

La France dépense-t-elle trop pour sa santé ?

Face à la dégradation exceptionnelle de la situation financière de l'assurance-maladie, on entend souvent dire que la France vit au-dessus de ses moyens en matière de santé, que notre système est trop généreux, qu'il n'est plus financé, voire qu'il faudrait demander plus d'efforts aux citoyens.

Avec ce premier numéro de son nouveau format de publication courte Décryptages Santé, le Hcaam tente d'apporter un éclairage reposant sur des données factuelles et des comparaisons internationales à la question : la France dépense-t-elle trop pour sa santé ?

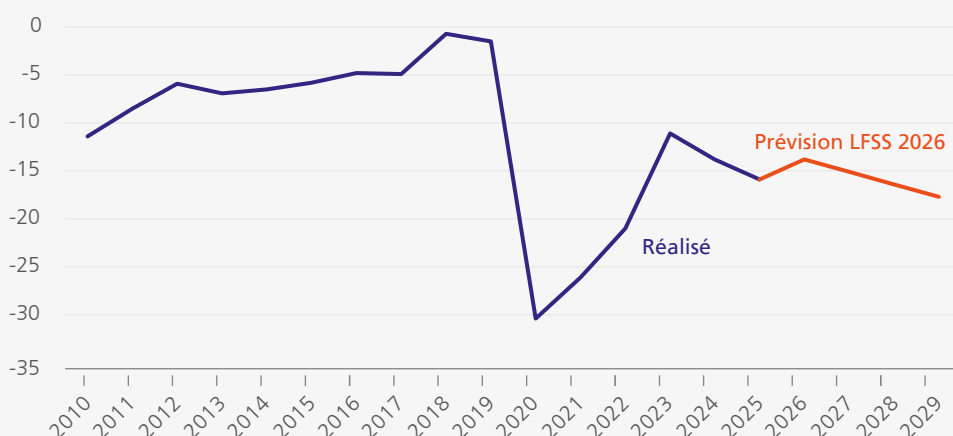
Le prochain numéro apportera des éclairages sur les questions suivantes : notre système est-il vraiment plus généreux que les autres ? Faut-il responsabiliser davantage les patients ?

Un constat : la situation financière de l'assurance-maladie est inquiétante

Le déficit de la branche maladie atteint près de 16 milliards d'euros en 2025. Il s'est creusé de près de 5 milliards depuis 2023. Ce déficit représente les trois-quarts de celui de la sécurité sociale.

Il n'existe pas aujourd'hui de trajectoire de retour à l'équilibre de l'assurance-maladie : la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2026 prévoit une amélioration pour 2026, puis une dégradation qui ramènerait en 2029 le déficit au-delà de la situation de 2025.

Graphique 1 : Déficit de l'assurance-maladie, en milliards d'euros courants



Source : rapports commission des comptes de la sécurité sociale ; LFSS 2026 ; arrêté des comptes 2025.

La dégradation serait encore plus importante en tenant compte de la situation financière des établissements de santé, qui s'est détériorée, quel que soit le statut des établissements¹. Ainsi, les déficits des hôpitaux publics ont fortement augmenté pour atteindre des niveaux inédits (de 0,2 à 2,9 Mds€ entre 2016 et 2024, et 2,7 Mds€ en 2025). Or, la contrainte exercée sur les financements des établissements de santé a permis d'afficher de moindres dépenses d'assurance-maladie que si on avait cherché à stabiliser la situation des hôpitaux.

Cette situation est d'autant plus préoccupante qu'elle ne peut être imputée à un choc économique ou à une crise sanitaire majeure.

1. Public, privé non lucratif, privé lucratif.

Le déficit de l'assurance-maladie ne dit rien du niveau de la dépense de santé d'un pays

L'idée de déficit de l'assurance-maladie n'existe que dans les pays qui identifient une assurance-maladie, avec son autonomie financière, avec ses recettes propres pour prendre en charge les dépenses publiques de santé. Dans certains pays, les dépenses publiques de santé sont intégrées dans le budget général de l'Etat, ou des régions. Aux Etats-Unis, les dépenses de santé sont prises en charge soit par des assureurs privés soit par des dépenses publiques (programmes Medicare et Medicaid), intégrées dans les budgets généraux. Ces deux systèmes ne peuvent connaître de « déficit de l'assurance-maladie » : ce n'est pas pour autant que leur niveau de dépenses de santé est pertinent.

La France a fait, comme d'autres pays, le choix d'identifier des comptes de l'assurance-maladie, ce qui conduit à un débat sur son équilibre financier, qui n'existe pas dans les mêmes termes pour les politiques publiques financées par le budget général de l'Etat (éducation, police...). Lorsqu'un pays adopte cette organisation, l'équilibre de l'assurance-maladie dépend des choix réalisés sur ce qu'elle prend en charge et sur les recettes qu'on lui donne (impôts, cotisations...).

Le déficit de l'assurance-maladie ne veut pas forcément dire qu'on dépense trop : il montre simplement qu'il y a un déséquilibre entre les dépenses de santé que la société décide de socialiser et les recettes affectées à l'assurance-maladie.

Le bon indicateur : combien un pays dépense au total pour la santé ?

Retraduire en termes économiques la question « la France dépense-t-elle trop pour sa santé », c'est poser la question du niveau de la dépense de santé, quel que soit le financeur (financement public, assurances privées, patients directement). En effet, quel que soit le financeur, la dépense de santé dans son ensemble constitue un effort que l'économie d'un pays doit financer, et c'est cet ensemble qui compte pour apprécier la soutenabilité d'un système de santé.

À cet égard, l'assurance-maladie est différente du système de retraites : alors que le niveau de dépenses publiques de retraite détermine très largement, dans l'ensemble des pays, l'effort de chaque pays en faveur des retraites², en matière de santé, la dépense totale d'un pays en faveur de la santé ne dépend que partiellement du niveau de dépense publique de santé. Réformer le système de retraites peut réduire le nombre de retraités et la dépense de retraites, alors que réduire la dépense publique de santé ne réduit pas nécessairement les dépenses de santé, mais peut aussi avoir pour effet de les transférer vers les patients et/ou les assurances complémentaires.

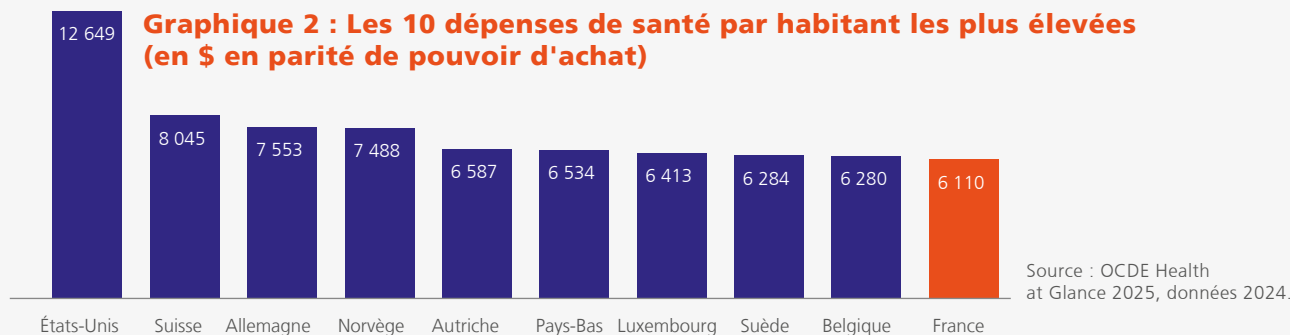
La dépense de santé française : un niveau élevé mais qui n'est pas exceptionnel

La dépense courante de santé au sens international (DCSi), qui permet de comparer les dépenses de santé réalisées dans chaque pays, constitue le bon indicateur pour apprécier le poids économique des dépenses de santé.

Une approche est de comparer cette dépense de santé par habitant (en parité de pouvoir d'achat pour tenir compte des écarts de coût de la vie entre pays) : cet indicateur mesure l'effort de chaque habitant d'un pays pour la santé. En 2024, avec 6 110\$ par habitant, la France se classe ainsi au 10^{ème} rang mondial (graphique 2). Elle se situe donc, au sein des pays riches, dans un groupe de pays qui dépensent plus que les autres. Elle dépense toutefois moins que tous les autres pays continentaux d'Europe du Nord-Ouest, à l'exception du Danemark et de la Finlande.

2. Il est rare de trouver un système de retraites financé au premier euro par une couverture facultative.

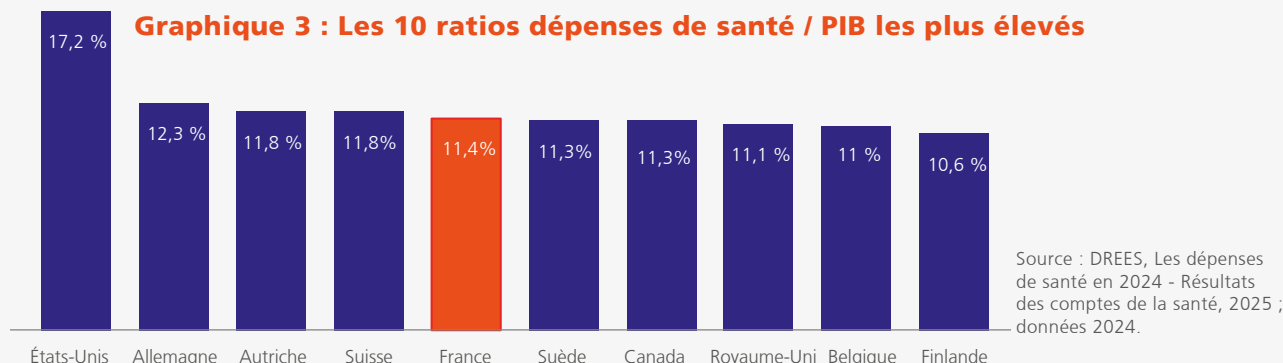
Graphique 2 : Les 10 dépenses de santé par habitant les plus élevées (en \$ en parité de pouvoir d'achat)



Une autre méthode consiste à rapporter la dépense de santé au produit intérieur brut (PIB) pour mesurer le poids de la dépense de santé dans le revenu de la nation. Avec 11,4% de son PIB consacré aux dépenses de santé en 2024, la France se situe au 5^{ème} rang mondial, derrière les Etats-Unis, l'Allemagne, la Suisse et l'Autriche (graphique 3).

La France se situe plus haut dans ce classement que dans le précédent, du fait d'une richesse par habitant plus faible que les autres pays continentaux d'Europe du Nord-Ouest. En effet, le poids de la dépense de santé dans le PIB est tributaire du niveau de richesse du pays. Ainsi, la France et la Suède présentent des ratios très proches (11,4% et 11,3%), alors que le PIB par habitant suédois dépasse de plus de 25% celui de la France : la France arrive donc à un ratio proche de la Suède avec un système de santé moins coûteux que la Suède, mais en étant nettement moins riche³.

Graphique 3 : Les 10 ratios dépenses de santé / PIB les plus élevés



Une hausse continue des dépenses, en accélération depuis le covid, mais plus contenue que chez nos voisins

Au cours des années 2010 (avant la crise sanitaire), la dépense de santé française a connu une évolution plus faible que la plupart des pays développés : 2,2% par an en valeur, soit le 7^{ème} taux de croissance le plus bas de l'Union européenne⁴, à comparer à une moyenne européenne de 2,7%. Sur la période 2019-2024, elle a connu comme la plupart des pays un rebond de la croissance de ses dépenses de santé (croissance annuelle moyenne de 4,4%). Cette progression est toutefois restée la 6^{ème} plus basse de l'OCDE⁵.

Les comparaisons de dépenses de santé entre pays devraient être, en principe, mises en regard des résultats de santé de chaque pays : en effet, un surcroît de dépenses est efficient s'il permet d'améliorer les résultats de santé. La comparaison entre pays des résultats de santé soulève des questions difficiles d'indicateurs à retenir. Si on retient un indicateur très simple comme l'espérance de vie à la naissance, la France connaît une situation très proche des pays d'Europe du Nord-Ouest auxquels ses dépenses de santé sont comparées.

3. 38 110 euros par habitant en 2024 contre 48 310 selon Eurostat.

4. Les pays riches hors UE ont tous connu des taux de progression supérieurs. Parmi les 6 pays européens ayant connu des taux d'évolution inférieurs à la France, 4 sont les Etats du Sud de l'UE (Grèce, Italie, Espagne, Portugal), qui ont mis en place des programmes d'austérité dans le contexte des crises de l'euro.

5. OCDE, Health at Glance, 2025.

Encadré : Les dépenses de médicaments : une illustration de la « normalisation » de la dépense de santé de la France

La consommation de médicaments était il y a 20 ans nettement supérieure à celle de nos voisins : près de 80 % des consultations chez le médecin généraliste se traduisaient par une prescription, avec près de 3 médicaments prescrits par ordonnance⁶, contre 65 % des consultations donnant lieu à une ordonnance avec médicaments aux Pays-Bas⁷.

Elle a aujourd'hui rejoint le peloton des pays européens : le nombre d'unités standards vendues en officine, autrefois très atypique, est aujourd'hui inférieur de 11 % au niveau allemand, de 3 % au niveau britannique (malgré une part importante de ventes hors officines), mais reste supérieur de 10 % au niveau espagnol⁸. Les quantités vendues en officine ont baissé entre 2009 et 2022 de 12 % en France alors qu'elles ont progressé de 30 % en Allemagne, 8 % en Italie, 22 % aux Pays-Bas.

Les comparaisons internationales de consommation de médicaments par classes de produits apportent des enseignements contrastés : pour 3 classes sur les 4 pour lesquelles l'OCDE présente des consommations en dose quotidienne définie par habitant, la France est passée entre 2011 et 2021 d'une consommation supérieure à la moyenne à une consommation inférieure à la moyenne⁹. Elle reste en revanche atypique pour les consommations d'antibiotiques (au 5^{ème} rang européen) et d'anxiolytiques.

Les quantités vendues ne sont toutefois qu'une composante du coût. On a pu ainsi mettre en évidence que, pour certaines classes thérapeutiques, la France avait tendance à recourir, plus que d'autres pays, aux produits les plus récents de la classe, plus coûteux¹⁰.

Que faut-il retenir ?

1 - La situation financière de l'assurance-maladie est particulièrement préoccupante, et même exceptionnelle en l'absence de crise sanitaire ou de récession.

2 - Mais cela ne veut pas dire que la France a un niveau anormal de dépenses de santé : globalement, elle dépense, en montant par tête, à peu près comme les autres pays d'Europe du Nord-Ouest voire un peu moins. Au vu de son niveau de vie, cela représente déjà un effort plus important que certains de nos voisins.

Un niveau de dépenses de santé proche de celui des pays comparables ne signifie pas qu'il n'y pas de marge pour avoir une dépense de santé plus efficiente. La hausse des coûts à venir, du fait du vieillissement, du développement de certaines pathologies, ainsi que des coûts de l'innovation, rend nécessaire de rechercher ces marges d'économies, auxquelles le Hcaam a consacré un rapport en 2025¹¹.

6. E. Amar, C. Pereira, « Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants », *Études et résultats*, n° 440.
7. S. Rosman, *La pratique de la prescription de médicaments des médecins généralistes en France et aux Pays-Bas*, thèse de doctorat, 2006.
8. DREES, *Les dépenses de santé en 2022. Résultats des comptes de la santé*, 2023.
9. C'est le cas des anti-hypertenseurs, des antidépresseurs et des agents modifiant les lipides. Elle reste en revanche au-dessus de la moyenne pour les anti-diabétiques.
10. Cet effet a régulièrement été mis en avant par les rapports Charges et produits de la CNAM, par exemple s'agissant de la rosuvastatine (Crestor ®) ou encore s'agissant des anti-PCKS9, conduisant dans ces situations à instaurer une procédure de mise sous accord préalable pour la prescription de ces produits ; ces effets avaient été également mis en avant pour les anti-hypertenseurs ou les inhibiteurs COX2 sélectifs. Par ailleurs, l'arrivée sur le marché de génériques peut donner lieu à un contournement par l'arrivée d'une molécule très proche non générique, dont la promotion permet de maintenir un niveau de dépense élevé du fait du recours excessif à un médicament récent et plus cher que les alternatives disponibles : cet effet connu a ainsi été mis en évidence, entre autres, au sein de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), pour l'ésoméprazole, qui a évincé rapidement l'oméprazole dont il était la forme lévogyre à partir du moment où ce dernier avait été générique (A. Dahmouh, « Médicaments biosimilaires : l'hôpital, premier vecteur de leur diffusion », *Études et résultats* n° 1132).
11. Hcaam, *Les leviers d'action pour un système efficient et solidaire*, 2025.

Directeur de la publication : Yann-Gaël Amghar

Contact : hcaam@sante.gouv.fr

Adresse postale HCAAM : 78/84 rue Olivier de Serres - CS 59234 - 75739 PARIS cedex

Locaux HCAAM : 78-84 rue Olivier de Serres, Tour Olivier de Serres - 75015 PARIS