025, la consommation de soins de médecins spécialistes (hors médecins généralistes) est financée à hauteur de 67,5 % par la Sécurité sociale, de

0,3 % par les administrations publiques centrales et locales, et de 19,9 % par les organismes complémentaires (*tableau 6*). Les ménages financent 12,3 % de ces soins, une part en hausse depuis le point bas atteint en 2020 (9,5 %) [*graphique 5*]. ■

Graphique 5 Évolution du financement des soins de médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes)



Note > En 2021, la bascule du financement de la complémentaire santé solidaire des administrations publiques centrales et locales vers la Sécurité sociale induit une baisse du taux de financement des soins de médecins spécialistes par les administrations publiques centrales et locales.

Source > Drees, comptes de la santé.

En 2025, les dépenses de soins de sages-femmes s'élèvent à 0,7 milliard d'euros, soit 0,2 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Elles progressent de nouveau plus rapidement que la DCSi (+6,7 % contre +3,3 %). En volume, les soins de sages-femmes augmentent un peu moins en 2025 que les années précédentes : +4,3 %, contre +7,9 % par an en moyenne depuis 2010. Cette croissance reflète les extensions successives de compétences attribuées aux sages-femmes ces dernières années. Les soins relatifs à la maternité et la grossesse étant pris en charge intégralement par l'Assurance maladie, les soins des sages-femmes sont majoritairement financés par la Sécurité sociale (88 % en 2025).

Les soins de sages-femmes demeurent soutenus en 2025

La consommation de soins de sages-femmes s'élève en 2025 à 696 millions d'euros (*tableau 1*), soit 0,2 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Elle augmente de nouveau plus que la DCSi totale : +6,7 % en 2025, contre +3,3. Elle ralentit toutefois par rapport à la période 2015-2024 (+9,0 % en moyenne annuelle). La croissance des soins de sages-femmes retrouve ainsi un rythme similaire à celui de la période 2020-2023 (+6,2 % en moyenne par an), après une croissance exceptionnelle en 2024 (+14,1 %).

La croissance des soins de sages-femmes depuis 2010 est dynamique en raison d'une hausse continue des volumes (*graphique 1*) et malgré la baisse des naissances en France (-2,1 % en 2025). En moyenne, depuis 2010, les soins de sages-femmes ont augmenté de 7,9 % par an en volume. Cette hausse importante témoigne du virage ambulatoire en matière de soins liés à la maternité et au suivi post-accouchement. Les soins de sages-femmes ralentissent toutefois en 2025 : +4,3 % en volume, soit le plus faible taux de croissance depuis 2010.

Depuis 2010, les prix des soins de sages-femmes contribuent assez peu à la croissance des dépenses, à l'exception des années de revalorisation des tarifs. Ainsi, en 2024, les prix des soins de sages-femmes avaient augmenté de 7,3 % suite à la revalorisation de 25 % des forfaits d'interruption volontaire de grossesse (IVG).

En 2024, les sages-femmes ont bénéficié du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation pour équiper numériquement leurs locaux, entraînant l'augmentation transitoire des contrats et assimilés en 2024.

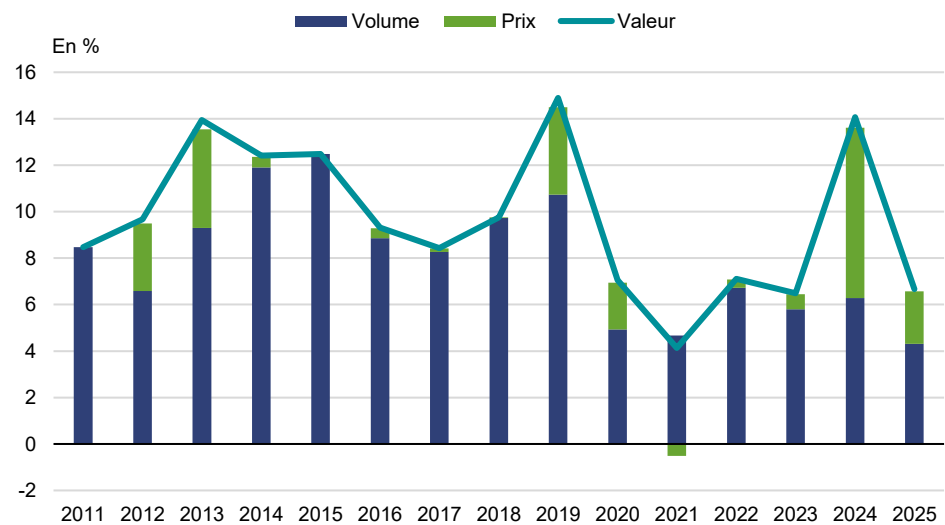
Au 1^{er} janvier 2025, 11 900 sages-femmes exercent une activité en ville, soit 3,5 % de plus qu'en 2024 (*tableau 2*). Les sages-femmes exerçant en libéral représentent un peu plus de la moitié des effectifs (55,3 %), tandis que 22,8 % des sages-femmes sont salariées (en centre de santé par exemple) et 21,9 % exercent une activité mixte (avec une part de salariat et une part en libéral). La croissance des effectifs de sages-femmes salariées est plus marquée (+7,9 % en moyenne annuelle depuis 2021). En 2025, les soins des sages-femmes en centre de santé représentent 3,9 % des soins de sages-femmes en ville.

Tableau 1 Consommation de soins de sages-femmes

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Évolution 2015-2024 (en %)	Part (en %)
Soins des sages-femmes (en millions d'euros)	301	501	537	572	652	696	+6,7	+9,0	100,0
Honoraires	281	474	508	542	610	662	+8,5	+9,0	95,2
IVG médicamenteuses en ville	0	2	3	4	5	6	+17,5		0,8
Contrats et assimilés	2	9	12	12	21	8	-60,8	+28,6	1,2
Prise en charge des cotisations	18	16	14	13	16	19	+22,6	-1,6	2,8
Évolution (en %)	+12,5	+4,1	+7,1	+6,5	+14,1	+6,7			
dont volume (en %)	+12,5	+4,7	+6,7	+5,8	+6,3	+4,3			
dont prix (en %)	0,0	-0,5	+0,4	+0,6	+7,3	+2,3			

Sources > Drees, comptes de la santé ; Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices de prix.

Graphique 1 Décomposition de l'évolution des soins de sages-femmes entre volume et prix



Sources > Drees, comptes de la santé ; Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices de prix.

Tableau 2 Effectifs de sages-femmes, hors salariées hospitalières exclusives, par mode d'exercice, au 1^{er} janvier

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Structure 2025 (en %)
Ensemble	7 000	10 000	10 500	11 000	11 500	11 900	+3,5	100,0
Libérales	3 700	5 500	5 900	6 200	6 400	6 600	+3,8	55,3
Mixtes	1 700	2 500	2 400	2 500	2 600	2 600	+0,3	21,9
Salariées hors hospitalières	1 500	2 000	2 200	2 300	2 600	2 700	+5,9	22,8

Note > Pour plus d'informations sur les effectifs hospitaliers, voir la fiche 10.

Champ > France entière.

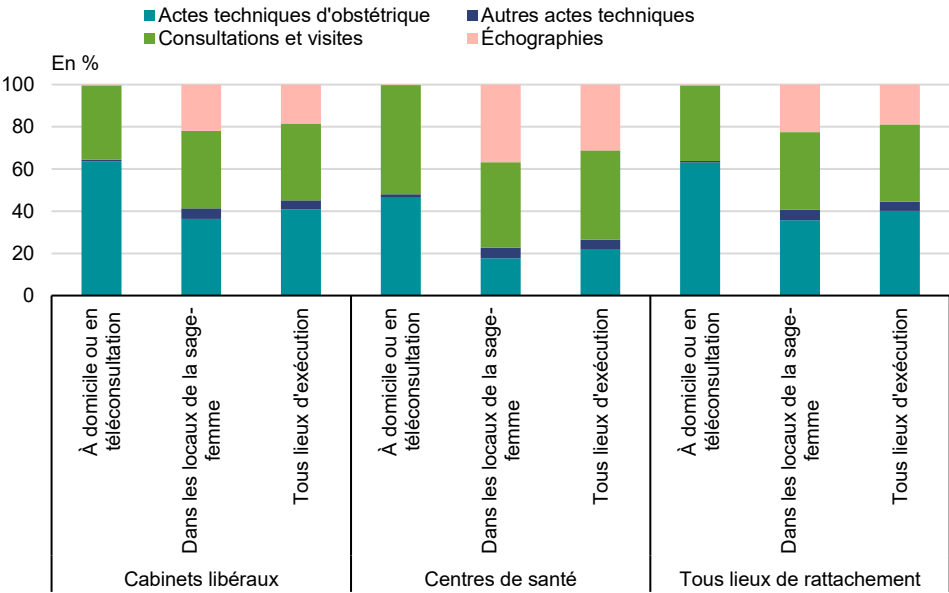
Sources > ASIP-Santé RPPS, calculs Drees.

Les sages-femmes n'effectuent pas les mêmes soins selon qu'elles se déplacent à domicile ou qu'elles reçoivent au cabinet

Au-delà du virage ambulatoire, les soins de sages-femmes prennent également un virage domiciliaire : par exemple, depuis 2013, le programme de retour à domicile organisé prévoit deux visites à domicile d'une sage-femme après une naissance. L'essor de la télésanté a également un impact sur leur : ainsi, depuis 2022, elles peuvent accomplir des actes de téléexpertise et effectuer des consultations à distance.

La structure des soins de sages-femmes dépend du lieu de rattachement (cabinet libéral ou centre de santé) et du lieu d'exécution (à domicile, à distance ou au cabinet). Les sages-femmes en centre de santé pratiquent légèrement plus d'échographies (31 %) qu'en cabinet libéral (18 %), et moins d'actes techniques d'obstétrique : 22 % en centre de santé contre 41 % en cabinet libéral. Les sages-femmes travaillant en centre de santé se déplaçant au domicile de la patiente ou consultant à distance effectuent moins d'actes techniques (46 %) que les sages-femmes en libéral à domicile ou en téléconsultation (64 %).

Graphique 2 Structure des honoraires de sages-femmes en 2025



Source > Drees, comptes de la santé.

Les soins de sages-femmes sont largement pris en charge par l'Assurance maladie

En 2025, la Sécurité sociale est le principal financeur des soins de sages-femmes, à hauteur de 87,8 % de la consommation (tableau 3). Cette participation importante des administrations publiques s'explique par le fait que les soins liés à la grossesse et à la maternité sont pris en charge intégralement par l'Assurance maladie. Les consultations de suivi ainsi que les échographies peuvent cependant être soumises au ticket modérateur.

Le reste à charge après Assurance maladie obligatoire, financé par les organismes complémentaires et les ménages, s'élève à 80 millions d'euros en 2025, soit 11,5 % du total des soins de sages-femmes.

Depuis 2021, le reste à charge après Assurance maladie obligatoire augmente légèrement (graphique 3). ■

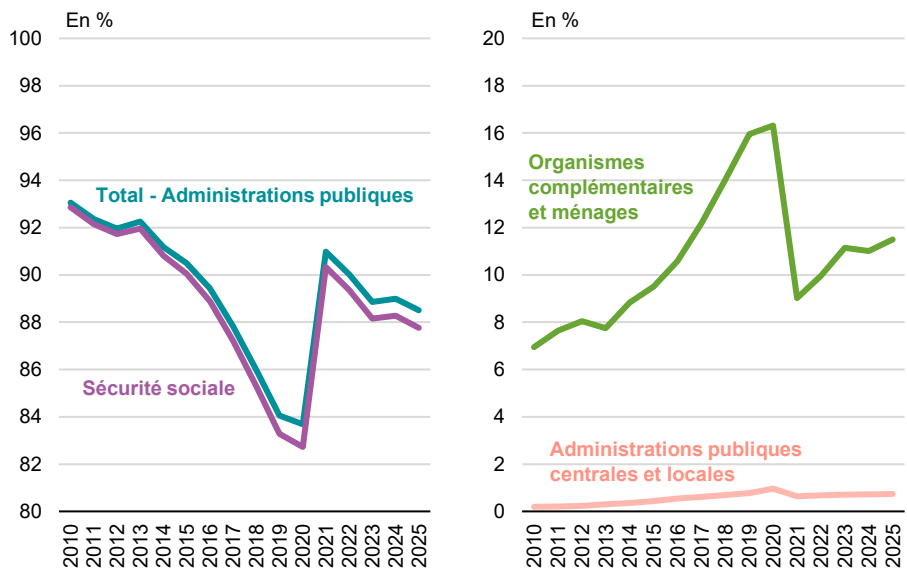
Tableau 3 Financement des soins de sages-femmes en 2025

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	611	87,8
Administrations publiques centrales et locales	5	0,7
Organismes complémentaires et ménages	80	11,5
Ensemble	696	100,0

Note > Les organismes complémentaires et les ménages sont globalisés en une catégorie unique, en raison d'un manque de précision sur la répartition des dépenses entre ces deux financeurs.

Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 3 Évolution du financement des soins de sages-femmes



Note > Les organismes complémentaires et les ménages sont regroupés dans une catégorie unique en raison d'un manque de précision sur la répartition des dépenses entre ces deux financeurs.

Source > Drees, comptes de la santé.

Encadré Les compétences des sages-femmes

Dotés d'un pouvoir de diagnostic et d'un droit de prescription, les sages-femmes forment une profession médicale à compétences définies dont le champ d'intervention couvre les femmes et les nouveau-nés en bonne santé. Les sages-femmes peuvent assurer la surveillance et le suivi médical de la grossesse ainsi que le suivi post-natal pour la mère et le bébé. Ces consultations permettent d'effectuer un examen complet, incluant des actions telles que des actes d'échographies obstétricales, la pesée du bébé, etc. Elles couvrent également le suivi gynécologique préventif (examens, frottis, etc.) des femmes tout au long de leur vie. Les sages-femmes peuvent réaliser des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse depuis 2016 et par voie instrumentale depuis 2023. Depuis 2021, elles peuvent prescrire des dépistages d'infections sexuellement transmissibles à leurs patientes et à leurs partenaires ainsi que les traitements de ces infections. Par ailleurs, la durée des arrêts de travail qu'elles peuvent prescrire a été étendue au-delà de 15 jours. Enfin, les sages-femmes peuvent concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation et sont également habilités à administrer des vaccins.

Pour en savoir plus

> Assurance maladie (2024). [Arrêté du 1^{er} mars 2024 - Forfaits IVG.](#)

En 2025, les soins et prothèses dentaires représentent une dépense de 16,4 milliards d'euros, soit 4,6 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Ces dépenses ralentissent en 2025 (+2,5 %, après +3,2 % en 2024), malgré la revalorisation des prix des soins conservateurs, en raison du repli des volumes (-0,2 %). Les soins et prothèses dentaires sont davantage fournis en centre de santé (16,2 %) que les autres soins de la DCSi. Si la Sécurité sociale finance une part majoritaire des soins dentaires, elle participe moins au financement des prothèses dentaires, que les organismes complémentaires (OC) prennent en charge à 62 %.

La consommation de soins et de prothèses dentaires ralentit en 2025

La consommation de soins et prothèses dentaires représente, en 2025, 16,4 milliards d'euros, soit 4,6 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) [tableau 1]. Elle comprend les soins et prothèses fournis en ville (c'est-à-dire hors soins hospitaliers) par des chirurgiens-dentistes (sans spécialisation, spécialisés en chirurgie orale ou en médecine bucco-dentaire), qui représentent 84,2 % de la consommation, les soins fournis par les orthodontistes (11,3 %) et les soins et prothèses

fournis par les médecins spécialistes des soins dentaires : stomatologues, chirurgiens maxillo-faciaux, chirurgiens maxillo-faciaux stomatologues, chirurgiens oraux. Cette dernière catégorie de professionnels représente 1,2 % des soins, et ces différentes professions exercent plutôt en établissement de santé qu'en ville (que ce soit en cabinet libéral ou en centre de santé). Les dépenses de prévention (examens bucco-dentaires, dont les bilans M'T Dents), estimées à 0,1 milliard d'euros en 2025, ne sont pas comptabilisées dans la consommation de soins et prothèses dentaires (fiche 27).

Tableau 1 Consommation de soins et prothèses dentaires

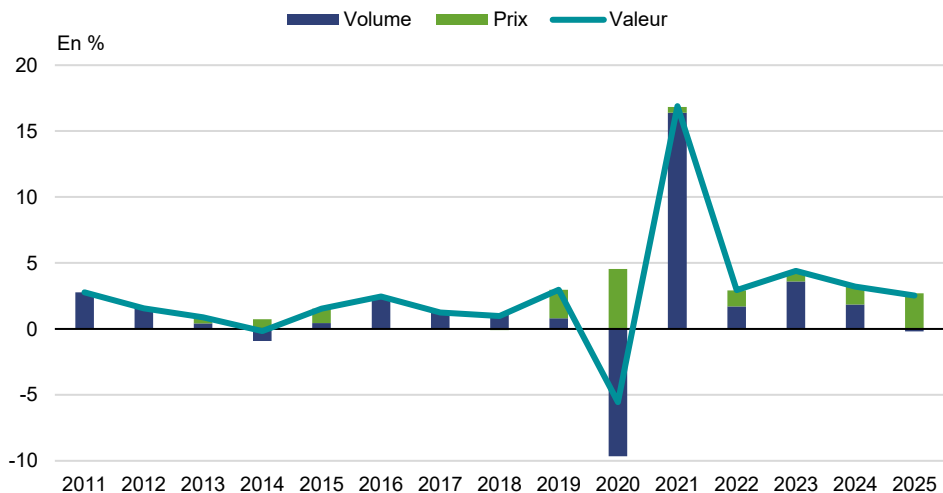
	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Évolution 2015- 2024 (en %)	Part (en %)
Soins et prothèses dentaires (en millions d'euros)	12 081	14 386	14 811	15 464	15 961	16 365	+2,5	+3,1	100,0
Honoraires	11 712	13 959	14 300	14 948	15 374	15 819	+2,9	+3,1	96,7
Honoraires des chirurgiens-dentistes	nd	12 086	12 377	12 957	13 334	13 776	+3,3		84,2
Honoraires des orthodontistes	nd	1 689	1 743	1 804	1 854	1 852	-0,1		11,3
Honoraires des médecins spécialistes des soins dentaires	155	185	181	187	187	190	+1,7	+2,1	1,2
Contrats et assimilés	41	91	128	157	195	141	-27,8	+18,9	0,9
Prise en charge des cotisations	327	336	382	359	391	405	+3,4	+2,0	2,5
Évolution (en %)	+1,5	+16,9	+3,0	+4,4	+3,2	+2,5			
dont volume (en %)	+0,4	+16,4	+1,7	+3,6	+1,9	-0,2			
dont prix (en %)	+1,1	+0,4	+1,2	+0,8	+1,3	+2,7			
Dépenses de prévention	92	145	136	146	165	147	-10,9	+6,7	

nd : non disponible.

Note > Les dépenses de prévention sont commentées dans la fiche 27. Avant 2021, les orthodontistes sont comptabilisés avec les chirurgiens-dentistes.

Sources > Drees, comptes de la santé ; Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices de prix.

Graphique 1 Décomposition de l'évolution des soins et prothèses dentaires entre volume et prix



Sources > Drees, comptes de la santé ; Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices de prix.

En 2025, la consommation de soins et prothèses dentaires augmente un peu moins que la DCSi dans son ensemble (+2,5 % contre +3,3 %). La consommation de soins et prothèses dentaires ralentit un peu (+3,2 % en 2024) en raison du léger repli des volumes (-0,2 %, après +1,9 % en 2024), qui diminuent pour la première fois depuis 2014 (*graphique 1*). En outre, les dépenses liées aux contrats et assimilés baissent de 27,8 %, avec les aides à l'installation en zone sous-dense et à la numérisation en 2025. L'accélération des prix des soins et prothèses (+2,7 % après +1,3 %) modère le repli des volumes.

Les soins conservateurs augmentent, portés par la revalorisation de leurs tarifs

Les honoraires des professionnels des soins dentaires correspondent à différents soins :

- les soins conservateurs (obturations, détartrages, dévitalisations, traitements des caries et autres actes de préservation dentaire) ;
- les radiologies ;
- les soins d'orthodontie : remboursables quand ils sont commencés avant les 16 ans du patient, non remboursables sinon ;
- les soins non remboursables : orthodontie commencée après 16 ans, implantologie, parodontologie ;
- les soins prothétiques : ces soins correspondent à la fourniture de prothèses dentaires, qui sont des dispositifs médicaux. Depuis la réforme du 100 % santé, entrée en vigueur en 2019 (Lapinte, *et al.*, 2024), il existe trois catégories de prothèses dentaires :

- les prothèses 100 % santé, pour lesquelles les chirurgiens-dentistes ne peuvent pas appliquer de liberté tarifaire ;
- les prothèses à tarifs maîtrisés, pour lesquelles la liberté tarifaire applicable est limitée ;
- les prothèses à tarifs libres, dont le prix est fixé librement.

Les chirurgiens-dentistes n'ont pas l'autorisation de pratiquer des dépassements sur les soins conservateurs et les radiologies. Cependant, ils peuvent bénéficier d'une liberté tarifaire en fonction des prothèses dentaires qu'ils fournissent, ainsi que sur les soins non remboursables, dont les prix sont fixés librement.

En 2025, les soins conservateurs, radiologies et soins non remboursables représentent 35 % des honoraires des professionnels des soins dentaires. Les prothèses dentaires représentent 50 % des dépenses et l'orthodontie remboursable en représente 15 % (*tableau 2*). Environ la moitié des dépenses de prothèses dentaires correspondent à des prothèses 100 % santé (sans reste à charge pour les ménages), tandis que les prothèses dentaires à tarifs maîtrisés et à tarifs libres en représentent chacune à peu près un quart. Cette structure de la consommation est stable depuis 2021.

En 2025, les dépenses de soins conservateurs, radiologies et soins non remboursables augmentent de 5,7 %, plus rapidement que les prothèses (+1,3 %) et que l'orthodontie remboursable (+1,9 %). Cette dynamique est surtout due aux prix des soins conservateurs, qui ont été revalorisés de 4 % en janvier 2025.

Tableau 2 Répartition des honoraires de soins et prothèses dentaires

	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Part (en %)
Honoraires (en millions d'euros)	13 959	14 300	14 948	15 374	15 819	+2,9	100,0
Soins conservateurs, radiologie et soins non remboursables	4 579	4 758	5 058	5 289	5 592	+5,7	35,4
Prothèses dentaires	7 493	7 542	7 762	7 841	7 939	+1,3	50,2
Prothèses dentaires 100 % santé	3 535	3 553	3 655	3 726	3 803	+2,1	24,0
Prothèses dentaires tarifs maîtrisés	1 972	1 983	2 030	2 048	2 064	+0,7	13,0
Prothèses dentaires tarifs libres	1 987	2 006	2 076	2 067	2 072	+0,3	13,1
Orthodontie remboursable	1 887	2 001	2 128	2 245	2 287	+1,9	14,5

Note > Les soins non remboursables correspondent à l'orthodontie commencée après 16 ans, à l'implantologie et à la parodontologie.

Source > Drees, comptes de la santé.

Tableau 3 Effectifs de professionnels des soins dentaires par mode d'exercice, au 1^{er} janvier

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Structure 2025 (en %)
Ensemble	42 000	43 700	44 700	45 700	46 200	48 000	+3,9	100,0
Ensemble des chirurgiens-dentistes et orthodontistes	40 900	42 700	43 700	44 800	45 300	47 100	+4,0	98,1
Libéraux	34 700	34 000	34 200	34 500	34 400	35 500	+3,0	73,9
Mixtes	2 100	2 900	3 000	3 100	3 200	3 700	+14,6	7,7
Salariés hors hospitaliers	4 100	5 800	6 500	7 100	7 600	7 900	+4,3	16,6
Médecins spécialistes en stomatologie et/ou chirurgie maxillo-faciale	1 200	1 000	900	900	900	900	-2,3	1,9

Note > Les effectifs sont mesurés hors salariés hospitaliers exclusifs pour les chirurgiens-dentistes et orthodontistes. Ils comprennent les salariés hospitaliers exclusifs s'agissant des médecins spécialistes en stomatologie et/ou en chirurgie maxillo-faciale. Pour plus d'informations sur les effectifs hospitaliers, voir la fiche 10.

Champ > France entière.

Source > ASIP-Santé RPPS ; calculs Drees.

Les effectifs des professionnels salariés ou à activité mixte augmentent plus rapidement que les effectifs libéraux

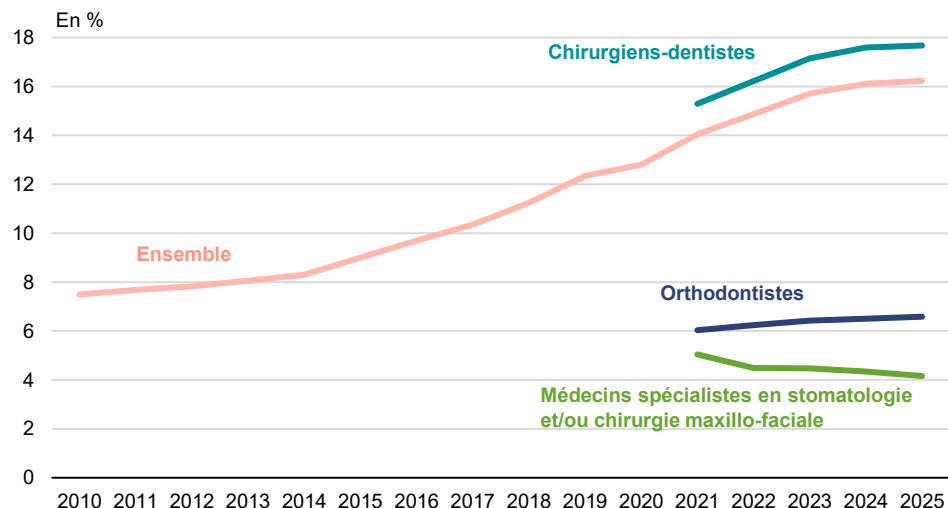
Les effectifs des professionnels des soins dentaires (chirurgiens-dentistes, orthodontistes, médecins spécialisés en soins dentaires) accélèrent (+3,9 %, après +1,1 % en 2024). La quasi-intégralité de ces professionnels sont des chirurgiens-dentistes ou des orthodontistes (98 %), les médecins spécialistes en stomatologie, chirurgie orale et chirurgie maxillo-faciale ne représentant que 2 % des effectifs. Les effectifs de professionnels des soins dentaires à activité mixte, ayant une part d'activité salariée et une part d'activité libérale, augmentent fortement en 2025 (+14,6 %), mais demeurent minoritaires (8 % de l'ensemble des effectifs). Les effectifs de professionnels salariés augmentent progressivement également plus rapidement que l'ensemble (+4,3 %). Les professionnels en libéral représentent toutefois la majorité des effectifs (74 %).

L'augmentation des effectifs salariés est liée à l'essor des centres de santé dentaires, dans lesquels les professionnels sont salariés (*graphique 2*). Depuis 2010, la part des soins et prothèses dentaires fournis en centre de santé plutôt qu'en cabinet libéral est en effet passée de 7,5 % à 16,2 %. Entre 2021 et 2025, la part des soins fournis par des chirurgiens-dentistes en centre de santé a en particulier augmenté de 2,4 points, pour atteindre 18 % en 2025. Cette dynamique ne semble pas concerner les médecins spécialistes en stomatologie et/ou chirurgie maxillo-faciale ainsi que les orthodontistes : pour ces professions, la part de soins fournis en centre de santé reste stable ou quasiment stable depuis 2021.

Ainsi, les types de soins dentaires sont différents selon le professionnel qui les dispense. Les médecins spécialistes en stomatologie et/ou chirurgie maxillo-faciale dispensent davantage de soins conservateurs que l'ensemble des professionnels et fournissent très peu de prothèses dentaires. Les chirurgiens-dentistes qui n'ont pas le titre d'orthodontistes

peuvent en théorie pratiquer des soins orthodontiques. En pratique, ils le font cependant assez peu.

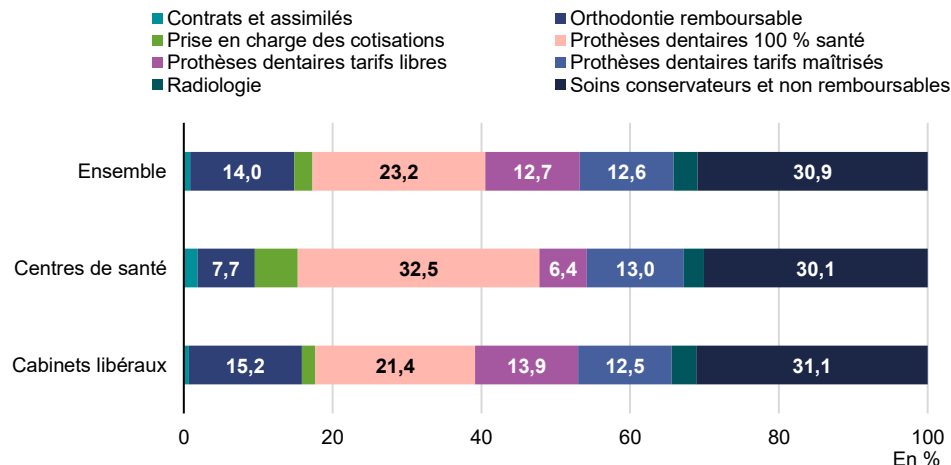
Graphique 2 Part des soins et prothèses dentaires fournis en centre de santé par professionnel



Note > Avant 2021, les orthodontistes sont confondus avec les chirurgiens-dentistes.

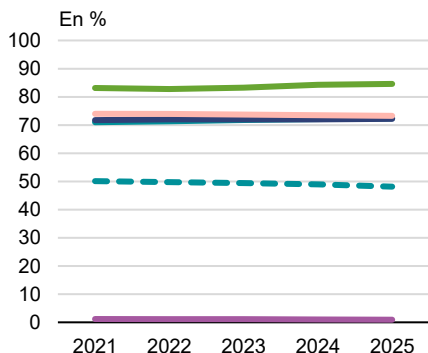
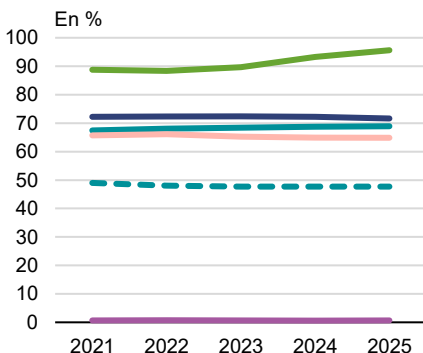
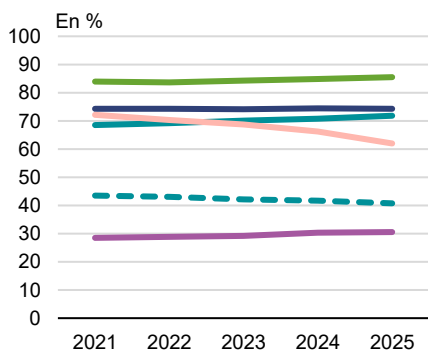
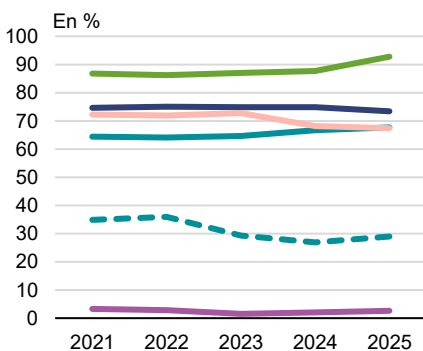
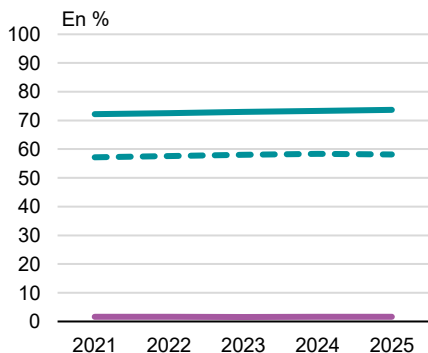
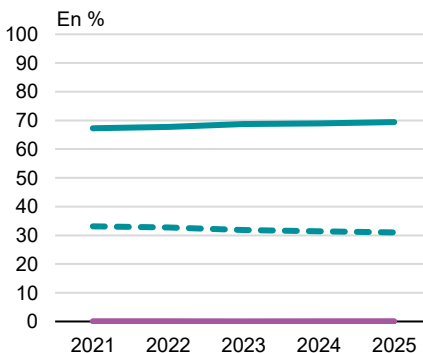
Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 3 Structure des soins et prothèses dentaires en 2025



Note > Les soins non remboursables correspondent à l'orthodontie commencée après 16 ans, à l'implantologie et à la parodontologie.

Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 4 Part des dépassements dans les honoraires des professionnels des soins dentaires**a. Chirurgiens-dentistes****1. En cabinet libéral****2. En centre de santé****b. Médecins spécialistes en stomatologie et/ou chirurgie maxillo-faciale****1. En cabinet libéral****2. En centre de santé****c. Orthodontistes****1. En cabinet libéral****2. En centre de santé**

Note > Avant 2021, les dépassements ne sont pas distinguables par catégorie de professionnel. Les soins non remboursables (implantologie, parodontologie, orthodontie commencée après 16 ans) sont ici exclus.

Source > Drees, comptes de la santé.

Une activité différenciée selon le lieu de fourniture des soins

Les soins et prothèses dentaires fournis dépendent du lieu de rattachement du professionnel (cabinet libéral ou centre de santé). Les dépenses réalisées en cabinet libéral sont ainsi davantage composées de soins non remboursables d'orthodontie (15 %) que celles réalisées en centres de santé (8 %).

De même, les différentes prothèses dentaires ne sont pas proposées dans les mêmes proportions selon le lieu de dispensation. En cabinet libéral, 21 % des dépenses correspondent à des prothèses 100 % santé, 33 % en centre de santé. En revanche, les prothèses dentaires à tarifs maîtrisés représentent une part équivalente de la dépense en centre de santé et en cabinet libéral (13 %). Enfin, les prothèses dentaires à tarifs libres sont marginales en centre de santé (6 %), alors qu'elles en représentent 14 % en cabinet libéral.

Les prothèses 100 % santé sont donc proportionnellement davantage consommées en centre de santé, et les prothèses à tarifs libres, en proportion, davantage en cabinet libéral.

Les dépassements représentent 77 % de la dépense de prothèses dentaires en 2025

Les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes n'ont pas le droit d'appliquer de dépassements d'honoraires sur les soins conservateurs et les radiologies qu'ils pratiquent. De même, les professionnels exerçant en centre de santé doivent pratiquer leurs soins au tarif opposable. Seuls les médecins spécialistes de stomatologie et/ou de chirurgie maxillo-faciale exerçant en cabinet libéral peuvent ainsi effectuer des dépassements pour ce type de soins, qui représentent, en moyenne, 31 % de leurs honoraires (*graphique 4*).

Les soins prothétiques, du fait de la liberté tarifaire qui leur est associée, peuvent faire l'objet de dépassements. Ces derniers sont encadrés depuis

la réforme du 100 % santé : ils sont plafonnés et intégralement remboursés par les organismes complémentaires (OC) ou par la complémentaire santé solidaire pour le panier 100 % santé. Ils sont plafonnés et peuvent être pris en charge par les OC dans des proportions dépendant des contrats pour le panier à tarif maîtrisé. Le taux de dépassements des prothèses dentaires demeure stables depuis 2021, par profession et par lieu de fourniture : il est ainsi proche de 72 % pour les prothèses dentaires 100 % santé et à tarifs maîtrisés, et d'environ 87 % pour les prothèses dentaires à tarifs libres.

Qu'ils soient pratiqués par des orthodontistes ou non, les dépassements des soins orthodontiques représentent environ 70 % de la dépense.

Les organismes complémentaires financent 60 % des prothèses dentaires

Les organismes complémentaires constituent le premier financeur des soins et prothèses dentaires, à 46 %, devant la Sécurité sociale qui en finance 40 % (*tableau 4*). Ils financent en particulier les prothèses dentaires à 62 %, contre 26 % pour la Sécurité sociale. Cette dernière est cependant le premier financeur des autres soins dentaires, à 52 % (ce taux est inférieur au taux légal de 60 % de prise en charge des soins dentaires en raison de l'inclusion ici des soins non remboursables, auxquels l'Assurance maladie ne participe pas, mais que les organismes complémentaires peuvent partiellement payer).

Le reste à charge des ménages des soins et prothèses dentaires s'élève à 15 % : il est un peu plus élevé pour les soins (16 %) que pour les prothèses dentaires (13 %).

La participation des OC au financement des prothèses dentaires varie selon les catégories de prothèses (*tableau 5*). Pour les prothèses du 100 % santé, les organismes complémentaires en financent 63 % et la Sécurité sociale 37 % (*graphique 5*).

Tableau 4 Financement des soins et prothèses dentaires en 2025

	Ensemble		Soins conservateurs, radiologie et non remboursables		Prothèses dentaires	
	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	6 456	39,5	4 403	52,3	2 053	25,9
Administrations publiques centrales et locales	37	0,2	34	0,4	3	0,0
Organismes complémentaires	7 483	45,7	2 603	30,9	4 880	61,5
Ménages	2 389	14,6	1 386	16,4	1 003	12,6
Ensemble	16 365	100,0	8 426	100,0	7 939	100,0

Note > Les soins non remboursables correspondent à l'orthodontie commencée après 16 ans, à l'implantologie et à la parodontologie.
Source > Drees, comptes de la santé.

Tableau 5 Financement de la consommation de prothèses dentaires en 2025 selon le type de tarification

	Prothèses 100 % santé		Prothèses tarifs maîtrisés		Prothèses tarifs libres	
	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	1 392	36,6	419	20,3	242	11,7
dont Complémentaire santé solidaire	759	20,0				
Administrations publiques centrales et locales	2	0,1	1	0,0	0	0,0
Organismes complémentaires	2 409	63,3	959	46,5	1 511	72,9
Ménages	0	0,0	684	33,1	319	15,4
Ensemble	3 803	100,0	2 064	100,0	2 072	100,0

Source > Drees, comptes de la santé.

La Sécurité sociale finance dans une moindre proportion les prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (20 %) et les prothèses à tarifs libres (12 %). Les organismes complémentaires complètent moins le financement des prothèses à tarifs maîtrisés (47 %) que celui des prothèses à tarifs libres (73 %). En conséquence, le reste à charge des prothèses à tarifs maîtrisés est plus important (33 %) que celui des prothèses à tarifs libres (15 %).

Depuis 2021 et la fin de l'entrée en vigueur de la réforme, la structure de financement des prothèses dentaires 100 % santé ainsi que des prothèses dentaires à tarifs maîtrisés est restée stable.

Entre 2021 et 2022, le taux de financement des prothèses dentaires à tarifs libres par les organismes complémentaires a diminué. Cela témoigne peut-être d'une période d'ajustement après l'entrée en vigueur de la réforme. Depuis 2022 toutefois, les OC

financent de plus en plus les prothèses dentaires à tarifs libres (73 % en 2025, contre 67 % en 2022). Le financement par la Sécurité sociale de ces prothèses demeurant stable, le reste à charge des ménages pour ces prothèses diminue entre 2022 et 2025 de 2 points.

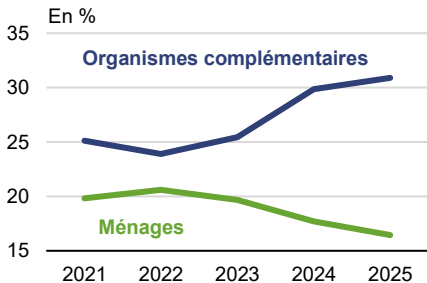
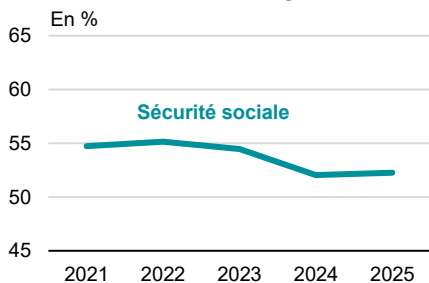
Les soins dentaires (soins conservateurs, radiologies, soins non remboursables) sont également, depuis 2021, de mieux en mieux couverts par les organismes complémentaires (à 31 % en 2025, contre 25 % en 2021). C'est la conséquence du déremboursement partiel des soins par l'Assurance maladie en 2024 (baisse du taux de remboursement de 70 % à 60 %), qui a entraîné une baisse du financement par la Sécurité sociale de ces soins de 2,5 points. Au total, le reste à charge des ménages n'a pas augmenté sur cette période pour ces soins. ■

Pour en savoir plus

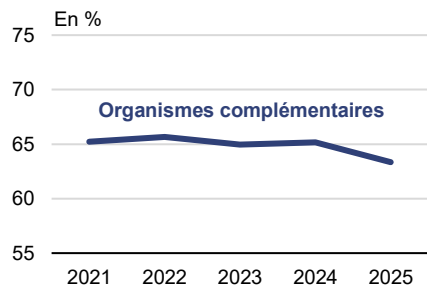
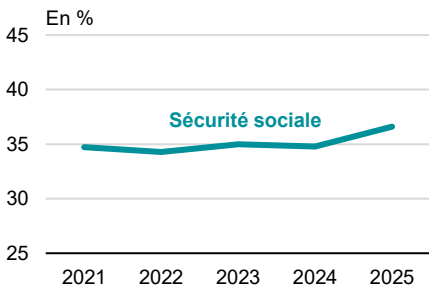
> Lapinte, A., Pollak, C., Solotareff, R. (2024). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2024*. Paris, France : Drees, coll. Panoramas de la Drees-Santé

Graphique 5 Évolution du financement des soins et prothèses dentaires

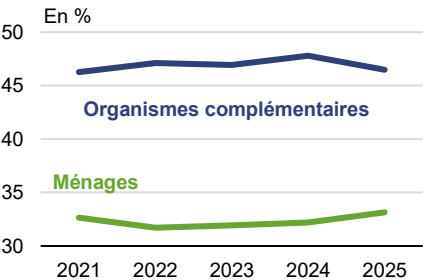
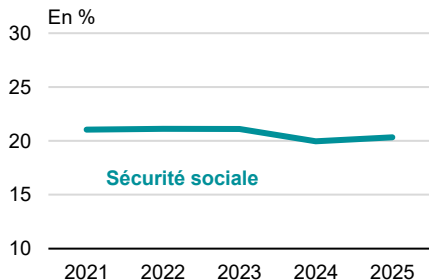
a. Soins conservateurs, radiologie et non remboursables



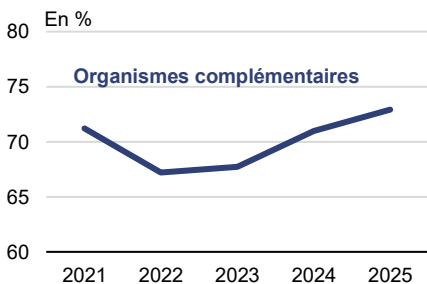
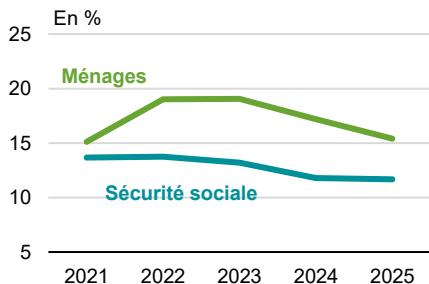
b. Prothèses dentaires 100 % santé



c. Prothèses dentaires tarifs maîtrisés



d. Prothèses dentaires tarifs libres



Note > Avant 2021, les dépenses de soins et prothèses dentaires ne sont pas distinguables par catégorie. Le financement par les administrations publiques centrales et locales, négligeable, n'est pas présenté. Les soins non remboursables correspondent à l'orthodontie commencée après 16 ans, à l'implantologie, et à la parodontologie. Le reste à charge des prothèses dentaires 100 % santé étant nul, il n'est pas représenté.

Source > Drees, comptes de la santé.

En 2025, la consommation de soins infirmiers s'établit à 5,8 milliards d'euros, en baisse de 1,9 %. Elle représente 1,7 % de l'ensemble de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Après les revalorisations de la prise en charge à domicile en 2024, les prix ralentissent en 2025 (+0,1 % après +2,0 %). Les soins courants infirmiers sont principalement dispensés au domicile du patient (84 %) par des infirmières en libéral (98 %). Ils sont financés à 90,8 % par la Sécurité sociale, à 6,5 % par les organismes complémentaires et à 2,2 % par les ménages. La structure de financement est relativement stable depuis 2010.

En 2025, les soins infirmiers courants reculent tandis que les soins infirmiers de longue durée progressent fortement

En 2025, la consommation de soins infirmiers s'établit à 5,8 milliards d'euros (*tableau 1*), soit 1,7 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Les dépenses considérées ici incluent les dépenses d'infirmières en ville, qu'elles exercent en libéral ou en centre de santé, mais excluent les soins infirmiers de longue durée (*fiche 26*), qui recouvrent les soins à destination des personnes âgées en perte d'autonomie ou des personnes en situation de handicap¹. La consommation courante de soins infirmiers en ville exclut également les dépenses de soins préventifs réalisés par les infirmières, par exemple les actes de vaccination. En 2025, les soins courants infirmiers réalisés en ville représentent 48,6 % de l'ensemble des soins fournis par des infirmières, les soins de longue durée 47,0 % et les dépenses de prévention 4,3 %.

Les dépenses de soins infirmiers diminuent en 2025 (-1,9 %), pour la troisième année consécutive. Cette évolution témoigne d'une recomposition de l'activité des infirmières, davantage à destination de patients dépendants. En effet, les soins courants infirmiers diminuent, mais les soins infirmiers de longue durée augmentent fortement (+7,3 % en 2025, après +10,9 % en 2024 et +8,0 % en 2023).

Ainsi, la baisse des soins infirmiers est davantage portée depuis trois ans par les volumes que par les prix (*graphique 1*). Les prix sont globalement stables

depuis 2022, sauf en 2024, où ils ont augmenté de 2,0 %, en raison de la revalorisation de la prise en charge des patients à domicile et des indemnités forfaitaires de déplacement. En 2025, ils restent quasi stables (+0,1 %).

Les soins courants infirmiers sont, à 84 %, des soins fournis à domicile (*graphique 2*). Ces soins sont presque intégralement fournis par des infirmières en cabinet libéral : seuls 2 % de l'ensemble des soins courants infirmiers sont fournis par des infirmières en centre de santé. Qu'elles exercent en cabinet libéral ou en centre de santé, les infirmières fournissent des soins à domicile dans des proportions similaires.

En conséquence, les frais de déplacement représentent 19,7 % de la consommation de soins infirmiers courants en 2025, et les soins 74,0 %. Le reste de la consommation correspond à la prise en charge des cotisations par l'Assurance maladie des infirmières conventionnées, ainsi qu'à des rémunérations directes de l'Assurance maladie au titre de contrats et assimilés.

Les effectifs d'infirmières augmentent en 2023

En 2023², les effectifs d'infirmières s'établissent à 607 600. Les infirmières salariées, qu'elles exercent en établissement de santé ou en ville, sont 508 800 (84 %). Les effectifs d'infirmières installées en libéral diminuent en 2023 (-0,3 %), pour s'établir à 98 900.

¹ Les soins infirmiers de longue durée sont identifiés via les actes médicaux infirmiers [AMI], les actes infirmiers de soins [AIS], les bilans de soins infirmiers [BSI] et les actes médico-infirmiers externalisés [AMX]. Ils comprennent également les soins dépenses auprès des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

² Les dernières données sur les effectifs d'infirmières portent sur l'année 2023, en raison de l'insuffisante qualité, à ce jour, des données relatives aux infirmières dans le RPPS.

Tableau 1 Consommation de soins infirmiers

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Évolution 2015-2024 (en %)	Part (en %)
Soins infirmiers (en millions d'euros)	4 670	6 046	6 084	5 994	5 944	5 830	-1,9	+2,7	100,0
Honoraires	4 355	5 694	5 726	5 634	5 618	5 464	-2,7	+2,9	93,7
Soins des infirmières	4 355	4 545	4 569	4 507	4 414	4 316	-2,2	+0,2	74,0
Frais de déplacement	nd	1 149	1 157	1 126	1 203	1 147	-4,7		19,7
Contrats et assimilés	35	70	91	145	116	146	+26,1	+14,3	2,5
Prise en charge des cotisations	280	282	267	215	211	220	+4,2	-3,1	3,8
Évolution (en %)	+6,5	+2,6	+0,6	-1,5	-0,8	-1,9			
dont volume (en %)	+6,5	+1,9	-0,1	-1,6	-2,8	-2,0			
dont prix (en %)	0,0	+0,7	+0,7	+0,2	+2,0	+0,1			
Soins de longue durée	nd	4 270	4 388	4 741	5 257	5 639	+7,3		100,0
Dépenses de prévention	433	1 402	967	623	532	519	-2,3	+2,3	100,0

nd : non disponible.

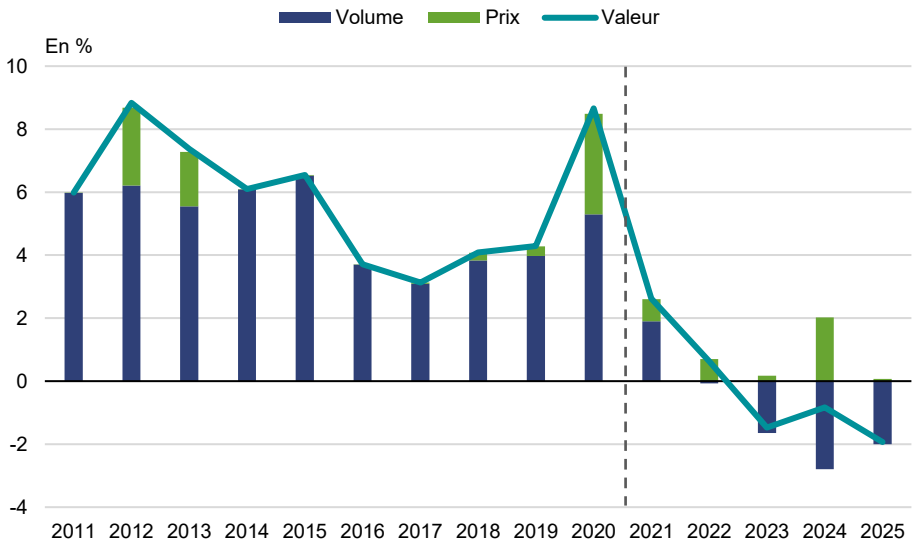
1. Les soins infirmiers dans le champ de la consommation de soins et de biens médicaux n'incluent pas les soins de longue durée (fiche 26) fournis par des infirmières (services de soins infirmiers à domicile [SSIAD], actes infirmiers de soins, bilans de soins infirmiers, actes médico-infirmiers externalisés).

2. Les soins infirmiers dans le champ de la consommation de soins et de biens médicaux n'incluent pas les dépenses de vaccination (fiche 27) réalisées par des infirmières.

Note > Les frais de déplacement sont agrégés avec les soins des infirmières en rétropolation. Les soins infirmiers de longue durée ne sont pas isolables en rétropolation.

Sources > Drees, comptes de la santé ; Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices des prix.

Graphique 1 Décomposition de l'évolution des soins infirmiers entre volume et prix



Note > La croissance des soins infirmiers présente une potentielle rupture de série en 2021, dans la mesure où l'éventuel différentiel de croissance entre soins infirmiers courants et soins infirmiers de longue durée n'est pas connu avant cette date.

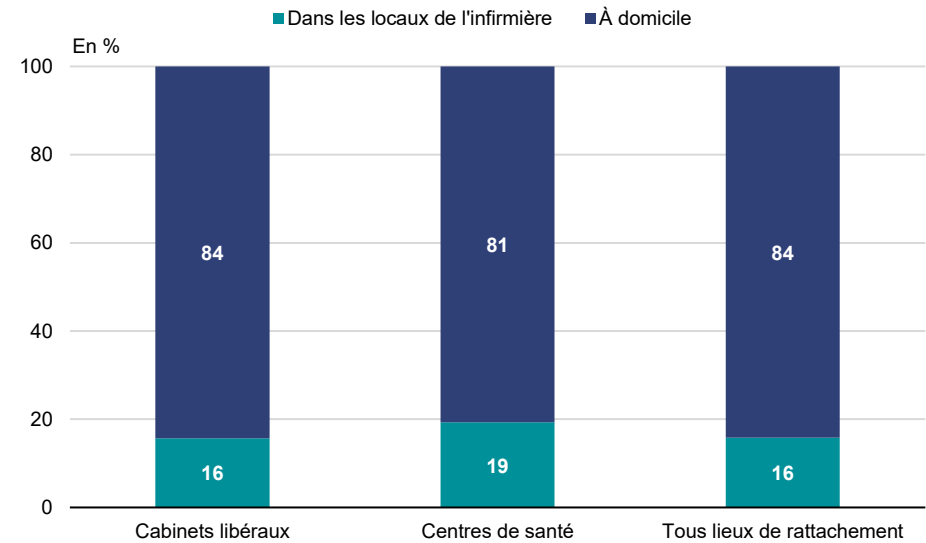
Sources > Drees, comptes de la santé ; Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices des prix.

La Sécurité sociale prend en charge 92 % de la consommation de soins infirmiers

Le financement des soins infirmiers courants en 2025 est majoritairement assuré par la Sécurité sociale, à 90,8 % (tableau 3). Les organismes complémentaires financent 6,5 % des soins infirmiers courants, et

les ménages 2,2 %. Le reste à charge des ménages est ainsi évalué à 0,1 milliard d'euros en 2025. Depuis 2010, la structure de financement des soins courants infirmiers est restée relativement stable (graphique 3). ■

Graphique 2 Structure des honoraires infirmiers en 2025



Source > Drees, comptes de la santé.

Tableau 2 Effectifs des infirmières par mode d'exercice, au 1^{er} janvier

	2013	2019	2020	2021	2022	2023	Évolution 2023 (en %)	Structure 2023 (en %)
Ensemble	544 600	590 500	599 400	598 900	599 900	607 600	+1,3	100,0
Libérales	76 700	95 500	97 400	98 600	99 200	98 900	-0,3	16,3
Salariées	467 900	495 000	502 000	500 300	500 700	508 800	+1,6	83,7

Note > Les effectifs salariés infirmiers incluent les salariées hospitalières. Les infirmières ayant une activité mixte sont comptées à la fois parmi les infirmières libérales et les infirmières salariées.

Champ > France entière, hors Mayotte.

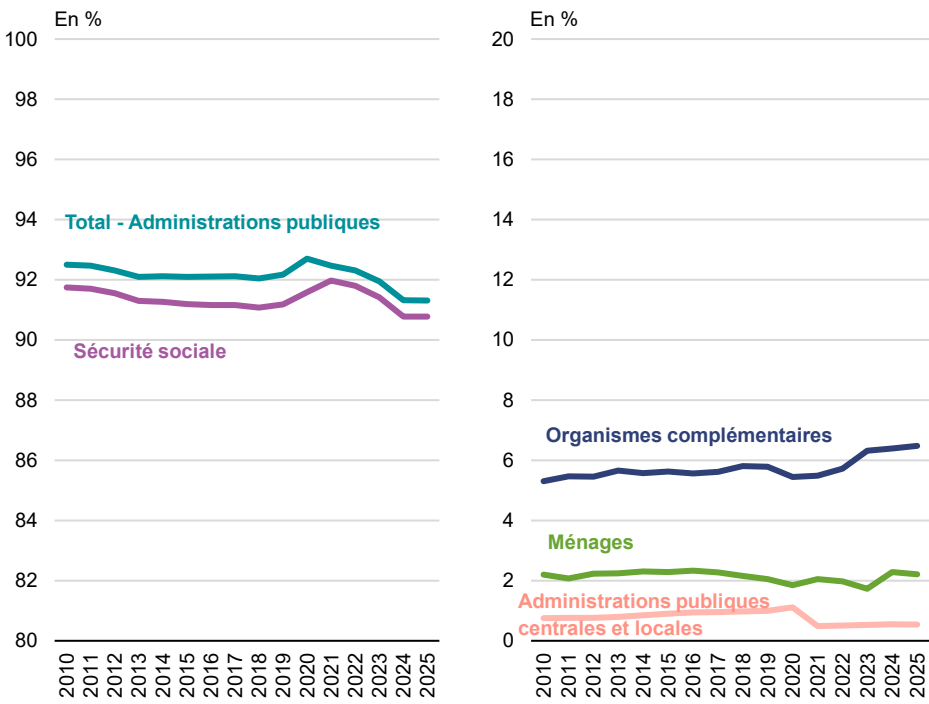
Sources > SNDS pour les infirmières libérales ; base Tous salariés pour les infirmières salariées ; calculs Drees.

Tableau 3 Financement des soins infirmiers en 2025

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	5 292	90,8
Administrations publiques centrales et locales	31	0,5
Organismes complémentaires	378	6,5
Ménages	129	2,2
Ensemble	5 830	100,0

Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 3 Évolution du financement des soins infirmiers



Note > En 2021, la bascule du financement de la complémentaire santé solidaire des administrations publiques centrales et locales vers la Sécurité sociale induit une baisse (respectivement une hausse) de leurs taux de financement des soins infirmiers.

Source > Drees, comptes de la santé.

En 2025, la consommation de soins de kinésithérapie en ville, hors soins de longue durée, s'élève à 6,7 milliards d'euros, soit 1,9 % de l'ensemble de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Elle augmente de 4,7 % par rapport à 2024, davantage que la DCSi (+3,3 %). Le volume d'activité ralentit, mais reste dynamique (+4,7 %), tandis que les prix se stabilisent (+0,4 %). Les honoraires représentent 96 % des dépenses de kinésithérapie. La Sécurité sociale finance 67,8 % des soins, les organismes complémentaires 19,0 % et les ménages 13,0 % Le taux de reste à charge des soins de kinésithérapie augmente depuis 2022.

Les dépenses de soins courants de kinésithérapie restent dynamiques en 2025

En 2025, la consommation de soins courants de kinésithérapie en ville s'établit à 6,7 milliards d'euros (tableau 1), soit 1,9 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Elle inclut les dépenses de kinésithérapie en ville (en cabinet libéral et en centre de santé¹), mais pas l'activité dans les structures de rééducation comme les services de soins médicaux et de réadaptation (SMR). La consommation de soins de kinésithérapie au domicile du patient est exclue, et comptabilisée comme soins de longue durée (fiche 26). Elle s'élève à 1,2 milliard d'euros en 2025, soit 15,3 % de l'activité globale des kinésithérapeutes en ville.

Les dépenses de soins de kinésithérapie sont de nouveau dynamiques en 2025 (+4,7 %), à un rythme toutefois moins soutenu que les années précédentes (+8,3 % en 2024, +7,9 % en 2023). Ce ralentissement est porté par celui du volume d'activité (+4,2 % en 2025, après +6,1 % en 2024 et +8,0 %

en 2023) [graphique 1]. Les prix sont relativement stables depuis 2022, sauf en 2024, où ils ont augmenté de 2,1 %, à la suite de la revalorisation tarifaire entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2024. En 2025, les prix augmentent de 0,4 %.

Les honoraires représentent 96 % des dépenses de kinésithérapie. En 2025, L'Assurance maladie prend en charge 200 millions d'euros de cotisations sociales pour les kinésithérapeutes, et verse également 60 millions d'euros pour des contrats et assimilés.

Les actes de kinésithérapie ostéo-articulaire (rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques) représentent les deux tiers des honoraires des kinésithérapeutes en 2025 (4,3 milliards d'euros) [graphiques 2]. Le reste des honoraires se répartit entre les actes de masso-kinésithérapie (1,3 milliard, soit 20 % des dépenses globales) et les autres actes de kinésithérapie (0,8 milliard, 12 % des soins courants).

Tableau 1 Consommation de soins de kinésithérapie en ville

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Évolution 2015-2024 (en %)	Part (en %)
Soins de kinésithérapie (en millions d'euros)	4 363	5 235	5 472	5 906	6 399	6 696	+4,7	+4,3	100,0
Honoraires	4 165	5 031	5 203	5 677	6 094	6 429	+5,5	+4,3	96,0
Contrats et assimilés	24	48	59	71	95	64	-32,3	+16,3	1,0
Prise en charge des cotisations	174	155	210	157	210	203	-3,5	+2,1	3,0
Évolution (en %)	+3,8	+18,0	+4,5	+7,9	+8,3	+4,7			
dont volume (en %)	+3,8	+21,2	+4,4	+8,0	+6,1	+4,2			
dont prix (en %)	0,0	-2,7	+0,1	0,0	+2,1	+0,4			
Soins de longue durée	nd	1 215	1 196	1 211	1 235	1 208	-2,2		

nd : non disponible.

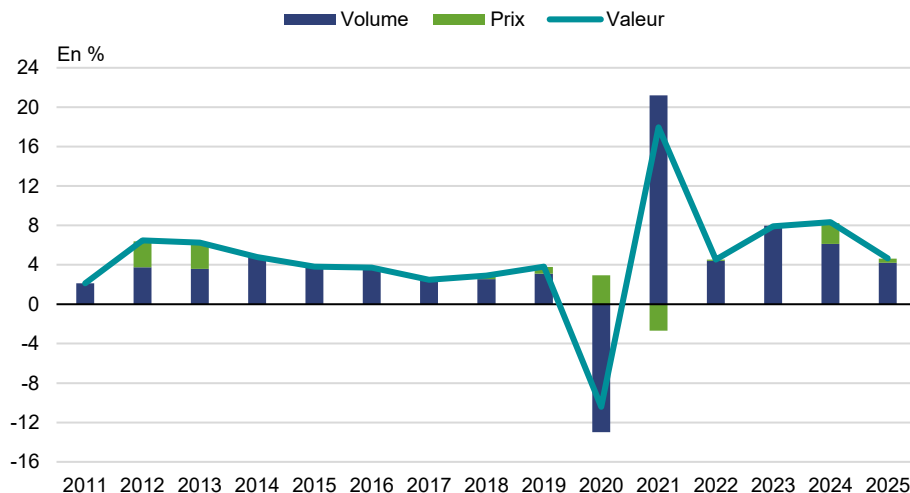
Note > Les soins de longue durée de kinésithérapie ne sont pas isolables avant 2021. Les dépenses de contrats et assimilés sont partiellement connues pour l'année 2025 et susceptibles de révisions.

Lecture > En 2025, la consommation de soins de kinésithérapie s'élève à 6,7 milliards d'euros, dont 0,2 milliard d'euros de prise en charge des cotisations sociales par l'Assurance maladie.

¹ Les soins courants de kinésithérapie réalisés en centre de santé ne représentent que 0,1 % de la dépense totale (10 millions d'euros en 2025).

Sources > Drees, comptes de la santé ; Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices des prix.

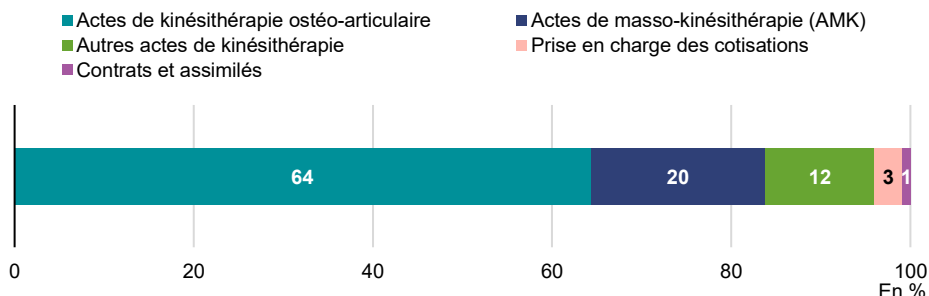
Graphique 1 Décomposition de l'évolution des soins de kinésithérapie entre volume et prix



Lecture > Les dépenses de soins de kinésithérapie augmentent de 4,7 % en 2025. Cette hausse se décompose en une hausse de 4,2 % du volume de soins et une hausse de 0,4 % du prix des soins.

Sources > Drees, comptes de la santé ; Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices des prix.

Graphique 2 Structure de la dépense de soins de kinésithérapie en 2025



Source > Drees, comptes de la santé.

Les effectifs de kinésithérapeutes augmentent régulièrement depuis 2022

Au 1^{er} janvier 2025, hors salariés hospitaliers exclusifs, 95 100 kinésithérapeutes exercent en France, dont 87 000 en libéral (*tableau 2*). Les effectifs augmentent de 3,8 % en 2025, soit le rythme annuel moyen depuis 2022. La croissance des kinésithérapeutes salariés ou en exercice mixte ralentit en 2025 (+3,4 %, après +7,6 % en 2024).

La Sécurité sociale finance 68 % des dépenses de soins de kinésithérapie

La Sécurité sociale est le premier financeur des soins courants de kinésithérapie en 2025, à 67,6 %,

soit 4,5 milliards d'euros (*tableau 3*). Les organismes complémentaires en financent 19,0 %, et le reste à charge des ménages s'établit à 0,9 milliard d'euros.

La structure de financement est restée relativement stable entre 2010 et 2022 (*graphique 3*). Depuis 2022, le taux de reste à charge des ménages augmente (+3,2 points entre 2022 et 2025). En particulier, en mars 2024, le montant des franchises sur ces soins a doublé (de 0,50 euro à 1 euro, avec un plafond annuel inchangé). Les dépassements d'honoraires sont très peu pratiqués (1,1 % en 2025), les auxiliaires médicaux ne peuvent en facturer que sur « exigence particulière du patient ». ■

Tableau 2 Effectifs des kinésithérapeutes (hors salariés hospitaliers exclusifs) par mode d'exercice, au 1^{er} janvier

	2017	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Structure 2025 (en %)
Ensemble	72 400	82 900	85 000	88 200	91 600	95 100	+3,8	100,0
Libéraux	66 300	76 000	78 000	81 000	83 900	87 000	+3,8	91,6
Mixtes	2 100	2 400	2 400	2 500	2 700	2 800	+2,5	2,9
Salariés hors hospitaliers	4 000	4 500	4 600	4 700	5 100	5 200	+3,8	5,5

Note > Pour plus d'informations sur les effectifs hospitaliers, voir la fiche 10.

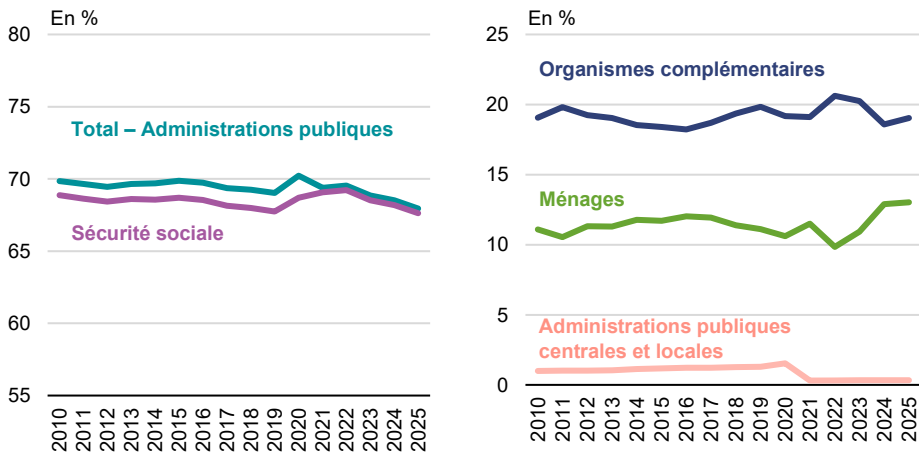
Champ > France entière.

Source > ASIP-Santé RPPS, calculs Drees.

Tableau 3 Répartition des dépenses de soins de kinésithérapie par financeur en 2025

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	4 528	67,6
Administrations publiques centrales et locales	22	0,3
Organismes complémentaires	1 274	19,0
Ménages	872	13,0
Ensemble	6 696	100,0

Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 3 Évolution du financement des soins de kinésithérapie

Note > En 2021, la bascule du financement de la complémentaire santé solidaire des administrations publiques centrales et locales vers la Sécurité sociale induit une baisse (respectivement une hausse) de leurs taux de financement des soins de kinésithérapie.

Source > Drees, comptes de la santé.

En 2025, la consommation de soins courants des auxiliaires médicaux, hors soins infirmiers et de kinésithérapie, s'élève à 4,4 milliards d'euros, soit 1,3 % de l'ensemble de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Ces dépenses augmentent plus vite que la DCSi depuis une décennie. La quasi-totalité de ces soins est réalisée en cabinet libéral, dont un tiers par les psychologues, un tiers par les orthophonistes et un tiers par les autres professions. La consommation en centre de santé est résiduelle (0,1 milliard d'euros, dont 96 % de soins d'orthoptistes). Ces soins sont pris en charge à 48 % par les ménages et 36 % par l'Assurance maladie.

Une croissance très dynamique, depuis une décennie

En 2025, la consommation en soins courants d'auxiliaires médicaux, en dehors des soins infirmiers et des soins de kinésithérapie, s'élève à 4,4 milliards d'euros (tableau 1), soit 1,3 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi).

L'augmentation des dépenses est très forte sur la période récente : +7,5 % par an en moyenne entre 2015 et 2024. Ce sont surtout les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthoptistes, les diététiciens et les psychologues qui tirent cette croissance, avec des taux d'évolution supérieurs à 10 % par an. Les soins de pédicures-podologues et d'orthophonistes ont des croissances plus modérées.

En 2025, ce dynamisme se confirme avec un taux de croissance plus élevé que le reste de la DCSi

(+5,0 % par rapport à 2024). En particulier, les soins d'ergothérapeutes et de psychomotriciens en cabinet libéral augmentent de plus de 10 %.

La consommation en soins courants d'auxiliaires médicaux, hors soins infirmiers et de kinésithérapie, est presque entièrement effectuée en cabinet libéral (4,3 milliards d'euros) et minoritairement en centre de santé (0,1 milliard d'euros). La consommation en cabinet libéral se partage en trois tiers quasi égaux. En 2025, les soins de psychologues en représentent 34 %, soit 1,5 milliard d'euros. Les dépenses de soins d'orthophonistes sont du même ordre de grandeur (1,4 milliard d'euros), et représentent 31 % de l'ensemble des dépenses. Le dernier tiers se partage entre les autres professions. La consommation en centre de santé est constituée à 96 % de soins d'orthoptistes. Les orthoptistes sont ainsi les seuls auxiliaires médicaux dont une part significative de l'activité (21 %) est réalisée en centre de santé.

Tableau 1 Consommation de soins courants des auxiliaires médicaux

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Évolution 2015-2024 (en %)
Soins courants des auxiliaires médicaux (en millions d'euros)	2 208	3 332	3 574	3 865	4 223	4 436	+5,0	+7,5
Soins courants en cabinet libéral	2 205	3 265	3 484	3 767	4 125	4 337	+5,1	+7,2
Psychologues	581	1 082	1 185	1 276	1 404	1 492	+6,3	+10,3
Orthophonistes	980	1 132	1 148	1 240	1 340	1 354	+1,1	+3,5
Orthoptistes	126	245	265	291	335	356	+6,4	+11,5
Pédicures-podologues	285	285	306	306	334	353	+5,7	+1,8
Ergothérapeutes	37	97	111	131	147	173	+17,3	+16,8
Psychomotriciens	68	166	188	205	229	265	+15,9	+14,4
Diététiciens	128	258	282	319	336	343	+2,2	+11,3
Soins courants en centre de santé	3	67	90	98	98	99	+0,9	+46,4
Orthoptistes	2	65	88	95	95	96	+0,3	+55,0
Autres auxiliaires médicaux	1	2	2	2	3	3	+19,4	+8,5
Évolution (en %)	+7,9	+22,1	+7,3	+8,1	+9,3	+5,0		
dont volume (en %)	+7,9	+21,5	+6,7	+7,2	+4,8	+4,6		
dont prix (en %)	0,0	+0,5	+0,5	+0,9	+4,2	+0,4		

Lecture > En 2025, la consommation de soins courants d'auxiliaires médicaux (hors infirmières et hors kinésithérapeutes) en cabinet libéral s'élève à 4 337 millions d'euros. Elle augmente de 5,1 % en valeur par rapport à 2024.

Sources > Drees, comptes de la santé ; Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices des prix.

La hausse en volume soutient la croissance des dépenses

C'est principalement l'augmentation en volume qui soutient la croissance de la consommation de soins d'auxiliaires médicaux hors soins infirmiers et soins de kinésithérapie (*graphique 1*). Chaque année depuis 2011, sauf pendant la crise du Covid-19, le taux d'évolution en volume est supérieur à 4 %. En 2025, il s'établit à 4,6 %.

La dynamique des prix est plus modérée : entre 2015 et 2024, ils augmentent en moyenne de 1,2 %. En 2025, les prix sont quasi stables par rapport à 2024, avec une évolution de +0,4 %.

La dynamique des psychologues se confirme

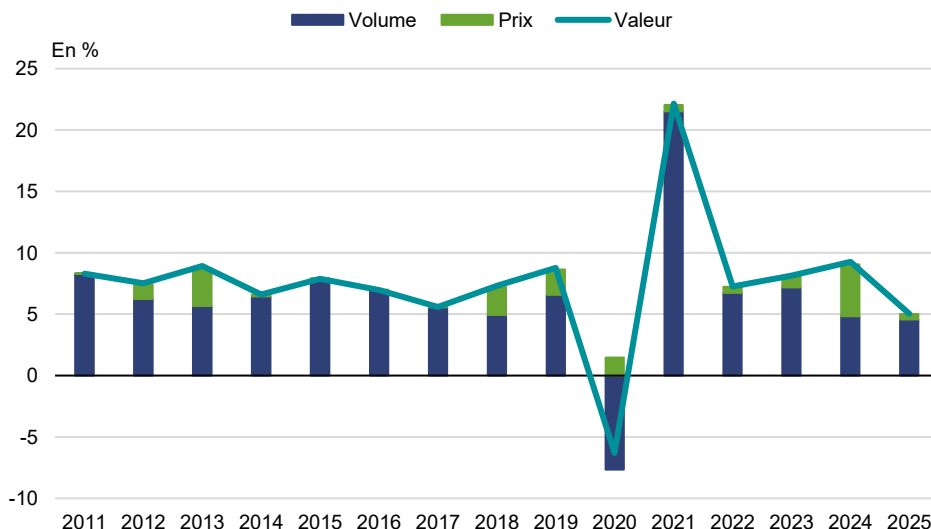
Depuis 2021, les soins de psychologues sont le premier poste de consommation devant les orthophonistes. Les dépenses en soins courants de psychologues s'élèvent à 1,5 milliard d'euros en 2025, en hausse de 6,3 % par rapport à 2024. Cette dynamique prolonge plusieurs années de forte croissance (+10,3 % en moyenne entre 2015 et 2024). Elle est portée par une forte demande, soutenue par le choix de la santé mentale comme la grande cause nationale de 2025 et par la montée en charge du dispositif « Mon Soutien Psy ». Depuis mi-2025, la prise en charge des soins de psychologues via ce dispositif a été étendue de 8 à 12 séances, et l'adressage par un médecin ou une sage-femme a été rendu facultatif.

La croissance est également portée par le nombre de psychologues cliniciens diplômés d'État (*tableau 2*). Leur effectif en exercice libéral ou mixte a plus que doublé en dix ans. En 2024, il s'établit à 28 400.

Les soins d'orthophonie en cabinet libéral augmentent de 1,1 % en 2025

La consommation de soins d'orthophonie s'élève à 1,4 milliard d'euros en 2025, en hausse de 1,1 % par rapport à 2024. Cette hausse est plus modérée que celle des autres auxiliaires médicaux, dans la continuité d'une croissance plus modeste depuis plusieurs années (+3,5 % en moyenne entre 2015 et 2024). La hausse en 2025 est portée par une légère croissance en volume (+0,8 %), alors que les prix restent stables (+0,3 %). En 2024, les prix avaient augmenté nettement (+4,2 %) avec l'entrée en vigueur en janvier de revalorisations des tarifs de l'Assurance maladie. Dans un contexte de forte demande et d'allongement des délais d'accès, le dispositif « Plateforme prévention et soins en orthophoniste » a été généralisé en 2025 pour favoriser l'accès aux soins. L'effectif d'orthophonistes en exercice libéral ou mixte s'élève à 21 400 en 2025 (*tableau 2*), en hausse de 2,4 % par an en moyenne depuis 2015. Cette croissance est aussi plus modérée que celle d'autres auxiliaires médicaux. En 2025, parmi les 25 200 orthophonistes en activité (en incluant les salariés hospitaliers), 85 % exercent en exercice libéral ou mixte.

Graphique 1 Décomposition de l'évolution des soins courants des auxiliaires médicaux entre volume et prix



Lecture > La valeur des soins des auxiliaires médicaux hors infirmiers et kinésithérapeutes augmente de 5,0 % en 2025. Cette hausse se décompose en une hausse de 0,4 % du prix des soins et une hausse de 4,6 % en volume.

Source > Drees, comptes de la santé ; Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices des prix.

Les dépenses de soins courants d'orthoptie ont presque triplé depuis 2015

Les soins d'orthoptistes sont dynamiques en 2025 (+6,4 % par rapport à 2024), s'établissant à 0,4 milliard d'euros. Ce dynamisme de la consommation suit une décennie de très forte croissance (+11,5 % en moyenne entre 2015 et 2024). Les dépenses de soins courants d'orthoptie en euros courants ont presque triplé en une décennie (0,1 milliard d'euros en 2015). En 2025, les prix sont stables (+0,0 %) si bien que ce sont les volumes qui portent la croissance en valeur (+5,0 %).

Cette croissance a été favorisée par l'élargissement progressif des catégories d'actes que les orthoptistes peuvent pratiquer depuis les années 2010, marqué notamment par l'avenant 12 à la convention nationale des orthoptistes libéraux de 2017. Cet élargissement s'est poursuivi en 2023 et 2024, avec la renégociation de la convention nationale entre l'Assurance maladie et les orthoptistes ; celle-ci leur permet désormais de pratiquer les dépistages de l'amblyopie et des troubles réfractifs chez les enfants, et revalorise leurs tarifs.

L'effectif d'orthoptistes en exercice libéral ou mixte s'élève à 3 400 en 2025 (tableau 2), en hausse de 3,8 % sur un an et de 2,9 % par an en moyenne entre 2015 et 2024.

Presque tous les pédicures-podologues exercent en cabinet libéral

Les soins de pédicures-podologues représentent une dépense de 0,4 milliard d'euros en 2025, en progression de 5,7 % par rapport à 2024 après +9,0 % en 2024 et une décennie de croissance modeste (+1,8 % par an en moyenne entre 2015 et 2024). Ces hausses récentes relèvent surtout d'un effet des prix, la croissance en volume étant plus atone (+1,5 % en 2025 par rapport à 2024). Plus précisément, elles sont liées à l'entrée en vigueur, en mars 2024, de l'avenant 5 à la convention entre la profession et l'Assurance maladie, qui élargit le panier des actes pris en charge par l'Assurance maladie et revalorise le rôle de prévention des pédicures-podologues auprès des patients diabétiques.

Une partie importante de l'activité des pédicures-podologues ne relève pas de la DCSI, notamment les soins d'hygiène du pied. Par ailleurs, ces professionnels réalisent des biens médicaux, qui sont classés par les comptes de la santé dans la consommation de dispositifs médicaux (fiche 25). Il s'agit notamment des chaussures thérapeutiques et des semelles orthopédiques.

Sur les 14 200 pédicures-podologues diplômés d'État, la quasi-totalité exerce en cabinet libéral (14 100) en incluant les exercices mixtes. Ces dernières années, cet effectif est en légère progression (+1,1 % par an en moyenne entre 2020 et 2024).

Tableau 2 Effectifs des auxiliaires médicaux hors salariés hospitaliers exclusifs, par mode d'exercice, au 1^{er} janvier

	2014	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution 2024 (en %)	Évolution 2014-2024 (en %)
Psychologues	34 200	49 600	52 100	55 900	58 700	61 200	+4,2	+6,0
dont libéraux ou mixtes	12 500	21 400	22 900	25 000	26 700	28 400	+6,2	+8,5
dont salariés hors hospitaliers	21 700	28 100	29 200	30 900	32 000	32 900	+2,6	+4,2
Orthophonistes	19 000	21 900	22 300	22 600	23 000	23 500	+2,2	+2,1
dont libéraux ou mixtes	16 900	19 900	20 300	20 700	20 900	21 400	+2,3	+2,4
dont salariés hors hospitaliers	2 100	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	+0,9	-0,1
Orthoptistes	3 300	4 400	4 700	5 000	5 400	5 700	+6,1	+5,5
dont libéraux ou mixtes	2 600	3 000	3 100	3 200	3 300	3 400	+3,8	+2,9
dont salariés hors hospitaliers	800	1 400	1 700	1 900	2 100	2 300	+9,8	+11,5
Pédicures - Podologues	nd	13 600	13 800	13 800	14 000	14 200	+1,7	nd
dont libéraux ou mixtes	nd	13 500	13 700	13 700	13 900	14 100	+1,7	nd
dont salariés hors hospitaliers	nd	100	100	100	100	100	0,0	nd
Ergothérapeutes	3 500	6 200	6 800	7 400	7 900	8 500	+7,3	+9,2
dont libéraux ou mixtes	700	1 900	2 200	2 500	2 800	3 100	+9,6	+15,7
dont salariés hors hospitaliers	2 800	4 300	4 600	4 900	5 100	5 400	+6,1	+6,8
Psychomotriciens	6 200	9 600	10 200	10 900	11 400	12 000	+5,2	+6,7
dont libéraux ou mixtes	1 500	3 400	3 800	4 300	4 700	5 200	+9,6	+13,3
dont salariés hors hospitaliers	4 800	6 200	6 400	6 600	6 700	6 800	+2,1	+3,7
Diététiciens	4 800	8 600	9 500	10 400	11 300	12 000	+6,8	+9,5
dont libéraux ou mixtes	2 800	5 500	6 200	6 800	7 300	7 900	+7,3	+10,9
dont salariés hors hospitaliers	2 000	3 100	3 300	3 600	3 900	4 100	+5,9	+7,4

Note > Pour plus d'informations sur les effectifs hospitaliers, voir la fiche 10.

Champ > France entière, ensemble des auxiliaires de moins de 62 ans inscrits au répertoire Adeli, sauf pédicures-podologues, ensemble des praticiens inscrits au RPPS.

Sources > Drees, Adeli ; ASIP-Santé RPPS ; calculs Drees.

Les dépenses de soins d'ergothérapeutes, de psychomotriciens et de diététiciens augmentent fortement depuis plusieurs années

Les soins courants d'ergothérapeutes, de psychomotriciens et de diététiciens atteignent 0,8 milliard d'euros en 2025. Ces professions sont marquées par un très grand dynamisme depuis plusieurs années. La consommation a plus que triplé en euros courants sur la dernière décennie (0,2 milliard d'euros en 2015). En 2025, la progression reste très forte pour les ergothérapeutes (+17,3 % par rapport à 2024) et les psychomotriciens (+15,9 %). Elle est nettement plus modérée pour les diététiciens (+2,2 %).

Cette croissance est portée par les volumes plutôt que par les prix. Elle va de pair avec la progression des effectifs du secteur libéral (en incluant les exercices mixtes). Sur la période de 2015 à 2024, le nombre d'ergothérapeutes progresse de 15,7 % par an en moyenne dans le secteur libéral, celui de psychomotriciens de 13,3 % et celui de diététiciens de 10,9 %.

Un taux de financement par l'Assurance maladie hétérogène selon les professions

En 2025, les ménages sont le premier financeur de soins courants d'auxiliaires médicaux hors soins infirmiers et de kinésithérapie (tableau 3), avec 2,1 milliards d'euros financés soit 48 % du total. En incluant les remboursements des organismes complémentaires (0,7 milliard d'euros financés soit 16 %), ce sont près de deux tiers de ces dépenses

qui restent à charge après le financement des administrations publiques. Cette part est très hétérogène selon les professions, puisqu'elle est relativement limitée pour l'orthophonie (19,4 %) et l'orthoptie (29,2 %). Les soins de psychomotricité, d'ergothérapie et de diététique ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie, et donc financés intégralement par les patients ou leurs complémentaires santé. La majorité des séances de psychologues également : leur remboursement par l'Assurance maladie (dispositif Mon Soutien Psy) monte en charge, mais ne représente encore que 7 % des dépenses en 2025.

La Sécurité sociale finance globalement 36 % de ces dépenses (1,6 milliard d'euros). Les soins d'orthophonistes sont les plus pris en charge : leur taux de financement par l'Assurance Maladie (80,2 %) se rapproche de la moyenne de la DCSI. De même, les soins d'orthoptistes sont pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire à 70,3 %. Cette part est inférieure chez les pédicures-podologues, qui pratiquent davantage de soins non remboursables (28,7 %).

En centre de santé, les dépassements d'honoraires sur les soins d'orthoptie ne sont pas significatifs. En cabinet libéral, les dépassements d'honoraires sont minoritaires : ils représentent 0,1 % de la consommation de soins d'orthophonistes, 0,6 % des soins d'orthoptistes, et 0,7 % des soins de pédicures-podologues. Réglementairement, les auxiliaires médicaux ne peuvent appliquer des dépassements d'honoraires que dans des situations particulières.

Tableau 3 Répartition des dépenses des auxiliaires médicaux par financeur en 2025

		En millions d'euros et en %				
		Ensemble	Sécurité sociale	Administrations publiques centrales et locales	Organismes complémentaires	Ménages
Auxiliaires médicaux hors infirmières hors kiné.	Dépenses	4 436	1 611	8	708	2 109
	Part	100	36,3	0,2	16,0	47,5
Psychologues	Dépenses	1 493	104	0	1 388	
	Part	100	7,0	0,0	93,0	
Orthophonistes	Dépenses	1 356	1 088	6	263	
	Part	100	80,2	0,4	19,4	
Orthoptistes	Dépenses	452	318	2	132	
	Part	100	70,3	0,5	29,2	
Pédicures – Podologues	Dépenses	353	101	0	252	
	Part	100	28,7	0,1	71,2	
Ergothérapeutes	Dépenses	173	0	0	173	
	Part	100	0,0	0,0	100,0	
Psychomotriciens	Dépenses	265	0	0	265	
	Part	100	0,0	0,0	100,0	
Diététiciens	Dépenses	343	0	0	343	
	Part	100	0,0	0,0	100,0	

Note > Pour les auxiliaires médicaux en dehors des infirmières et des kinésithérapeutes, les comptes de la santé ne différencient pas les financements des organismes complémentaires de ceux des ménages.

Source > Drees, comptes de la santé.

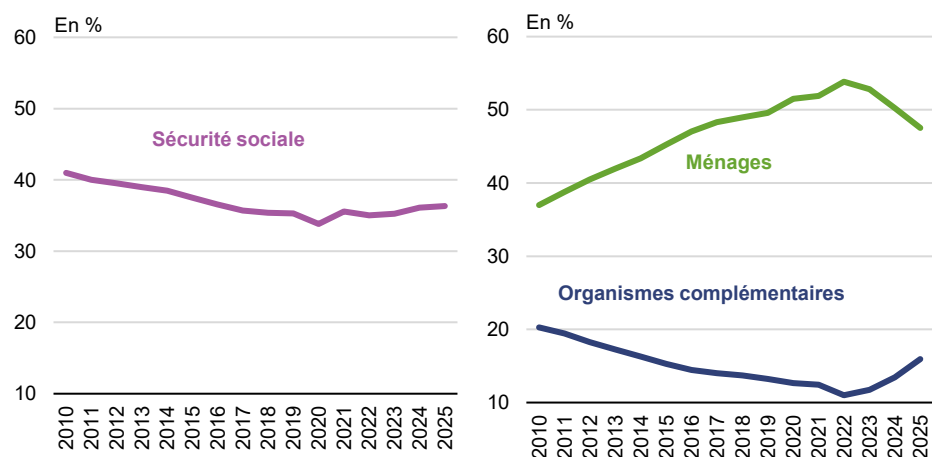
La part des soins des auxiliaires médicaux, hors infirmières et kinésithérapeutes, financés par la Sécurité sociale a baissé entre 2010 et 2020 (*graphique 2*), par un effet de structure surtout : l'augmentation des dépenses de psychologues, d'ergothérapeutes, de psychomotriciens et de diététiciens, qui sont moins financées par l'Assurance Maladie que les autres dépenses d'auxiliaires médicaux.

Depuis 2021, le taux de financement par la Sécurité sociale s'est stabilisé, en raison notamment de la montée en charge du dispositif « Mon Soutien Psy ».

La part financée par les organismes complémentaires a baissé de 2010 à 2022, mais augmente fortement depuis 2023. Cette hausse depuis trois ans correspond notamment à un meilleur financement des soins d'orthophonie, d'orthoptie et de pédicurie-podologie.

En raison de ces évolutions, le reste à charge des ménages a augmenté jusqu'en 2022 ; il s'établissait alors à 53,8 %. Depuis 2023, il diminue grâce au financement accru des organismes complémentaires, mais aussi à la stabilisation de la prise en charge de la Sécurité sociale. ■

Graphique 2 Évolution du financement des soins des auxiliaires médicaux hors infirmières et kinésithérapeutes



Note > Le financement par les administrations publiques centrales et locales n'est pas représenté, du fait de sa part résiduelle.
Source > Drees, comptes de la santé.

Les activités techniques et auxiliaires

En 2025, les dépenses d'actes en laboratoire de biologie médicale de ville (analyses et prélèvements) s'élèvent à 4,9 milliards d'euros, soit 1,4 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Elles diminuent pour la deuxième année consécutive (-1,3 % après -1,2 % en 2024), en raison d'une baisse importante des prix (-9,3 %), compensée par une croissance à prix constants importante (+8,9 % en volume). Le financement public de ces actes diminue en 2025, passant de 70,3 % à 69,2 %, tandis que le taux de participation directe des ménages augmente (de 5,8 % à 8,0 %).

Les dépenses d'actes de laboratoires de biologie médicale diminuent de nouveau

La consommation d'actes de laboratoires d'analyses biologiques en ville s'élève à 4,9 milliards d'euros en 2025 (*tableau 1*), soit 1,4 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Ces dépenses correspondent aux analyses et prélèvements effectués en laboratoire de ville, les analyses en laboratoire au sein d'établissements de santé étant comptabilisées au sein des soins hospitaliers (fiches 8 et 9). Les analyses et prélèvements effectués par des professionnels de laboratoire, c'est-à-dire sous la supervision médicale de directeurs de laboratoire, représentent 94 % des dépenses. Les honoraires des anatomo-cytopathologistes, médecins spécialistes de l'analyse des tissus et des cellules, également professionnels des analyses et prélèvements de biologie médicale, en constituent 5 % des dépenses. Les rémunérations directes de l'Assurance maladie (contrats et assimilés, prise en charge des cotisations des professionnels conventionnés) représentent 1 % de la dépense totale. Les

dépenses de prévention (dépistages en laboratoires) sont exclues du périmètre de dépenses retenu ici (fiche 27) ; elles s'élèvent à 0,4 milliard d'euros en 2025.

En 2025, les dépenses de laboratoires diminuent de nouveau (-1,3 %, après -1,2 % en 2024). Cette diminution en 2025 est due à l'effet en année pleine de la baisse des tarifs de certains actes en septembre 2024 : les prix reculent de 9,3 % en 2025, après avoir diminué de 8,1 % en 2024. Les prix sont tendanciellement orientés à la baisse, avec une nette accentuation depuis 2021, s'inscrivant à -9,2% par an en moyenne (*graphique 1*). À l'inverse, la consommation d'actes de laboratoire s'avère très dynamique en volume (+11,2 % en moyenne depuis 2021).

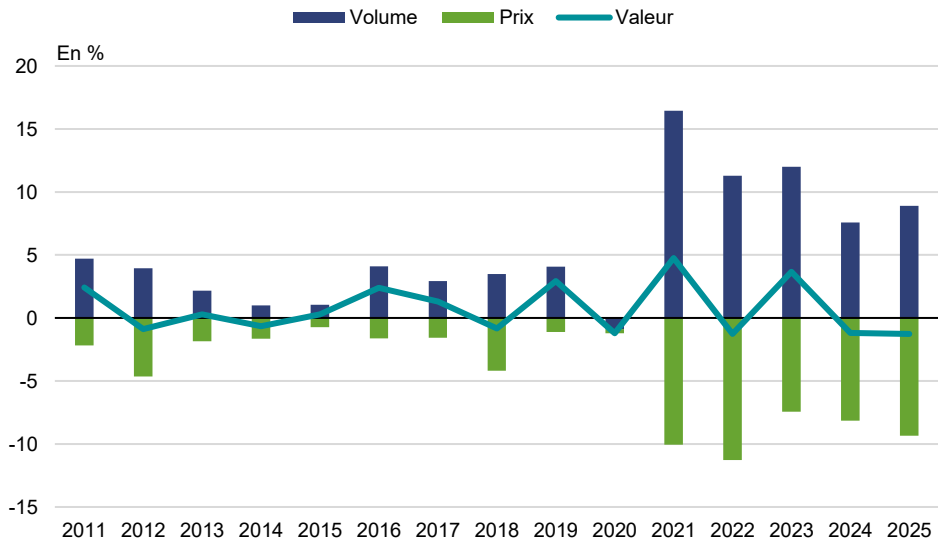
Les laboratoires de biologie médicale reçoivent également des rémunérations directes de l'Assurance maladie, au titre de contrats et assimilés, pour un montant résiduel (0,1 % de la dépense totale).

Tableau 1 Consommation d'actes des laboratoires de biologie médicale

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Évolution 2015-2024 (en %)	Part (en %)
Actes des laboratoires de biologie médicale (en millions d'euros)	4 476	4 903	4 841	5 018	4 959	4 896	-1,3	+1,1	100,0
Analyses et prélèvements	4 456	4 878	4 813	4 992	4 932	4 877	-1,1	+1,1	99,6
Par des professionnels de laboratoires	4 213	4 638	4 569	4 743	4 678	4 615	-1,4	+1,2	94,2
Par des anatomo-cytopathologistes	243	239	245	249	254	263	+3,4	+0,5	5,4
Contrats et assimilés	1	5	5	6	6	3	-51,6	+31,5	0,1
Prise en charge des cotisations	19	21	23	21	21	16	-25,1	+1,4	0,3
Évolution (en %)	+0,3	+4,8	-1,3	3,7	-1,2	-1,3			
dont volume (en %)	+1,0	+16,5	+11,3	+12,0	+7,6	+8,9			
dont prix (en %)	-0,7	-10,0	-11,3	-7,4	-8,1	-9,3			
Dépenses de prévention	245	4 579	2 582	517	396	364	-7,9	+5,5	

Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee pour les indices de prix.

Graphique 1 Décomposition de l'évolution des actes de laboratoires de biologie médicale entre volume et prix



Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee pour les indices de prix.

Tableau 2 Effectifs des professionnels de biologie médicale au 1^{er} janvier

	2014	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution 2024 (en %)	Structure 2024 (en %)
Ensemble	19 300	25 500	25 800	26 300	26 500	26 900	+1,5	100,0
Anatomo-cytopathologistes	1 600	1 700	1 700	1 700	1 700	1 700	+1,6	5,6
Directeurs de laboratoire	2 900	3 100	3 100	3 100	3 200	3 100	-0,8	10,4
Techniciens de laboratoire	17 700	23 800	24 200	24 600	24 900	25 200	+1,5	84,0
Nombre de sites de laboratoires	4 000	3 900	3 900	4 100	4 100	4 300	+3,1	100,0

Note > Les effectifs sont mesurés hors salariés hospitaliers exclusifs pour les techniciens de laboratoires. Ils comprennent les salariés hospitaliers s'agissant des anatomo-cytopathologistes et des directeurs de laboratoire. Pour plus d'informations sur les effectifs hospitaliers, voir la fiche 10.

Champ > France entière.

Sources > Adeli ; ASIP-Santé RPPS ; Cnam ; calculs Drees.

Les effectifs des professionnels de la biologie médicale augmentent moins que les volumes d'actes consommés

Le dynamisme de la consommation des actes de laboratoires de biologie médicale en volume ne s'accompagne pas d'une hausse comparable de l'offre, qui se traduirait par une hausse des effectifs de professionnels de laboratoires (tableau 2). Ainsi, les effectifs d'anatomo-cytopathologistes comme de directeurs de laboratoire restent stables depuis 2020 (respectivement environ 1 700 et 3 100),

tandis que le nombre de techniciens de laboratoire augmente modérément (+1 400 depuis 2020) ;

Le taux de reste à charge augmente en 2025

En 2025, les actes des laboratoires de biologie médicale sont financés à 68,6 % par la Sécurité sociale, et à 22,8 % par les organismes complémentaires (tableau 3). L'État assure un financement résiduel (0,6 %), lorsqu'il prend en charge certains actes pour des populations spécifiques (Aide médicale de l'État, soins aux invalides de guerre). Les ménages

participent directement au financement des actes de biologie médicale à hauteur de 8,0 %.

À partir du 15 mai 2024, le doublement des participations forfaitaires sur les actes de laboratoire de biologie médicale (de 1 à 2 euros par acte) a contribué à faire reculer le taux de financement de ces actes par la Sécurité sociale, de 2,2 points en

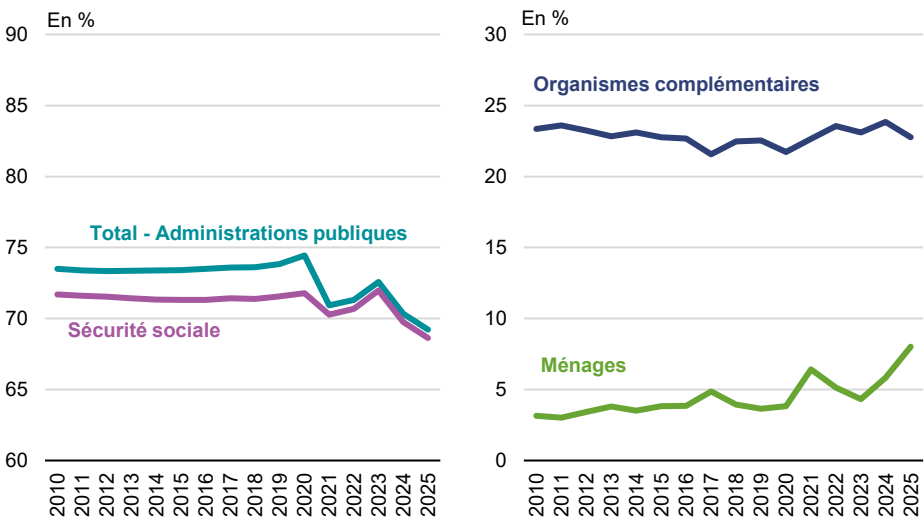
2024 puis de 1,1 point en 2025 (*graphique 2*). Les participations forfaitaires n'étant pas prises en charge par les contrats responsables des organismes complémentaires, qui représentent la majorité des contrats souscrits, cette mesure a contribué à l'augmentation du taux de financement des actes par les ménages : +1,5 point en 2024, +2,2 points en 2025. ■

Tableau 3 Financement des actes des laboratoires de biologie médicale en 2025

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	3 360	68,6
Administrations publiques centrales et locales	29	0,6
Organismes complémentaires	1 115	22,8
Ménages	392	8,0
Ensemble	4 896	100,0

Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 2 Évolution du financement des actes de laboratoires de biologie médicale



Note > Le financement par les administrations publiques centrales et locales, négligeable, n'est pas présenté.

Source > Drees, comptes de la santé.

Les dépenses d'imagerie médicale s'élèvent à 5,8 milliards d'euros en 2025, soit 1,6 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Elles progressent davantage que la DCSi. La Sécurité sociale finance 78 % de ces dépenses, notamment au travers des forfaits techniques, qui rémunèrent l'investissement en équipements lourds, intégralement pris en charge par l'assurance maladie. La part financée par les organismes complémentaires et les ménages augmente d'un point en 2025 (à 21,5 %), principalement du fait de la hausse des dépassements d'honoraires, en forte progression depuis 2021.

Les dépenses d'imagerie médicale augmentent fortement depuis 2021

L'imagerie médicale répond principalement à un besoin diagnostique, mais aussi thérapeutique dans certains cas. Elle regroupe plusieurs techniques :

- la radiologie conventionnelle ;
- l'échographie ;
- la scanographie ;
- l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ;
- la scintigraphie et la tomographie par émission de positons (TEP), qui relèvent de la médecine nucléaire.

Les comptes de la santé classent l'imagerie médicale dans les activités techniques et auxiliaires, au même titre que les analyses en laboratoires et les transports sanitaires, conformément aux recommandations internationales du *System of Health Accounts* (SHA). La consommation d'imagerie médicale est constituée de l'activité des centres d'imagerie médicale¹ (réalisée principalement par des radiologues, médecins nucléaires, chirurgiens-dentistes et médecins spécialistes) ; ainsi que de l'activité des radiologues et médecins nucléaires libéraux. L'activité d'imagerie médicale des établissements de soins (lors de séjours, ou en actes et consultations externes) est classée dans les soins hospitaliers.

Enfin, les dépenses considérées dans cette fiche excluent l'imagerie réalisée au titre du dépistage précoce de maladies, comme les dépistages organisés de certains cancers. Les comptes de la santé classent ces dépenses en prévention (fiche 27). Il s'agit notamment de mammographies pour le cancer du sein. L'ensemble des dépenses de dépistage précoce des maladies, hors Covid-19, s'élève à 651 millions d'euros en 2025.

En 2025, la consommation d'imagerie médicale en valeur s'élève à 5,8 milliards d'euros, en hausse de

4,2 % par rapport à 2024 (*tableau 1*). Elle représente 1,6 % de la dépense courante de soins au sens international (DCSi).

Les dépenses se répartissent en deux principaux blocs :

- Les honoraires des radiologues (3,3 milliards d'euros) et des médecins nucléaires (0,4 milliard d'euros) constituent environ deux tiers des dépenses. Les tarifs sont négociés avec la Sécurité sociale et suivent la classification commune des actes médicaux (CCAM). Certains radiologues sont associés à de multiples sites ou facturent des interprétations à distance *via* la télé-radiologie ;
- Les forfaits techniques (1,9 milliard d'euros en 2025) représentent environ un tiers des dépenses. Ils valorisent l'investissement en équipements lourds des entités². Intégralement financés par la Sécurité sociale, ils sont versés à l'entité qui possède les équipements et non aux médecins qui réalisent les actes. Ces derniers demeurent dynamiques en 2025 (+6,0 %), mais ralentissent car les forfaits techniques avaient été revalorisés en mars 2024 pour intégrer le coût des produits de contraste.

La prise en charge des cotisations sociales des radiologues et des médecins nucléaires ainsi que les contrats s'élèvent à moins de 200 millions en 2025, et représentent donc environ 3 % des dépenses d'imagerie médicale. Les contrats correspondent à des forfaits pour gardes et astreintes, à des aides à l'installation ou encore à des aides aux structures de proximité.

Les dépenses d'imagerie ralentissent en 2025, mais augmentent davantage que la DCSi : +4,2 % contre +3,3 %. Ce constat demeure valide depuis la fin de la crise due au Covid-19 : entre 2021 et 2025, les dépenses d'imagerie médicale ont augmenté de 5,6 % en

¹ Les centres d'imagerie sont ici définis comme les établissements privés sans hébergement réalisant l'ensemble de leur activité en imagerie médicale.

² En 2024, le nombre d'équipements lourds s'élève à 1 300 IRM et 1 400 scanners (Igas-IGF, 2025).

moyenne, un rythme supérieur à celui de la DCSI (3,2 % en moyenne). En 2025, l'accroissement des dépenses d'imagerie médicale (+4,2 %) provient essentiellement du volume (*graphique 1*), les prix sont en légère baisse (-0,5 %). L'augmentation en volume demeure dynamique (+4,7 %), en léger ralentissement par rapport à 2024 (+5,6 %).

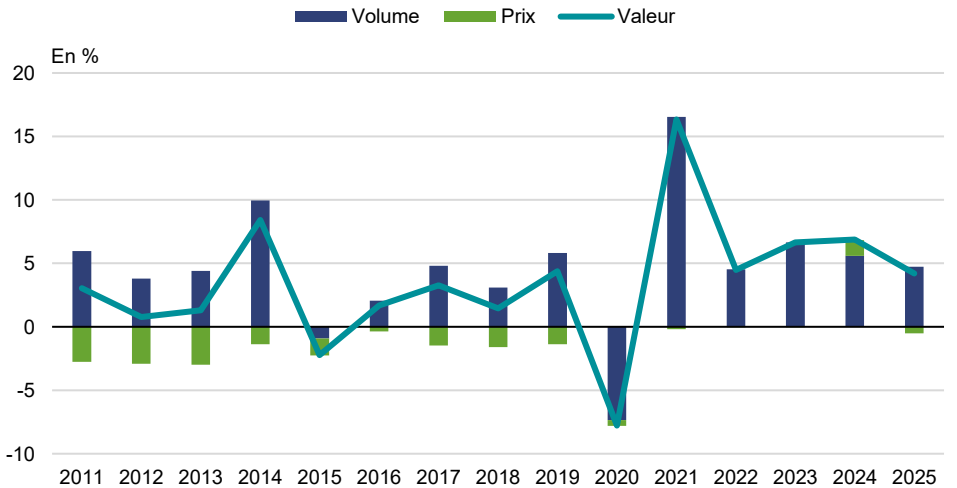
Au cours de la période 2015-2024, les dépenses ont progressé de 4,0 % par an en moyenne en valeur, avec une croissance portée par les volumes. La demande en imagerie médicale s'explique notamment par le vieillissement de la population, la prévalence des maladies chroniques et l'accentuation des campagnes de prévention et de dépistage (Igas-IGF, 2025).

Tableau 1 Consommation d'imagerie médicale

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Évolution moyenne 2015-2024 (en %)	Structure 2025 (en %)
Imagerie médicale (en millions d'euros)	3 891	4 642	4 850	5 172	5 528	5 761	+4,2	+4,0	100,0
Honoraires	3 707	3 109	3 204	3 405	3 559	3 703	+4,1	-0,5	64,3
Honoraires des radiologues	nd	2 821	2 906	3 070	3 209	3 333	+3,9	-1,6	57,8
Honoraires des médecins nucléaires	nd	289	298	335	350	371	+5,9		6,4
Forfaits techniques	nd	1 329	1 427	1 568	1 762	1 867	+6,0		32,4
Contrats et assimilés	21	25	31	40	47	43	-7,7	+9,3	0,8
Prise en charge des cotisations	163	178	187	160	160	147	-8,1	-0,2	2,5
Évolution (en %)	-2,2	+16,3	+4,5	+6,7	+6,9	+4,2			
dont volume (en %)	-0,9	+16,5	+4,5	+6,7	+5,6	+4,7			
dont prix (en %)	-1,3	-0,2	0,0	0,0	+1,2	-0,5			

nd : non disponible.
Note > Avant 2021, les forfaits techniques et honoraires par professionnel de santé ne sont pas distingués.
Lecture > En 2025, la consommation d'imagerie médicale s'élève à 5,8 milliards d'euros, dont 3,3 milliards d'euros d'honoraires des radiologues.
Sources > Drees, comptes de la santé ; Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices des prix.

Graphique 1 Décomposition de l'évolution de la consommation d'imagerie médicale entre volume et prix



Lecture > Les dépenses d'imagerie médicale augmentent de 4,2 % en 2025. Cette hausse se décompose en une hausse de 4,7 % du volume et une baisse de 0,5 % du prix.
Sources > Drees, comptes de la santé ; Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices de prix.

Les effectifs de professionnels de l'imagerie médicale s'élèvent à 10 400 en 2025

Le nombre de radiologues et médecins nucléaires en France augmente de 1,6 % en 2025, pour s'établir à près de 10 400 professionnels (tableau 2). Plus de 90 % de ces professionnels sont des radiologues. L'imagerie médicale connaît un mouvement de concentration, qui reste toutefois beaucoup plus modéré que pour les laboratoires de

biologie médicale ou les cliniques. Le nombre de praticiens exerçant au sein d'un réseau tend à progresser au détriment des petites structures indépendantes (lgas-IGF, 2025).

Entre 2015 et 2025, le nombre de radiologues et médecins nucléaires a progressé de 13 % environ, passant de 9 200 à 10 400.

Par ailleurs, le nombre de centres d'imagerie en France est stable, à 1 070 en 2025.

Tableau 2 Effectifs des professionnels de l'imagerie médicale, hors salariés hospitaliers exclusifs, par mode d'exercice, au 1^{er} janvier

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Structure 2025 (en %)
Ensemble	9 200	9 700	9 800	10 000	10 200	10 400	+1,6	100,0
Radiologues	8 500	8 900	9 000	9 100	9 300	9 500	+1,5	91,6
Médecins nucléaires	700	800	800	800	800	900	+3,1	8,4

Note > Pour plus d'informations sur les effectifs hospitaliers, voir la fiche 10.

Champ > France entière.

Source > ASIP-Santé RPPS ; calculs Drees.

Le reste à charge après assurance maladie en imagerie médicale progresse avec les dépassements d'honoraires

En 2025, les dépassements d'honoraires sur l'imagerie médicale s'élèvent à 0,6 milliard d'euros, en forte hausse depuis 2021 : +87 %. Ils représentent désormais 16 % du montant global d'honoraires des radiologues et médecins nucléaires. En 2025, ils augmentent de 16 %, ce qui accroît nécessairement la part des dépenses restant à la charge des ménages ou financées par les organismes complémentaires (tableau 3). Globalement, les ménages et les OC financent 21,5 % de ces dépenses en 2025.

Le financement après prise en charge de la Sécurité sociale est principalement composé de dépassements d'honoraires (0,6 milliard d'euros), de ticket modérateur (0,5 milliard d'euros) et de participations forfaitaires (0,1 milliard d'euros). Le doublement des participations forfaitaires en mai 2024 a eu un effet modéré sur le reste à charge : même si leur valeur unitaire a augmenté de 1 à 2 euros, leur plafond est resté inchangé (à 50 euros par an).

Le montant total de participation forfaitaire a augmenté de 55 %, passant de 47 millions d'euros en 2023 à 73 millions d'euros en 2024. Il augmente encore de 17 % en 2025.

La part financée par la Sécurité sociale diminue depuis 2021 : elle est de 78,1 % en 2025, contre 80,8 % en 2021 (graphique 2). Les dépenses de la Sécurité sociale (4,5 milliards d'euros) sont composées de l'intégralité des forfaits techniques, des contrats et assimilés, des prises en charge de cotisations sociales, et d'une partie des honoraires.

Concernant les honoraires, le taux de remboursement légal est de 70 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, mais le taux effectif est plus élevé (78 % en 2025) en raison des exonérations de ticket modérateur liées, notamment, aux affections de longue durée (ALD). À l'inverse, la Sécurité sociale ne finance pas les dépassements d'honoraires.

La prise en charge des administrations publiques centrales et locales représente 0,4 % de la dépense en 2025 (aide médicale de l'État et prise en charge des dépenses des invalides de guerre). ■

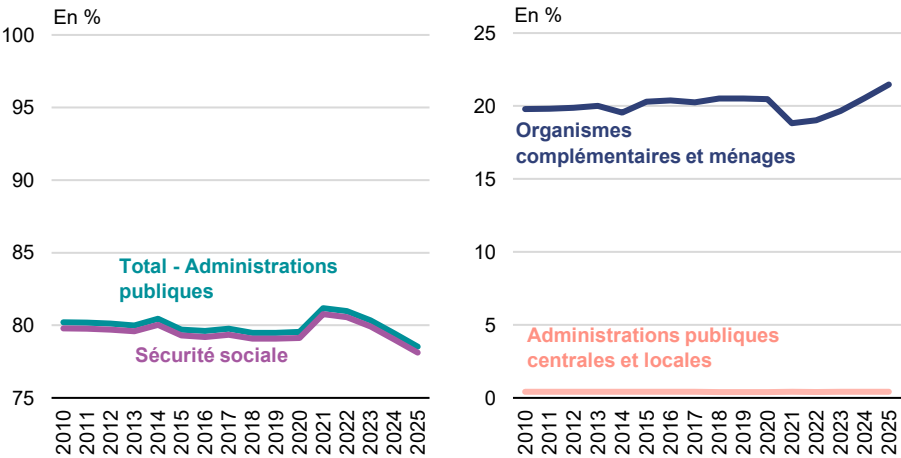
Tableau 3 Financement de l'imagerie médicale en 2025

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	4 501	78,1
Administrations publiques centrales et locales	24	0,4
Organismes complémentaires et ménages	1 237	21,5
Ensemble	5 761	100,0

Note > Les organismes complémentaires et les ménages sont globalisés en une catégorie unique, en raison d'un manque de précision sur la répartition des dépenses entre ces deux financeurs.

Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 2 Évolution du financement de l'imagerie médicale



Source > Drees, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > **Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales** (2025, mai). Fiche sectorielle n° 3 – imagerie médicale. Dans *Causes et effets de la financiarisation du système de santé*.
- > **System of Health Accounts (SHA)**. Plus d'informations sur <http://www.oecd.org/els/health-systems/>

La consommation de transports sanitaires en ville s'élève à 6,9 milliards d'euros en 2025, soit 1,9 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Elle diminue légèrement (-0,1 %). Les dépenses reculent de nouveau en volume (-0,8 %, après -0,5 % en 2024). Depuis dix ans, la part des taxis conventionnés a progressé de 12 points au détriment des ambulances et des véhicules sanitaires légers. Les dépenses de transports sanitaires sont prises en charge par l'Assurance maladie à 93 %, un niveau élevé en lien avec une proportion importante d'exonérations du ticket modérateur.

La consommation de transports sanitaires diminue légèrement en 2025

La consommation de transports sanitaires désigne ici les transports sanitaires réalisés en ville, c'est-à-dire par des transporteurs privés, des taxis conventionnés ou les patients eux-mêmes si les frais engagés font l'objet d'un remboursement. Cela exclut l'activité de transport sanitaire de deux principaux acteurs :

- Les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) qui, en tant que services hospitaliers, sont comptabilisées par les comptes de santé dans les soins hospitaliers publics ;
- Les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS).

Entre 2015 et 2024, les dépenses de transports sanitaires ont augmenté de 4,4 % par an en moyenne, soutenues par une croissance en volume et en prix. La croissance en volume est notamment portée par le vieillissement de la population, qui accroît le besoin de transports sanitaires. Elle l'est aussi par un effet de structure : même si la part des trajets en ambulances diminue, celle des taxis conventionnés progresse au détriment des véhicules sanitaires légers (VSL), dont le prix unitaire est moins élevé pour les trajets assis.

En 2025, la consommation de transports sanitaires en ambulatoire s'élève à 6,9 milliards d'euros en valeur (*tableau 1*). Elle diminue en 2025 (-0,1 %), pour la première fois depuis la crise sanitaire. Les dépenses de trajets augmentent de 1,0 % en 2025, mais les contrats et assimilés baissent de 10 % (voir *infra*). Globalement, la consommation de transports sanitaires avait fortement ralenti en 2024 (+2,4 % après +10,4 % en 2023). Depuis 2021, la consommation de transports sanitaires augmentait fortement (+17,7 % en 2021, +7,6 % en 2022), après s'être repliée en 2020 (-6,4 %) au début de l'épidémie du Covid-19 (*graphique 1*). En 2025, le rythme d'évolution s'établit ainsi en deçà de la moyenne observée dans les années 2010 (+3,4 % par an entre 2010 et 2019).

En 2025, les prix progressent de 0,7 %, soit leur plus faible taux de croissance depuis 2020. La croissance des prix un peu plus que compensée par le repli de la consommation en volume (-0,8 %) qui s'inscrit dans la rupture de tendance initiée en 2024, les années de sortie de crise sanitaire présentant des dynamiques fortes en volume.

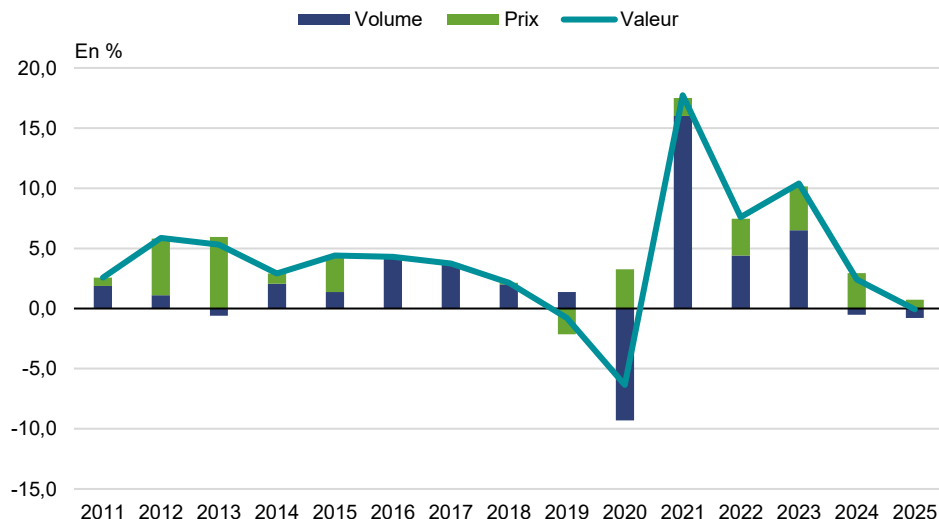
Tableau 1 Consommation de transports sanitaires

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Évolution moyenne 2015-2024 (en %)	Structure 2025 (en %)
Transports sanitaires (en millions d'euros)	4 672	5 649	6 079	6 710	6 872	6 867	-0,1	+4,4	100,0
Trajets	4 475	5 456	5 689	5 936	6 203	6 267	+1,0	+3,7	91,3
Contrats et assimilés	197	193	390	774	669	600	-10,3	+14,5	8,7
Évolution (en %)	+4,4	+17,7	+7,6	+10,4	+2,4	-0,1			
dont volume (en %)	+1,4	+16,0	+4,4	+6,5	-0,5	-0,8			
dont prix (en %)	+3,0	+1,5	+3,1	+3,6	+2,9	+0,7			

Lecture > En 2025, la consommation de transports sanitaires s'élève à 6,9 milliards d'euros, dont 0,6 milliard d'euros de contrats et assimilés.

Sources > Drees, comptes de la santé ; Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices de prix.

Graphique 1 Décomposition de l'évolution de la consommation de transports sanitaires entre volume et prix



Lecture > Les dépenses de transports sanitaires diminuent de 0,1 % en 2025. Cette baisse se décompose en une baisse de 0,8 % du volume et une hausse de 0,7 % du prix.

Sources > Drees, comptes de la santé ; Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices des prix.

La fin des aides transitoires contribue à la baisse des dépenses de transports sanitaires

Les contrats et assimilés représentent 0,6 milliard d'euros en 2025, et diminuent de 10,3 % par rapport à 2024 (*tableau 2*). Cette baisse est liée à la disparition de l'aide transitoire des Agences régionales de santé, qui était jusqu'alors versée via le fonds d'intervention régional dans l'attente de la mise en œuvre de l'avenant n° 10 de la convention nationale des transporteurs privés. Près de 95 % des montants de contrats et assimilés sont liés à la permanence ambulancière.

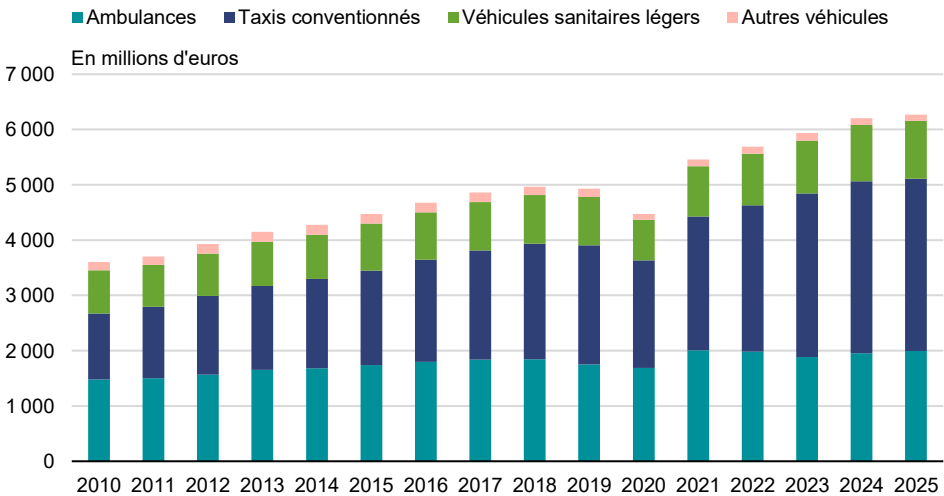
Les taxis conventionnés représentent la moitié des dépenses

La diversité des types de transports sanitaires (ambulances, VSL, taxis conventionnés, véhicules personnels et transports en commun) permet d'adapter le déplacement à l'état de santé du patient, selon sa position (assise ou allongée) et son besoin de surveillance médicale

En 2025, les taxis conventionnés représentent 50 % des dépenses de trajets (*graphique 2*). Leur part a progressé de 12 points par rapport à 2015, au détriment des ambulances et des VSL. Les ambulances représentent désormais 32 % des dépenses de trajets (39 % en 2015) et les VSL 17 % (19 % en 2015). Le recours aux autres modes de transport (transports en commun, véhicules personnels) s'érode continuellement depuis 2010 (4 % en 2010 contre 2 % en 2025).

Un protocole d'accord de maîtrise des dépenses a été signé en septembre 2025 entre les transporteurs sanitaires et l'Assurance maladie, intégrant des mesures d'efficacité afin de réaliser 150 millions d'euros d'économies à l'horizon 2027. La baisse du volume observée peut s'expliquer par ce protocole, ayant pour objectif de développer le transport partagé, d'inciter à la certification et de lutter contre la fraude, mais aussi par les grèves intervenues en 2025 en opposition à celui-ci.

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



Source > Drees, comptes de la santé.

Tableau 2 Montants des contrats et assimilés des transports sanitaires

	En millions d'euros				
	2021	2022	2023	2024	2025
Contrats et assimilés	193	390	774	669	600
Indemnités de garde ambulancière	135	274	544	554	572
Aide transitoire des Agences régionales de santé	54	112	192	88	0
Contrats de bonne pratique	3	4	36	26	28
Autres contrats et rémunérations assimilées	1	1	1	1	0

Note > Les montants d'indemnités de garde ambulancière comprennent les montants de garde ambulancière *stricto sensu*, et les montants versés au titre du dispositif de transports urgents pré-hospitaliers (TUPH), qui a progressivement remplacé ces dernières à partir de la mi-2022.

Source > Drees, comptes de la santé.

Du fait des ALD, une prise en charge quasi intégrale par la Sécurité sociale

Les dépenses de transports sanitaires sont essentiellement prises en charge par la Sécurité sociale : en 2025, celle-ci finance 93,1 % de la dépense (tableau 3). Cette prise en charge élevée s'explique par le profil des patients transportés, souvent touchés par des affections de longue durée et exonérés du ticket modérateur de ce fait. À cela s'ajoute la gratuité des transports sanitaires urgents : les transports en ambulances privées demandés par le service d'aide médicale urgente (Samu) sont pris en charge à 100 % depuis 2023.

En 2025, sur les 2,8 milliards d'euros de ticket modérateur au taux théorique de 55 % de la base de remboursement, 2,4 milliards sont financés par la Sécurité sociale en raison des différentes exonérations prévues. En mai 2023, le taux de

remboursement légal de la Sécurité sociale a baissé de 10 points, passant de 65 % à 55 %. Du fait des exonérations, cette mesure a eu un effet limité sur le montant de transports sanitaires financé par la Sécurité sociale en 2024 (environ -1 %).

De même, le doublement des franchises médicales en mars 2024 a un effet négligeable sur les dépenses de la Sécurité sociale en transports sanitaires. Même si leur valeur unitaire a augmenté de 2 à 4 euros, leur plafond annuel est resté inchangé (50 euros). Le montant de franchises sur des transports sanitaires est passé de 34 millions d'euros en 2023 à 39 millions d'euros en 2024. En 2025, il s'établit à 38 millions d'euros.

Les organismes complémentaires financent 3,5 % des dépenses de transports sanitaires en 2025. Cette part diminuait tendanciellement entre 2010 et 2023, mais elle augmente en 2024 et en 2025 en

raison de l'augmentation du taux de ticket modérateur légal en mai 2023 (+0,6 point entre 2023 et 2025) [graphique 3]. En effet, la grande majorité des tickets modérateurs non exonérés sont pris en charge par les organismes complémentaires.

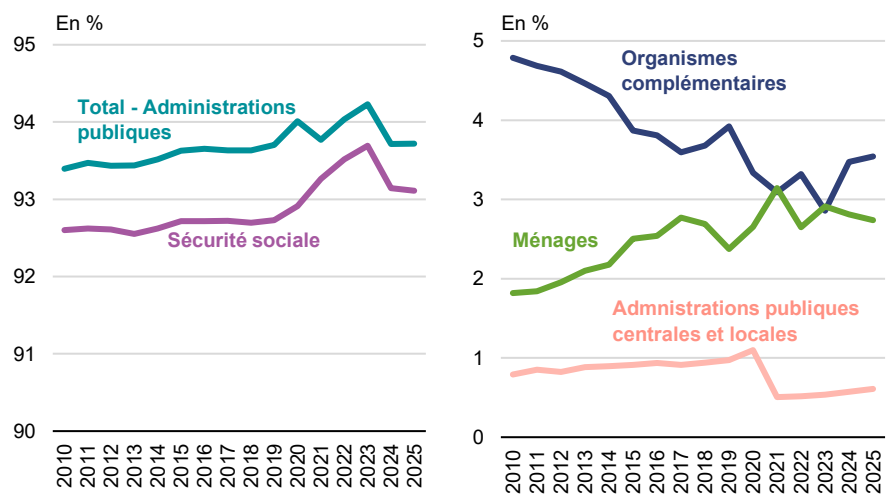
Le reste à charge des ménages s'établit à 0,2 milliard d'euros en 2025, soit 2,7 % des dépenses. Il est légèrement en baisse depuis 2023 (2,9 %). Entre 2010 et 2025, la part de la dépense de transports sanitaires à la charge des ménages est passée de 1,8 % à 2,7 %.

Tableau 3 Financement des transports sanitaires en 2025

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	6 394	93,1
Administrations publiques centrales et locales	42	0,6
Organismes complémentaires	243	3,5
Ménages	188	2,7
Ensemble	6 867	100,0

Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 3 Évolution du financement des transports sanitaires



Source > Drees, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

> Commission des comptes de la Sécurité sociale (2026, mai). Les comptes de la sécurité sociale, résultats 2025, prévisions 2026.

Les biens médicaux en ambulatoire

En 2025, la consommation de médicaments en ambulatoire, hors produits immunisants, s'établit à 34,9 milliards d'euros, soit 9,9 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Elle augmente de 1,3 % en valeur, en ralentissement par rapport à 2024. Les remises versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie au titre de médicaments consommés en ambulatoire augmentent de nouveau, pour atteindre 6,2 milliards d'euros en 2025. La Sécurité sociale est le principal financeur des médicaments en ambulatoire (75 % de la dépense). Les médicaments remboursables au taux légal de 65 % sont les plus consommés. Leur taux effectif de remboursement par l'Assurance maladie est en moyenne de 86 % en 2025, en raison des dispositifs d'exonération de ticket modérateur. Tous médicaments confondus, y compris ceux non remboursables, le reste à charge des ménages sur les médicaments s'élève à 13,3 % de l'ensemble, une part en hausse depuis 2023.

La consommation de médicaments en ambulatoire ralentit en 2025

La consommation de médicaments en ambulatoire s'élève à 34,9 milliards d'euros en 2025, soit 9,9 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) [tableau 1]. Elle inclut les médicaments délivrés en pharmacie de ville ainsi que la rétrocession hospitalière (médicaments délivrés à l'hôpital, mais à des patients non hospitalisés, intégralement pris en charge par l'Assurance maladie). Elle comprend également les marges des distributeurs et les émoluments des pharmaciens (honoraires pour dispensation et actes, rémunérations forfaitaires). Elle est mesurée après déduction des remises conventionnelles ou d'accès dérogatoire versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie (hors clauses de sauvegarde). Elle n'inclut pas les médicaments délivrés lors d'une hospitalisation ou d'un hébergement médico-social, ni les produits immunisants classés en dépenses de prévention (fiche 27).

Entre 2010 et 2019, la consommation de médicaments en ambulatoire avait diminué (-0,6 % par an en moyenne), essentiellement en raison de la baisse des prix des médicaments remboursables (graphique 1). Depuis 2021, la consommation de médicaments en ambulatoire croît en valeur chaque année. Elle ralentit fortement en 2025 (+1,3 % après +4,0 % en 2024). Ce ralentissement est dû à la décélération du volume

de médicaments consommés en ambulatoire (+3,7 % en 2025, après +6,5 % en 2024).

Dans les comptes de la santé, et plus généralement en comptabilité nationale, la notion de volume regroupe deux dimensions : l'évolution de la quantité de médicaments (nombre de boîtes), mais aussi l'évolution du mix thérapeutique (ou effet de structure, comprenant l'arrivée de nouveaux médicaments sur le marché). Le volume ne reflète donc pas uniquement le nombre de boîtes vendues, qui baisse en 2025 (-2 %).

Depuis 2011, l'indice des prix des médicaments est orienté à la baisse. En 2025, l'effet prix est de nouveau négatif (-2,3 %) et modère donc la hausse des dépenses de médicaments en ambulatoire¹. La baisse des prix constatée depuis 2021 est d'environ 2 %, soit un rythme deux fois plus faible que celui constaté entre 2010 et 2019 (-3,9 % en moyenne).

Dans les comptes de la santé, comme en comptabilité nationale, l'effet prix mesure une évolution à qualité constante d'une année à l'autre (médicaments comparables). L'arrivée de nouveaux médicaments, dont les prix sont plus élevés, est exclue de la mesure de l'effet prix, étant considérée comme une augmentation du volume de médicaments consommés. Sur l'ensemble des médicaments, en tenant compte des évolutions de prix et de l'évolution de la structure des médicaments (évolution du mix thérapeutique), le prix moyen d'une boîte augmente de 3,3 % en 2025. L'écart entre l'effet prix, au sens de

¹ L'indice de prix des médicaments utilisé dans les comptes de la santé est un majorant, dans la mesure où les remises contribuent également à baisser les prix net (prix facial moins remises) des médicaments d'une année sur l'autre, lorsque le taux de remise par médicament est rehaussé. Cet effet est néanmoins atténué du fait de l'existence de baisses du prix facial reflétant une transformation des remises : dans ce cas, le prix facial diminue, mais le prix net reste inchangé.

En 2025, le fort dynamisme des remises provient en partie d'une modification de leur mode de calcul. Depuis 2025, l'assiette de calcul des remises conventionnelles a notamment été élargie pour intégrer les ventes réalisées dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). L'effet des remises sur l'évolution des prix ne peut être précisément calculé sans utilisation de données par médicament et fera l'objet de travaux complémentaires.

la comptabilité nationale, et le prix moyen reflète cet effet de structure. Cet effet de composition est caractéristique du marché du médicament : alors que les prix des médicaments décroissent continûment, la valeur de la consommation totale augmente, du fait des médicaments innovants qui présentent des prix plus importants à l'entrée pour financer l'innovation (Cadillac, Maugendre, 2026).

Certains médicaments récemment introduits sur le marché se trouvent parmi les plus consommés en valeur en 2025 (avant prise en compte des remises) en raison de leur coût important : le vutrisiran et le tafamidis pour le traitement des neuropathies, le risdiplam pour l'amyotrophie spinale ou le faricimab pour la DMLA néovasculaire.

En 2025, l'indice des prix des médicaments remboursables baisse de 2,8 %. Celui des médicaments non remboursables augmente de nouveau en 2025, de 3,1 % (après -1,2 % en 2024 et +5,3 % en 2023).

Le dynamisme des médicaments remboursables est contenu par celui des remises conventionnelles ou d'accès dérogatoires. En effet, les remises ont plus que doublé entre 2021 et 2025, passant de 2,9 milliards d'euros à 6,2 milliards d'euros. Dans le même temps, les dépenses brutes (i.e. avant prise en compte des remises) ont augmenté de 22 %. La part des remises dans les dépenses brutes est passée de 2,3 % en 2015 à 16,2 % en 2025.

L'avenant n°1 à la convention nationale des pharmaciens, signé en juin 2024, prévoit notamment la revalorisation des astreintes et des honoraires de garde en cas de permanence pharmaceutique, la création d'un nouvel honoraire de garde « nuit profonde » entre minuit et 6 h du matin et l'augmentation de 20 % de l'honoraire de dispensation à l'ordonnance.

Les honoraires de dispensation augmentent moins vite que la consommation de médicaments en ambulatoire (+0,6 % contre 1,3 %). Ils s'établissent à 4,2 milliards d'euros en 2025 et représentent 12 % de la consommation de médicaments en ambulatoire.

Les rémunérations forfaitaires des pharmaciens par l'Assurance maladie s'élèvent à 0,2 milliard d'euros en 2025, en progression de 2,3 % (contre - 0,8 % en 2024).

Les médicaments en ambulatoire représentent 83 % des 43,9 milliards d'euros de dépense totale de médicament

Les médicaments en ambulatoire représentent l'essentiel du volume et de la valeur des médicaments dispensés. Des médicaments sont

également délivrés et administrés lors d'hospitalisations. Ces médicaments sont soit facturés avec le séjour (ils sont dits « intra-groupe homogène de séjour » [GHS]), soit inscrits sur la liste en sus des séjours, soit « en accès dérogatoire ». Les médicaments sur la liste en sus et ceux en accès dérogatoires sont facturés à part et pris en charge intégralement par l'Assurance maladie. En 2025, ces dépenses de médicaments à l'hôpital sont estimées à 7,5 milliards d'euros (tableau 2). En ajoutant les produits immunisants (classés en prévention) [fiche 27], la consommation totale de médicaments s'élève à 43,9 milliards d'euros. Les dépenses de médicaments en ambulatoire représentent 83 % de cette consommation totale en 2025.

Dans le détail, les dépenses de médicaments en sus et en accès dérogatoire atteignent en 2025 un montant de 9,9 milliards d'euros avant remises, et de 5,6 milliards d'euros après déduction des remises. Ces dépenses se répartissent à 16 % pour le secteur hospitalier privé et à 84 % pour le secteur hospitalier public, tandis que le secteur public représente 78 % des soins hospitaliers (fiche 2), conformément aux analyses montrant que les hospitalisations dans le secteur hospitalier public concernent plus fréquemment des pathologies lourdes et complexes que dans le secteur hospitalier privé (Cour des comptes, 2023).

En 2025, les effectifs de pharmaciens restent stables

Au 1er janvier 2025, 64 800 pharmaciens (hors salariés hospitaliers exclusifs) exercent en France (tableau 3). Les effectifs de pharmaciens sont en très légère hausse (+0,2 % en 2025, après +1,3 % en 2024) et retrouvent leur niveau de 2019. La dynamique des effectifs de pharmaciens se caractérise par une hausse lente et régulière des salariés non hospitaliers (+1,5 % en 2025, +0,8 % par an en moyenne depuis 2016) et par une baisse toute aussi régulière des effectifs de pharmaciens exclusivement libéraux (-1,4 % en 2025, -1,3 % par an en moyenne depuis 2013). Les salariés non hospitaliers représentent 57,4 % des effectifs de pharmaciens en 2025, les effectifs libéraux 42,4 %. Dix ans plus tôt, en 2015, ces proportions s'élevaient respectivement à 52,3 % et 47,5 %. Les effectifs de pharmaciens exerçant en mode mixtes restent très minoritaires.

Tableau 1 Consommation de médicaments en ambulatoire et autres rémunérations des pharmaciens

	2015	2021	2022	2023	2024	2025
Ensemble (en millions d'euros)	31 138	30 883	32 344	33 167	34 494	34 947
Dépenses de médicaments	31 138	30 659	32 120	32 940	34 249	34 694
Médicaments remboursables	28 305	28 304	29 522	30 288	31 490	31 894
dont délivrés en ville avec prescription	26 337	24 389	26 448	28 246	29 785	31 082
dont délivrés en ville sans prescription	nd	352	410	390	390	397
dont honoraires de dispensation en ville	nd	3 929	4 076	4 115	4 182	4 206
dont délivrés à l'hôpital (rétrocédés)	2 630	2 565	2 363	2 249	2 325	2 394
dont remises conventionnelles ou d'accès dérogatoire ¹	-662	-2 930	-3 775	-4 712	-5 192	-6 185
Médicaments non remboursables	2 833	2 355	2 598	2 652	2 760	2 800
Rémunérations forfaitaires et actes des pharmaciens	nd	224	223	227	245	253
Rémunérations forfaitaires des pharmaciens	nd	23	222	223	221	226
Actes des pharmaciens	nd	1	2	4	24	27
Évolution (en %)	-1,9	+3,5	+4,7	+2,5	+4,0	+1,3
Partage volume-prix ²						
dont volume (en %)	+2,2	+5,6	+6,8	+4,1	+6,5	+3,7
dont prix (en %)	-4,0	-2,0	-1,9	-1,5	-2,3	-2,3
Partage quantité-prix moyen						
dont nombre de boîtes (en %)	nd	nd	+4,1	-1,5	+0,1	-2,0
dont prix moyen (en %)	nd	nd	+0,6	+4,1	+3,9	+3,3

nd : non disponible.

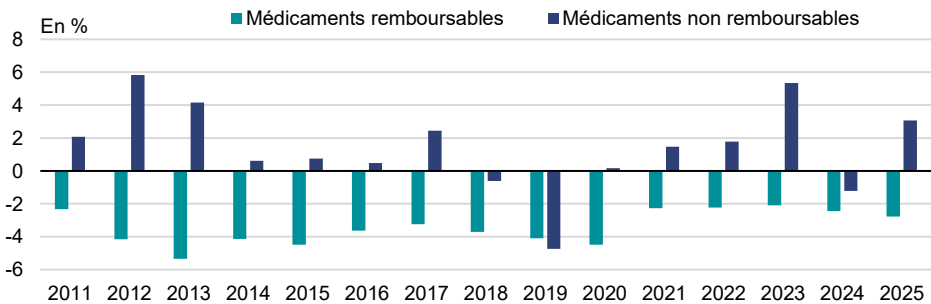
1. Les remises comprennent les remises conventionnelles et les remises d'accès dérogatoires. Elles ne tiennent pas compte des versements des laboratoires à l'Assurance maladie au titre de la clause de sauvegarde.

2. Dans le partage volume-prix des médicaments effectués dans les comptes de la santé, les remises sont comptabilisées dans l'effet volume : ainsi, l'effet prix ne tient pas compte de l'évolution du taux de remise par médicament d'une année sur l'autre.

Note > Avant 2021, les dépenses liées aux rémunérations forfaitaires et aux actes des pharmaciens ainsi qu'aux médicaments remboursables délivrés sans prescription et aux honoraires de dispensation sont incluses dans l'estimation des dépenses de médicaments remboursables délivrés en pharmacie avec prescription. L'évolution en valeur de la consommation de médicaments en ambulatoire est décomposée de deux manières : (1) en effet volume et effet prix et (2) en effet quantité (nombre de boîtes consommées) et prix moyen. Ce deuxième partage met en valeur les dynamiques de quantités pures et les effets de structure affectant la consommation de médicaments en ambulatoire. Les dépenses de médicaments présentées dans ce tableau excluent les dépenses brutes de produits immunisants, classées en prévention, mais incluent les remises associées à ces médicaments.

Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee pour les indices des prix.

Graphique 1 Évolution annuelle des indices des prix des médicaments remboursables et non remboursables



Note > L'indice des prix à la consommation est calculé à qualité constante. Il mesure la variation des prix des médicaments pour un panier de médicaments constant. Il exclut par construction les nouveaux médicaments, en particulier les médicaments innovants particulièrement onéreux, dont la consommation est traitée comme une augmentation du volume dans les comptes de la santé. Dans le partage volume-prix des médicaments effectués dans les comptes de la santé, les remises sont comptabilisées dans l'effet volume : ainsi, l'effet prix ne tient pas compte de l'évolution du taux de remise par médicament d'une année sur l'autre.

Lecture > En 2025, l'indice de prix des médicaments remboursables diminue de 2,8 %, et celui des médicaments non remboursables augmente de 3,1 %.

Source > Insee.

Tableau 2 Consommation de médicaments en ambulatoire et à l'hôpital en 2025

En milliards d'euros

Lieu de dispensation		Liste	Dépenses brutes	Remises	Dépenses nettes
Ambulatoire	Pharmacie de ville	Non remboursable	2,8	0,0	2,8
		Remboursable, hors rétrocession	35,7	-5,7	30,0
		Produits immunisants ¹	1,7	Nd	1,7
	Pharmacie hospitalière	Rétrocession	2,4	-0,5	1,9
Secteur hospitalier privé	Séjour	Intra-GHS	0,4	0,0	0,4
		Liste en sus et accès dérogatoire	1,6	-0,7	0,9
Secteur hospitalier public	Séjour	Intra-GHS	1,4	0,0	1,4
		Liste en sus et accès dérogatoire	8,4	-3,6	4,7
Ensemble			54,4	-10,5	43,9

nd : non disponible.
1. Les remises sur produits immunisants sont comptées avec les remises en ambulatoire, les données disponibles ne permettant pas de les distinguer.
Note > Les dépenses de médicaments intra-GHS sont estimées à partir de données provisoires. Les dépenses de médicaments inscrits sur la liste en sus ou bénéficiant d'un accès dérogatoire sont mesurées ici selon les remboursements de l'Assurance maladie. Le partage par lieu des remises n'est pas un résultat comptable, mais une estimation.
Source > Drees, comptes de la santé.

Tableau 3 Effectifs de pharmaciens, hors salariés hospitaliers exclusifs, par mode d'exercice, au 1^{er} janvier

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Structure 2025 (en %)
Ensemble	66 000	64 300	64 200	63 900	64 700	64 800	+0,2	100
Libéraux exclusifs	31 300	29 000	28 500	28 200	27 900	27 500	-1,4	42,4
Mixtes	200	100	100	100	200	100	-11,5	0,2
Salariés hors hospitaliers	34 500	35 200	35 600	35 600	36 700	37 200	+1,5	57,4

Note > Pour plus d'informations sur les effectifs hospitaliers, voir la fiche 10.
Champ > France entière.
Source > ASIP-Santé RPPS ; calculs Drees.

La Sécurité sociale prend en charge les trois quarts des dépenses de médicaments en ambulatoire en 2025

En 2025, la Sécurité sociale finance 75,2 % de la dépense de médicaments en ambulatoire (tableau 4). Les administrations publiques centrales et locales en prennent en charge 0,6 % et les organismes complémentaires 11 %. Le reste à charge des ménages représente 13,2 % de la dépense de médicaments ambulatoire totale, soit 4,6 milliards d'euros.

Sur le champ remboursable, le reste à charge des ménages atteint 1,9 milliards d'euros, soit 5,9 % des médicaments remboursables. Il est composé en premier lieu des franchises médicales ainsi que des dépenses de médicaments remboursables non

prescrites ou non présentées au remboursement. Les franchises médicales s'élèvent à 1,0 milliard d'euros en 2025. Elles ont augmenté de 5,4 % en 2025, après +36,1 % en 2024, année de doublement des franchises médicales (à plafond annuel inchangé).

Sur le champ non-remboursable, les ménages financent 97,5 % des dépenses de médicaments (soit 2,7 milliards d'euros), et les organismes complémentaires en financent 2,5 % (0,7 milliard d'euros).

Le taux de reste à charge des médicaments en ambulatoire est en hausse depuis 2023 (12,9 %) [graphique 2]. Depuis 2010 toutefois, il a diminué de 1,4 point. Sur la même période, la part financée par la Sécurité sociale a augmenté de 6,8 points, et celle

financée par les organismes complémentaires a reculé de 4,5 points. Cette hausse de la prise en charge des médicaments par la Sécurité sociale s'explique à la fois par une hausse de la consommation de médicaments mieux remboursés, mais aussi par une montée en puissance des dispositifs d'exonération de ticket modérateur (en particulier les affections de longue durée) [fiche 5].

En raison des dispositifs d'exonération du ticket modérateur, le taux de remboursement effectif des médicaments est supérieur à leur taux de remboursement

légal. En 2025, les médicaments remboursés dans le cas général à 65 % par la Sécurité sociale sont pris en charge en moyenne à 86 % du fait de ces dispositifs par exemple (graphique 3). Hormis les médicaments remboursés à 100 %¹, totalement pris en charge par la Sécurité sociale (exception faite des franchises), les médicaments remboursables sont donc remboursés entre 21 et 28 points de plus que le taux théorique prévu. Ainsi, les dépenses brutes de médicaments remboursés à 65 % représentent-elles 18,7 milliards d'euros en 2025, et ceux remboursés à 100 % représentent 8,9 milliards d'euros. ■

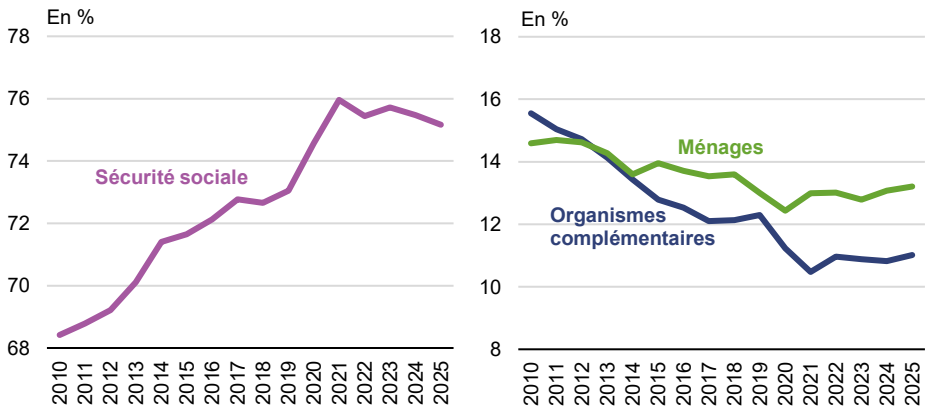
Tableau 4 Financement des dépenses de médicaments en ambulatoire en 2025

	Ensemble		Dont médicaments remboursables		Dont médicaments non remboursables	
	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	26 266	75,2	26 017	81,6		
Administrations publiques centrales et locales	216	0,6	216	0,7		
Organismes complémentaires	3 848	11,0	3 776	11,8	70	2,5
Ménages	4 616	13,2	1 885	5,9	2 730	97,5
Ensemble	34 947	100,0	31 894	100	2 800	100,0

Note > Outre les médicaments remboursables et non remboursables, les dépenses de médicaments dans leur ensemble incluent les rémunérations forfaitaires et actes des pharmaciens.

Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 2 Évolution du financement des médicaments en ambulatoire

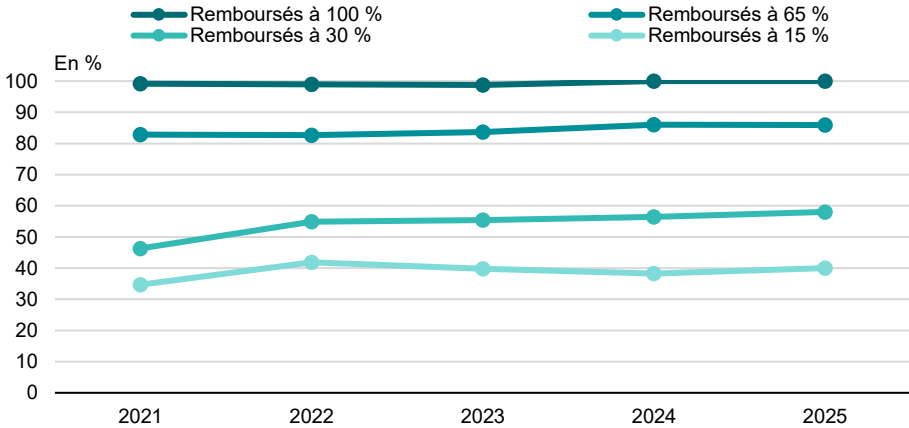


Note > Le financement par les administrations publiques centrales et locales n'est pas représenté, du fait de sa part résiduelle.

Source > Drees, comptes de la santé.

¹ Les médicaments peuvent être remboursés à 100 % s'ils sont considérés comme irremplaçables et coûteux par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Graphique 3 Taux de remboursement effectifs moyens des dépenses brutes de médicaments remboursables en ambulatoire (hors rétrocession hospitalière, hors honoraires de dispensation), en fonction de leur taux de remboursement légal



Source > Drees, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > Cadillac, M., Maugendre, E. (2026, juillet). Innovation thérapeutique et régulation des prix : les déterminants de la hausse des dépenses de médicaments en France (2016-2024). Drees, *Les Dossiers de la Drees*, 139.
- > Cour des comptes (2023, octobre). *Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité. Chapitre I, Des soins hospitaliers inégalement accessibles selon les spécialités, les territoires et les patients.*

En 2025, les pharmacies d'officine ont acheté pour 30,5 milliards d'euros de médicaments (valorisés au prix facial hors taxes) auprès des laboratoires pharmaceutiques, soit 1,9 milliard de plus qu'en 2024 (+6,8 %) et 9,3 milliards de plus que cinq ans auparavant. Cette dépense est essentiellement composée de médicaments remboursables, en hausse de 6,7 % par rapport à 2024, contre 8,6 % pour les médicaments non remboursables. Les médicaments inscrits au répertoire des génériques représentent plus de la moitié des boîtes de médicament remboursables vendues et presque 30 % du chiffre d'affaires. Les médicaments biologiques et leurs biosimilaires représentent 9 % de l'ensemble des remboursables. Le prix moyen d'une boîte de médicaments datant de plus de 20 ans est dix fois moins élevé que pour un médicament mis sur le marché depuis 10 à 20 ans, lui-même 1,6 fois moins élevé que pour un médicament de moins de 10 ans.

En 2025, le marché des médicaments vendus aux officines se compose de 13 170 présentations¹ différentes de médicaments. Son chiffre d'affaires brut (CA), entendu comme les ventes des laboratoires aux officines aux prix hors taxes avant remises conventionnelles et hors remises commerciales (prix facial), est de 30,5 milliards d'euros en France métropolitaine (tableau 1). Le champ considéré est plus restreint que celui de la fiche 21, tant par son périmètre (la rétrocession hospitalière n'est pas comptabilisée) que par les dépenses prises en compte (ici prix faciaux hors taxes, hors honoraires de dispensations des pharmaciens) [encadré].

Une hausse marquée du chiffre d'affaires des médicaments vendus aux officines en 2025

Après plusieurs années de faible évolution du CA brut des ventes aux officines jusqu'en 2020 (entre -2,5 % et +2,5 %, fluctuant entre 20 et 21 milliards d'euros), puis quatre années consécutives de forte croissance de 2021 à 2024 (plus de 6 % par an), celui-ci continue de croître nettement en 2025 (+6,8 %) pour atteindre 30,5 milliards d'euros. Le rythme de croissance est plus soutenu qu'en 2024 (+5,8 %), mais reste inférieur à ceux observés entre 2021 et 2023. Le marché a ainsi progressé de 9,3 milliards d'euros en cinq ans soit une augmentation moyenne de 1,8 milliard d'euros par an.

Ce marché se compose essentiellement de médicaments remboursables, à hauteur de 83 % du nombre de présentations et de 92 % du chiffre d'affaires. Les ventes aux officines de médicaments remboursables augmentent de 6,7 % en 2025, atteignant un montant de 28,2 milliards d'euros.

Arrivée en tête des CA parmi les médicaments remboursables, la substance active tafamidis, préconisée contre les insuffisances cardiaques, a été achetée pour 1,02 milliard d'euros par les officines de ville, en hausse de 26 % par rapport à 2024, avec un prix moyen de 6 930 euros la boîte. Le CA de l'anti-coagulant apixaban arrive en deuxième position (842 millions d'euros), en hausse de 9,7 % en valeur et en nombre de boîtes par rapport à 2024.

Le chiffre d'affaires brut des médicaments non remboursables, en hausse de 8,6 % par rapport à 2024, atteint son point le plus haut depuis dix ans. Hormis les années 2020 et 2021 marquées par la pandémie de Covid-19, ce chiffre d'affaires oscille entre 1,9 et 2,1 milliards d'euros depuis 2015. La molécule tadalafil, indiquée dans les troubles de l'érection, génère le CA le plus important parmi les médicaments non remboursables (135 millions d'euros), en hausse de 7 % par rapport à 2024. Le CA des médicaments homéopathiques, au deuxième rang, augmente de 7,7 % pour s'établir à 112 millions d'euros, après une baisse de 12 % entre 2023 et 2024.

Une légère progression des génériques en 2025

Les médicaments génériques sont élaborés à partir d'un produit de référence, dit princeps, dont le brevet a expiré. Dans tous les systèmes de santé, ils constituent une source d'économie car leur prix est plus faible que celui des princeps². En 2025, plus d'un milliard de boîtes de médicaments génériques ont été achetées par les pharmacies d'officine, pour un chiffre d'affaires de 4,8 milliards, soit 17,1 % du CA brut des

¹ La présentation est le niveau le plus fin de la définition d'un médicament qui tient compte de la substance active, du dosage, de la voie d'administration et du conditionnement.

² En France, à l'expiration du brevet, le princeps subit une décote de 20 % et les prix des génériques éventuellement introduits sont fixés à 60 % en dessous de son prix historique.

médicaments remboursables. Les médicaments génériques représentent 44,3 % des boîtes de médicaments remboursables vendues, 1,2 point de plus qu'en 2024, et en hausse de 10,8 points depuis 2015 (graphique 1). En revanche, après avoir oscillé entre 11 % et 13 % entre 2014 et 2019, la part des princeps génériquables est stable depuis 2020, aux alentours de 10 % ; ils représentent 9,5 % des boîtes de médicaments remboursables vendues en 2025.

Au total, en 2025, les médicaments du répertoire générique¹ représentent, en nombre de boîtes, 53,8 % des médicaments remboursables et 29,9 % du chiffre d'affaires des médicaments remboursables (soit 8,4 milliards d'euros) [graphique 2]. Le chiffre d'affaires brut des médicaments génériques progresse moins fortement en 2025 (+4,2 %) que celui

de l'ensemble des médicaments remboursables (+6,7 %), contrairement aux années précédentes. Par ailleurs, les médicaments du répertoire générique soumis au tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)² représentent un chiffre d'affaires de 1,8 milliard d'euros, soit 21,4 % de l'ensemble du répertoire en 2025. Cette part a diminué en 2025 (22,6 % en 2024), prolongeant la baisse déjà observée entre 2023 et 2024. Auparavant, elle était en hausse quasi continue depuis 2015, passant de 17,2 % cette année-là à son niveau maximal observé en 2023 (23,2 %). Les médicaments génériques du répertoire sous TFR dégagent un chiffre d'affaires 3 fois plus important que celui de leurs princeps génériquables associés, alors que les génériques au TFR enregistrent à un niveau proche celui de leur princeps.

Tableau 1 Ventes de médicaments aux officines

En milliards d'euros

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ensemble des médicaments	20,0	20,1	20,1	20,6	21,0	21,2	22,8	25,1	27,0	28,6	30,5
Évolution (en %)	+0,1	+0,2	+0,3	+2,5	+2,0	+0,6	+7,7	+10,3	+7,5	+5,8	+6,8
Médicaments remboursables	18,0	18,0	18,0	18,6	19,1	19,5	21,1	23,2	24,9	26,4	28,2
Évolution (en %)	-0,6	-0,1	+0,1	+3,3	+2,8	+1,9	+8,4	+9,7	+7,6	+6,0	+6,7
Médicaments non remboursables	2,0	2,1	2,1	2,0	1,9	1,7	1,7	2,0	2,1	2,1	2,3
Évolution (en %)	+7,1	+2,1	+1,6	-4,8	-5,5	-11,9	-0,8	+18,0	+5,9	+3,2	+8,6

Lecture > En 2025, les ventes de médicaments aux officines représentent un chiffre d'affaires de 30,5 milliards d'euros.
Champ > Chiffre d'affaires des ventes aux officines pharmaceutiques aux prix catalogue hors taxes en France métropolitaine.
Source > GERS, traitements Drees.

Encadré Les médicaments : de la vente aux officines à la vente aux patients

Cette fiche porte sur le marché pharmaceutique du point de vue des laboratoires exploitants en France métropolitaine, i.e. des ventes des laboratoires pharmaceutiques auprès des pharmacies de ville (officines), par l'intermédiaire de grossistes-répartiteurs (à hauteur de 80 % du chiffre d'affaires global) ou directement auprès des laboratoires (pour les 20 % du chiffre d'affaires global restants). Les montants sont présentés hors taxes, hors remises commerciales, hors remises conventionnelles à l'assurance maladie et hors honoraires de dispensation des pharmaciens. Les montants ne comprennent pas non plus les ventes de médicaments rétrocédés, à savoir les médicaments délivrés par les pharmacies à usage intérieur (PUI) et les pharmacies hospitalières à des patients en ambulatoire. Les volumes achetés par les officines dans l'année ne sont pas nécessairement achetés par les patients la même année, mais peuvent constituer un stock.

À l'inverse, les montants présentés dans la fiche 21, qui correspondent à la consommation de médicaments par les ménages de la France entière, comprennent les dépenses de médicaments délivrés en officine et de médicaments dits rétrocédés, dans le cadre de la rétrocession hospitalière, ainsi que les émoluments des pharmaciens (les honoraires de dispensation et les rémunérations forfaitaires). Les montants de la fiche 21 sont exprimés toutes taxes comprises et après remises conventionnelles ou

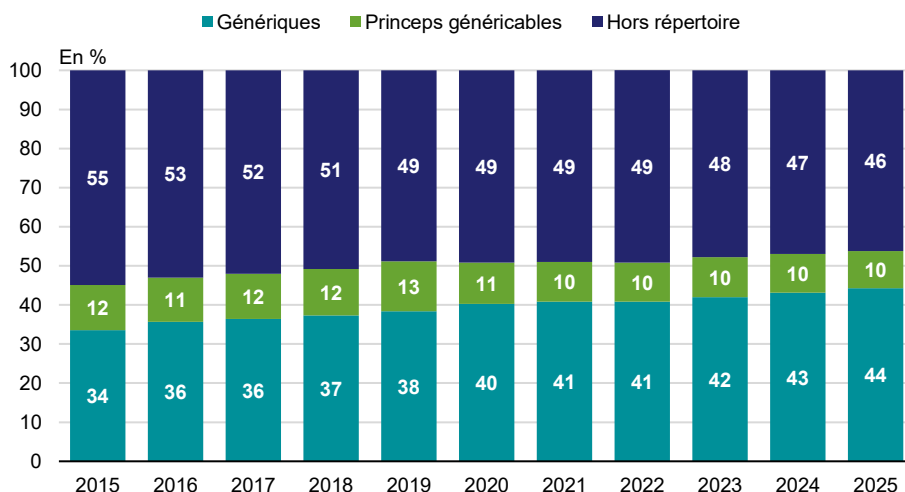
¹ Il est composé des médicaments de référence (princeps génériquables) et de leurs génériques associés. Ce dispositif offre l'intérêt d'associer à chaque princeps une alternative moins onéreuse substituable.

² Lorsque les génériques sont insuffisamment prescrits au sein d'un groupe générique, la base de remboursement du princeps est fixée au prix du générique le moins

cher de son groupe, nommé tarif forfaitaire de responsabilité (TFR). Le TFR est l'un des mécanismes de régulation du coût des médicaments pour les administrations publiques, piloté par le Comité économique des produits de santé (CEPS).

d'accès dérogatoire à l'assurance maladie. La consommation de médicaments présentée dans la fiche 21 est supérieure d'environ 18 % aux ventes aux officines, du fait de ces distinctions de champs.

Graphique 1 Répartition des boîtes de médicaments remboursables vendues selon le répertoire, en %, de 2015 à 2025

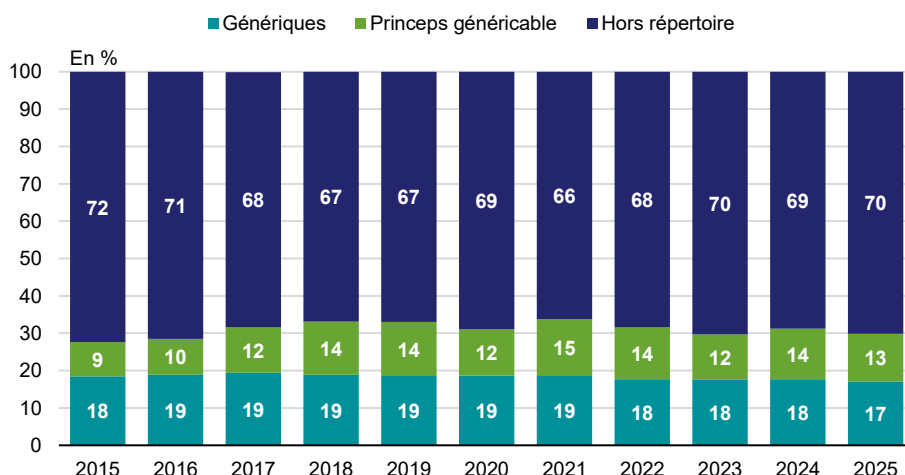


Lecture > En 2025, les médicaments inscrits au répertoire générique représentent 53,8 % du nombre de boîtes vendues, dont 44,3 % pour les seuls génériques.

Champ > Ventes de médicaments remboursables aux officines pharmaceutiques aux prix catalogue hors taxes en France métropolitaine.

Source > GERS, traitements Drees.

Graphique 2 Répartition du chiffre d'affaires de médicaments remboursables vendus selon le répertoire, en %, de 2015 à 2025

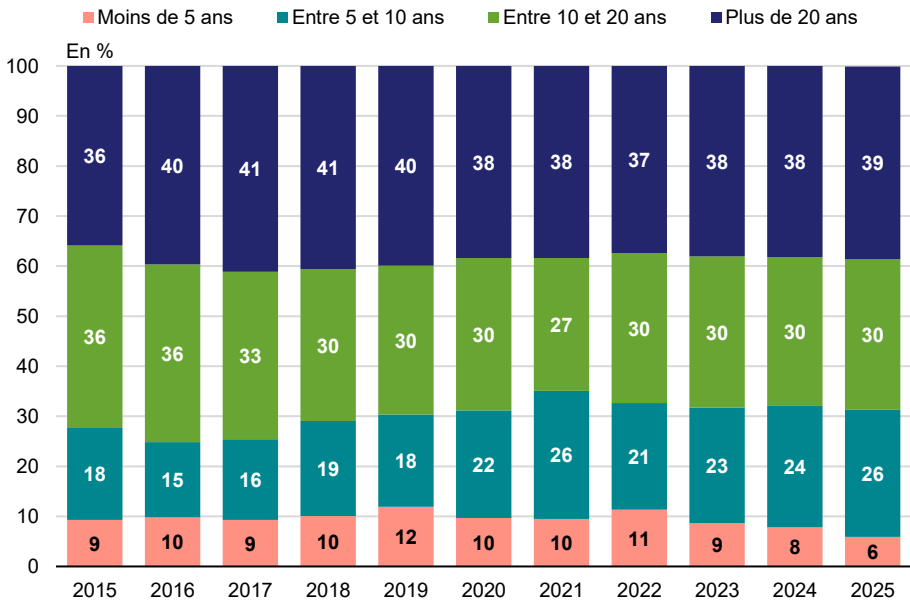


Lecture > En 2025, les médicaments inscrits au répertoire générique représentent 29,9 % du chiffre d'affaires des produits remboursables, dont 17,1 % pour les génériques.

Champ > Ventes de médicaments remboursables aux officines pharmaceutiques aux prix catalogue hors taxes en France métropolitaine.

Source > GERS, traitements Drees.

Graphique 3 Parts de marché des médicaments remboursables vendus aux officines selon leur classe d'âge, de 2015 à 2025



Note > L'âge du médicament est calculé au 31 décembre de l'année considérée. En raison d'une remontée de données incomplète sur l'année 2020, la ventilation des chiffres d'affaires a été effectuée sur 96 % du montant global des médicaments remboursables.

Lecture > En 2025, les médicaments datant de 20 ans ou plus représentent 38,5 % du chiffre d'affaires des médicaments remboursables.

Champ > Ventes de médicaments remboursables aux officines pharmaceutiques aux prix catalogue hors taxes en France métropolitaine.

Source > GERS, traitements Drees.

Une part de marché des molécules plus récentes en stagnation depuis trois ans

En 2025, les médicaments datant de plus de 20 ans représentent 38,5 % du chiffre d'affaires brut des médicaments remboursables (graphique 3), suivis par ceux mis sur le marché depuis 10 à 20 ans (30,0 % du marché). Cela s'explique par les volumes très importants vendus, et non par les prix unitaires bien plus faibles que ceux des médicaments de moins de 10 ans. Le prix moyen d'une boîte de médicaments commercialisés depuis plus de 20 ans est dix fois moins élevé que celui d'un médicament mis sur le marché depuis 10 à 20 ans, lui-même 1,6 fois moins élevé que pour un médicament de moins de 10 ans d'ancienneté. Ces chiffres ne tiennent pas compte des remises conventionnelles qui réduiraient vraisemblablement l'écart de prix relatif entre médicaments anciens et plus récents.

Les médicaments de moins de dix ans d'ancienneté comptent ainsi pour près d'un tiers du chiffre d'affaires des médicaments remboursables vendus

aux officines. Cette part stagne pour la deuxième année consécutive (31,4 %) alors qu'elle était globalement orientée à la hausse depuis 2016 (24,8 % cette année-là)¹.

Un chiffre d'affaires de 2,5 milliards d'euros pour les médicaments appartenant à des groupes biologiques similaires.

Les médicaments biologiques, ou biomédicaments, sont des molécules thérapeutiques issues d'organismes vivants. Lorsqu'un biomédicament n'est plus protégé par un brevet, d'autres laboratoires peuvent commercialiser des médicaments de structure très proche, appelés biosimilaires. Les biosimilaires jouent un rôle comparable à celui des médicaments génériques pour les médicaments chimiques classiques. Chaque biomédicament de référence (appelé bioréférent) et ses biosimilaires associés forment un « groupe biologique similaire », tel que défini dans la « liste des biosimilaires ».

¹ Même en tenant compte des remises, les médicaments récents prescrits à l'hôpital ont tiré à la hausse

les dépenses entre 2016 et 2024, qu'ils soient délivrés à l'hôpital ou en ville (Cadillac *et al.*, 2026).

Les groupes biologiques similaires vendus aux officines, au nombre de 18, génèrent au total 2,5 milliards de CA en 2025, dont 1,6 milliard pour les seuls bioréférents. Cela représente 9 % du CA de l'ensemble des médicaments remboursables. Ce CA augmente de 9 % par rapport à 2024 et de 77 % en 7 ans (Dahmouh, 2019). Parmi les 18 groupes biologiques similaires, un seul n'a pas encore de biosimilaire associé, contre 4 en 2024. Pour les

17 autres, la part des biosimilaires dans le CA du groupe est en moyenne de 42 % en 2025. Elle est toutefois très variable selon les groupes, allant de 1 % à 97 %. En 2025, les pharmaciens d'officine ont reçu l'autorisation de substituer¹ certains bioréférents par des biosimilaires, ce qui pourrait contribuer à accroître la part de ces derniers à moyen terme. ■

Pour en savoir plus

- > **Caisse nationale de l'Assurance maladie** (2026, juillet). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*. Propositions de l'Assurance maladie pour 2027.
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2025, mai). Le marché du médicament en 2024-Éclairage 3.1. Dans Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2024, prévisions 2025.
- > **Comité économique des produits de santé (CEPS)** (2025, décembre). *Rapport d'activité 2024*
- > **Cadillac, M., Maugendre, É.,** (2026). *Innovation thérapeutique et régulation des prix : les déterminants de la hausse des dépenses de médicaments en France (2016-2024)*. Les dossiers de la Drees, n° 139.
- > **Lapinte, A., Pollak, C., Solotareff, R. (dir.)** (2024, juillet). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - Édition 2024*. Fiche 25 - La prise en charge des médicaments. Paris, France : Drees, coll. Panoramas de la Drees-Santé.
- > **Dahmouh, A.** (2019) Médicaments biosimilaires : l'hôpital, premier vecteur de leur diffusion. *Études et résultats* n° 1123.

¹ La substitution par le pharmacien est encadrée par plusieurs conditions notamment par l'information préalable du patient et du prescripteur, son développement est également soutenu par des mécanismes d'incitation

économique (rémunération liée aux objectifs de substitution, dispositifs de remises commerciales).

En 2025, la consommation d'optique médicale s'élève à 8,3 milliards d'euros, soit 2,4 % de la dépenses courante de santé au sens international (DCSi). Elle augmente de 0,9 %, portée par les volumes. Près de deux tiers des dépenses d'optique médicale concernent les verres. Les organismes complémentaires (OC) financent 69 % de ces dépenses et les ménages 26 %. La part des dépenses du panier 100 % santé (panier A) continue d'augmenter, tout en restant minoritaire (5,8 %).

La consommation d'optique médicale augmente en 2025

Le champ de la consommation d'optique médicale dans les comptes de la santé couvre des produits remboursables (verres et montures notamment) et des produits non remboursables (la plupart des lentilles correctrices) consommés en ville. Il comprend les dépenses d'entretien et de réparation et éventuels suppléments facturés, et ne comprend pas la consommation de lunettes solaires de vue non remboursables et de lentilles esthétiques, considérées comme hors du champ des dépenses de santé.

En 2025, la consommation d'optique médicale s'établit à 8,3 milliards d'euros en 2025, soit 2,4 % de la dépenses courante de santé au sens international (DCSi) [tableau 1]. Elle ralentit en 2025 : +0,9 % après +2,9 % en 2024. La consommation d'optique médicale augmente moins que la DCSi dans son ensemble en 2025.

En 2025, la consommation d'optique médicale est portée par les volumes (+0,9 %, après +1,5 % en 2024) [graphique 1], en particulier par les volumes de verres, tandis que les prix demeurent stables. En valeur, la consommation de verres est un peu plus forte que celle des lentilles et des montures.

Le dynamisme de la consommation d'optique médicale a été soutenue par la réforme du 100 % santé et par les innovations technologiques du secteur.

Tendanciellement, la consommation d'optique médicale croît également en raison du vieillissement de la population, qui augmente la prévalence des troubles visuels.

La mise en place du 100 % santé s'est traduite, depuis 2020, par le remboursement total d'un ensemble de verres et de montures, dit de « panier A » (les lentilles correctrices n'étant pas concernées) par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires. La part du panier A demeure très minoritaire : en 2025, 5,8 % de la dépense de verres et de montures se porte sur le panier A. Cette part ne progresse quasiment pas. La consommation de verres et montures du panier A se compose à 82 % de verres et 18 % de montures. Les patients privilégient le panier B, dont les prix sont libres, pour les montures (environ 96 % de la dépense totale de montures).

Les verres représentent deux tiers de la consommation d'optique médicale

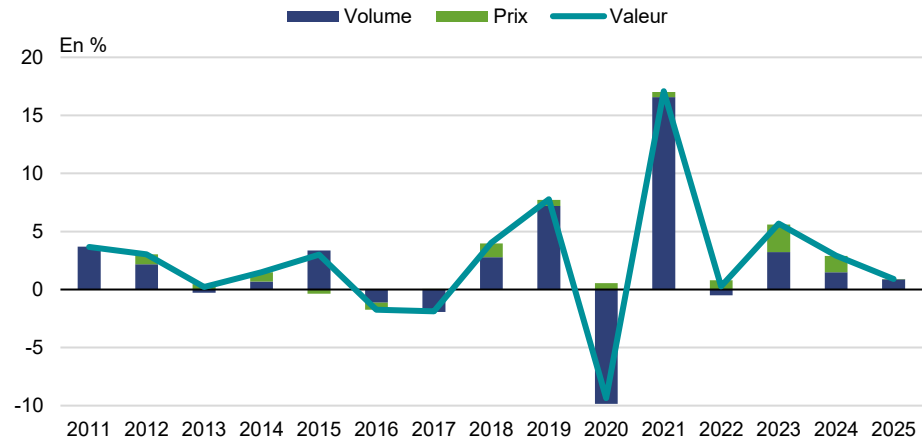
Les verres représentent 64 % de la dépense d'optique médicale en 2025, les montures 25 % et les lentilles 11 %. Cette structure reste stable depuis 2021 et s'est peu déformée depuis une dizaine d'années : la part des montures dans la consommation d'optique médicale était de 27 % en 2015 et celle de verres de 62 %.

Tableau 1 Consommation d'optique médicale

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Évolution moyenne 2015- 2024 (en %)	Structure 2025 (en %)
Optique médicale (en millions d'euros)	6 598	7 568	7 590	8 021	8 255	8 331	+0,9	+2,5	100,0
100% santé (panier A)	nc	356	383	427	458	482	+5,3		5,8
Verres	4 097	4 871	4 892	5 155	5 303	5 363	+1,1	+2,9	64,4
Verres 100 % santé (panier A)	nc	291	313	350	376	396	+5,2		4,7
Autres verres	4 097	4 580	4 579	4 805	4 927	4 967	+0,8	+2,1	59,6
Montures	1 813	1 916	1 890	2 011	2 074	2 084	+0,4	+1,5	25,0
Montures 100 % santé (panier A)	nc	65	70	77	82	87	+5,3		1,0
Autres montures	1 813	1 851	1 820	1 934	1 992	1 997	+0,2	+1,1	24,0
Lentilles correctrices	688	781	808	855	878	885	+0,8	+2,7	10,6
Évolution (en %)	+3,0	+17,1	+0,3	+5,7	+2,9	+0,9			
dont volume (en %)	+3,4	+16,6	-0,5	+3,2	+1,5	+0,9			
dont prix (en %)	-0,4	+0,4	+0,8	+2,4	+1,4	0,0			

nc : non concerné.
Lecture > En 2025, la consommation d'optique médicale s'élève à 8,3 milliards d'euros, dont 0,5 milliards d'euros en 100 % santé (panier A).
Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee pour les indices de prix.

Graphique 1 Décomposition de l'évolution de la consommation d'optique médicale entre volume et prix



Lecture > Les dépenses d'optique médicale augmentent de 0,9 % en 2025. Cette hausse se décompose en une hausse de 0,9 % du volume et une stagnation de 0,0 % du prix.
Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee pour les indices de prix.

Les effectifs d'opticiens augmentent de 4,5 % en 2025

En 2025, 44 200 opticiens exercent en France (tableau 2). En dix ans, les effectifs d'opticiens en France ont augmenté de près de 63 %. La part des

salariés en ville est largement majoritaire en 2025, à 80,6 % contre 74,2 % en 2014, soit une augmentation de 6,4 points en 10 ans. En 2025, la croissance des effectifs salariés est de nouveau dynamique (5,2 %, contre +1,7 % pour les opticiens libéraux et mixtes).

Tableau 2 Effectifs d'opticiens (hors salariés hospitaliers exclusifs) par mode d'exercice, au 1^{er} janvier

	2014	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution 2024 (en %)	Structure 2024 (en %)
Ensemble	27 100	37 800	39 100	40 700	42 300	44 200	+4,5	100,0
Libéraux ou mixtes	7 000	8 200	8 100	8 300	8 400	8 600	+1,7	19,4
Salariés hors hospitaliers	20 100	29 700	30 900	32 500	33 900	35 600	+5,2	80,6

Champ > France entière.
Source > Adeli ; calculs Drees.

Tableau 3 Financement de la consommation d'optique médicale par panier en 2025

	Ensemble		100% santé (panier A)		Autres		Lentilles correctrices	
	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	367	4,4	310	64,3	52	0,7	5	0,6
dont Complémentaire santé solidaire			216	44,8				
Administrations publiques centrales et locales	2	0,0	1	0,2	1	0,0	0	0,0
Organismes complémentaires	5 778	69,4	171	35,5	4 958	71,2	650	73,4
Ménages	2 184	26,2			1 954	28,1	230	26,0
Ensemble	8 331	100	482	100	6 964	100	885	100

Note > Les dépenses de lentilles correctrices incluent les dépenses d'optique non prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire et financées par les organismes complémentaires.
Lecture > En 2025, la Sécurité sociale finance 367 millions d'euros des dépenses totales d'optique médicale, soit 4,4 % du total. 216 millions d'euros correspondent à du financement de la Complémentaire santé solidaire, soit 2,6 % du total.
Source > Drees, comptes de la santé.

Les organismes complémentaires financent deux tiers de la consommation d'optique médicale

L'optique médicale se singularise par un mode de financement très différent des autres soins de ville, avec une part très faible de la Sécurité sociale et un rôle prépondérant des complémentaires.

Les administrations publiques (essentiellement la Sécurité sociale) financent 4 % de la dépense d'optique médicale en 2025 (tableau 3). Les dépenses restantes sont principalement prises en charge par les organismes complémentaires, à hauteur de 69 %. Cette part est nettement supérieure à celle sur les autres postes de la DCSi [fiche 6]. Cette structure est similaire sur le champ restreint des dispositifs d'optique médicale en dehors du panier A, qui compose 94,2 % de la dépense d'optique médicale totale (soit 7,8 milliards d'euros).

Concernant le panier A correspondant au 100 % santé (0,5 milliard d'euros de consommation en

2025), 64 % sont financés par la Sécurité sociale, dont la majeure partie par la Complémentaire santé solidaire (C2S). Ainsi, la C2S finance près de 45 % de la consommation d'optique médicale du panier A. Les organismes complémentaires prennent en charge un peu plus d'un tiers du panier A.

Jusqu'en 2019, avant la réforme du 100 % santé, le taux de financement des dépenses d'optique médicale par les OC était tendanciellement en hausse (+3,2 % par an en moyenne). Parallèlement, le taux de reste à charge (RAC) des ménages présentait une tendance à la baisse sur cette période (-5,7 % par an en moyenne), et celui des administrations publiques demeurait stable (passant de 3,9 % en 2010 à 4,2 % en 2018).

Avec la réforme du 100 % santé en 2020, la base de remboursement de la Sécurité sociale d'une paire de lunette hors 100 % santé (panier B) est passée à

15 centimes¹, et celle des paires de lunette du 100 % santé (panier A) a augmenté à 28,5 euros pour l'optique simple et 63 euros pour l'optique complexe (Lapinte, et al., 2024). La Sécurité sociale continue de financer 60 % de la base de remboursement.

Le taux de financement du panier B par les administrations publiques a baissé de 3,6 points entre 2019 et 2021, et le taux de RAC des ménages a augmenté de 4,2 points (graphique 2). L'impact sur le taux de financement du panier B par les organismes complémentaires a été moins

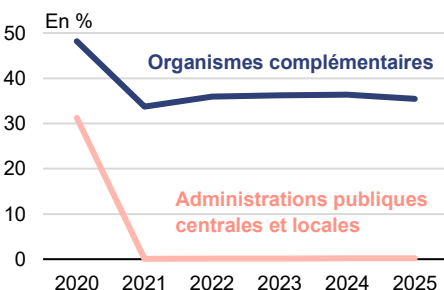
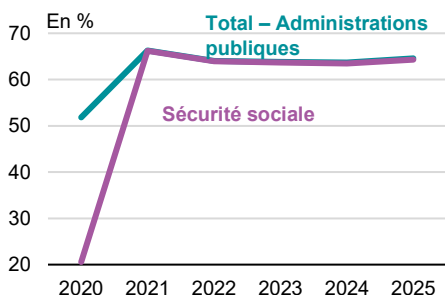
prononcé, avec une baisse de 0,6 point sur la période.

La réforme du 100 % santé a été progressive entre 2019 et 2021. Sur cette période, l'évolution de la part de financement du panier A prise en charge par les organismes complémentaires est passée de 48,2 % en 2020 à 33,7 % en 2021.

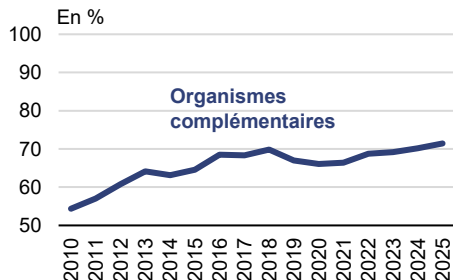
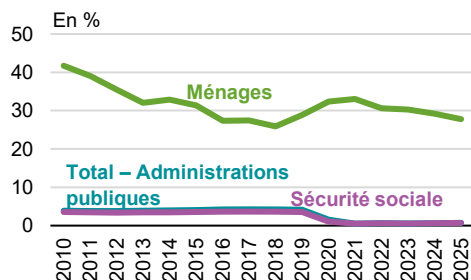
Depuis 2021, les taux de financement de l'optique médicale par les organismes complémentaires et les administrations publiques augmentent de nouveau, et le taux de reste à charge diminue. ■

Graphique 2 Évolution du financement de l'optique médicale par panier

a. Optique médicale 100% santé (panier A)



b. Optique médicale hors 100 % santé



Note > Les dépenses hors 100 % santé incluent les dépenses de lentilles correctrices ainsi que les dépenses d'optique non prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire et financées par les organismes complémentaires. En 2021, la bascule du financement de la Complémentaire santé solidaire des administrations publiques centrales et locales vers la Sécurité sociale induit une baisse (respectivement une hausse) de leurs taux de financement de l'optique médicale. Le taux de reste à charge des ménages des dépenses en panier A étant nul, il n'est pas représenté. Le financement des dépenses hors 100 % santé par les administrations publiques centrales et locales, négligeable, n'est pas représenté.

Source > Drees, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

> Lapinte, A., Pollak, C., Solotareff, R. (2024). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties* – Édition 2024. Paris, France : Drees, coll. Panoramas de la Drees-Santé.

¹ Après 7,42 euros pour l'optique simple et 23,58 euros pour l'optique complexe.

En 2025, la consommation d'audioprothèses s'élève à 2,1 milliards d'euros, soit 0,6 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Elle repart vivement (+7,9 %), après trois années de quasi-stagnation, du fait d'une très nette hausse des volumes (+7,8 %). Cette croissance est portée à la fois par les audioprothèses dites de classe I, garanties sans reste à charge, et par les autres audioprothèses dont les ménages financent une partie. Tous paniers confondus, les ménages prennent en charge 27,5 % de la consommation d'audioprothèses, contre 63,3 % en 2010.

La consommation d'audioprothèses repart à la hausse en 2025

La consommation d'audioprothèses s'établit en 2025 à 2,1 milliards d'euros (*tableau 1*), soit 0,6 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Depuis la réforme du 100 % santé, entrée en vigueur en 2019, certaines prothèses auditives, dites de classe I, sont prises en charge intégralement par l'Assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires, garantissant un reste à charge nul pour les patients y recourant. Les dépenses d'audioprothèses de classe I coûtent en 2025 à 496 millions d'euros, soit 24 % de la dépense totale.

Sur la période 2010-2019, la consommation d'audioprothèses se caractérise par une croissance dynamique, portée par les volumes (*graphique 1*). Cette croissance annuelle moyenne atteignait ainsi 5,6 % par an sur cette période, en valeur comme en volume, tandis que les prix stagnaient.

La mise en œuvre de la réforme du 100 % santé a été progressive, les années suivant son entrée en vigueur en 2019. À partir de 2020, les audioprothésistes ont eu l'obligation de proposer un équipement de classe I aux patients. Par ailleurs, entre 2019 et 2021, les pouvoirs publics ont progressivement baissé les prix des équipements de classe I. Ainsi, l'effet de la réforme est intervenu principalement en 2021, avec notamment un décollage des dépenses d'audioprothèses (+68,7 %), portée intégralement par les volumes (+73,7 %). Après cette année charnière, durant laquelle beaucoup de

patients se sont équipés, la consommation a légèrement reculé les trois années suivantes : -2,3 % en 2022, -1,1 % en 2023, -0,2 % en 2024). En effet, les patients ne renouvelaient pas leurs audioprothèses tous les ans.

En 2025, la consommation augmente rapidement, portée à la fois par le net rebond des audioprothèses de classe I (+16,2 % en 2025, après -10,7 % en 2024), et l'accélération des dépenses des autres (+5,6 % en 2025, après +3,2 % en 2024). Cette hausse est due aux volumes (+7,8 %), les prix restant quasi-stables (+0,1 %). Cette croissance est en lien avec le cycle de rééquipement des audioprothèses et de la très forte hausse de la consommation en volume observée en 2021 lors de la montée en charge du dispositif 100% santé.

Les effectifs d'audioprothésistes augmentent de 10,5 % en 2024

En 2024, 4 900 audioprothésistes exercent en France (*tableau 2*). La majorité est salariée en ville (71,2 %). En dix ans, les effectifs d'audioprothésiste en France ont presque doublé, passant de 2 600 à 4 900. Depuis 2020, la croissance de ces effectifs est assez régulière (+8,0 % par an en moyenne). Elle est portée à la fois par les audioprothésistes installés en libéral (+9,0 % entre 2020 et 2024 par an en moyenne) et les salariés (+7,7 %). Cette augmentation de l'offre semble répondre également à une hausse de la demande de l'équipement en audioprothèses, induite par le vieillissement de la population et encouragée par la réforme du 100 % santé.

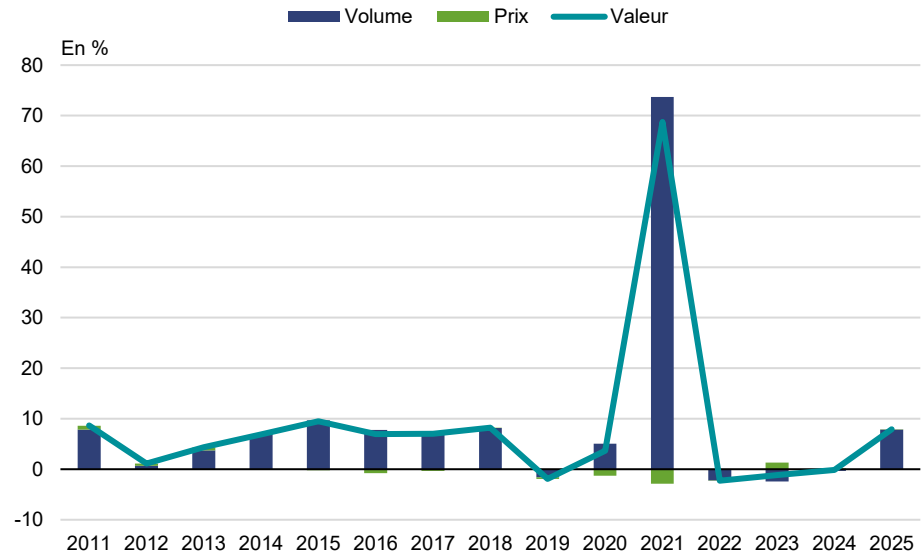
Tableau 1 Consommation d'audioprothèses

En millions d'euros

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Évolution 2015-2024 (en %)	Part (en %)
Audioprothèses	951	2 021	1 975	1 953	1 950	2 103	+7,9	+8,3	100
Audioprothèses 100 % santé (classe I)	nc	529	511	478	427	496	+16,2		23,6
Autres audioprothèses	951	1 493	1 465	1 475	1 522	1 607	+5,6	+5,4	76,4
Évolution (en %)	+9,5	+68,7	-2,3	-1,1	-0,2	+7,9			
dont volume (en %)	+9,7	+73,7	-2,2	-2,4	-0,3	+7,8			
dont prix (en %)	-0,2	-2,9	-0,1	+1,3	+0,2	+0,1			

nc : non concerné.
Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee pour les indices de prix.

Graphique 1 Décomposition de l'évolution de la consommation d'audioprothèses entre volume et prix



Lecture > En 2025, le prix des audioprothèses augmente de 0,1 %.
Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee pour les indices de prix.

Tableau 2 Effectifs d'audioprothésistes (hors salariés hospitaliers exclusifs) par mode d'exercice, au 1^{er} janvier

	2014	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution 2024 (en %)	Structure 2024 (en %)
Ensemble	2 600	3 600	3 800	4 100	4 500	4 900	+10,5	100,0
Libéraux ou mixtes	800	1 000	1 100	1 100	1 300	1 400	+13,5	28,8
Salariés hors hospitaliers	1 700	2 600	2 700	3 000	3 200	3 500	+9,4	71,2

Note > Pour plus d'informations sur les effectifs hospitaliers, voir la fiche 10.
Champ > France entière.
Sources > Adeli ; calculs Drees.

Les organismes complémentaires financent environ la moitié des dépenses d'audioprothèses

En 2025, le financement des audioprothèses est assuré principalement par les organismes complémentaires (tableau 3), à 48,7 % (1,0 milliard d'euros). La Sécurité sociale et les ménages en prennent en charge une proportion équivalente (respectivement 23,6 % et 27,5 %).

La structure de financement des audioprothèses est très différente selon qu'elles relèvent de la classe I ou non : les ménages ne financent pas du tout les audioprothèses de la classe I (garanties sans reste à charge), tandis qu'ils financent 36,1 % des autres audioprothèses. En contrepartie, la Sécurité sociale, finance 33,4 % des équipements classe I, contre 20,6 % des autres équipements. En conséquence, les organismes complémentaires financent davantage les audioprothèses du 100 % santé (à 66,5 %), que les autres (à 43,2 %). Ainsi, le financement public des audioprothèses complètement remboursées est 12,8 points supérieurs à celles partiellement remboursées, tandis que le financement par les organismes complémentaires est de 23,3 points au-dessus.

L'entrée en vigueur de la réforme a été progressive entre 2019 et 2021, comme en témoigne l'évolution

de la structure de financement des audioprothèses de classe I sur cette période (graphique 2). Alors qu'initialement, en 2019, les organismes complémentaires et l'Assurance maladie finançaient à peu près autant cette nouvelle catégorie d'équipement, depuis 2021, les organismes complémentaires en financent les deux tiers et la Sécurité sociale un tiers (année également de transfert de gestion de la Complémentaire santé solidaire vers la Sécurité sociale).

La réforme a également eu un impact sur les autres catégories d'audioprothèses : en effet, le taux de financement public de celles-ci a augmenté de 15 % jusqu'en 2019 à environ 20 % à partir de 2021. C'est la conséquence de la hausse de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour ces autres audioprothèses, passée de 199,71 euros avant 2019 à 400 euros en 2021 (Lapinte, *et al.*, 2024).

Entre 2019 et 2023, le taux de financement de ces audioprothèses par les organismes complémentaires est passé de 25,1 % à 45,8 %, tandis que le taux de reste à charge des ménages a diminué de 58,7 % à 32,7 %. Toutefois, depuis 2023, les tendances de ces taux semblent s'inverser, ce qui pourrait notamment s'expliquer par une augmentation de la liberté tarifaire des audioprothèses.

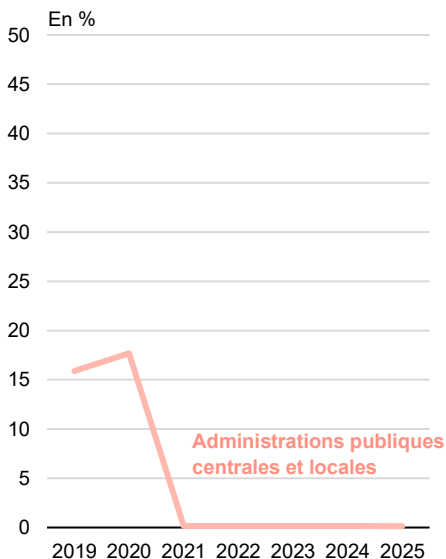
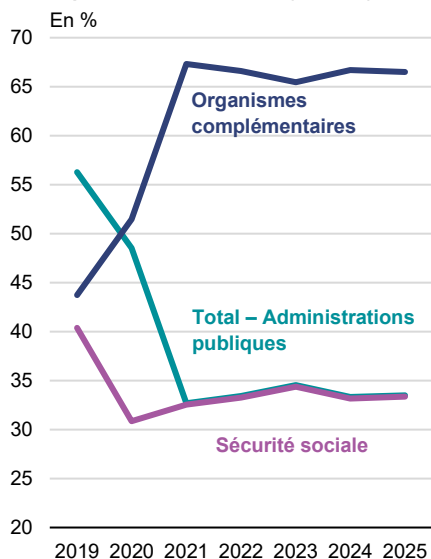
Tableau 3 Financement de la consommation d'audioprothèses par panier en 2025

	Ensemble		Audioprothèses 100% santé (classe I)		Autres audioprothèses	
	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	497	23,6	166	33,4	332	20,6
<i>Dont Complémentaire santé solidaire</i>			38	7,6		
Administrations publiques centrales et locales	3	0,1	1	0,1	2	0,2
Organismes complémentaires	1 024	48,7	330	66,5	694	43,2
Ménages	579	27,5	0	0,0	579	36,1
Ensemble	2 103	100,0	496	100,0	1 607	100,0

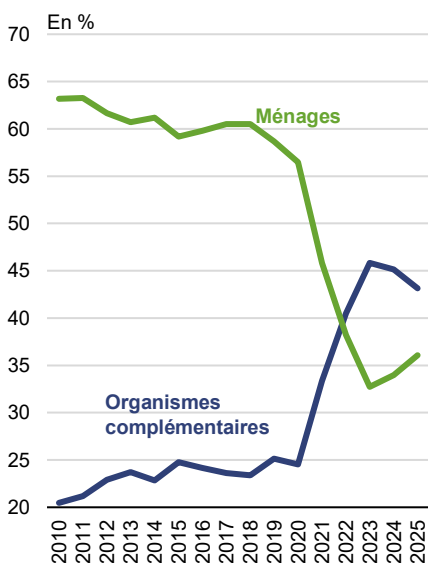
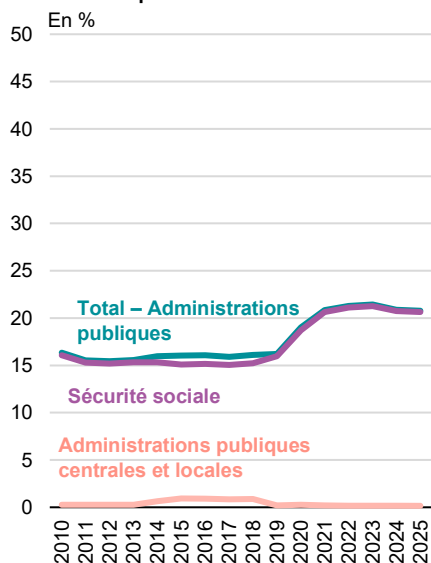
Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 2 Évolution du financement des audioprothèses par panier

a. Audioprothèses 100% santé (classe I)



b. Autres audioprothèses



Note > Le reste à charge des audioprothèses de classe I étant nul, il n'est donc pas représenté. En 2021, la bascule du financement de la complémentaire santé solidaire des administrations publiques centrales et locales vers la Sécurité sociale induit une baisse (respectivement une hausse) de leurs taux de financement des audioprothèses.

Source > Drees, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

> Lapinte, A., Pollak, C., Solotareff, R. (2024). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties* – Edition 2024. Paris, France : Drees, coll. Panoramas de la Drees-Santé.

En 2025, la consommation de dispositifs médicaux hors optique médicale et audioprothèses s'établit à 11,6 milliards d'euros, soit 3,3 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Elle augmente de 3,8 % après +5,6 % en 2024. La Sécurité sociale finance environ 78 % de ces dépenses, et les organismes complémentaires 14 % ; le taux de reste à la charge des ménages s'élève à 7 %.

Les dépenses de dispositifs médicaux restent dynamiques en 2025

Les dispositifs médicaux forment un ensemble très vaste de produits de santé, allant d'équipements médicaux (matériel de perfusion, lits médicaux, matériel d'oxygénothérapie, fauteuils roulants, etc.) à de petits matériels consommables (pansements, seringues, aiguilles). La dépense courante de santé au sens international (DCSi) comptabilise les dispositifs à visée curative ou réhabilitative, mais aussi ceux liés à la maternité et à la contraception comme les préservatifs, les stérilets, les tests de grossesse ou les tire-laits. Les dépenses de dispositifs médicaux incluent aussi les prestations de location ou d'entretien de matériel médical, qui s'apparentent plus à des services qu'à des biens médicaux.

Les chiffres présentés dans cette fiche portent sur le champ ambulatoire. Cela exclut les dispositifs médicaux fournis en établissement de santé, à savoir :

- les dispositifs implantables (implants ou greffons d'origine humaine) facturés en sus des séjours ;
- les dispositifs dont le coût est inclus dans le tarif des séjours hospitaliers (intra-groupes homogènes de séjours).

Hors optique médicale et audioprothèses¹, la consommation de dispositifs médicaux s'établit à 11,6 milliards d'euros en 2025 (tableau 1), soit 3,3 % de la DCSi. Elle augmente de 3,8 % (après +5,6 % en 2024), en se maintenant à un rythme proche de sa croissance de long terme (+4,2 % par an en moyenne entre 2015 et 2025).

La croissance de la consommation est portée par les volumes (+3,9 % en 2025), dans le contexte d'une augmentation tendancielle des besoins de traitements à domicile et de la prévalence de certaines pathologies comme le diabète. Les prix baissent légèrement en 2025 (-0,1 %), après trois années consécutives de hausse (graphique 1).

Tableau 1 Consommation des dispositifs médicaux, hors optique médicale et audioprothèses

	2015	2021	2022	2023	2024	2025
Dispositifs médicaux hors optique médicale et audioprothèses (en millions d'euros)	7 662	10 135	10 392	10 548	11 139	11 567
Dispositifs médicaux durables	5 171	6 829	7 021	7 463	7 962	8 231
Prothèses et orthèses	1 525	2 025	2 089	2 216	2 313	2 406
Véhicules pour personnes en situation de handicap	397	550	570	593	614	625
Autres dispositifs médicaux durables	3 263	4 335	4 478	4 776	5 226	5 437
Remises conventionnelles et à accès dérogatoire ¹	-13	-80	-115	-123	-192	-237
Dispositifs médicaux non durables	2 491	3 306	3 370	3 086	3 177	3 335
Masques	0	475	434	79	44	48
Nutriments	400	525	554	585	621	639
Produits pharmaceutiques	2 090	2 281	2 353	2 386	2 439	2 517
Dispositifs médicaux n.c.a.	nd	24	31	35	73	131
Évolution (en %)	+5,4	+3,9	+2,5	+1,5	+5,6	+3,8
dont volume (en %)	+5,7	+26,5	+1,9	-1,2	+4,4	+3,9
dont prix (en %)	-0,3	-17,9	+0,6	+2,7	+1,1	-0,1

nd : non disponible. n.c.a. : non classé ailleurs.

1. Les versements des laboratoires à l'Assurance maladie au titre de la clause de sauvegarde ne sont pas pris en compte.

Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee pour les indices de prix.

¹ Les dépenses d'optique médicale et d'audioprothèses s'établissent respectivement à 8,3 milliards d'euros (fiche 23) et 2,1 milliards d'euros (fiche 24) en 2025. Les autotests du Covid-19 et du VIH ne sont pas inclus dans

la consommation de dispositifs médicaux, en cohérence avec les définitions internationales qui préconisent de classer leur consommation en tant que dépenses de prévention.

La consommation de matériels d'autocontrôle et d'autotraitement du diabète soutient la croissance des dépenses

Les dispositifs médicaux durables (hors prothèses, orthèses et VPH) représentent 47,0 % des dépenses de dispositifs médicaux en 2025, soit 5,4 milliards d'euros, en hausse de 4,0 % par rapport à 2024 (*tableau 1*). Cette catégorie comprend principalement les traitements respiratoires, les équipements électriques (lits médicaux, implants et sondes, etc.), les matériels passifs (perfusion, coussins anti-escarres, etc.) et les matériels électriques d'autotraitement et d'autocontrôle. Parmi ces matériels, la croissance des matériels électriques d'autocontrôle et d'autotraitement reste très soutenue (+17,3 % en 2025, après +15,5 % en 2024 et +14,1 % en 2023), dans le contexte de la généralisation des systèmes de boucle semi-fermée pour le diabète. Leur consommation passe ainsi de 0,5 milliard d'euros en 2022 à 0,8 milliard en 2025.

Deuxième poste de dépense en 2025 (28,9 % des dépenses totales), les dispositifs médicaux non durables comprennent principalement les pansements et compresses (1,0 milliard d'euros), les consommables d'autocontrôle et d'autotraitement du diabète (lancettes, bandelettes) [0,9 milliard], les nutriments (0,6 milliard) et les collyres (0,5 milliard). La croissance de la consommation de ces dispositifs (+5,0 % par rapport à 2024) est portée par les

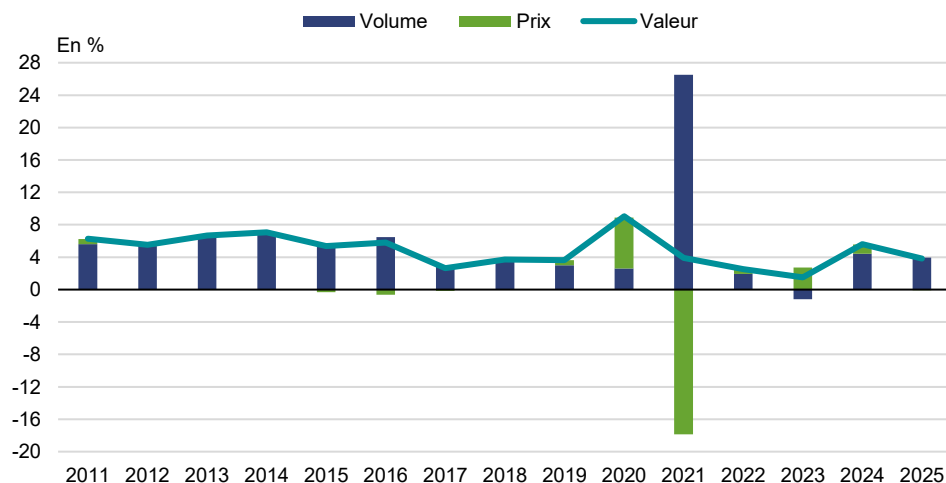
consommables d'autocontrôle et d'autotraitement du diabète (+8,0 %).

Les prothèses et orthèses regroupent des dispositifs de compensation ou de remplacement des fonctions corporelles (implants, prothèses externes, postiches capillaires, prothèses mammaires, oculaires, etc.). Leurs dépenses augmentent de 4,0 % en 2025, et représentent 20,8 % des dépenses du poste en 2025.

La consommation de véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) regroupe majoritairement les dépenses de fauteuils roulants (achats, locations, entretiens et réparations) [0,4 milliard d'euros en 2025], mais aussi d'autres véhicules comme les poussettes, et d'autres dispositifs d'aide à la mobilité comme les déambulateurs ou les verticalisateurs. Les dépenses de fauteuils roulants augmentent de 4,9 % en 2025, après +5,1 % en 2024. Au 1^{er} décembre 2025, une réforme de la prise en charge des fauteuils roulants par l'Assurance maladie est entrée en vigueur, introduisant en particulier une prise en charge intégrale dans certains cas. Sur l'ensemble de l'année 2025, les dépenses d'achat augmentent de 14,5 %, tandis que les dépenses de location diminuent fortement (-13,8 %).

Les remises conventionnelles sont moins importantes pour les dispositifs médicaux que pour les médicaments (-0,2 milliard d'euros en 2025), soit 2 % des dépenses brutes).

Graphique 1 Décomposition de l'évolution de la consommation de dispositifs médicaux (hors optique médicale et audioprothèses) entre volume et prix



Lecture > La valeur de la consommation de dispositifs médicaux augmente de 3,8 % en 2025. Cette hausse se décompose en une hausse de 3,9 % du volume et une baisse de 0,1 % du prix.

Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee pour les indices des prix.

Les fournisseurs de matériels, les prestataires et les pharmacies sont les principaux acteurs

Le marché des dispositifs médicaux, hors optique médicale et audioprothèses, est concentré autour des fournisseurs de matériel et prestataires (46 % des ventes, soit 5,3 milliards d'euros en 2025) et des pharmacies (44 % des dépenses, soit 5,0 milliards d'euros) [graphique 2]. Viennent ensuite les prothésistes (6 %, soit 0,7 milliard d'euros) et les pédicures-podologues.

Les fournisseurs de matériels et les prestataires représentent 85 % des dépenses des dispositifs médicaux durables hors prothèses, orthèses et VPH, dont la quasi-intégralité de celles de traitements respiratoires (2,3 milliards d'euros). Il s'agit de prestataires de respiration à domicile, d'artisans fabriquant des prothèses, d'entreprises de vente de matériel, etc.

Les pharmacies vendent principalement des dispositifs médicaux consommables (pansements, collyres, dispositifs d'autocontrôle du diabète, etc.), [2,4 milliards]. Elles réalisent également 90 % des ventes de masques et nutriments, et 44 % des ventes de prothèses et orthèses.

Les prothèses et orthèses sont également vendues par les prothésistes et orthésistes (0,7 milliard d'euros) ainsi que les pédicures-podologues (0,5 milliard).

Les dépenses de dispositifs médicaux en ambulatoire et à l'hôpital s'établissent à 19 milliards d'euros en 2025

Des dispositifs médicaux sont également consommés lors d'hospitalisations. Ils peuvent être facturés avec le séjour (ils sont dits « intra-groupe homogène de séjour » [GHS]), ou inscrits sur la liste en sus des séjours ou « en accès dérogatoire » : dans ce dernier cas, ils sont facturés à part, et pris en charge intégralement par l'Assurance maladie.

Les dépenses de dispositifs médicaux à l'hôpital sont estimées à 7,1 milliards d'euros (tableau 2). Ces dépenses sont réalisées à 70 % dans le secteur privé. Les dispositifs médicaux à l'hôpital sont majoritairement facturés avec le séjour (4,7 milliards d'euros en intra-GHS).

Les dépenses de dispositifs médicaux en sus s'élèvent à 2,5 milliards d'euros, et 2,4 milliards d'euros après déduction des remises.

Les effectifs des professionnels de l'appareillage augmentent en moyenne de 4,8 % par an depuis 2014

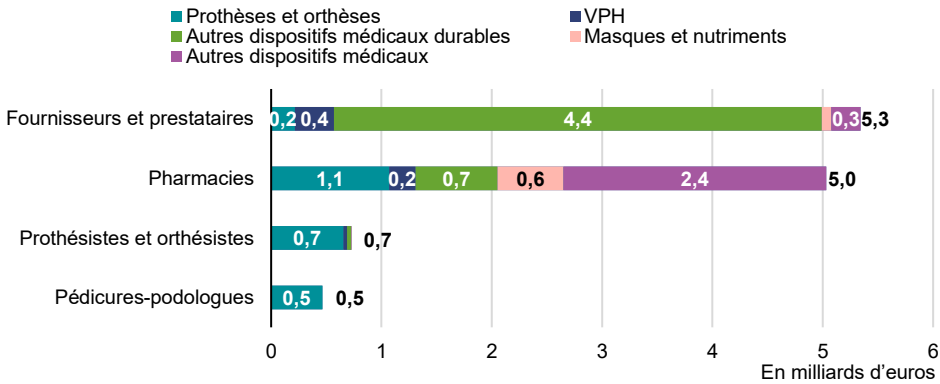
Au 1^{er} janvier 2024, 4 400 professionnels de l'appareillage (hors salariés hospitaliers exclusifs) exercent en France (tableau 3). Ces effectifs comprennent les orthopédistes-orthésistes (47 % des effectifs), les orthoprothésistes (34 %), les podoprothésistes (16 %), les épithésistes¹ (2 %) et les ocularistes² (1 %).

Les effectifs des professionnels de l'appareillage augmentent de 3,7 % en 2024, en progression constante depuis 2014, mais avec un ralentissement depuis trois ans (+4,1 % en 2023, +5,7 % en 2022). La croissance moyenne depuis 2014 est plus importante pour les professionnels salariés (+5,4 % par an en moyenne) que pour les professionnels libéraux ou mixtes (+3,7 % par an). La part des professionnels de l'appareillage salariés s'établit à 69 % en 2024 ; elle était de 65 % en 2014.

¹ Professionnel de l'appareillage d'une personne malade ou handicapée présentant une perte de substance de la face ou des oreilles.

² Professionnel de l'appareillage du globe oculaire non fonctionnel d'une personne malade ou handicapée.

Graphique 2 Répartition des dépenses de dispositifs médicaux (hors optique médicale et audioprothèses), par profession de santé, en 2025



VPH : Véhicules pour personnes en situation de handicap.
Source > Drees, comptes de la santé.

Tableau 2 Consommation de dispositifs médicaux (hors optique médicale et audioprothèses) en ambulatoire et à l’hôpital en 2025

En milliards d'euros				
Lieu de dispensation	Liste	Dépenses brutes	Remises	Dépenses nettes
Ambulatoire	Non remboursable	0,4	0,0	0,4
	Remboursable	11,4	-0,2	11,1
Secteur hospitalier privé	Intra-GHS	1,1	0,0	1,1
	Liste en sus et accès dérogatoire	1,1	0,0	1,0
Secteur hospitalier public	Intra-GHS	3,6	0,0	3,6
	Liste en sus et accès dérogatoire	1,4	0,0	1,4
Ensemble		19,0	-0,3	18,6

Note > Les dépenses de dispositifs médicaux intra-GHS sont estimées à partir de données provisoires. Les dépenses des dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus ou bénéficiant d'un accès dérogatoire sont mesurées ici selon les remboursements de l'Assurance maladie. Le partage par lieu des remises n'est pas un résultat comptable, mais une estimation. Les remises sur dispositifs médicaux dans le secteur hospitalier s'élèvent au total à 0,1 milliard d'euros en 2025.
Source > Drees, comptes de la santé.

Tableau 3 Effectifs des professionnels de l'appareillage (hors salariés hospitaliers exclusifs) par mode d'exercice, au 1^{er} janvier

	2014	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution 2024 (en %)	Part 2024 (en %)
Ensemble	2 700	3 700	3 800	4 100	4 200	4 400	+3,7	100,0
Libéraux ou mixtes	900	1 200	1 200	1 300	1 300	1 400	+3,7	31,0
Salariés hors hospitaliers	1 800	2 500	2 600	2 800	2 900	3 000	+3,7	69,0

Note > Pour plus d'informations sur les effectifs hospitaliers, voir la fiche 10.
Champ > France entière.
Source > Adeli, calculs Drees.

L'Assurance maladie obligatoire prend en charge plus de 80 % des dépenses de dispositifs médicaux remboursables

En 2025, les dispositifs médicaux hors optique médicale et audioprothèses sont pris en charge à 78,3 % par la Sécurité sociale, à 0,5 % par l'État et à 14,1 % par les organismes complémentaires (OC) [tableau 4]. Les ménages financent les 7,1 % restants, soit 0,8 milliard d'euros.

Les trois principaux financeurs prennent en charge les dispositifs médicaux remboursables de façon très différenciée. La Sécurité sociale finance d'abord le matériel et les dispositifs médicaux non durables dits « consommables » (83 %), que les prothèses, orthèses et VPH (64 %). Pour cette catégorie, la part financée par les OC est plus élevée (25 %).

Les dispositifs médicaux non remboursables sont financés par les ménages (66 % en 2025) et les organismes complémentaires (34 %). Pour les ménages, ces achats, hors optique et audioprothèses, constituent 35 % de leur budget total en dispositifs médicaux. Ils concernent notamment l'achat de collyres (120 millions d'euros), de pansements (80 millions) et de masques (30 millions).

Pendant la crise sanitaire (2020-2022) le reste à charge des ménages a fortement augmenté avec l'achat des masques non remboursables (graphique 3). En 2025, la part des dépenses de dispositifs médicaux financés par la Sécurité sociale et par les OC retrouve leur niveau de 2019. Si le reste à charge baisse depuis 2022, il reste supérieur à son niveau d'avant la crise.

Les exonérations de ticket modérateur représentent 30 % du financement des dispositifs médicaux par les administrations publiques

En 2025, les dépenses des administrations publiques au titre de l'exonération de ticket modérateur s'élèvent à 2,7 milliards d'euros, soit 24 % des dépenses tous financeurs confondus (graphique 4), et 30 % des dépenses totales des administrations publiques. Deux milliards concernent les exonérations des patients en affection de longue durée, répartis ainsi : 1,2 milliard de matériels de traitement à domicile, 0,7 milliard en dispositifs médicaux non durables et 0,1 milliard en prothèses et orthèses. Les exonérations des titulaires de pension d'invalidité s'établissent à 0,4 milliard d'euros, dont 0,2 milliard en matériels de traitement à domicile.

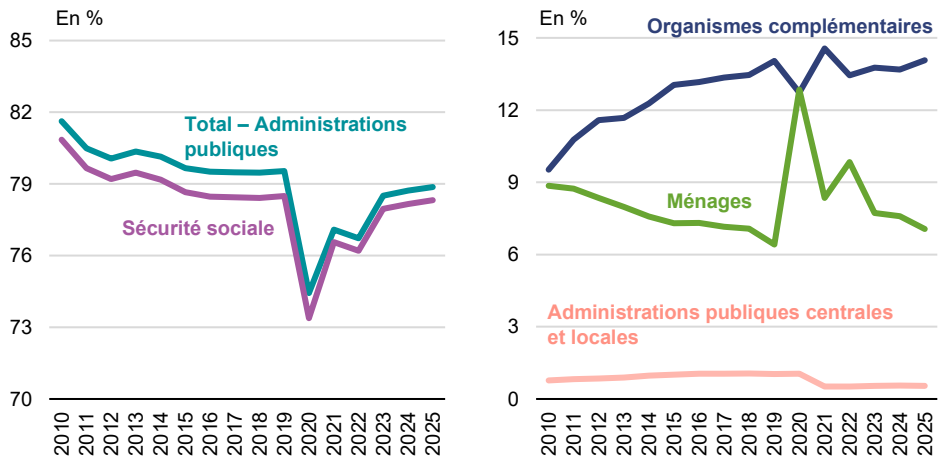
Le financement des dépenses de dispositifs médicaux par les OC et les ménages est constitué du ticket modérateur (1,3 milliard d'euros), de dépassements tarifaires (0,8 milliard) et de dépenses non remboursables (0,4 milliard). Les dépassements se concernent principalement pour les consommations de prothèses et orthèses (0,6 milliard d'euros) et de VPH (0,1 milliard d'euros). ■

Tableau 4 Répartition des dépenses de dispositifs médicaux (hors optique médicale et audioprothèses), par financeur, en 2025

	Ensemble		Prothèses, orthèses et VPH		Autres dispositifs médicaux	
	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	9 059	78,3	1 940	64,0	7 119	83,4
Administrations publiques centrales et locales	63	0,5	18	0,6	45	0,5
Organismes complémentaires	1 627	14,1	743	24,5	884	10,4
Ménages	817	7,1	329	10,9	488	5,7
Total	11 567	100,0	3 031	100,0	8 535	100,0
Sécurité sociale	9 059	81,4	1 940	64,9	7 119	87,4
Administrations publiques centrales et locales	63	0,6	18	0,6	45	0,6
Organismes complémentaires	1 478	13,3	719	24,1	759	9,3
Ménages	528	4,7	310	10,4	218	2,7
Total des dispositifs remboursables	11 129	100,0	2 988	100,0	8 141	100,0
Organismes complémentaires	148	33,9	24	55,6	124	31,5
Ménages	289	66,1	19	44,4	270	68,5
Total des dispositifs non remboursables	438	100,0	43	100,0	394	100,0

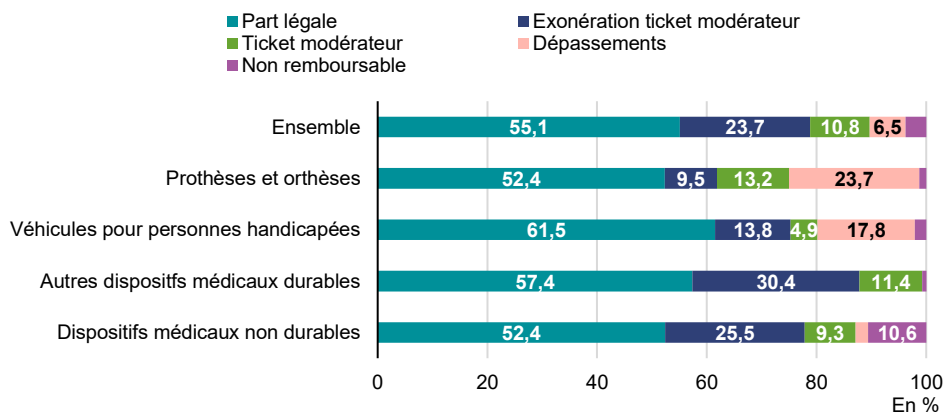
VPH : Véhicules pour personnes en situation de handicap.
Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 3 Évolution du financement de la consommation de dispositifs médicaux, hors optique médicale et audioprothèses



Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 4 Répartition des dépenses de dispositifs médicaux (hors optique médicale et audioprothèses), par type de financement, en 2025



Note > Le financement par les administrations publiques inclut, en plus de la part légale, les éventuelles situations de prise en charge du ticket modérateur (patients en affection de longue durée par exemple).

Source > Drees, comptes de la santé.

Les autres dépenses de santé

Les soins de longue durée (SLD) s'établissent à 69,9 milliards d'euros en 2025, soit 19,8 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Ils recouvrent des soins à destination de trois grandes catégories de public : les personnes âgées (46,8 milliards d'euros), les personnes handicapées (22,1 milliards d'euros) et les personnes alcooliques ou toxicomanes (1,1 milliards d'euros). Les dépenses recouvrent des financements aux établissements médico-sociaux, des prestations monétaires versées aux ménages, et des dépenses directes des ménages pour leur vie quotidienne. Les patients hébergés en établissement représentent 73,9 % des dépenses de SLD. La Sécurité sociale est le premier financeur des soins de longue durée, avec un peu plus de la moitié des dépenses. Un cinquième du financement des soins de longue durée est assuré par les ménages directement. Cette part diminue depuis quelques années, à la faveur notamment de l'augmentation des dépenses des départements.

Les soins de longue durée représentent 20 % de la DCSi en 2025

Les dépenses de soins longue durée (SLD) s'élèvent à 69,9 milliards d'euros en 2025 (*tableau 1*), soit 19,8 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Le périmètre des SLD rassemble les soins de santé à destination de trois publics :

- Les personnes âgées en perte d'autonomie, soit les deux tiers des dépenses de SLD, pour 47 milliards d'euros de dépenses en 2025 ;
- Les personnes en situation de handicap, pour un peu plus de 30 % des dépenses, à 22 milliards d'euros ;
- Les personnes souffrant d'alcoolisme ou de toxicomanie : 1 milliard d'euros (1,5 % des SLD).

Ces dépenses n'incluent que celles identifiées comme finançant de la santé, c'est-à-dire prenant en charge des établissements médicalisés (établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes [Ehpad], unités de SLD), des soins fournis par des professionnels de santé et de l'aide à la vie quotidienne (AVQ : prendre un bain, faire sa toilette, s'habiller). Elles n'incluent pas les dépenses sociales de SLD qui financent des établissements d'in-

sertion et des aides instrumentales à la vie quotidienne (AIVQ : préparer les repas, faire ses courses). La partie sociale des SLD, non incluse dans la DCSi, comprend notamment les financements de la Sécurité sociale aux unités d'évaluation, de réentraînement, d'orientation socio-professionnelle (UEROS), aux services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), aux services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), aux services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), ainsi que les versements de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) et l'allocation journalière du proche aidant (AJPA). En 2025, les dépenses sociales de SLD s'élèvent à 7,6 milliards d'euros, soit 0,3 % du PIB.

Les dépenses de soins de longue durée dans le champ de la DCSi sont dynamiques, à +4,7 % en 2025, contre +3,3% pour la DCSi dans son ensemble. Toutes les composantes contribuent à la hausse globale : les dépenses en faveur des personnes âgées, portées par le vieillissement de la population augmentent de 4,7 % en 2025, les dépenses en faveur des personnes en situation de handicap de +4,6 %, et les dépenses de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie de +6,8 %.

Tableau 1 Les dépenses de soins de longue durée par publics

En millions d'euros							
	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Structure 2025 (en %)
Personnes âgées en perte d'autonomie	38 845	39 898	43 225	44 697	46 811	+4,7	66,9
dont hébergement et soins en établissement	30 004	30 487	31 985	33 128	34 539	+4,3	49,4
dont soins infirmiers (y compris SSIAD ¹) et de kinésithérapie à domicile	7 265	7 523	8 010	8 624	9 153	+6,1	13,1
dont aides à la vie quotidienne à domicile	1 576	1 889	3 230	2 945	3 119	+5,9	4,5
Personnes en situation de handicap	17 730	18 947	20 062	21 083	22 057	+4,6	31,5
dont adultes en situation de handicap	12 190	12 816	13 557	14 254	14 972	+5,0	21,4
dont enfants en situation de handicap	5 540	6 131	6 505	6 829	7 085	+3,8	10,1
Lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie	812	843	901	985	1 051	+6,8	1,5
Soins de longue durée	57 387	59 688	64 188	66 765	69 919	+4,7	100,0
Soins de longue durée – Social (hors DCSi)	6 898	7 236	6 711	7 071	7 602	+7,5	
Soins de longue durée – Santé et social	64 286	66 924	70 899	73 835	77 522	+5,0	

1. SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile.
Lecture > La dépense de soins de longue durée augmente de 4,7 % en 2025.
Note > Seules les dépenses de soins de longue durée finançant de la santé sont comptabilisées au sein de la DCSi. Les dépenses sociales de SLD et les dépenses totales de SLD (finançant de la santé et du social), sont présentées ici pour information.
Source > Drees, comptes de la santé.

Les dépenses de SLD sont majoritairement réalisées en établissement

Les dépenses de soins de longue durée regroupent différents dispositifs qu'il est possible de distinguer par type de séjours. Les SLD peuvent en effet être reçus en établissement (avec hébergement ou en accueil de jour), en ambulatoire, ou au domicile :

- Les soins aux personnes âgées hébergées, c'est-à-dire en établissement où le patient passe la nuit : sont comptabilisés les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou non dépendantes (Ehpa) et les unités de SLD (au sein d'établissements de santé) ;
- Les soins aux adultes handicapés reçus en maisons d'accueil spécialisées (Mas) et en établissements d'accueil médicalisé : ces dépenses sont distinguées selon que les publics reçus passent la nuit dans l'établissement (soins aux patients hébergés) ou n'y sont accueillis que de jour (soins de jour) ;
- Les soins aux internes des établissements et services pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP) ;
- Les soins aux personnes hébergées en appartement de coordination thérapeutique (ACT) ;

- Les soins ambulatoires, dispensés en instituts médico-éducatifs (IME), en instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) et en centres d'action médico-sociale précoce ;
- Les soins ambulatoires dispensés en centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et en centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) ;
- Les soins prodigués par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) à destination des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- Une fraction des dépenses financées par l'allocation personnalisée d'autonomie¹ (APA) et les crédits d'impôts pour maintien à domicile.

Les SLD incluent également les dépenses financées par la prestation de compensation du handicap (PCH), distinguées selon que le bénéficiaire est hébergé en établissement avec nuitée, de jour, ou qu'il reste à domicile, ainsi que des soins libéraux d'infirmiers (fiche 15) et de kinésithérapeutes (fiche 16), identifiés comme bénéficiant aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ils incluent à la fois le financement public de ces dépenses ainsi qu'une estimation de la participation directe des ménages à ces frais.

¹ En accord avec le manuel international *System of Health Accounts* disposant des règles de production des comptes de la santé, les dépenses de soins de longue durée pour le maintien à domicile sont distinguées entre dépenses sociales (finançant des AIVQ) et dépenses de

santé (finançant des AVQ), au contraire des dépenses pour l'hébergement en établissement, intégralement considérées par convention comme des dépenses de santé, même si elles peuvent financer *de facto* des AIVQ.

Les soins aux patients hébergés représentent 73,9 % des dépenses de SLD (*tableau 2*), en augmentation de 4,3 % en 2025 (contre +4,4 % entre 2015 et 2024). Les prises en charge alternatives à l'hébergement avec nuitée sont plus dynamiques que les soins aux patients hébergés : +5,0 % en 2025 et +9,5 % en moyenne annuelle entre 2015 et 2024. Ces soins ne représentent toutefois que 1,4 %

Les établissements d'hébergement assurent l'essentiel des soins aux patients âgés, une part plus faible pour les patients handicapés

La dépense de soins aux personnes hébergées en Ehpad et Ehpa représente 95,7 % des dépenses de soins aux personnes âgées en perte d'autonomie hébergées en établissement (*graphique 1*), tandis que les dépenses en unités de soins de longue durée (USLD) en représentent 4,3 %. À domicile, les dépenses en faveur des personnes âgées se

des SLD en 2025. Les SLD à domicile (22,6 % du total) sont également dynamiques : ils progressent de 6,4 % en 2025. Cette augmentation est plus dynamique que la tendance observée sur la période 2015-2024 (+5,2 % par an.). Les soins en ambulatoire, qui représentent 2,1 % des SLD ralentissent légèrement (+3,5 % en 2025, contre +4,2 % par an en moyenne entre 2015 et 2024.

décomposent entre soins d'auxiliaires médicaux (55,8 %) et dépenses pour l'aide à la vie quotidienne (prestations monétaires des administrations publiques et participations des ménages).

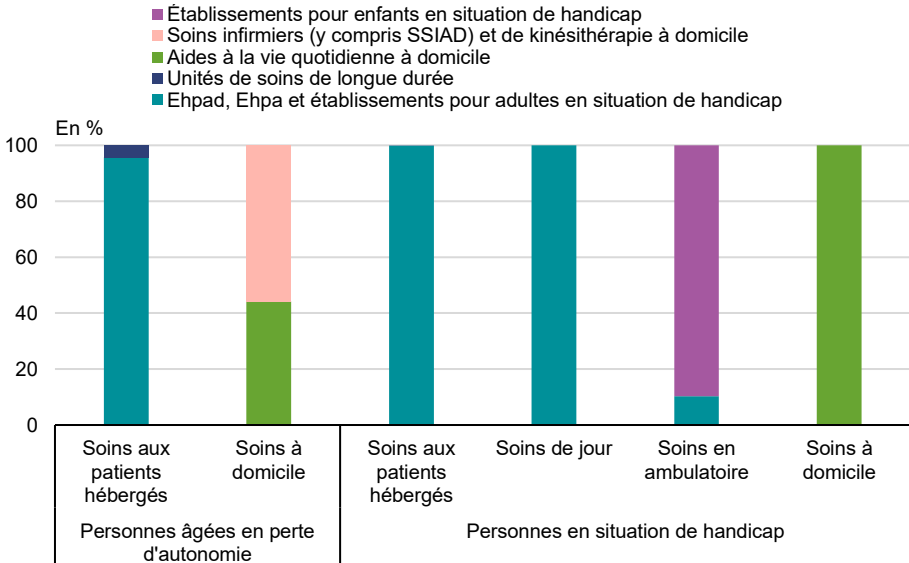
Les dépenses en faveur des personnes en situation de handicap concernent à 67,9 % des adultes et à 32,1 % des enfants ou adolescents. Les dépenses en faveur des enfants ou adolescents handicapés concernent cependant plus souvent de l'hébergement ou de l'accueil de jour (respectivement 77,3 % et 62,9 %), que pour les adultes.

Tableau 2 Les dépenses de soins de longue durée par type de séjour

En millions d'euros

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Évolution 2015-2024 (en %)	Part (en %)
Soins aux patients hébergés	33 749	43 966	45 381	47 765	49 591	51 703	+4,3	+4,4	73,9
Soins de jour	400	709	748	802	906	951	+5,0	+9,5	1,4
Soins en ambulatoire	985	1 368	1 398	1 393	1 427	1 477	+3,5	+4,2	2,1
Soins à domicile	9 443	11 345	12 162	14 228	14 840	15 787	+6,4	+5,2	22,6
Soins de longue durée	44 577	57 387	59 688	64 188	66 765	69 919	+4,7	+4,6	100,0

Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 1 Les soins de longue durée en 2025, par publics, types de séjours et fournisseurs

Lecture > La dépense de soins infirmiers (y compris SSIAD) et de kinésithérapie à domicile représente 55,8 % des soins à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Note > Les établissements pour enfants en situation de handicap incluent les centres d'action médico-sociale précoce, les instituts médico-éducatifs, les établissements et services pour enfants et adolescents polyhandicapés et les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques. Les établissements pour adultes en situation de handicap incluent les établissements d'accueil médicalisé et les maisons d'accueil spécialisées.

Source > Drees, comptes de la santé.

Les soins de longue durée sont financés à 20,4 % par les ménages

Les SLD sont financés pour moitié (53,9 %) par la Sécurité sociale (tableau 3). Ces financements correspondent aux financements des établissements médico-sociaux, des SSIAD (pris en charge à 100 %) et aux financements par l'Assurance maladie des soins d'infirmières ou de kinésithérapeutes se déplaçant à domicile auprès de personnes âgées. Ces derniers sont largement financés par l'Assurance maladie qui prend en charge, en plus de la part légale, 87,4 % de la totalité du ticket modérateur, en raison notamment du dispositif d'affections de longue durée (fiche 5).

Les dépenses de SLD des organismes complémentaires sont résiduelles : 0,3 milliard d'euros en 2025, soit 0,4 % du total. Elles portent uniquement sur le financement du ticket modérateur des SLD d'infirmières ou de kinésithérapeutes intervenant à domicile (8,9 % de la totalité du ticket modérateur), et le

financement d'une partie du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier en USLD.

Si les ménages financent une faible partie de la consommation de soins infirmiers ou de kinésithérapeutes ainsi qu'en USLD, ils participent de manière importante au financement notamment de l'hébergement en Ehpad (estimé à 13,4 milliards d'euros). Le reste à charge des ménages correspond à 20,4 % des dépenses totales de SLD en 2025.

Les administrations publiques centrales et locales, en particulier les départements, contribuent également au financement des SLD : ils versent en effet l'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap entre autres, et prennent en charge des frais de séjour en établissements et services pour adultes handicapés¹. Au total, la participation des administrations publiques hors Sécurité sociale est de 17,6 milliards d'euros en 2025.

¹ L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap financent à la fois des dépenses sociales et de santé. Seul le financement des dépenses de santé est pris en compte ici.

Depuis 2020, le taux de financement des SLD des ménages diminue progressivement

Les SLD sont, depuis 2010, de plus en plus financés par les départements. : ils en financent ainsi 5,0 points de plus en 2025 qu'en 2010. Après une période de baisse entre 2010 et 2019, la part des SLD financée par la Sécurité sociale a bondi de 3,2 points entre 2019 et 2021, à la faveur du Ségur de la santé pour le secteur médico-social et notamment des revalorisations salariales des personnels hospitaliers et en Ehpad qui en ont découlé. En

2025, le taux de financement des SLD par la Sécurité sociale retrouve son niveau de 2010.

Ces évolutions du financement par les administrations publiques tendent à diminuer le taux de participation directe des ménages au financement des SLD : ainsi, alors que celui-ci était relativement stable entre 2010 et 2019 (aux alentours de 24,7 %), il baisse continuellement depuis, d'environ -0,4 point par an.

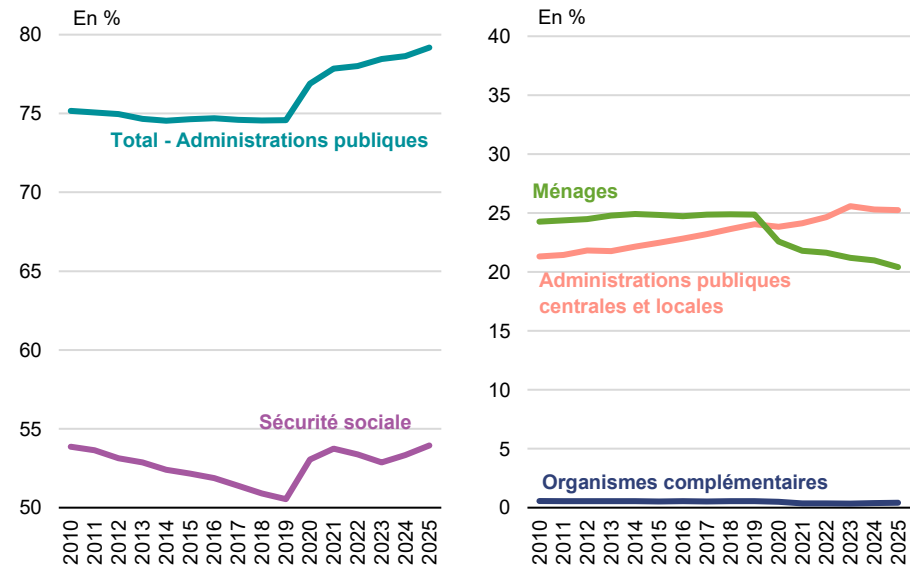
Les dépenses des organismes complémentaires représentent quant à elles une part stable dans le financement des SLD, aux alentours de 0,5 %.

Tableau 3 Le financement des soins de longue durée en 2025

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

Source > Drees, comptes de la santé.

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



Source > Drees, comptes de la santé.

En 2025, les dépenses de prévention au sens des comptes de la santé (prévention institutionnelle et prévention individuelle médicalisée) s'établissent à 9,2 milliards d'euros. Après une année 2024 quasi-stable, les dépenses de prévention sont très dynamiques (+6,8 %), du fait d'une forte progression des dépenses de vaccination. La part des actes de prévention réalisés par les pharmaciens est en hausse de 7 points en 2025, pour s'établir à 21 %. Les administrations publiques sont le principal financeur des dépenses de prévention en 2025 (71 %, dont 30 % pour l'Assurance maladie), les entreprises 24 % et les organismes complémentaires 5 %. La part des dépenses de prévention financée directement par les ménages est résiduelle (<1 %).

Les dépenses de prévention sont très dynamiques en 2025

En 2025, les dépenses de prévention sont en forte hausse (+6,8 %), à 9,2 milliards d'euros, un niveau inédit depuis l'épidémie du Covid-19. Dans les comptes de la santé, la prévention exclut la prévention tertiaire (*encadré*). Elle regroupe :

- la prévention institutionnelle, à savoir la détection des maladies ainsi que les campagnes d'information et de prévention (dépistage des troubles visuels en milieu scolaire, médecine du travail) ;
- la prévention individuelle médicalisée, qui rassemble les démarches réalisées à l'initiative des usagers (examens de santé, bilans bucco-dentaires, vaccins et auto-tests). Une partie de la prévention individuelle médicalisée n'est pas identifiable directement faute de données. Par conséquent, dans les comptes de la santé, une partie de la prévention individuelle médicalisée est comptabilisée dans les soins de ville ou d'hôpital.

Pendant la crise sanitaire, entre 2021 et 2022, les dépenses de dépistage et d'immunisation représentaient plus de la moitié des dépenses de prévention (*graphique 1*). Les dépenses ont ensuite diminué, tout en restant supérieures aux niveaux d'avant-crise.

En 2025, les dépenses de dépistage et de vaccination liées au Covid-19 diminuent de nouveau et deviennent résiduelles (0,1 milliard d'euros) [*tableau 1*]. Les dépenses d'immunisation, hors Covid-19 et hors remises conventionnelles ou dérogatoires¹, augmentent très fortement (+62,9 %) en partie du fait de l'augmentation du recours au vaccin : arrivée du vaccin contre la varicelle et le zona (CCSS 2026) [2,3 millions de boîtes remboursées en 2025] et hausse du recours aux vaccins contre les méningocoques² (+77 % sur le nombre de boîtes remboursées) et les pneumocoques³ (+29 %). En 2025, les dépenses de vaccins contre la grippe sont très dynamiques (+18 % en volume), tandis que les dépenses d'anticorps monoclonaux demeurent stables.

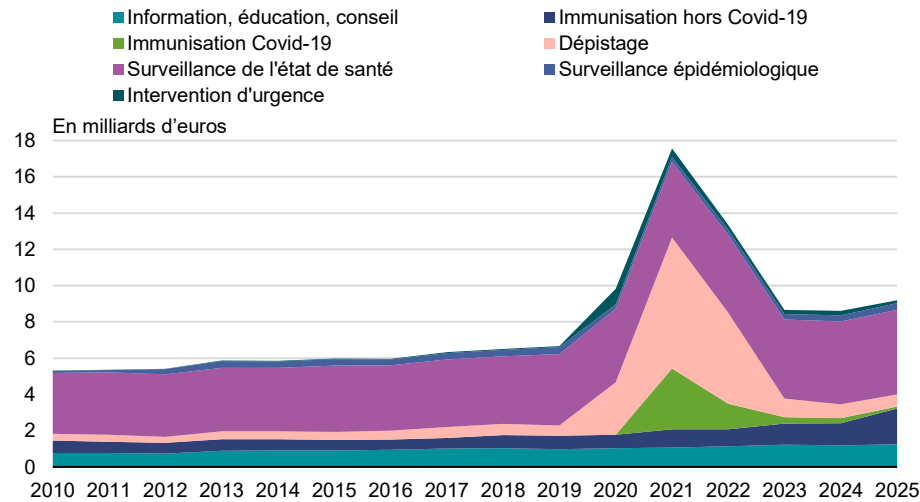
Les dépenses relatives à la prévention au travail (médecine du travail, prévention des risques professionnels) continuent leur progression (+3,1 %, après +2,1 % en 2024), alors que les dépenses de préparation aux situations d'urgence, financées par les administrations centrales, se réduisent à 0,2 milliard d'euros (-39,9 %).

¹ Les montants de dépenses de vaccination présentés dans cette fiche sont bruts de remises conventionnelles ou dérogatoires. Faute de données détaillées pour l'année 2025, ces remises sont comptabilisées en déductions des dépenses de médicament (fiche 21).

² Depuis le 1^{er} janvier 2025, la vaccination est obligatoire pour les enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2023.

³ La vaccination est étendue à toutes les personnes de 65 ans ou plus et remboursée à 65 % par l'Assurance maladie depuis le 14 octobre 2025.

Graphique 1 Dépenses annuelles de prévention par secteur



Source > Drees, comptes de la santé.

Tableau 1 Dépenses de prévention entre 2015 et 2025

En millions d'euros

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)
Information, éducation et conseil	917	1 074	1 135	1 227	1 199	1 236	+3,1
Information, promotion, éducation à la santé	291	342	369	381	410	404	-1,5
Lutte contre les addictions	66	111	134	153	156	192	+23,3
Médecine scolaire	546	594	596	650	584	584	0,0
Autres dépenses	14	28	35	42	50	56	+13,0
Immunisation¹	578	4 355	2 345	1 521	1 486	2 089	+40,5
Vaccination hors Covid-19 et immunisation passive ²	578	1 001	940	1 168	1 218	1 984	+62,9
Vaccination Covid-19	0	3 355	1 405	353	268	104	-61,2
Détection précoce des maladies	445	7 220	5 044	1 024	757	679	-10,4
Dépistage des tumeurs	139	144	144	165	139	145	+4,8
Dépistage et lutte contre les maladies Infectieuses	136	233	235	255	262	273	+4,5
Dépistage d'autres pathologies	169	621	517	278	239	232	-2,8
Dépistage du Covid-19	0	6 222	4 148	326	118	28	-76,7
Surveillance de l'état de santé	3 651	4 174	4 281	4 353	4 577	4 662	+1,9
Examens de santé, bilans bucco-dentaires	495	573	535	572	635	593	-6,5
PMI, Planning familial	800	765	793	865	937	953	+1,7
Prévention au travail	2 146	2 586	2 664	2 599	2 654	2 736	+3,1
Autres dépenses	212	249	289	317	351	380	+8,4
Surveillance épidémiologique et contrôle des risques et des maladies	357	255	296	310	332	375	+12,8
Préparation aux interventions en cas de catastrophe et d'urgence	32	487	261	221	263	158	-39,9
Ensemble de la prévention	5 979	17 566	13 362	8 655	8 615	9 198	+6,8

1. Montants bruts de remises conventionnelles ou dérogatoires.

2. L'immunisation passive comprend les dépenses d'injection d'anticorps.

Source > Drees, comptes de la santé.

Les dépenses pour des actions de prévention réalisées en pharmacie sont très dynamiques

Les organismes de prévention, qui regroupent les fonds nationaux de prévention, les opérateurs ou les agences nationales (Anses, Anact), financent 24 % des dépenses de prévention, soit 2,2 milliards d'euros en 2025 (*graphique 2*), notamment par des actions de prévention des accidents du travail (0,6 milliard d'euros), des campagnes d'information et d'éducation à la santé (0,4 milliard) ou des financements d'études et recherches épidémiologiques (0,4 milliard).

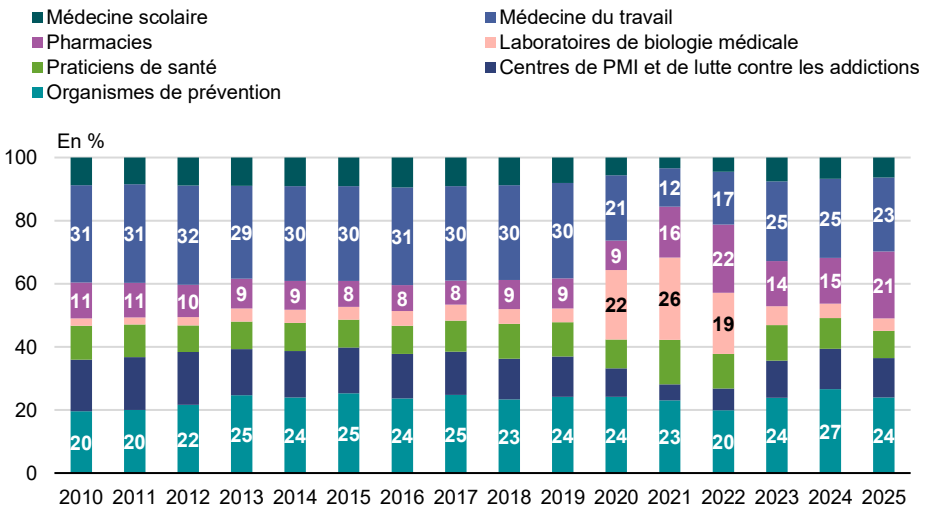
La médecine du travail dans les secteurs public et privé (à travers les services de prévention et de sécurité au travail [SPST]) est le deuxième contributeur (2,1 milliards d'euros, soit 23 %).

Enfin, la contribution des pharmacies augmente fortement (21 %, soit +7 points par rapport à 2024), à la suite de l'extension de leur champ de compétence vaccinal depuis 2019¹. Les pharmacies contribuent ainsi à 90 % des dépenses d'immunisation (*graphique 3*).

Les centres de PMI contribuent à 20 % des dépenses de surveillance de l'état de santé de la population et les centres de lutte contre les addictions à 16 % des dépenses d'information et d'éducation.

Les laboratoires (54 %) et les médecins (43 %) sont les principaux contributeurs aux dépenses de détection précoce des maladies : les premiers pour les tests de dépistage et les actes d'analyses biologiques ; les seconds pour les actes d'imagerie médicale (détection des tumeurs).

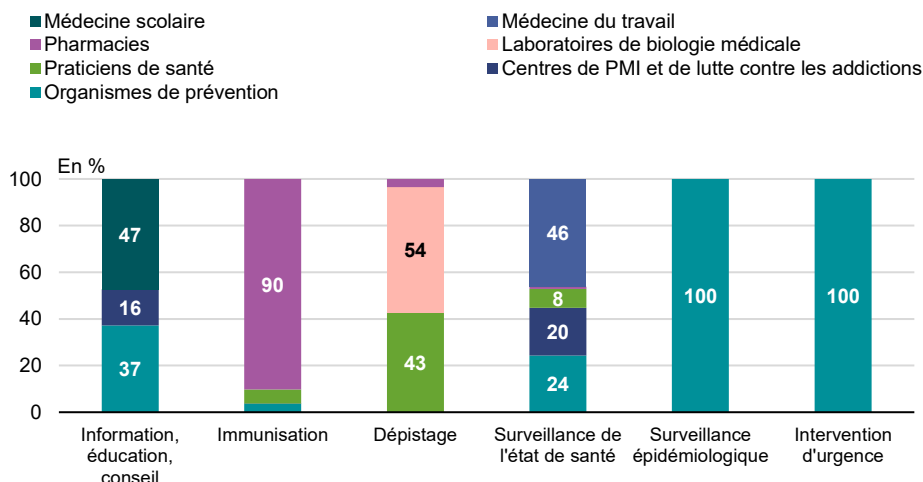
Graphique 2 Répartition des dépenses de prévention par fournisseur



Note > Les organismes de prévention comprennent principalement les fonds nationaux de prévention (FNPAT, FNPEIS, FNPEISA), les opérateurs (SpF, INCa, ANSM) et l'OPPBT. Les dépenses de prévention réalisées en centres d'imagerie sont incluses dans les laboratoires de biologie médicale.

Source > Drees, comptes de la santé.

¹ Les pharmaciens peuvent prescrire et administrer (sous limite d'âge) l'ensemble des vaccins mentionnés dans le calendrier de vaccination.

Graphique 3 Répartition des dépenses de prévention par fournisseur et par secteur en 2025

Note > Les organismes de prévention comprennent principalement les fonds nationaux de prévention (FNPAT, FNPEIS, FNPEISA), les opérateurs (SpF, INCa, ANSM) et l'OPPBTP. Les dépenses de prévention réalisées en centres d'imagerie sont incluses dans les laboratoires de biologie médicale.

Source > Drees, comptes de la santé.

L'État et les collectivités locales, principaux financeurs de la prévention

Entre 2010 et 2019, les administrations publiques finançaient en moyenne 65 % des dépenses de prévention, dont 24 % pour la Sécurité sociale, et les entreprises 30 % (*graphique 4*). La part financée par les administrations publiques est devenue supérieure à 75 % pendant la crise sanitaire. La Sécurité sociale était alors le premier financeur des dépenses de prévention (53 % en 2021).

Depuis 2023, une nouvelle structure de financement se met en place : les administrations publiques prennent en charge 70 % des dépenses (dont 43 % pour les administrations publiques centrales et locales), les entreprises 25 %, et les autres acteurs (organismes complémentaires et ménages) 5 %.

En 2025, les administrations publiques centrales et locales portent 41 % des dépenses de prévention (*tableau 2*). Elles financent notamment les programmes de protection maternelle et infantile (0,9 milliard d'euros), la médecine scolaire (0,6 milliard d'euros), les campagnes d'information (0,4 milliard d'euros) ou la surveillance épidémiologique (0,4 milliard d'euros).

La Sécurité sociale est le deuxième financeur des dépenses de prévention en 2025 (29 % des dépenses totales). La forte progression de sa contribution (+4,2 points) est portée par le dynamisme des dépenses vaccinales (1,4 milliard d'euros), premier poste de dépense de l'Assurance maladie.

Les dépenses financées par les entreprises (médecine du travail, risques professionnels) sont restées stables en 2025 (2,2 milliards d'euros).

Les dépenses des organismes complémentaires augmentent de 50 % en 2025 (300 millions d'euros en 2024), car ils remboursent principalement la part complémentaire des dépenses vaccinales.

Enfin, le financement par les ménages représente, en 2025, 1 % de la dépense de prévention (soit 0,1 milliard d'euros). Il regroupe principalement les vaccinations non remboursées par l'Assurance maladie (comme la vaccination contre la grippe de populations non à risque), mais dont une partie des dépenses est néanmoins prise en charge par les organismes complémentaires. ■

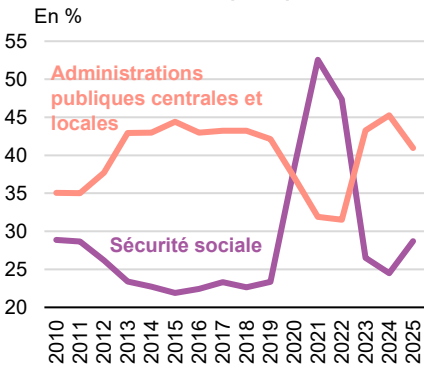
Tableau 2 Répartition des dépenses de prévention par financeur en 2025

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	2 639	28,7
Administrations publiques centrales et locales	3 768	41,0
Organismes complémentaires	464	5,0
Ménages	51	0,6
Entreprises	2 194	23,8
Ensemble	9 198	100,0

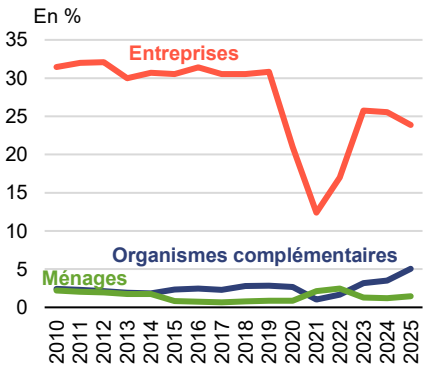
Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 4 Évolution du financement de la prévention

a. Par les administrations publiques



b. Par les autres financeurs



Source > Drees, comptes de la santé.

Encadré Le champ de la prévention dans les comptes de la santé

La prévention a été définie en 1948 par l'OMS comme l'ensemble « des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Les actions de prévention se répartissent en trois catégories :

- La **prévention primaire** a pour objectif d'éviter l'apparition d'une maladie, diminuer le nombre de nouveaux cas (incidence), anticiper l'émergence des maladies et en atténuer la gravité ;
- La **prévention secondaire** vise à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population (soit le nombre de personnes atteintes). Elle recouvre les actions menées dès le début de son apparition pour en réduire les facteurs de risques (par ex. campagnes de dépistage) ;
- La **prévention tertiaire** comprend les actions diminuant la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives et réduisant les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

Les comptes nationaux de la santé s'inscrivent dans le cadre conceptuel du système des comptes de la santé (*System of Health Accounts - SHA*). Dans ce cadre, le périmètre de la prévention est limitée aux dépenses de préventions primaire et secondaire, car les actions de prévention tertiaire sont difficilement dissociables des soins à visée curative.

Les dépenses de prévention présentées ici comprennent les actes de **prévention individuelle médicalisée** (examens de santé, bilans bucco-dentaires, vaccination), qualifiée de prévention non institutionnelle, ainsi que la **prévention institutionnelle**. La prévention institutionnelle est financée par des crédits du budget de l'État, les fonds de prévention portés par la Sécurité sociale, les collectivités territoriales et la médecine du travail du secteur privé. Si La prévention institutionnelle s'illustre par ses dispositifs collectifs d'information et d'éducation à la santé sur différentes thématiques, elle englobe également des démarches individuelles par le biais des programmes de vaccination, de détection précoce de maladie (dépistages organisés par exemple) ou encore par la prévention des risques professionnels.

Les campagnes de prévention financées par les organismes complémentaires ne sont pas comptabilisées, faute d'information.

Dans les comptes de la santé, les dépenses de prévention sont détaillées selon les catégories suivantes définies dans SHA :

- Les **programmes d'information, d'éducation et de conseil** combinent des stratégies, méthodes et actions afin que les organisations, collectivités, ménages et individus jouent un rôle actif dans la préservation et le maintien de la santé des personnes. Les agents peuvent ainsi modifier leurs comportements et changer les conditions sociales pour garantir un meilleur état de santé général, par exemple avec l'acquisition de connaissances et de bonnes pratiques, ou l'utilisation du système de santé.
- Les **programmes d'immunisation** incorporent les dépenses de consultation et d'utilisation de produits pharmaceutiques pour prévenir le développement de maladie, avant ou après exposition.
- Les **programmes de détection précoce des maladies** concernent la recherche active d'une maladie à un stade précoce, avant l'apparition des symptômes, au sein des groupes à risque, dans le cadre d'activités de programme organisées. Cela peut inclure des dépistages, des tests diagnostiques et des examens médicaux.
- Les **programmes de surveillance de l'état de santé** incluent les dépenses relatives à des populations spécifiques. Il peut s'agir du suivi des grossesses (soins prénatals et postnatals), de tranches d'âge spécifiques comme les enfants (par exemple, croissance et développement de l'enfant) ou les personnes âgées, ou encore de domaines de santé spécifiques, tels que les bilans de santé dentaires.
- Les **programmes de surveillance épidémiologique et de contrôle des risques et des maladies** sont composés des opérations techniques de gestion des connaissances et des ressources, axées sur la prévention et le contrôle. Cela se fait par la planification, le suivi et l'évaluation des interventions, y compris des mesures d'information pour la prise de décision, telles que l'accès à l'information et aux services de soutien.
- Les **actions de préparation aux programmes d'intervention en cas de catastrophe et d'urgence** visent à la préparation à une réponse appropriée en cas d'urgence humanitaire, qu'elle soit d'origine humaine ou naturelle. L'objectif est de protéger la santé et de réduire la mortalité et la morbidité dues aux risques sanitaires, notamment grâce à l'épidémiologie de terrain et à la formation aux normes techniques.

Pour en savoir plus

- > **System of Health Accounts (SHA)** (2011). Plus d'informations sur <https://www.oecd.org/en/topics/policy-issues/health-spending-and-financial-sustainability/sha-guidelines.html>
- > **Jaune budgétaire Prévention en santé**, Annexe au projet de loi de finances 2026
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2026, mai). *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2025, prévisions 2026*.

En 2025, les dépenses de gestion du système de santé s'élèvent à 17,6 milliards d'euros, soit 5,0 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Elles augmentent à nouveau à un rythme plus soutenu que l'ensemble de cet agrégat (+3,8 %, après +4,9 % en 2024), portées avant tout par les organismes complémentaires.

Les dépenses de gestion du système de santé sont de nouveau dynamiques

Les dépenses de gestion du système de santé s'élèvent à 17,6 milliards d'euros en 2025, en hausse de 3,8 % par rapport à 2024 (tableau 1). Elles sont plus dynamiques que le reste de la DCSi pour la seconde année consécutive.

Ces dépenses comprennent les frais de gestion :

- des régimes de Sécurité sociale (7,2 milliards d'euros soit 41 % de l'agrégat) ;
- des organismes complémentaires (OC) : mutuelles, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance, au titre de leur activité en santé (9,2 milliards d'euros soit 52 % de l'agrégat) ;
- de fonctionnement du ministère chargé de la santé, y compris les agences régionales de santé (1,0 milliard d'euros soit 6 % de l'agrégat) ;
- de fonctionnement des opérateurs publics contribuant au pilotage du système de santé, par exemple la Haute autorité de santé (0,2 milliard d'euros soit 1 % de l'agrégat).

La croissance des dépenses de gestion du système de santé est principalement portée par les organismes complémentaires (graphique 1). De 2015 à 2024, la hausse des dépenses de gestion (+1,6 % par année en moyenne) a été entièrement portée

par celles des OC. En 2025, la croissance des dépenses de gestion est portée pour deux tiers par les OC et pour un tiers par les régimes de Sécurité sociale.

Avant la crise sanitaire, la hausse des dépenses de gestion des organismes complémentaires restait contenue (+2,1 % de 2015 à 2019 par an en moyenne). Par la suite, elles sont nettement reparties à la hausse (+2,8 % en 2022, +4,5 % en 2023 puis +5,8 % en 2024). En 2025, les dépenses de gestion ralentissent un peu, mais demeurent dynamiques (+4,9 % par rapport à 2024).

Les frais de gestion des organismes de sécurité sociale ont baissé entre 2015 et 2019, en raison notamment des réductions d'effectifs. Depuis la fin de la crise sanitaire, ils repartent à la hausse, à la suite d'un avenant à la convention d'objectifs de gestion pour prendre en compte les nouvelles dépenses liées à la crise sanitaire. En 2025, ils augmentent de 3,2 %.

Les dépenses de gestion des administrations publiques centrales diminuent légèrement de 0,6 % en 2025. Le coût de fonctionnement du ministère chargé de la santé est stable (-0,1 %) mais celui des opérateurs publics contribuant au pilotage du système de santé baisse nettement (-3,0 %).

Tableau 1 Dépenses de gestion du système de santé

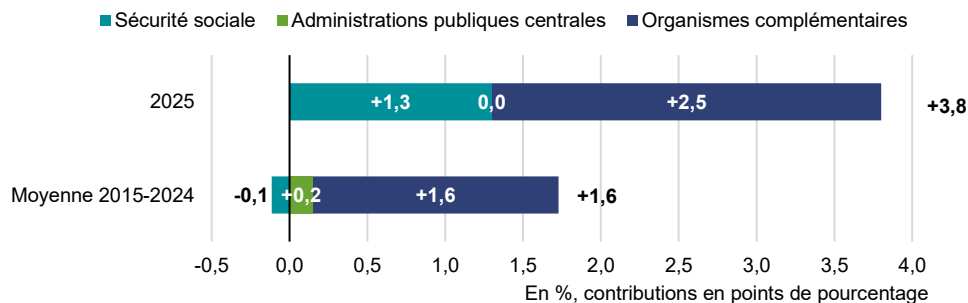
En millions d'euros

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Structure 2025 (en %)
Sécurité sociale	6 989	6 612	6 744	6 739	7 001	7 229	+3,2	41,0
Organismes complémentaires	6 968	7 692	7 905	8 263	8 744	9 176	+4,9	52,1
Mutuelles	3 582	3 687	3 775	3 876	3 934	4 086	+3,9	23,2
Institutions de prévoyance	916	960	1 008	1 046	1 068	1 086	+1,7	6,2
Entreprises d'assurance	2 470	3 045	3 122	3 341	3 742	4 003	+7,0	22,7
Administrations publiques centrales	947	1 149	1 154	1 176	1 219	1 212	-0,6	6,9
État	820	990	998	1 003	1 017	1 015	-0,1	5,8
Opérateurs publics	127	159	156	173	203	196	-3,0	1,1
Ensemble	14 904	15 453	15 804	16 178	16 965	17 616	+3,8	100

Note > Les dépenses de gestion de l'État correspondent à celles du ministère chargé de la santé, tandis que celles de la Sécurité sociale correspondent aux dépenses des régimes de Sécurité sociale (Cnam, etc.).

Lecture > En 2025, 41 % des frais de gestion du système de santé relèvent de la Sécurité sociale, soit 7,2 milliards d'euros.

Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 1 Évolution des dépenses de gestion et principales contributions à la croissance

Source > Drees, comptes de la santé.

Les contrats collectifs des organismes complémentaires occasionnent moins de coûts de gestion que les contrats individuels

Les dépenses de gestion des régimes de Sécurité sociale se composent des charges de personnel et des autres charges de gestion courante des différents régimes ; les charges liées à la délivrance des indemnités journalières sont par convention exclues du champ (annexe 1).

Les dépenses de gestion des OC ne sont pas directement comparables à ceux des régimes de base, car ces acteurs n'ont pas les mêmes rôles et ne réalisent pas exactement les mêmes tâches (Lapinte, *et al.*, 2024). Certaines activités ne relèvent que des régimes de base (délivrer des attestations de couverture par la complémentaire santé solidaire [C2S] ou des admissions en affection de longue durée [ALD] par exemple). Par ailleurs, les régimes de base effectuent souvent un premier traitement administratif des demandes de remboursement – et peuvent recevoir en première instance des feuilles de soins papier, plus coûteuses à traiter que les feuilles électroniques – avant de les transmettre sous forme dématérialisée aux organismes complémentaires.

Les OC, quant à eux, font face à des coûts de publicité, pour acquérir de nouveaux clients. Enfin, les OC interviennent directement dans le cas de dépenses non prises en charge par la Sécurité

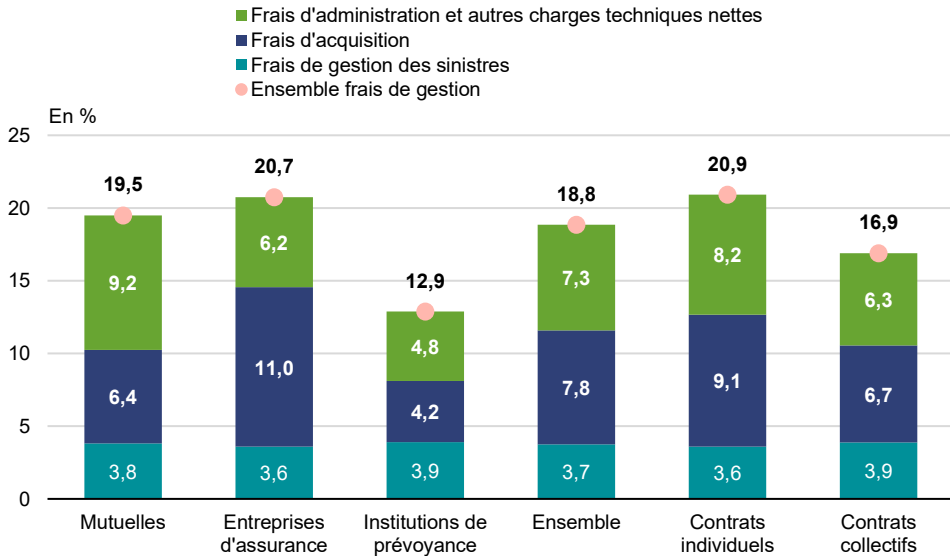
sociale (implants dentaires, ostéopathie, chambres particulières, etc.).

Les dépenses de gestion des OC sont de trois sortes (Poulon, 2025) :

- les frais de gestion des sinistres correspondent à l'activité d'indemnisation des assurés (traitement des demandes de remboursement),
- les frais d'acquisition sont engagés pour attirer de nouveaux clients (frais de réseau, de publicité, d'ouverture des dossiers)
- les frais d'administration et autres charges techniques nettes retracent la gestion courante des contrats et des systèmes d'information (encaissement des cotisations, mise à jour des dossiers, etc.).

Les contrats collectifs (souscrits par une personne morale pour un groupe de personnes) présentent globalement des frais de gestion plus faibles que les contrats individuels (*graphique 2*), grâce aux économies d'échelle permises par l'interlocuteur unique qu'est l'entreprise souscriptrice. Les institutions de prévoyance, spécialisées en contrats collectifs, affichent ainsi les coûts de gestion les plus faibles, en part des cotisations. *A contrario*, les entreprises d'assurance ont les coûts de gestion les plus élevés en part de leurs cotisations, du fait notamment de frais d'acquisition sensiblement plus élevés que ceux des autres organismes complémentaires. Les mutuelles ont, quant à elles, des frais d'administration plus importants.

Graphique 2 Part des dépenses de gestion en santé dans les cotisations hors taxes perçues en santé par les organismes complémentaires, en 2025, selon leur nature



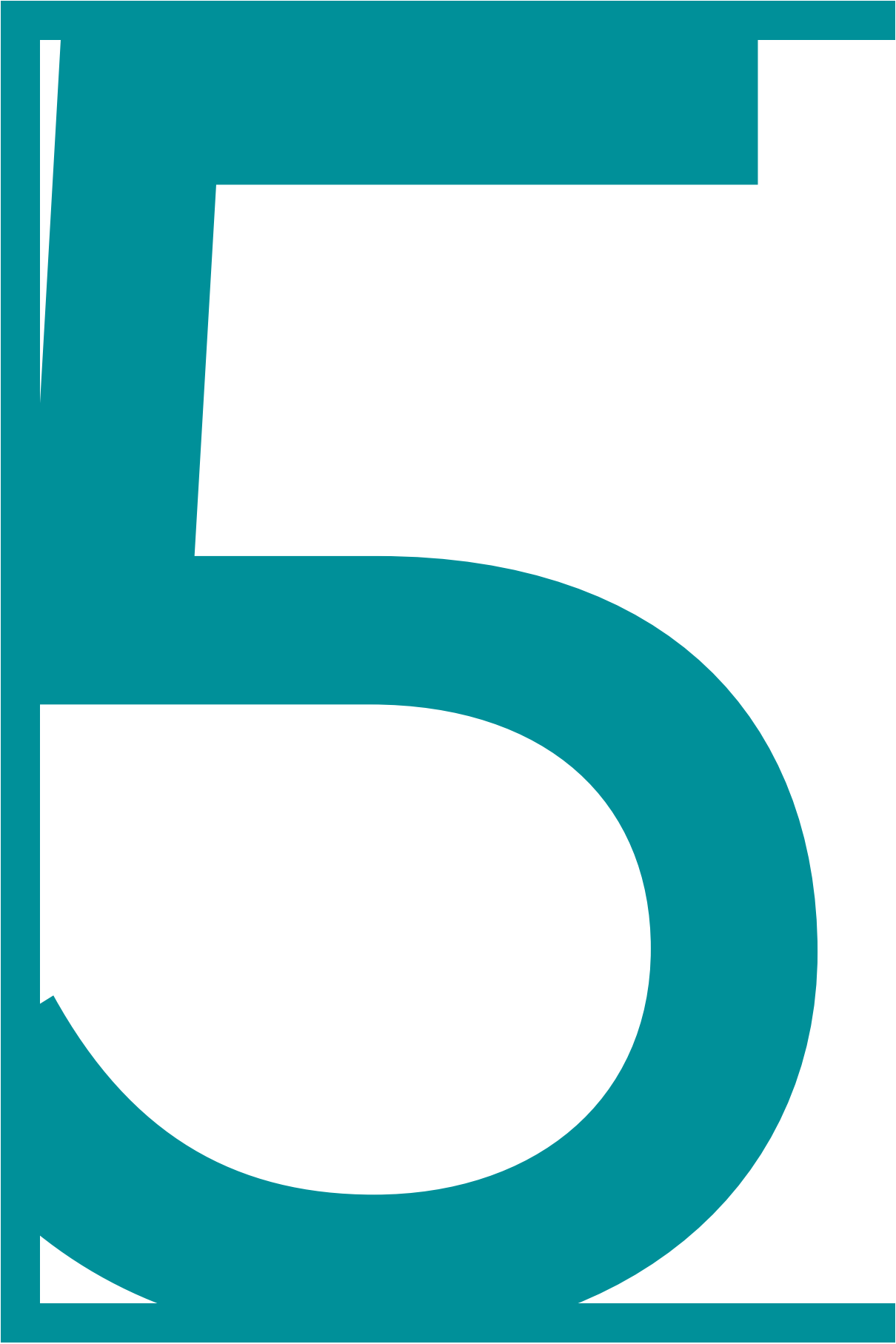
Note > Les frais de gestion sont définis comme la somme des frais de gestion des sinistres, des frais d'acquisition et des frais d'administration et autres charges techniques nettes. Les subventions d'exploitation ne sont pas retirées ici.

Lecture > En 2025, les frais de gestion des sinistres représentent 3,8 % des cotisations collectées en santé (frais de soins) pour les mutuelles.

Source > Drees, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > Lapinte, A., Pollak, C., Solotareff, R. (2024). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2024*. Paris, France : Drees, coll. Panoramas de la Drees -Santé.
- > Poulon, P. (2025, décembre). *Rapport 2025 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Drees, rapport.



Vue d'ensemble

Les agrégats
des dépenses de santé

Le financement
des dépenses de santé

La DCSi par composante

Comparaisons internationales

Les dépenses de santé
par âge et sexe

Annexes

Tableaux détaillés

En 2025, la DCSi augmente de 3,6 % en valeur en moyenne dans l'UE ; la hausse est un peu moins marquée en France (+3,3 %). Relativement au PIB, la DCSi augmente dans la majorité des pays de l'OCDE (+0,3 point dans l'UE).

En tête des pays de l'OCDE, les États-Unis consacrent l'équivalent de 17,6 % de leur PIB à la DCSi en 2025, contre 11,8 % en France. En tenant compte des différences de prix existant entre pays pour la santé, la dépense par tête s'élève à 6 220 € PPA santé aux États-Unis, loin devant l'Allemagne (5 670 €), la Suisse (5 320 €) et la France (5 140 €), chaque euro PPA correspondant à un « euro français ». Dans l'Union européenne, les administrations publiques financent 74,3 % de cette dépense ; cette part est un peu plus élevée en France (77,4 %).

Les soins courants, incluant l'hôpital et les soins de ville, représentent la moitié de la dépense de santé en moyenne dans l'UE ainsi qu'en France. Les biens médicaux (notamment les médicaments) constituent une part importante de la DCSi dans les pays les moins riches.

Le *System of Health Accounts* (SHA) prévoit un cadre harmonisé de présentation des statistiques sur les dépenses de santé, de façon à assurer la comparabilité entre pays. Son agrégat central est la dépense courante de santé au sens international (DCSi). SHA est piloté par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), Eurostat et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [annexe 1].

En Europe, la DCSi progresse à un rythme plus soutenu en 2025 qu'en moyenne entre 2010 et 2019

Cette fiche s'appuie sur des estimations provisoires et des projections de la DCSi pour l'année 2025. De nombreux pays de l'OCDE ont fourni des estimations d'évolution de la DCSi en 2025 ; pour la France, les chiffres de cette fiche sont ceux de la fiche 1 de ce panorama. Pour les pays qui n'ont pas fourni d'estimations provisoires¹, l'OCDE estime économétriquement l'évolution 2025.

En 2025, les dépenses de santé augmentent dans tous les pays de l'UE

En 2025, en valeur – c'est-à-dire mesurée en euros courants – la DCSi a augmenté en moyenne de 5,9 % dans les pays de l'Union Européenne (UE) [graphique 1]. Elle augmente dans tous les pays de la zone, plus ou moins fortement selon les régions. La croissance est particulièrement marquée dans certains pays de l'est de l'Europe : jusqu'à +21,0 % en Pologne. Afin de remédier à une pénurie de professionnels de santé, la Pologne a mis en place des revalorisations salariales depuis quelques années ; en particulier, depuis 2022, les salaires minimums

des professionnels de santé sont indexés sur le salaire moyen polonais, ce qui a conduit à des revalorisations conséquentes en juillet 2024 et juillet 2025², et pourrait contribuer à expliquer la hausse spectaculaire de la DCSi observée en 2025. Dans le reste de l'Europe, la DCSi augmente, mais moins : de +0,7 % en Finlande à +7,8 % au Portugal et +7,7 % en Allemagne. Avec +3,3 % en 2025, la France a l'un des taux de croissances de la DCSi les plus modérés d'Europe après l'Italie (+2,1 %). En 2025, dans les pays étudiés en dehors de l'UE, la DCSi croît en valeur de 2,6 % au Japon à 8,4 % en Islande.

La progression de la DCSi en 2025 est supérieure à sa progression moyenne annuelle entre 2010 et 2019 en moyenne dans l'UE (+3,0 % par an) ainsi que dans la plupart des pays étudiés situés en Europe, mais pas dans les pays scandinaves ni Japon.

Après avoir stagné entre 2010 et 2019, la part des dépenses dans le PIB augmente en 2025 en Europe

Relativement au produit intérieur brut (PIB), la DCSi augmente de 0,3 point dans l'UE en 2025, de 10,1 % à 10,4 %. Entre 2010 et 2019, la part de la DCSi dans le PIB était restée globalement inchangée dans l'UE, avant d'augmenter fortement durant la crise sanitaire.

En 2025, la DCSi augmente ou reste stable, en part de PIB, dans la majorité des pays de l'UE, à quelques exceptions près : -0,2 point de pourcentage (pp) en Suède et en Grèce, -0,1 pp en Finlande et en Espagne. La France a une position médiane par rapport aux autres pays européens : sa DCSi progresse de +0,2 pp, ce qui est très proche des évolutions observées en Autriche, au Luxembourg,

¹ La Belgique, la Grèce, l'Espagne, la Finlande, le Japon, les États-Unis d'Amérique, la Norvège, la Slovaquie, la Lettonie.

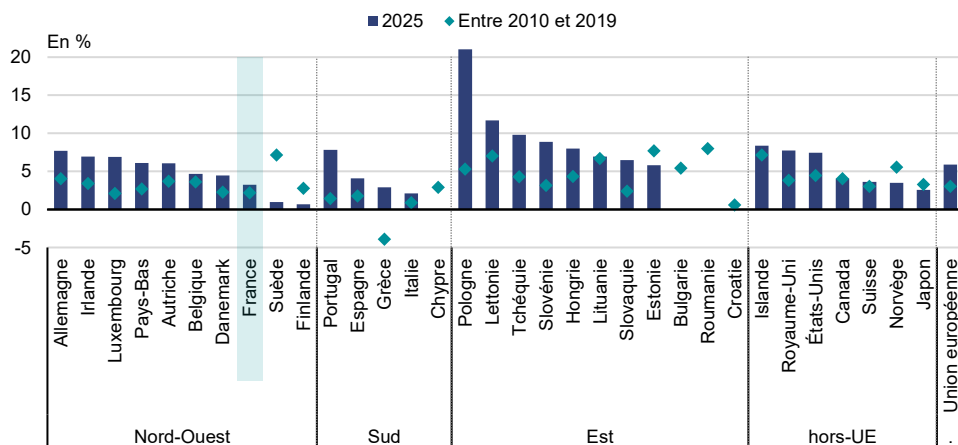
² Le salaire moyen est passé de 6 346 zlotys en 2022 à 7 155 zlotys en 2023 et 8 182 zlotys en 2024, soit des hausses de 13 % et 14 % respectivement (source : [office central des statistiques de Pologne](#))

en Belgique et au Portugal. À titre de comparaison, la DCSi augmente de 0,5 point de PIB en Allemagne (graphique 2).

En France comme dans l'UE, la part de la DCSi dans le PIB était restée stable entre 2010 et 2019.

Quelques pays s'écartent de cette tendance générale : en Suède notamment, la part de la DCSi dans le PIB a augmenté de 0,3 pp par an en moyenne sur la période.

Graphique 1 Évolution de la DCSi en valeur



1. Données manquantes en 2025.

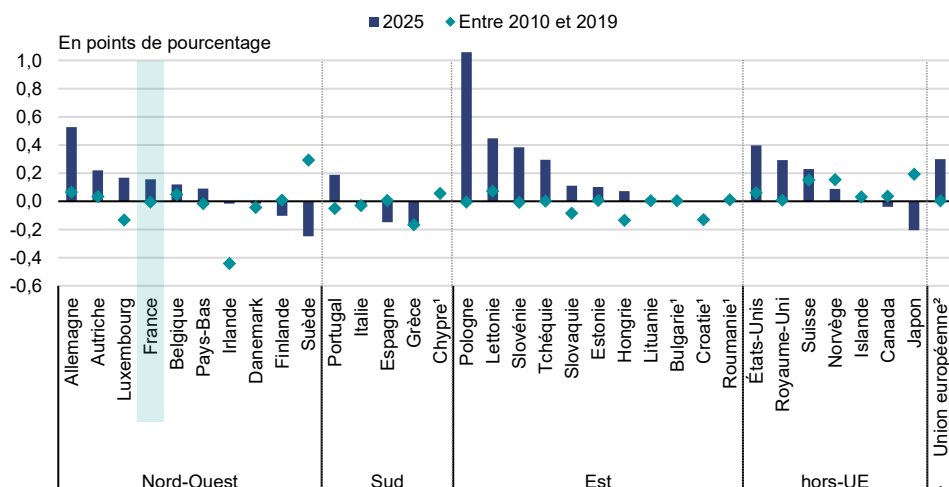
2. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles.

Note > Les évolutions présentées sont celles de la DCSi mesurée en euros courants. Malte n'est pas représenté car les données ne sont pas disponibles.

Lecture > En France, la DCSi en valeur augmente de 3,3 % en 2025, contre +2,2 % par an en moyenne entre 2010 et 2019.

Sources > Drees, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Graphique 2 Variation de la DCSi en part du PIB



1. Données manquantes en 2025.

2. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles.

Note > La variation présentée entre 2010 et 2019 est la variation moyenne annuelle sur la période. Malte n'est pas représenté car les données ne sont pas disponibles.

Lecture > En France, la DCSi a progressé de 0,2 point de PIB en 2025.

Sources > Drees, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Les États-Unis dépensent pour la santé environ 22 % de plus par habitant que la France

En moyenne, les pays d'Europe du Nord-Ouest consacrent à la santé une part de PIB supérieure à celle du reste de l'UE, mais largement inférieure à celle des États-Unis

Avec une DCSi représentant 17,6 % de leur PIB en 2025, les États-Unis sont largement en tête des pays de l'OCDE (*graphique 3*). L'Allemagne, premier pays de l'UE, dépense 12,7 % de son PIB pour la santé, juste devant l'Autriche (11,9 %) et la France (11,8 %). En 2025, les États membres de l'UE consacrent en moyenne 10,5 % de leur PIB aux dépenses de santé.

Les pays du nord et de l'ouest de l'Europe dépendent davantage en part du PIB : à l'exception de l'Irlande (6,4 %) et du Luxembourg (5,9 %), ces pays consacrent plus de 9,5 % de leur PIB pour la DCSi, tandis que seuls le Portugal (10,4 %) et la Slovaquie (9,9 %) dépassent ce seuil au sud et à l'est. En revanche, l'écart entre les pays de l'est et du sud de l'Europe continue de se résorber : une majorité de pays consacrent entre 8 % et 9 % de leur PIB aux dépenses de santé dans ces deux groupes de pays. Les pays étudiés situés en dehors de l'UE ont une dépense de santé similaire aux pays d'Europe de l'ouest et du nord – entre 9 % et 12 % du PIB – à l'exception notable des États-Unis pour qui cette dépense est 1,5 fois plus élevée : 17,6 % du PIB.

En tenant compte des différences de pouvoir d'achat, l'Allemagne présente les dépenses par tête les plus élevées de l'UE

Pour comparer les dépenses moyennes de santé par personne, on peut rapporter la DCSi au nombre d'habitants. Pour prendre en compte les différences de coûts des services de santé entre pays on utilise les parités de pouvoir d'achat (PPA) en santé (*glossaire*), fondées sur une comparaison des prix pratiqués dans chaque pays pour un panier de produits et services de santé standards, comprenant les équipements, les médicaments et le personnel so-

ignant. D'un pays à l'autre, les prix des biens et services de santé varient significativement, plus que les prix des biens et services dans leur ensemble. En pratique, on utilise les estimations de PPA santé pour rapporter les dépenses moyennes de santé par individu à des dépenses « en euros en France », ce qui signifie que tout euro en PPA santé correspond à un euro en France.

En moyenne, en 2025, les pays de l'UE consacrent 3 830 euros PPA santé par habitant aux dépenses de santé. Les dépenses par habitant sont particulièrement élevées en Europe de l'Ouest et dans les pays étudiés en dehors de l'Union européenne : cela s'explique en grande partie par les dépenses consacrées aux soins de longue durée (*graphique 7*) qui sont plus élevées dans ces pays qu'en Europe du Sud ou de l'Est.

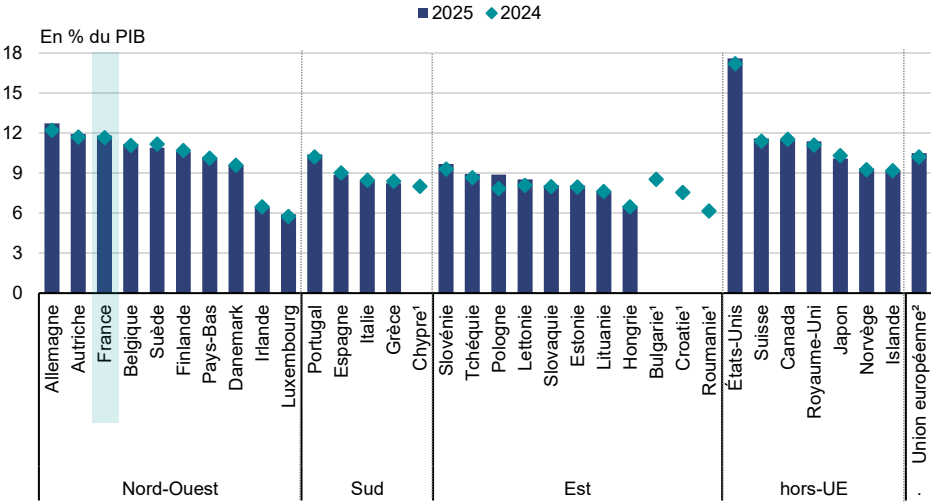
La neutralisation de l'effet prix ne bouleverse pas toutes les hiérarchies observées en comparant les pourcentages de PIB. L'Allemagne, où les prix des biens et services de santé sont un peu plus élevés que ceux de la France (*annexe 4*), est aussi le pays de l'UE où la DCSi par habitant est la plus élevée, avec 5 670 euros PPA santé par habitant en 2025. La France arrive en deuxième position, avec 5 120 euros PPA santé par habitant.

De même, parmi les pays de l'OCDE, c'est toujours aux États-Unis que la DCSi par tête est la plus élevée : en 2025, elle atteint 6 220 euros PPA santé par habitant (*graphique 4*), soit 22 % de plus qu'en France.

La Suisse, où les biens et services de santé sont les plus onéreux dans l'OCDE, se retrouve en 3^e position parmi les pays étudiés, avec une dépense par tête de 5 320 euros PPA santé.

À l'inverse, la Tchéquie présente des prix de santé parmi les plus faibles d'Europe et se classe au 6^e rang des pays étudiés, avec 4 660 euros PPA santé en 2025 – une moyenne proche de celles des Pays-Bas (4 640 euros), bien au-dessus de celles des autres pays d'Europe de l'Est (moins de 3 300 euros).

Graphique 3 DCSI en 2024 et 2025



1. Données manquantes en 2025.

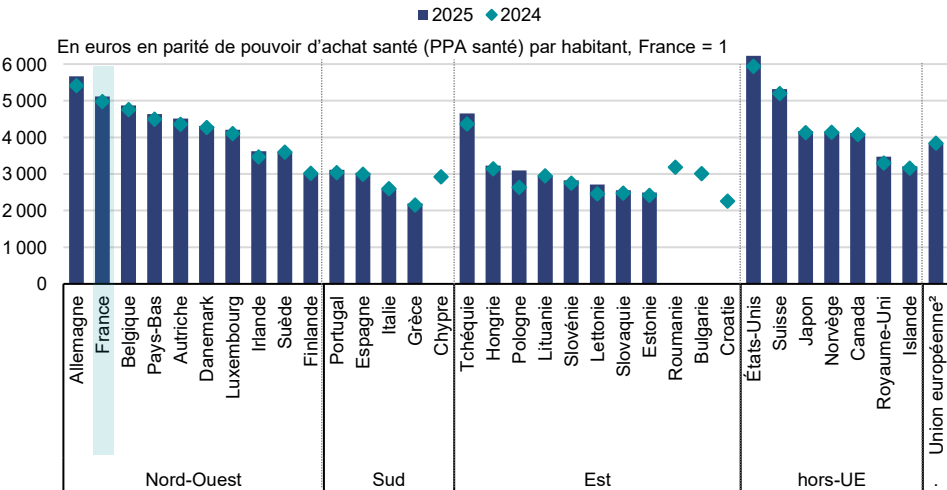
2. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles.

Note > Malte n'est pas représenté car les données ne sont pas disponibles.

Lecture > En France, la DCSI représente 11,7 % du PIB en 2024 et 11,8 % du PIB en 2025.

Sources > Drees, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Graphique 4 DCSI par habitant en parité de pouvoir d'achat en 2024 et 2025



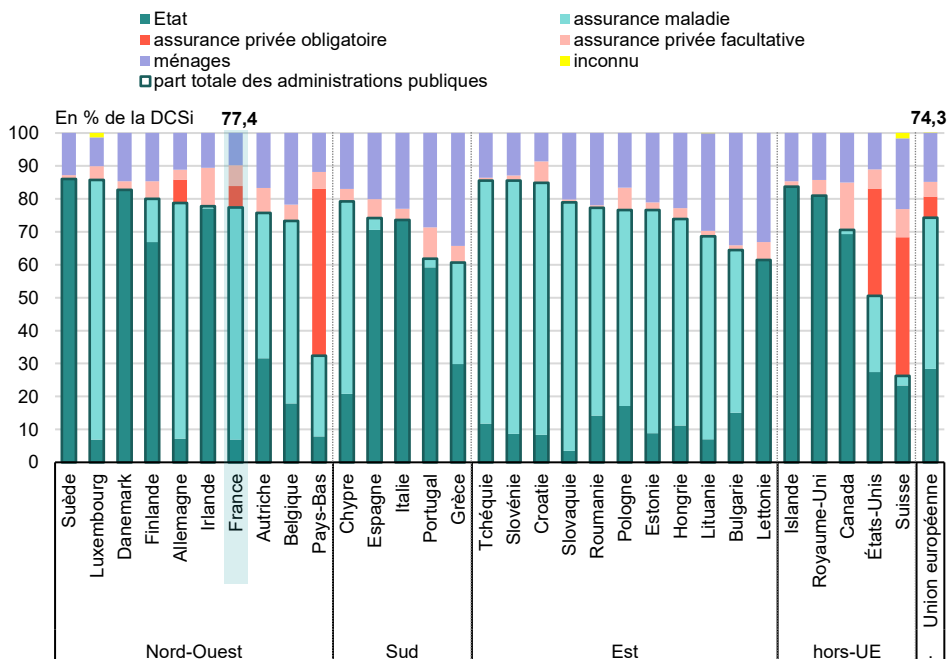
1. Données manquantes en 2025.

2. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles.

Note > Malte n'est pas représenté car les données ne sont pas disponibles. Les PPA santé sont calculés à l'aide de coefficients diffusés par Eurostat [prc_ppp_ind1] sauf pour le Canada, le Japon, le Royaume-Uni et les États-Unis. Pour ces pays, on utilise les coefficients diffusés par l'OCDE pour l'année 2024 (2025 n'étant pas encore disponible). Elles permettent de prendre en compte les différences de prix spécifiques au secteur de la santé et donc de raisonner à volumes de soins comparables. Sur ce graphique, les PPA utilisent l'euro comme monnaie nationale et la France comme pays de référence (base 1), chaque euro présenté correspond donc à un « euro français ».

Lecture > En France, la DCSI représente 4 970 euros PPA santé par habitant en 2024 et 5 120 euros en 2025.

Sources > Drees, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Graphique 5 Part de la DCSi financée par des administrations publiques en 2024

Note > Malte, la Norvège et le Japon ne sont pas représentés car les données ne sont pas disponibles.

Lecture > En France, les administrations publiques financent 77,4 % de la DCSi : l'Assurance maladie 70,5 % et l'État 6,9 %. Les assurances privées obligatoires et facultatives financent respectivement 6,5 % et 6,3 % de la DCSi, et les ménages 9,8 % (reste à charge).

Sources > Drees, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Trois quarts de la DCSi sont financés par des administrations publiques dans l'UE

En France, les administrations publiques financent une part de la DCSi légèrement plus élevée qu'en moyenne dans l'UE

En 2024, les administrations publiques financent en moyenne 74,3 % de la DCSi dans l'UE (graphique 5). En France, cette part s'élève à 77,4 %, ce qui est proche de l'Allemagne (77,7 %) et légèrement supérieur à la moyenne européenne. En Suède, au Luxembourg, en Tchéquie et en Slovaquie, les administrations publiques financent plus de 85 % de la DCSi.

Dans presque tous les pays étudiés, les administrations publiques financent plus de 60 % de la DCSi (sauf aux Pays-Bas, en Suisse et aux États-Unis) tandis que l'assurance privée volontaire représente moins de 10 % de la DCSi (à l'exception du Canada et l'Irlande). Le système de financement de ces pays peut toutefois varier significativement. Sché-

matiquement, trois types de systèmes de santé peuvent être distingués, même si certains pays présentent des caractéristiques hybrides.

Dans la plupart des pays de l'est ainsi qu'en France, en Allemagne et au Luxembourg, la DCSi est très majoritairement financée par l'assurance maladie.

Ces systèmes dits « bismarckiens¹ » se caractérisent par l'existence d'une assurance maladie publique qui couvre largement la population ; les prestations maladie sont versées en contrepartie de cotisations (au moins dans la conception initiale du dispositif), en général assises sur les revenus d'activité, et l'affiliation est obligatoire. Les dépenses de santé sont dès lors remboursées dans la limite d'un montant de base défini par les pouvoirs publics. Concernant l'offre de soins, la médecine y est souvent libérale et les médecins sont principalement rémunérés à l'acte, même si ce mode d'exercice cohabite avec des hôpitaux publics où les professionnels de santé sont salariés.

¹ Du nom du chancelier allemand Otto von Bismarck qui, en réponse aux mouvements socialistes et ouvriers, a proposé une assurance maladie obligatoire assise sur

les revenus du travail et dont les droits sont acquis sur la base de l'activité professionnelle.

Dans les pays du nord et du sud de l'Europe, au Royaume-Uni, en Irlande et au Canada, le premier financeur de la DCSi est l'État, qui assure un service national de santé financé par l'impôt.

Dans ce type de système de santé, dit « *beveridgien*¹ », les administrations centrales, régionales et locales sont responsables du financement du système de santé et disposent du droit de lever des impôts pour couvrir les dépenses de santé engagées. Les résidents de ces pays sont automatiquement couverts par le service national de santé, qu'ils contribuent ou non à son financement, et le parcours de soins y est très encadré : les soins primaires sont souvent dispensés dans des centres publics où les médecins sont généralement salariés ou payés à la capitation². Une offre de soins privée peut toutefois se développer en marge de l'offre publique, mais les patients qui souhaitent y avoir recours supportent le coût total des traitements et des soins reçus (directement ou via des assurances privées facultatives).

Les Pays-Bas et la Suisse ont un système d'assurance maladie obligatoire pour tous les résidents, mais géré par des assureurs privés mis en concurrence.

Ainsi, dans ces deux pays, les assurances privées obligatoires financent respectivement 51 % et 42 % de la DCSi. L'État intervient notamment via la régulation pour pallier les défaillances du marché et pour garantir un haut niveau de solidarité, mais les administrations publiques financent une part de la DCSi bien plus basse que dans les systèmes bismarckiens ou beveridgiens : 32 % aux Pays-Bas et 26 % en Suisse.

Aux États-Unis, l'obligation individuelle de souscrire à une assurance maladie (publique ou privée) introduite en 2014³ a été supprimée en janvier 2019 ; seuls certains États (Californie, Massachusetts) ont maintenu une obligation. Les assurances publiques sont seulement destinées aux plus modestes : *Children's Health Insurance Program* pour les plus jeunes, *Medicare* pour les personnes âgées, *Medicaid* pour les personnes à faibles revenus. En 2024, les assurances privées obligatoires financent 33 % de la DCSi, et les administrations publiques 50 %.

La structure de la DCSi selon la fonction de la dépense varie fortement d'un pays à l'autre

Des dépenses de santé d'abord dédiées aux soins hospitaliers et de ville

Les soins courants, qui regroupent les soins hospitaliers et les soins de ville, constituent le principal poste de dépenses de santé dans la totalité des pays étudiés. Dans l'UE, les soins courants représentant 52 % de la DCSi en 2024, avec des disparités entre pays : 46 % en Allemagne et en France, mais jusque 65 % au Portugal ou 67 % à Chypre. Hors UE, les soins courants atteignent jusqu'à 68 % de la DCSi aux États-Unis.

La répartition de ces dépenses entre soins en ville et hôpital varie fortement entre pays. Les dépenses consacrées aux soins de ville sont élevées au Danemark (38 %), au Portugal (37 %) et en Finlande (37 %). À l'inverse, la France y consacre une plus faible part de sa DCSi (17 %), tandis qu'elle consacre davantage aux soins à l'hôpital (29 %). Aux États-Unis, les soins hospitaliers représentent 38 % de la DCSi et les soins en cabinet de ville 30 % (*graphique 6*).

Les biens médicaux (médicaments et dispositifs médicaux) forment la deuxième grande catégorie des dépenses de santé. Leur part, et notamment celle des médicaments, est particulièrement élevée dans les pays les moins riches de l'OCDE et dans ceux ayant une plus faible DCSi.

En Europe de l'Est, où ils représentent une proportion conséquente des dépenses de santé, la part des biens médicaux varie de 14 % de la DCSi en Lettonie à 30 % en Bulgarie et en Slovaquie ; dans le sud de l'Europe, elle varie de 17 % au Portugal à 29 % en Grèce. Parmi les pays du nord-ouest de l'Europe, les biens médicaux représentent de 10 % de la DCSi aux Pays-Bas à 18 % en Allemagne et 16 % en France. Cet écart s'explique en partie par le fait que, le prix des médicaments étant relativement homogène entre les pays (OCDE, 2023), la dépense consacrée à ces produits représente une proportion plus importante des dépenses de santé pour les pays les moins riches de l'OCDE, qui ont une DCSi plus faible en valeur.

La somme des soins courants (à l'hôpital, en cabinet de ville et à domicile), des biens médicaux et des services auxiliaires correspond à la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) [*annexe 1 et glossaire*]. Elle caractérise les dépenses qui concourent directement au traitement d'une perturbation de

¹ Du nom de l'économiste William Beveridge qui l'a mis en place au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Construits sur le principe de solidarité, les modèles beveridgiens offrent des avantages sociaux à l'ensemble de la population, indépendamment du statut socio-économique (c'est l'appartenance à la communauté nationale qui fonde le droit à une aide).

² La capitation est une rémunération annuelle versée à un médecin pour prendre soin d'un patient inscrit à son cabinet.

³ Patient Protection and Affordable Care Act (ACA ou « Obamacare »)

l'état de santé, par opposition aux soins de longue durée ou à la prévention. En 2024, la CSBM représente entre 61 % (aux Pays-Bas) à 94 % (en Grèce) de la DCSi dans les pays étudiés. En France, en 2024, la CSBM constitue 73 % de la DCSi, une part un peu supérieure à celle de l'Allemagne (70 %).

Les dépenses de santé hors CSBM sont plus élevées hors-Europe et en Europe du Nord-Ouest

L'essentiel de l'écart entre la CSBM et la DCSi correspond aux soins de longue durée (SLD) pour les personnes en perte d'autonomie (personnes âgées ou en situation de handicap), dont l'amplitude varie fortement entre pays. Ces écarts peuvent refléter des modes de prise en charge différente de soins de longue durée, mais pourraient également résulter de différences de champ retenues pour ces dépenses, en raison de la diversité des dépenses de SLD, et malgré les efforts d'harmonisation.

Les dépenses de SLD sont plus élevées dans les pays du nord et de l'ouest de l'Europe que dans ceux du sud ou de l'est, ce qui explique que la part de la CSBM dans la DCSi y est, à l'inverse, moins élevée. Le niveau des dépenses de SLD dépend de contraintes financières, de facteurs historiques et de différences culturelles, notamment le caractère formel (à domicile ou en institution) ou informel (par les familles) de la prise en charge. Les systèmes dans lesquels l'État joue un rôle central (pays scandinaves par exemple) investissent davantage dans les SLD que ceux qui s'appuient davantage sur la famille (Espagne, Italie, Grèce, pays d'Europe de l'Est). Les pays présentant un système hybride (France, Allemagne) ont également des dépenses de SLD assez élevées (Fuino, *et al.*, 2020).

La Suède, les Pays-Bas, l'Irlande, le Danemark, la Finlande, l'Allemagne et la Belgique consacrent ainsi plus de 20 % de leurs dépenses de santé aux soins de longue durée en 2024. À l'inverse, les SLD représentent moins de 3 % de la DCSi en Grèce, en Croatie et en Slovaquie. En France, ces dépenses représentent 20 % de la DCSi, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne européenne (17 %).

En dehors de l'UE, le Canada, la Suisse, le Royaume-Uni et l'Islande consacrent entre 19 % et 22 % de leur DCSi aux SLD en 2024. Les États-Unis se distinguent par leur dépense plus basse pour les SLD : 8 % de leur DCSi seulement ; cela peut toutefois s'expliquer par le haut niveau de la DCSi et la plus faible part des personnes très âgées aux États-Unis.

Les autres dépenses comptabilisées dans la DCSi hors CSBM sont la prévention et les dépenses de gouvernance du système de santé. En 2024, les dépenses de prévention représentent 3 % de la DCSi en France et en moyenne dans l'UE. Les dépenses de gouvernance¹, qui s'élèvent à 3 % de la DCSi en moyenne dans l'UE, représentent 5 % de la DCSi en France : les dépenses de gouvernance de l'État (0,4 % de la DCSi) et de l'assurance maladie publique (2,0 % de la DCSi) sont proches de la moyenne dans l'UE, mais les dépenses de gouvernance des assurances privées obligatoires (1,2 % de la DCSi) et facultatives (1,4 % de la DCSi) sont plus élevées [graphique 8]. En dehors de l'Europe, certains pays consacrent une part plus élevée de leur DCSi à ces postes : les soins préventifs représentent 5 % de la DCSi au Royaume-Uni et 6 % au Canada, tandis que les dépenses de gouvernance représentent 7 % de la DCSi aux États-Unis. ■

¹ Le manuel SHA laisse aux pays la possibilité de choisir entre deux méthodologies pour comptabiliser les dépenses de gouvernance, incluant ou non les profits réels des compagnies d'assurances, ce qui peut conduire à

des montants sensiblement différents. Cf SHA guidelines

Graphique 6 Structure de la DCSi selon la fonction de la dépense en 2024 (partie CSBM)

En % de la DCSi



1. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles.

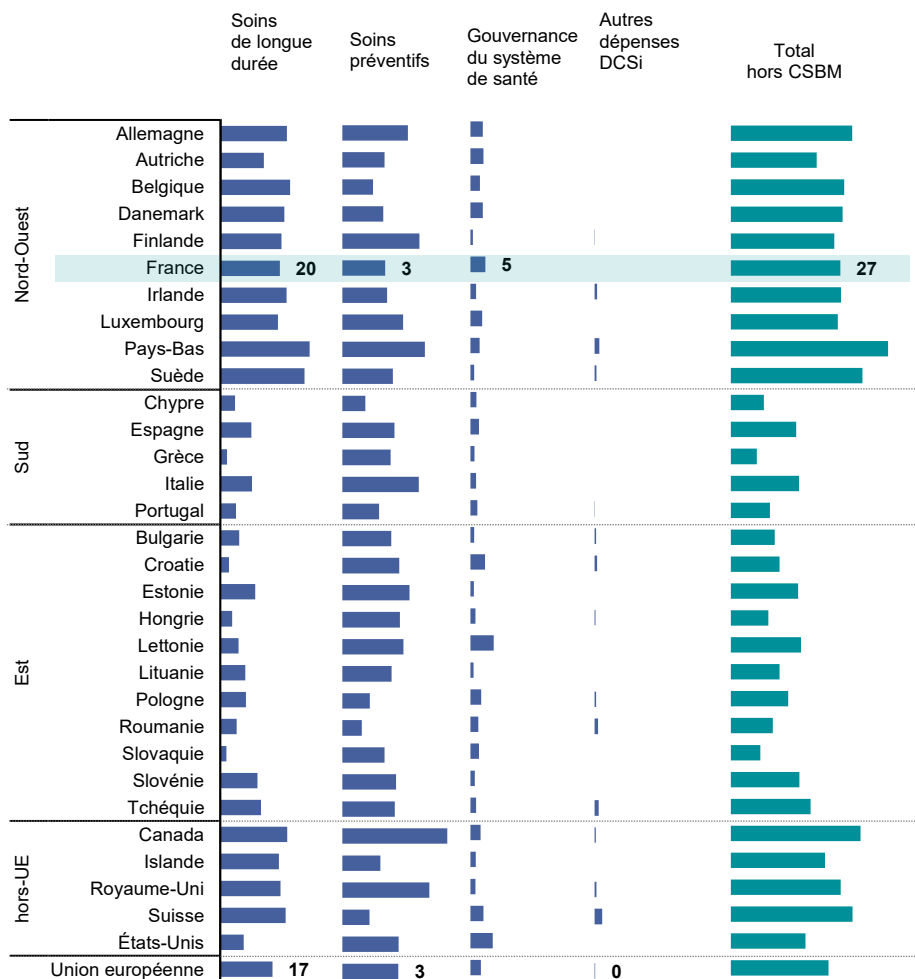
Note > Malte n'est pas représenté car les données ne sont pas disponibles. Les autres dépenses CSBM (consommation de soins et de biens médicaux) correspondent aux services auxiliaires et aux soins courants à domicile (annexe 1). La CSBM dans la DCSi caractérise les dépenses de santé qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé : elle comprend les soins courants (à l'hôpital, en cabinet de ville ou à domicile), les biens médicaux et les services auxiliaires.

Lecture > En France, en 2024, en pourcentage de la DCSi, la CSBM se décompose comme suit : 29 % pour les soins courants à l'hôpital, 17 % pour les soins en cabinet de ville, 11 % pour les médicaments, 5 % pour les dispositifs médicaux et 10 % pour les autres dépenses de la CSBM (soins auxiliaires et soins courants à domicile), pour une CSBM totale de 73 % de la DCSi.

Source > Drees, comptes de la santé pour la France ; Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Graphique 7 Structure de la DCSi selon la fonction de dépense en 2024 (partie hors CSBM)

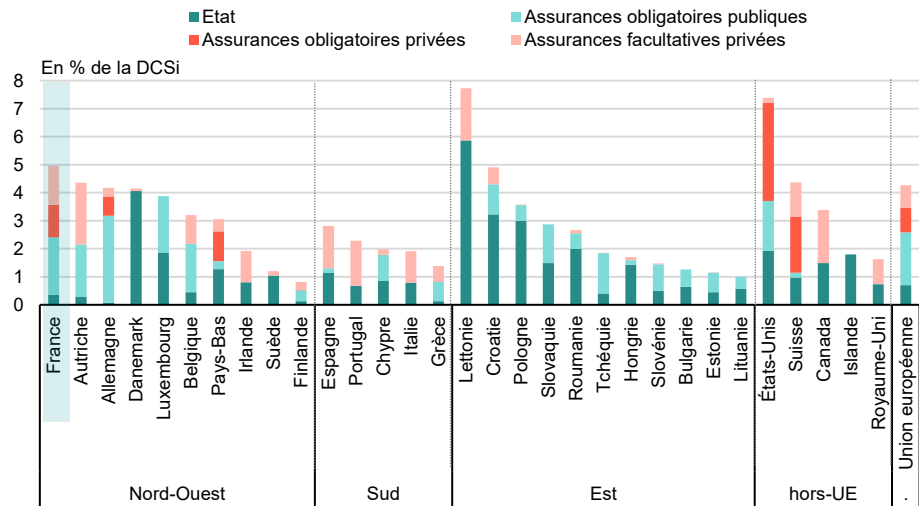
En % de la DCSi



1. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles.

Note > Malte n'est pas représenté car les données ne sont pas disponibles.**Lecture** > En France, en 2024, en pourcentage de la DCSi, la DCSi hors CSBM se décompose comme suit : 20 % pour les soins de longue durée, 3 % pour les soins préventifs, 5 % pour la gouvernance du système de santé, de sorte que la dépense totale hors CSBM s'établit à 27 % de la DCSi.**Source** > Drees, comptes de la santé pour la France ; Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Graphique 8 Dépenses de gouvernance des systèmes de santé en 2024



Note > Le manuel SHA laisse aux pays la possibilité de choisir entre deux méthodologies pour la comptabilisation des dépenses de gouvernance, incluant ou non les profits réels des compagnies d'assurances, ce qui peut conduire à des montants sensiblement différents.

Lecture > En France, les dépenses de gouvernance représentent au total 5,0 % de la DCSi en 2024 ; les dépenses de gouvernance de l'assurance maladie publique représentent 2,0 % de la DCSi.

Sources > Drees, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Pour en savoir plus

- > Eurostat et OCDE (2023). *Eurostat-OECD Methodological Manual on Purchasing Power Parities (2023 edition.)*.
- > Fuino, M., Rudnitskyi, I., Wagner, J.. (2020). On the characteristics of reporting ADL limitations and formal LTC usage across Europe. *Eur. Actuar. J.* 10, 557–597. <https://doi.org/10.1007/s13385-020-00242-1>
- > OCDE (2023). *Panorama de la santé 2023 – Les indicateurs de l'OCDE*. Paris, France : éditions OCDE.

En 2024, dernière année où les données sont disponibles pour l'ensemble des pays, le reste à charge (RAC) des ménages en France s'élève à 9,8 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) : c'est le troisième RAC le plus faible des pays étudiés, avec la Croatie (8,6 %) et le Luxembourg (8,8 %). Globalement, la part de la DCSi restant à la charge des ménages est bien plus faible dans les pays de l'ouest et du nord de l'Europe que dans les pays de l'est et du sud de l'Europe.

Le reste à charge par habitant, en prenant en compte les écarts de prix entre les pays en matière de santé, est de 490 euros en France en 2024, contre 590 euros en moyenne dans l'Union européenne (UE). En part de revenu disponible, le RAC varie de 1,1 % en Croatie à 4,6 % en Lettonie, contre 1,8 % en France.

Parmi les pays étudiés, les biens médicaux (et en particulier les médicaments) ainsi que les soins ambulatoires sont généralement les premiers contributeurs au RAC des ménages. Les soins de longue durée (SLD) sont moins bien pris en charge que les autres dépenses de santé dans certains pays du nord et de l'ouest de l'Europe. Ainsi, en France, 21 % des dépenses de SLD restent à la charge des ménages, contre seulement 15 % des dépenses de biens médicaux et 6 % des dépenses de soins de santé.

Le reste à charge (RAC) des ménages est le montant de la dépense de santé qu'il reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie de base et complémentaires. Il ne comprend pas les dépenses non présentées au remboursement de la Sécurité sociale (médecines douces, médicaments sans ordonnance) et n'inclut pas les montants prélevés sur les ménages pour financer les assurances publiques et privées (cotisations sociales, impôts et les taxes, primes d'assurance). L'existence d'un reste à charge peut conduire certains ménages à renoncer à des soins pour des raisons financières. Les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) permettent de calculer un RAC de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) par pays. Selon les pays, un RAC élevé peut avoir plusieurs explications liées à l'organisation du système de santé, par exemple la non-couverture d'une partie de la population, le non-remboursement partiel ou total de certains soins, ou encore l'existence d'une franchise individuelle. Le RAC moyen ne donne pas d'information sur la part de personnes confrontées à des RAC très élevés. Afin de limiter cette part, la plupart des pays de l'OCDE prévoient des exemptions partielles ou totales de participation financière pour certaines populations spécifiques, afin de garantir leur accès aux soins. Ces exemptions peuvent notamment dépendre du revenu, de l'âge ou de l'état de santé.

La part de la dépense de santé restant à la charge des ménages est la plus faible en France, en Croatie et au Luxembourg

Dans tous les pays considérés ici, les régimes obligatoires (États et les collectivités locales, assurances maladies obligatoires ou assurances privées obligatoires) assurent la majeure partie du financement des dépenses de santé (fiche 29). Une faible part est également prise en charge par les assurances privées facultatives. Le reste est directement payé par les ménages : on parle communément de reste à charge (RAC) des ménages.

En 2024, en moyenne dans les pays de l'Union européenne (UE), 14,8 % de la DCSi reste à la charge des ménages (*graphique 1*). Avec 9,8 % en 2024, le RAC de la France est l'un des plus faibles de l'UE, derrière la Croatie (8,6 %) et le Luxembourg (8,8 %).

Les RAC sont globalement plus élevés dans les pays de l'est et du sud de l'Europe : ils sont supérieurs à 20 % dans la plupart des pays, et atteignent jusqu'à 34,1 % en Bulgarie, 33,1 % en Lettonie et 34,2 % en Grèce. À l'inverse, la Tchéquie, la Slovaquie et la Croatie présentent des RAC inférieurs à 15 %.

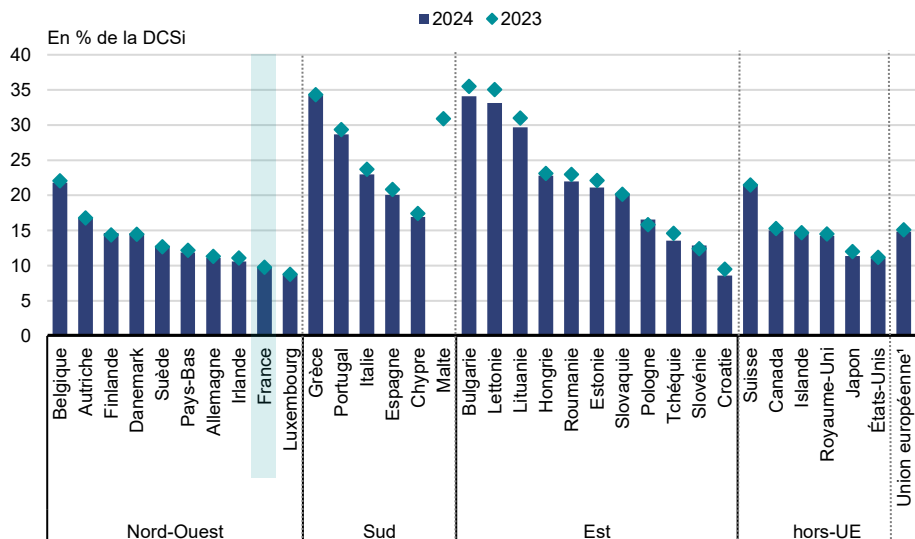
Dans la plupart des pays d'Europe du Nord-Ouest et des autres pays hors UE étudiés ici, le RAC se situe entre 10 % et 15 %, y compris aux États-Unis où le RAC s'élève à 11,0 % de la DCSi en 2024. La Belgique (21,8 %), la Suisse (21,5 %) et l'Autriche (17,7 %) se distinguent avec des ratios de RAC plus élevés.

Entre 2023 et 2024, le RAC est resté quasi stable dans la plupart des pays d'Europe du Nord et de l'Ouest tandis qu'il a baissé dans la plupart des

pays d'Europe de l'Est et du Sud, à l'exception de la Pologne et de la Slovaquie où il est déjà relativement bas : il est par exemple passé de 20,9 à 20,1 % en Espagne, de 23,0 à 22,0 % en Roumanie et même de 35,1 à 33,1 % en Lettonie.

Les premières estimations du RAC réalisées par l'OCDE pour 2025¹, disponibles pour 18 pays et susceptibles d'être révisées, indiquent également une stabilité entre 2024 et 2025.

Graphique 1 Reste à charge des ménages dans la DCSi en 2023 et 2024



1. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles.

Lecture > En France, en 2024, le RAC dans la DCSi s'élève à 9,8 % des dépenses ; en 2023, il s'établissait à 9,8 %.

Sources > Drees, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Le RAC moyen par habitant est plus élevé en Suisse, en Belgique et en Bulgarie

En raisonnant ici en volume de soins, c'est-à-dire en prenant en compte les différences nationales en matière de prix des biens et des services de santé pour les ménages (en parité de pouvoir d'achat en santé [PPA santé²]) [annexe 6], le RAC moyen par habitant varie fortement d'un pays à l'autre.

Les dépenses de soins de santé des ménages financées directement, *via* le RAC, sont particulièrement élevées en Suisse, en Belgique et en Bulgarie : respectivement 1 120, 1 040 et 1 030 euros PPA santé par habitant) [graphique 2]. Le RAC par tête élevé en Suisse en parité de pouvoir d'achat s'explique par la contribution des patients aux coûts de leurs traitements médicaux via une franchise annuelle qui

varie de 300 CHF (francs suisses) pour la franchise de base à 2 500 CHF³ (Confédération suisse, 2024) ; une fois la franchise atteinte, la caisse d'assurance maladie rembourse 90 % des frais de santé, les 10 % restants constituant la quote-part à la charge de l'assuré⁴.

En 2024, le volume de soins et de biens médicaux financé par le RAC des ménages s'établit en moyenne à 590 euros PPA santé par habitant dans les pays de l'UE. De manière générale, il varie fortement entre pays y compris au sein d'un même groupe. Au sein des pays d'Europe de l'Ouest, il est ainsi particulièrement faible en France (490 euros PPA santé par habitant), en Finlande (440 euros PPA santé), en Irlande (370 euros PPA santé) et au Luxembourg (360 euros PPA santé) ; l'Autriche

¹ Ces estimations sont disponibles dans les données téléchargeables, ainsi que le RAC 2025 issu des comptes de la santé de la France.

² Les parités de pouvoir d'achat en matière de santé sont exprimées en base France, ce qui signifie que tout euro en PPA santé correspond à un euro en France.

³ Soit 315 euros et 2630 euros environ respectivement. L'assuré a la possibilité de choisir le montant de sa franchise : la prime mensuelle qu'il verse à l'assurance maladie dépend du montant choisi.

⁴ La quote-part correspond à 10 % des dépenses de soins de santé plafonnée à 700 CHF (soit environ 735 euros). En pratique, un assuré qui paie une franchise annuelle de 300 CHF (soit 315 euros environ) paiera donc au maximum 1000 CHF (soit 1050 euros environ) par année civile pour ses soins de santé. Les enfants de moins de 18 ans ne paient pas de quote-part.

et la Belgique présentent les volumes de soins et de biens médicaux financés par le RAC en PPA santé les plus élevés du nord-ouest de l'UE (respectivement 730 et 1 040 euros par habitant). L'hétérogénéité est également importante au sein des pays d'Europe du Sud et d'Europe de l'Est : de 500 euros PPA santé par habitant à Chypre à 870 euros PPA santé au Portugal, et de 190 euros PPA santé par habitant en Croatie à 1 030 euros PPA santé en Bulgarie.

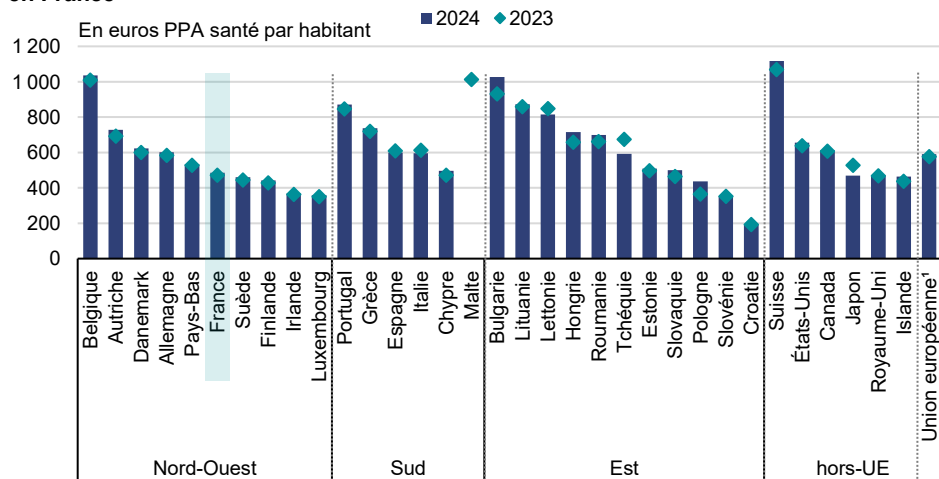
Dans la plupart de ces pays, des dispositifs destinés à limiter le RAC pour certaines populations fragiles sont mis en place afin de garantir leur accès aux soins : il peut s'agir d'exonérations ou de plafonnements du RAC, ou encore d'accès gratuits ou à coût modique à une complémentaire santé.

Ces dispositifs peuvent être accordés sous condition de ressources, par exemple en Allemagne, Autriche, Belgique, France et République tchèque. En France, les ménages dont les ressources sont inférieures à un certain plafond peuvent ainsi bénéficier de la complémentaire santé solidaire (C2S), à titre gratuit pour les plus défavorisés, ou pour une contribution inférieure à un euro par jour par personne. La part du RAC dans le revenu annuel brut des ménages peut aussi être prise en compte : par exemple, en Allemagne, les restes à charge sont

plafonnés à 2 % du revenu annuel brut du ménage (Jusot et Lemoine, 2024).

Les dispositifs de prise en charge du RAC peuvent également cibler certaines catégories de personnes en fonction de leur âge ou de leur état de santé : par exemple, les personnes souffrant de certaines pathologies telles que des maladies chroniques (en Allemagne, Autriche, Belgique, France et Suisse), ou encore les femmes enceintes. En France, les personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD) exonérante¹, soit environ 22 % de la population, sont dispensées de ticket modérateur pour le traitement de ces affections (Plaindoux et Reduron, 2026). En Suède également, le montant annuel du RAC est plafonné pour l'ensemble des individus pour les consultations chez le médecin, et également à l'hôpital pour les 85 ans ou plus (Tikkanen, *et al.*, 2020). Aux Pays-Bas, pays qui applique une franchise obligatoire d'environ 385 euros (à laquelle peut s'ajouter une franchise volontaire pouvant aller jusqu'à 500 €), les soins liés à la grossesse, les consultations de médecine générale, les dépistages et les soins fournis aux mineurs, sont dispensés de franchise (Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2021).

Graphique 2 Reste à charge par habitant en 2024, aux prix des soins de santé observés en France



1. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles en 2023.

Note > Les PPA santé sont calculés à l'aide de coefficients diffusés par Eurostat [prc_ppp_ind1] sauf pour le Canada, le Japon, le Royaume-Uni et les États-Unis. Pour ces pays, on utilise les coefficients diffusés par l'OCDE pour l'année 2024 (2025 n'étant pas encore disponible). Elles permettent de prendre en compte les différences de prix spécifiques au secteur de la santé et donc de raisonner à volumes de soins comparables. Sur ce graphique, les PPA utilisent l'euro comme monnaie nationale et la France comme pays de référence (base 1), chaque euro présenté correspond donc à un « euro français ».

Lecture > En France, en 2024, le RAC des ménages s'élève à 490 euros PPA santé par habitant ; il était de 470 euros PPA santé par habitant en 2023. Si les prix de la santé étaient les mêmes en France et en Bulgarie, le RAC Bulgare serait de 1 030 euros en 2024.

Sources > Drees, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

¹ Une liste de 29 ALD exonérantes est définie à l'article D160-4 du code de la Sécurité sociale. À cette liste

s'ajoutent les affections graves caractérisées hors liste (ALD 31) et les polypathologies invalidantes (ALD 32).

En France, les soins de longue durée représentent une grande part du reste à charge des ménages

En France, comme dans l'ensemble des pays étudiés, la structure du RAC des ménages diffère fortement de celle de la DCSi (fiche 7).

Les biens médicaux (médicaments et dispositifs médicaux) constituent la première composante du RAC des ménages dans la plupart des pays observés (*graphique 3*). En moyenne, dans l'UE, ils représentent 37 % du RAC, de 18 % en Belgique à 67 % en Bulgarie (24 % en France). Parmi eux, les médicaments représentent 25 % du RAC en moyenne dans l'UE. Ces parts sont plus élevées dans les pays de l'est de l'Europe, où les dépenses des ménages pour les médicaments atteignent 64 % du RAC en Bulgarie, 56 % en Roumanie et 54 % en Pologne. Cela s'explique en partie par le fait que le prix des médicaments est relativement homogène entre pays européens, contrairement aux services de santé qui dépendent davantage des salaires des professionnels de santé. Ce reste à charge élevé peut aussi s'expliquer par un moindre remboursement des biens médicaux dans ces pays (*graphique 4*). Dans les pays où les prix dans le domaine de la santé sont plus bas, les médicaments pèsent davantage dans l'ensemble des dépenses de santé et dans la part restant à la charge des ménages. Parmi les pays étudiés, la Belgique (13 %), la Suisse (13 %), la France (15 %), les Pays-Bas (17 %) et le Royaume-Uni (19 %) se distinguent par une contribution des médicaments inférieure à 20 % du RAC. Les dispositifs médicaux représentent une part très variable du RAC dans les pays étudiés, y compris au sein d'une même région. Ainsi, ces dispositifs représentent 25 % du RAC en Bulgarie et 27 % en Espagne contre seulement 1 % en Grèce et en Islande. En France, ils représentent 10 % du RAC, la moyenne dans l'UE étant de 12 %.

Les soins ambulatoires constituent également une part importante du RAC, de 15 % en Slovaquie à 50 % à Islande.

Parmi les soins ambulatoires, les soins dentaires représentent une part significative du RAC, variant de

4 % aux Pays-Bas à 32 % en Espagne, Estonie et Lituanie (contre 12 % en moyenne dans les pays de l'UE). En France, les soins dentaires représentent 7 % du RAC des ménages, un des taux les plus bas d'Europe. En 2019, juste avant la réforme du 100 % santé, ces soins représentaient 9 % du RAC des ménages (Didier et Lefebvre, 2024).

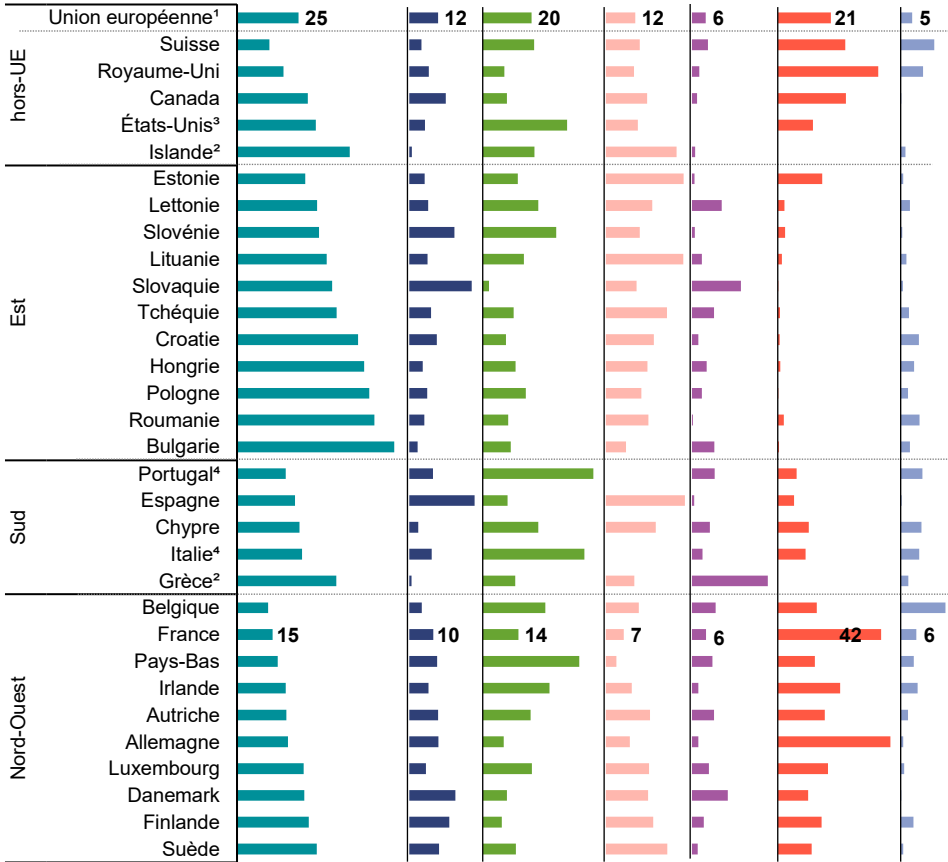
L'hôpital représente une faible part du RAC des ménages dans la plupart des pays étudiés, à l'exception de la Grèce (31 %), de la Slovaquie (20 %) et du Danemark (15 %). La part de l'hôpital est de 6 % en moyenne dans l'UE, de même qu'en France. La part élevée de RAC liée aux dépenses hospitalières en Grèce traduit le haut niveau de dépenses pour les services hospitaliers fournis par le secteur privé dans ce pays, généralement moins bien remboursées que celles du secteur public (OCDE, 2023).

Enfin, les soins de longue durée (SLD) peuvent s'avérer onéreux pour les ménages, même après intervention des régimes obligatoires et facultatifs d'assurance. De manière générale, c'est dans les pays du nord et de l'ouest de l'Europe que les ménages consacrent la proportion la plus importante de leurs dépenses pour les SLD : à 42 %, la France se place en seconde position pour ce type de dépenses, derrière l'Allemagne (46 %) et largement devant l'Irlande (25 %). Cette part est également élevée au Royaume-Uni, au Canada et en Suisse, où les SLD représentent plus de 25 % du RAC (respectivement 41 %, 28 % et 27 %). À l'inverse, dans les pays du sud et de l'est de l'Europe, la part du RAC des ménages consacrée aux dépenses de SLD reste relativement faible : de moins de 1 % en Bulgarie, en Croatie, en Pologne, en Slovaquie, Hongrie et Tchéquie à 11 % en Italie, 13 % à Chypre et 18 % en Estonie. Ces proportions doivent toutefois être mises en regard du faible niveau de dépense pour les SLD dans ces pays. Les systèmes dans lesquels l'État joue un rôle central (pays scandinaves, Autriche) investissent davantage dans les SLD que les pays où la prise en charge de la dépendance repose davantage sur la famille (Espagne, Italie, Grèce, pays d'Europe de l'Est) [Fuino, *et al.*, 2020].

Graphique 3 Structure du reste à charge des ménages en 2024

En % du RAC

- Médicaments
- Dispositifs médicaux
- Soins ambulatoires (hors dentaire)
- Soins dentaires
- Soins courants à l'hôpital
- Soins de longue durée
- Autres dépenses DCSi⁵



1. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles en 2024.

2. Les données relatives à la part des SLD financée par le RAC ne sont pas disponibles pour la Grèce et l'Islande.

3. Pour les États-Unis, la décomposition du RAC pour les soins courants ambulatoires ou à l'hôpital n'est pas disponible.

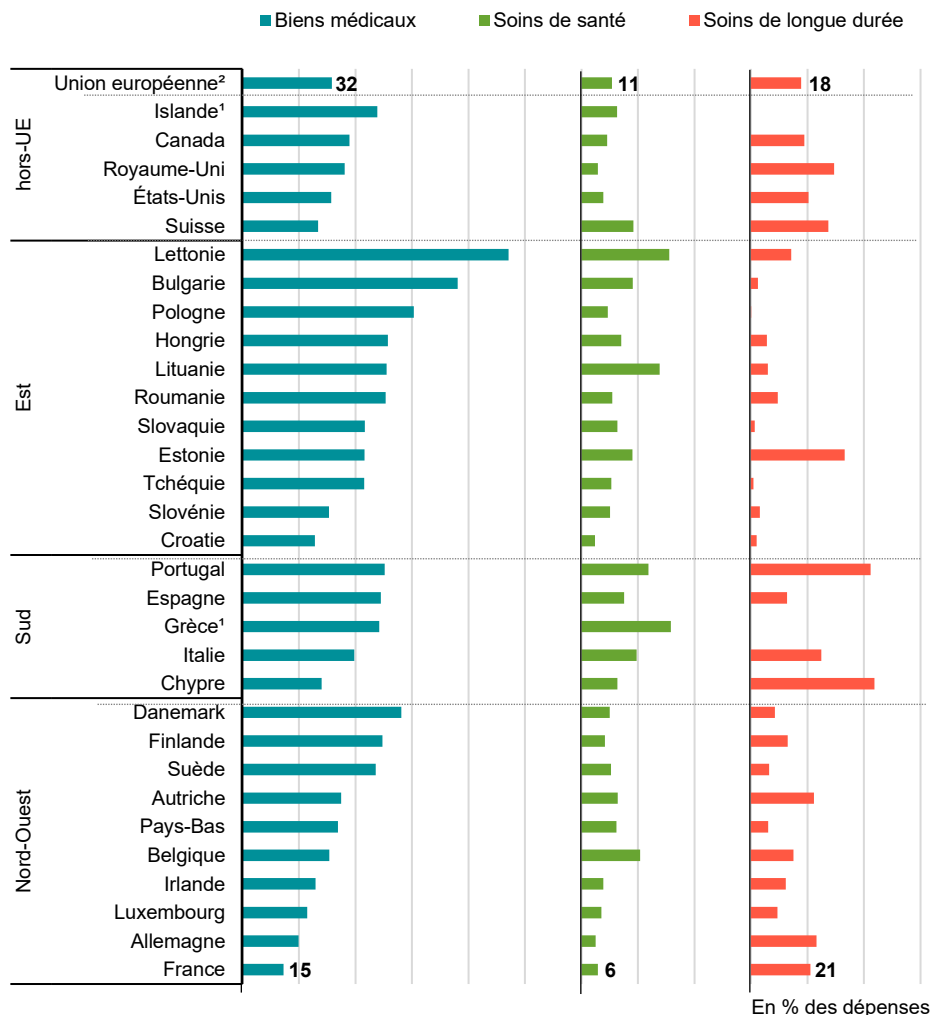
4. Pour l'Italie et le Portugal, la décomposition du RAC entre soins ambulatoires hors dentaire et soins dentaires n'est pas disponible.

5. Les autres dépenses DCSi correspondent aux services auxiliaires, aux soins courants à domicile, à la prévention institutionnelle, aux dépenses de gouvernance et aux autres dépenses non classées ailleurs.

Note > Les données relatives à Malte ne sont pas disponibles en 2024.

Lecture > En France, en 2024, le RAC des ménages se structure ainsi : 24 % pour les biens médicaux dont 15 % pour les médicaments et 10 % pour les dispositifs médicaux ; 14 % pour les soins ambulatoires hors dentaire et 7 % pour les soins dentaires ; 6 % pour les soins courants à l'hôpital ; 42 % pour les soins de longue durée ; enfin, 6 % pour les autres dépenses de la DCSi.

Sources > Drees, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Graphique 4 Part des dépenses de santé financée par le RAC, par secteur en 2024

1. Les données relatives à la part des SLD financée par le RAC ne sont pas disponibles en Grèce et en Islande. Elles sont disponibles en Pologne, en Tchéquie et en Slovaquie mais cette part est particulièrement faible (< 1 %).

2. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles en 2024.

Note > Les données relatives à Malte ne sont pas disponibles en 2024. Les biens médicaux incluent les médicaments et les dispositifs médicaux. Les soins de santé incluent les soins à l'hôpital et les soins ambulatoires, y compris dentaires.

Lecture > En France, en moyenne, 15 % des dépenses pour les biens médicaux, 6 % des dépenses pour les soins de santé (hôpital, ambulatoire et dentaire) et 21 % des soins de longue durée restent à la charge des ménages.

Sources > Drees, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Des RAC globalement plus élevés sur les biens médicaux et particulièrement hétérogènes sur les SLD

Dans tous les pays étudiés ici, les ménages financent directement une part plus importante des biens médicaux (médicaments et dispositifs médicaux) que des soins de santé (à l'hôpital, dentaire et en ambulatoire). En moyenne dans l'UE, les ménages financent 32 % biens médicaux en 2024, contre seulement 11 % des soins de santé (*graphique 4*). De manière générale, le RAC est plus élevé dans les pays de l'est de l'Europe que dans le reste des régions européennes pour les biens médicaux : il atteint 94 % en Lettonie et 76 % en Bulgarie. Le reste à charge sur les médicaments, qui constituent la plus grande part des biens médicaux, est assez proche. Celui sur les dispositifs médicaux est plus élevé que pour les médicaments dans presque tous les pays (à l'exception de la Lettonie, où le reste à charge est supérieur à 85% dans les deux cas, ainsi que de la Grèce et l'Islande) ; il peut être très élevé y compris dans des pays du sud ou du nord-ouest de l'Europe : 99 % en Finlande, 95 % en Espagne. En France, le reste à charge est de 13 % pour les médicaments et 18 % pour les biens médicaux.

Le RAC pour les soins de santé est quant à lui plus élevé dans certains pays du sud et de l'est de l'Europe : il atteint 32 % des dépenses de soins de santé en Grèce, 31 % en Lettonie et 28 % en Lituanie. On observe toutefois de fortes disparités, y compris au sein d'un même région. En Europe du Nord et de l'Ouest, le RAC pour les soins de santé varie de 5 % en Allemagne à 21 % en Belgique.

Pour les biens médicaux comme pour les soins, le RAC des pays du nord-ouest de l'Europe est plus bas que pour les autres régions européennes. La France présente l'un des RAC les plus bas pour chacune de ces catégories, à respectivement 15 % et 6 % en 2024, bien en dessous de la moyenne dans l'UE.

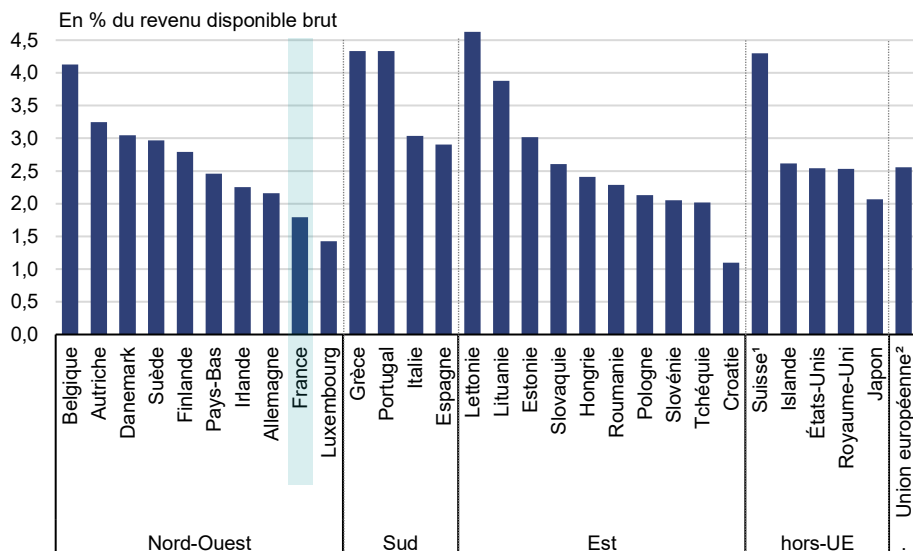
Enfin, le RAC des SLD varie considérablement entre les groupes de pays et au sein d'entre eux. Cela peut être dû à des différences culturelles dans l'organisation des SLD. La France a une position intermédiaire en Europe : le RAC s'y établit à 21 % de ces dépenses (contre 18 % en moyenne dans l'UE).

En France, le taux d'effort des ménages pour les dépenses de santé restant directement à leur charge est parmi les plus faibles d'Europe

Dans le budget d'un ménage, l'effort direct pour le reste à charge des dépenses de santé peut être mesuré en rapportant le RAC des ménages à leur revenu disponible brut (RDB). Pour rappel, le RAC des ménages inclut exclusivement les dépenses directes des ménages, après remboursement des régimes publics et privés obligatoires et des organismes complémentaires.

En 2024, l'effort des ménages pour le reste à charge des dépenses de santé varie de 1,1 % du RDB en Croatie et 1,4 % du RDB au Luxembourg, à 4,6 % du RDB en Lettonie, 4,3 % en Grèce et au Portugal, et 4,1 % en Belgique (*graphique 5*). Les taux sont globalement plus élevés dans les pays du sud de l'Europe (2,9 % ou plus) et en Suisse (4,3 % en 2023). Plus généralement, les pays ayant les RAC les plus élevés en euros PPA santé par habitant (*graphique 2*) sont également les pays pour lesquels les taux d'effort des ménages sont le plus importants. En 2024, en France, après impôts et transferts, les Français consacrent 1,8 % de leur RDB aux dépenses de santé, soit un montant inférieur à l'Allemagne (2,2 %) et à la moyenne des pays de l'UE (2,6 %). Dans la mesure où les dépenses de santé augmentent avec l'âge, le RAC dans le RDB des personnes âgées pourrait être plus élevé que celui de la population générale.

Ces résultats moyens masquent toutefois certaines disparités. De nombreux ménages dans les pays étudiés font face à des dépenses de santé dites « catastrophiques », représentant plus de 40 % de leur reste à vivre. La fréquence de ces RAC « catastrophiques » varie considérablement : ils concernent moins de 3 % des ménages en Irlande, en France (Adjerad et Courtejoie, 2020), au Luxembourg ou en Allemagne, tandis qu'ils touchent plus de 14 % des ménages en Lettonie ou en Lituanie (Thomson, *et al.*, 2024). Les ménages du quintile de revenu le plus bas sont par ailleurs particulièrement vulnérables : ils représentent au moins 40 % des ménages confrontés à des RAC « catastrophiques » dans l'ensemble des pays étudiés, et plus de 70 % en Croatie, en France, en Slovaquie ou en Hongrie. ■

Graphique 5 Taux d'effort direct des ménages pour leurs dépenses de santé en 2024

1. Données 2023.

2. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles en 2024.

Note > Les données relatives à Malte ne sont pas disponibles en 2024.

Lecture > En France, en 2024, le RAC des ménages représente 1,8 % du revenu disponible brut.

Sources > Drees, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Pour en savoir plus

- > **Adjerad, R. et Courtejoie, N.** (2020). *Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels*. Paris, France : Drees, *Études et résultats*, 1171.
- > **Beffy, M., Roussel, R., Solard J., Mikou, M.** (2015). *Les dépenses de santé en 2014 - Résultats des Comptes de la santé*. Études et statistiques (2006-2016).
- > **Didier, M., Lefebvre, G.** (2024). *Les dépenses de santé en 2023 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2024*. Paris, France : Drees, coll. Panoramas de la Drees-Santé.
- > **Commission des comptes de la sécurité sociale** (2021, septembre). *Éclairage international : protection contre les restes à charge élevés en santé (Belgique, Allemagne, Pays-Bas)*.
- > **Confédération suisse** (2024, juin). *Assurance-maladie : franchises à option*. Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- > **Fuino, M., Rudnytskyi, I., Wagner, J.** (2020). *On the characteristics of reporting ADL limitations and formal LTC usage across Europe*. Eur. Actuar. J. 10, 557–597. <https://doi.org/10.1007/s13385-020-00242-1>
- > **Jusot, F., Lemoine, A.** (2024, mai). *Le reste à charge en santé nuit-il à l'équité dans le financement des soins ? Une comparaison des systèmes de santé en Europe*. Insee, Économie et Statistique, 542.
- > **OCDE** (2023, décembre). *Panorama de la santé 2023 – Les indicateurs de l'OCDE*. Paris, France : Éditions OCDE.
- > **Plaindoux, M., Reduron, V.** Drees, *Études et Résultats*. À paraître.
- > **Tikkanen, R., et al.** (2020). *International Health Care System Profiles*. The Commonwealth Fund.
- > **Thomson, S., et al.** (2024). *Monitoring progress towards universal health coverage in Europe: a descriptive analysis of financial protection in 40 countries*. The Lancet Regional Health.



Vue d'ensemble

Les agrégats
des dépenses de santé

Le financement
des dépenses de santé

La DCSi par composante

Comparaisons internationales

**Les dépenses de santé
par âge et sexe**

Annexes

Tableaux détaillés

En 2025, les dépenses de santé s'élèvent à 353,2 milliards d'euros, dont 195,5 milliards pour les femmes (55,3 %) et 157,7 milliards pour les hommes (44,7 %), soit en moyenne 5 500 euros par an par femme contre 4 700 euros par homme. L'essentiel de cet écart de 800 euros persiste même après l'exclusion des soins spécifiquement féminins. Il est particulièrement marqué pour les soins de longue durée. La dépense de santé croît très fortement avec l'âge, en particulier aux âges les plus élevés. Les moins de 25 ans représentent 10 % des dépenses totales de santé, les 25-64 ans 35 % et les 65 ans ou plus 55 %, une proportion supérieure à leur part dans la population résidente (44 %). Si les dépenses de santé des femmes sont plus élevées entre 20 et 54 ans, portées par les soins de ville et la maternité, la tendance s'inverse entre 55 et 84 ans au profit des hommes, en raison de pathologies les touchant davantage, comme les maladies cardio-vasculaires.

Les dépenses de santé augmentent fortement avec l'âge

Sur l'ensemble du champ de la dépense courante au sens international (DCSi), les dépenses de santé des moins de 25 ans s'élèvent à 36,2 milliards d'euros en 2025 (tableau 1), soit 10 % des dépenses totales. Les dépenses des personnes âgées de 25 à 64 ans sont de 122,2 milliards d'euros, soit 35 %. Enfin, les dépenses des 65 ans ou plus, à 194,8 milliards d'euros, représentent plus de la moitié des dépenses totales (55 %).

Les dépenses de santé par habitant augmentent de manière quasi continue avec l'âge (graphique 1). Durant la première année de vie, elles s'établissent en moyenne à 7 900 euros, un montant supérieur à la dépense moyenne totale (5 100 euros), en raison de la forte concentration de soins techniques et préventifs lors des premiers mois de vie : naissance, suivi néonatal, bilans pédiatriques, vaccins, etc.

À partir d'un an, les dépenses de santé fléchissent à 1 400 euros, puis s'intensifient graduellement jusqu'à 80 ans, âge à partir duquel les dépenses augmentent très fortement à chaque classe d'âges, jusqu'à atteindre plus de 45 000 euros par personne de 95 ans ou plus. Ces dépenses très élevées à un âge avancé sont majoritairement portées par les soins de longue durée et les soins hospitaliers, liés aux dépenses de fin de vie.

Les dépenses de santé des femmes sont plus élevées que celles des hommes

En 2025, les dépenses de santé des femmes s'élèvent à 195,5 milliards d'euros (tableau 2), soit 55 % des dépenses totales, contre 157,7 milliards d'euros pour les hommes, soit 45 % des dépenses totales.

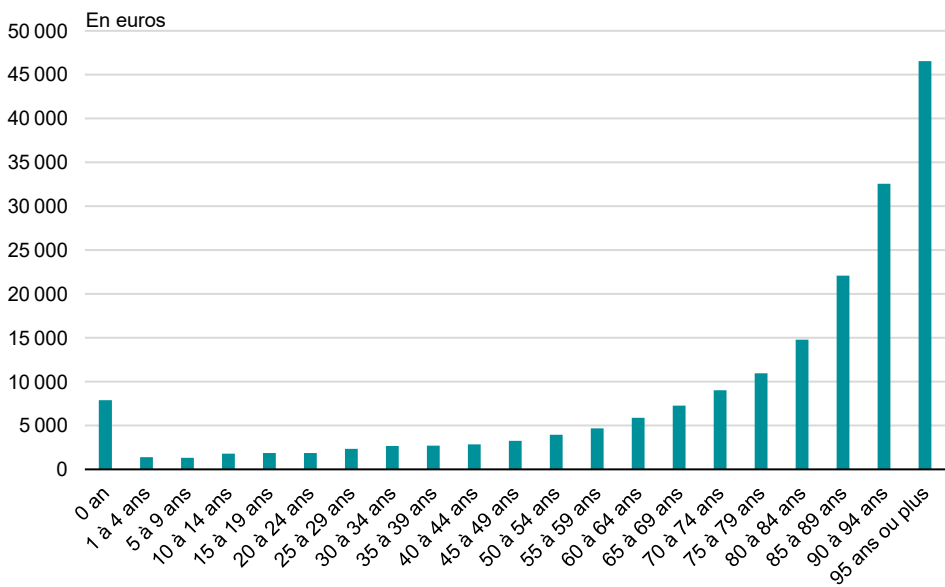
Tableau 1 Dépenses de santé par composante et par classe d'âge en 2025

En milliards d'euros

	0 à 24 ans	25 à 64 ans	65 ans ou plus
Soins hospitaliers	12,7	46,3	65,1
Soins hospitaliers publics	11,0	35,5	49,7
Soins hospitaliers privés	1,7	10,7	15,4
Soins courants en ville	9,6	25,4	22,8
Activités techniques et auxiliaires	1,5	7,9	8,1
Biens médicaux	5,8	24,2	26,9
Médicaments en ambulatoire	3,3	14,6	17,0
Dispositifs médicaux	2,5	9,6	9,9
CSBM	29,7	103,8	122,9
Soins de longue durée	2,6	7,9	59,5
Prévention	1,8	3,3	4,1
Gestion du système de santé	2,1	7,3	8,3
DCSi	36,2	122,2	194,8

Lecture > En 2025, les dépenses de soins hospitaliers s'élèvent à 12,7 milliards d'euros pour la classe d'âge de 0 à 24 ans.
Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 1 Dépenses de santé par habitant et par classe d'âge en 2025



Source > Drees, comptes de la santé.

Tableau 2 Dépenses de santé par composante et par sexe en 2025

	Femmes	Hommes	Total
Soins hospitaliers	62,0	62,1	124,1
Soins hospitaliers publics	47,7	48,5	96,2
Soins hospitaliers privés	14,3	13,6	27,9
Soins courants en ville	32,4	25,4	57,9
Activités techniques et auxiliaires	9,8	7,7	17,5
Biens médicaux	28,7	28,2	56,9
Médicaments en ambulatoire	17,1	17,9	34,9
Dispositifs médicaux	11,7	10,3	22,0
CSBM	133	123,5	256,5
Soins de longue durée	48,0	21,9	69,9
Prévention	5,0	4,2	9,2
Gestion du système de santé	9,5	8,1	17,6
DCSi	195,5	157,7	353,2

Source > Drees, comptes de la santé.

Par habitant¹, les dépenses moyennes de santé des femmes s'élèvent à 5 500 euros en 2025, contre 4 700 euros pour celles des hommes, soit un écart de 800 euros. Une partie de cet écart réside dans les dépenses de soins purement réservés aux femmes², tels que la gynécologie, l'obstétrique ou la contraception sur prescription. Ces dépenses s'établissent à 100 euros par femme en moyenne en

2025. En excluant ces dépenses spécifiques, une femme a des dépenses de santé supérieures d'environ 700 euros à celles d'un homme en moyenne. Cette différence provient en premier lieu des dépenses de soins de longue durée et en particulier des dépenses d'Ehpad. Elle est aussi liée à un recours plus important aux soins en ville ainsi qu'à une gestion proactive de la santé, ce qui peut en partie

¹ On rapporte les dépenses de santé à la population résidente telle que mesurée par l'Insee en moyenne durant l'année 2025.

² Les dépenses spécifiques aux femmes sont identifiées en sélectionnant les postes de soins relevant à plus de 95 % de dépenses engagées par des femmes, au niveau le plus fin de la nomenclature. Aucun poste spécifiquement masculin n'est identifié selon ce critère.

s'expliquer par une propension plus élevée des femmes à investir dans leur capital santé (Pierre, A., Bithorel, P-L., Solotareff, R., 2025).

Les dépenses par âge des femmes sont supérieures à celles des hommes jusqu'à 54 ans, puis de nouveau à partir de 85 ans

Les écarts de dépenses moyens de santé entre femmes et hommes varient selon l'âge.

Entre 20 et 59 ans, les dépenses moyennes de santé des femmes sont plus élevées que celles des hommes (*graphique 2*). Sur la classe 25-64 ans, cet écart est quasi systématique et largement porté par les soins spécifiques aux femmes, les soins courants en ville ainsi que les soins hospitaliers. Les soins spécifiquement féminins sont supérieurs à 200 euros par femme entre 20 et 39 ans, et atteignent un maximum pour la classe 30-34 ans, à près de 600 euros par femme.

Sur la classe d'âge de 25 à 64 ans, les dépenses des hommes sont uniquement plus élevées en soins de longue durée, du fait d'une proportion plus élevée d'hommes dans les établissements d'accueil pour jeunes et adultes handicapés.

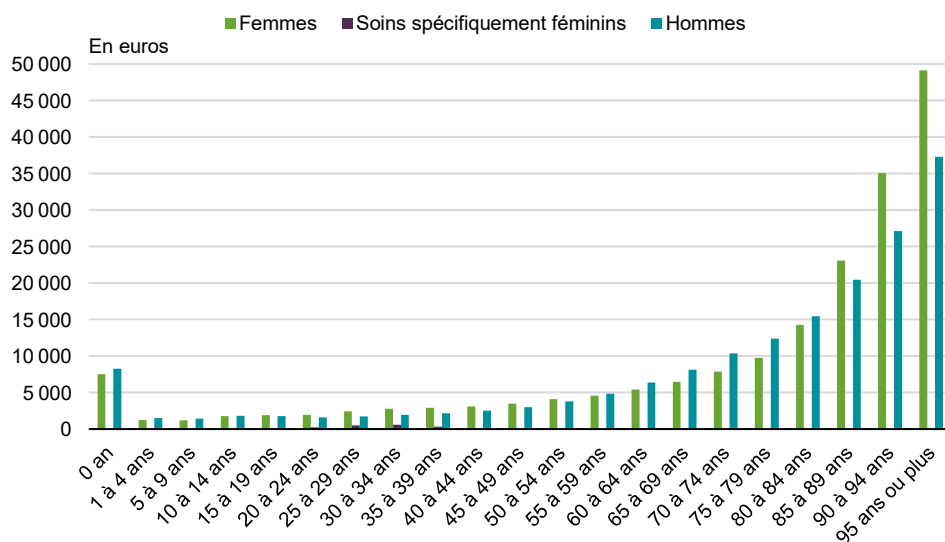
À l'inverse, après 65 ans, les dépenses moyennes de santé des hommes dépassent celles des femmes sur l'ensemble des postes (*graphique 3*), à l'exception des soins de longue durée. Cet écart est en partie lié à la différence de structure des pathologies entre hommes et femmes : les hommes sont

davantage sujets à des pathologies lourdes comme les maladies cardiovasculaires (OCDE, 2025), qui génèrent des dépenses importantes à un âge plus avancé. En particulier, après 65 ans, les hommes dépensent davantage pour des soins hospitaliers. Le différentiel de dépenses en soins hospitaliers publics entre hommes et femmes dépasse ainsi 1 200 euros par personne à partir de 65 ans.

La mortalité plus précoce des hommes relativement aux femmes conduit à ce qu'une proportion plus importante d'entre eux se trouve, entre 55 et 84 ans, dans les années précédant immédiatement le décès, particulièrement coûteuses en soins. La différence d'espérance de vie entre hommes et femmes contribue ainsi à des dépenses moyennes des hommes plus élevées que celles des femmes entre 55 ans et 84 ans.

À partir de 85 ans, les dépenses moyennes des femmes redeviennent supérieures à celles des hommes, portées essentiellement par les soins de longue durée et en particulier les dépenses en Ehpad, au sein desquels les femmes sont très majoritaires. Cette dynamique de fin de vie dessine ainsi deux trajectoires distinctes selon le sexe : les hommes, davantage atteints par des pathologies lourdes et une mortalité plus précoce, concentrent une part plus importante de leurs dépenses de fin de vie sur les soins hospitaliers, tandis que les femmes, en moyenne plus âgées au moment du décès, orientent davantage leur parcours de soins vers les établissements de soins de longue durée.

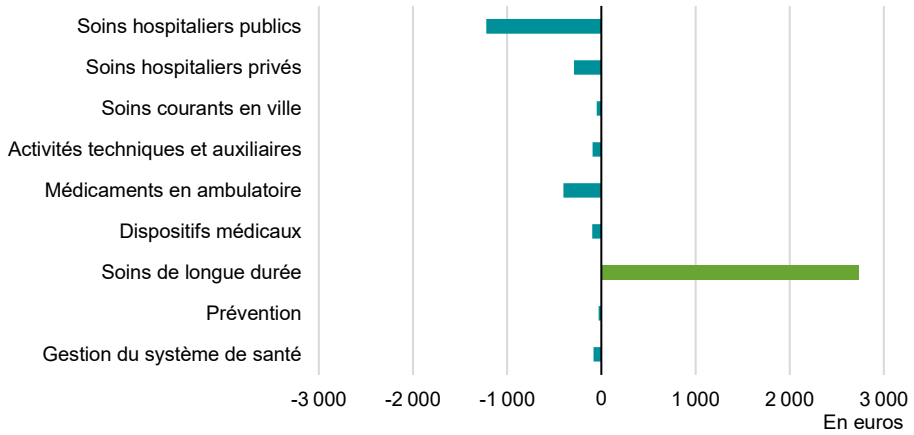
Graphique 2 Dépenses de santé par habitant, âge et sexe en 2025



Note > Ici, la catégorie « Femmes » ne contient pas les montants des soins spécifiquement féminins.

Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 3 Écarts de dépenses par habitant entre femmes et hommes de 65 ans ou plus par composante en 2025



Lecture > En vert, les dépenses des femmes sont plus élevées, en bleu celles des hommes sont plus élevées.

Source > Drees, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

> A. Pierre, P.-L. Bithorel, R. Solotareff, *Dépenses de santé et recours aux soins des hommes et des femmes - Différences et effets de genre*, médecine/sciences, 2025.

> OCDE, *Panorama de la santé - Les indicateurs de l'OCDE*, 2025.



Vue d'ensemble

Les agrégats
des dépenses de santé

Le financement
des dépenses de santé

La DCSi par composante

Comparaisons internationales

Les dépenses de santé
par âge et sexe

Annexes

Tableaux détaillés

Comparaison des différents agrégats macroéconomiques de dépenses de santé

Plusieurs institutions publiques produisent annuellement une évaluation macroéconomique des dépenses de santé. Il existe ainsi aujourd'hui cinq nomenclatures principales de dépenses, dont deux produites par la Drees, et une dizaine d'agrégats macroéconomiques. Cette annexe présente de manière synthétique ces agrégats, et analyse leurs principales différences (*tableau 1*). Elle ne vise pas à présenter de manière exhaustive l'ensemble des différences à une maille très fine¹, mais plutôt à donner à voir de manière synthétique les grandes catégories de dépenses incluses ou non dans les différents agrégats. L'ensemble des documents méthodologiques publiés sur les différentes nomenclatures est listé à la fin de cette annexe, dans l'encadré « Pour en savoir plus ».

Les dépenses de santé : cinq nomenclatures, une dizaine d'agrégats comptables

En France et en Europe, il existe aujourd'hui cinq grands cadres conceptuels, ou nomenclatures, pour comptabiliser les dépenses de santé² au niveau macroéconomique. Chacune des nomenclatures adopte un point de vue spécifique sur les dépenses de santé.

- **Les Comptes Nationaux de Santé (CNS)**, présentés dans ce panorama, sont produits par la Drees et s'inscrivent dans un cadre européen (*System of Health Accounts*, SHA, Eurostat-OCDE-OMS). Les CNS sont également un compte satellite de la Comptabilité Nationale, dont ils reprennent les catégories comptables. Les CNS produisent deux agrégats principaux : **la consommation de soins et biens médicaux (CSBM)** et **la dépense courante de santé au sens international (DCSi)** comprenant la CSBM, les dépenses de gestion du système de santé, de prévention et de soins de longue durée. SHA définit précisément la DCSi, dont la CSBM est une composante mais cette dernière est une construction française (dont la définition n'est pas encadrée par le SHA).

Les CNS abordent les dépenses de santé d'un point de vue économique. Ils comptabilisent l'ensemble des biens et services de santé consommés pendant l'année, quel que soit leur mode de financement.

- **L'Objectif national de dépenses d'Assurance maladie ou Ondam**, dont le périmètre est défini dans les annexes des Lois de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS)³ est à la fois un agrégat comptable et un outil de pilotage des dépenses de sécurité sociale. Chaque année, son montant fait l'objet d'un vote au Parlement dans le cadre de la LFSS. D'un point de vue comptable, il rassemble les dépenses de la Sécurité sociale au titre de trois branches : la maladie, l'autonomie et les accidents du travail⁴. L'Ondam est décliné en quatre sous-agrégats (ainsi qu'un poste solde, « Autres »), appelés sous-objets : dépenses de ville, établissements de santé, investissement et action régionale, financement par la branche autonomie des établissements pour personnes âgées ou handicapées.

L'Ondam aborde les dépenses de santé du point de vue de la Sécurité sociale. Dans ce cadre, les dépenses de santé correspondent à toutes les sommes versées par la Sécurité sociale au titre de la santé, soit directement aux particuliers (remboursements, revenus de remplacement en cas de maladie), soit aux acteurs du secteur de la santé (financement des hôpitaux, des Ehpad, versements directs aux professionnels de santé etc.).

¹ À l'instar de la comparaison fine entre l'Ondam et la dépense courante de santé au sens international, réalisé par la Drees pour l'édition 2023 des comptes de la santé. Voir Arnaud, F. et Lefebvre, G. (dir.), *Les dépenses de santé en 2022, Résultats des comptes de la santé, édition 2023*, fiche 26.

² La notion même de dépense de santé varie d'une nomenclature à l'autre. On considère ici les dépenses de *santé au sens large*, soit l'ensemble des dépenses destinées à la santé humaine, en direction des personnes malades, en perte d'autonomie, en situation de handicap ou d'invalidité.

³ Ces annexes et notamment l'annexe 5 consacrée à l'Ondam sont préparées par la Direction de la Sécurité sociale (DSS). [PLFSS2026-Annexe5-2025-10-14 avec couverture.pdf](#)

⁴ Les dépenses des branches ne sont pas intégralement reprises dans l'Ondam. Ainsi, seule une partie des dépenses de la branche AT-MP figure-t-elle dans l'Ondam (dépenses liées aux soins et aux indemnités journalières) alors que d'autres en sont exclues (prestations de long terme comme les rentes d'incapacité).

- **La classification des fonctions des administrations publiques (COFOG)**, produite par l'Insee dans un cadre comptable européen (Eurostat). La nomenclature COFOG décompose l'ensemble des dépenses publiques en dix agrégats, appelées fonctions (Défense, Enseignement, etc), et soixante-neuf sous-agrégats. Les dépenses relatives à la santé au sens large sont comptabilisées dans deux postes de la COFOG : dans la fonction santé (fonction 7) d'une part, dans la fonction protection sociale, sous-fonction maladie et invalidité (sous-fonction 10.1) d'autre part. Il n'existe pas d'agrégat intégrant ces différentes composantes des dépenses de santé au sens large dans la COFOG.
La COFOG considère uniquement les dépenses publiques de santé (pas celles des organismes complémentaires ou celles qui restent à la charge des ménages) ; dans ce cadre, les dépenses de santé correspondent aux sommes versées par les administrations publiques, au titre de la santé.

Tableau 1 Synthèse des différences entre agrégats macroéconomiques de santé

Nomenclature	Producteur	Point de vue sur les dépenses de santé	Agrégat	Niveau en 2024 (Mds €)	Principales dépenses de santé au sens large* hors champ
CNS	Drees	Dépenses de consommation finale en biens et services de santé	Consommation de soins et de biens médicaux	250	Indemnités journalières, Rentes et pensions, Allocations personnes handicapées, Gouvernance, Soins aux personnes âgées, Soins aux personnes handicapées, Prévention institutionnelle, Investissement
			Dépense courante de santé au sens international	342	Indemnités journalières, Rentes et pensions, Allocations personnes handicapées, Investissement
CPS	Drees	Dépenses des organismes de protection sociale (publics et privés collectifs) liées à la santé	Sous-risque maladie	278	Indemnités journalières, Rentes et pensions, Soins aux personnes handicapées, Gouvernance, Investissement
			Risque santé	339	Gouvernance, Investissement
Ondam	DSS	Dépenses de l'Assurance Maladie et de la Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie	Ondam hors Ondam MS**	225	Rentes et pensions, Soins aux personnes âgées, Soins aux personnes handicapées, Gouvernance, Prévention institutionnelle
			Ondam	256	Rentes et pensions, Gouvernance, Prévention institutionnelle
SOCX	Eurostat et OCDE	Dépenses de santé prises en charge par des organismes publics ou privés	Dépenses sociales de santé	263	Indemnités journalières, Rentes et pensions, Gouvernance, Soins aux personnes âgées, Soins aux personnes handicapées, Investissement
			Dépenses sociales de santé et d'incapacité***	317	Gouvernance, Soins aux personnes âgées, Investissement
COFOG	Insee	Dépenses des administrations publiques dans le domaine de la santé	Santé	261	Indemnités Journalières, Soins aux personnes âgées, Soins aux personnes handicapées, Allocations personnes handicapées
			Santé, maladie et invalidité***	345	Soins aux personnes âgées

*On considère comme relevant de la santé au sens large les dépenses suivantes : dépenses de soins et biens médicaux, dépenses de handicap/autonomie/soins de longue durée (soins aux personnes âgées et handicapées, allocations aux personnes handicapées, etc.), les versements de revenus de remplacement pour maladies et accidents du travail (rentes, pensions et indemnités journalières), les dépenses de gouvernance (gestion du système de santé), les dépenses de prévention institutionnelle et les investissements.

**Objectif national de dépense de l'Assurance maladie hors Médico-Social. L'Ondam Médico-Social correspond à la somme des sous-objectifs « établissements et services pour personnes âgées » et « établissements et services pour personnes handicapées ».

***Agrégat non natif dans la nomenclature, regroupement Drees.

Source > Drees.

- **Les Comptes de la Protection Sociale (CPS)**, produits par la Drees dans un cadre européen (European System of Integrated Social Protection Statistics, ESSPROS, Eurostat). Les CPS sont un compte satellite de la Comptabilité Nationale, comme les CNS. Les dépenses de prestations sociales y sont distinguées par grands risques (vieillesse, famille, santé, etc.). Deux grands agrégats sont produits sur le champ santé : les prestations du sous risque maladie et les prestations du risque santé (qui rassemble les sous-risques maladie, invalidité et accidents du travail-maladies professionnelles).

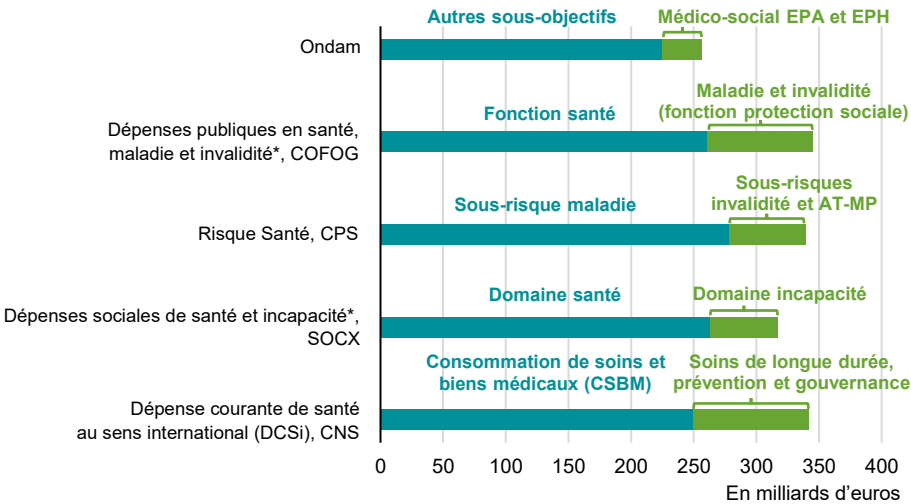
Les CPS abordent les dépenses de santé du point de vue des bénéficiaires de la protection sociale. Dans ce cadre, les dépenses de santé correspondent aux prestations reçues par les bénéficiaires au titre de la protection sociale en santé.

- **Les données SOCX sur les dépenses sociales**, produite par l'OCDE (Social Expenditures Database). Sur le champ de la santé, ces données sont produites principalement à partir des données ESSPROS et SHA. Les dépenses sociales sont distinguées par domaines de protection sociale, qui correspondent aux grands risques couverts, comme dans la nomenclature CPS. Les dépenses de santé se retrouvent au sein de deux agrégats : santé, prestations liées à l'incapacité. Il n'existe pas d'agrégat intégrant les composantes santé et incapacité dans SOCX.

Comme dans les CPS, les dépenses de santé sont abordées dans la nomenclature SOCX du point de vue des bénéficiaires (versements reçus par les bénéficiaires).

Selon l'agrégat considéré (*graphique 1*), les dépenses de santé varient de 230 milliards (Ondam hors dépenses d'autonomie) à un peu moins de 350 milliards d'euros (DCSi des CNS ; total santé, maladie et invalidité en COFOG). Les agrégats de santé les plus larges de chaque nomenclature se situent entre 300 et 350 milliards d'euros, sauf pour l'Ondam qui est nettement en dessous à 256 milliards en 2024.

Graphique 1 Montant des agrégats de santé en 2024



EPA : Établissements et services pour personnes âgées ; EPH : Établissements et services pour personnes handicapées ; AT-MP : Accidents du travail et maladies professionnelles.

* Agrégat non natif dans la nomenclature, regroupement Drees.

Note > Le montant 2024 des dépenses sociales de santé au sens de SOCX est estimé à partir du montant 2022 (dernière année disponible) et du taux de croissance en valeur du risque santé des CPS entre 2022 et 2024.

Lecture > En 2024, la dépense courante de santé au sens International (DCSi), agrégat des Comptes Nationaux de la Santé (CNS), s'élève à 342 milliards d'euros, dont 250 milliards de consommation de soins et biens médicaux (CSBM).

Champ > France entière.

Sources > Comptes Nationaux de Santé (CNS), PLFSS 2026 annexe 5 « Ondam et dépenses de santé », base de données COFOG de l'Insee, base de données SOCX de l'OCDE, Panorama des Comptes de la Protection Sociale de la Drees.

Différences entre agrégats des dépenses de santé

Les différences de montants entre agrégats peuvent provenir théoriquement de différents facteurs : différences sur le type de biens et services pris en compte, différences sur le type d'opérations (consommation, frais de gestion du système, etc.), différences sur le champ des financeurs, différences de source, et différences de cadre comptable. Cette deuxième partie synthétise les écarts sur quatre dimensions : financeurs, type de dépense (croisant type de biens et services et types d'opérations), sources et cadre comptable.

Les écarts entre agrégats s'expliquent essentiellement par des différences sur le champ des financeurs et des types de dépenses.

Les graphiques 2 à 7 présentent une décomposition schématique de chaque agrégat en une vingtaine de composantes, croisant type de financeur et type de dépenses.

Différences sur le champ des financeurs de la dépense de santé

Les dépenses de santé peuvent être prises en charge par différents types d'organismes (privés ou publics) ou être payées directement par les ménages ; on parle alors de *reste à charge*. Les catégories de financeurs prises en compte varient pour les différents agrégats (voir tableau 2).

La nomenclature la plus restrictive est celle de l'Ondam qui comptabilise uniquement les dépenses prises en charge par la branche Maladie et la branche Autonomie de la Sécurité sociale.

La nomenclature COFOG porte sur le champ plus large des administrations publiques : dépenses de la Sécurité sociale obligatoire, de l'État (dont le financement de la Complémentaire santé solidaire), ainsi que par certaines caisses ou établissements publics spécifiques.

Tableau 2 Financeurs de la dépense de santé inclus dans les cinq nomenclatures

Catégories de financeurs		CNS	SOCX	CPS	COFOG	Ondam
Administrations publiques	Sécurité sociale obligatoire	X	X	X	X	X
	Autres (État, collectivités locales, C2S, CAMIEG, Caisse Alsace-Moselle, Parlement)	X	X	X	X	
Autres organismes	Entreprises	X	X	X		
	Organismes complémentaires - contrats collectifs	X	X	X		
	Organismes complémentaires - contrats individuels	X				
Ménages (reste à charge)		X				

CAMIEG : Caisse d'Assurance maladie des industries électriques et gazières ; C2S : Complémentaire santé solidaire.

Note > La nomenclature SOCX ne distingue pas les organismes complémentaires en fonction du type de contrat. Elle distingue en revanche les organismes obligatoires et les organismes facultatifs.

Source > Drees.

Les agrégats CPS et SOCX portent sur un champ plus large que les seules administrations publiques : ils incluent des organismes privés de protection sociale. La nomenclature SOCX inclut dans sa base de données l'ensemble des dépenses des organismes complémentaires, qu'elles soient relatives à des contrats collectifs ou individuels¹. Les CPS sont plus restrictifs : seuls les régimes privés collectifs (contrats employeurs des entreprises, contrats collectifs des organismes complémentaires) sont considérés comme appartenant au champ de la protection sociale. Les dépenses de santé des régimes privés individuels – essentiellement des remboursements de soins par les complémentaires santé au titre de contrats individuels – sont donc exclues du champ des CPS et incluses dans SOCX².

¹ Au sein des dépenses des organismes privées, la nomenclature SOCX distingue les dépenses liées aux assurances obligatoires et celles des assurances facultatives.

² L'exclusion des contrats individuels a été mise en œuvre à partir du millésime 2023 des CPS par cohérence avec le cadre central de la comptabilité nationale (base 2020).

La nomenclature la plus extensive sur les financeurs est celle des Comptes Nationaux de la Santé, puisqu'elle inclut l'ensemble des financeurs. C'est la seule, parmi les cinq étudiées ici, qui comptabilise les dépenses prises en charge directement par les ménages (reste à charge).

Les dépenses dites « non remboursables », c'est-à-dire non remboursables par la Sécurité sociale¹, sont prises en compte dans les CNS, dans la CSBM et la DCSi, ainsi que dans les CPS et SOCX (remboursements des organismes privés). Comme ces dépenses ne sont par définition pas prises en charge par une administration publique, elles ne sont donc pas prises en compte dans l'Ondam, ou les dépenses en nomenclature COFOG.

Différences sur les catégories de dépense incluses dans les agrégats

Par catégorie de dépense, on entend ici deux dimensions : le type d'opération économique (production de biens et services, frais de gestion, versement d'un revenu en espèce, investissement) et le type des biens et services considérés comme relevant de la santé. Le tableau 3 propose une décomposition des catégories de dépenses, qui croise ces deux dimensions.

- Différences d'opération :

La totalité des agrégats de dépenses de santé prennent en compte la production des biens et services de santé (selon des champs variables, voir infra « Différences de champ des biens et services de santé »).

Les dépenses de gestion du système de santé sont comptabilisées uniquement dans la DCSi des CNS et les agrégats COFOG. Les dotations aux établissements de santé publique et aux agences régionales de santé (ARS) sont comptabilisées dans les CNS, la COFOG et l'Ondam.

Les revenus de remplacement en cas de maladie ou d'incapacité ne sont pas inclus dans les Comptes Nationaux de la Santé (CNS), car ils ne relèvent ni d'une production ni d'une consommation de biens et services de santé. Ils sont pris en compte dans les autres nomenclatures, de façon plus ou moins extensive. Hors CNS, les indemnités journalières Maladie et AT-MP sont incluses dans tous les agrégats, sauf les dépenses de santé au sens strict en SOCX et en COFOG. Les pensions et rentes d'invalidité sont comptabilisées dans les CPS (Risque Santé), SOCX (incapacité) et COFOG (fonction politique sociale, sous-fonction maladie et invalidité).

Aucune des cinq nomenclatures n'inclut les indemnités journalières versées en cas de maternité. Ces dernières sont comptabilisées dans les CPS, la COFOG et SOCX, mais en dehors de la santé au sens large, dans les dépenses du risque famille.

Certaines prestations en espèces en direction des personnes handicapées sont incluses dans trois agrégats : le risque santé des CPS (AAH, AEEH ; PCH pour les personnes de moins de 60 ans), l'agrégat santé, maladie et invalidité de la COFOG (AAH) et l'agrégat santé et incapacité de SOCX (AAH et AEEH). Elles sont exclues des autres nomenclatures.

La prévention institutionnelle (prévention primaire et secondaire) est comptabilisée dans les agrégats SOCX, CPS et COFOG, ainsi que dans la DCSi des CNS (mais pas dans la CSBM). Les dotations aux établissements de santé sont prises en compte par l'Ondam, la COFOG et les CNS. Les investissements sont pris en compte par la COFOG (investissements des administrations, dont R&D, aides à l'investissement à des unités hors APU) et l'Ondam, mais pas par les autres nomenclatures².

- Différences de champ des biens et services de santé :

La liste des dépenses incluses dans l'Ondam peut évoluer d'une année à l'autre, tandis que celles des autres agrégats sont stables – mis à part les révisions et reclassements liés à l'amélioration des sources de données et à des changements méthodologiques.

Les soins et biens médicaux correspondant strictement au champ de la CSBM dans la nomenclature des CNS sont inclus dans l'ensemble des agrégats. On note néanmoins deux exceptions dans la nomenclature

¹ Les dépenses non remboursables comprennent les dépassements d'honoraires, les produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) achetés sans ordonnance, des consultations de psychologue, etc.

² Dans les CNS, les CPS et SOCX, les dépenses hospitalières incluent néanmoins la consommation de capital fixe annuelle qui varie selon les montants d'investissements passés.

COFOG. Les dépenses de soins et biens médicaux au titre de l'Aide Médicale d'État, financées par l'État, ne sont pas classées en santé¹. Par ailleurs la partie des soins et biens médicaux prise en charge par la C2S (hors hôpital public) est comptabilisée dans la fonction protection sociale en COFOG, et n'apparaît donc que dans l'agrégat « Santé, maladie et invalidité » mais pas dans l'agrégat « Santé ».

Tableau 3 Catégories de dépenses incluses dans les différents agrégats de santé

Catégories de dépenses		CNS		SOCX		CPS		COFOG		Ondam	
		CSBM	DCSi	Santé	Santé et incapacité	Sous-risque maladie	Risque santé	Santé	Santé, maladie, invalidité	Hors MS	Total
Santé/Santé publique	Soins et biens médicaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Prévention instit.		X	X	X	X	X	X	X		
	Investissement							X	X	X	X
Revenus de remplacement	Indemnités journalières	Maladie			X	X	X		X	X	X
		AT-MP			X	X	X		X	X	X
		Maternité									
	Pensions, rentes pour incapacité permanente				X		X		X		
Soins de longue durée/ Dépendance/ Autonomie	USLD		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Soins à domicile	Personnes âgées		X							
		Personnes handicapées		X	X		X				
	ESMS	Personnes âgées		X		X	X				X
		Personnes handicapées		X	X		X		X		X
	Aide au travail						X		X	X	X
	Presta handicap	AAH			X		X		X		
		AEEH			X		X				
	Autres			X		X	X		X	X	X
	Gouvernance			X				X	X		

AAH : Allocation aux adultes handicapés ; AT-MP : Accidents du travail et maladies professionnelles ; ESMS : Établissement ou service social ou médico-social ; MS : Médico-social, c'est-à-dire la somme des sous-objectifs « établissements et services pour personnes âgées » et « établissements et services pour personnes handicapées » ; USLD : Unités de soins de longue durée.

Note > Dans les nomenclatures de SOCX, COFOG et CPS, certaines dépenses de santé au sens large ne figurent pas dans les agrégats de santé car elles sont comptabilisées dans les dépenses « vieillesse » ou « famille ». Dans les CPS, les aides à domicile aux personnes âgées sont comptabilisées dans le risque vieillesse, les IJ maternité sont comptabilisés dans le risque famille. En SOCX, les dotations aux ESMS PA et l'aide à domicile aux personnes âgées sont classées en vieillesse, et les IJ maternité en famille. Dans la COFOG, l'APA et les dotations aux ESMS personnes âgées sont classées en vieillesse (10.2), les IJ maternité et les prestations pour enfants handicapés en famille (10.4), et l'Aide Médicale d'État en autres (10.7). Dans les CPS et l'Ondam, les unités de soins de longue durée de l'hôpital public sont classées en soins et biens médicaux.

Source > Drees.

Les soins de longue durée (appelés soins de longue durée, de dépendance ou d'autonomie en fonction des nomenclatures) sont diversement pris en compte d'une nomenclature à une autre. Les ESMS à destination des personnes âgées (Ehpad notamment) sont parfois comptabilisés en santé au sens le plus strict, comme dans les CPS, parfois en santé au sens le plus large (CNS, Ondam) et parfois sont classés en dehors de la

¹ En COFOG, l'AME est classée dans les « dépenses d'exclusion sociale non classées ailleurs ».

santé (en protection sociale « vieillesse » en SOCX et en COFOG). Les dépenses des ESMS à destination des personnes handicapées sont incluses dans la totalité des agrégats de santé au sens large. Les CPS et les CNS incluent les services à domicile à destination des personnes handicapées ou en perte d'autonomie (estimées par les dépenses d'APA et certaines dépenses de PCH). Les unités de soins de longue durée des hôpitaux publics et privés à but non lucratif sont prises en compte dans l'ensemble des agrégats.

Différences notables sur le cadre comptable

Les agrégats sont mesurés en droits constatés, c'est-à-dire qu'on enregistre une opération économique au moment où naît le droit ou l'obligation. Par exemple une dépense de santé relative à une consommation de soin sera comptabilisée l'année où le soin a été réalisé, même si le paiement ou le remboursement de ce soin a été réalisé l'année suivante. Les différentes nomenclatures s'inscrivent dans le cadre général des règles de la comptabilité nationale, à l'exception de l'Ondam qui est mesuré en comptabilité générale en suivant les règles du Conseil de normalisation des comptes publics.

Les principales différences comptables sont les suivantes. Les CNS effectuent un retraitement spécifique afin de s'approcher au mieux du concept théorique de droits constatés : les dépenses d'un exercice reliées à l'exercice précédent dans les comptabilités publiques sont rattachées à cet exercice dans les comptes, tandis que les dotations et reprises de provision ne sont pas reprises. Les autres agrégats (Ondam, COFOG, CPS) conservent les principes de droit constaté retenus dans les comptabilités sources.

Les CPS et SOCX ont une approche territoriale : ils comptabilisent les dépenses réalisées sur le territoire national. Aucun retraitement n'est réalisé pour tenir compte des étrangers en France. Certaines prestations correspondant à des soins de Français à l'étranger sont prises en compte. Dans l'Ondam et dans la COFOG, sont comptées les dépenses de santé réalisées par les unités résidentes, que ces dépenses aient eu lieu en France ou à l'étranger. En théorie ce cadre devrait également s'appliquer au CNS, conformément aux règles de SHA. Néanmoins en pratique, les CNS sont produits selon l'approche territoriale, comme les CPS et SOCX.

Dans les CNS, les CPS, SOCX et la COFOG, les soins de santé à l'hôpital public sont estimés par les coûts, conformément au cadre de la comptabilité nationale¹. Les soins financés par déficit hospitalier sont inclus dans ces nomenclatures. Dans l'Ondam les dépenses de soins hospitaliers publics correspondent aux versements de l'Assurance Maladie.

Dans l'ensemble des nomenclatures, les dépenses sont comptabilisées avant prélèvements obligatoires. Les CPS et SOCX développent en complément une approche nette de prélèvements.

Les remises conventionnelles, sur les médicaments et les dispositifs médicaux, sont enregistrées en moindres dépenses de santé dans les CNS, SOCX et l'Ondam. Dans la COFOG et les CPS ces remises conventionnelles sont enregistrées comme une source de financement (c'est-à-dire des recettes des administrations publiques) et ne sont pas enregistrées en dépense. Les dépenses de biens médicaux dans ces deux nomenclatures correspondent aux sommes remboursées par l'assurance maladie aux patients, et sont brutes de remises conventionnelles.

Différences sur les sources

La COFOG est produite par l'Insee à partir des comptabilités publiques des unités classées dans le secteur des administrations publiques, harmonisées par la DGFIP.

Les CNS (voir annexe sources et méthodes du panorama) mobilisent les mêmes sources que la COFOG et que les CPS sur le champ des administrations publiques. Les CNS mobilisent de plus les données du système national des données de santé afin de détailler les dépenses de santé prises en charge par les administrations publiques et de calculer le reste à charge après assurance maladie pour les produits de santé remboursables. Les CNS mobilisent d'autres sources pour estimer les dépenses de santé non remboursables, financées par les organismes complémentaires et les ménages. Les dépenses prises en charge par les organismes complémentaires sont calculées à partir des états statistiques et comptables de l'ACPR.

¹ Pour le calcul du PIB, les services non-marchands, fournis gratuitement ou à des prix qui ne sont pas économiquement significatifs, et dont font partie le secteur hospitalier public, sont estimés à partir des coûts de production.

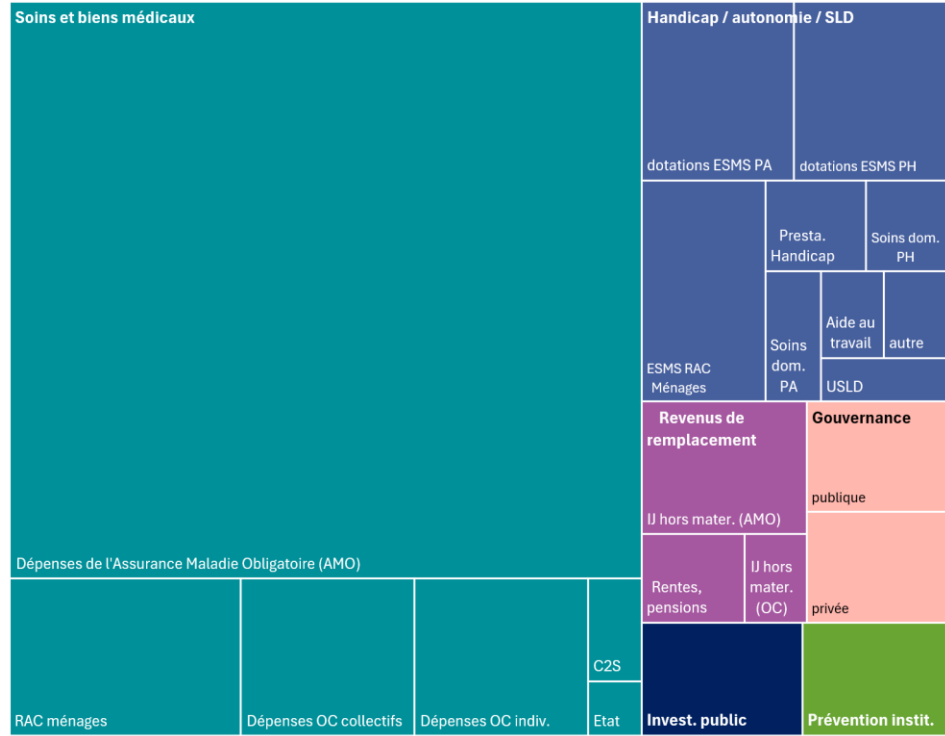
L'Ondam est produit essentiellement à partir des données comptables des caisses d'assurance maladie et de la CNSA.

Les données SOCX sont obtenues quasi exclusivement à partir des agrégats détaillés SHA pour la partie santé pure, plus ESSPROS pour les prestations en espèce et prestations en nature.

Représentation schématique des agrégats de santé

Les graphiques qui suivent permettent de visualiser de manière synthétique les grandes catégories de dépenses incluses dans les différents agrégats de santé. Les catégories de dépenses croisent le type d'opération, le type de biens et services ainsi que le financeur. Chaque catégorie de dépenses est associée à une aire sur le graphique, proportionnelle au montant dépensé. Les montants des différentes catégories de dépenses sont identiques quel que soit l'agrégat, afin de faciliter l'exercice de comparaison. Dans la réalité, les montants associés à chacune des catégories peuvent varier en fonction des conventions propres à chaque nomenclature.

Graphique 2 Catégories de dépenses incluses dans au moins un agrégat de santé



AMO : Assurance maladie obligatoire ; C2S : Complémentaire santé solidaire ; ESMS : Établissement ou service social ou médico-social ; OC : Organismes complémentaires ; RAC : Reste à charge ; USLD : Unité de soins de longue durée ; ESMS PA : ESMS Personnes âgées ; ESMS PH : ESMS Personnes handicapées ; IJ hors mater : Indemnités journalières hors maternité ; Soins dom. : Soins à domicile.

Note > Les aires des rectangles sont proportionnelles aux montants dépensés. Les dépenses de l'État correspondent principalement à l'Aide Médicale d'État et aux dotations aux ARS.

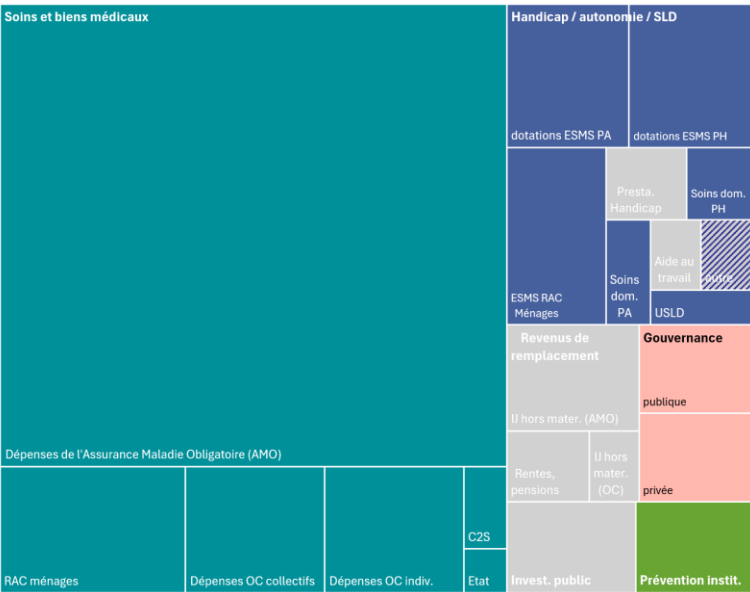
Source > Drees.

Graphique 3 Catégories de dépenses incluses dans les CNS

a. Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)



b. Dépense courante de soins au sens international (DCSi)

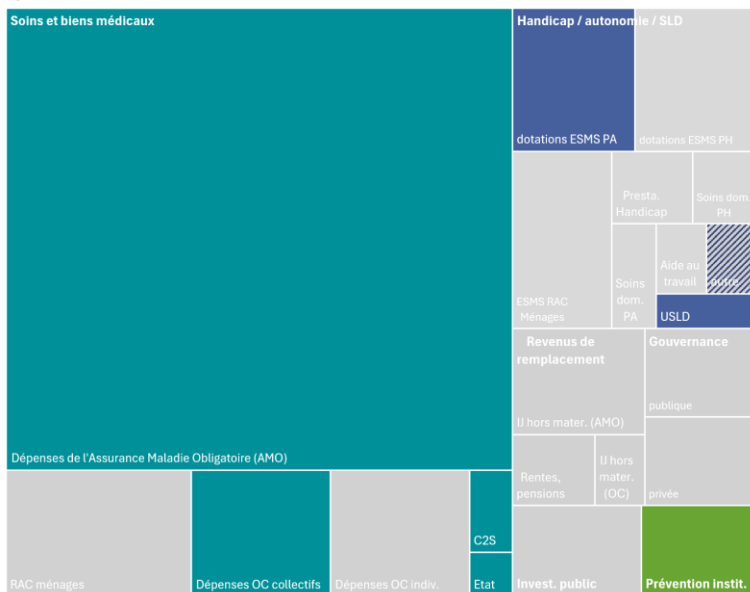


Note > Les aires des rectangles sont proportionnelles aux montants dépensés. Les aires grises correspondent aux dépenses exclues de l'agrégat et les aires hachurées aux dépenses incluses partiellement. Les dépenses de l'État correspondent principalement à l'Aide Médicale d'État et aux dotations aux ARS.

Source > Drees.

Graphique 4 Catégories de dépenses incluses dans les CPS

a. Sous-risque maladie



b. Risque santé (sous-risques maladie, invalidité et AT-MP)

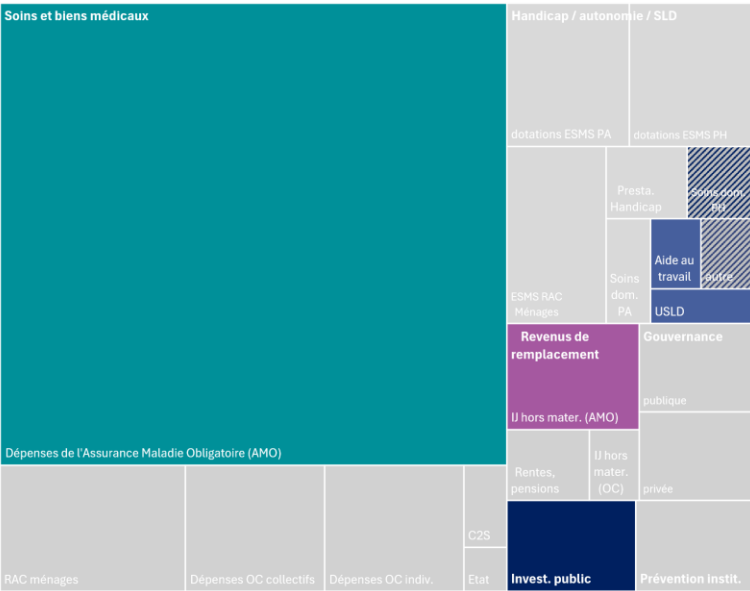


Note » Les aires des rectangles sont proportionnelles aux montants dépensés. Les aires grises correspondent aux dépenses exclues de l'agrégat et les aires hachurées aux dépenses incluses partiellement. Les dépenses de l'État correspondent principalement à l'Aide Médicale d'État et aux dotations aux ARS. Certaines catégories de dépenses de santé au sens large sont comptabilisées dans les CPS, mais en dehors de ces deux agrégats (les aides à domicile aux personnes âgées sont comptabilisées dans le risque vieillesse, les IJ maternité sont comptabilisées dans le risque famille).

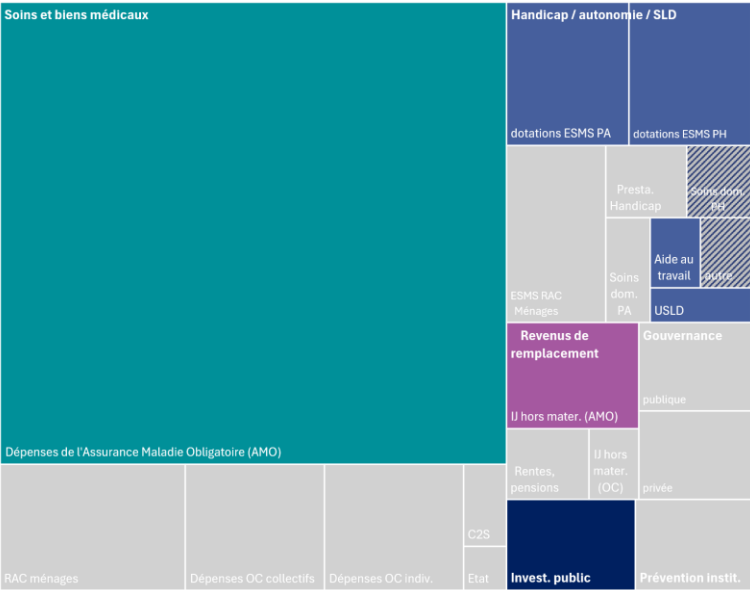
Source > Drees.

Graphique 5 Catégories de dépenses incluses dans l'Ondam

a. Hors Ondam Médico-Social



b. Total

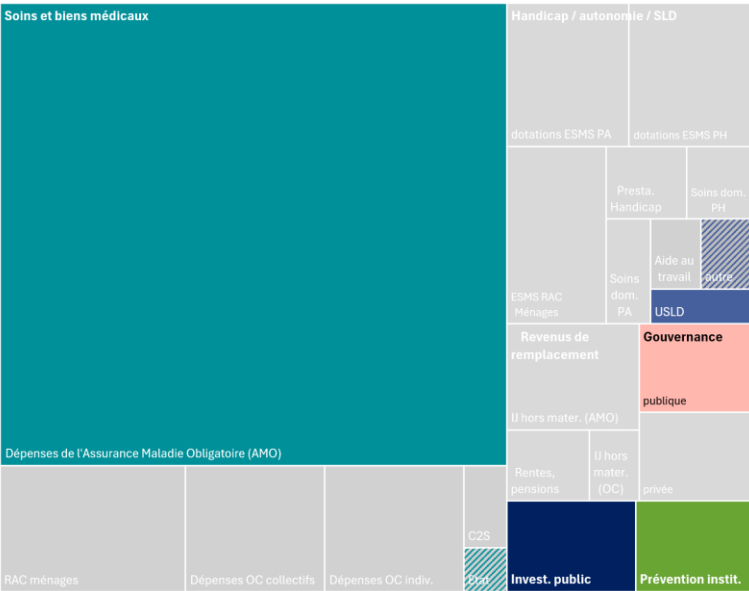


Note > Les aires des rectangles sont proportionnelles aux montants dépensés. Les aires grises correspondent aux dépenses exclues de l'agrégat et les aires hachurées aux dépenses incluses partiellement. L'Ondam Médico-Social correspond à la somme des sous-objectifs « établissements et services pour personnes âgées » et « établissements et services pour personnes handicapées ».

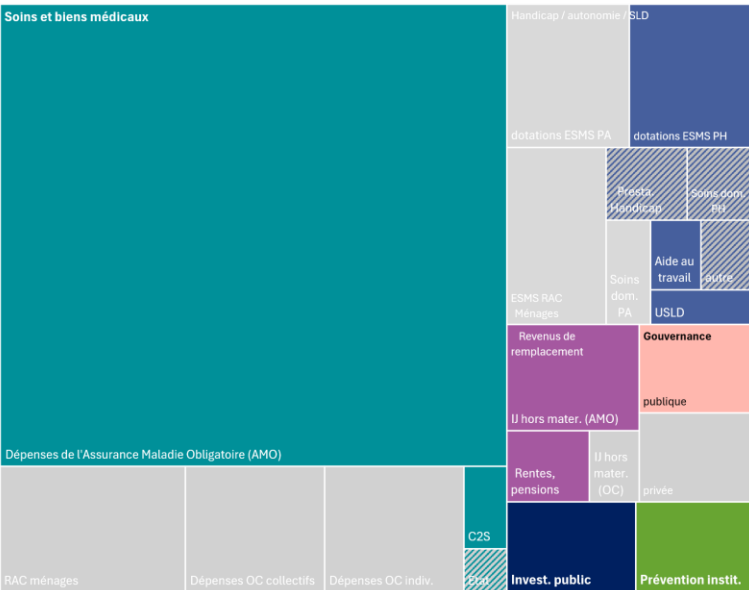
Source > Drees.

Graphique 6 Catégories des dépenses incluses en COFOG

a. Dépenses publiques de santé



b. Dépenses publiques de santé, de maladie et d'invalidité

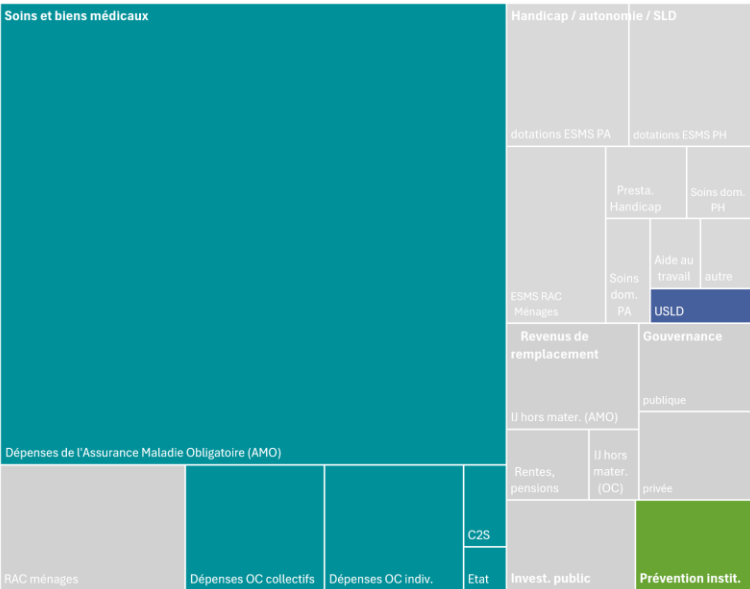


Note > Les aires des rectangles sont proportionnelles aux montants dépensés. Les aires grises correspondent aux dépenses exclues de l'agrégat et les aires hachurées aux dépenses incluses partiellement. Certaines catégories de dépenses de santé au sens large sont comptabilisées dans les dépenses de protection sociale en COFOG et donc en dehors de ces deux agrégats : l'APA et les dotations aux ESMS PA (vieillesse), les IJ maternité et les prestations pour enfants handicapés (famille), l'Aide Médicale d'État (autres).

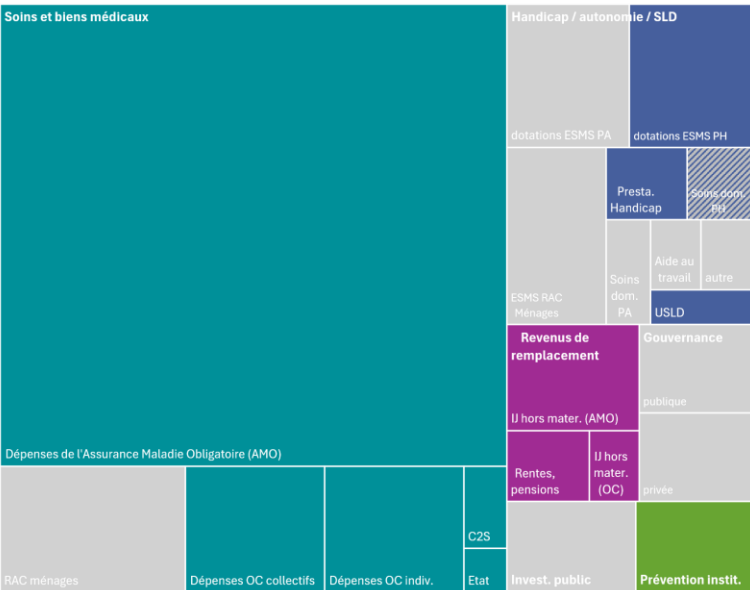
Source > Drees.

Graphique 7 Catégories des dépenses incluses dans SOCX

a. Dépenses sociales de santé



b. Dépenses sociales de santé et d'incapacité



Note > Les aires des rectangles sont proportionnelles aux montants dépensés. Les aires grises correspondent aux dépenses exclues de l'agrégat. Certaines catégories de dépenses de santé au sens large sont comptabilisées dans SOCX, mais en dehors de ces deux agrégats : les dotations aux ESMS PA et l'aide à domicile aux personnes âgées (vieillesse), les IJ maternité (famille).

Source > Drees.

Pour en savoir plus

Objectif national de dépenses de l'Assurance maladie, Ondam

- > Direction de la Sécurité Sociale (2025), *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026*, annexe 5 Ondam.

https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2026/PLFSS2026-Annexe5-2025-10-14_avec%20couverture.pdf

Comptes de la protection sociale / ESSPROS

- > Dherbécourt, C. et Didier, M. (2025), *La protection sociale en France et en Europe en 2024 - Résultats des comptes de la protection sociale - Édition 2025*.
- > Eurostat (2022), *European system of integrated social protection statistics ESSPROS – Manual and user guidelines – 2022 edition*.

<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-manuals-and-guidelines/-/ks-qg-22-013>

Comptes de la Santé / SHA

- > Eurostat, OCDE, OMS (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*.

<https://www.oecd.org/en/topics/policy-issues/health-spending-and-financial-sustainability/sha-guide-lines.html>

Classification des fonctions des administrations publiques, COFOG

- > Eurostat (2019), *Manual on sources and methods for the compilation of COFOG statistics — Classification of the Functions of Government (COFOG) — 2019 edition*.

<https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-manuals-and-guidelines/-/ks-qg-19-010>

- > Insee (2025), *Fiche méthodologique n°20: la ventilation fonctionnelle des dépenses des administrations publiques en base 2020*.

- > Insee (2026), *Fiche méthodologique n°22: la fonction Protection sociale (10) dans la ventilation fonctionnelle des dépenses des administrations publiques*.

<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/serie/s2144/documentation-methodologique>

Base de données des dépenses sociales, SOCX

- > OCDE (2019), *The OECD SOCX Manual 2019 Edition - A guide to the OECD Social Expenditure*

https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/topics/policy-sub-issues/social-spending/socx_manual_2019.pdf. Note France (sources): <https://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=12b94e18-95fd-48ce-add3-a1b95947d042>

[Base de données des dépenses sociales \(SOCX\) | OCDE](#)

Mesurer la dépense courante de santé au sens international

Dans les comptes de la santé, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) peut être décomposée en cinq sous-composantes selon les sources et méthodes de calcul utilisées :

- La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) marchande comprend les soins hospitaliers marchands (cliniques privées), les soins ambulatoires (dispensés par des médecins en ville, des infirmières, des kinésithérapeutes, etc.), et les biens médicaux ;
- Les soins hospitaliers non marchands, qui regroupent les hôpitaux publics et les établissements du secteur privé non lucratif ;
- Les soins de longue durée ;
- Les dépenses de prévention ;
- Les coûts de gestion du système de santé.

Méthodologie d'évaluation de la CSBM selon le caractère marchand ou non

Évaluer la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) nécessite de valoriser chacun des soins et des biens médicaux consommés. Les comptes de la santé s'appuient pour cela sur les concepts de la comptabilité nationale, qui distingue deux types de biens et de services.

- Les biens et les services marchands sont produits dans l'objectif d'être vendus sur le marché à un prix garantissant un revenu suffisant au producteur pour couvrir *a minima* les coûts de production (rémunérations du personnel, achats des matières premières et des biens courants, loyers, impôts sur la production, etc.). La valeur retenue pour ces biens et services est le prix facturé hors impôts sur les produits, auquel sont ajoutées d'éventuelles subventions reçues par le producteur, au motif que la prise en compte de ces subventions permet de mieux approcher la valeur économique du produit. Dans les comptes de la santé, les soins en clinique et les soins ambulatoires sont des services marchands, et les biens médicaux (médicaments et dispositifs médicaux) consommés en ambulatoire sont des biens marchands ;
- Les biens et les services non marchands sont produits sans objectif d'être vendus à un prix garantissant un revenu suffisant au producteur. L'activité de production non marchande ne vise pas à être économiquement rentable. Ces produits sont fournis en comptabilité nationale par les administrations publiques ou les organisations à but non lucratif (associations, etc.). Les prix affichés des biens et services non marchands, lorsqu'ils existent, sont considérés comme économiquement non significatifs et ne sont pas retenus pour estimer leur valeur économique. Cette dernière est estimée par la somme des coûts impliqués dans le processus de production (les salaires versés et les consommations intermédiaires, y compris les autres impôts à la production nets des subventions d'exploitation). Dans les comptes de la santé, les soins hospitaliers publics sont des services non marchands.

La définition de la valeur des biens et services retenue dans les comptes de la santé diffère sur certains points de celle du cadre central des comptes nationaux (la consommation effective des ménages en santé).

Le cadre central évalue la consommation au prix facturé, y compris les taxes et subventions sur les produits (la taxe sur la valeur ajoutée par exemple). En accord avec les conventions internationales établies par l'OMS, l'OCDE et Eurostat au sein du *System of Health Accounts*, norme de référence internationale pour la production des comptes de la santé, les comptes de la santé définissent la CSBM comme une consommation effective des ménages en santé ajustée, qui intègre les formes de subventions d'exploitation (subventions à la production) versées aux professionnels ou aux établissements de santé. Ainsi, les prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé exerçant en secteur 1, incluses dans la CSBM, sont exclues de l'estimation de la consommation effective des ménages en santé du cadre central. De même, les remises conventionnelles sur les biens médicaux, versées par les fabricants de médicaments et de dispositifs médicaux à l'Assurance maladie, sont comptées dans la CSBM comme des dépenses moindres, qui réduisent le financement des biens médicaux par la Sécurité sociale. En accord avec les conventions internationales des comptes de la santé, les remises conventionnelles, si elles n'ont pas d'effet direct sur le prix toutes taxes comprises (TTC), puisqu'elles sont versées directement à l'Assurance maladie, contribuent à diminuer le prix TTC global des biens médicaux concernés. Dans le cadre central de la comptabilité nationale, seules les remises conventionnelles dites ATU (autorisation temporaire d'utilisation) sont prises en compte, les autres remises produites étant comptabilisées comme des impôts.

Certaines dépenses hors champ de la CSBM, en tant qu'elles sont des dépenses de prévention, sont incluses dans la consommation effective des ménages en santé :

- Consultations de prévention par des médecins ;
- Dépistages en laboratoire ;
- Examens et bilans bucco-dentaires par des dentistes ;
- Vaccinations.

La consommation de soins infirmiers et de kinésithérapie par des patients en situation de dépendance est également hors champ de la CSBM, mais incluse au sein de la consommation effective des ménages en santé.

L'estimation des soins hospitaliers non marchands

Les soins hospitaliers sont décomposés dans les comptes de la santé entre les établissements publics ou privés à but non lucratif (anciennement sous dotation globale, « ex-DG »), et les établissements privés ou à but non lucratif (anciennement sous objectif quantifié national, « ex-OQN ») ; les premiers relèvent de la catégorie des services non marchands, et les seconds des services marchands.

Ainsi, les établissements hospitaliers du secteur non marchand sont composés :

- des hôpitaux publics *stricto sensu* ;
- des hôpitaux militaires ;
- des établissements de santé privés à but non lucratif financés selon la grille tarifaire ex-dotation globale (ex-DG).

Le secteur marchand est, quant à lui, composé :

- des établissements privés à but lucratif ;
- des établissements de santé privés à but non lucratif financés selon la grille tarifaire ex-objectif quantifié national (ex-OQN).

Les données mobilisées sont fournies par l'Insee à partir de remontées financières des établissements collectées par la Direction générale des finances publiques (DGFIP), de données reçues de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et d'exploitations du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). La dépense en hôpitaux militaires est évaluée à partir des financements que l'État leur verse.

Ces sources permettent d'établir la production non-marchande financée par les administrations publiques (Sécurité sociale et État) ainsi que celle à la charge des ménages ou des organismes complémentaires (paiements partiels des ménages).

La consommation de soins du secteur hospitalier public est évaluée en sommant les coûts des différents facteurs de production utilisés : rémunération du personnel, consommation intermédiaire, impôts, subventions et autres charges, ainsi que la consommation de capital fixe. Le montant ainsi obtenu correspond à la production non marchande du secteur hospitalier, qui recouvre également des activités non sanitaires telles que la formation, l'hôtellerie et la recherche. Le champ de la consommation de soins et de biens médicaux retenu dans les comptes de la santé est finalement obtenu en se restreignant à l'activité sanitaire, et en excluant les soins hospitaliers publics en unité de soins de longue durée (classés en soins de longue durée et non en CSBM, en accord avec les conventions internationales régissant les comptes de la santé).

Le secteur hospitalier public étant déficitaire, la valeur de la production estimée par les coûts est supérieure à ses recettes. Dans les comptes de la santé, la part financée par la Sécurité sociale intègre donc le déficit des hôpitaux (part des coûts non couverts la même année par des recettes).

L'estimation des dépenses de soins hospitaliers marchands, de soins ambulatoires et de biens médicaux remboursables

Les comptes de la santé sont calculés sur le champ de la production marchande, à partir des informations sur la consommation de soins et de biens médicaux présentes dans le Système national de données de santé (SNDS).

Le SNDS couvre l'ensemble des dépenses de santé totalement ou partiellement (avec un reste à charge) financées par les caisses d'assurance maladie. Cela inclut les dépenses au titre de dispositifs comme la

complémentaire santé solidaire (C2S) ou l'Aide médicale de l'État, dont les versements sont assurés par ces caisses malgré leur financement particulier. Le SNDS est mobilisé par les comptes de la santé pour l'ensemble des régimes d'affiliation, excepté les régimes spéciaux des parlementaires qui en sont absents, et pour la France entière y compris les versements du régime local d'Alsace-Moselle.

Les montants des dépenses de santé issues du SNDS sont ensuite calés sur les montants comptables des tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) produits par les différents régimes obligatoires de l'Assurance maladie, pour chaque poste comptable. Les TCDC, fournis par la Direction de la Sécurité sociale du ministère de la Santé, permettent également de connaître certaines dépenses des régimes d'assurance maladie qui n'apparaissent pas dans le SNDS, principalement leurs participations aux cotisations sociales de certains médecins et auxiliaires médicaux.

L'estimation des dépenses de soins en clinique, de soins ambulatoires et de biens médicaux non remboursables

Pour l'évaluation des dépenses de santé marchande non remboursables par l'Assurance maladie, diverses sources sont utilisées, fournies notamment par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) pour les soins des professionnels non conventionnés, par l'entreprise *OpenHealth* pour celles des médicaments et dispositifs médicaux non remboursés et par l'Union nationale des associations agréées pour les soins des auxiliaires médicaux non remboursables (psychologues, ergothérapeutes, diététiciens, psychomotriciens, soins non pris en charge des pédicures-podologues).

Enfin, certaines dépenses non recensées dans les sources disponibles sont estimées en proportion de la dépense connue, par exemple les actes non remboursables (hors nomenclature) et les dépenses associées aux feuilles de soin papier non envoyées.

L'estimation des soins de longue durée, des dépenses de prévention et des coûts de gestion du système de santé

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) inclut, outre la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) les dépenses de soins de longue durée, de prévention, et les coûts de gestion du système de santé.

Les dépenses de prévention comprennent les dotations des administrations publiques à des programmes de prévention institutionnelle (par exemple M'T Dents pour la prévention bucco-dentaire), les financements de l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France), de l'Agence de la biomédecine, de l'Établissement français du sang et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, des dépenses de fonds de prévention publics comme privés, et les cotisations des entreprises au financement de la médecine du travail. Les dépenses de prévention comprennent en outre les actes de prévention individuelle médicalisée (examens de santé, bilans bucco-dentaires, vaccination). Ces dépenses sont identifiées à partir du SNDS.

Les dépenses dans le champ des soins de longue durée incluent les prestations médico-sociales finançant des aides à la vie quotidienne, versées aux ménages par les administrations publiques ; des estimations de la participation financière des ménages aux dépenses liées au handicap ou à la perte d'autonomie et le financement de la Sécurité sociale aux établissements médico-sociaux (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, établissements spécialisés dans la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, etc.).

Les coûts de gestion du système de santé sont estimés à partir des financements versés au ministère chargé de la Santé, des frais de fonctionnement des régimes de Sécurité sociale transmis par la Direction de la Sécurité sociale, ainsi que les frais de fonctionnement de la Haute Autorité de santé, de l'Agence technique de l'information hospitalière, du Centre national de gestion, de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et de l'Office national d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux. Ils incluent également les charges de gestion des organismes complémentaires (hors subventions d'exploitation et frais de gestion, relatifs à la collecte de la taxe de solidarité additionnelle).

Sources pour l'estimation du financement par les organismes complémentaires

Les comptes de la santé estiment une dépense totale, décomposée entre une prise en charge par les administrations publiques (Sécurité sociale et État) et un reste à charge après Assurance maladie obligatoire. Cette deuxième composante est ensuite décomposée entre financement assuré par les organismes complémentaires et participation directe des ménages.

L'estimation du financement par les organismes complémentaires est basée sur les états comptables et prudentiels collectés chaque année par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) auprès des organismes complémentaires d'assurance maladie. Ces états sont transmis à des fins statistiques à la Drees, qui les intègre dans les comptes de la santé.

Le reste à charge des ménages est ainsi calculé dans les comptes de la santé par différence, comme un reliquat.

Dates d'arrêt des données

Les données utilisées pour les comptes de la santé sont arrêtées aux dates suivantes :

- Avril 2026 pour les données issues du SNDS (inclusion des flux de traitement antérieurs au 30 avril 2026, extraits en mai 2026) ;
- Mars 2026 pour les données comptables des TCDC (millésime 2025 validé par la Direction de la Sécurité sociale et transmis à la Drees) ;
- Juillet 2026 pour les états comptables et prudentiels collectés par l'ACPR auprès des organismes complémentaires (ce qui peut expliquer des écarts avec le rapport sur la situation financière des organismes complémentaires publié par la Drees, pour lequel les données sont arrêtées à septembre 2026, ou avec d'autres publications de l'ACPR) ;
- Mai 2026 pour les données du secteur hospitalier public, issues du compte provisoire de l'Insee.

Les révisions de l'édition 2026 des comptes de la santé

Conformément aux recommandations du Code de bonnes pratiques de la statistique européenne, la Drees présente chaque année les révisions apportées aux séries annuelles des comptes de la santé. Cette annexe répertorie les révisions sur les agrégats présentés dans ce panorama, en indiquant leur origine et leur montant.

Les révisions apportées aux comptes de la santé portent sur la période de 2010 à 2025. Elles peuvent être de deux ordres :

- Les révisions liées au **caractère provisoire des données** sur les dernières années. Dans cette édition 2026, c'est l'année 2024 qui peut être sujette à ce type de révision (elle était la dernière année en édition 2025) et, dans une moindre mesure, l'année 2023 ;
- Les **révisions méthodologiques**, qui visent à améliorer la justesse des comptes ou leur exhaustivité. Elles ont une origine :
 - Externe, si elles résultent d'évolutions des normes de comptabilisation. Les comptes de la santé sont harmonisés avec le cadre central des comptes nationaux et ses concepts s'appuient sur le *System of Health Accounts* (SHA) ;
 - Interne, si elles résultent de modifications des sources de données, d'améliorations des méthodes de calcul ou de correctifs.

Les changements de catégorisation de la DCSi en postes

Dans cette annexe, seules les révisions qui modifient le montant de dépense courante de santé au sens international (DCSi) ou sa répartition par financeur sont présentées. Néanmoins, la **catégorisation des dépenses en postes** (soins courants en ville, activités techniques et auxiliaires, etc.) peut aussi évoluer d'une édition à l'autre des comptes de la santé. L'historique d'un poste peut ainsi être modifié par rapport aux précédentes éditions, si sa définition est révisée. Les changements de nomenclature introduits dans cette édition sont les suivants.

Le poste des **soins en centre de santé** est supprimé. Les dépenses afférentes (4,0 milliards d'euros en 2025) sont réparties dans les différentes postes de soins courants en ville, principalement les soins et prothèses dentaires (2,7 milliards d'euros) mais aussi les soins de médecins généralistes (0,6 milliard d'euros), les soins de médecins spécialistes (0,5 milliard d'euros), les soins infirmiers (0,1 milliard d'euros) et les auxiliaires médicaux (0,1 milliard d'euros de soins d'orthoptistes).

Les spécialités de médecine de ville relevant de la **stomatologie et de la chirurgie maxillo-faciale** ont été affectées au poste des soins et prothèses dentaires. Cette catégorisation est harmonisée avec le SHA. Dans les éditions précédentes, elles relevaient du poste des soins de médecins spécialistes. Ce reclassement diminue la série des soins de médecins spécialistes de 0,3 milliard d'euros par an, sur les années récentes, par rapport à la série publiée lors de la précédente édition. Symétriquement, elle réhausse la série des soins et prothèses dentaires du même montant.

Pour la même raison, l'activité en ville des médecins **anatomo-cytopathologistes** a été affectée au poste des analyses en laboratoire de biologie médicale. Dans les éditions précédentes, elles relevaient du poste des soins de médecins spécialistes. Ce reclassement diminue la série des soins de médecins spécialistes de 0,2 à 0,3 milliard d'euros par an, sur les années récentes, par rapport à la série publiée lors de la précédente édition. Elle réhausse la série des analyses en laboratoire de biologie médicale du même montant.

Les révisions liées au caractère provisoire des données

Lors de l'édition 2025, trois sources de données étaient provisoires pour le calcul des comptes de la santé sur l'année 2024 :

- Les tableaux comptables annuels des régimes d'Assurance maladie, sur lesquels les comptes de la santé sont calés. L'actualisation porte sur les dépenses de santé réalisées lors de l'année 2024 mais liquidées à partir de 2025 : elles étaient estimées sur des provisions comptables dans l'édition 2025 mais le sont sur des réalisations pour l'édition 2026 ;
- Les données financières des établissements privés sans but lucratif du secteur privé, issues de remontées comptables auprès de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) dont l'année *N-2* est la plus récente lors de l'édition *N* des comptes de la santé. Lors de l'édition 2025 des comptes, l'année 2023 était la plus récente disponible et 2024 était imputée ;
- Les données financières des organismes complémentaires. De manière générale, les données utilisées par les comptes de la santé de l'édition de l'année *N* sont arrêtées à début juillet *N*. Lors de l'édition 2025 des comptes, les données de l'année 2024 étaient actualisées à juillet 2025 et ont été ajustées ultérieurement.

Les révisions méthodologiques

Amélioration de l'estimation des remises

Le calcul des remises versées annuellement par les entreprises pharmaceutiques à la Sécurité sociale, et de leur répartition par lieu (hôpital, rétrocession et ville), a été précisé grâce à l'utilisation des données du Comité économique des produits de santé (CEPS). Cette amélioration concerne surtout les médicaments (*tableau 1*) ; les remises sur les dispositifs médicaux sont également révisées, mais pour des montants inférieurs à 0,1 milliard d'euros.

Les remises sont évaluées avant application du mécanisme d'avoirs sur remises, alors qu'elles intégraient ce mécanisme dans les éditions précédentes, qui s'appuyaient sur les données comptables de l'Assurance maladie. Les données mobilisées dans cette édition correspondent aux prévisions réalisées par le CEPS pour l'année *N-1*, et aux montants constatés pour les années précédentes. Dans les sources de données utilisées précédemment, les montants de remises dues au titre de l'année *N-1* n'étaient pas dissociables de l'écart entre les prévisions de CEPS pour l'année *N-2* et les montants effectivement versés à l'Assurance maladie.

Tableau 1 Effets des révisions de la chronique des remises sur la DCSI

	2021	2022	2023	2024
Remises du médicament (en milliards d'euros)	0,0	-0,4	0,0	-0,3
Médicaments en ambulatoire	-0,2	-0,3	0,0	-0,2
Soins hospitaliers publics	+0,1	0,0	0,0	-0,1
Soins hospitaliers privés	0,0	0,0	0,0	0,0

Source > Drees, comptes de la santé.

Diminution des dépenses de soins non remboursables de kinésithérapie

Les soins non remboursables de kinésithérapie sont révisés à la baisse, de 0,6 milliard d'euros. Cette révision est un correctif, les estimations jusqu'à l'édition 2025 étant imprécises. Cette année, le croisement de nouvelles sources, en particulier de chiffres d'affaires des kinésithérapeutes, a conduit à ajuster l'estimation de ce montant de dépenses à la baisse.

Refonte des dépenses de soins de longue durée

Nouvelle estimation des soins infirmiers et de kinésithérapie de longue durée

Dans cette édition, un travail méthodologique a permis de mieux identifier quels soins infirmiers relèvent de **soins de longue durée**, notamment les soins à domicile à des personnes âgées dépendantes, à partir de la nomenclature d'actes des soins infirmiers. Cette meilleure catégorisation conduit également à une modification significative du partage entre soins infirmiers courants et soins infirmiers de longue durée : la série des soins infirmiers courants est révisée à la baisse, de 3,0 à 3,5 milliards d'euros selon les années sur la période récente. La série des soins de longue durée augmente du même montant, symétriquement, par rapport à la série publiée lors de la précédente édition.

Un travail similaire a été effectué pour les soins de kinésithérapie relevant des **soins de longue durée**, diminuant la série des soins de kinésithérapie d'environ 0,6 milliard d'euros par an sur la période récente. Elle augmente celle des soins de longue durée du même montant, en miroir, par rapport à la série publiée lors de la précédente édition.

Comptabilisation de l'ensemble des dépenses de soins de longue durée en établissement en soins de santé

Le SHA distingue les soins sociaux de longue durée des soins de longue durée de santé à partir des notions d'aides à la vie quotidienne (AVQ) et d'aides instrumentales à la vie quotidienne (AIVQ). Les AIVQ correspondent à des dépenses engagées pour les besoins sociaux des individus, mais ne répondant pas à un besoin essentiel au maintien de leur état de santé, contrairement aux AVQ qui répondent à des besoins vitaux (alimentation, hygiène, etc.). Les dépenses d'AVQ font partie des dépenses de soins de longue durée de santé, tandis que les dépenses d'AIVQ sont classées dans le cas général en tant que soins sociaux, en dehors du périmètre de la dépense courante de santé. Cependant, dans le cas particulier des dépenses réalisées en établissements, dans le contexte de la difficulté à tracer la frontière entre ce qui relève des dépenses d'AVQ et d'AIVQ, l'OCDE recommande de comptabiliser l'ensemble de ces dépenses au sein des soins de longue durée de santé à des fins de comparabilité.

L'alignement des comptes de la santé sur cette recommandation conduit à une révision à la hausse des dépenses des soins de longue durée de santé et de la DCSi (+9,5 milliards d'euros), et à une baisse de même montant des dépenses de soins sociaux de longue durée (hors DCSi). Elle comprend une révision à la hausse des dépenses de soins de longue durée de santé en Ehpad (+3,5 milliards) ainsi que la prise en compte dans la DCSi de la prise en charge par les départements des frais de séjours en établissement d'accueil pour handicapés (+6,0 milliards d'euros).

Prise en compte de dispositifs publics de financement des soins de longue durée

Les dépenses de soins de longue durée financées par le crédit d'impôt pour les services à domicile sont comptabilisées dans les soins de longue durée. De même, les allocations logement et réduction d'impôts accordés par l'État pour le financement des dépenses d'Ehpad sont introduites dans cette édition.

Correctif sur la répartition des prises en charge de cotisations sociales entre médecins généralistes et spécialistes

Dans cette édition, un correctif est apporté à la répartition des prises en charge de cotisations sociales des médecins libéraux par l'Assurance maladie. Ce correctif diminue la série des soins de médecins spécialistes, de 0,2 à 0,3 milliard d'euros par an sur les années récentes. Il réhausse la série des soins de médecins généralistes du même montant chaque année.

L'effet des révisions méthodologiques sur la DCSi

Les révisions méthodologiques s'appliquent à l'ensemble de la série annuelle des comptes de 2010 à 2025, même si la méthodologie de calcul diffère selon les années :

- Les comptes des années 2021 à 2025 ont été directement calculés avec la chaîne de production actuelle appliquée aux sources de données actuelles.
- Les années 2010 à 2020 l'ont été par rétropolation statistique des séries, qui consiste en l'actualisation des séries historiques par un jeu de coefficients, pour les placer sur une base équivalente à celui de la méthodologie actuelle.

Ainsi, l'ensemble des chiffres de 2010 à 2024 présentés dans cet ouvrage, est sur une méthodologie comparable sans rupture de série.

L'édition 2024 des comptes de la santé était la première à être réalisée avec un nouveau processus de production, dont la principale innovation était l'utilisation des données détaillées issues du Système national de données de santé (Reduron, 2025). L'année suivante, l'édition 2025 était une année d'approfondissement de ce processus, occasionnant des révisions. Cette édition 2026 est la troisième à être réalisée avec la nouvelle chaîne de programmes ; le nombre de révisions est plus circonscrit et sans lien avec la refonte des chaînes de production lors de l'édition 2024.

Les principales révisions de cette édition 2026 ont trait à la refonte des **soins de longue durée** (SLD), qui sont fortement révisés à la hausse, d'environ 15 milliards d'euros (*tableau 2*), et qui induisent une révision de la DCSi de l'ordre de 10 milliards d'euros après prise en compte des reclassements entre postes. Les soins non remboursables de kinésithérapie sont par ailleurs révisés à la baisse de 0,6 milliard d'euros.

Tableau 2 Révisions de la DCSi de 2021 à 2024 par composante

	2021	2022	2023	2024
Dépense courante de santé au sens international (en milliards d'euros)	+8,5	+8,2	+9,4	+9,4
Consommation de soins et de biens médicaux	-4,1	-4,5	-4,4	-5,1
Soins de longue durée	+12,5	+12,6	+13,7	+14,6
Prévention	+0,1	+0,0	-0,0	-0,1
Gestion du système de santé	+0,0	+0,1	+0,1	+0,1
Part de la DCSi dans le PIB (révision en point de PIB)	+0,3	+0,3	+0,3	+0,3

Source > Drees, comptes de la santé.

Du fait de ces changements, la série de la DCSi est révisée à la hausse (*tableau 3*), de +9,4 milliards d'euros en 2024 (+2,8 %). La série des taux de croissance annuels de la DCSi est également révisée (*tableau 4*). La courbe des taux de croissance annuels (*graphique 1*) reste néanmoins très proche de celle publiée dans la précédente édition des comptes.

Les autres révisions jouent sur la répartition de la consommation entre postes de dépenses, mais sans révision significative du montant global de DCSi. Il s'agit principalement de l'amélioration de l'estimation des remises annuelles sur les produits de santé, modifiant leur répartition par lieux (officines ou pharmacies hospitalières). La meilleure identification des soins de longue durée des infirmiers et de kinésithérapie en ville induit une bascule entre CSBM et SLD. La prévention et les dépenses de gestion sont révisées de façon plus marginale.

Tableau 3 Révisions de la série annuelle de la DCSi, en milliards d'euros

Année	Édition 2025	Édition 2026	Révision	Révision (en %)	Calcul édition 2026
2010	219,8	223,4	+3,5	+1,6	Rétopolation statistique
2011	226,0	230,2	+4,2	+1,8	Rétopolation statistique
2012	231,6	235,9	+4,2	+1,8	Rétopolation statistique
2013	238,2	241,3	+3,0	+1,3	Rétopolation statistique
2014	244,1	247,5	+3,4	+1,4	Rétopolation statistique
2015	248,2	251,5	+3,4	+1,4	Rétopolation statistique
2016	253,3	256,8	+3,5	+1,4	Rétopolation statistique
2017	258,0	261,7	+3,7	+1,4	Rétopolation statistique
2018	262,0	266,6	+4,5	+1,7	Rétopolation statistique
2019	267,6	271,7	+4,1	+1,5	Rétopolation statistique
2020	277,0	283,1	+6,1	+2,2	Rétopolation statistique
2021	303,0	311,5	+8,5	+2,8	Calcul direct
2022	310,5	318,7	+8,2	+2,7	Calcul direct
2023	321,0	330,4	+9,4	+2,9	Calcul direct
2024	332,6	342,0	+9,4	+2,8	Calcul direct
2025		353,2			Calcul direct

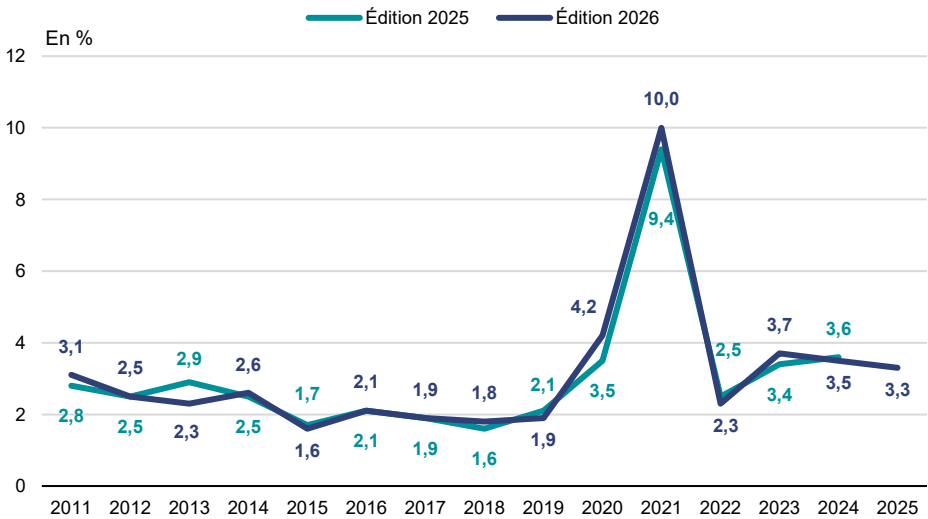
Source > Drees, comptes de la santé.

Tableau 4 Révisions de la série annuelle des taux de croissance annuels de la DCSi, en points de pourcentage

Année	Édition 2025	Édition 2026	Révision	Calcul de l'année en édition 2026
2011	+2,8	+3,1	+0,3	Rétropolation statistique
2012	+2,5	+2,5	+0,0	Rétropolation statistique
2013	+2,9	+2,3	-0,6	Rétropolation statistique
2014	+2,5	+2,6	+0,1	Rétropolation statistique
2015	+1,7	+1,6	-0,1	Rétropolation statistique
2016	+2,1	+2,1	+0,0	Rétropolation statistique
2017	+1,9	+1,9	+0,0	Rétropolation statistique
2018	+1,6	+1,8	+0,2	Rétropolation statistique
2019	+2,1	+1,9	-0,2	Rétropolation statistique
2020	+3,5	+4,2	+0,7	Rétropolation statistique
2021	+9,4	+10,0	+0,6	Calcul direct
2022	+2,5	+2,3	-0,2	Calcul direct
2023	+3,4	+3,7	+0,3	Calcul direct
2024	+3,6	+3,5	-0,1	Calcul direct
2025		+3,3		Calcul direct

Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 1 Série annuelle des taux de croissance de la DCSi selon les éditions



Source > Drees, comptes de la santé.

La part de la DCSi dans le produit intérieur brut (PIB) est révisée à la hausse de +0,3 point sur les années récentes (tableau 2). Pour l'année 2024, elle est ainsi révisée de 11,4 % dans l'édition 2025, à 11,7 % dans l'édition 2026.

L'effet des révisions méthodologiques sur la répartition par financeur de la DCSi

Le financement par les administrations centrales et locales est révisé du fait du reclassement des dépenses des organismes divers d'administration centrale (ODAC) comme Santé publique France et les agences régionales de santé. Dans cette édition, elles sont affectées aux administrations publiques centrales, y compris lorsqu'elles sont partiellement financées par la Sécurité sociale. Dans les éditions précédentes, elles étaient affectées à la Sécurité sociale. Les financements des fonds d'intervention régionale et les dépenses de vaccins de Santé publique France sont notamment concernés. Cette révision est sans effet sur le montant financé par les administrations publiques dans son ensemble (tableau 5).

Tableau 5 Effets des révisions du classement des organismes divers d'administration centrale par financeur

En milliards d'euros				
	2021	2022	2023	2024
Organismes divers d'administration centrale	0,0	0,0	0,0	0,0
Sécurité sociale	-4,2	-2,6	-1,9	-1,9
Administrations publiques centrales et locales	+4,2	+2,6	+1,9	+1,9

Source > Drees, comptes de la santé.

La révision des soins de longue durée comprend l'intégration dans la DCSi de prestations sociales et de crédits d'impôts financés par les départements et l'État, notamment les dépenses de prise en charge des frais de séjours en établissement d'accueil pour handicapés (6,0 milliards d'euros). De ce fait, et du fait du reclassement des ODAC, le financement de la DCSi par les administrations centrales et locales est fortement révisé à la hausse (*tableau 6*), ce qui rehausse leur part dans le financement (*tableau 7*) de 3 à 4 points (+3,4 points en 2024).

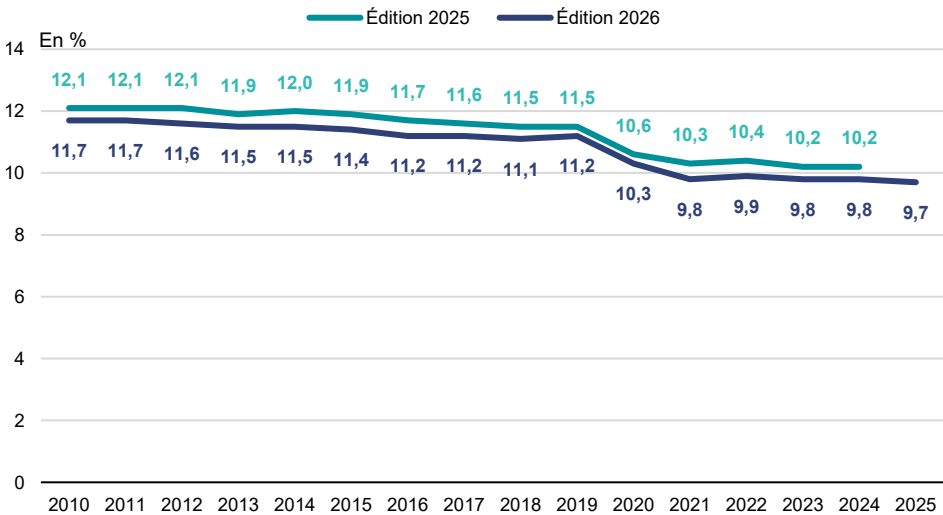
La révision à la baisse du financement des ménages (-0,5 milliard d'euros par an) [*tableau 6*] correspond principalement à la réestimation des soins non remboursables de kinésithérapie. De ce fait, le taux de reste à charge des ménages est révisé à la baisse (-0,4 point en 2024) [*tableau 7*], à 9,8 % dans cette édition contre 10,2 % dans l'édition précédente. Selon les années, la révision varie de -0,3 point à -0,5 point (*graphique 2*).

Tableau 6 Révisions de la DCSi de 2021 à 2024 par financeur

En milliards d'euros				
	2021	2022	2023	2024
Dépense courante de santé au sens international	+8,5	+8,2	+9,4	+9,4
Sécurité sociale	-3,8	-3,1	-2,0	-1,9
Administrations centrales et locales	+12,9	+11,9	+11,8	+11,8
Organismes complémentaires	0,0	0,0	0,0	0,0
Ménages	-0,7	-0,6	-0,5	-0,5
Entreprises	0,0	0,0	0,0	0,0

Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 2 Taux de reste à charge des ménages



Source > Drees, comptes de la santé.

Tableau 7 Révisions de la répartition du financement de la DCSi de 2021 à 2024

	Édition 2026				Révision / édition 2025			
	2021	2022	2023	2024	2021	2022	2023	2024
Dépense courante de santé au sens international (en %)	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sécurité sociale	70,7	71,0	70,7	70,5	-3,2	-2,8	-2,7	-2,6
Administrations centrales et locales	7,2	6,8	6,9	6,9	+4,0	+3,7	+3,4	+3,4
Organismes complémentaires	11,6	11,7	11,9	12,2	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3
Ménages	9,8	9,9	9,8	9,8	-0,5	-0,5	-0,4	-0,4
Entreprises	0,7	0,7	0,7	0,6	0,0	0,0	0,0	-0,1

Source > Drees, comptes de la santé.

Détail des révisions par poste

Le tableau 8 détaille les révisions pour l'ensemble des postes de dépenses de la DCSi qui sont commentés dans ce panorama.

La définition des postes utilisée est celle de cette édition 2026 : ainsi, les dépenses de stomatologues sont classées dans les *soins et prothèses dentaires*. Ceci apparaît comme un reclassement par rapport à l'édition 2025, dont le poste *soins dentaires* n'intégrait que les chirurgiens-dentistes. Ce reclassement n'apparaît pas dans ce tableau (voir *supra*). De même, le poste des *soins de médecins généralistes* intègre les professionnels exerçant en centre de santé. Son périmètre est plus large que celui du poste *soins des médecins généralistes* de l'édition 2025, mais ce changement de périmètre est neutralisé.

Tableau 8 Révisions de la DCSi de 2021 à 2024, par poste de l'édition 2026

En milliards d'euros				
	2021	2022	2023	2024
Dépense courante de santé au sens international	+8,5	+8,2	+9,4	+9,4
Soins hospitaliers	+0,1	+0,0	+0,2	-0,3
Soins hospitaliers publics	+0,1	-0,1	-0,1	-0,2
Soins hospitaliers privés	+0,0	+0,1	+0,3	-0,1
Soins courants en ville	-4,2	-4,3	-4,7	-4,7
Soins de médecins généralistes	+0,2	+0,2	+0,1	+0,1
Soins de médecins spécialistes	-0,1	-0,2	-0,2	-0,1
Soins de sages-femmes	+0,0	+0,0	+0,0	+0,0
Soins infirmiers	-3,1	-3,2	-3,5	-3,7
Soins de kinésithérapie	-1,2	-1,1	-1,2	-1,2
Soins et prothèses dentaires	+0,0	+0,0	+0,0	+0,1
Soins des autres auxiliaires médicaux	+0,0	+0,0	+0,0	+0,1
Activités techniques et auxiliaires	+0,1	+0,1	+0,1	+0,1
Activités de laboratoire de biologie médicale	+0,0	+0,0	+0,0	+0,0
Imagerie médicale	+0,1	+0,1	+0,0	+0,0
Transports sanitaires	+0,0	+0,0	+0,0	+0,0
Biens médicaux	-0,1	-0,2	+0,1	-0,2
Médicaments en ambulatoire	+0,0	-0,1	+0,2	+0,0
Dispositifs médicaux	-0,1	-0,1	-0,1	-0,2
Soins de longue durée	+12,5	+12,6	+13,7	+14,6
Prévention	+0,1	+0,0	+0,0	-0,1
Gestion du système de santé	+0,0	+0,1	+0,1	+0,1

Source > Drees, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > **Reduron, V.** (2025, octobre). Produire les comptes de la santé avec les données du Système national des données de santé – Un exemple de microfondation des comptes au sein de la comptabilité nationale. Collection Drees Méthodes, numéro 24.
- > **OCDE** (2018, mars). *Accounting and mapping of long-term care expenditure* Under SHA 2011.
- > **System of Health Accounts (SHA)**. Plus d'informations sur <http://www.oecd.org/els/health-systems/>

Le partage volume/prix dans les comptes de la santé

L'un des principaux objectifs des comptes de la santé est de synthétiser l'ensemble des dépenses de santé réalisées en France. Pour cela, les comptes de la santé fournissent chaque année une estimation détaillée de la valeur de dépense courante de santé au sens international (DCSi). Ces données sont exprimées en valeurs monétaires (en euros). Toutefois, cette première approche des **dépenses en valeur** n'est pas suffisante pour appréhender pleinement l'évolution des dépenses. En effet, les dépenses en valeur peuvent évoluer à la suite d'une variation des prix (**effet prix**) ou d'une variation des volumes (**effet volume**). Les volumes, ou valeurs à prix constant, peuvent varier en raison d'une modification des quantités consommées (effet quantité) ou d'un changement dans la composition de la dépense (**effet structure**). La décomposition de l'évolution de la valeur et de ses composantes entre l'évolution des volumes et des prix constitue le **partage volume/prix**. Les comptes de la santé effectuent ce partage volume/prix sur le sous champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

Les indices de prix et de volume en comptabilité nationale

Les flux qui sont représentés dans les comptes correspondent aux transactions économiques mesurées en termes monétaires. L'utilisation de l'unité monétaire comme étalon de référence permet d'agréger des opérations élémentaires qui portent sur des produits (biens ou services) hétérogènes.

Pour une transaction ayant porté sur un bien, la valeur monétaire de cette transaction synthétise deux réalités distinctes : d'une part, le nombre d'unités physiques du bien échangées au cours de la transaction et, d'autre part, le prix de chaque unité physique du bien, c'est-à-dire la valeur pour laquelle s'échangerait une unité du même bien. Ainsi, pour un **produit homogène**, la décomposition élémentaire s'écrit en niveau :

$$val(i, t) = vol(i, t) \times prix(i, t)$$

où i désigne le produit homogène considéré et t la date (l'année dans les comptes de la santé).

L'évolution entre deux années de la valeur d'un produit résulte d'une variation des volumes d'une part, d'une variation des prix d'autre part. Le partage volume/prix de la valeur s'obtient en combinant des indices d'évolution, c'est-à-dire des indicateurs qui s'interprètent uniquement en termes d'évolution (et non en niveau) :

$$I^{val}(i, t) = I^{vol}(i, t) \times I^p(i, t)$$

avec $I^{val}(i, t) = \frac{val(i, t)}{val(i, t-1)}$, $I^{vol}(i, t) = \frac{vol(i, t)}{vol(i, t-1)}$ et $I^p(i, t) = \frac{prix(i, t)}{prix(i, t-1)}$.

Transcrire à un ensemble de produits (plus ou moins hétérogènes) ce partage effectué pour un produit homogène donné nécessite de définir des modalités d'agrégation. En effet, pour des produits hétérogènes, la somme de volumes physiques n'a pas de sens. Par exemple, un nombre de boîtes de médicaments ne s'additionne pas avec un nombre de séances de dialyse. En pratique, la relation fondamentale du partage de la valeur en volume et prix est utilisée de manière équivalente pour déduire l'un des trois facteurs des deux autres. En règle générale, pour la santé marchande (soins en clinique, soins de ville, biens médicaux), l'évolution de la valeur et celle de l'indice de prix sont connues, et l'évolution des volumes en est déduite. Pour l'hôpital public, les prix sont déduits des indices de volume.

La construction des indices

Notations :

Soit un panier de produits élémentaires homogènes. $VAL(t)$ désigne à la date t sa valeur, $VOL(t)$ son volume et $P(t)$ son prix. Le panier est composé de produits élémentaires homogènes i , échangés à la date t en quantité $q(i, t)$ à un prix $p(i, t)$, de valeur $val(i, t)$.

Valeurs :

La **valeur** à la date t du panier considéré est par définition :

$$VAL(t) = \sum_i val(i, t) = \sum_i q(i, t) \times p(i, t)$$

L'indice d'évolution de la valeur du panier entre $t-1$ et t dépend des prix et des quantités des années $t-1$ et t :

$$I^{VAL}(t) = \frac{\sum_i q(i, t) \times p(i, t)}{\sum_i q(i, t-1) \times p(i, t-1)}$$

La logique du partage volume/prix induit que l'indice d'évolution de la valeur est aussi le produit entre l'indice d'évolution du volume et l'indice d'évolution du prix.

Volumes :

La comptabilité nationale introduit la notion de **volumes aux prix de l'année précédente** qui somme les volumes des produits en les pondérant par les prix de l'année précédente.

Le volume aux prix de l'année précédente du panier à la date t est :

$$VOL(t) = \sum_i q(i, t) \times p(i, t - 1)$$

Pour construire un indice d'évolution du volume, il est supposé que le volume et la valeur sont égaux en une année de référence, dite année de base. Dans une approche « au prix de l'année précédente », l'année de référence est l'année précédente.

L'évolution du volume du panier est calculée avec les prix de l'année précédente. L'indice d'évolution du volume est ainsi un **indice de Laspeyres** :

$$I^{VOL}(t) = \frac{\sum_i q(i, t) \times p(i, t - 1)}{\sum_i q(i, t - 1) \times p(i, t - 1)} = \sum_i \left[\left(\frac{val(i, t - 1)}{VAL(t - 1)} \right) \times \frac{q(i, t)}{q(i, t - 1)} \right]$$

L'indice d'évolution du volume aux prix de l'année précédente peut être vu comme la somme des évolutions des quantités des produits i du panier, pondérées par leur poids dans la valeur du panier l'année précédente.

Prix :

L'indice d'évolution des prix, appelé aussi **déflateur**, se déduit de la construction de l'indice d'évolution du volume. Il prend mécaniquement la forme d'un **indice de Paasche**, c'est-à-dire que l'évolution du prix du panier est calculée avec les quantités de l'année courante :

$$I^P(t) = \frac{I^{VAL}(t)}{I^{VOL}(t)} = \frac{\sum_i q(i, t) \times p(i, t)}{\sum_i q(i, t - 1) \times p(i, t - 1)} \times \frac{\sum_i q(i, t - 1) \times p(i, t - 1)}{\sum_i q(i, t) \times p(i, t - 1)} = \frac{\sum_i q(i, t) \times p(i, t)}{\sum_i q(i, t) \times p(i, t - 1)}$$

L'indice de prix se définit donc comme une mesure synthétique de l'évolution des prix de biens et services. Celui-ci n'évolue pas comme un prix moyen. En effet, un prix moyen est généralement obtenu en divisant la somme des prix de vente des biens vendus pendant une période donnée par le nombre de ces biens. Sa variation dans le temps peut dépendre non seulement de la variation du prix de chaque bien considéré individuellement mais également, par exemple, de la variation de la structure des biens vendus (les quantités en $t-1$ et t peuvent évoluer aussi). À l'inverse, l'indice de prix mesure la variation du prix des biens d'un panier fixe de biens et services : il a donc pour objectif précis de refléter l'évolution du prix des biens indépendamment de la structure des biens vendus.

Indices et qualité

Le partage ci-dessus permet d'agréger différents produits entre eux mais suppose que ceux-ci restent homogènes dans le temps, seuls leurs prix et leurs quantités consommées évoluent. Cette stabilité est rarement constatée, d'autant plus que la plage temporelle est grande ou que le panier est large. Dans ces cas-là, les indices de prix cherchent toujours à mesurer un effet prix à **structure constante**, c'est-à-dire à mesurer l'évolution des prix comme si les produits ne changeaient pas. En conséquence, l'indice de volume combine deux facteurs : un facteur « quantité » (parfois appelé « volumes physiques ») et un facteur « structure ». Par exemple, dans la consommation de montures de lunettes, la quantité peut être appréciée par le nombre de montures vendues, la structure appréciée par la composition des différents modèles de montures (différenciés par la robustesse des matériaux, leur confort, etc.), et l'évolution du prix comme la dynamique des prix unitaires à structure constante.

En pratique, l'indice de volume peut également se définir comme le rapport entre l'indice de valeur et l'indice de prix. L'effet structure peut également s'interpréter comme la part de la dynamique des volumes inexpliquée par la dynamique des quantités.

Source des indices de prix dans les comptes de la santé

Les indices de prix calculés ou utilisés dans les comptes de la santé sont issus de données produites par l'**Insee** et par la **Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam)**.

L'**indice des prix à la consommation (IPC)** produit par l'Insee mesure l'évolution des prix des biens et services consommés par les ménages. Il se décompose en sous-indices correspondant à des produits spécifiques.

La Cnam fournit chaque mois les séries du fichier de la **statistique mensuelle de la Cnam**. Ces fichiers ont fait l'objet d'une labellisation par l'Autorité de la statistique publique, et relèvent, au même titre que l'IPC, de la production statistique publique. Ces données sont disponibles à une fréquence mensuelle, à la fois en valeur et en volume. Le calcul des indices de prix annuels consiste à rapporter la valeur au volume afin d'obtenir des indices de prix mensuels, puis à en calculer la moyenne sur l'ensemble de l'année. L'arbitrage entre les séries IPC et Cnam se fait en fonction de la méthode qui paraît la plus adaptée aux problématiques de chaque poste.

Le partage volume/prix du secteur hospitalier

Le prix des soins hospitaliers du secteur public

Les soins hospitaliers du secteur public (établissements publics et des établissements privés à but non lucratif anciennement sous dotation globale) sont considérés comme des services non marchands. Le partage volume/prix est alors effectué en appliquant une méthode *output*, qui consiste à calculer dans un premier temps un indice de volume prenant la forme d'un taux d'évolution des quantités entre $t-1$ et t à l'aide de données sur les quantités consommées de soins hospitaliers publics.

À partir de l'édition 2026, quatre sous-indices sont construits, portant sur les quatre disciplines hospitalières : MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), PSY (psychiatrie), SMR (soins médicaux et de réadaptation), HAD (hospitalisation à domicile).

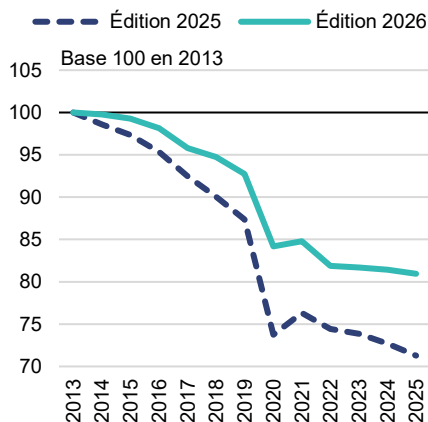
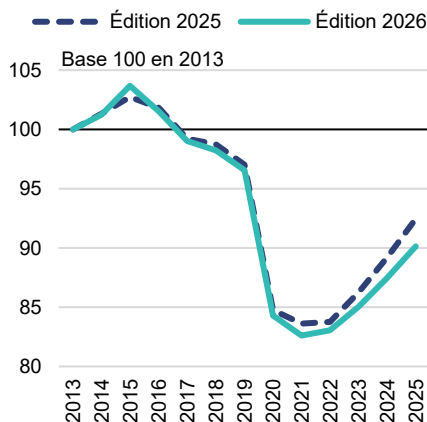
L'indice de volume de MCO est calculé à partir du nombre de séjours pondérés par leur coût moyen. Il est calculé à partir de données de l'**ATIH**.

Jusqu'à l'édition 2025, la HAD était incluse implicitement dans la discipline de MCO. Depuis l'édition 2026, un indice de volume spécifique est calculé à partir du nombre de journées de HAD réalisées, mesuré à partir du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (**PMSI**), sauf pour l'année $n-1$, dont le nombre de journées réalisées est mesuré à partir de données provisoires de l'**ATIH**.

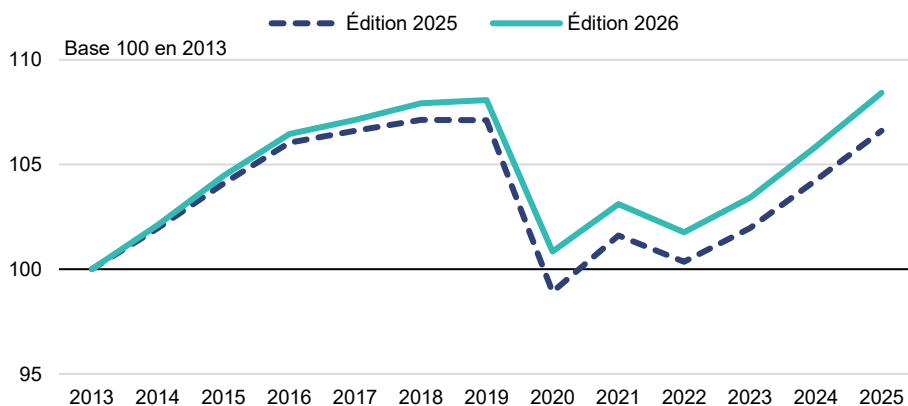
Jusqu'à l'édition 2025, l'indice de volume en psychiatrie était calculé à partir du nombre de journées (complètes et partielles, valant autant) en psychiatrie. À partir de l'édition 2026, il est augmenté d'une estimation des actes ambulatoires des hôpitaux de psychiatrie, et l'hospitalisation complète est surpondérée par rapport à l'hospitalisation partielle et aux actes ambulatoires, afin de prendre en compte la différence de nature entre ces deux types d'hospitalisation. Jusqu'à l'année $n-2$, les données relatives aux journées d'hospitalisation sont issues de la SAE et les données sur les actes ambulatoires sont issues du PMSI. Pour l'année $n-1$, les mesures sont issues de données provisoires de l'**ATIH**. Cette refonte méthodologique entraîne une révision de la mesure de l'activité en PSY depuis 2013 (*graphique 1*) : le constat de la diminution du volume de soins psychiatriques est maintenu, mais il est atténué par la prise en compte des actes ambulatoires.

L'indice de volume de SMR est calculé à partir du nombre de journées également. Les actes ambulatoires, très rares en SMR, ne sont pas comptés. Cet indice fait l'objet d'une refonte méthodologique à deux titres avec l'édition 2026 : l'hospitalisation complète est surpondérée par rapport à l'hospitalisation partielle (jusqu'à l'édition 2025, les journées étaient considérées comme équivalente dans le partage volume/prix), et les estimations jusqu'à l'année $n-2$ ne sont plus produites à partir de la SAE mais à partir du PMSI, ces données ayant été jugées de meilleure qualité. Pour l'année $n-1$, les données sont estimées à partir de données provisoires de l'**ATIH**. Cette refonte induit une légère révision de la dynamique du volume d'activité en SMR depuis 2013.

Les révisions apportées avec l'édition 2026 (estimation d'un volume propre de la HAD et révisions des indices de PSY et de SMR) contribuent à réviser l'indice de volume des soins hospitaliers publics légèrement à la hausse (*graphique 2*).

Graphique 1 Révisions des indices de volume en PSY et en SMR**a. En PSY****b. En SMR**

Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee et Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices des prix ; ATIH et SAE pour les indices de volume.

Graphique 2 Révisions des indices de volume des soins hospitaliers publics

Note > Avant 2013, l'indice de volume des soins hospitaliers publics est figé.

Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee et Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices des prix ; ATIH et SAE pour les indices de volume.

Le prix des soins hospitaliers privés

Les soins hospitaliers délivrés par des établissements privés à but lucratif, usuellement appelés « cliniques privées », et par les établissements privés à but non lucratif relevant de l'échelle tarifaire privée (anciennement placés sous objectif quantifié national) sont considérés comme des services du secteur marchand. Ainsi, à la différence du secteur public, la croissance en volume pour les cliniques privées se déduit de la croissance en valeur, en tenant compte de l'évolution des prix.

Quatre indices de prix sont utilisés pour les **soins tarifés** en cliniques privées : les indices de prix MCO, HAD, SMR et PSY (fiche 9). Les indices de prix MCO et HAD sont calculés sur la base des données de la statistique mensuelle de la Cnam. La source de l'indice de prix des tarifs SMR est aussi la Cnam sur la période 2010-2023. À la suite de la réforme du SMR, un nouveau modèle de financement a été mis en place depuis janvier 2024, causant une rupture de série dans les données de la Cnam, en 2024. Ainsi, pour compléter la série des indices de prix SMR, une méthode *output* est appliquée, en exploitant les données du PMSI pour l'année 2024¹, et celles de l'ATIH pour 2025. Pour les tarifs PSY, en l'absence de données postérieures à 2022, une méthode *output* est également appliquée, en exploitant les données de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) pour les années 2023 et 2024, et celles de l'ATIH pour l'année 2025.

À partir de l'édition 2026, les rémunérations forfaitaires sont associées aux disciplines d'équipement auxquelles elles se rattachent.

Pour les **médicaments de la liste en sus** et **dispositifs médicaux de la liste en sus**, deux indices de prix sont aussi calculés à partir des données de la statistique mensuelle de la Cnam. Depuis l'édition 2026, ils sont déflatés nets des remises conventionnelles².

Les **honoraires des praticiens** en clinique sont déflatés par des indices propres à chaque profession. Les données de la statistique mensuelle de la Cnam permettent de calculer un indice de prix pour les sages-femmes, les dentistes, les infirmiers, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les podologues. Les indices de prix de l'Insee permettent de déflater les honoraires en cliniques des médecins généralistes, des médecins spécialistes et des activités de laboratoire de biologie médicale. Les indices appliqués en clinique sont les mêmes qu'en ville.

Les soins en cures thermales (rattachés aux cliniques privées) sont déflatés avec un indice de l'Insee.

Le partage volume/prix des soins courants en ville

Les indices de prix fournis par l'Insee déflatent :

- Les soins des médecins ;
- Les analyses de laboratoire de biologie médicale ;
- Les médicaments remboursables et non remboursables ;
- Les dispositifs médicaux.

Les indices de prix calculés à partir des données de la statistique mensuelle de la Cnam sont privilégiés pour déflater :

- Les soins délivrés par les auxiliaires médicaux ;
- Les soins de sages-femmes ;
- Les soins dentaires ;
- Les soins d'imagerie médicale ;
- Les transports sanitaires.

¹ La SAE est une enquête administrative exhaustive obligatoire, réalisée chaque année par la Drees auprès de tous les établissements de santé de France, avec un décalage de 2 ans. Ainsi, pour l'édition 2026 des comptes de la santé, des données allant jusqu'à l'année 2024 sont disponibles.

² Les remises conventionnelles sont négociées par l'Assurance maladie auprès des fournisseurs de médicaments et autres dispositifs médicaux à travers le Comité économique des produits de santé (CEPS). Ces remises, versées directement à l'Assurance maladie (sans effet sur le prix en officine), constituent un rabais sur le prix qu'elle paye sur certains médicaments et dispositifs médicaux. En ce sens, les remises relèvent clairement d'une politique de baisse des prix. Cependant, le partage volume/prix effectué par les comptes de la santé mesure les évolutions des prix d'une année sur l'autre et ne prennent donc pas en compte les diminutions de prix instaurées dès l'entrée sur le marché d'un médicament.

Le prix des soins de médecins

L'Insee construit ces indices en retraçant l'évolution des prix payés par les ménages, majorations et dépassements inclus, avant remboursement par l'Assurance maladie et les organismes complémentaires. Par conséquent, ils excluent les rémunérations forfaitaires non facturées aux ménages car prises en charge directement par l'Assurance maladie. Ces indices sont calculés sur l'ensemble des soins de médecins, y compris les honoraires en cliniques privées.

À partir de l'année 2016, les indices de prix des médecins généralistes et des médecins spécialistes déflatent respectivement les dépenses de médecins généralistes et spécialistes dans les comptes de la santé. Avant l'année 2016, ces soins sont déflatés par le même indice de prix global.

Le prix des analyses de laboratoire

Pour les dépenses d'analyses de laboratoire, l'indice de prix est calculé à partir du prix facturé sur un ensemble d'actes de laboratoire. L'indice de prix combine donc l'évolution des lettres-clés et des cotations. L'indice le plus représentatif n'est disponible qu'à partir de 2019 ; sur les années antérieures, l'indice de prix a été rétroposé sur un échantillon plus restreint d'actes de laboratoire.

Le prix des médicaments

Les indices de prix des médicaments (remboursables et non remboursables) calculés par l'Insee correspondent aux prix de vente toutes taxes comprises en officines, avant prise en charge par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires. L'indice de prix ne retrace pas, par définition, le développement des médicaments onéreux dans la consommation de médicaments. En effet, si un médicament onéreux se développe fortement, mais que son prix reste stable d'une année sur l'autre, la hausse de dépense associée est interprétée comme une augmentation du volume de la consommation de médicaments.

Dans le cas des médicaments, un médicament est considéré comme nouveau s'il contient une nouvelle molécule (ou une nouvelle association de molécules), ou s'il correspond à une présentation nouvelle d'anciennes molécules (par exemple, le passage d'une présentation sous forme de comprimés à une présentation sous forme de sirop). À l'inverse, un médicament n'est pas considéré comme un produit nouveau mais comme un substitut à des produits existants lorsqu'il s'agit d'un médicament générique ou si, par exemple, la présentation passe de 20 à 30 comprimés par boîte.

La baisse des prix observée depuis de nombreuses années n'est pas uniquement due à des baisses de prix ciblées, mais aussi au mode de calcul de l'indice, effectué à produit constant (développement des génériques en particulier). Par ailleurs, les médicaments innovants n'intégrant l'échantillon suivi que l'année après leur mise sur le marché, l'indice ne retrace pas le fait qu'ils sont généralement plus coûteux que les médicaments déjà existants. Enfin, l'indice des prix ne retrace pas, par définition, le développement des médicaments onéreux dans la consommation de médicaments. En effet, si un médicament onéreux se développe fortement, mais que son prix reste stable d'une année sur l'autre, la hausse de dépense associée est interprétée comme une augmentation du volume de la consommation de médicaments.

Le déremboursement d'un médicament n'a pas d'effet direct sur l'indice global des prix. Mais si le prix du médicament change à l'occasion de son déremboursement, cela a un impact sur les deux indices de prix calculés par l'Insee : l'indice de prix des médicaments remboursables et l'indice de prix des médicaments non remboursables.

Une révision significative est introduite dans l'édition 2026 s'agissant de la prise en compte des remises dans le partage volume/prix. L'IPC est utilisé pour effectuer le partage volume/prix de la consommation des médicaments nette des remises conventionnelles, alors que dans les éditions précédentes l'IPC était appliqué aux dépenses brutes, et l'indice de prix des comptes était calculé en considérant que les remises conduisaient à une diminution du prix d'une année sur l'autre. Or, si les remises conduisent bien à une baisse de prix des médicaments une année donnée, elles ne conduisent pas dans le cas général à une baisse des prix des médicaments considérés individuellement d'une année sur l'autre. Ce changement méthodologique conduit à une révision à la hausse des indices de prix des médicaments des comptes, et à une révision à la baisse de l'indice d'évolution de la consommation en volume.

Cette édition propose aussi une décomposition de l'évolution en valeur des médicaments en ambulatoire (hors rétrocession hospitalière) selon l'évolution du nombre de boîtes délivrées et l'évolution du prix moyen d'une boîte délivrée. L'évolution du nombre de boîtes délivrées est calculée à partir de deux sources : les données **Medic'AM** de la Cnam pour les médicaments remboursables et prescrits, les données **Open-Health Company** pour les autres médicaments (non remboursables ou non prescrits). L'évolution du prix moyen d'une boîte délivrée en est déduite.

Le prix des dispositifs médicaux

Les dispositifs médicaux sont déflatés à l'aide de six indices, correspondant chacun à une catégorie de dispositifs :

- L'optique médicale ;
- Les audioprothèses ;
- Les prothèses et orthèses ;
- Les véhicules pour personnes en situation de handicap ;
- Les autres dispositifs médicaux durables (matériel de traitements respiratoires à domicile, tire-laits) ;
- Les dispositifs médicaux non durables (nutriments, pansements, etc.).

Les dépenses d'optique médicale se divisent en trois sous-postes — les lentilles, les verres et les montures — chacun étant déflaté à l'aide d'indices spécifiques.

Les dépenses d'audioprothèses sont déflatées à l'aide d'un indice spécifique.

Des modifications ont été apportées lors de l'édition 2026 concernant le partage volume/prix des prothèses et orthèses, des véhicules pour personnes en situation de handicap, des autres dispositifs médicaux durables, et des dispositifs médicaux non durables.

Dans l'édition 2025, les dépenses de prothèses et orthèses étaient déflatées à l'aide de l'indice de prix de l'Insee relatifs aux appareils orthopédiques et prothèses. Dans l'édition 2026, les dépenses de bas de contention sont isolées du poste, et déflatées avec l'indice de prix relatif à la fabrication d'articles à maille. Les autres prothèses et orthèses sont déflatés avec l'indice de prix relatif au matériel médico-chirurgical. Les dépenses de bas de contention¹ n'étant pas isolables avec l'année 2021, la série est reconstituée sur la période 2010-2020 comme une part fixe des dépenses totales de prothèses et orthèses sur cette même période. Cette part correspond à la part moyenne des bas de contention dans la dépense totale de prothèses-orthèses sur la période 2021-2024.

Dans l'édition 2025, les dépenses de véhicules pour personnes en situation de handicap étaient déflatées à l'aide de l'indice de prix de l'Insee relatif aux fauteuils roulants. Dans l'édition 2026, la méthodologie est inchangée sur la période 2010-2015, seul cet indice étant disponible sur cette période. À partir de 2016, ce poste est scindé entre les fauteuils roulants, déflatés avec l'indice idoïne, et les aides à la marche, déflatées avec l'indice de prix de l'Insee correspondant. Les dépenses de fauteuils roulants n'étant pas isolables avant l'année 2021, la série est reconstituée sur la période 2016-2020 comme une part fixe des dépenses totales de VPH sur cette même période. Cette part correspond à la part moyenne des fauteuils roulants dans la dépense totale de VPH sur la période 2021-2024.

Pour les autres dispositifs médicaux durables et les dispositifs médicaux non durables, dans l'édition 2025, deux indices de prix étaient utilisés. Les dépenses de pansements et nutriments étaient déflatées par l'indice relatif aux autres produits pharmaceutiques, les dépenses de matériels chirurgicaux et appareils par l'indice relatif matériel chirurgical. Dans l'édition 2026, les autres dispositifs médicaux durables et les dépenses de dispositifs médicaux non durables qui sont du matériel médico-chirurgical (perfusions, coussins anti-escarres) sont déflatées par l'indice relatif au matériel chirurgical, tandis que les dépenses des autres dispositifs médicaux non durables sont déflatées par l'indice de prix relatifs à la fabrication d'autres produits alimentaires non classés ailleurs lorsque ce sont des nutriments, et par l'indice de prix relatif aux autres produits pharmaceutiques sinon (dispositifs contraceptifs, seringues, pansements, etc.).

Les remises conventionnelles sur dispositifs médicaux sont rattachées au poste des autres dispositifs médicaux durables, et ces derniers sont déflatés nets des remises conventionnelles.

Le prix des soins des auxiliaires médicaux

Les indices calculés par la Cnam tiennent compte précisément des évolutions de tarifs décidées lors des avenants signés entre l'Assurance maladie et les fédérations professionnelles. Cinq professions sont déflatées par un indice de prix qui leur est spécifique : infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes

¹ Les montants avant 2021 ne sont pas issus du SNDS, mais d'autres données, notamment comptables, et rétroprojetées à un niveau d'agrégation moins fin (annexe 3). Ainsi, des dépenses spécifiques comme celles de bas de contention, des fauteuils roulants, ou des échographies, sont bien comptabilisées, mais non isolables au sein des agrégats.

et pédicures-podologues. Les autres auxiliaires médicaux (psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens et diététiciens) sont déflatés avec l'indice de prix des infirmières.

Le prix des soins de sages-femmes

Le partage volume/prix des soins de sages-femmes est réalisé sur la base de l'indice de prix de la Cnam calculé spécifiquement sur les actes de sages-femmes.

Le prix des soins dentaires

Le partage volume/prix des soins dentaires est réalisé sur la base de l'indice de prix de la Cnam calculé spécifiquement sur les actes de dentistes. Cet indice retrace plus précisément les évolutions de prix consécutives à l'implémentation de la réforme du 100 % santé.

Le prix des soins d'imagerie médicale

Dans l'édition 2025, les dépenses de soins d'imagerie médicale étaient déflatées à l'aide de l'indice de prix de l'Insee des médecins spécialistes avant 2016, et avec l'indice de prix de l'Insee suivant les actes de radiologie à partir de 2016. Dans l'édition 2026, les dépenses sont déflatées par plusieurs indices de prix issus des données de la Cnam. Pour cela, les dépenses d'imagerie sont divisées en trois sous-postes :

- Les dépenses d'honoraires en échographie ;
- Les dépenses d'honoraires hors échographie ;
- Les dépenses de forfaits techniques.

Les dépenses d'honoraires en échographie sont déflatées par des indices de prix idoines relatifs aux actes techniques d'échographie réalisés par des médecins spécialistes, les dépenses d'honoraires hors échographie par un indice relatif aux actes techniques d'imagerie hors échographie, et les dépenses de forfaits techniques (tarifs destinés à financer les coûts de structure liés au fonctionnement des équipements d'imagerie lourde, caractéristiques du secteur de l'imagerie médicale, tels que les scanners, les appareils d'imagerie par résonance magnétique et les équipements de tomographie à émissions de positions) par un indice de la Cnam suivant les prix des scanners et de l'imagerie à résonance magnétique nucléaire. Les dépenses d'honoraires en échographie n'étant pas isolables avant l'année 2021, la série est reconstituée sur la période 2010-2020 comme une part fixe de la dépense totale d'honoraires en imagerie sur cette même période. Cette part correspond à la part moyenne des honoraires en échographie dans la dépense totale d'honoraires en imagerie sur la période 2021-2024.

L'indice de la Cnam utilisé pour les forfaits techniques est utilisé car il intègre les dynamiques de tarification légale des forfaits techniques : baisse de 2 % des forfaits techniques par décision de l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie et suppression du modificateur Z (modulant la tarification de certains actes) en 2017, revalorisation des forfaits techniques pour intégrer le coût des produits de contraste en 2024.

Le prix des transports sanitaires

Le transport de patients se décompose en quatre sous-postes : le transport de patients par taxi, par véhicule sanitaire léger (VSL), par ambulance et les autres transports, incluant les véhicules personnels. Les dépenses de transport par taxi sont déflatées par un indice de prix de la Cnam spécifique, et les dépenses de transport par VSL, ambulance ou autres sont déflatées par un même indice de la Cnam mesurant les prix des transports par VSL.

Les rémunérations forfaitaires

Les rémunérations forfaitaires sont retracées directement dans les postes auxquels elles se réfèrent. L'indice de prix qui est appliqué aux rémunérations forfaitaires est, par convention, le même indice que pour le reste du poste (par exemple : le prix des rémunérations forfaitaires des médecins généralistes suit les prix des honoraires des médecins généralistes).

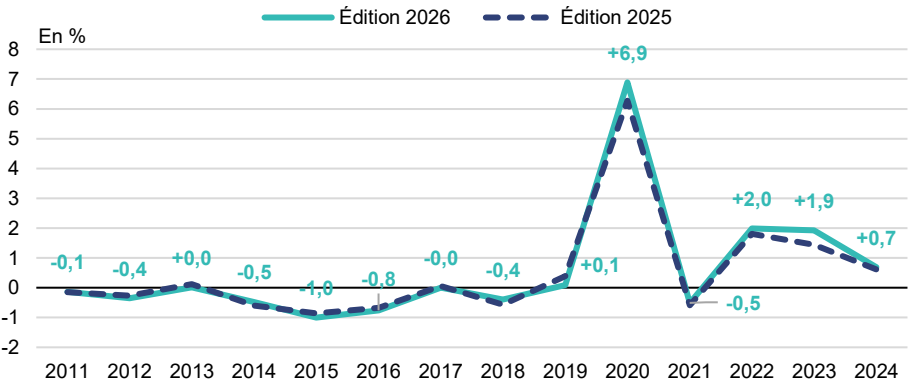
Certaines dépenses des comptes de la santé ne nécessitent pas d'indice de prix car elles sont considérées comme un pur effet prix. C'est le cas du dispositif d'indemnisation à la perte d'activité (Dipa), de la garantie de financement mise en place en 2020, 2021 et 2022 du fait de la crise liée au Covid-19, et depuis l'édition 2026 des aides transitoires versées par les Agences régionales de santé aux transporteurs sanitaires. Ainsi, ces dépenses n'influencent pas l'estimation de l'évolution du volume des postes concernés.

Synthèse : révision du partage volume/prix de la CSBM

Par rapport à l'édition 2025 des comptes de la santé, les révisions du déflateur de la CSBM sont contenues entre -0,30 et +0,62 point sur la période 2011-2024 (*graphiques 1 et 2*). Ces ajustements s'expliquent principalement par le changement de méthodologie de prise en compte des remises dans le partage volume/prix des médicaments et dispositifs médicaux (révision à la hausse de l'indice de prix), et par les révisions portant sur les indices de volume de soins hospitaliers publics (révision à la baisse de l'indice de prix). Ils proviennent, de manière plus résiduelle, des facteurs suivants :

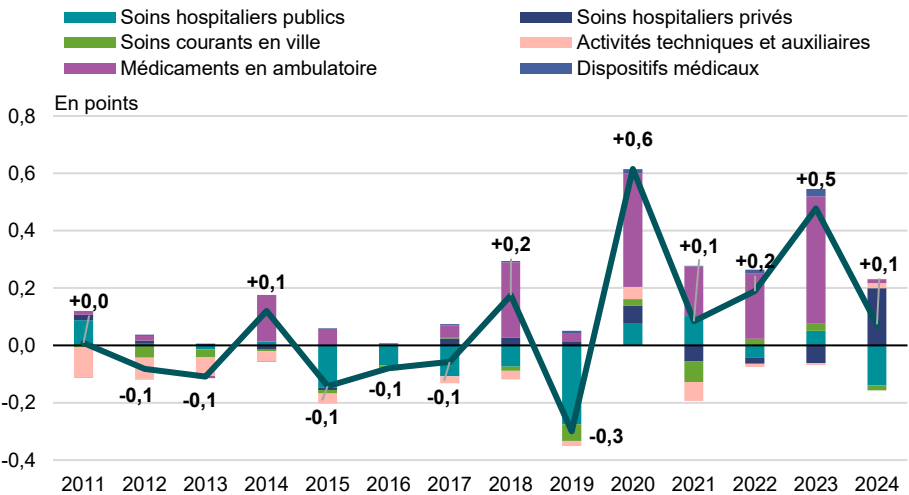
- révisions des données issues de la statistique mensuelle de la Cnam ;
- calcul d'un effet prix pur pour les aides transitoires versées par les Agences régionales de santé aux transporteurs sanitaires ;
- refonte des indices portant sur les dépenses d'imagerie médicale,
- actualisation du partage volume/prix des dépenses des cliniques privées (les rémunérations forfaitaires en cliniques privées sont désormais rattachées à leur discipline d'équipement, et les indices de prix SMR et PSY de 2024, calculés dans l'édition 2025 sur la base des données de l'ATIH, sont remplacés par des indices calculés respectivement sur la base des données du PMSI et de la SAE).

Graphique 3 Révisions du taux de croissance du déflateur de la CSBM entre les éditions 2025 et 2026

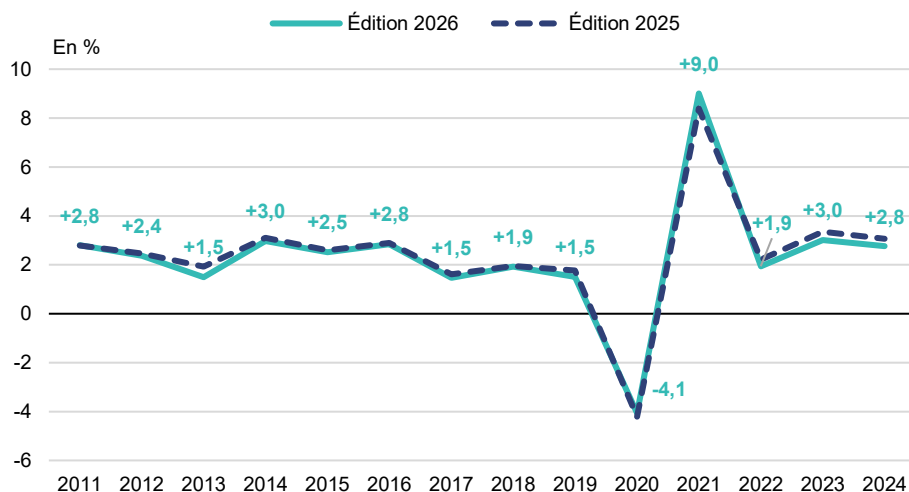


Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee et Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices des prix ; ATIH et SAE pour les indices de volume.

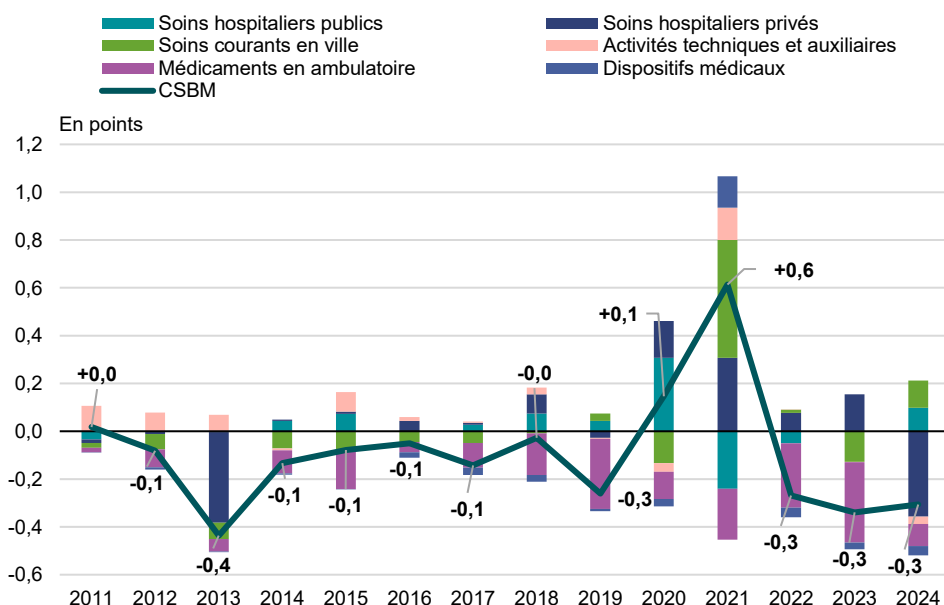
Graphique 4 Contributions à la révision du taux de croissance du déflateur de la CSBM entre les éditions 2025 et 2026



Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee et Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices des prix ; ATIH et SAE pour les indices de volume.

Graphique 5 Révisions de l'indice de volume de la CSBM entre les éditions 2025 et 2026

Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee et Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices des prix ; ATIH et SAE pour les indices de volume.

Graphique 6 Contributions à la révision du taux de croissance de l'indice de volume de la CSBM entre les éditions 2025 et 2026

Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee et Statistique mensuelle de la Cnam pour les indices des prix ; ATIH et SAE pour les indices de volume.

Liste des sigles utilisés

A

AAH : allocation aux adultes handicapés
ABM : Agence de biomédecine
ACA : Patient Protection and Affordable Care Act (« Obamacare »)
ACPR : Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
Adeli : automatisations des listes
AEHH : allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AIS : actes infirmiers de soins
AIVQ : activités instrumentales de la vie quotidienne
AJPA : allocation journalière du proche aidant
AJPP : allocation journalière de présence parentale
ALD : affection de longue durée
AME : aide médicale de l'État
AMI : actes médicaux infirmiers
AMK : actes de masso-kinésithérapie
AMO : assurance maladie obligatoire
AMX : actes médico-infirmiers externalisés
Anact : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
Anses : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ANSP : Agence nationale de santé publique (Santé publique France)
APA : allocation personnalisée d'autonomie
APU : administrations publiques
ARS : Agence régionale de santé
ASH : aide sociale à l'hébergement
ASIP : Agence des systèmes d'information partagés de santé
ASP : Autorité de la statistique publique
Aspa : allocation de solidarité aux personnes âgées
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT-MP : accidents du travail - maladies professionnelles
ATU : autorisation temporaire d'utilisation
AVQ : activités de la vie quotidienne

B

BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale
BSI : bilan de soins infirmiers
BTS : base tous salariés

C

CA : chiffre d'affaires
CAF : capacité d'autofinancement
CAHT et **CATTC** : chiffre d'affaires hors taxes et chiffre d'affaires toutes taxes comprises
Camieg : Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières
CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce
CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCAM : classification commune des actes médicaux
CCSS : Commission des comptes de la Sécurité sociale
CCMSA : Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole
CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CEHPP : Comité économique de l'hospitalisation public et privée
CEPS : Comité économique des produits de santé
CHF : franc suisse (code de devise)
CMP : centre médico-psychologique
CMPP : centre médico-psycho-pédagogique
Cnam : Caisse nationale de l'Assurance maladie
CNG : Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière
CNOCP : Conseil de normalisation des comptes publics
CNRACL : Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
CNS : comptes nationaux de la santé
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COFOG : Classification Of the Fonctions Of Government
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPS : comptes de la protection sociale
CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé
CSBM : consommation de soins et de biens médicaux
C2S : complémentaire santé solidaire

D

DADS : déclaration annuelle de données sociales
DCSi : dépense courante de santé au sens international
DCIR : datamart de consommation interrégimes
DG : dotation globale
DGCL : Direction générale des collectivités locales
DGFIP : Direction générale des finances publiques

DGT : direction générale du travail
Dipa : Dispositif d'indemnisation à la perte d'activité
DM : dispositifs médicaux
DMLA : dégénérescence maculaire liée à l'âge
Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DROM : départements et régions d'outre-mer
DSS : Direction de la Sécurité sociale

E

EBNL : établissements à but non lucratif (santé)
EDGARX : Entretien, démarche, groupe, accompagnement, réunion (grille de codage des actes ambulatoires dans le PMSI)
EFS : Établissement français du sang
EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées
Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMS : établissement médico-social
EP : établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés
ESAT : établissements et services d'accompagnement par le travail
ESMS : établissements et services médico-sociaux
ESSPROS : European system of integrated social protection statistics
Eurostat : office statistique de l'Union européenne

F

FAM : foyer d'accueil médicalisé
FBCF : formation brute de capital fixe
FDT : fichier détail trimestriel
FIR : Fonds d'intervention régional
FJH : forfait journalier hospitalier
FMIS : Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé
FNORS : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
FNPAT : Fonds national de prévention des accidents du travail
FNPEIS : Fonds national de prévention et d'éducation en information sanitaire
FNPEISA : Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire agricole
FPMT : forfait patientèle médecin traitant

G

GERS : Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (médicament)
GHM : groupe homogène de malades (en établissement de santé)
GHS : groupe homogène de séjours (en établissement de santé)
GVT : glissement vieillesse-technicité

H

HAD : hospitalisation à domicile
HAS : Haute autorité de santé

I

Ifsi : Institut de formation aux soins infirmiers
IGF : Inspection générale des finances
Igas : Inspection générale des affaires sociales
IJ : indemnités journalières
IME : institut médico-éducatif
INCa : Institut national du cancer
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
IP : institution de prévoyance
IPC : indice des prix à la consommation (Insee)
Irdes : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IRM : imagerie par résonance magnétique
ISBLSM : institutions sans but lucratif au service des ménages
IST : infection sexuellement transmissible
ITEP : institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
IVG : interruption volontaire de grossesse

L

LFSS : loi de financement de la Sécurité sociale

M

MAS : maison d'accueil spécialisée
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
MECS : maisons d'enfants à caractère social
MEN : ministère de l'éducation nationale
MEP : médecin à expertise particulière
Migac : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MSA : Mutualité sociale agricole
MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

O

OC : organismes complémentaires
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
ODAC : organismes divers d'administration centrale
OFSP : Office fédéral de la santé publique (Suisse)
OGD : objectif global de dépenses (médico-sociales)
OMS : Organisation mondiale de la santé
Ondam : objectif national de dépenses d'Assurance maladie
Oniam : Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

OPPBTP : Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics
Optam : option pratique tarifaire maîtrisée
Optam-ACO : option pratique tarifaire maîtrisée, anesthésie-chirurgie-obstétrique (Optam-CO avant le 1^{er} janvier 2025)
OQN : objectif quantifié national (de dépenses de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie des établissements de santé privés)

P

PA : personnes âgées
PCH : prestation de compensation du handicap
PCPS : protocoles de coopération entre professionnels de santé
PF : participations forfaitaires
PIB : produit intérieur brut
PLFSS : projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMI : protection maternelle et infantile
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information (système d'information sur l'activité des établissements hospitaliers)
PPA : parité de pouvoir d'achat
PRADO : programme de retour à domicile
PSPH : établissement de santé participant au service public hospitalier
PSY : psychiatrie
PUI : pharmacie à usage intérieur
Puma : protection universelle maladie

R

R&D : recherche et développement
RAC : reste à charge
RDB : revenu disponible brut
RG : régime général (de l'Assurance maladie)
RIM-P : Recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie
RLAM : régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle
RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé
ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique

S

SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAE : Statistique annuelle des établissements de santé
Samsah : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
Samu : service d'aide médicale urgente
SAS : service d'accès aux soins

SDIS : service départemental d'incendie et de secours
Sessad : service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SHA : System of Health Accounts
SIASP : Système d'information sur les agents des services publics
SLD : Soins de longue durée
SMR (ex-SSR) : soins médicaux et de réadaptation (ex-soins de suite et de réadaptation)
SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation
SNDS : Système national des données de santé
Sniram : Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie
SOCX : Social Expenditures Database
Spasad : services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SpF : Santé publique France, nom donné à l'agence nationale de santé publique
SPST : services de prévention et de santé au travail
SSA : service de santé des armées
SSIAD : services de soins infirmiers à domicile

T

TCDC : tableau de centralisation des données comptables
TEP : tomographie par émission de positons
TFR : tarif forfaitaire de responsabilité (d'un médicament)
TJP : tarif journalier de prestations (des hôpitaux)
TM : ticket modérateur
TUPH : transports urgents pré-hospitaliers
T2A : tarification à l'activité

U

UE : Union européenne
UEROS : unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle
Unasa : Union nationale des associations agréées
Uncam : Union nationale des caisses d'Assurance maladie
USLD : unité de soins de longue durée

V

VIH : virus de l'immunodéficience humaine
VPH : véhicule pour personne en situation de handicap
VSL : véhicule sanitaire léger

Annexe 6

Glossaire

Activités techniques et auxiliaires

Catégorie de dépenses dans la nomenclature des comptes nationaux de la santé qui regroupe les dépenses de laboratoires de biologie médicale, d'imagerie médicale (hors dépenses de prévention) et de transports sanitaires. Elle correspond à la catégorie des services auxiliaires définie dans le système international des comptes de la santé (SHA 2011). Les services auxiliaires forment une catégorie de dépense non rattachée à une finalité spécifique de soin.

Aide médicale de l'État (AME)

Dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins, sous réserve de remplir certaines conditions de ressources et de résidence.

Automatisation des listes (Adeli)

Ancien répertoire national d'identification de certains professionnels de santé, progressivement remplacé par le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS). La bascule des dernières professions de santé (orthophonistes, orthoptistes, ostéopathes, psychothérapeutes et les chiropracteurs) a eu lieu en octobre 2024.

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)

Veille à la préservation de la stabilité du système financier, à la protection des clients, assurés, adhérents et bénéficiaires des banques et assureurs opérant en France. Elle délivre en particulier les agréments et autorisations d'exercer. L'ACPR collecte aussi les états comptables, prudentiels et statistiques auprès des organismes complémentaires, utilisés pour la production des comptes de la santé.

Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS)

Assiette de calcul que l'Assurance maladie utilise pour ses remboursements aux ménages. Les BRSS des différents soins et biens médicaux, également appelés tarifs ou parfois montants remboursables, sont réglementaires.

Biens médicaux

Catégorie de dépenses dans la nomenclature des comptes nationaux de la santé qui regroupe les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux en ambulatoire, à l'exception des dépenses de biens médicaux rattachés à la prévention. Les biens médicaux incluent les médicaments rétrocedés. En revanche, les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux facturés en sus des séjours sont

comptabilisées au sein des dépenses de soins hospitaliers.

Centre de santé

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, regroupant des professionnels de santé. Les centres de santé doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné qu'ils transmettent à l'Agence régionale de santé (ARS) en même temps que leur règlement intérieur. Ils sont appelés à conclure avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence.

Complémentaire santé solidaire (C2S)

Dispositif permettant de bénéficier de la prise en charge, à titre gratuit ou moyennant une contribution financière modeste selon le niveau de ressources de l'assuré, de la part complémentaire de ses frais de santé. La C2S a remplacé la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS) depuis le 1^{er} novembre 2019. La C2S permet d'avoir accès au tiers payant intégral et donc, à une dispense d'avance des frais médicaux et de bénéficier de tarifs sans dépassements d'honoraires, quel que soit le secteur (1 ou 2), sur un large panier de soins.

Comptes de la santé

Compte satellite de la comptabilité nationale visant à retracer la production, la consommation et le financement de la fonction santé, définie comme l'ensemble des actions concourant à la prévention et au traitement d'une perturbation de l'état de santé.

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

La consommation de soins et de biens médicaux mesure les dépenses de consommation des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants ; elle exclut en revanche diverses composantes de la dépense courante de santé au sens international relatives, notamment, à la gestion et au fonctionnement du système, ainsi qu'aux soins de longue durée, comptabilisés par ailleurs dans la dépense courante de santé au sens international (DCSi).

Consommation effective des ménages

Agrégat comptabilisant les soins et biens médicaux acquis par les ménages résidents pour la satisfaction de leurs besoins, que ces acquisitions aient fait, ou non, l'objet d'une dépense de leur part. La consommation effective des ménages comprend les biens et les services acquis par leurs propres dépenses de consommation finale, mais aussi les

biens et les services qui, ayant fait l'objet de dépenses de consommation individualisable des administrations publiques ou des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), donnent lieu à des transferts sociaux en nature de leur part vers les ménages.

Dépassement

Dans le coût d'un soin ou d'un bien médical, le montant dépassant la BRSS et généralement financé par les ménages ou les organismes complémentaires. Il y a deux principaux types de dépassement :

- Les dépassements d'honoraires de médecins ou d'auxiliaires médicaux ;
- Les dépassements liés à des montants de « liberté tarifaire » (cas où le professionnel peut facturer un coût au patient supérieur à la BRSS), principalement sur des dispositifs médicaux et les soins dentaires prothétiques ou orthodontiques.

Dépense courante de santé au sens international (DCSi)

Agrégat central du système des comptes de la santé (SHA 2011), comptabilisant la CSBM ainsi que les dépenses liées à la gestion du système de santé, à la prévention et aux soins de longue durée. La DCSi mesure la consommation finale individuelle ou collective de biens et services de santé *directement* consommée par les ménages ou indirectement *via* la puissance publique, le secteur associatif, les entreprises, etc. Son périmètre est défini par l'OMS, l'OCDE et Eurostat au sein du *System of Health Accounts* (SHA 2011).

Dépenses de consommation finale des ménages

Agrégat comptabilisant les dépenses effectivement réalisées par les ménages résidents pour acquérir des biens et des services destinés à la satisfaction de leurs besoins.

Données de consommation interrégimes (DCIR)

Base de données du SNDS sur les soins réalisés en ville ou en clinique et présentés au remboursement de l'Assurance maladie.

Dispositif d'indemnisation à la perte d'activité (Dipa)

Indemnité versée aux praticiens libéraux par l'Assurance maladie afin de compenser la baisse d'activité provoquée par les restrictions sanitaires mises en œuvre pour lutter contre l'épidémie de Covid-19.

Effet qualité

Concept de comptabilité nationale intervenant dans un partage du volume, qui découle lui-même d'un partage de la valeur entre volume et prix (*voir annexe 4*). L'effet qualité et l'effet quantité sont les deux sous-composantes de l'évolution du volume. L'effet qualité mesure la variation des volumes qui n'est pas liée à une variation de la quantité (mesure physique de l'activité). L'effet qualité est un concept

comptable qui ne doit pas être assimilé à une mesure de la qualité thérapeutique d'un traitement.

Forfait journalier hospitalier

Le forfait journalier hospitalier correspond à la participation du patient aux frais liés à son hospitalisation dans le secteur public comme dans le secteur privé. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie. Depuis le 1^{er} janvier 2018, il s'élève à 20 euros par jour (15 euros par jour pour les séjours en service psychiatrique des établissements de santé). Le forfait journalier hospitalier n'est pas remboursé par l'Assurance maladie.

Forfait patientèle médecin traitant

Créé par la convention médicale d'août 2016, ce forfait se substitue, dès le 1^{er} janvier 2018, aux différentes rémunérations forfaitaires qui étaient versées jusqu'à présent au médecin pour le suivi des patients en sa qualité de médecin traitant (majoration pour personnes âgées, forfait médecin traitant, rémunération médecin traitant). Il se substitue également à la valorisation prévue pour l'établissement du « volet de synthèse médicale » des patients, incluse auparavant dans la ROSP (*voir ROSP ci-après*).

Forfait structure

Créé par la convention médicale d'août 2016, le forfait remplace, à partir du 1^{er} janvier 2017, les précédents indicateurs de la ROSP (*voir ROSP ci-après*) qui portaient sur l'organisation du cabinet. Ce forfait constitue désormais une rémunération à part entière indépendante de la ROSP, pouvant être versée à tout médecin libéral.

Franchise

La franchise médicale est déduite des remboursements effectués par l'Assurance maladie sur les médicaments (1 euro par boîte, depuis le 31 mars 2024), les actes paramédicaux (1 euro par acte) et les transports sanitaires (4 euros par transport). Elle est plafonnée à 50 euros par an et par assuré. La loi prévoit des cas d'exonération de franchise ; par exemple, la franchise ne concerne pas les mineurs ou les femmes enceintes.

Garantie de financement

Indemnité versée par l'Assurance maladie aux établissements de santé afin d'assurer un niveau de financement au moins équivalent à celui observé avant la crise épidémique. Ce dispositif, mis en place en 2020, a été reconduit en 2021 et 2022 puis remplacé par la Sécurisation modulée à l'activité (SMA) à partir de 2023.

Générique

Médicament ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, et la même forme pharmaceutique que la spécialité de référence (princeps) et ayant démontré la bioéquivalence avec

cette dernière, c'est-à-dire la même biodisponibilité (même vitesse et même intensité de l'absorption) dans l'organisme et, en conséquence, la même efficacité. Sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (vingt ans). Un groupe générique est défini, dans le répertoire générique, par le médicament de référence (princeps) et les médicaments génériques de celui-ci.

Depuis 1999, les pharmaciens peuvent délivrer un générique à la place d'un princeps (droit de substitution) et y sont encouragés au travers de plusieurs mécanismes financiers (en particulier, depuis 2012, à travers la ROSP).

Gestion du système de santé

Catégorie de dépenses dans la nomenclature des comptes nationaux de la santé qui regroupe les frais de gestion des régimes de l'Assurance maladie et des organismes complémentaires, ainsi que les charges de fonctionnement du ministère en charge de la santé et des opérateurs publics contribuant au pilotage du système de santé. Ces dépenses visent à maintenir et accroître l'efficacité et l'efficience du système de santé.

Honoraires de dispensation

Depuis le 1^{er} janvier 2015, les pharmaciens perçoivent des honoraires supplémentaires destinés à valoriser le rôle de conseil au moment de la dispensation des médicaments. L'esprit de la réforme consiste également à rendre les rémunérations des pharmaciens d'officines moins dépendantes du prix et du volume des médicaments remboursables, dans un contexte de baisse durable du prix des médicaments. Le dispositif initial prévoit deux catégories d'honoraires :

- un honoraire au conditionnement ;
- un honoraire d'ordonnance dite « complexe » pour les ordonnances comportant au moins cinq médicaments ou spécialités pharmaceutiques remboursables et délivrées en une seule fois.

Les avenants 11 et 14 à la convention pharmaceutique (signés en juillet 2017 et novembre 2018) ont mis en place trois nouveaux honoraires de dispensation entrés en vigueur au 1^{er} janvier 2019 :

- un honoraire perçu pour l'exécution de toute ordonnance de médicaments remboursables ;
- un honoraire pour l'exécution d'ordonnance pour des enfants de moins de 3 ans et des patients de plus de 70 ans ;
- un honoraire pour l'exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments listés comme spécifiques.

Hospitalisation complète

Hospitalisation comprenant au moins une nuitée, le patient étant hébergé en milieu hospitalier.

Hospitalisation partielle

Hospitalisation d'une durée inférieure à 1 jour et ne comprenant pas de nuitée.

Indices des prix à la consommation harmonisés (IPCH) et précision sur les dépenses de santé

Les IPCH sont conçus pour permettre de réaliser des comparaisons internationales donnant une mesure comparable de l'inflation. Ils sont calculés selon des définitions harmonisées entre les États membres de l'Union européenne et quelques pays hors UE (États-Unis, Japon, etc.). L'IPCH est conçu pour être une mesure de la variation pure des prix des biens et services relevant de la dépense monétaire de consommation finale des ménages. Il mesure l'évolution du coût d'un panier fixe de produits à des prix différents au fil du temps. Ces produits ne sont pas identiques entre les pays, mais constituent le panier de biens courants pour un ménage dans le pays.

L'IPCH n'est pas conçu pour être un indice du coût de la vie, c'est le rôle de la parité de pouvoir d'achat (*voir ci-dessous*), mais de connaître la variation des prix dans un pays.

Dans de nombreux pays, les services produits par les secteurs de la santé sont en partie fournis gratuitement par les États sans participation des ménages. Bien qu'un ménage puisse consommer ces services, ils sont financés par l'impôt ou les cotisations sociales. Dans ce cas, la consommation (et le coût de production) de ces biens et services particuliers n'est pas incluse dans l'IPCH. Pour les biens et services partiellement subventionnés par l'État ou une caisse publique de sécurité sociale, les dépenses engagées par le ménage doivent servir de base au calcul de l'indice. Par exemple, si le système de santé rembourse 75 % d'un dispositif médical, alors seulement les 25 % restants du coût entrent dans le champ de l'IPCH.

Les IPCH sont produits et publiés en utilisant une période de référence commune d'indice (2015 = 100).

Pour en savoir plus : **Eurostat** (2012). *Harmonised Index of Consumer Prices (HICP) Methodological Manual*. Luxembourg, Publications Office of the European Union.

Liste en sus

Liste des médicaments et des dispositifs médicaux facturés en plus du tarif du séjour hospitalier des patients. Le financement des médicaments administrés au cours d'un séjour hospitalier est principalement assuré de manière forfaitaire. Afin de favoriser la diffusion technologique, certaines spécialités et dispositifs médicaux, innovants et souvent onéreux, sont inscrits sur la liste en sus.

Médecin traitant

Le médecin traitant est un médecin généraliste ou spécialiste, exerçant en ville ou à l'hôpital. Il assure notamment le premier niveau de recours aux soins,

coordonne et oriente le suivi médical des patients, établit un protocole de soins en cas d'affection de longue durée et assure une prévention personnalisée.

Médicaments en ambulatoire

Ensemble des dépenses liées à la délivrance des médicaments en officines de ville et à la délivrance des médicaments en pharmacies hospitalières dans le cadre de la rétrocession. La consommation est enregistrée nette des remises conventionnelles et y compris rémunérations forfaitaires : honoraires de dispensation (HDD) et rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des pharmaciens.

Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (Migac)

Cette dotation permet de financer les activités des établissements de MCO qui ne sont pas tarifées à l'activité. Les missions d'intérêt général sont limitativement énumérées et recouvrent notamment les activités d'enseignement et de recherche, le financement des Samu et des Smur, de certains centres de référence, etc. L'aide à la contractualisation permet de financer le développement d'activités ou l'investissement des établissements.

Optam, Optam-CO, Optam-ACO

Depuis le 1^{er} janvier 2017, les deux options de pratiques tarifaires maîtrisées Optam et Optam-CO sont ouvertes aux médecins de secteur 2 (autorisés à facturer des dépassements d'honoraires) en remplacement du contrat d'accès aux soins :

- l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) est ouverte à tous les médecins de secteur 2 ;
- l'option pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie et obstétrique (Optam-CO) est ouverte aux médecins de secteur 2 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique ;
- le 1^{er} janvier 2025, l'Optam-CO est devenu l'Optam-ACO (anesthésie-chirurgie-obstétrique) pour répondre aux attentes des professionnels de santé des blocs opératoires.

Ces options ont pour objectif d'encourager la stabilisation des dépassements d'honoraires et d'accroître la part des soins facturés à tarif opposable. En souscrivant l'une ou l'autre de ces options, le médecin s'engage à respecter un taux moyen de dépassement, ce qui permet à ses patients d'être mieux remboursés. En contrepartie, le médecin bénéficie d'une prime ou d'une majoration de certains actes selon l'option. L'Optam est aussi ouverte aux médecins de secteur 1 installés avant 2013.

Organismes complémentaires

Mutuelles, entreprises d'assurances et institutions de prévoyance. Ils assurent une couverture santé en sus de celle apportée par l'Assurance maladie obligatoire de base.

Parcours de soins coordonné

Le parcours de soins coordonné consiste pour un patient à consulter en priorité un médecin traitant (voir ci-dessus) pour son suivi médical. L'assuré garde la possibilité de consulter directement un médecin sans passer par son médecin traitant, mais il est alors moins bien remboursé par la Sécurité sociale. Le parcours de soins coordonné a été instauré par la réforme de l'Assurance maladie d'août 2004.

Parité de pouvoir d'achat

Les parités de pouvoir d'achat (PPA) sont les taux de conversion monétaire qui ont pour objet d'égaliser les pouvoirs d'achat des différentes monnaies en éliminant les différences de niveaux des prix entre pays. Le panier de biens et services dont les prix sont déterminés est un échantillon de tous ceux qui composent la dépense finale, à savoir la consommation finale des ménages et des administrations publiques, la formation de capital et les exportations nettes. Cet indicateur est mesuré par l'OCDE en unités monétaires nationales par dollar US et est converti en euros de sorte qu'un euro PPA en France soit égal à un euro courant.

Parité de pouvoir d'achat en santé

Eurostat et l'OCDE calculent régulièrement les PPA pour environ 50 catégories de produits, dont la santé. Depuis quelques années, certains pays cherchent à mesurer les prix des produits et services de santé selon l'optique de la production. C'est notamment essentiel pour évaluer les services de santé publics qui sont souvent gratuits pour les ménages. Cette méthodologie est employée pour calculer les PPA de la santé et des hôpitaux, qui sont désormais incorporées dans le calcul global des PPA du PIB. Dans le calcul de la PPA santé, deux situations sont possibles pour établir les prix des biens de santé :

- s'il s'agit d'achats auprès de producteurs marchands, les PPA sont calculées avec les prix d'achat recueillis auprès d'un échantillon de points de vente ;
- s'il s'agit des services de santé produits par les pouvoirs publics (producteurs non marchands), les dépenses sont estimées en additionnant les coûts de production des biens et services.

Les prix des biens médicaux et des équipements achetés par les ménages mais aussi l'État sont bien pris en compte. Le niveau des rémunérations des praticiens à l'hôpital ou en cabinet de ville également (médecins, infirmiers, autres professions médicales, mais aussi les emplois non médicaux à l'hôpital). Les soins en ambulatoire comme à l'hôpital sont étudiés dans le cadre de la parité de pouvoir d'achat en santé.

Pour en savoir plus : **Eurostat-OECD (2012). Methodological Manual on Purchasing Power Parities, Eurostat/OECD.** Luxembourg, Publications Office of the European Union.

Participation forfaitaire

Une participation forfaitaire de 2 euros est déduite des remboursements effectués par l'Assurance maladie sur les actes et consultations des médecins, sur les analyses et prélèvements en laboratoires et sur les actes d'imagerie médicale. Le montant ainsi déduit est plafonné à 50 euros par an et par assuré.

Personnel soignant (hôpital)

Sages-femmes, encadrement du personnel soignant, infirmiers, aides-soignants, agents de services hospitaliers, rééducateurs, psychologues.

Prévention

Ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. Dans la nomenclature des comptes nationaux de la santé, les dépenses de prévention se limitent aux dépenses de prévention primaire (actes visant à diminuer le nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population) et secondaire (actes visant à diagnostiquer et à traiter les maladies le plus tôt possible dans une population). Elles comprennent les achats de produits immunisants.

Prévention institutionnelle

Fraction des dépenses totales de prévention sanitaire, résultant principalement de programmes organisés. Elle n'inclut pas la prévention réalisée lors de consultations médicales ordinaires, incluses par ailleurs dans la CSBM.

Produit intérieur brut (PIB)

Principal agrégat de la comptabilité nationale, le PIB mesure la richesse créée par tous les agents, privés et publics, sur un territoire national pendant une période donnée. Il représente ainsi le résultat final de l'activité de production des unités productrices résidentes.

Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le PMSI décrit de façon synthétique et standardisée l'activité médicale des établissements de santé. Il repose sur l'enregistrement de données médico-administratives normalisées dans un recueil standard d'information. Il comporte 4 disciplines :

- médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ;
- soins médicaux et de réadaptation (SMR) ;
- psychiatrie sous la forme du RIM-P (recueil d'information médicale en psychiatrie) ;
- hospitalisation à domicile (HAD).

Protection maladie universelle (Puma)

Dispositif ayant succédé à la couverture maladie universelle (CMU) de base au 1^{er} janvier 2016. Avec la Puma, toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé. Par rapport à l'ancienne CMU de base, les conditions d'ouverture de droits sont simplifiées. Les salariés n'ont plus à

justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte. Les personnes sans activité professionnelle bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence en France.

Réforme du 100 % santé

Mise en place progressivement entre janvier 2019 et janvier 2021, cette réforme propose un ensemble de prestations de soins et d'équipements dans un panier spécifique pour trois postes de soins : aides auditives, optique et dentaire. Cette offre est accessible aux titulaires d'un contrat de complémentaire santé responsable ou de la complémentaire santé solidaire.

Remises

Des remises peuvent être reversées par les laboratoires pharmaceutiques à la Sécurité sociale en fonction de leurs ventes de biens médicaux. Il s'agit majoritairement de remises sur les « produits », qui peuvent être conventionnelles, c'est-à-dire définies dans des conventions signées entre les laboratoires et le comité économique des produits de santé (CEPS) [accords prix/volume par exemple]. Elles peuvent être aussi obligatoires ou d'origine légale. Les remises d'accès dérogatoire désignent les remises accordées au titre de médicaments vendus sous accès précoce ou compassionnel. Dans les comptes de la santé, les remises produits ou d'accès dérogatoire sont comptabilisées en diminution des dépenses de santé (dans le secteur hospitalier ou en ambulatoire). En revanche, la DCSi n'inclut pas les remises considérées comme « globales » (en fonction du chiffre d'affaires annuel des laboratoires) comme la contribution au titre de la clause de sauvegarde. *Voir également annexe 2.*

Reste à charge des ménages

Part de la dépense de santé restant à la charge des ménages après prise en charge de l'Assurance maladie obligatoire, de l'État, et des organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance). Il est calculé par solde.

Revenu disponible brut (RDB), revenu disponible brut ajusté (RDBA)

Le revenu disponible brut (RDB) est le revenu dont disposent les ménages pour consommer ou investir, après opérations de redistribution. Il comprend l'ensemble des revenus d'activité (rémunérations salariales y compris cotisations légalement à la charge des employeurs, revenu mixte des non-salariés), des revenus de la propriété (intérêts, dividendes, revenus d'assurance-vie, etc.) et des revenus fonciers (y compris les revenus locatifs imputés aux ménages propriétaires du logement qu'ils occupent). On y ajoute principalement les prestations sociales en espèces reçues par les ménages et on en retranche les cotisations sociales

et les impôts versés. Le revenu disponible brut ajusté (RDBA) est égal au RDB augmenté des transferts sociaux en nature, contrepartie des consommations individualisables incluses dans les dépenses des administrations publiques et des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), en particulier les dépenses de santé.

Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)

La ROSP est un dispositif de rémunération à la performance des médecins et des pharmaciens mis en place en 2012 en remplacement du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Cette rémunération est versée en avril $n+1$ sur l'activité de l'année n , selon le degré de réalisation des objectifs fixés. Pour les médecins, les 29 objectifs portaient jusqu'en 2016 sur l'organisation du cabinet (5 objectifs) et la qualité de la pratique médicale (24 objectifs). Pour les pharmaciens, les objectifs portaient notamment sur la délivrance de médicaments génériques. La ROSP a été rénovée par la convention médicale d'août 2016 avec la création de 17 nouveaux indicateurs de pratique clinique et la modification de 4 des indicateurs déjà existants. La partie de la ROSP auparavant consacrée à l'organisation du cabinet a été réaffectée au nouveau forfait structure et au forfait patientèle médecin traitant. Dans les comptes de la santé, la ROSP est rattachée par convention à l'année au titre de laquelle elle a été versée.

Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)

Répertoire national d'identification de l'ensemble des professions de santé. Historiquement limité à certaines professions, le champ du RPPS s'est progressivement étendu par une bascule depuis le répertoire Adeli. Depuis octobre 2024, le champ du RPPS est exhaustif.

Rétrocession

La rétrocession hospitalière consiste en la vente par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé de médicaments (appelés médicaments rétrocédables) à des patients en ambulatoire, dans le respect de certaines conditions (médicaments présentant notamment des contraintes particulières de distribution, de dispensation ou d'administration, ou nécessitant un suivi de la prescription ou de la délivrance). Ces médicaments, facturés à l'Assurance maladie, ne pèsent pas sur les budgets hospitaliers, puisque leur prise en charge est retracée dans l'enveloppe « soins de ville ».

Secteur hospitalier privé

Le secteur hospitalier privé désigne les établissements hospitaliers classés dans le secteur marchand dans le cadre des comptes nationaux. Il comprend les établissements privés à but lucratif,

les établissements de statut juridique privé à but non lucratif relevant de l'échelle tarifaire privée (secteur « ex-OQN ») et les établissements de cure thermique. Les centres de dialyse privés font aussi partie de ce secteur.

Secteur hospitalier public

Le secteur hospitalier public désigne les établissements hospitaliers classés dans le secteur non marchand dans le cadre des comptes nationaux. Il comprend les hôpitaux de statut juridique public, et les établissements de statut juridique privé à but non lucratif relevant de l'échelle tarifaire publique (secteur « ex-DG »). Il comprend enfin les hôpitaux militaires.

Soins courants

Les soins courants regroupent les soins de base fournis par les professionnels de santé et incluent des consultations et actes médicaux curatifs ou de réadaptation, par opposition aux soins de longue durée.

Soins de longue durée

Les soins de longue durée sont constitués des dépenses médico-sociales liées à la perte d'autonomie à destination des personnes âgées ou en situation de handicap. La définition de ces dépenses est harmonisée au niveau international. Elles incluent les aides relatives à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (aides pour se lever, s'habiller, se nourrir, etc.). En revanche, les aides pour l'accomplissement des activités domestiques (courses, ménages, préparation des repas) ne sont pas comptabilisées dans ce poste.

Soins courants en ville

Catégorie de dépenses dans la nomenclature des comptes de la santé qui comprend les soins dispensés par les médecins, les sages-femmes, les dentistes, les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens) en cabinet libéral et en centre de santé. Les soins de ville ne comprennent pas les honoraires en cliniques privées ni les dépenses de biens médicaux et de transports sanitaires, inclus dans le concept de soins de ville habituellement employé par les régimes d'Assurance maladie.

Système national des données de santé (SNDS)

Ensemble de bases de données médico-administratives ayant trait à la santé et comprenant dans sa partie principale des données couvrant l'ensemble de la population :

- les données de remboursement de l'Assurance maladie (base Sniiram/DCIR) ;
- les données de déclaration d'activité des hôpitaux (base PMSI) ;
- les données de causes médicales de décès (base du CépIDC de l'Inserm).

Le SNDS comprend également une partie « catalogue » progressivement enrichi et regroupant des bases de données ne couvrant pas l'ensemble de la population.

Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)

Tarif de remboursement d'un médicament princeps par l'Assurance maladie sur la base du prix du générique.

Ticket modérateur

Le ticket modérateur est la partie des dépenses médicales qui reste à la charge de l'assuré après intervention de l'Assurance maladie obligatoire. Le ticket modérateur existe depuis la création de la Sécurité sociale et s'applique sur tous les frais de santé remboursables. Le pourcentage du ticket modérateur varie selon l'acte ou le traitement, et le

respect ou non du parcours de soins coordonné (*voir ci-dessus*).

Les comptes de la santé distinguent le ticket modérateur théorique (calculé au taux prévu par la réglementation, par exemple 30 % pour les actes et consultations des médecins) du ticket modérateur effectif (effectivement prélevé, compte tenu des exonérations éventuelles).

Ticket modérateur forfaitaire

Participation forfaitaire de 24 euros remplaçant le ticket modérateur théorique, pour certains actes techniques et séjours dont le tarif dépasse 120 euros.

Note : Les définitions concernant la comptabilité nationale sont en grande partie issues du site Insee.fr (<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definitions>).



Vue d'ensemble

Les agrégats
des dépenses de santé

Le financement
des dépenses de santé

La DCSi par composante

Comparaisons internationales

Les dépenses de santé
par âge et sexe

Annexes

Tableaux détaillés



Tableaux détaillés

Les dépenses de santé depuis 2015

Tableau 1 La dépense courante de santé au sens international (en valeur)

En millions d'euros

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Consommation de soins et de biens médicaux	186 087	189 924	192 716	195 651	198 789	203 846	221 072	229 855	241 334	249 698	256 452
Soins hospitaliers	85 584	87 493	88 944	90 243	91 585	98 697	105 884	110 517	117 474	120 675	124 101
Soins hospitaliers publics	66 971	68 245	69 391	70 099	71 168	77 187	81 733	85 539	90 994	93 490	96 197
Soins hospitaliers privés	18 613	19 248	19 552	20 144	20 418	21 510	24 151	24 977	26 480	27 184	27 904
Soins ambulatoires	54 154	55 678	56 877	58 158	59 911	57 895	64 581	67 038	70 171	73 185	75 403
Soins courants en ville	41 115	42 265	43 092	44 245	45 723	44 426	49 387	51 268	53 270	55 826	57 878
Soins de médecins généralistes	9 895	10 094	10 137	10 410	10 515	10 156	10 361	10 778	10 846	11 391	12 072
Soins de médecins spécialistes	7 596	7 735	7 942	8 143	8 441	8 424	9 526	10 012	10 624	11 255	11 784
Soins de sages-femmes	301	329	357	392	450	482	501	537	572	652	696
Soins dentaires	12 081	12 377	12 531	12 654	13 030	12 307	14 386	14 811	15 464	15 961	16 365
Soins infirmiers	4 670	4 844	4 995	5 199	5 422	5 891	6 046	6 084	5 994	5 944	5 830
Soins de kinésithérapie	4 363	4 525	4 637	4 772	4 954	4 438	5 235	5 472	5 906	6 399	6 696
Soins des autres auxiliaires médicaux	2 208	2 362	2 494	2 676	2 911	2 728	3 332	3 574	3 865	4 223	4436
Activités techniques et auxiliaires	13 039	13 413	13 785	13 914	14 189	13 469	15 194	15 769	16 900	17 359	17 525
Laboratoires d'analyses	4 476	4 583	4 643	4 604	4 739	4 681	4 903	4 841	5 018	4 959	4896
Imagerie médicale	3 891	3 957	4 086	4 145	4 327	3 990	4 642	4 850	5 172	5 528	5761
Transports sanitaires	4 672	4 873	5 056	5 164	5 123	4 798	5 649	6 078	6 710	6 872	6 867
Biens médicaux	46 348	46 753	46 895	47 250	47 293	47 254	50 608	52 300	53 689	55 838	56 948
Médicaments en ambulatoire	31 138	31 143	31 122	30 825	30 062	29 837	30 883	32 344	33 167	34 494	34 947
Médicaments remboursables en ambulatoire	28 305	28 335	28 374	28 015	27 488	27 524	28 528	29 746	30 515	31 735	32 147
Médicaments non remboursables en ambulatoire	2 833	2 808	2 748	2 810	2 574	2 313	2 355	2 598	2 652	2 760	2 800
Dispositifs médicaux	15 211	15 609	15 773	16 425	17 231	17 416	19 725	19 957	20 522	2 1344	22 001
Optique médicale	6 598	6 484	6 362	6 617	7 131	6 464	7 568	7 590	8 021	8 255	8 331
Audioprothèses	951	1 017	1 088	1 178	1 155	1 198	2 021	1 975	1 953	1 950	2 103
Dispositifs médicaux hors optique hors audioprothèses	7 662	8 108	8 323	8 630	8 944	9 754	10 135	10 392	10 548	11 139	11 567
DCSi hors CSBM	65 461	66 860	69 002	70 907	72 912	79 295	90 406	88 854	89 021	92 344	96 734
Dépenses de prévention	5 979	5 951	6 332	6 502	6 660	9 835	17 566	13 362	8 655	8 615	9 198
Gestion du système de santé	14 904	15 068	15 225	15 322	15 147	15 182	15 453	15 804	16 178	16 965	17 616
Soins de longue durée	44 577	45 841	47 446	49 083	51 104	54 277	57 387	59 688	64 188	66 765	69 919
Dépense courante de santé au sens international	251 547	256 783	261 717	266 558	271 701	283 140	311 479	318 709	330 354	342 042	353 185

Source > Drees, comptes de la santé.

Tableau 2 Évolution de la dépense courante de santé au sens international (en valeur)

En %

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Consommation de soins et de biens médicaux	+1,5	+2,1	+1,5	+1,5	+1,6	+2,5	+8,5	+4,0	+5,0	+3,5	+2,7
Soins hospitaliers	+1,6	+2,2	+1,7	+1,5	+1,5	+7,8	+7,3	+4,4	+6,3	+2,7	+2,8
Soins hospitaliers publics	+1,5	+1,9	+1,7	+1,0	+1,5	+8,5	+5,9	+4,7	+6,4	+2,7	+2,9
Soins hospitaliers privés	+2,2	+3,4	+1,6	+3,0	+1,4	+5,4	+12,3	+3,4	+6,0	+2,7	+2,6
Soins ambulatoires	+2,5	+2,8	+2,2	+2,3	+3,0	-3,4	+11,5	+3,8	+4,7	+4,3	+3,0
Soins courants en ville	+3,0	+2,8	+2,0	+2,7	+3,3	-2,8	+11,2	+3,8	+3,9	+4,8	+3,7
Soins de médecins généralistes	+1,2	+2,0	+0,4	+2,7	+1,0	-3,4	+2,0	+4,0	+0,6	+5,0	+6,0
Soins de médecins spécialistes	+3,3	+1,8	+2,7	+2,5	+3,7	-0,2	+13,1	+5,1	+6,1	+5,9	+4,7
Soins de sages-femmes	+12,5	+9,3	+8,4	+9,8	+14,9	+7,0	+4,1	+7,1	+6,5	+14,1	+6,7
Soins dentaires	+1,5	+2,4	+1,2	+1,0	+3,0	-5,5	+16,9	+3,0	+4,4	+3,2	+2,5
Soins infirmiers	+6,5	+3,7	+3,1	+4,1	+4,3	+8,7	+2,6	+0,6	-1,5	-0,8	-1,9
Soins de kinésithérapie	+3,8	+3,7	+2,5	+2,9	+3,8	-10,4	+18,0	+4,5	+7,9	+8,3	+4,7
Soins des autres auxiliaires médicaux	+7,9	+7,0	+5,6	+7,3	+8,8	-6,3	+22,1	+7,3	+8,1	+9,3	+5,0
Activités techniques et auxiliaires	+0,9	+2,9	+2,8	+0,9	+2,0	-5,1	+12,8	+3,8	+7,2	+2,7	+1,0
Laboratoires d'analyses	+0,3	+2,4	+1,3	-0,8	+2,9	-1,2	+4,8	-1,3	+3,7	-1,2	-1,3
Imagerie médicale	-2,2	+1,7	+3,3	+1,4	+4,4	-7,8	+16,3	+4,5	+6,7	+6,9	+4,2
Transports sanitaires	+4,4	+4,3	+3,8	+2,1	-0,8	-6,4	+17,7	+7,6	+10,4	+2,4	-0,1
Biens médicaux	+0,1	+0,9	+0,3	+0,8	+0,1	-0,1	+7,1	+3,3	+2,7	+4,0	+2,0
Médicaments en ambulatoire	-1,9	+0,0	-0,1	-1,0	-2,5	-0,7	+3,5	+4,7	+2,5	+4,0	+1,3
Médicaments remboursables en ambulatoire	-2,0	+0,1	+0,1	-1,3	-1,9	+0,1	+3,6	+4,3	+2,6	+4,0	+1,3
Médicaments non remboursables en ambulatoire	-1,4	-0,9	-2,2	+2,3	-8,4	-10,1	+1,8	+10,3	+2,1	+4,1	+1,5
Dispositifs médicaux	+4,6	+2,6	+1,0	+4,1	+4,9	+1,1	+13,3	+1,2	+2,8	+4,0	+3,1
Optique médicale	+3,0	-1,7	-1,9	+4,0	+7,8	-9,4	+17,1	+0,3	+5,7	+2,9	+0,9
Audioprothèses	+9,5	7,0	+7,0	+8,2	-1,9	+3,7	+68,7	-2,3	-1,1	-0,2	+7,9
Dispositifs médicaux hors optique hors audioprothèses	+5,4	+5,8	+2,6	+3,7	+3,6	+9,1	+3,9	+2,5	+1,5	+5,6	+3,8
DCSi hors CSBM	+2,0	+2,1	+3,2	+2,8	+2,8	+8,8	+14,0	-1,7	+0,2	+3,7	+4,8
Dépenses de prévention	+2,1	-0,5	+6,4	+2,7	+2,4	+47,7	+78,6	-23,9	-35,2	-0,5	+6,8
Gestion du système de santé	-0,2	+1,1	+1,0	+0,6	-1,1	+0,2	+1,8	+2,3	+2,4	+4,9	+3,8
Soins de longue durée	+2,8	+2,8	+3,5	+3,5	+4,1	+6,2	+5,7	+4,0	+7,5	+4,0	+4,7
Dépense courante de santé au sens international	+1,6	+2,1	+1,9	+1,8	+1,9	+4,2	+10,0	+2,3	+3,7	+3,5	+3,3

Source > Drees, comptes de la santé.

Tableau 3 Évolution des indices de prix de la consommation de soins et de biens médicaux

En %

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Consommation de soins et de biens médicaux	-1,0	-0,8	+0,0	-0,4	+0,1	+6,9	-0,5	+2,0	+1,9	+0,7	+0,7
Soins hospitaliers	-0,9	-0,3	+0,5	+0,0	+1,3	+14,0	+2,7	+4,7	+3,8	+0,9	+0,9
Soins hospitaliers publics	-0,8	+0,0	+1,0	+0,3	+1,4	+16,2	+3,6	+6,1	+4,7	+0,4	+0,4
Soins hospitaliers privés	-1,3	-1,4	-1,4	-1,0	+0,8	+6,6	+0,0	+0,3	+0,8	+2,7	+2,3
Soins ambulatoires	+0,5	+0,0	+0,8	+0,4	+0,4	+3,0	-1,6	+0,1	+0,4	+1,7	+2,2
Soins courants en ville	+0,5	+0,1	+1,4	+1,2	+1,1	+3,7	-1,2	+0,9	+0,9	+2,5	+3,8
Soins de médecins généralistes	+0,5	+0,2	+4,9	+2,9	+0,0	+2,0	-1,6	+0,5	+1,4	+4,9	+12,2
Soins de médecins spécialistes	+0,5	+0,4	+1,4	+1,9	+1,0	+6,2	-4,2	+1,8	+1,6	+1,5	+2,7
Soins de sages-femmes	+0,0	+0,4	+0,1	+0,0	+3,8	+2,0	-0,5	+0,4	+0,6	+7,3	+2,3
Soins dentaires	+1,1	+0,0	+0,0	-0,1	+2,2	+4,6	+0,4	+1,2	+0,8	+1,3	+2,7
Soins infirmiers	+0,0	+0,0	+0,0	+0,2	+0,3	+3,2	+0,7	+0,7	+0,2	+2,0	+0,1
Soins de kinésithérapie	+0,0	+0,0	+0,0	+0,3	+0,7	+2,9	-2,7	+0,1	+0,0	+2,1	+0,4
Soins des autres auxiliaires médicaux	+0,0	+0,0	+0,0	+2,3	+2,1	+1,5	+0,5	+0,5	+0,9	+4,2	+0,4
Activités techniques et auxiliaires	+0,4	-0,6	-1,0	-1,8	-1,6	+0,9	-3,0	-2,7	-1,0	-1,0	-2,7
Laboratoires d'analyses	-0,7	-1,6	-1,6	-4,2	-1,1	-0,3	-10,0	-11,3	-7,4	-8,1	-9,3
Imagerie médicale	-1,3	-0,4	-1,5	-1,6	-1,4	-0,5	-0,2	+0,0	+0,0	+1,2	-0,5
Transports sanitaires	+3,0	+0,1	+0,0	+0,1	-2,1	+3,2	+1,5	+3,1	+3,6	+2,9	0,7
Biens médicaux	-2,8	-2,4	-1,9	-2,1	-2,5	-1,4	-5,3	-1,0	+0,0	-1,0	-1,5
Médicaments en ambulatoire	-4,0	-3,3	-2,8	-3,4	-4,1	-4,1	-2,0	-1,9	-1,5	-2,3	-2,3
Médicaments remboursables en ambulatoire	-4,5	-3,6	-3,2	-3,7	-4,1	-4,5	-2,3	-2,2	-2,1	-2,4	-2,8
Médicaments non remboursables en ambulatoire	+0,8	+0,5	+2,5	-0,6	-4,7	+0,2	+1,5	+1,8	+5,3	-1,2	+3,1
Dispositifs médicaux	-0,3	-0,6	-0,1	+0,5	+0,5	+3,5	-10,2	+0,6	+2,5	+1,2	+0,0
Optique médicale	-0,4	-0,6	+0,1	+1,2	+0,5	+0,6	+0,4	+0,8	+2,4	+1,4	+0,0
Audioprothèses	-0,2	-0,8	-0,3	+0,1	-0,3	-1,3	-2,9	-0,1	+1,3	+0,2	+0,1
Dispositifs médicaux hors optique hors audioprothèses	-0,3	-0,6	-0,2	+0,0	+0,6	+6,3	-17,9	+0,6	+2,7	+1,1	-0,1

Source > Drees, comptes de la santé.

Tableau 4 Évolution de la consommation de soins et de biens médicaux (en volume)

En %

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Consommation de soins et de biens médicaux	+2,5	+2,8	+1,5	+1,9	+1,5	-4,1	+9,0	+1,9	+3,0	+2,8	+2,0
Soins hospitaliers	+2,6	+2,6	+1,2	+1,5	+0,2	-5,5	+4,4	-0,3	+2,4	+1,8	+2,0
Soins hospitaliers publics	+2,3	+1,9	+0,6	+0,7	+0,1	-6,7	+2,3	-1,3	+1,6	+2,3	+2,4
Soins hospitaliers privés	+3,6	+4,9	+3,0	+4,1	+0,5	-1,2	+12,3	+3,1	+5,2	-0,1	+0,3
Soins ambulatoires	+2,0	+2,9	+1,3	+1,8	+2,6	-6,2	+13,4	+3,7	+4,2	+2,6	+0,8
Soins courants en ville	+2,4	+2,7	+0,6	+1,5	+2,3	-6,3	+12,5	+2,8	+3,0	+2,2	-0,1
Soins de médecins généralistes	+0,7	+1,8	+4,3	-0,2	+1,1	-5,3	+3,7	+3,5	-0,7	+0,1	-5,5
Soins de médecins spécialistes	+2,7	+1,4	+1,2	+0,6	+2,6	-6,0	+18,0	+3,3	+4,4	+4,4	+2,0
Soins de sages-femmes	+12,5	+8,9	+8,3	+9,7	+10,7	+4,9	+4,7	+6,7	+5,8	+6,3	+4,3
Soins et prothèses dentaires	+0,4	+2,4	+1,2	+1,1	+0,8	-9,7	+16,4	+1,7	+3,6	+1,9	-0,2
Soins infirmiers	+6,5	+3,7	+3,1	+3,8	+4,0	+5,3	+1,9	-0,1	-1,6	-2,8	-2,0
Soins de kinésithérapie	+3,8	+3,7	+2,5	+2,5	+3,1	-13,0	+21,2	+4,4	+8,0	+6,1	+2
Soins des autres auxiliaires médicaux	+7,9	+7,0	+5,6	+4,9	+6,6	-7,7	+21,5	+6,7	+7,2	+4,8	+4,6
Activités techniques et auxiliaires	+0,6	+3,5	+3,8	+2,8	+3,6	-5,9	+16,3	+6,7	+8,2	+3,8	+3,7
Laboratoires d'analyses	+1,0	+4,1	+2,9	+3,5	+4,1	-0,9	+16,5	+11,3	+12,0	+7,6	+8,9
Imagerie médicale	-0,9	+2,1	+4,8	+3,1	+5,8	-7,4	+16,5	+4,5	+6,7	+5,6	+4,7
Transports sanitaires	+1,4	+4,1	+3,8	+2,0	+1,4	-9,3	+16,0	+4,4	+6,5	-0,5	-0,8
Biens médicaux	+3,0	+3,4	+2,2	+2,9	+2,7	+1,4	+13,2	+4,4	+2,7	+5,1	+3,5
Médicaments en ambulatoire	+2,2	+3,4	+2,8	+2,6	+1,7	+3,5	+5,6	+6,8	+4,1	+6,5	+3,7
Médicaments remboursables en ambulatoire	+2,6	+3,9	+3,5	+2,5	+2,3	+4,8	+6,1	+6,6	+4,8	+6,6	+4,2
Médicaments non remboursables en ambulatoire	-2,2	-1,3	-4,5	+2,9	-3,9	-10,3	+0,3	+8,4	-3,1	+5,3	-1,5
Dispositifs médicaux	+4,9	+3,3	+1,1	+3,7	+4,4	-2,4	+26,1	+0,6	+0,4	+2,8	+3,1
Optique médicale	+3,4	-1,1	-1,9	+2,8	+7,2	-9,9	+16,6	-0,5	+3,2	+1,5	+0,9
Audioprothèses	+9,7	+7,8	+7,4	+8,2	-1,6	+5,0	+73,7	-2,2	-2,4	-0,3	+7,8
Dispositifs médicaux hors optique hors audioprothèses	+5,7	+6,5	+2,8	+3,7	+3,0	+2,6	+26,5	+1,9	-1,2	+4,4	+3,9

Source > Drees, comptes de la santé.

Tableau 5 Le financement de la dépense courante de santé au sens international
(en valeur)

En millions d'euros

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Administrations publiques	189 087	193 571	197 843	201 104	204 878	219 581	242 630	247 703	256 613	264 829	273 507
Organismes complémentaires	31 904	32 513	32 513	33 906	34 439	32 423	36 144	37 147	39 182	41 604	43 389
Ménages	28 731	28 830	29 430	29 562	30 332	29 072	30 527	31 589	32 329	33 410	34 097
Entreprises	1 826	1 870	1 932	1 986	2 052	2 064	2 177	2 270	2 230	2 199	2 194

Source > Drees, comptes de la santé.

Les dépenses de santé en 2025

Résultats des comptes de la santé

ÉDITION 2026

L'ouvrage *Les dépenses de santé en 2025 – Édition 2026* offre un panorama détaillé des dépenses de santé en France.

En 2025, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'élève à 353 milliards d'euros en France. Elle augmente de 3,3 %, un peu moins qu'en 2024 (+3,5 %). Les dépenses de médicaments et les soins courants en ville ralentissent, tandis que les dépenses de prévention rebondissent et les dépenses de soins de longue durée (SLD) restent dynamiques. Malgré ce léger ralentissement, la DCSi augmente à un rythme plus élevé qu'avant la crise sanitaire. Elle progresse par ailleurs plus vite que le PIB en 2025, de sorte que le poids des dépenses de santé dans le PIB augmente un peu, de 11,7 % à 11,8 %.

Sur le périmètre de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM), qui excluent les dépenses de prévention, de soins de longue durée et les frais de gestion du système de santé, les dépenses de santé ralentissent à +2,7 %, après 3,5 % en 2024. Ce ralentissement s'explique par celui des volumes (+2,0 % après +2,8 % en 2024) : en particulier, les volumes de soins courants en ville fléchissent nettement et la consommation de médicaments en volume ralentit. Les prix augmentent de nouveau modérément, au même rythme qu'en 2024 (+0,7 %). Au total, les dépenses de CSBM s'élèvent à 256 milliards d'euros en 2025.

En 2025, la structure de financement de la DCSi est stable. Comme en 2024, les administrations publiques financent 77,4 % des dépenses de santé. La part des dépenses financées par les organismes complémentaires (OC) augmente légèrement (12,3 %, après 12,2 % en 2024), en miroir du taux de reste à charge des ménages, en légère baisse (9,7 % après 9,8 % en 2024).

Cet ouvrage présente également une comparaison des dépenses de santé au niveau international. En 2025, la DCSi augmente moins en France que dans l'ensemble de l'Union Européenne (+5,9 %). En revanche, la part des dépenses de santé dans le PIB demeure plus élevée en France (11,8 %) que dans l'Union européenne (10,5 %). Concernant le financement, la France se caractérise par une prise en charge publique plus élevée que dans le reste de l'UE (74,3 % en moyenne dans l'UE en 2024), par un reste à charge des ménages plus bas (14,8 % en moyenne dans l'UE en 2024), et par une part plus élevée des dépenses prises en charge par les organismes complémentaires (10,9 % en moyenne dans l'UE en 2024).

Dans la même collection SANTÉ

- > La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties
- > Les établissements de santé
- > Portrait des professionnels de santé

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr