

ÉTUDES et RÉSULTATS

octobre 2026
n° 1388

20 milliards d'euros sont consacrés à la prise en charge à 100 % des affections de longue durée (ALD) en 2025

Le dispositif affection de longue durée (ALD) vise à alléger le reste à charge des patients souffrant d'affections graves et prolongées en les exonérant de ticket modérateur. Il constitue un outil majeur de la politique d'accès aux soins en France. En 2025, les bénéficiaires du dispositif d'ALD représentent 22 % des assurés de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et 67 % des dépenses de santé remboursables.

Portée par le vieillissement de la population, la hausse de la prévalence de certaines pathologies et le coût des traitements, la part du dispositif ALD s'accroît continuellement dans le financement des dépenses de santé. En 2025, son coût s'élève à 19,7 milliards d'euros, soit une hausse de 72 % en euros courants depuis 2015. Il représente 10,4 % de la dépense remboursable par l'AMO et 5,6 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi).

Entre 2015 et 2025, le dispositif ALD représente à lui seul près de la moitié (44 %) de l'amélioration de la couverture des dépenses de santé par les administrations. Il a ainsi contribué à augmenter le taux de financement public de la DCSi de 0,1 point par an en moyenne sur cette période.

Entre 2015 et 2025, le taux de remboursement par l'assurance maladie obligatoire a augmenté de 0,2 point pour les assurés en ALD (de 89,5 % à 89,7 %), en tenant compte des franchises, des participations forfaitaires et des dépassements d'honoraires. En revanche, pour les autres assurés, ce taux de remboursement a baissé de 3,4 points (de 62,2 % à 58,9 %).

Michel Plaindoux, Vincent Reduron (Drees)

Les soins et biens médicaux sont pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire (AMO) selon des modalités de droit commun ou par des dispositifs spécifiques, dont celui des affections de longue durée (ALD). Créé en 1945, ce dispositif vise à alléger les assurés de la charge financière du traitement d'une pathologie grave, coûteuse, et se prolongeant sur plus de six mois. Il consiste en une exonération totale du ticket modérateur¹ (*encadré 1*). Initialement limité à quatre pathologies (Perrot, 2007), il s'est progressivement étoffé pour en inclure trente aujourd'hui. Depuis 1986, cette exonération

est restreinte aux dépenses occasionnées directement par l'affection, appelées « dépenses en lien ». Les dépenses sans lien avec une ALD demeurent remboursées aux taux de remboursement légaux. Depuis 1993, les professionnels de santé utilisent une ordonnance « bizona » pour distinguer les soins en lien ou non des assurés en ALD.

En allégeant le reste à charge lié aux pathologies chroniques, le dispositif ALD constitue un outil majeur de la politique d'accès aux soins en France. Le poids croissant des maladies chroniques est en effet l'un des principaux enjeux de financement ●●●

1. Il existe également un dispositif d'ALD dites « non exonérantes » pour des affections qui nécessitent une interruption de travail ou des soins d'une durée prévisible supérieure à 6 mois, mais qui n'ouvrent pas droit à la suppression du ticket modérateur. Par convention, dans toute cette étude, le terme ALD désigne uniquement les ALD exonérantes.

- du système de santé français (Or et Parry, 2026). Elles représentent la majorité des dépenses de l'Assurance maladie obligatoire. Seuls les maladies chroniques qui présentent un certain degré de gravité et un traitement particulièrement coûteux sont couverts par

Encadré 1 Concepts, sources et champ

Concepts

Dans cette étude, on appelle **dépenses remboursables** les dépenses de santé mesurées en base de remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'établissent à 189 milliards d'euros en 2025. On appelle **dépenses individualisables et présentées au remboursement de l'AMO** l'ensemble plus large incluant les dépenses remboursables, les dépassements d'honoraires, les franchises et participations forfaitaires et les forfaits journaliers hospitaliers, qui atteint 211 milliards d'euros la même année. Ces deux montants de dépenses excluent les soins et biens médicaux non remboursables.

Le **ticket modérateur** représente le pourcentage des dépenses remboursables restant à la charge de l'assuré ou de sa complémentaire santé (40 % pour les analyses biologiques par exemple). Cette part est supprimée pour les dépenses des assurés en ALD, dès lors qu'elles sont en lien avec leur pathologie (exonération du ticket modérateur).

La reconnaissance d'ALD est une démarche administrative, dont la prévalence ne permet pas d'inférer l'épidémiologie des affections concernées. Par simplicité, on désigne par « ALD » chacune des trente catégories de pathologies donnant droit au dispositif.

Source des données et champ de l'étude

Cette étude se base sur l'échantillon ESND du système national des données de santé (SNDS), dont les données sont représentatives de la population générale d'assurés tous régimes. Plus précisément, deux bases de données du SNDS sont utilisées dans leur version échantillonnée. Les données relatives aux soins et biens médicaux ambulatoires, aux séjours en cliniques privées ainsi qu'aux actes et consultations externes à l'hôpital public proviennent du datamart de consommation inter-régimes (DCIR). Celles portant sur les séjours et séances à l'hôpital public sont issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Les dépenses de séjours en soins médicaux et de réadaptation (SMR) à l'hôpital public sont exclues du champ de cette étude, principalement en raison du changement de leur mode de financement en 2023 et de l'absence de certaines données dans le PMSI SMR avant 2017. En 2023, les dépenses remboursables de SMR en hôpital public s'élevaient au total à 1,6 milliard d'euros (soit moins de 2 % des dépenses en hôpital public).

Méthode d'identification des assurés en ALD

Sur une année d'étude, sont considérés en ALD les assurés qui bénéficient administrativement du dispositif au moins un jour et ont perçu au moins un remboursement en lien avec leur affection. Le bénéfice administratif du dispositif est identifié dans le référentiel médicalisé des bénéficiaires du SNDS.

Des assurés peuvent avoir des soins remboursés à 100 % au titre d'une ALD dans les données du DCIR sans pour autant figurer en ALD sur le plan administratif. En effet, le référentiel médicalisé des bénéficiaires ne couvre pas certains régimes d'affiliation. Dans ce cas, ils sont considérés comme bénéficiaires du dispositif, bien que leur pathologie ne soit pas renseignée. En 2025, ces individus représentent 5,6 % de la population en ALD.

Pour les assurés bénéficiant du dispositif au titre de plusieurs pathologies (assurés dits en poly-ALD), les informations disponibles ne permettent pas d'isoler un remboursement par affection. Cette étude choisit d'attribuer leurs dépenses aux différentes ALD à parts égales (par exemple, à 50/50 pour les personnes ayant deux ALD).

le dispositif ALD. Par exemple, l'hypercholestérolémie n'est pas couverte en tant que telle, et l'asthme ne l'est que dans ses formes graves. Parmi les trente maladies reconnues comme ALD (**encadré 1**) figurent notamment les cancers, le diabète, la sclérose en plaques ou encore la maladie de Parkinson. D'autres affections, moins fréquentes, sont couvertes au titre d'une procédure ALD « hors liste ».

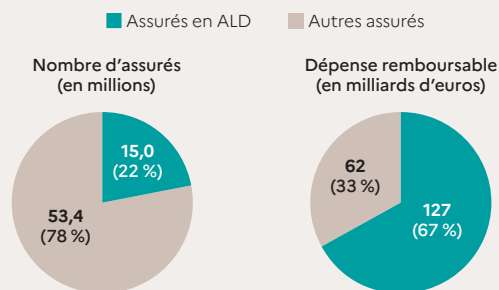
Les ALD en 2025 : 22 % des assurés, 67 % des dépenses remboursables

En France, 15 millions de personnes sont bénéficiaires du dispositif affection de longue durée en 2025, soit 22 % des assurés de l'AMO (**graphique 1**). Les bénéficiaires de l'ALD représentent 67 % des 189 milliards d'euros de dépenses de santé remboursables au sens de l'AMO (**encadré 1**), dépenses en lien et hors lien confondues. La dépense remboursable par assuré est ainsi sept fois plus importante pour les assurés en ALD que pour les autres assurés. Ce constat tient en partie à la structure par âge des bénéficiaires : malgré de fortes disparités selon les pathologies, une personne en ALD est généralement plus âgée que la moyenne des assurés et, à ce titre, davantage exposée au recours aux soins remboursables. En 2025, parmi la population en ALD, la tranche d'âge majoritaire est en effet celle des 70-79 ans (**tableau complémentaire A²**). Le vieillissement de la population générale en France s'est répercuté sur la pyramide des âges des assurés : la tranche d'âge majoritaire en 2015 était celle des 60-69 ans.

71 % des dépenses remboursables des assurés en ALD sont « en lien » avec leur pathologie

En 2025, la part des dépenses des assurés en ALD en lien avec leur pathologie est de 71 % (**tableau 1**), soit un montant remboursable de 90 milliards d'euros intégralement pris en charge par l'Assurance maladie³. Cette part varie selon le type de soins : elle est de 12 % à 13 % à la fois pour l'audiologie, l'optique médicale et les soins dentaires. Toutefois, elle atteint 88 % pour les hospitalisations à domicile en établissements publics et 91 % pour les transports sanitaires. Les assurés en ALD présentent une dépense remboursable par l'AMO deux fois plus élevée que l'ensemble des autres assurés, cette différence étant particulièrement portée par les séjours de MCO en établissement public, et par les médicaments délivrés en ambulatoire (**tableau 1**). La

Graphique 1 Nombre d'assurés et dépenses de santé par statut d'ALD en 2025



ALD : affections de longue durée.

AMO : Assurance maladie obligatoire.

Lecture > En 2025, 15,0 millions d'assurés sont en ALD. Leurs dépenses de santé remboursables par l'AMO s'élèvent à 127 milliards d'euros.

Champ > France, tous régimes.

Source > SNDS, calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1388 © Drees

2. Les tableaux complémentaires sont disponibles dans les données associées à cette étude (lien en fin de publication).

3. En 2025, une grande partie des médicaments remboursés à 100 % apparaît dans le SNDS comme sans lien avec une ALD. Cela est neutre financièrement du fait du remboursement légal à 100 %, mais sous-évalue le montant macroéconomique de dépenses en lien de l'ordre de 3 milliards d'euros.

part des transports demeure minoritaire (4 %) pour les assurés en ALD, mais elle est quatre fois plus élevée que celle des assurés sans ALD.

Le dispositif ALD ne couvre ni les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé, ni les dépassements de prix (liberté tarifaire) sur les dispositifs médicaux, ces frais n'étant pas remboursables par l'AMO. Les bénéficiaires ne sont pas non plus exonérés des franchises médicales et des participations forfaitaires. Les assurés ALD assument 30 % des dépassements et 41 % du montant global des franchises médicales et participations forfaitaires. Ils s'acquittent également de 67 % des forfaits journaliers facturés lors de séjours hospitaliers. Enfin, les soins et biens médicaux non pris en charge par l'AMO (séances de psychologues en dehors du dispositif « Mon soutien psy », médicaments à service médical rendu insuffisant, orthodontie après 16 ans, etc.) restent également à leur charge ou à celle de leur complémentaire santé.

Le diabète et le cancer, dont la prévalence augmente, sont les ALD les plus fréquentes

En 2025, six ALD sur trente regroupent un nombre particulièrement élevé d'assurés. La plus fréquente est le diabète, avec 4,0 millions de personnes (soit 27 % de la population assurée en ALD). Viennent ensuite le cancer, avec 2,8 millions de personnes (18 %) puis les affections psychiatriques de longue durée, telles que la dépression chronique, les troubles bipolaires, l'autisme ou l'anorexie mentale, regroupant 1,8 million de personnes (12 %). Par ailleurs, trois ALD relèvent des maladies cardiovasculaires : les insuffisances cardiaques et cardiopathies, les maladies coronaires ainsi que les artériopathies, pour un total de 4,2 millions de personnes (tableau complémentaire B).

Le coût du dispositif ALD s'établit à 19,7 milliards d'euros en 2025

Estimé à 19,7 milliards d'euros en 2025 (graphique 2), le coût du dispositif ALD s'élève en moyenne à 1 300 euros par assuré en ALD. Ce

coût représente 10,4 % du total de la dépense remboursable. Dit autrement, à défaut de dispositif ALD, la dépense remboursable verrait son taux de remboursement baisser de 10,4 points. Il représente également 5,6 % de la dépense courante en santé au sens international (DCSi), laquelle rassemble les dépenses de soins et biens médicaux, ainsi que les soins de longue durée destinés aux personnes âgées et handicapées (Drees, 2026).

Le coût du dispositif ne correspond pas simplement à la prise en charge du ticket modérateur par l'ALD. Il est estimé par écart à une situation contrefactuelle dans laquelle le dispositif serait supprimé (**encadré 2**). Dans cette situation fictive, le ticket modérateur serait toujours couvert, le cas échéant, par les autres dispositifs d'exonération cumulables (notamment la complémentaire santé solidaire, l'invalidité ou la prise en charge des hospitalisations au-delà du 30^e jour⁴).

Les six ALD les plus fréquentes (voir supra) concentrent 64 % du coût du dispositif (tableau complémentaire B). Les cancers représentent un coût de 3,8 milliards d'euros, tout comme les diabètes, et les affections psychiatriques de longue durée 1,1 milliard d'euros. Cumulées, les pathologies cardiovasculaires (insuffisances cardiaques et cardiopathies, maladies coronaires et artériopathies) représentent un coût de 3,9 milliards d'euros.

En 2025, la moitié du coût de l'ALD provient des séjours de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) en établissement public et des médicaments (tableau complémentaire C). Les transports sanitaires en constituent une part importante (7 %, soit 1,4 milliard d'euros) au regard de leur poids dans le total des dépenses remboursables (3 %). Cela s'explique par le recours fréquent des assurés en ALD à ces prestations (cf. supra) mais également par le niveau plus élevé du ticket modérateur, nettement supérieur à celui d'autres soins et biens médicaux (45 % des dépenses remboursables en 2025), qui se répercute mécaniquement sur le coût du dispositif.

Tableau 1 Dépenses des assurés avec ou sans ALD par poste de soins ou biens médicaux en 2025

Poste de soins	Assurés en ALD				Assurés sans ALD		Total
	Dépenses remboursables		Dont en lien avec l'affection	Proportion en lien avec l'affection (en %)	Dépenses remboursables		
	Montant (en milliards d'euros)	Part (en %)			Montant (en milliards d'euros)	Part (en %)	
Soins en établissements publics – MCO ¹	38,5	30	28,9	75	10,0	16	48,5
Soins courants en ville, analyses en laboratoire de biologie médicale, imagerie médicale, dispositifs médicaux	32,2	25	24,5	76	23,9	39	56,1
Médicaments en ambulatoire ²	28,9	23	17,6	61	9,4	15	38,3
Soins en établissements privés	16,1	13	10,7	66	10,5	17	26,6
Transports sanitaires	5,4	4	4,9	91	0,6	1	6,0
Soins en établissements publics – actes et consultations externes	2,6	2	1,9	70	1,9	3	4,5
Soins et prothèses dentaires	1,4	1	0,2	12	4,5	7	5,9
Soins en établissements publics - psychiatrie	1,0	1	0,6	58	1,1	2	2,1
Soins en établissements publics - HAD ³	0,9	1	0,8	88	0,1	0	1,0
Ensemble	127,1	100	90,0	71	61,8	100	188,9

ALD : affections de longue durée.

1. Médecine, chirurgie, obstétrique.

2. Hors remises conventionnelles. Le ticket modérateur étant calculé sur le prix facial des médicaments, le montant des remises n'a pas d'effet sur le coût du dispositif ALD.

3. Hospitalisation à domicile.

Note > Le champ couvre l'ensemble des dépenses de santé remboursables, qu'elles relèvent des soins de longue durée (soins infirmiers des résidents en établissement pour personnes âgées), de la prévention (vaccins) ou du reste de la dépense courante de santé au sens international (DCSi).

Lecture > Les dépenses des assurés en ALD remboursables par l'AMO s'établissent à 127,1 milliards d'euros en 2025, dont 71 % sont en lien avec leur affection.

Champ > France, tous régimes.

Source > SNDS, calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1388 © Drees

4. Voir Drees, 2026, fiche 05 « Le financement par les administrations publiques » pour une présentation des dispositifs d'exonération du ticket modérateur.

Le coût du dispositif ALD augmente plus vite que la dépense courante de santé au sens international

Pour l'année 2015, le coût du dispositif ALD est estimé à 11,5 milliards d'euros (*graphique 2*). En dix ans, il a ainsi augmenté de 8,2 milliards d'euros, soit un taux de croissance de +72 % au total et de +5,5 % par an en moyenne. Cette croissance est nettement plus soutenue que celle de l'ensemble de la DCSi, qui s'établit à 40 % sur dix ans, soit 3,5 % par an en moyenne.

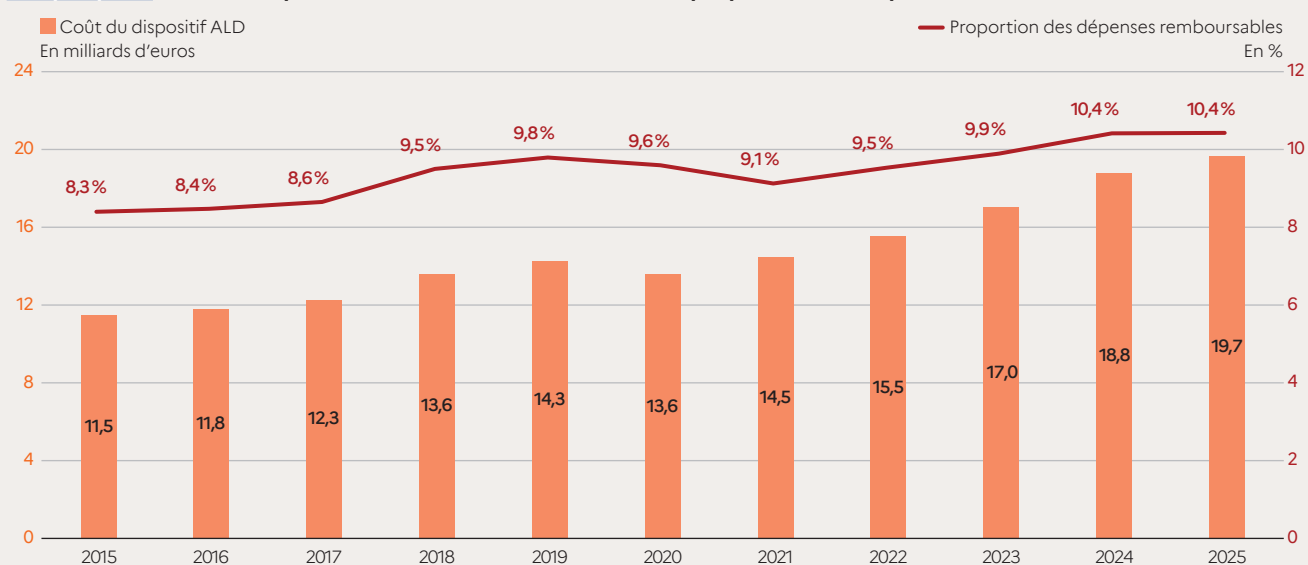
La seule évolution de la réglementation ne permet pas d'expliquer cette augmentation, car la liste des pathologies couvertes par le dispositif est restée quasi stable sur cette période. Au contraire, les ouvertures de droits pour hypertension artérielle sévère ont été

supprimées en 2011, provoquant un déclin progressif des effectifs de cette ALD.

La croissance du coût des ALD est liée aux hausses de la prévalence et du coût des traitements

L'augmentation du coût du dispositif ALD peut se décomposer en plusieurs effets distincts (*tableau 2*). L'ensemble de ces facteurs joue un rôle significatif. Premièrement, les facteurs démographiques, épidémiologiques et médico-administratifs combinent l'augmentation de la population générale, son vieillissement ainsi que la progression de la prévalence des pathologies à structure par âge constant. Dans l'ensemble, ils contribuent pour +25 % à la

Graphique 2 Coût du dispositif ALD, en milliards d'euros et en proportion des dépenses remboursables, de 2015 à 2025



ALD : affections de longue durée.

Lecture > En 2025, le coût du dispositif ALD est de 19,7 milliards d'euros, soit 10,4 % des dépenses remboursables. Ainsi, en l'absence du dispositif, à comportement inchangé, les remboursements de l'AMO seraient de 19,7 milliards d'euros inférieurs.

Champ > France, tous régimes.

Source > SNDS, calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1388 © Drees

Encadré 2 Méthodologie d'estimation du coût du dispositif ALD pour l'Assurance maladie

Cette étude suit la méthodologie généralement mise en œuvre pour évaluer le coût de l'ALD (Baillot, 2011, Caby et Eidelman, 2015, Igas et IGF, 2024). Le surcoût du dispositif par rapport à la réglementation générale est nul si un autre dispositif financé par les administrations publiques couvre déjà le ticket modérateur ; dans le cas contraire, il équivaut au montant exonéré.

Ces cas où le surcoût est nul et ceux où il est égal au montant de ticket modérateur sont toutefois moyennés. En effet, deux populations d'étude sont distinguées : les assurés en ALD et ceux sans ALD. Au sein de chacune, les dépenses de santé sont réparties en groupes croisant une caractéristique du bénéficiaire (tranche d'âge croisée avec sexe), un poste de dépense (listé dans le *tableau 1*) et un taux de remboursement légal. La prise en compte du taux de remboursement légal différencie, par exemple, les catégories de médicaments (selon qu'ils sont pris en charge à 100 %, 65 %, 30 % ou 15 %).

Pour chaque groupe, le coût du dispositif ALD est estimé en multipliant la dépense remboursable en rapport avec l'affection, par le complément à 100 % du taux de remboursement moyen dans la population sans ALD. Formulé autrement, le coût est calculé par la différence entre la situation réelle (remboursement à 100 % des dépenses en lien avec l'ALD) et une situation contrefactuelle (remboursement de ces dépenses au taux moyen de remboursement des assurés sans ALD). L'hypothèse sous-jacente à cette évaluation du coût est qu'en l'absence du dispositif, les dépenses seraient remboursées à un taux proche de celui des assurés

sans ALD présentant des caractéristiques similaires et consommant les mêmes postes de soins.

Pour les séjours en établissement public, dans le système de santé français, le montant du ticket modérateur s'appuie sur l'échelle des tarifs journaliers de prestations (TJP). La méthodologie de calcul appliquée établit nativement un coût fondé sur l'échelle des groupes homogènes de séjours (GHS), dont le niveau est plus bas. Une clé de correction est appliquée pour pallier ce biais. Calculée à partir des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), elle compare les montants de TJP et de GHS, pour les séjours sans exonération de ticket modérateur. Sur ces séjours, le TJP s'avère environ le triple du GHS.

À l'instar des évaluations budgétaires sur le coût des mesures socio-fiscales dérogatoires, l'estimation repose sur l'hypothèse forte d'un recours aux soins inchangé en cas d'absence du dispositif ALD. Les éventuels changements de comportement des patients, difficilement évaluable (voir Fauchon et Bonnet, 2026, partie Discussion) ne sont donc pas pris en compte. Par ailleurs, ce chiffrage omet d'autres coûts propres au dispositif, comme ses frais de gestion administrative, la majoration du forfait patientèle médecin traitant (FPMT) pour les patients en ALD ou l'exonération d'impôt sur le revenu appliqué à leurs indemnités journalières.

L'estimation s'avère cohérente avec les estimations précédentes (Baillot, 2011 ; Caby, Eidelman, 2015), en particulier avec la revue de dépenses relatives aux affections de longue durée de 2024 (Igas et IGF, 2024).

hausse du coût entre 2015 et 2025. Parmi ces effets, celui du vieillissement de la population est le plus important, s'élevant à +12 %. Celui de la prévalence des ALD à âge constant s'établit à +9 %, en cohérence avec la hausse de nouveaux patients admis en ALD pour les motifs de cancers, de diabète de type 2, de pathologies cardiovasculaires ou encore d'asthme. Ainsi, la part des assurés en ALD a augmenté de quatre points en dix ans : en 2015, elle s'élevait à 18 % des assurés de l'AMO.

Deuxièmement, les facteurs médico-économiques, qui sont ici synthétisés, reflètent l'augmentation du coût moyen des traitements par patient. Ces facteurs contribuent à hauteur de +37 % (tableau 2) à la hausse du coût entre 2015 et 2025. Ils ont trait au niveau des prix (évolution des coûts, à traitements constants), aux innovations thérapeutiques (techniques de soins et médicaments), à la durée de survie des patients ainsi qu'à leur observance des traitements. De manière générale, l'augmentation du prix de la santé est plus soutenue que celles de l'ensemble des prix à la consommation (Drees, 2026). De plus, sur la décennie de 2015

à 2025, un certain nombre de traitements innovants ont vu le jour pour des pathologies chroniques couvertes par les ALD, comme la classe des modulateurs de CFTR (caftors) pour la mucoviscidose. L'amélioration de la durée de survie des cancers est aussi, à incidence fixée, un facteur de hausse du coût par patient des traitements. Le coût du dispositif ALD évolue aussi selon la modification des taux de remboursements légaux de l'Assurance maladie obligatoire : par exemple, la hausse de 10 points du ticket modérateur sur les transports sanitaires en août 2023 s'est répercutée mécaniquement sur le coût du dispositif.

Le dispositif explique 44 % de la hausse du taux de financement public des dépenses de santé

En 2025, 274 milliards d'euros sur les 353 milliards de la DCSi sont financés par les administrations publiques (Drees, 2026), principalement par l'Assurance maladie obligatoire. Ce financement public ne se limite pas à la prise en charge de soins remboursables : il inclut également des versements directs aux professionnels (rémunérations sur objectifs notamment) et aux établissements (dotations de l'AMO aux hôpitaux, dotations des départements aux Ehpad, etc.). Au total, les administrations publiques couvrent 77,4 % de la DCSi, soit une progression de +2,3 points en dix ans (graphique 3). Si le dispositif ALD n'existait pas, mais que les autres dispositifs de prise en charge du ticket modérateur restaient en vigueur, ce taux de prise en charge s'établirait à 71,9 % en 2025, soit 5,6 points de moins. Sans l'ALD, le taux de financement public de la DCSi n'aurait pas progressé de 2,3 points mais seulement de 1,3 point sur la période (graphique 3). Le dispositif ALD explique ainsi 44 % de la hausse de la prise en charge publique de l'ensemble des dépenses de santé entre 2015 et 2025, soit un apport de 1,0 point sur dix ans (+0,1 point par an en moyenne). Hors effet de l'ALD, la hausse de 1,3 point du taux de financement public de la DCSi provient principalement de la hausse du remboursement des soins de longue durée, du poids croissant des séjours en hôpital public (mieux couverts que la moyenne des soins et biens médicaux) et de la

Tableau 2 Contribution à la hausse totale du coût du dispositif ALD entre 2015 et 2025

	En %
Facteurs démographiques et épidémiologiques, dont :	+25
Effet taille population	+4
Effet structure âge	+12
Effet prévalence	+9
Effet coût/tarification	+37
Effet total	+72

ALD : affections de longue durée.

Note > Les évolutions de +25 % et +37 % se combinent en une évolution de +72 % car $1,25 \times 1,37 = 1,72$.

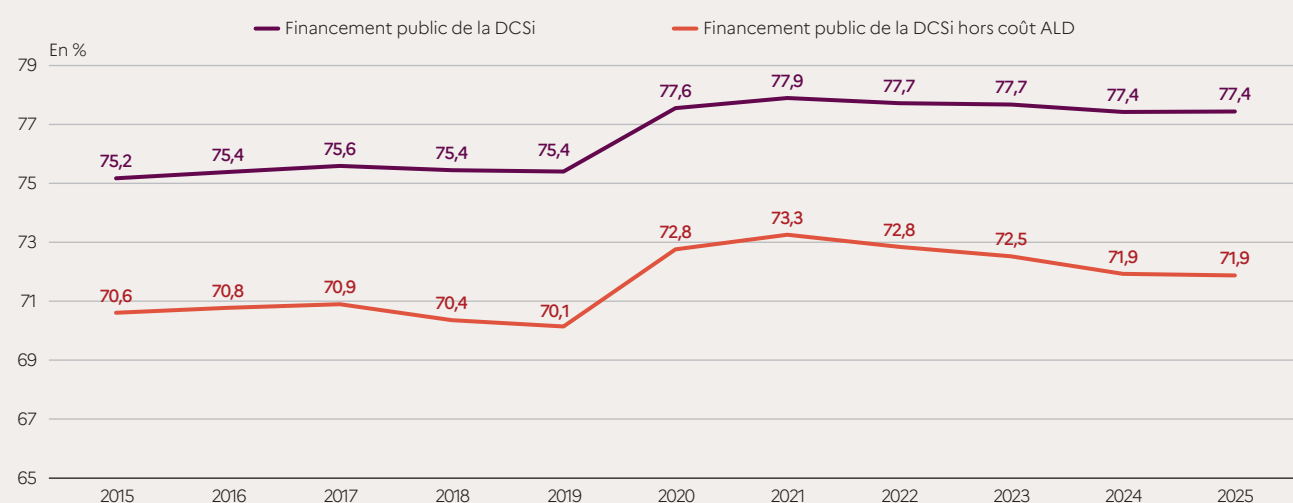
Lecture > Les facteurs démographiques et épidémiologiques ont contribué pour 25 % à la hausse du coût du dispositif ALD entre 2015 et 2025.

Champ > France, tous régimes.

Source > SNDS, calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1388 © Drees

Graphique 3 Financement public de la dépense courante de santé au sens international par les administrations publiques avec ou sans dispositif affections de longue durée, de 2015 à 2025



ALD : affections de longue durée.

DCSi : dépense courante de santé au sens international.

Lecture > En 2025, 77,5 % de la DCSi est financée par les administrations publiques, notamment par l'Assurance maladie obligatoire. Ce pourcentage est ramené à 71,9 % si on retranche le coût du dispositif ALD de ce financement.

Champ > France, tous régimes.

Source > SNDS, calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1388 © Drees

réforme du 100 % santé. Elle est freinée par le poids croissant des dépassements, l'essor des soins de psychologues libéraux, et certaines réformes récentes (baisse du taux de remboursement des transports sanitaires et des soins dentaires en 2023, doublement des franchises et participations forfaitaires en 2024).

Entre 2015 et 2025, le taux de remboursement par l'AMO a évolué de façon différenciée pour les bénéficiaires de l'ALD et les non-bénéficiaires (*tableau complémentaire D*). Sur le champ des dépenses individualisables⁵ et présentées au remboursement de l'AMO (*encadré 1*), il progresse de 0,2 point en dix ans pour les assurés en ALD (de 89,5 % en 2015 à 89,7 % en 2025) mais baisse

de 3,4 points pour les autres assurés (de 62,2 % en 2015 à 58,9 % en 2025). Les deux tiers de cette diminution interviennent en 2023 et 2024, sous l'effet des baisses de taux de remboursement puis du doublement des franchises et participations forfaitaires. En proportion, ces mesures ont eu un effet nettement plus marqué pour les assurés non en ALD. Elles concernent aussi les assurés en ALD, mais leur effet demeure plus diffus rapporté au montant total de leurs soins, notamment du fait du plafonnement de certaines de ces mesures de participations forfaitaires. ●



Télécharger les données



Accéder au code source

5. Au sein de la DCSi, seules les dépenses individualisables peuvent être distinguées entre bénéficiaires du dispositif de l'ALD et les non-bénéficiaires. Cette catégorie regroupe les dépenses remboursables auxquelles sont ajoutés les dépassements d'honoraires, les franchises, participations forfaitaires et les forfaits journaliers hospitaliers, afin d'obtenir un ensemble cohérent du point de vue du patient assuré social : il s'agit de l'ensemble des dépenses qui sont occasionnées par les soins et les biens médicaux relevant du panier de soins couvert par l'Assurance maladie (*encadré 1*).

Mots clés : Accès aux soins Économie de la santé Dépenses de santé Assurance maladie obligatoire (AMO) Maladie chronique

Pour en savoir plus

- > Baillot, A. (2011). Une estimation du coût du dispositif des affections de longue durée en soins de ville pour le régime général d'assurance maladie. *Comptes nationaux de la santé 2010*. Drees, Études et statistiques.
- > Caby, D., Eidelman, A. (2015). Quel avenir pour le dispositif de prise en charge des affections de longue durée (ALD) ? Direction générale du Trésor, *Trésor-Éco*, 145.
- > Drees (2026, à paraître). *Les dépenses de santé en 2025 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2026*. Drees, Panoramas.
- > Fauchon, A., Bonnet, O. (2026, février). Dérembourser des soins pour maîtriser la dépense de santé : qui paie ? Drees, *Les Dossiers de la Drees*, 135.
- > Igas, IGF. 2024 (mise à jour 2025). *Revue de dépenses relative aux affections de longue durée (ALD) : Pour un dispositif plus efficient et équitable*. Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale des finances, Rapports.
- > Or, Z., Parry, A. (2026). Feuille de route stratégique pour un système de santé soutenable et résilient : agir en amont face aux maladies chroniques. Irdes, Rapports, 603.
- > Perrot, P. (2007). Les affections de longue durée. Actualité et dossier en santé publique, 59.

> Publications
drees.solidarites-sante.gouv.fr

> Open Data
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

> Nous contacter
drees-infos@sante.gouv.fr

> Contact presse
drees-presse@sante.gouv.fr

Directeur de la publication : Thomas Wanecq
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
Chargés d'édition : Alexandre Gadaud, Marianne Poueyou
Mise en pages : Julie Eneau, Marianne Poueyou
Conception graphique : Drees

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
ISSN électronique 1146-9129 • AJP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la Drees d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la Drees. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : Drees - Tour Olivier de Serres - 78-84 rue Olivier de Serres - 75015 Paris ou en envoyant un courriel à : drees-rgpd@sante.gouv.fr.