

Présentation du rapport annuel « Charges et Produits pour 2027 » : 40 propositions – clés de l'Assurance Maladie pour l'avenir de notre système de santé

L'Assurance Maladie présente ce jour son projet de rapport Charges et Produits pour l'année 2027. S'appuyant sur une analyse approfondie de l'évolution du système et des dépenses de santé, il formule 40 propositions¹ structurantes visant à éclairer le débat public et à contribuer au projet de loi de financement de la Sécurité sociale. Ce rapport sera soumis le 9 juillet au vote du Conseil de la Cnam, dont les membres ont été pleinement associés à son élaboration. S'inscrivant dans la continuité des orientations fixées l'an dernier, il s'articule autour de trois grandes priorités : opérer un virage préventif ; améliorer les parcours de soins des patients ; rembourser le juste soin au juste prix.

Dans un contexte budgétaire toujours contraint, le rapport Charges & Produits pour 2027 maintient le cap fixé dans le rapport exceptionnel de l'année précédente. Face à un déficit estimé à 13,8 milliards d'euros pour 2026, l'Assurance Maladie formule des pistes d'économies pour 2027, d'un montant de 3,9 milliards d'euros. Face aux défis actuels et à venir, le rapport propose des orientations structurelles pour assurer la viabilité du système de santé tout en améliorant la qualité des soins et l'équité d'accès pour l'ensemble des assurés.

Témoignage de son impact, plus de la moitié des propositions formulées par l'Assurance Maladie dans le rapport Charges et produits pour 2026 est aujourd'hui finalisée ou en cours de déploiement. Ainsi :

- Le virage préventif s'accélère, pour l'émergence d'une génération sans carie avec l'association de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, le développement du dépistage des troubles auditifs et visuels à l'école et la démarche d'« aller-vers » pour renforcer les dépistages organisés (plus de 3 millions de personnes contactées) ...
- L'organisation des soins en ville se renforce également, via une meilleure structuration de l'exercice coordonné (maisons de santé pluriprofessionnelles et CPTS), à laquelle s'ajoutera la labellisation France Santé. Enfin, le juste soin au juste prix a progressé (stabilisation des dépenses de transports sanitaires et de patients, progression des biosimilaires...).

Pour approfondir encore les projections à horizon 2030 présentées l'année passée, l'Assurance Maladie a enrichi et complété les analyses à partir de nouvelles études ou d'expériences étrangères : impact des polyopathologies, partenariat avec l'OCDE pour évaluer le retour sur investissement des programmes de prévention, et enfin panorama inédit de la situation sanitaire dans les départements et régions d'outre-mer.

Pour Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie : « Notre système de santé est soumis à des enjeux considérables : progression des maladies chroniques, vieillissement de la population, finances publiques à rétablir... Sans action forte, les dépenses de santé progresseraient à un niveau difficilement soutenable. Les conclusions de ce nouveau rapport annuel

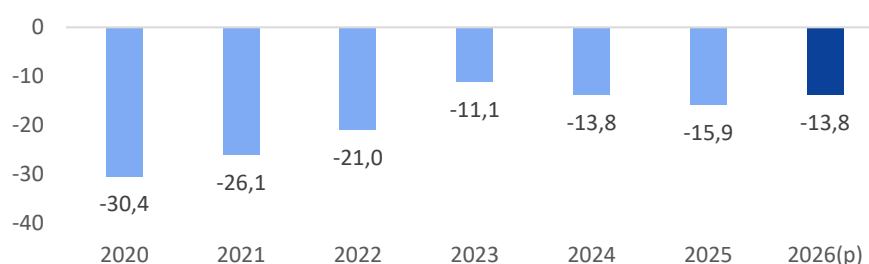
¹ Seules les principales propositions sont citées dans ce communiqué de presse de synthèse, l'ensemble du rapport et des propositions sont accessibles en ligne
<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2026-rapport-propositions-pour-2027-charges-produits>

sont sans ambiguïté : rien ne sera possible sans un investissement massif dans la prévention, clé de voûte d'un système de santé sobre, solidaire et performant. En accentuant davantage encore ce virage préventif, en renforçant la pertinence des soins et en agissant plus tôt, nous pouvons à la fois améliorer la santé de tous et contenir cette dynamique. C'est tout le sens des 40 propositions que nous soumettons cette année. »

Des projections financières démontrant la nécessité d'un virage préventif

Le déficit projeté de l'Assurance Maladie est estimé à 13,8 milliards d'euros en 2026, en baisse de plus de 2 milliards par rapport à 2025, soit un retour au niveau de 2024. Cette amélioration tient notamment à des recettes plus élevées qu'attendues, mais les perspectives restent très préoccupantes, car la pression du vieillissement et des maladies chroniques notamment continue de peser lourdement sur le système de santé.

Evolution du déficit de l'Assurance Maladie



À l'horizon 2035, selon les estimations de l'Assurance Maladie, près d'une personne sur deux serait concernée par une maladie chronique, soit un effectif total de 27,7 à 30,4 millions de personnes. Parallèlement, près d'1 adulte sur 5 vit aujourd'hui avec plusieurs maladies chroniques simultanées. Ces situations de polypathologies entraînent des surcoûts importants (+ 8 863 euros en moyenne en 2024 par rapport à une personne sans polypathologie) et une mortalité plus élevée. En fonction des scénarii observés, les pathologies chroniques pourraient représenter jusqu'à 70% de la dépense remboursée totale en 2035 (contre 65,1% en 2024).

Si la tendance actuelle se poursuit, les dépenses de santé² pourraient atteindre 270 milliards d'euros à l'horizon 2030 (+ 60 Mds€ par rapport à 2024). En agissant davantage sur la pertinence et l'efficacité des dépenses, via une régulation « volontariste », cette progression pourrait être contenue à 255 milliards d'euros.

Mais seul un investissement massif dans la prévention, associé à une maîtrise des dépenses plus forte, pourraient contenir les dépenses de santé à hauteur de 245 milliards d'euros, tout en permettant aux assurés de vivre plus longtemps en bonne santé.

L'Assurance Maladie ancre enfin l'ensemble des scénarii identifiés autour d'une conviction forte : **la nécessité de faire évoluer les dépenses de santé au même rythme que la croissance du PIB national, seul à même d'assurer la soutenabilité financière de notre système.**

² dépenses de santé suivies dans la cartographie des dépenses et des pathologies de l'Assurance Maladie : cela correspond aux remboursements versés par l'assurance maladie par catégories de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins (champ : tous régimes, France entière)

Axe 1 - La prévention : la grande cause décennale

Le rapport Charges et Produits pour 2026 avait déjà fait de la prévention un axe central de la soutenabilité du système de santé, avec une stratégie ambitieuse visant à améliorer l'état de santé de la population et ralentir la progression des maladies chroniques.

Cette année, **l'Assurance Maladie a souhaité nouer un partenariat inédit avec l'OCDE, afin d'objectiver et d'évaluer à long terme le retour sur investissement des politiques de prévention.** L'analyse montre qu'une stratégie cohérente, combinant des interventions complémentaires tout au long de la vie et ciblant différents facteurs de risque, génère des gains sanitaires et économiques significatifs. A titre d'exemple, selon les études menées avec l'OCDE, le Nutri-Score, en permettant aux citoyens de faire des choix alimentaires plus éclairés, a un impact réel sur la santé (+ 10 années de vie en bonne santé pour 100 000 habitants chaque année), tout en générant des économies substantielles pour le système de santé. De la même manière, la prévention des facteurs de risque cardiovasculaire améliore la santé de la population (+ 6 années de vie en bonne santé pour 100 000 habitants chaque année) et des dépenses moins élevées.

Agir pour la santé de tous en promouvant une alimentation saine et durable

Au-delà des actions de prévention médicalisée, l'Assurance Maladie soutient les initiatives agissant sur les déterminants de santé avec, pour 2027, un focus sur l'alimentation. Pour renforcer son impact et au regard des résultats présentés, l'Assurance Maladie réitère sa proposition visant à généraliser et rendre obligatoire le Nutri-Score pour les aliments emballés et préconise, sur la base d'études récentes d'y ajouter une information sur le caractère ultra-transformé du produit.

Génération sans tabac : protéger la jeunesse et agir sur les maladies respiratoires

Alors que la France est parmi les pays avec le plus grand nombre de fumeurs quotidiens (3^{ème} rang en nombre de l'Union européenne derrière la Grèce et la Bulgarie), l'Assurance Maladie est favorable à la création d'une génération sans tabac, à l'image du Royaume-Uni qui, en 2026, a interdit la vente de cigarettes à toutes les personnes nées après le 1^{er} janvier 2009.

Ainsi, l'Assurance Maladie soutient la proposition de loi « Pour une génération sans tabac » visant à interdire la vente de tabac à une classe d'âge qui a été déposée à l'Assemblée Nationale.

En parallèle, l'Assurance Maladie propose de renforcer le dépistage de la BPCO, maladie qui touche 5 à 10 % des adultes de plus de 45 ans et dont 80 % des cas sont liés au tabac, en articulation avec le déploiement du dépistage du cancer du poumon (programme IMPULSION), afin de réduire les conséquences négatives du tabagisme.

Dépister et accompagner dès le plus jeune âge

L'Assurance Maladie se mobilise pour favoriser un dépistage puis une prise en charge précoce et donner à chaque enfant les moyens de bien commencer sa vie d'adulte :

- Chaque année, près d'un enfant sur quatre en petite section de maternelle ne bénéficie pas d'un bilan de santé de la PMI. Pour renforcer leur action, l'Assurance Maladie a mis en place un dispositif complémentaire, au plus près du terrain : grâce à une expérimentation innovante directement à l'école et en lien avec des professionnels libéraux de ville, **18 100 enfants de maternelle ont été dépistés pour des troubles visuels et 11 200 pour des troubles du langage sur l'année scolaire 2024-2025.** Parmi eux, pour chaque dépistage, un quart présentait un trouble nécessitant un suivi. L'Assurance Maladie souhaite désormais généraliser et **pérenniser ces interventions**, afin que le dépistage devienne systématique dès la maternelle et que chaque enfant puisse bénéficier d'une prise en charge adaptée, rapidement.
- En matière de santé mentale et face à l'augmentation des tentatives de suicide et d'automutilation chez les jeunes, l'Assurance Maladie souhaite s'appuyer sur les résultats positifs des expérimentations mises en œuvre dans le cadre de l'article 51 pour agir sur deux

leviers – clés pour cette classe d'âge : **réduire les délais d'accès aux soins spécialisés et proposer des prises en charge adaptées.** La proposition de l'Assurance Maladie consiste ainsi à renforcer et étendre les modèles innovants de soins intégrés (Sesame, DIPPE, DSPP enfants), mobilisant notamment des médecins généralistes, des infirmiers et des psychiatres, chez les enfants et adolescents.

Axe n°2 - Prendre en charge au bon endroit et au bon moment les malades chroniques, un enjeu majeur pour améliorer la qualité des parcours de soins

Pour les personnes atteintes de maladies chroniques, la proximité et la coordination des soins sont essentielles. L'Assurance Maladie considère que la médecine de ville est le socle du parcours de soins de ces patients, permettant que chacun soit pris en charge au bon moment, au bon endroit, avec le bon professionnel. Les enjeux sont pluriels : éviter des recours non pertinents à des niveaux de prise en charge plus spécialisés, plus contraignants pour les patients et moins efficaces pour le système de santé.

Remettre le patient au cœur de sa prise en charge

L'amélioration des soins en ville passe aussi par une meilleure prise en compte de l'expérience des patients. Leur vécu constitue un levier important pour améliorer la qualité des soins et mieux répondre aux besoins réels. L'Assurance Maladie dispose d'atouts importants pour accélérer cette dynamique en France, notamment grâce au recueil de l'expérience patient déjà engagé dans les expérimentations menées avec les maisons de santé pluriprofessionnelles (PEPS et IPEP).

Faire face au vieillissement de la population

Alors que d'ici 2035, les personnes de plus de 75 ans devraient représenter 13,5 % de la population, l'Assurance Maladie identifie des mesures concrètes pour favoriser le vieillissement en bonne santé :

- Déployer une campagne de vaccination contre les pneumocoques chez les personnes âgées : cet enjeu est majeur dans cette population exposée, avec environ 250 000 hospitalisations et plusieurs milliers de décès par an, pour un coût estimé entre 2,7 et 3,4 milliards d'euros chaque année. Or, aujourd'hui, la couverture vaccinale demeure faible (-20% des + de 65 ans) et nécessite d'être significativement accrue.
- Étendre Mon soutien psy aux personnes âgées sous traitement par benzodiazépines, afin de mieux répondre à leurs besoins psychiques. Aujourd'hui, un quart des personnes de 65 ans et plus a bénéficié d'un remboursement de benzodiazépines dans l'année. Le rapport recommande également de favoriser le diagnostic précoce des maladies neurodégénératives en ville, pour intervenir avant que les situations se dégradent.
- Développer des hébergements temporaires via les agences régionales de santé, pour fluidifier le parcours de soins des personnes âgées sortant de SMR et favoriser le retour à domicile.

En effet, les parcours de soins des personnes âgées sont encore trop souvent marqués par des ruptures de prise en charge et des engorgements en établissement, génératrices à la fois de risques pour la santé et de coûts plus élevés.

Enfin, le rapport apporte un éclairage inédit sur l'activité hospitalière. Entre 2017 et 2023, le volume de soins par lit a légèrement reculé pendant l'épidémie de Covid (baisse de -0,5 %) mais n'a pas retrouvé son niveau antérieur. Si les établissements de santé importants ont mieux résisté, ceux d'une taille plus limitée, connaissent un recul plus durable, lié notamment à une patientèle plus âgée et à des séjours plus longs. L'enjeu est ainsi de positionner de manière adaptée le rôle de ces établissements en articulant davantage leurs activités avec les professionnels en ville, le secteur médico-social et les autres acteurs hospitaliers pour assurer une gradation des soins et permettre des parcours plus efficaces et cohérents.

Axe n°3 - Des actions structurantes pour payer le juste soin au juste prix

Pour rétablir une dynamique de dépenses soutenable pour la collectivité, des actions fortes doivent être prises dès à présent, avec une exigence : financer le juste soin au juste prix. S'appuyant sur des analyses médico-économiques, le rapport met en évidence la nécessité de transformations structurelles, tant sur les produits de santé que sur les actes de certaines professions de santé.

La régulation des dépenses de médicaments au cœur de la stratégie d'efficience

Avec le vieillissement de la population, la hausse des maladies chroniques et l'arrivée de traitements innovants, les dépenses de médicaments remboursées par l'Assurance Maladie continuent d'augmenter fortement : particulièrement en oncologie qui représente un quart des dépenses de médicaments et en est le principal moteur de croissance. Ainsi, les dépenses nettes de médicaments anticancéreux ont atteint 7,1 milliards d'euros en 2024, soit une hausse de 10,2% par an sur cinq ans. Parallèlement, les analyses réalisées montrent que 80% des nouvelles molécules en oncologie bénéficient d'un ASMR V, soit une amélioration du service médical rendu mineure ou inexistante.

Afin d'optimiser la prescription de ces innovations thérapeutiques, l'Assurance Maladie propose une approche plus ciblée :

- privilégier les traitements les plus efficaces ;
- réduire l'intensité ou la durée de certains protocoles sans perte de chance pour le patient ;
- mieux adapter les prises en charge aux personnes âgées atteintes de cancer.

Ainsi, la mise en place de cette logique de désescalade thérapeutique, expérimentée par l'Institut Gustave Roussy dans le cadre de plusieurs essais, permet d'améliorer la qualité de vie des patients tout en limitant les effets indésirables.

D'une façon plus générale, plus les patients avancent en âge, plus les traitements se cumulent, avec des effets parfois lourds sur leur qualité de vie. C'est pourquoi l'Assurance Maladie recommande de favoriser la déprescription, en ville comme à l'hôpital, en mettant à disposition des professionnels de santé des outils dédiés, ou encore par la mise en place d'une consultation dédiée pour faire le point sur les médicaments, au moment de l'entrée en EHPAD.

Poursuivre les efforts en matière de prévention et de maîtrise des arrêts de travail

Le dynamisme particulièrement marqué des indemnités journalières pour accidents du travail et maladies professionnelles (+30 % en 5 ans) s'explique principalement par la hausse de la durée de ces arrêts. Le rapport formule plusieurs propositions pour renforcer la prévention et le suivi de ces arrêts longs. Dans un contexte de forte croissance des accidents de trajet depuis 2022, l'Assurance Maladie soutient également l'extension de l'obligation du port du casque à vélo pour les plus de 12 ans.

Lutte contre les fraudes : une mobilisation fructueuse qui doit se poursuivre

En 2025, la lutte contre les fraudes à l'Assurance Maladie a franchi un nouveau cap, avec près de 723 millions d'euros de préjudices financiers détectés et stoppés, un résultat inédit témoin de l'efficacité des dispositifs de contrôle et de détection qui doit se poursuivre. Le rapport propose d'aller plus loin dans la sécurisation du système actuel de facturation et de prescription, en poursuivant la dématérialisation des flux, en encadrant les délais de facturation ou encore en conditionnant le tiers-payant à la présentation de la carte Vitale.

Axe n°4 – Les DROM : des enjeux majeurs de santé publique, qui appellent à une mobilisation forte et adaptée aux contextes locaux

L'Assurance Maladie a souhaité, dans cette édition pour 2027, réaliser un focus dédié sur la situation sanitaire dans les départements et régions d'outre-mer.

Bien que les réalités sanitaires soient contrastées, ces territoires présentent des indicateurs de santé moins favorables qu'en France hexagonale et sont confrontés à des vulnérabilités spécifiques manifestes (risques climatiques et épidémiques accrus, accès aux soins parfois plus difficile en lien avec leur insularité et éloignement, taux de pauvreté 2 à 4 fois supérieur à l'hexagone, maladies infectieuses plus présentes...). Ils connaissent notamment une prévalence deux fois plus élevée du diabète traité de type 2, une santé mentale plus dégradée (près de 4 jeunes sur 10 présentent des troubles dépressifs), une exposition accrue à certains facteurs de risque comme la consommation excessive de sucres, ainsi qu'une participation plus faible aux actions de dépistage et de vaccination.

Afin de répondre à ces enjeux majeurs et à garantir l'équité dans l'accès aux soins, l'Assurance Maladie consacre plus d'une dizaine de propositions fortes, pour améliorer la prévention et l'organisation des soins :

- Alignement strict des taux de sucres présents dans les produits commercialisés dans les Drom avec ceux distribués en France hexagonale
- Lancement d'un grand Plan Diabète dans les départements et régions d'outre-mer, à l'instar de celui déployé sur La Réunion
- Renforcement dédié du dispositif Mon soutien Psy et adaptation aux spécificités locales
- Actions combinées et innovantes en matière de santé sexuelle, en lien avec les acteurs de terrain
- Amélioration de la participation aux dépistages précoces (cancers notamment)
- Prévention vers les enfants : périnatalité, surpoids et obésité, addictions.

Poursuivre les efforts collectivement pour assurer la soutenabilité des dépenses de l'Assurance Maladie à l'horizon 2030

Le précédent rapport Charges et Produits avait fixé une trajectoire claire et ambitieuse : assurer une évolution des dépenses et des recettes au rythme de la richesse nationale à l'horizon 2030, ce qui implique de réaliser 3,9 milliards d'euros d'économies par an.

Le rapport documente donc ce même objectif de 3,9 mds d'€ en mobilisant l'ensemble des leviers : amélioration de la pertinence de soins, lutte contre les fraudes, renforcement de la prévention, régulation des prix et des tarifs et encouragement à la juste prescription du médicament.

Le respect de cette trajectoire exige une articulation renforcée avec les organismes complémentaires (AMC), sur la prévention comme en matière de lutte contre les fraudes.

Le rapport évoque ainsi la nécessité de poursuivre les efforts engagés pour garantir l'accès à une complémentaire santé. Dans ce cadre, il est proposé que les organismes complémentaires puissent promouvoir un contrat socle, contrat garantissant uniquement les garanties minimales du contrat responsable. Cette proposition s'inscrit dans le cadre des travaux plus globaux engagés sur le contenu des contrats responsables.

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

Etablissement public national à caractère administratif, sous la double tutelle du ministère des Solidarités et de la Santé (chargé de la Sécurité sociale) et du ministère de l'Action et des Comptes publics, la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) gère, au niveau national, les branches Maladie et Accidents du travail / Maladies professionnelles du régime général de Sécurité sociale.

Avec plus de 2 200 salariés, elle constitue la tête de pont opérationnelle du régime d'assurance maladie obligatoire en France. Elle pilote, coordonne, conseille et appuie l'action des organismes locaux qui composent son réseau (CPAM, Ugecam, Carsat, CGSS...). Elle mène les négociations avec les professionnels de santé au sein de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam). Elle concourt ainsi, par les actions de gestion du risque ou les services en santé qu'elle met en œuvre, à l'efficacité du système de soins et au respect de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). Elle participe également à la déclinaison des politiques publiques en matière de prévention et informe chaque année ses assurés pour les aider à devenir acteurs de leur santé.

Contact presse :

Agence Hopscotch : cnam-presse@hopscotch.fr – 06 70 35 19 83

Service de presse Cnam : presse.cnam@assurance-maladie.fr