



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

LES DÉTERMINANTS DE LA CROISSANCE DES DÉPENSES DE SANTÉ DE 2015 À 2023 : UNE ANALYSE MÉDICALISÉE

Points de repère n°56 – juillet 2025

Pauline Barthélémy, Victor Bret, Panayotis Constantinou, Gonzague Debeugny, Pierre Denis, Dimitri Lastier, Thomas Lesuffleur, Corinne Mette, Muriel Nicolas, Laurence Pestel, Antoine Rachas, Martine Thomas (Cnam)

En 2023, les dépenses de santé remboursées par l'Assurance Maladie ont atteint 202,5 milliards d'euros et ont concerné 67,4 millions de personnes. Depuis 2015, ces dépenses ont augmenté de 49,6 milliards d'euros. Les effectifs concernés ont augmenté de 3,1 millions sur cette période. Parallèlement, la dépense individuelle moyenne est en nette augmentation sur les dernières années.

La dépense la plus importante en 2023 concerne les hospitalisations hors pathologies repérées (+ 44,9 milliards d'euros). Son évolution, également la plus importante (+ 3,7 milliards d'euros), dépend autant de l'évolution des effectifs que de celle de la dépense individuelle. Les plus fortes baisses quant à elles concernent celles en lien avec le Covid-19.

Trois pathologies contribuent à 41 % des dépenses remboursées totales. Les cancers, avec une dépense totale de 27 milliards d'euros en 2023, concernent principalement la prise en charge de la phase active. Les maladies et traitements cardio-neurovasculaires représentent une dépense totale de 29 milliards d'euros, dont 59 % concernent les seules maladies cardio-neurovasculaires chroniques. Enfin, les maladies et traitements psychiatriques, avec 27,8 milliards d'euros de dépense remboursée totale, concernent aux deux tiers les maladies psychiatriques. Les dépenses totales de ces pathologies, lorsqu'elles sont considérées comme chroniques (ou sous surveillance pour les cancers), s'expliquent davantage par des effectifs élevés. Alors qu'en phase aiguë (active pour les cancers), c'est davantage l'évolution à la hausse des dépenses individuelles liées notamment à la prise en charge hospitalière qui explique leur évolution et leur niveau.

INTRODUCTION

Dans un contexte de contraintes financières croissantes, l'identification des pathologies les plus fréquemment traitées et les plus coûteuses est essentielle. Elle permet de mieux comprendre les mécanismes déterminant le niveau des dépenses de santé et leurs évolutions et de prioriser les actions visant à améliorer la résilience de notre système de santé, telles que les actions de prévention ou de réorganisation des soins.

Grâce aux nombreuses informations individuelles renseignées dans le système national des données de santé (SNDS), la cartographie des pathologies et des dépenses décrit les enjeux économiques en lien avec 58 pathologies regroupées en 19 catégories, traitements chroniques et épisodes de soins (tels que la maternité) et leur évolution au cours du temps (**encadré 1**)¹ : quelles sont les pathologies les plus fréquemment prises en charge par le système de santé ? Quelles ressources financières sont mobilisées

pour assurer ces soins ? Comment les dépenses progressent-elles ? Ces évolutions sont-elles liées au nombre de patients soignés ou à des changements dans les traitements et les processus de soins ? Quel est l'effet des innovations médicamenteuses sur le nombre de patients traités et les dépenses ? Quels sont les impacts des actions de régulation mises en oeuvre ?

Le Points de repère répond à ces questions pour une période d'observation allant de 2015 à 2023. Une première partie décrit les effectifs et les dépenses associées pour la prise en charge des différentes pathologies en 2023, suivie d'une deuxième partie sur leurs évolutions entre 2015 et 2023. Enfin, une troisième partie présente en détail les résultats relatifs aux cancers, aux maladies cardio-neurovasculaires (MCV) et aux maladies et traitements psychiatriques, représentant 84 milliards d'euros, soit 41,5 % de l'ensemble des dépenses.

¹ Depuis 2022, les données de la cartographie sont accessibles au grand public à travers la plateforme Data pathologies : <https://data.ameli.fr/pages/data-pathologies/>

Éléments clés de la méthode, dernières évolutions de la cartographie et précautions d'interprétation

Éléments clés de la méthode

Tous les régimes d'assurance maladie sont inclus (67,4 millions de personnes en 2023).

Seules les personnes ayant au moins une consommation de soins dans l'année sont incluses. Cela peut avoir des conséquences sur l'estimation de la prévalence des pathologies si un patient souffrant d'une pathologie ne consomme pas de soins dans l'année.

La période d'analyse couvre les années 2015 à 2023. L'exploitation des années antérieures n'est pas possible en raison de l'absence d'informations sur les affections de longue durée (ALD) avant 2014 pour certains régimes.

58 pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins, regroupés en 18 catégories, sont repérés. Une 19^e catégorie concerne les personnes n'ayant aucune des pathologies et aucun des traitements chroniques ou épisodes de soins décrits dans les 18 catégories précédentes.

Les dépenses considérées sont les dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire (AMO) individualisables, c'est-à-dire rattachables aux soins d'un individu.

La totalité de ces dépenses est répartie entre les pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins définis, sans double compte.

Chaque poste de dépenses est réparti entre ces pathologies, soit directement pour chaque individu si un diagnostic est renseigné pour ce poste (séjours hospitaliers, indemnités journalières pour maternité), soit par pondération entre les pathologies de chaque combinaison de pathologies possible dans le cas contraire (soins de ville notamment).

La méthodologie de la cartographie évolue constamment. Les principales évolutions de cette version sont :

- ajout des actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) aux algorithmes repérant la maladie coronaire chronique, les séquelles d'accident vasculaire cérébral, les artériopathies périphériques, les troubles du rythme ou de la conduction cardiaque, les maladies valvulaires, l'embolie pulmonaire ;
- modifications sur les algorithmes des cancers :
 - ajout des conditions sur le sexe pour les cancers suivants : col de l'utérus, corps de l'utérus, ovaires, organes génitaux féminins sans précision, organes génitaux masculins sans précision. Dans le détail des « autres cancers », les éventuels cas de cancers d'organes féminins chez des hommes ou l'inverse sont classés parmi les cancers « non classés ailleurs ».
 - Ajout à l'algorithme « autres cancers » des codes en B21 (Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de tumeurs malignes), D48.30 (Téatome sacro-coccygien [dysembryome]), D45 (Polyglobulie essentielle), D46 (Syndromes myélodysplasiques), D47.1 (Maladie myéloproliférative (chronique)), D47.2 (Gammopathie monoclonale de signification indéterminée [GMSI]), D47.3 (Thrombocytemie essentielle (hémorragique)), D47.4 (Ostéomyélobiose), D47.5 (Leucémie chronique à éosinophiles [syndrome hyperéosinophilique]);
 - désormais, tout traitement anticancéreux fait basculer un cancer en phase active de traitement, indépendamment de l'indication.
 - Les cancers « sans précision » sont désormais reclassés dans les localisations précisées lorsqu'un cancer de localisation précisée est repéré par ailleurs. Si ce cancer était en surveillance et que le cancer sans précision était actif, le cancer est considéré actif.
- Ajout du ténofovir seul aux traitements spécifiques de l'hépatite B (maladies du foie) en s'assurant qu'il n'y a pas de traitement spécifique du VIH par ailleurs ;
- Ajout de la rente d'incapacité permanente aux prestations en espèces.

Précautions dans l'interprétation des résultats

L'interprétation des résultats de la cartographie nécessite certaines précautions. Premièrement, les différentes versions de la cartographie ne sont pas comparables, en raison notamment des améliorations apportées au système d'information, aux algorithmes de repérage des pathologies et à la méthode d'affectation des dépenses aux pathologies, et en raison des dépenses qui deviennent individualisables et qu'on peut alors associer à la prise en charge d'un patient ou l'inverse.

Deuxièmement, le champ des dépenses de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et celui de la cartographie des pathologies et des dépenses ne sont pas strictement superposables (**encadré 3**).

Troisièmement, de 2020 à 2022, et particulièrement en 2021 pour laquelle l'effet Covid a été important, les coûts supplémentaires imputables à la pandémie, en particulier les tests antigéniques réalisés en pharmacie, la vaccination réalisée en dehors des centres de vaccination et les actes réalisés en laboratoire, tels que les PCR (polymerase chain reaction, réaction de polymérisation en chaîne), accroissent de manière importante les dépenses associées à chacune des pathologies. Néanmoins, cette dépense additionnelle varie en fonction des pathologies. Il est probable que les recours aux autotests et à la vaccination étaient plus ou moins fréquents selon les pathologies, du fait des recommandations des autorités sanitaires et des comportements des patients et des professionnels de santé. La part des dépenses de soins de ville ainsi imputable à la prise en charge du Covid-19 a été estimée en 2021 à 9 % des dépenses de soins de ville et 3,9 % de la dépense totale (respectivement 5,7 % et 2,5 % en 2022). Aussi, il conviendra de garder à l'esprit ces estimations lors de l'interprétation des montants remboursés par pathologie pour ces deux années.

LES PRINCIPALES PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE EN 2023 ET LEUR COÛT

La dépense totale remboursée : 202,5 milliards d'euros en 2023

En 2023, 202,5 milliards d'euros ont été remboursés par l'ensemble des régimes pour la prise en charge de près de 67,4 millions de personnes (**figure 1**). Les pathologies et traitements chroniques (**encadré 2**) représentent 60 % de cette dépense (environ 126 milliards d'euros) et concernent 37 % de la population (soit près de 25 millions de personnes pour l'ensemble des régimes) (**figure 5**). À l'opposé, 54 % de la population a reçu des soins sans avoir de pathologie repérée par les algorithmes de la cartographie. Les 9 % restant concernent la maternité, les hospitalisations pour Covid-19, les hospitalisations hors pathologies repérées et les traitements antalgiques ou anti-inflammatoires.

Quatre catégories de pathologies représentent plus de la moitié des dépenses remboursées :

- la part la plus importante concerne les hospitalisations hors pathologies repérées² : 44,9 milliards d'euros, soit 22 % des dépenses totales;

- la santé mentale, si l'on regroupe les maladies psychiatriques et les traitements chroniques par psychotropes (dont les anxiolytiques et les hypnotiques), représente 27,8 milliards d'euros, soit 14 % des dépenses totales, dont les deux tiers concernent les maladies psychiatriques³;
- la prise en charge des MCV atteint 29 milliards d'euros, soit 14 % des dépenses totales, dont 17,1 milliards d'euros sont affectés aux MCV chroniques, c'est-à-dire sans événement aigu dans l'année;
- la prise en charge des cancers atteint 27 milliards d'euros, soit 13 % des dépenses totales, dont 24,7 milliards d'euros pour la prise en charge des cancers en phase active de traitement.

² Voir la définition dans l'encadré 2 : Description synthétique des catégories de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins de la cartographie des pathologies et des dépenses.

³ C'est-à-dire identifiées par un diagnostic dans les données. Les personnes ayant un traitement chronique par psychotrope ont très probablement une maladie psychiatrique mais non identifiable. Voir encadré 2 : Description synthétique des catégories de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins de la cartographie des pathologies et des dépenses

Description synthétique des catégories de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins de la cartographie des pathologies et des dépenses

Maladies cardio-neurovasculaires et traitements du risque cardiovasculaire (MCV). Ce groupe comprend les maladies coronaires (dont l'infarctus du myocarde), les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque, l'artériopathie périphérique, les troubles du rythme ou de la conduction, les maladies valvulaires, l'embolie pulmonaire et les autres affections cardiovasculaires. On distingue les pathologies en phases aiguë et chronique (pour une pathologie donnée, seules les personnes n'ayant pas eu d'épisode aigu dans l'année sont considérées comme en phase chronique). Les traitements chroniques du risque cardiovasculaire sont définis par au moins trois délivrances d'antihypertenseurs ou d'hypolipémiants, en excluant les personnes avec une maladie cardiovasculaire, un diabète et une insuffisance rénale chronique terminale (traitement dit « hors pathologies »). Il s'agit donc probablement de patients traités pour la majorité en prévention primaire d'événements cardiovasculaires.

Diabète. Quel que soit le type de diabète, 1 ou 2.

Cancers. Les plus fréquents (cancers du sein, de la prostate, colorectal et bronchopulmonaire) sont distingués, les autres cancers étant regroupés. On distingue les cancers en phase active de traitement (dits « actifs ») et les cancers en phase de surveillance (dits « sous surveillance »). Pour un cancer donné, une personne ne peut être comptabilisée dans les deux phases la même année.

Maladies psychiatriques et traitements psychotropes. Ce groupe comprend les troubles psychotiques (dont la schizophrénie), les troubles névrotiques et de l'humeur (dont les troubles bipolaires et la dépression), la déficience mentale, les troubles addictifs, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et l'ensemble des autres troubles psychiatriques (de la personnalité ou du comportement). Les traitements psychotropes chroniques (au moins trois délivrances) comprennent les traitements antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, neuroleptiques, anxiolytiques et hypnotiques. Ce sous-groupe exclut les personnes ayant un diagnostic psychiatrique repérable via une hospitalisation ou une affection de longue durée récente (traitement dit « hors pathologies »).

Attention : les traitements nicotiniques de substitution sont pris en compte pour le repérage des troubles addictifs s'ils sont délivrés au moins trois fois dans l'année, afin de cibler les personnes engagées dans une démarche de sevrage tabagique. La facilitation du recours à ces traitements à partir de 2018 peut expliquer au moins partiellement une hausse de prévalence des troubles addictifs sur cette période.

Maladies neurologiques. Ce groupe comprend les démences (notamment la maladie d'Alzheimer), la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, les lésions médullaires, la myopathie et la myasthénie, l'épilepsie et les autres affections neurologiques.

Maladies respiratoires chroniques. Ce groupe comprend notamment, sans toutefois les distinguer, l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive. La mucoviscidose n'est pas incluse dans ce groupe mais dans le groupe ci-dessous.

Maladies inflammatoires ou rares ou infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les maladies inflammatoires comprennent les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, la polyarthrite rhumatoïde (et maladies apparentées), la spondylarthrite ankylosante (et maladies apparentées) et les autres maladies inflammatoires chroniques. Les maladies rares comprennent les maladies métaboliques héréditaires (MMH) et l'amylose, la mucoviscidose, l'hémophilie et les troubles de l'hémostase graves. L'infection VIH fait l'objet d'un groupe séparé au sein de cette grande catégorie.

Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). Elle comprend la dialyse chronique, la transplantation rénale et le suivi de transplantation rénale.

Maladies du foie ou du pancréas. Ce groupe comprend l'ensemble des atteintes du foie et du pancréas, à l'exception de la mucoviscidose et du diabète, qui sont repérés par ailleurs.

Affections de longue durée (ALD) (dont 31 et 32) pour d'autres causes. Personnes avec une ALD autre que les pathologies mentionnées ci-dessus. Les ALD hors liste (n°31) et pour multimorbidité (n°32) sont prises en compte.

Maternité. Femmes de 15 à 49 ans, prises en charge pour le risque maternité à partir du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse jusqu'au 12^e jour après l'accouchement.

Hospitalisations hors pathologies repérées. Ce groupe comprend les personnes ayant eu au moins un séjour dans un établissement de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), de soins médicaux et de réadaptation (SMR) ou en hospitalisation à domicile pour des motifs qui ne correspondent pas aux autres pathologies repérées. Ils peuvent découler de causes infectieuses (pneumonie par exemple), traumatiques, chirurgicales programmées (prothèse de hanche, etc.) ou non (appendicectomie, etc.), exploratoires (coloscopie, etc.), ou des symptômes ou pathologies mal définis.

Hospitalisation pour Covid-19. Ce groupe comprend les personnes avec au moins un séjour en hospitalisation complète pour Covid-19 au cours de l'année, dans un établissement de MCO ou de SMR. Les critères de repérage de ces personnes ont été définis en conformité avec les consignes de codage et les travaux publiés par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih).

Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires. Ce groupe comprend les personnes ayant eu au moins six délivrances dans l'année. Ces traitements peuvent être indiqués pour des pathologies rhumatologiques chroniques (lombalgie, arthrose, etc.), mais aussi pour toute pathologie chronique douloureuse. Cependant, seules les personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins décrits ci-dessus sont considérées dans ce groupe.

Pas de pathologie repérée. Ce groupe comprend les personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins décrits ci-dessus, donc a priori n'ayant que des soins courants, ou des pathologies non repérées par ces algorithmes (maladies infectieuses, traumatismes légers, symptômes divers, etc.). Les algorithmes de repérage des pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins sont détaillés dans le document méthodologique disponible en ligne : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>

Les deux composantes de la dépense totale : la dépense moyenne individuelle et l'effectif de personnes

La dépense remboursée totale est le produit du nombre de personnes traitées et de la dépense moyenne individuelle par patient. L'effectif de patients le plus élevé parmi les 58 pathologies concerne les personnes sans pathologie repérée par les algorithmes, avec 36,2 millions de personnes, quand l'effectif le plus faible concerne l'IRCT avec seulement 101 500 patients concernés (**figure 3**). La dépense moyenne individuelle la plus faible concerne les personnes sans pathologie repérée par les algorithmes avec seulement 380 euros par patient, quand la plus forte concerne l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) avec 45 150 euros par patient (**figure 2**).

Plusieurs groupes de pathologies se distinguent si l'on croise ces deux composantes (**figure 4**)⁴. Les MCV aiguës, les cancers actifs et les maladies psychiatriques présentent une dépense moyenne individuelle parmi

les plus élevées et un nombre de patients faible, alors que les MCV chroniques et les traitements psychotropes ont une dépense moyenne individuelle faible et un nombre de patients relativement élevé. Les hospitalisations hors pathologies repérées se démarquent avec un effectif très élevé (10,4 millions de patients) et une dépense individuelle moyenne élevée (4 340 euros), conférant de ce fait un poids économique important à cette catégorie. Enfin, un dernier groupe de pathologies se distingue avec à la fois une dépense moyenne individuelle et un nombre de patients concernés faibles. Il comprend les maladies du foie et du pancréas, les affections de longue durée pour d'autres pathologies que celles repérées par la cartographie et les cancers sous surveillance.

⁴ En raison d'une dépense individuelle moyenne très élevée dans le cas de l'insuffisance rénale chronique terminale (45 150 euros), cette pathologie n'a pas été représentée dans la Figure 4.

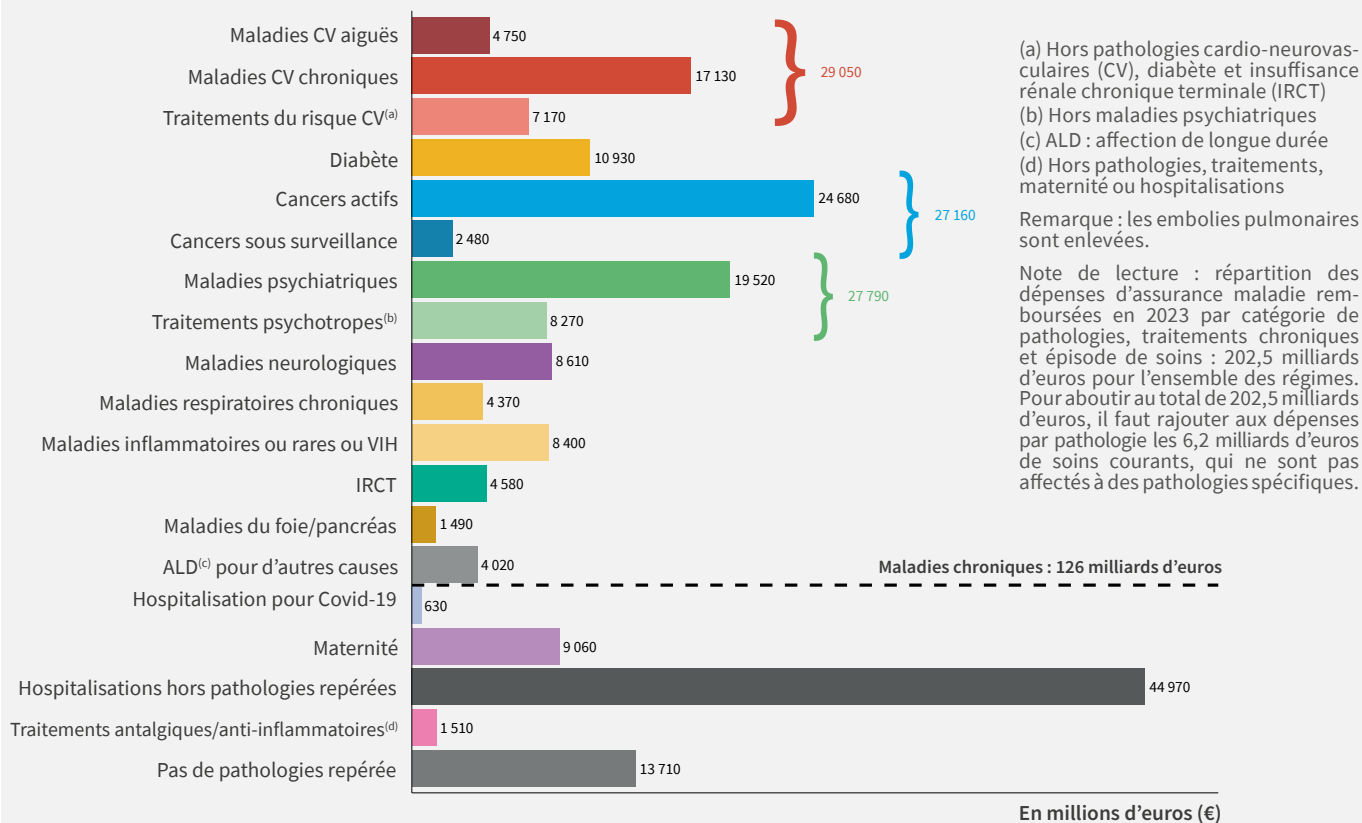
Les grands postes de dépenses (hospitalisations, soins de ville, prestations en espèces)

La structure des dépenses est très différente selon les pathologies considérées (figure 5). Ainsi, les dépenses hospitalières sont prépondérantes pour les MCV aigus (81 %), l'IRCT (69 %), les maladies psychiatriques (65 %) et les cancers actifs (63 %) et expliquent les niveaux élevés de la dépense moyenne individuelle pour ces pathologies. Ces dépenses sont aussi logiquement importantes pour les hospitalisations pour Covid-19 (84 % de la dépense individuelle moyenne⁵).

Les soins de ville représentent la majorité des dépenses affectées au diabète (81 % de la dépense moyenne par individu), au traitement du risque vasculaire en prévention primaire (71 %), aux « maladies inflammatoires ou rares ou infection par le VIH » (75 %), aux cancers sous surveillance (64 %), aux personnes sans pathologie repérée (59 %), aux maladies respiratoires chroniques (59 %) et aux maladies neurologiques (61 %). Enfin, les prestations en espèces⁶ ont un poids important dans les dépenses en lien avec la maternité (43 %) ou pour les traitements chroniques par psychotropes (48 %) ou par antalgiques ou anti-inflammatoires (45 %).

FIGURE 1

Répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins, en 2023 (202,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes)



(a) Hors pathologies cardio-neurovasculaires (CV), diabète et insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)
 (b) Hors maladies psychiatriques
 (c) ALD : affection de longue durée
 (d) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Remarque : les embolies pulmonaires sont enlevées.

Note de lecture : répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées en 2023 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisode de soins : 202,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes. Pour aboutir au total de 202,5 milliards d'euros, il faut rajouter aux dépenses par pathologie les 6,2 milliards d'euros de soins courants, qui ne sont pas affectés à des pathologies spécifiques.

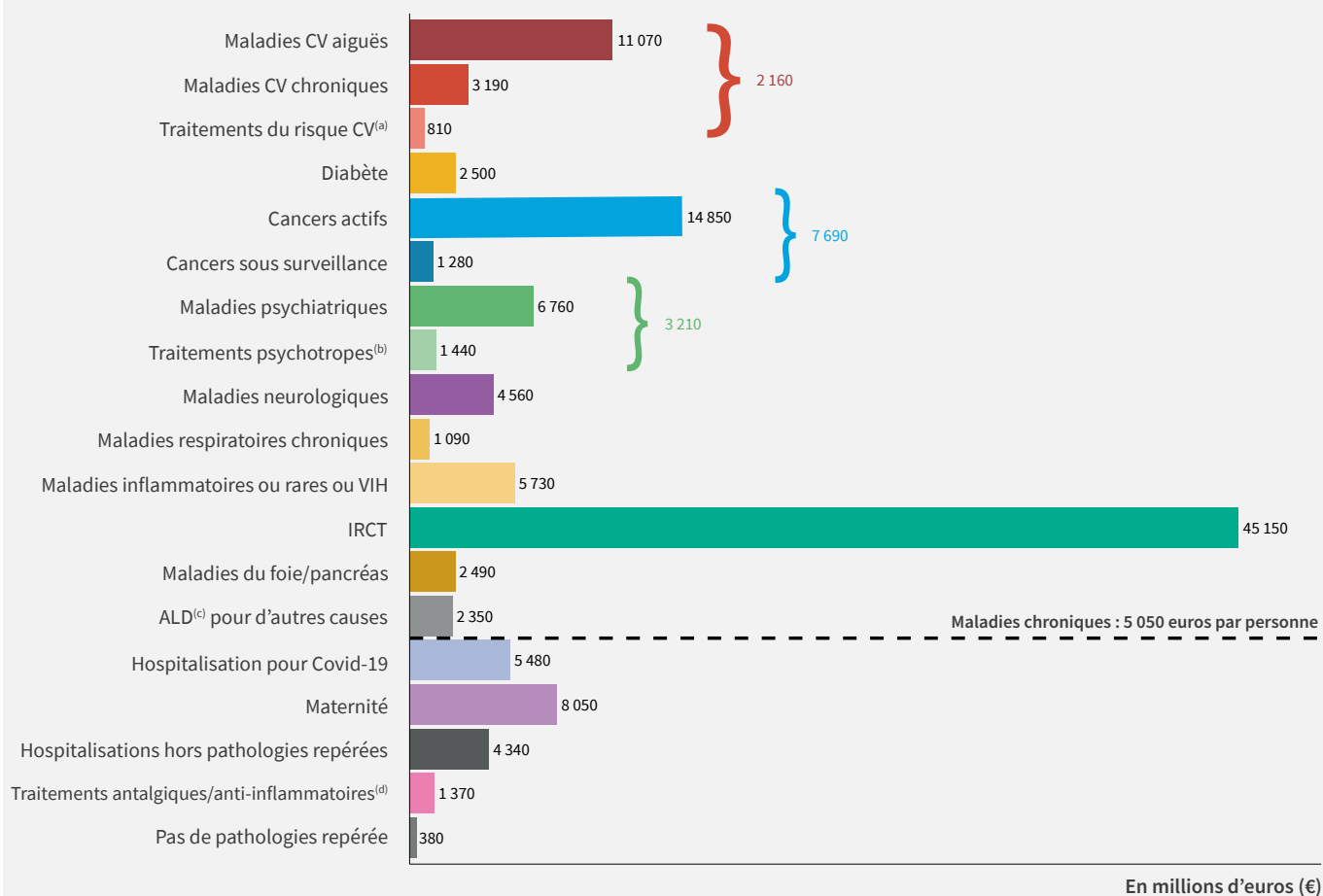
Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2025)

⁵ Les proportions indiquées seraient exactement les mêmes en considérant la dépense totale plutôt que la dépense moyenne individuelle.

⁶ La composition détaillée des postes de dépenses est disponible en ligne : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>. Les prestations en espèces comprennent les indemnités journalières versées en cas de maladie, d'accident du travail ou maladie professionnelle, l'assurance maternité et les pensions d'invalidité.

FIGURE 2

Répartition de la dépense moyenne individuelle remboursée par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins, en 2023 (3 010 euros en moyenne par bénéficiaire)



(a) Hors pathologies cardio-neurovasculaires (CV), diabète et insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)

(b) Hors maladies psychiatriques

(c) ALD : affection de longue durée

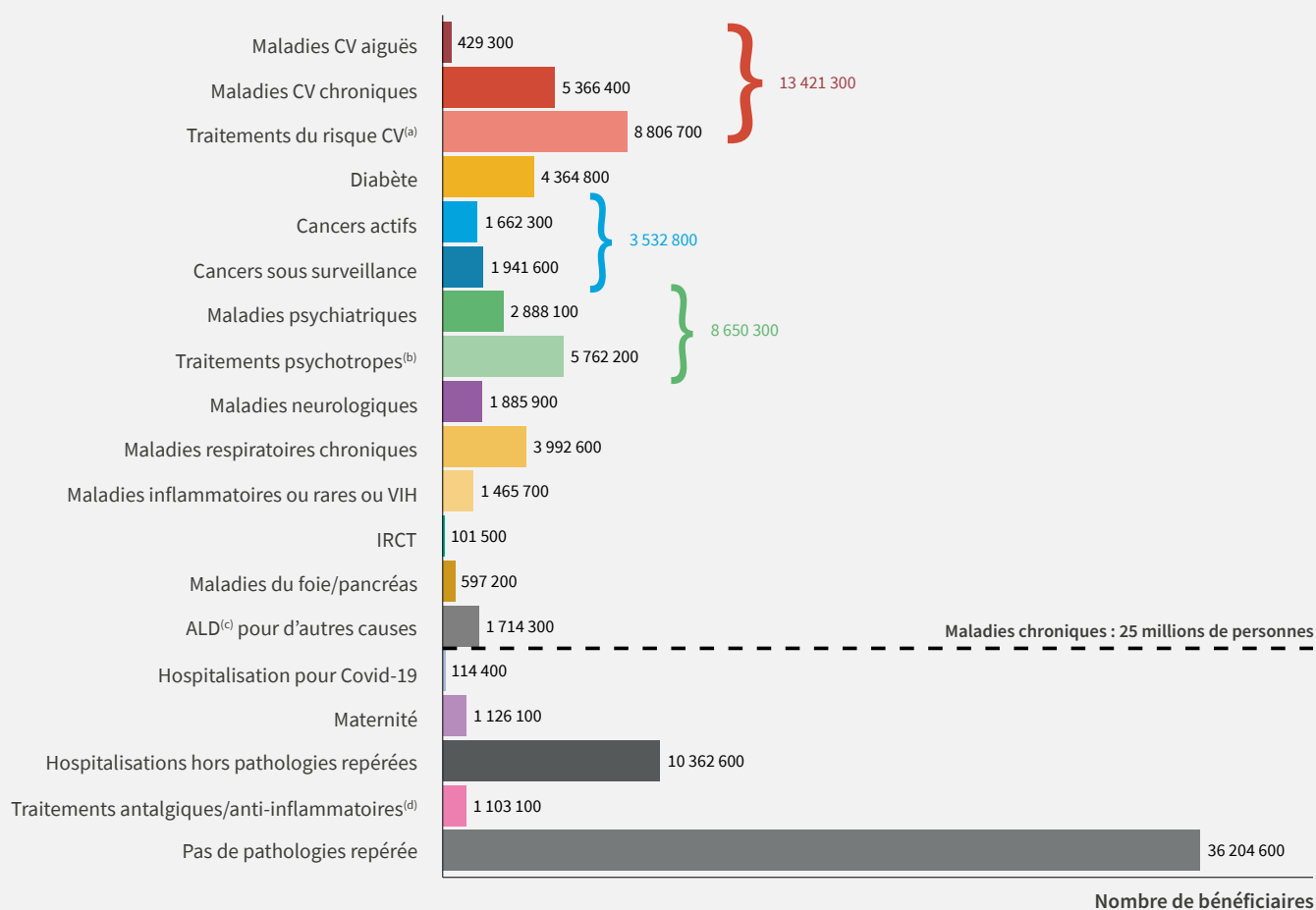
(d) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Remarque : les embolies pulmonaires sont enlevées.

Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2025)

FIGURE 3

Nombre de bénéficiaires pris en charge pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins, en 2023 (67,4 millions de personnes au total)



(a) Hors pathologies cardio-neurovasculaires (CV), diabète et insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)

(b) Hors maladies psychiatriques

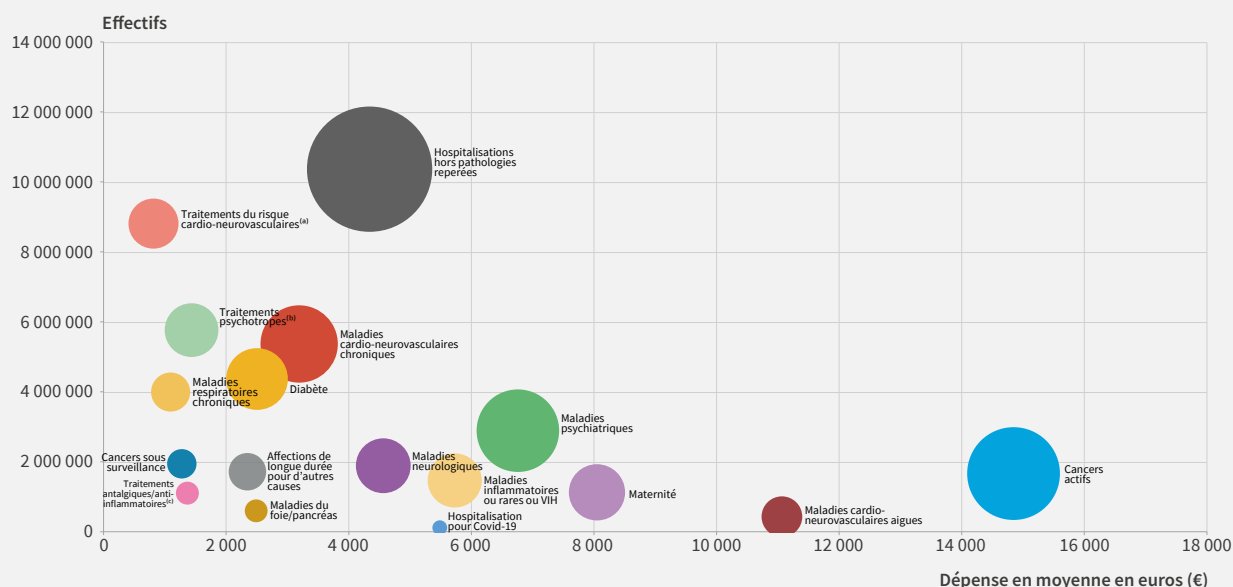
(c) ALD : affection de longue durée

(d) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2025)

FIGURE 4

Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins, en 2023



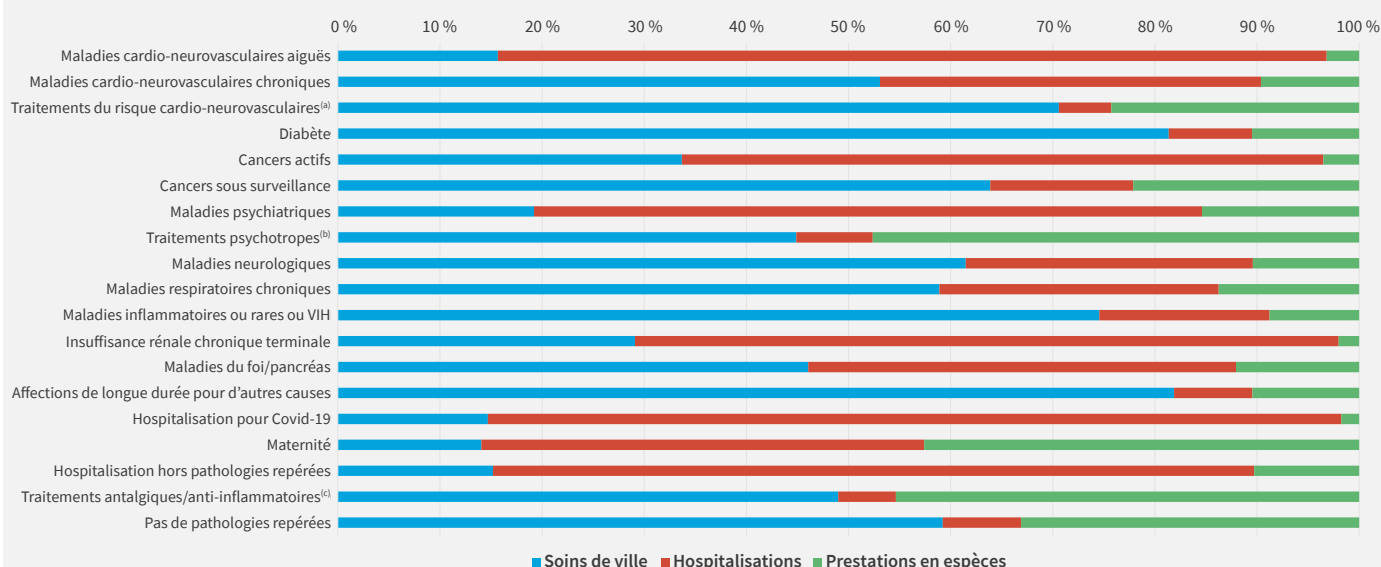
- (a) Hors pathologies cardio-neurovasculaires (CV), diabète et insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)
 (b) Hors maladies psychiatriques
 (c) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses remboursées.

Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2025)

FIGURE 5

Structure des dépenses individuelles moyennes remboursées pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins, en 2023, en pourcentage



- (a) Hors pathologies cardio-neurovasculaires (CV), diabète et insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)
 (b) Hors maladies psychiatriques
 (c) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2025)

LES FACTEURS D'ÉVOLUTION DES DÉPENSES PAR PATHOLOGIE

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

- les modifications de recours aux soins, de la prise en charge, de l'organisation des soins ou des tarifs entraînant des évolutions des dépenses moyennes individuelles par patient;

- l'augmentation du nombre de personnes assurées et le vieillissement de la population, conduisant à une augmentation de la fréquence des maladies chroniques et de la polypathologie.

Une augmentation de l'effectif total entre 2015 et 2023, mais une diminution sur la dernière année pour atteindre 67,4 millions de personnes

Le nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins a augmenté de 3,1 millions entre 2015 (64,3 millions) et 2023 (67,4 millions), soit + 0,6 % par an en moyenne. Les effectifs de patients atteints de maladies chroniques selon la définition de la cartographie sont de 25 millions en 2023 (+ 434 000 relativement à 2022 et + 2,0 millions relativement à 2015).

Les évolutions annuelles du nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins diffèrent fortement selon la période considérée. Jusqu'en 2019, l'évolution des effectifs était relativement constante, elle oscillait entre + 0,3 % et + 0,8 %. Entre 2019 et 2020, la première période de confinement ayant fortement limité les possibilités de consultation, cette évolution était beaucoup moins importante avec seulement + 0,1 %, et on dénombrait en 2020 65,6 millions de personnes. En 2021, le nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins a fortement augmenté (+ 4,25 %, correspondant à 2,8 millions de personnes supplémentaires). Cette forte évolution s'explique par l'augmentation tendancielle de l'effectif de la population et par une augmentation du nombre

de personnes ayant eu recours à des soins, soit du fait de la reprise d'un suivi médical, soit d'un rattrapage de soins non réalisés en 2020, soit de soins liés au Covid-19 (principalement tests et vaccinations) chez des personnes qui n'auraient pas eu recours aux soins en l'absence de pandémie. En 2022, l'effectif continue d'augmenter mais de manière marginale cette fois (+0,65 %), traduisant vraisemblablement la moindre intensité de l'épidémie de Covid-19 en 2022 comparativement aux années 2020 et 2021 (nombreux cas liés au variant Omicron en début d'année 2022, mais avec moins d'hospitalisations). Le nombre de personnes estimées⁷ n'avoir consommé que des soins de ville en lien avec le Covid-19 en 2021 était de 2,0 millions et de 1,3 million en 2022. Enfin, en 2023, les effectifs de personnes prises en charge diminuent fortement (-2,1 %). Cette évolution s'explique par la régression nettement marquée de la pandémie de Covid-19, avec des soins de ville uniquement en lien avec l'épidémie dispensés à moins de patients (seulement 94 600 en 2023). L'année 2023 signe le retour à des effectifs de patients pris en charge attendus au vu de la tendance observée entre 2015 et 2019⁸.

Une augmentation de la dépense totale de 49,6 milliards d'euros en 8 ans, marquée par un léger ralentissement en 2023 malgré une dépense individuelle moyenne en nette augmentation

Entre 2015 et 2023, les dépenses remboursées totales dans le champ de la cartographie pour l'ensemble des régimes ont augmenté de 49,6 milliards d'euros (soit + 32,5 % en 8 ans, + 3,6 % par an en moyenne). De fortes disparités sont observées dans les évolutions annuelles de ces dépenses. Elles étaient supérieures à + 2,0 % avant la pandémie et atteignent jusqu'à + 11,3 %

en 2021 (correspondant à + 19 milliards d'euros), pour ralentir en 2022 (+ 3,7 %, soit + 6,8 milliards d'euros). En 2023, elles restent à un niveau élevé et continuent d'augmenter avec + 8,5 milliards d'euros, soit + 4,4 %. La dépense moyenne individuelle se situe à 3 010 euros en 2023, soit + 6,6 % relativement à 2022 et + 26,4 % relativement à 2015.

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

⁸ Estimation réalisée par la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam).

La **figure 6** présente l'évolution, entre 2015 et 2023, de la dépense totale remboursée pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins, avec les évolutions annuelles des effectifs et de la dépense moyenne individuelle. De manière cohérente avec ce qui précède, le premier constat est la tendance à la hausse de la dépense remboursée totale, sur la totalité de la période, pour la quasi-totalité des pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins. Les pathologies qui contribuent le plus à l'accroissement de + 32,5 % de la dépense entre 2015 et 2023 sont les cancers actifs (+10,5 milliards d'euros en 8 ans, soit 21,3 % de l'augmentation totale), les hospitalisations hors pathologies repérées (18,4 %), les maladies psychiatriques (10,0 %) et les maladies cardiovasculaires chroniques (9,7 %).

Pour la majeure partie des pathologies, on observe que le niveau de la dépense totale stagne, voire diminue, en 2020, pour rebondir fortement à la hausse dès 2021, probablement en raison du rattrapage de soins non réalisés en 2020 et de l'intégration des coûts de prise en charge des soins de ville liés au Covid-19 (dépistage et vaccination). En 2022 et 2023, ces tendances se poursuivent, mais toutefois à des rythmes moindres. Les dépenses affectées aux maladies du foie et du pancréas connaissent une évolution de leur dépense légèrement différente. Elles diminuent en effet jusqu'en 2020, du fait des nouveaux traitements antiviraux de l'hépatite C, avec une baisse des effectifs (le traitement est curatif) et des prix (baisses de tarifs sur la période) pour les patients nouvellement traités⁹, pour stagner jusqu'en 2022, puis entamer une légère hausse à partir de 2023.

Les traitements antalgiques et anti-inflammatoires se distinguent avec une dépense totale qui augmente depuis la pandémie, alors qu'elle diminuait entre 2016

et 2020 du fait d'une baisse des effectifs. Avant 2020, les nombreuses actions mises en place pour lutter contre le mésusage de la codéine chez les jeunes ont effectivement contribué à la baisse du nombre de personnes traitées (recommandations¹⁰, communication auprès des médecins, pharmaciens et familles, et modification de la réglementation : tous ces médicaments sont délivrés sur prescription uniquement depuis juillet 2017)¹¹. En 2021 et 2022, on assiste à un rebond des effectifs, puis à une diminution en 2023. Quant à la dépense moyenne individuelle, elle a suivi une trajectoire opposée : diminution en 2021 et 2022, puis augmentation en 2023.

Les plus fortes évolutions à la hausse répertoriées en 2023, relativement à 2022, concernent les hospitalisations hors pathologies repérées (+ 3 707 millions d'euros), les cancers actifs (+ 2 406 millions d'euros), les maladies cardiovasculaires chroniques (+ 1 109 millions d'euros), les maladies psychiatriques (+ 1 014 millions d'euros), les personnes sans pathologies repérées par les algorithmes (+ 875 millions d'euros) ou encore les hospitalisations pour Covid-19 (+ 754 millions d'euros).

Pour les cancers, qu'ils soient actifs ou sous surveillance, la hausse de la dépense totale (respectivement + 2 406 millions d'euros et + 72 millions d'euros, soit + 10,8 % et + 3,0 %) s'explique par une évolution proportionnellement plus importante de la dépense moyenne individuelle (+7,5 % et + 3,7 %) que des effectifs (+ 3,1 % et - 0,7 %). Inversement, pour les traitements du risque cardiovasculaire, l'évolution des effectifs est plus importante en proportion (+ 3,0 %) que celle de la dépense moyenne individuelle (+ 1,0 %). Enfin, pour les hospitalisations hors pathologies repérées, les deux composantes évoluent de manière quasi équivalente entre 2022 et 2023 (+ 4,6 % pour les effectifs et + 4,2 % pour la dépense individuelle).

⁹ <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2022-rapport-propositions-pour-2023-charges-produits>

¹⁰ La Haute Autorité de santé (HAS) a publié en janvier 2016 des recommandations de bonne pratique : Prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant : alternative à la codéine. En 2018, l'Académie nationale de médecine publie Les douleurs chroniques en France. Recommandations de l'Académie nationale de médecine pour une meilleure prise en charge des malades.

¹¹ En février 2019, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a publié un rapport sur la consommation des antalgiques : État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques.

En 2023, une baisse encore plus marquée qu'en 2022 de la dépense remboursée totale pour les soins en lien avec le Covid-19

Quelques pathologies, à l'inverse des précédentes, voient le niveau de leur dépense totale remboursée diminuer en 2023. Les baisses les plus importantes concernent en particulier les hospitalisations pour prise en charge du Covid-19 - 628 millions en 2023 soit une baisse de 755 millions d'euros par rapport à 2022 - et les personnes de la catégorie « pas de pathologie repérées » ayant bénéficié de remboursements pour d'autres raisons que celles répertoriées par les algorithmes de la cartographie (- 875 millions d'euros). Les évolutions des dépenses de ces deux catégories sont directement liées à l'évolution de la pandémie. En 2023, le nombre de personnes hospitalisées pour Covid-19 a diminué de près de 48% pour atteindre

114 433, quand il avait diminué de seulement 10% l'année précédente. La dépense moyenne individuelle de ces prises en charge a également diminué, probablement parce que les cas pris en charge étaient moins graves. Le constat est identique pour les assurés n'ayant « pas de pathologie repérée ». Les rapports Charges et produits édités en 2024 et 2023 expliquaient que la forte hausse de la dépense totale remboursée en 2021 était imputable aux prises en charge des soins de ville liés au Covid-19 (délivrance de masques, de tests et vaccinations). Depuis 2022, et particulièrement en 2023, la pandémie ayant ralenti, le recours aux soins de ville qui y sont associés a lui aussi ralenti.

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

La dépense remboursée pour les personnes repérées par l'algorithme « Maladies respiratoires chroniques » a augmenté de manière importante chaque année depuis 2021 (+ 5,4% en 2021, + 9,5% en 2022 et + 4,3% en 2023), par rapport à la période précédant la pandémie où la croissance annuelle moyenne était autour de seulement + 1% sur la période 2015-2019. Cette augmentation des dépenses est principalement attribuée en 2021 à une dépense moyenne par individu plus élevée et en 2022 à une augmentation du nombre de personnes identifiées (il s'agissait majoritairement de

personnes nouvellement prises en charge en 2022 et repérées par la consommation répétée de bronchodilatateurs plutôt que par les séjours hospitaliers ou les ALD). En 2023, l'augmentation des dépenses totales résulte de l'augmentation des deux composantes. L'interprétation des évolutions pour le groupe « maladies respiratoires chroniques » est particulièrement complexe depuis 2020 et doit tenir compte de plusieurs éléments, tels que les effets du Covid sur la circulation des autres virus et les caractéristiques des épidémies de grippe et de bronchiolite.

Une baisse des dépenses liées à la maternité après deux années marquées par une augmentation malgré une dépense individuelle en hausse

La dépense remboursée au titre de la maternité a diminué de près de 87 millions d'euros relativement à 2022, pour atteindre 9 065 millions d'euros en 2023. Depuis la pandémie, c'est la première année qui voit une baisse de la dépense de cette catégorie. Elle s'explique par une baisse importante des effectifs concernés (- 6,4%), concourant à ce que le niveau

atteint en 2023 soit inférieur à celui des années précédentes (1,1 million contre entre 1,2 et 1,34 millions les années précédentes). La dépense individuelle moyenne a quant à elle augmenté de l'ordre de 5,9%, pour atteindre 8 000 euros en 2023 (versus 7 600 euros en 2022 et 6 300 euros en 2015).

FIGURE 6

Évolution de la dépense remboursée totale (courbes, en millions d'euros) et évolutions annuelles des effectifs et de la dépense moyenne individuelle (barres, en pourcentage) par catégorie de pathologies, entre 2015 et 2023



(a) Hors pathologies cardiovasculaires, diabète et IRCT

(b) Hors maladies psychiatriques

(c) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Note de lecture : en 2023, la dépense remboursée total au titre des maladies CV (cardio-vasculaires) aigües était de 4,7 milliards d'euros, soit une augmentation de plus de 231 millions d'euros en un an. L'évolution sur la période était plus importante pour la dépense individuelle moyenne (+ 5%) que pour les effectifs (- 0,3%).

Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2025)

FOCUS SUR TROIS REGROUPEMENTS DE PATHOLOGIES : LES CANCERS, LES MALADIES ET TRAITEMENTS CARDIO-NEUROVASCULAIRES, ET LES MALADIES ET TRAITEMENTS PSYCHIATRIQUES

LES CANCERS

En 2023, la dépense pour les cancers actifs est élevée en raison d'une dépense moyenne par patient élevée

En 2023, les dépenses totales sont plus élevées pour les cancers en phase active (24,7 milliards d'euros) que pour les cancers sous surveillance (2,5 milliards d'euros). Les cancers du sein actifs ont la dépense totale la plus importante avec 4 milliards d'euros. Suivent les cancers bronchopulmonaires actifs avec 3,3 milliards d'euros, les cancers de la prostate actifs avec 2,4 milliards d'euros et les cancers colorectaux actifs avec 1,7 milliard d'euros. La dépense totale de la catégorie « Autres cancers actifs » est de 13,3 milliards d'euros.

La dépense totale pour les cancers actifs s'explique largement par une dépense moyenne individuelle élevée (figure 7). Pour les cancers actifs avec une

dépense remboursée totale parmi les plus élevées (bronchopulmonaire et sein), la dépense moyenne est de 28 100 euros pour 115 600 patients pour les cancers bronchopulmonaires actifs et de 15 650 euros pour 256 000 patientes pour le cancer du sein actif¹². À l'inverse, s'agissant des cancers sous surveillance, la dépense totale s'explique plutôt par des effectifs élevés, la dépense moyenne individuelle étant, comme attendu, bien moindre que pour les cancers actifs correspondants. Par exemple, 3 130 euros pour 59 000 patients pour le cancer bronchopulmonaire sous surveillance et 1 410 euros en moyenne pour 470 800 patientes surveillées pour un cancer du sein¹³.

En 2023, la majorité des dépenses liées aux cancers actifs était consacrée à leur prise en charge hospitalière

La structure des dépenses est très différente selon que le cancer est actif ou sous surveillance (figure 8). Ainsi, les dépenses hospitalières sont prépondérantes pour la prise en charge des cancers actifs. La part de la liste en sus¹⁴ est particulièrement importante pour le cancer du sein actif, le cancer bronchopulmonaire actif et les autres cancers actifs. Seul le cancer actif de la prostate comporte une part importante dans sa dépense en produits de santé délivrés en ville. Les dépenses pour la prise en charge des cancers sous surveillance sont

plutôt consacrées aux soins de ville, en particulier aux produits de santé (principalement des médicaments). Dans l'ensemble, la structure des dépenses diffère peu selon la localisation du cancer. On observe aussi pour les cancers sous surveillance une part non négligeable des prestations d'invalidité ou de rente d'incapacité permanente, traduisant probablement les difficultés de retour sur le marché de l'emploi des patients à la suite d'un cancer.

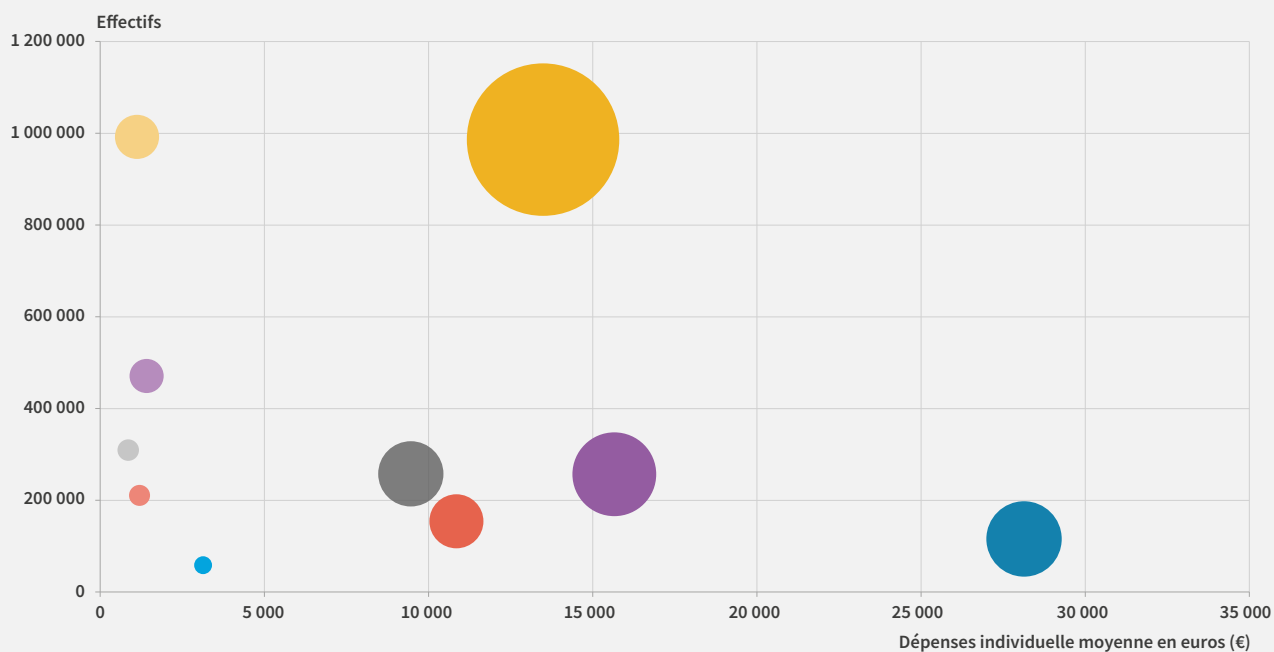
¹² Dépenses moyennes individuelles et effectifs pour les autres cancers actifs : 10 850 euros en moyenne pour les 154 000 patients pris en charge pour le cancer colorectal actif ; 9 500 euros en moyenne pour les 257 600 patients pris en charge pour le cancer de la prostate actif ; 13 500 euros en moyenne pour les 986 000 patients pris en charge pour un autre cancer actif.

¹³ Dépenses moyennes individuelles et effectifs pour les autres cancers sous surveillance : 1 200 euros en moyenne pour 210 500 patients surveillés pour un cancer colorectal ; 860 euros en moyenne pour 309 000 patients surveillés pour un cancer de la prostate. Les autres types de cancers sous surveillance ont une dépense moyenne de 1 120 euros et concernent 992 000 patients.

¹⁴ « Liste en sus : au sein des établissements de santé, la liste en sus permet la prise en charge par l'Assurance Maladie de spécialités pharmaceutiques, pour certaines de leurs indications thérapeutiques, en sus des tarifs d'hospitalisation, lorsque ces indications présentent un caractère innovant. Cette liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale et précise les seules indications concernées, conformément à l'article L. 162-22-6 du code de la Sécurité sociale. » (source : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-desante/autorisation-de-mise-sur-le-marche/la-liste-en-sus/>)

FIGURE 7

Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées pour chaque cancer (en euros), en 2023

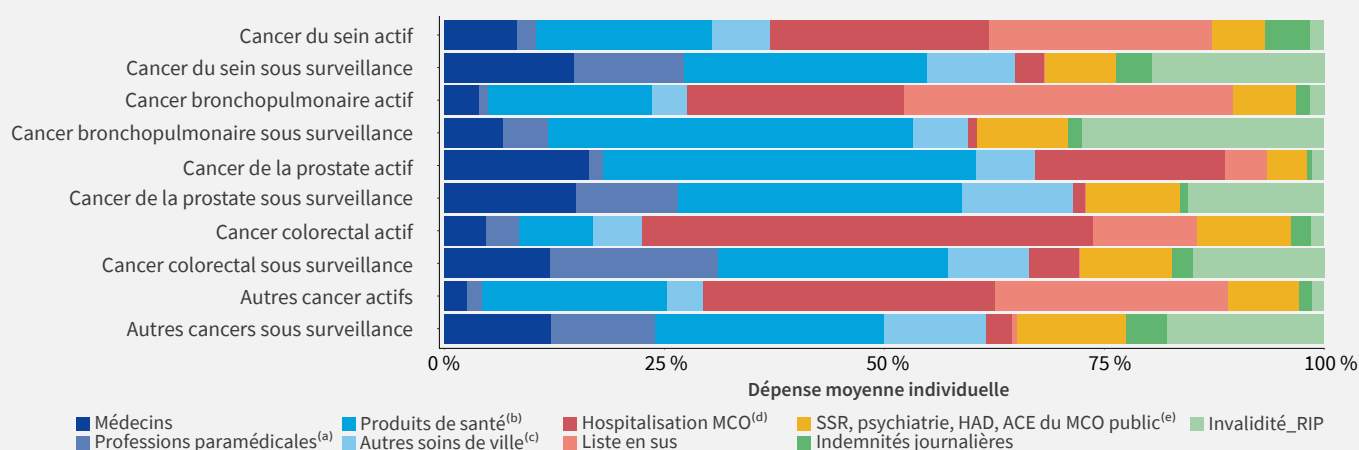


- Autres cancers actifs
- Autres cancers sous surveillance
- Cancer du sein actif
- Cancer du sein sous surveillance
- Cancer de la prostate actif
- Cancer de la prostate sous surveillance
- Cancer colorectal actif
- Cancer colorectal sous surveillance
- Cancer bronchopulmonaire actif
- Cancer bronchopulmonaire sous surveillance

Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2025)

FIGURE 8

Structure des dépenses individuelles moyennes remboursées pour chaque type de cancer, en 2023, en pourcentage



(a) Médecins et professions paramédicales : uniquement professionnels de santé libéraux

(b) Produits de santé : médicaments et liste des produits et prestations (LPP)

(c) Autres soins de villes : soins dentaires, sages femmes, biologie, transport, etc.

(d) MCO : médecine, chirurgies, obstétrique

(e) SSR : soins de suite et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile ; ACE : actes et consultations externes

Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2025)

Entre 2022 et 2023, l'augmentation de la dépense pour les cancers actifs s'explique par une augmentation du nombre de patients davantage que par celle des dépenses moyennes individuelles

Depuis 2015, la dépense totale remboursée a augmenté pour les cancers actifs (+ 10,6 milliards d'euros dont 42 % pour le poste médicaments de la liste en sus¹⁵, soit + 75 %, pour atteindre 24,7 milliards d'euros en 2023) comme pour les cancers sous surveillance (+ 737 millions d'euros, soit + 42 % pour atteindre 2 480 millions d'euros en 2023) (**figure 9**). Une inflexion est toutefois visible dans cette tendance la première année de la pandémie (2020) pour les cancers actifs, traduisant, comme évoqué dans les rapports précédents, une prise en charge moindre cette année-là. La tendance à la hausse de la dépense totale s'observe aussi en 2023, sauf pour le cancer de la prostate sous surveillance dont la dépense baisse de 7,6 millions d'euros, soit - 2,8 %, par rapport à 2022. Pour tous les cancers actifs, l'augmentation de la dépense entre 2022 et 2023 s'explique par une augmentation à la fois des effectifs et de la dépense moyenne individuelle. Pour les cancers du sein, colorectaux et les cancers dont la localisation n'est pas connue, la dépense individuelle moyenne évolue

toutefois plus fortement que celle des effectifs (respectivement + 10,8 %, + 6 % et + 8,7 % contre respectivement + 2,4 %, + 0,5 % et + 2,9 %). À l'inverse, pour les cancers bronchopulmonaires et de la prostate, ce sont les effectifs qui évoluent plus fortement (respectivement + 5,9 % et + 5,4 % contre respectivement + 1,0 % et + 3,5 %). L'augmentation des effectifs est liée à une augmentation du nombre de cas pris en charge depuis 2021 correspondant probablement à un effet de rattrapage en lien avec la baisse du nombre des cas incidents observée en 2020 en raison des confinements (**figure 10**). S'agissant de la dépense moyenne individuelle, l'évolution la plus importante entre 2022 et 2023 parmi les cancers actifs concerne le cancer colorectal avec + 610 euros (soit + 6,0 %) et est fortement imputable aux prises en charge hospitalières en séjour MCO, avec une augmentation de 421 euros (**figure 11**).

¹⁵ Ne prend pas en compte les remises accordées par les laboratoires au moment de la fixation des prix avec le Comité économique des produits de santé (CEPS).

FIGURE 9

Évolution de la dépense remboursée totale (courbes, en millions d'euros) et évolutions annuelles des effectifs et de la dépense moyenne individuelle (barres, en pourcentage) pour les cancers, entre 2015 et 2023



FIGURE 10

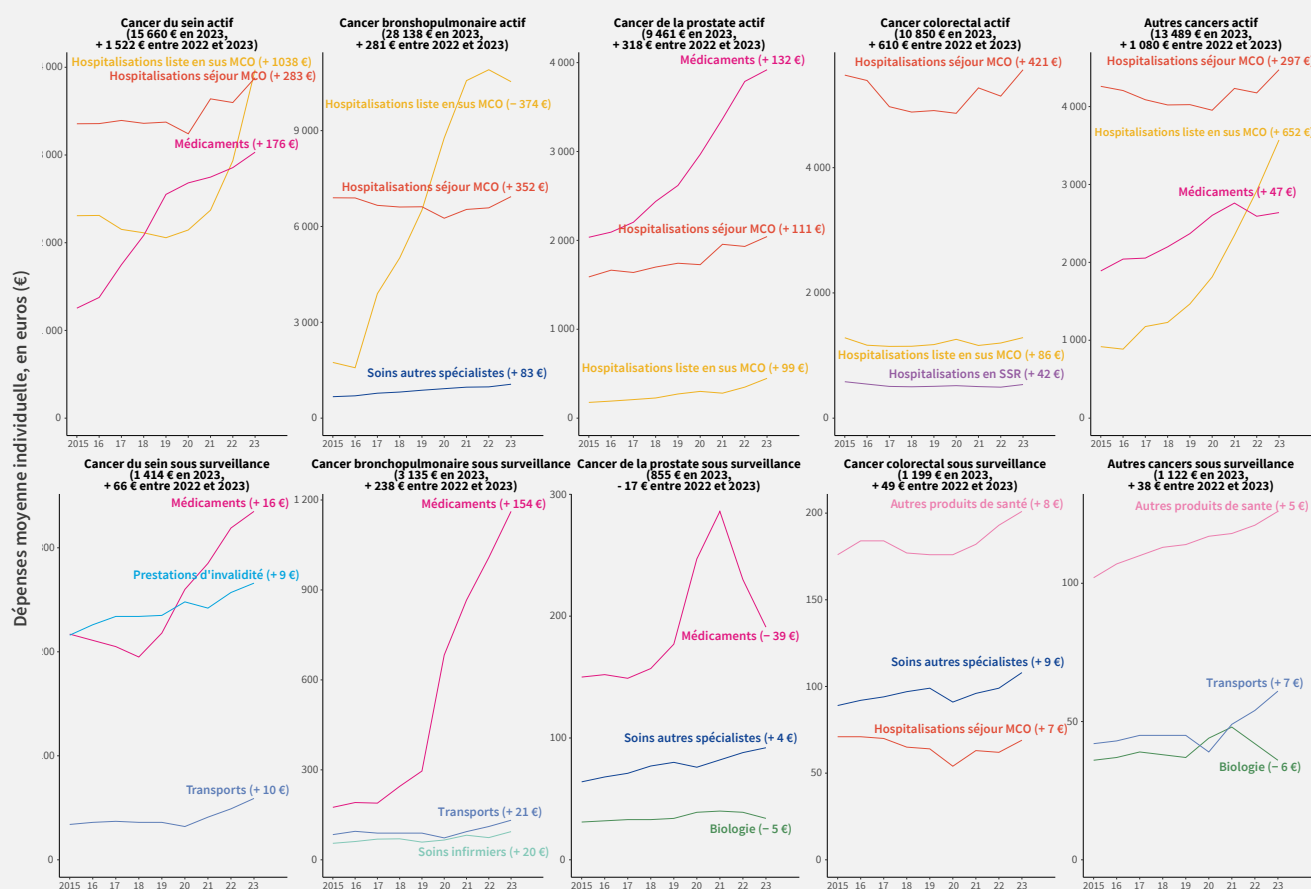
Taux des nouveaux cas pris en charge et des décès dans la population prévalente de l'année précédente pour les cancers, entre 2016 et 2022



Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2025)

FIGURE 11

Évolution de la dépense moyenne individuelle, en euros, pour les cancers pour les trois postes dont les évolutions sur la dernière année sont les plus importantes, entre 2015 et 2023



Remarque : entre parenthèses figure l'évolution de la dépense par individu entre 2023 et 2022 pour le poste en question. Seuls les trois postes avec les évolutions les plus importantes en valeur absolue ont été retenus. À noter que l'ensemble des individus repérés dans chaque groupe a été pris en compte dans le calcul des dépenses moyennes par poste.

Note de lecture : en 2023, la dépense individuelle moyenne au titre des cancers du sein actifs atteignait 15 660 € après une augmentation de 1 522 € depuis 2022. Le poste hospitalisations liste en sus des personnes repérées pour un cancer du sein a augmenté de 1 038 € sur la dernière année.

Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2025)

LES MALADIES ET TRAITEMENTS CARDIO-NEUROVASCULAIRES

En 2023, des dépenses remboursées totales importantes pour les traitements antihypertenseurs et les maladies cardiovasculaires chroniques du fait d'un nombre élevé de patients

Les traitements antihypertenseurs et les maladies cardiovasculaires chroniques présentent les dépenses remboursées les plus importantes (entre 5,2 milliards d'euros pour les premiers et, par exemple, 4,4 milliards pour les maladies coronaires chroniques) en raison principalement du nombre élevé de personnes prises en charge (respectivement 7,5 millions et 2,1 millions d'assurés), les dépenses moyennes individuelles étant parmi les plus faibles (entre 695 et 2 050 euros

en moyenne par patient) (figure 12). Ces dernières sont principalement consacrées aux soins de ville, en particulier aux soins paramédicaux et aux produits de santé (figure 13). Enfin, la part de la liste en sus est plus importante pour les maladies valvulaires, vraisemblablement en raison de l'intégration progressive, depuis 2012 au sein de la liste en sus, des endoprothèses valvulaires.

En 2023, une dépense moins importante pour les maladies cardio-neurovasculaires aiguës malgré le poids important des prises en charge hospitalières

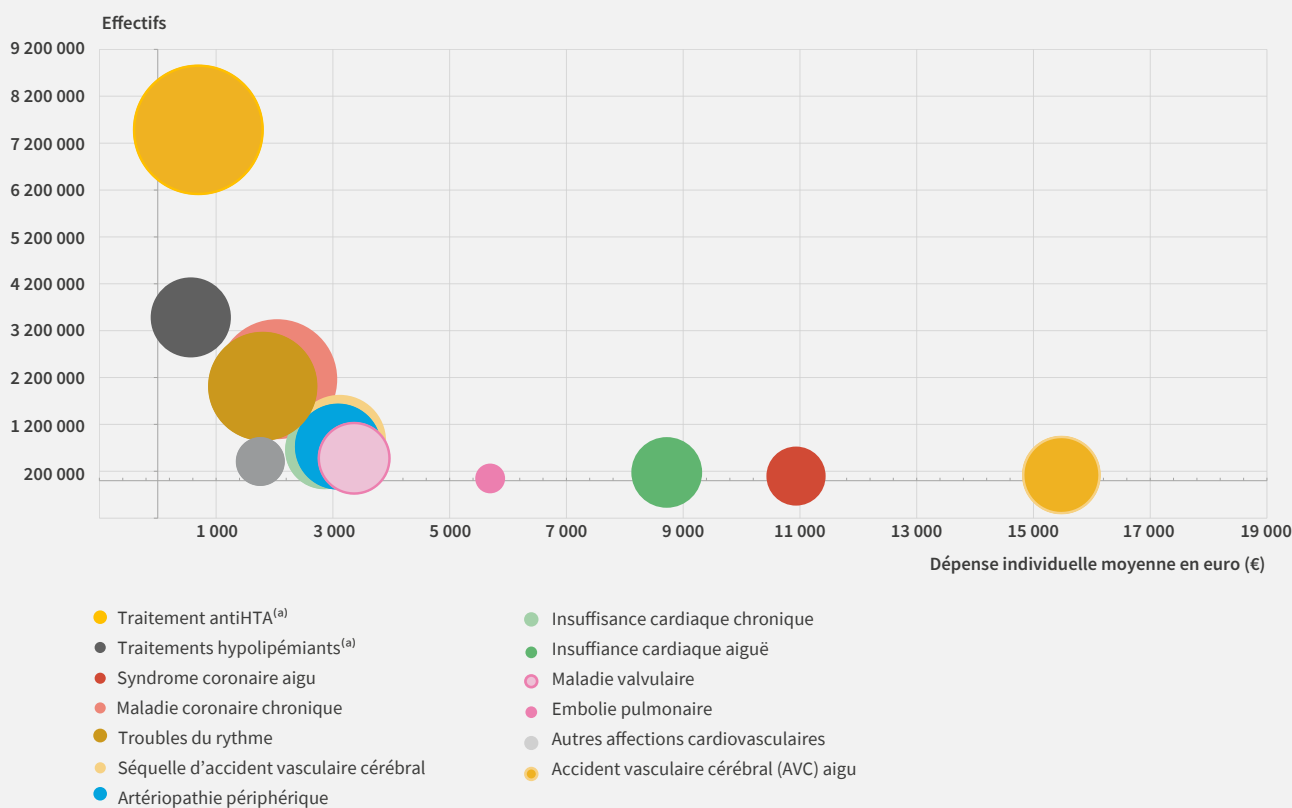
À l'inverse, l'insuffisance cardiaque aiguë, le syndrome coronaire aigu et l'accident vasculaire cérébral (AVC) aigu ont une dépense totale remboursée relativement faible (en moyenne, entre 1 et 1,9 milliards d'euros) en raison d'effectifs pris en charge parmi les plus faibles de l'ensemble des maladies et traitements cardiovasculaires (entre 98 000 et 176 000). La dépense moyenne individuelle est toutefois importante (plus de 8 500 euros par an par patient) et davantage consacrée à la prise en charge hospitalière en MCO, mais aussi, dans une moindre mesure, dans d'autres types de structures

hospitalières (en particulier en soins médicaux et de réadaptation (SMR), surtout pour les AVC) (**figure 13**).

Les maladies cardio-neurovasculaires et pathologies associées (MCVA)¹⁶ qui constituent un enjeu prioritaire de santé publique, affectent près de 16,5 millions de personnes en France et représentent 45 milliards d'euros de dépenses.

FIGURE 12

Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées pour chaque type de maladie et traitement cardio-neurovasculaire, en 2023



(a) Hors pathologies cardiovasculaires, diabète et insuffisance rénale chronique terminale

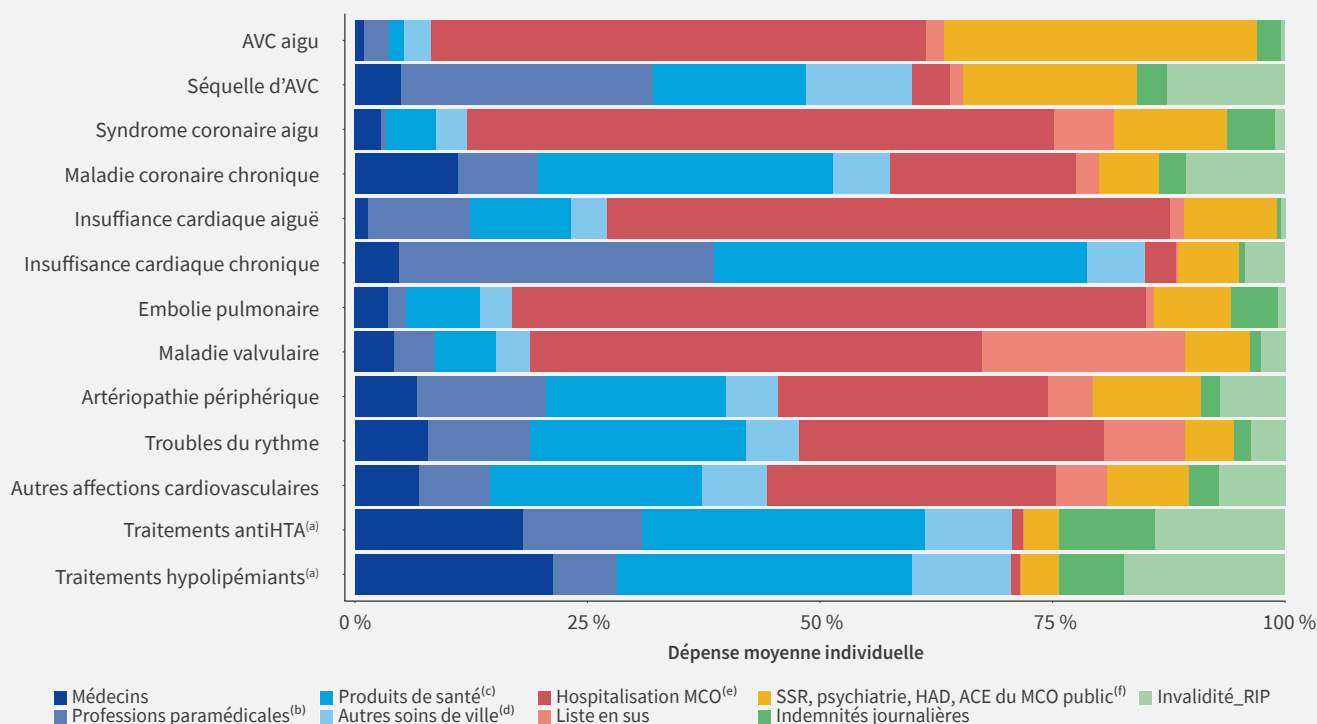
Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses remboursées.

Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2025)

¹⁶ Maladies cardio-neurovasculaires, diabète et insuffisance rénale chronique terminale. La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), bien que faisant partie des MCVA, n'est pas prise en compte ici dans le chiffrage des effectifs et des dépenses.

FIGURE 13

Structure des dépenses individuelles moyennes remboursées pour chaque type de maladie et traitement cardio-neurovasculaire, en 2023, en pourcentage



(a) Hors pathologies cardiovasculaires, diabète et insuffisance rénale chronique terminale

(b) Médecins et professions paramédicales : uniquement professionnels de santé libéraux

(c) Produits de santé : médicaments et liste des produits et prestations (LPP)

(d) Autres soins de villes : soins dentaires, sages femmes, biologie, transport, etc.

(e) MCO : médecine, chirurgies, obstétrique

(f) SSR : soins de suite et de réadaptation ;

HAD : hospitalisation à domicile ; ACE : actes et consultations externes

Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2025)

Entre 2022 et 2023, les dépenses pour les maladies cardio-neurovasculaires augmentent du fait de l'augmentation de la dépense par patient...

Les évolutions observées depuis le début de la période sont semblables à celles des pathologies précédemment analysées. Depuis 2015, la dépense totale remboursée a ainsi augmenté sur l'ensemble des pathologies cardio-neurovasculaires, avec une inflexion l'année de la pandémie et un retour à l'évolution tendancielle des années précédentes les années suivant la pandémie (**figure 14**). Sur la dernière année, les évolutions les plus importantes concernent la maladie coronaire chronique, avec + 335 millions d'euros, l'insuffisance cardiaque chronique, avec + 168 millions d'euros ou

encore les troubles du rythme, avec + 166 millions d'euros. Ces évolutions s'expliquent par une augmentation plus importante de la dépense moyenne individuelle en 2023 relativement à celle des effectifs, alors qu'elle était déjà très dynamique depuis 2021, en particulier pour la maladie coronaire chronique et l'insuffisance cardiaque chronique. Elle concerne par ailleurs en priorité les dépenses liées aux médicaments avec respectivement + 52 euros et + 146 euros en moyenne annuelle (**figure 16**).

...et malgré une diminution des effectifs pris en charge pour les séquelles d'AVC ou le syndrome coronaire aigu

Les séquelles d'AVC et le syndrome coronaire aigu voient leur dépense totale remboursée augmenter (respectivement + 123 millions d'euros et + 47 millions d'euros), alors même que les effectifs pris en charge

sur la période ont diminué relativement à 2022 (respectivement - 0,2 % et - 0,1 %) malgré la tendance à la hausse du nombre de cas incidents (**figure 14**).

Les cas à part de l'embolie pulmonaire et des traitements hypolipémiants

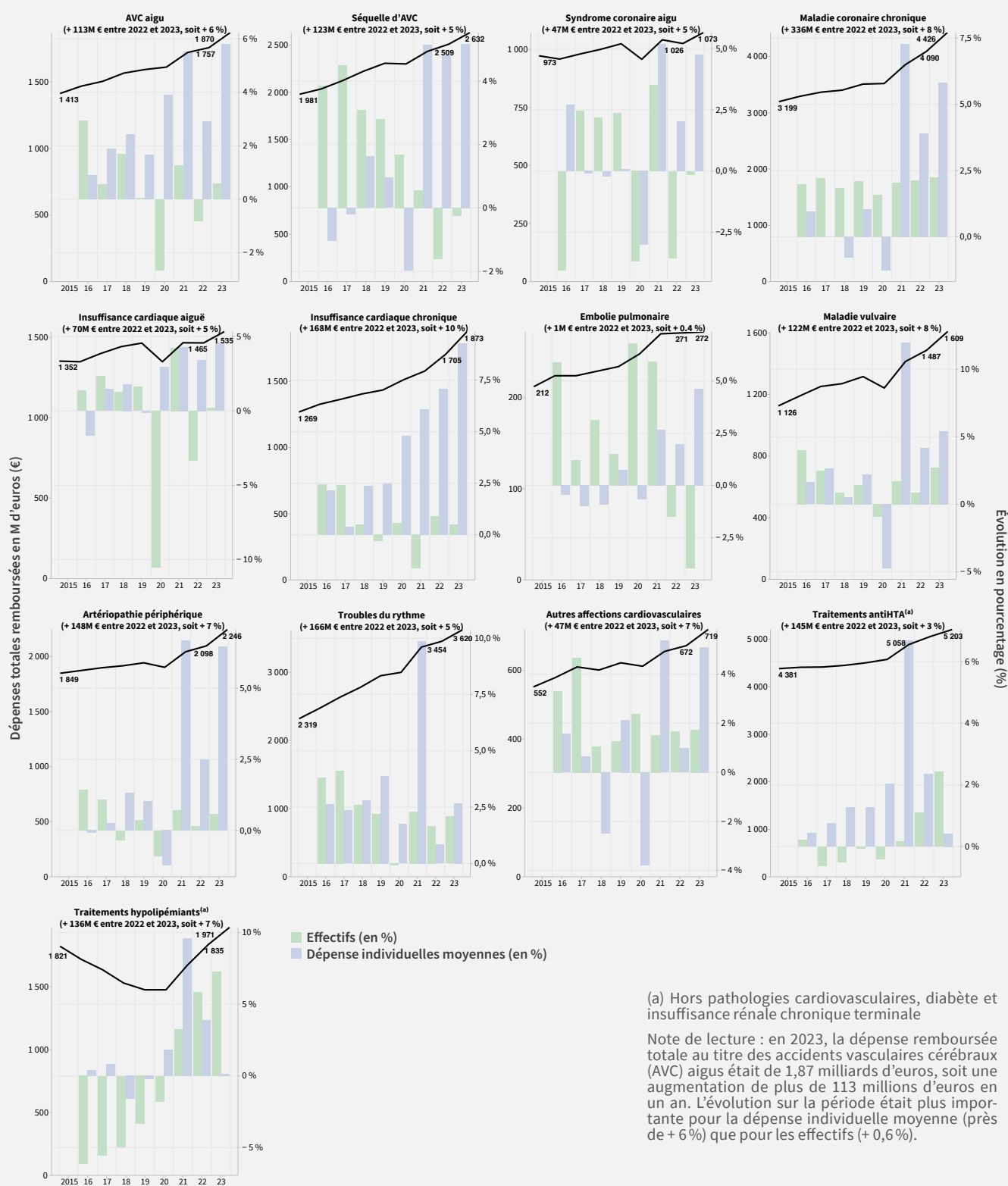
À l'inverse des autres MCV aiguës, la dépense totale de l'embolie pulmonaire continue de stagner en 2023, alors qu'elle a augmenté durant la pandémie, possiblement en lien avec la sédentarité que les confinements ont impliquée et le Covid-19 lui-même. Les effectifs ont en effet chuté en 2022 (- 1,5 %) et en 2023 (- 4,0 %) (alors qu'ils augmentaient les années précédentes). L'évolution de la dépense associée aux traitements hypolipémiants est très particulière, avec une baisse régulière sur la période 2015-2020 (taux de croissance annuel moyen d'environ - 4 %), puis une hausse importante pour les années 2021, 2022 et 2023 (environ + 13,1 %, + 10 % et

7,4 % respectivement). Cette hausse traduit les évolutions de la prise en charge du risque vasculaire à la suite de l'actualisation, en 2019, des recommandations internationales du traitement des dyslipidémies¹⁷. Les nouvelles définitions des catégories de risque, des valeurs cibles à atteindre et des stratégies médicamenteuses correspondantes ont entraîné une augmentation aussi bien du nombre de patients traités, visible par la nette augmentation annuelle du nombre de personnes nouvellement prises en charge depuis 2021 (**figure 15**), que de l'intensité des traitements prescrits.

¹⁷ Mach F, et al.; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020 Jan 1;41(1):111-188. doi: 10.1093/eurheartj/ehz455. Erratum in: Eur Heart J. 2020 Nov 21;41(44):4255. doi:10.1093/eurheartj/ehz826. PMID: 31504418

FIGURE 14

Évolution de la dépense remboursée totale (courbes, en millions d'euros) et évolutions annuelles des effectifs et de la dépense moyenne individuelle (barres, en pourcentage) pour les maladies et traitements cardio-neurovasculaires entre 2015 et 2023



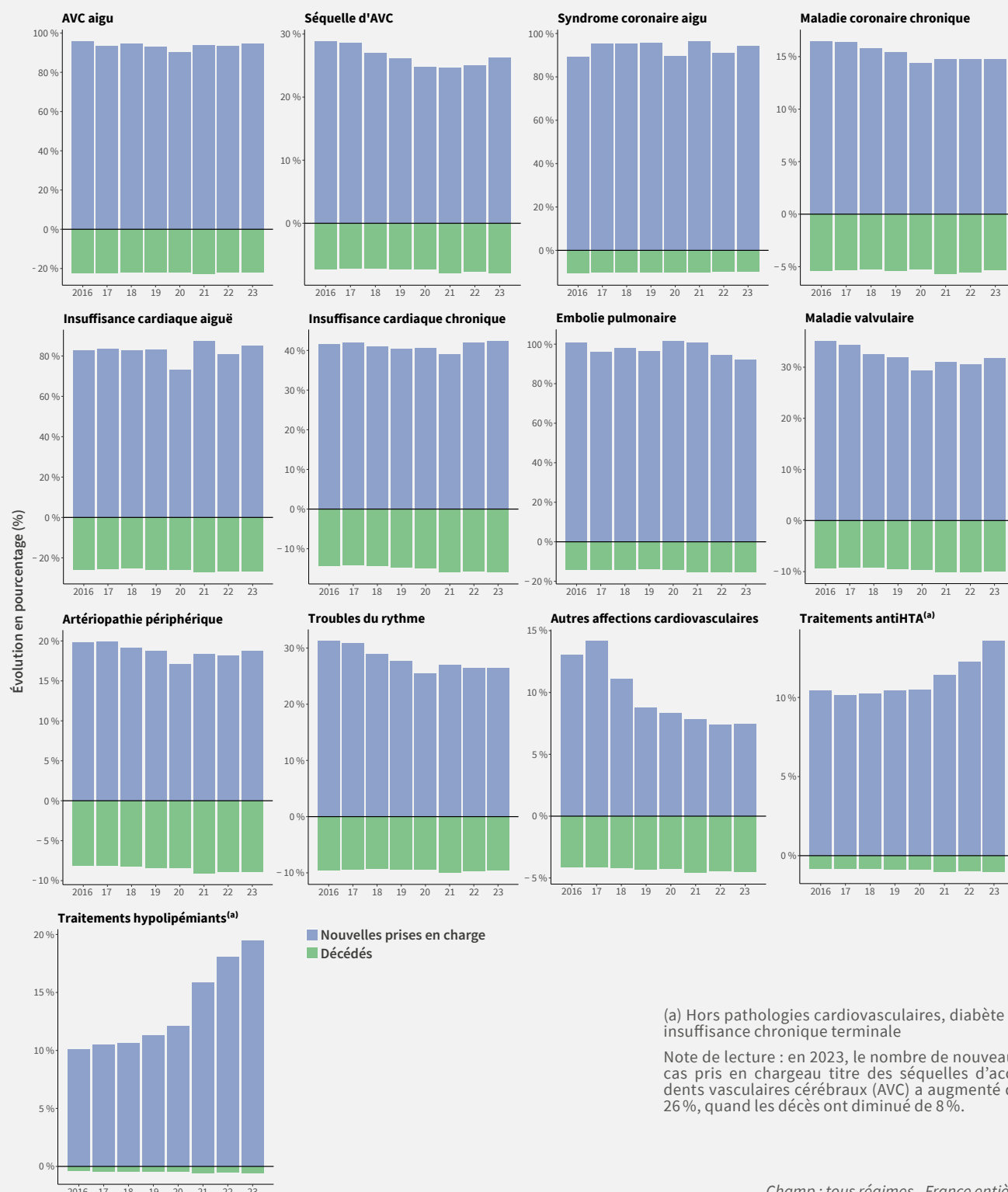
(a) Hors pathologies cardiovasculaires, diabète et insuffisance rénale chronique terminale

Note de lecture : en 2023, la dépense remboursée totale au titre des accidents vasculaires cérébraux (AVC) aigus était de 1,87 milliards d'euros, soit une augmentation de plus de 113 millions d'euros en un an. L'évolution sur la période était plus importante pour la dépense individuelle moyenne (près de + 6 %) que pour les effectifs (+ 0,6 %).

Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2025)

FIGURE 15

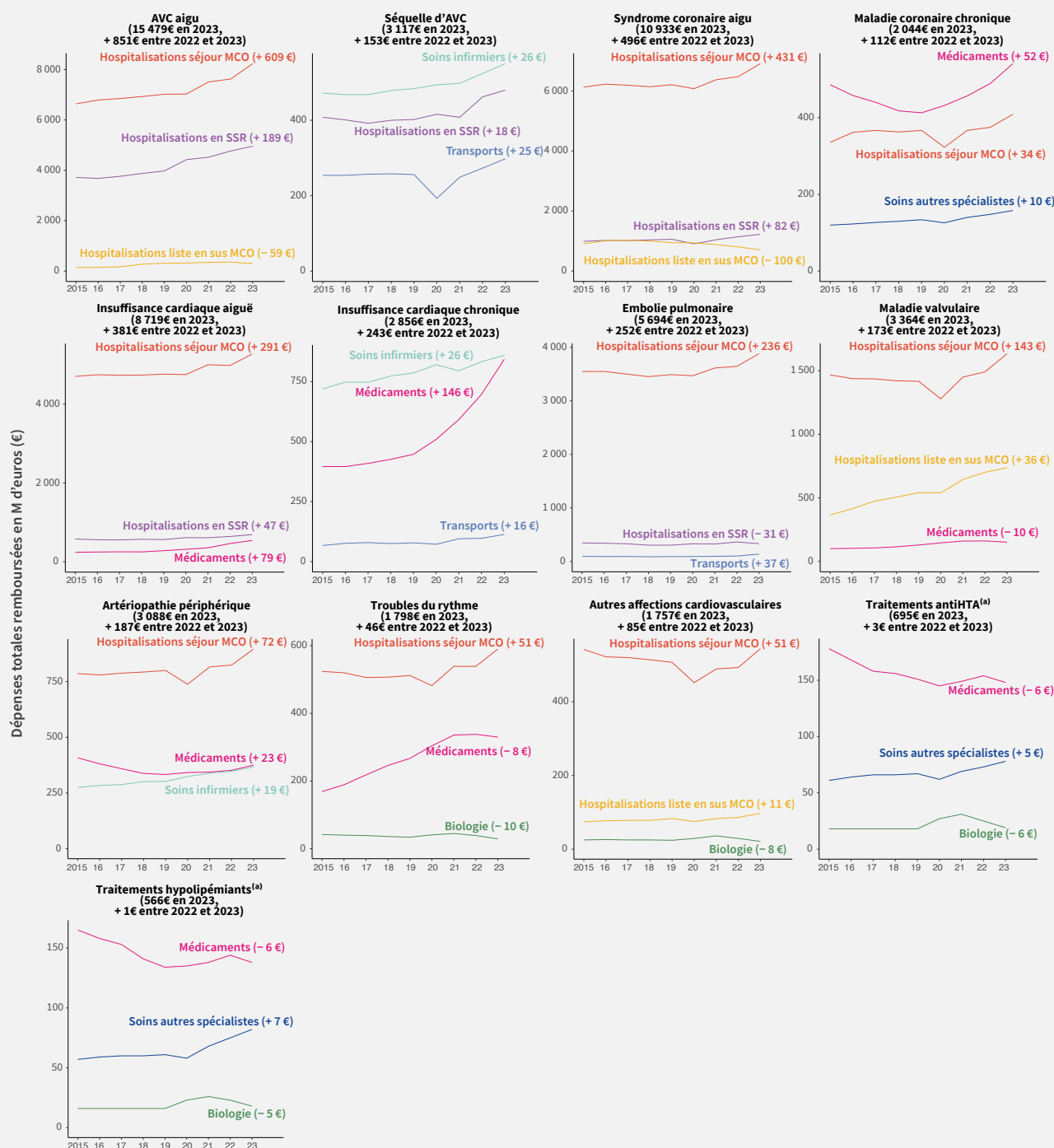
Taux des nouveaux cas pris en charge et des décès dans la population prévalente l'année précédente pour les maladies cardio-vasculaires, entre 2016 et 2023, en pourcentage



Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2025)

FIGURE 16

Évolution de la dépense moyenne individuelle des maladies et traitements cardio-neurovasculaires pour les trois postes dont les évolutions sur la dernière année sont les plus importantes, entre 2015 et 2023, en euros



(a) Hors pathologies cardio-neurovasculaires, diabète et insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)

Remarque : entre parenthèse figure l'évolution de la dépense par individu entre 2023 et 2022 pour le poste en question. Seuls les trois postes avec les évaluations les plus importantes en valeur absolue ont été retenus.

À noter que l'ensemble des individus repérés dans chaque groupe a été pris en compte dans le calcul des dépenses moyennes par poste.

Note de lecture : en 2023, la dépense individuelle moyenne au titre des accidents vasculaires cérébraux (AVC) aigus atteignait 15 479 € après une augmentation de 851 € depuis 2022. Le poste hospitalisations en séjour médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) des personnes repérées pour AVC aigu a augmenté de 609 € sur la dernière année

Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2025)

LES MALADIES ET TRAITEMENTS PSYCHIATRIQUES

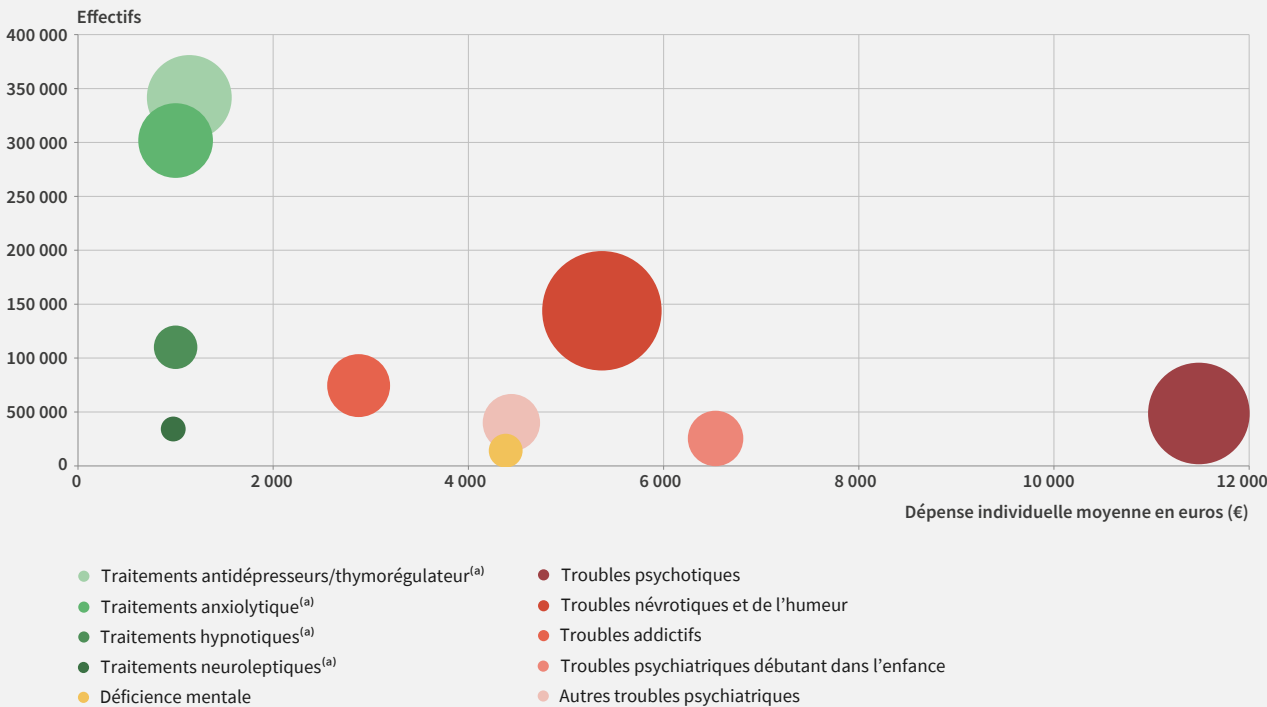
En 2023, les troubles psychotiques ainsi que les troubles névrotiques et de l'humeur présentent une dépense parmi les plus élevées, principalement du fait des séjours hospitaliers

Au sein de la catégorie «Maladies et traitements psychiatriques», les maladies psychiatriques ont les dépenses remboursées totales les plus importantes, en particulier pour les troubles psychotiques (5,6 milliards d'euros) et les troubles névrotiques et de l'humeur (7,7 milliards d'euros) (figure 17). Elles concernent 2,8 millions de personnes et correspondent à une dépense moyenne

individuelle élevée (6 530 euros et jusqu'à 11 500 euros pour les troubles psychotiques). Plus de 50% de la dépense moyenne individuelle des maladies psychiatriques est affectée à la prise en charge hospitalière hors MCO, en établissement psychiatrique (figure 18).

FIGURE 17

Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées (en euros) pour chaque maladie et traitement psychiatrique, en 2023



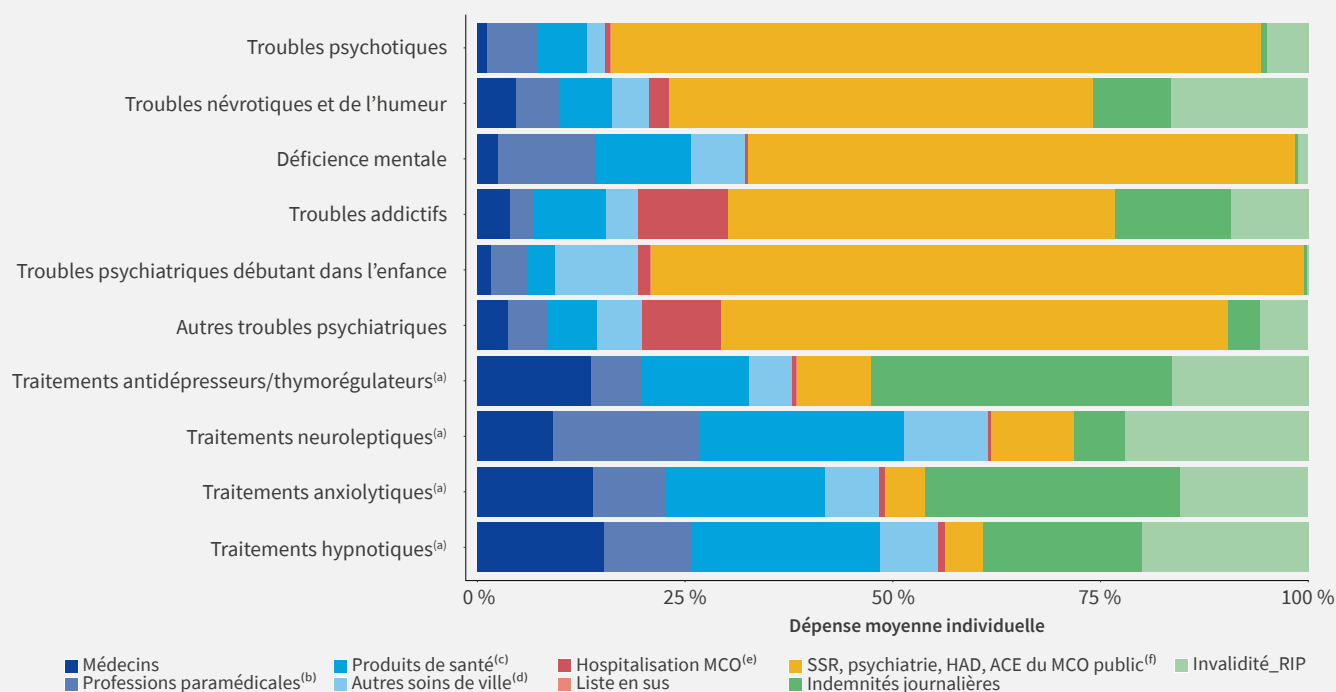
(a) Hors maladies psychiatriques

Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses remboursées.

Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2025)

FIGURE 18

Structure des dépenses individuelles moyennes remboursées pour chaque type de maladie et traitement psychiatrique, en 2023, en pourcentage



- (a) Hors pathologies cardiovasculaires, diabète et insuffisance rénale chronique terminale
 (b) Médecins et professions paramédicales : uniquement professionnels de santé libéraux
 (c) Produits de santé : médicaments et liste des produits et prestations (LPP)
 (d) Autres soins de ville : soins dentaires, sages femmes, biologie, transport, etc.
 (e) MCO : médecine, chirurgies, obstétrique
 (f) SSR : soins de suite et de réadaptation ;
 HAD : hospitalisation à domicile ; ACE : actes et consultations externes

Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2025)

En 2023, une dépense moins importante pour les traitements psychotropes malgré des effectifs élevés

À l'inverse des maladies psychiatriques, pour les patients traités par traitement psychotrope (sans diagnostic psychiatrique codé dans le SNDS), les dépenses moyennes sont plus faibles (entre 1 000 euros pour ceux repérés à partir des traitements anxiolytiques et 1 150 euros pour ceux repérés à partir d'antidépresseurs) (**figure 19**). Le niveau élevé de la dépense totale remboursée pour ceux repérés par les traitements anxiolytiques et antidépresseurs (respectivement 3,0 milliards d'euros et 3,9 milliards d'euros) s'explique par un nombre élevé de patients (respectivement 3,0 millions et 3,4 millions). Pour les patients traités par traitements psychotropes, à

l'exception de ceux repérés par les traitements neuroleptiques, la dépense est principalement composée de remboursements des produits de santé (entre 10% et 25%), des indemnités journalières (de 19% à 36%) et d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente (entre 15% et 22%). Pour ceux repérés par les traitements neuroleptiques, la dépense est davantage consacrée au financement d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente (22%) qu'à celui d'indemnités journalières (6%), ce qui la distingue des autres pathologies et traitements psychiatriques.

Entre 2022 et 2023, la dépense pour les maladies psychiatriques augmente en lien avec l'augmentation de la dépense hospitalière moyenne par patient

Depuis 2015, on observe une augmentation de la dépense totale remboursée pour la quasi-totalité des pathologies et traitements psychiatriques, accompagnée d'une inflexion l'année de la pandémie (**figure 19**). En 2023, la dépense totale de toutes les maladies psychiatriques augmente, jusqu'à + 450 millions d'euros pour les troubles névrotiques et de l'humeur et + 203 millions d'euros pour les troubles psychotiques. Dans les deux cas, l'évolution de la dépense moyenne individuelle (respectivement plus de 4 % et 3,7 %) est supérieure à celle des effectifs (respectivement moins

de 2 % et 0,2 %). Leur dépense moyenne individuelle se trouve à un niveau bien supérieur à celle des traitements psychotropes et évolue aussi plus fortement sur la dernière année, avec + 402 euros pour les troubles psychotiques et + 218 euros pour les troubles névrotiques et de l'humeur, principalement en raison d'évolutions importantes des dépenses moyennes individuelles associées aux hospitalisations en psychiatrie (+ 369 euros en moyenne pour les troubles psychotiques et + 128 euros pour les troubles névrotiques et de l'humeur) (**figure 20**).

Entre 2022 et 2023, la dépense associée aux patients traités par antidépresseurs et thymorégulateurs augmente en lien avec les augmentations conjointes de leurs effectifs et de la dépense moyenne

Entre 2022 et 2023, pour les patients repérés par traitements psychotropes, la dépense a augmenté de 157 millions d'euros, dont + 140 millions d'euros pour les patients sous traitements antidépresseurs et thymorégulateurs (traitement des troubles bipolaires). Cette évolution est liée à la hausse de l'effectif de patients concernés depuis la pandémie, alors qu'elle était quasi nulle avant la pandémie, conjuguée à la poursuite de l'évolution de leur dépense moyenne individuelle. Dans l'ensemble, les personnes repérées par

les traitements psychotropes ont connu une évolution du nombre de cas incidents plus importante depuis la pandémie (**figure 21**). La dépense moyenne individuelle associée aux indemnités journalières pour maladie ou accidents du travail ou maladies professionnelles (AT/MP) contribue fortement à l'évolution de la dépense moyenne individuelle des personnes repérées par les traitements psychotropes, hors neuroleptiques et hors hypnotiques, et est en constante augmentation depuis 2015.

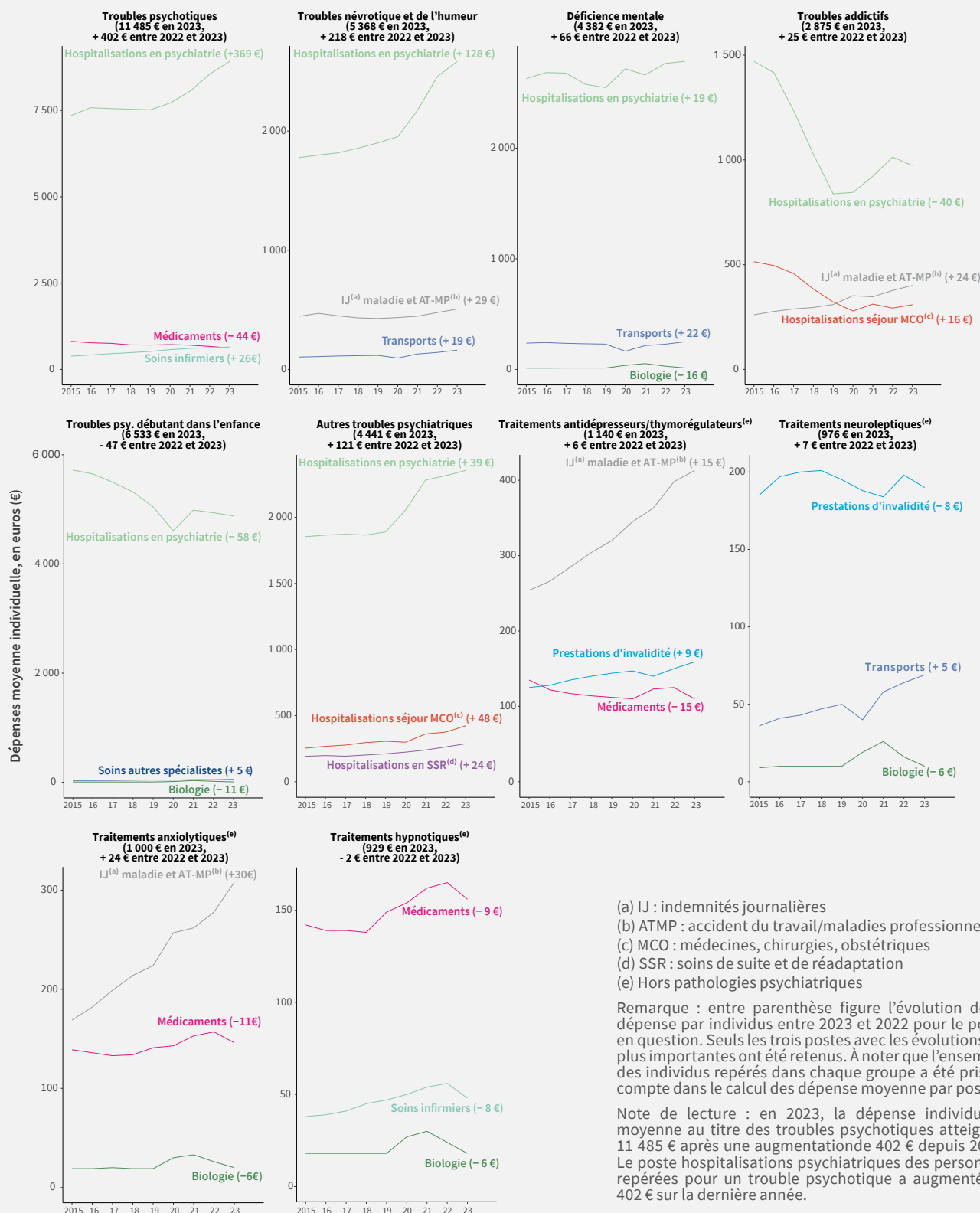
FIGURE 19

Évolution de la dépense remboursée totale (courbes, en millions d'euros) et évolutions annuelles des effectifs et de la dépense moyenne individuelle (barres, en pourcentage) pour les maladies et traitements psychiatriques, entre 2015 et 2023



FIGURE 20

Évolution de la dépense moyenne individuelle des maladies et traitements psychiatriques pour les trois postes dont les évolutions sur la dernière année sont les plus importantes, entre 2015 et 2023



Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2025)

FIGURE 21

Taux des nouveaux cas pris en charge et des décès dans la population prévalente l'année précédente pour les maladies et traitements psychiatriques entre 2016 et 2023



(a) Hors maladies psychiatriques

Note de lecture : en 2023, le nombre de nouveaux cas pris en charge au titre des troubles psychotiques a augmenté de 7,5% quand les décès ont diminué de 2,5%.

Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2025)

Différences entre le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et celui de la cartographie des pathologies et des dépenses

Les dépenses retenues pour l'affectation aux différentes pathologies, traitements ou événements de santé sont les dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire (AMO) (quel que soit le régime d'affiliation) qui sont individualisables, c'est à-dire rattachables à un individu. Il n'y a pas de correspondance exacte entre le champ et celui de la cartographie des pathologies et des dépenses. Ainsi, les dépenses suivantes, relevant du champ Ondam, ne sont pas comptabilisées pour la cartographie des pathologies :

- les dépenses forfaitaires des professions médicales (telles que les rémunérations sur objectifs de santé publique – Rosp –, les forfaits patientèle ou les indemnités liées à la permanence des soins ambulatoires) ;
- les remises négociées sur le médicament entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les Entreprises du médicament (Leem) ;
- la prise en charge des cotisations sociales des professions médicales et auxiliaires ainsi que le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité lors des confinements ;
- les garanties de financement versées de 2020 à 2023 aux établissements hospitaliers ;
- les dotations aux établissements sociaux et médicosociaux ;
- les dépenses spécifiques liées au Fonds d'intervention régional (FIR) et au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP, devenu Fonds pour la modernisation de l'investissement en santé – FMIS – en 2021) ;
- les dotations aux opérateurs intervenant dans le champ de la santé (Santé publique France – SPF, Haute Autorité de santé – HAS, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – ANSM, etc.) ;
- les dotations aux établissements de santé au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) ;
- les dépenses liées à la vaccination Covid-19 réalisée dans les centres de vaccination ne sont pas prises en compte dans les dépenses de cartographie. De même, les indemnités journalières dérogatoires ont été supprimées du champ. En revanche, les vaccinations réalisées par les professionnels de santé libéraux sont bien prises en compte et imputées au poste des professions libérales concernées (médecin généraliste, infirmier et poste « médicaments » pour les pharmaciens). Par ailleurs, les dépenses associées à la réalisation des tests antigéniques (TAG) en pharmacie sont affectées au poste « médicaments » dans la cartographie ainsi que dans le suivi de l'Ondam. L'achat des vaccins n'est pas intégré dans le champ des dépenses de la cartographie.

À l'inverse, les indemnités journalières maternité, les prestations d'invalidité et les rentes d'incapacité permanente qui ne font pas partie du champ Ondam, sont comptabilisées dans le champ de la cartographie des pathologies et des dépenses.

Ces différences de champ sont à l'origine des écarts constatés, notamment pour les années 2020 à 2022, entre les évolutions des dépenses totales relevant du champ Ondam et les évolutions des dépenses affectées à la prise en charge des pathologies, traitements ou événements de santé présentées dans cette partie. En particulier, certaines ressources spécifiquement mobilisées pour répondre aux enjeux de la crise sanitaire, telles que les dispositifs de compensation financière de la perte d'activité pour les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux, les hausses de dotations à Santé publique France, aux établissements sanitaires et médicosociaux (achats de masques, de vaccins, de matériels de protection, de respirateurs, etc.), ne sont pas prises en compte dans le calcul des dépenses affectées aux pathologies, traitements ou événements de santé.

Une présentation détaillée des dépenses considérées pour la cartographie des pathologies et des dépenses est disponible en ligne :

<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>

CONCLUSION

En 2023, 202,5 milliards d'euros ont été remboursés par l'Assurance Maladie pour la prise en charge de près de 67,4 millions de personnes, soit 3 010 euros par personne. En 2015, ces données étaient de 152,8 milliards d'euros pour 64,3 millions de personnes et 2 380 euros par personne. Les pathologies chroniques concernent désormais 25 millions de personnes (+ 1,1 % par an depuis 2015) pour une dépense totale de 126 milliards d'euros (+ 4,0 % par an depuis 2015) et 5 050 euros par personne (+ 2,9 % par

an depuis 2015 dont le niveau était de 3 900 euros par personne). Cet effectif de pathologies chroniques devrait être amené à croître dans les années futures avec le vieillissement attendu de la population, posant ainsi un certain nombre de défis au système de santé français.

Nous remercions l'équipe statistique de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour les analyses exploratoires effectuées dont nous nous sommes servies pour l'ajout des actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) aux MCV, ainsi que l'Institut national du cancer (INCa) pour avoir partagé ses règles de gestion des algorithmes sur les cancers.

Points de repère n°56 > juillet 2025

Les déterminants de la croissance des dépenses de santé de 2015 à 2023 : une analyse médicalisée

contact-publications.cnam@assurance-maladie.fr

Découvrez tous les numéros de la collection Points de repère sur
<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/etudes-publications/assurance-maladie/collection-points-de-repere>



Directeur de publication : Thomas Fatôme

Caisse nationale de l'Assurance Maladie – 50 avenue du Professeur André Lemierre – 75986 Paris Cedex 20

Cnam Studio graphique – novembre 2025



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun