



PRÉSENTATION À LA PRESSE DE LA REVUE DE DÉPENSES SUR L'OBJECTIF NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE (ONDAM)

10 avril 2025

Allocution de Pierre Moscovici,
Premier président de la Cour des comptes

Mesdames et messieurs,

Je vous remercie d'être présents pour cette conférence de presse relative à la note de synthèse que nous publions aujourd'hui, intitulée « l'objectif national d'assurance maladie : maîtriser sa progression en veillant à la qualité des soins ».

Permettez-moi tout d'abord de remercier collectivement toute l'équipe de la Sixième chambre de la Cour qui couvre le secteur de la sécurité sociale dans la mesure où cette note de synthèse, comme son nom l'indique, reprend ses travaux récents. Je salue ceux qui m'entourent aujourd'hui : Bernard Lejeune, président de la 6e chambre, Jean-Luc Fulachier, président de section et contre-rapporteur, ainsi que Vincent Dalmais, rapporteur.

La note de synthèse que je vous présente aujourd'hui est une contribution de la Cour des comptes à l'indispensable réduction de nos dépenses publiques. Je ne m'étendrai pas sur le contexte budgétaire dans lequel elle s'inscrit, car nous publierons ce mercredi plusieurs travaux importants en matière de finances publiques : le rapport sur l'exécution du budget de l'État ; la certification des comptes de l'État ; mais aussi deux avis du Haut conseil des finances publiques, sur la loi de règlement et sur le rapport d'avancement de notre programme structurel et budgétaire de moyen-terme, c'est-à-dire la trajectoire pluriannuelle que nous nous sommes engagés à tenir devant la Commission européenne.

J'aimerais toutefois souligner un point important, que je martèlerai encore et encore.

Il est absolument indispensable que nous respections la trajectoire pluriannuelle du PSMT, que je sais exigeante, et que pour cela nous atteignons l'objectif de 5,4% de PIB en 2025, qui en constitue la première marche.

Il ne s'agit pas seulement d'un enjeu de crédibilité ; c'est aussi et même d'abord une question de souveraineté, dans un monde de plus en plus incertain à tous égards. Les chiffres définitifs de l'exécution budgétaire pour l'année 2024 ont montré que le déficit avait été de 5,8 points de PIB, et non de 6,1 l'année dernière ; il serait donc d'autant plus impardonnable de ne pas respecter notre objectif, alors que la marche à franchir est moins haute que prévue.

Mais notre trajectoire de finances publiques n'en demeure pas moins fragile. Dans notre rapport sur les finances publiques publié en février, nous pointions déjà les risques et incertitudes qui pesaient, dès 2025, sur le respect de cette trajectoire. Elle suppose des ajustements très importants, qui n'ont jamais été accomplis avec une pareille constance dans le passé. Nous estimons l'effort d'économies à réaliser à environ 110 Md€ à l'horizon 2029, et à plus de 160 Md€ à l'horizon 2031. Or, il y a quelques jours, le ministre de l'économie Eric Lombard annonçait une révision à la baisse de la croissance, de 0,9% initialement prévue à 0,7% pour 2025. Cette tendance à la baisse pourrait encore s'accroître en raison du contexte commercial et international. Elle réduit nos marges de manœuvre, et pourrait

nécessiter des économies supplémentaires, en 2025 mais aussi jusqu'en 2029, pour repasser enfin sous la barre des 3 % de déficit public. J'y reviendrai plus en détails lors de la présentation des avis du HCFP, qui doit encore délibérer sur ce sujet.

Vu l'ampleur de l'ajustement nécessaire, les efforts doivent porter sur l'ensemble des administrations – et les juridictions financières prennent leur part pour proposer des économies intelligentes, visant une dépense publique de qualité, dans le champ de l'État, des dépenses locales et des dépenses sociales.

Au cours des dernières années, nous avons publié de nombreuses notes de synthèses relatives à des enjeux structurels, sur des sujets aussi divers que l'enseignement scolaire, le réseau ferroviaire, le système de retraites, la transition écologique, la justice, les aides aux entreprises, les soins de ville ou encore le logement. Nous avons en effet besoin, et je sais que le gouvernement partage ce constat, de revues de dépenses efficaces, partagées et répétées dans le temps.

La note de synthèse que je vous présente aujourd'hui fait partie des revues de dépenses lancées par la Cour au cours de l'année 2024. Il résulte d'une commande initiale du Premier ministre Gabriel Attal en mars 2024, qui nous avait demandé de faire trois revues de dépenses : sur la contribution des collectivités au redressement des finances publiques, publiée le 2 octobre 2024 ; sur la sortie des dispositifs de crise, publiée en janvier dernier ; et une troisième sur la régulation des dépenses d'assurance maladie, celle qui nous occupe aujourd'hui. La dissolution de l'Assemblée nationale et les conséquences politiques qui en ont découlé n'ont pas permis de la remettre.

Nous avons donc décidé d'actualiser nos propositions, et de publier cette note de synthèse pendant la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2026. D'ailleurs, cette publication complète bien la séquence qui vient de s'achever, durant laquelle nous avons publié deux rapports sur le système des retraites à la demande du Premier ministre. Nous savons que la dégradation des comptes de la sécurité sociale est principalement imputable, d'une part, à la branche vieillesse, et d'autre part, à la branche maladie, dont les dépenses relèvent à 80 % de l'Ondam.

*

Notre constat est le suivant : la progression des dépenses de l'Ondam n'est plus soutenable et il est impératif de la maîtriser.

Notre préconisation est la suivante : il est nécessaire de définir un programme pluriannuel de maîtrise des dépenses, en s'attachant à renforcer leur efficacité, tout en préservant la qualité et la sécurité des soins.

Pour ce faire, la Cour développe trois axes de recommandations. Premièrement, il faut resserrer les prises en charge sur les seules prestations à bon droit et pertinentes, ce que j'appellerais **dépenser à bon escient**. Deuxièmement, il faut **dépenser de manière plus efficace et plus efficiente**, en un mot garantir une dépense *de qualité*. Troisièmement, il est nécessaire de rechercher un meilleur équilibre dans le financement du système de santé, entre solidarité et responsabilisation de chacun des acteurs ; autrement dit, il faut **dépenser équitablement**.

A travers ces trois axes, nous identifions quinze propositions d'économies. Si elles étaient décidées et mises en œuvre dès cette année, elles permettraient d'économiser, de manière progressive et concertée, **environ 20 Md€ d'ici 2029**. Ces mesures sont toutes des propositions d'économies précédemment proposées par la Cour ou chiffrées par les administrations. Elles ne sont donc pas exhaustives et d'autres pistes pourraient être davantage creusées, notamment en matière de prévention. Par ailleurs, cette note de synthèse ne traite que des économies en dépenses ; elle ne fait pas de propositions relatives aux recettes, comme les taxes comportementales ou les cotisations sociales.

J'entre à présent dans le détail de nos conclusions et propositions, en débutant pas un constat préoccupant : la forte progression des dépenses de l'Ondam pose un enjeu de soutenabilité financière de la sécurité sociale.

Depuis 1996, l'Ondam est l'instrument de pilotage pluriannuel des dépenses de santé et médico-sociale qui sont prises en charge par la sécurité sociale.

Il regroupe une partie importante des dépenses de la branche « maladie », de la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » et de la branche « autonomie ». Il est voté chaque année au Parlement.

Ce n'est pas un scoop : en comparaison internationale, la France se situe parmi les pays consacrant la part la plus importante de leur produit intérieur brut aux dépenses de santé, tandis que le reste à charge pour les patients est parmi les plus limités. En 2023, la France consacrait 11,8 % du produit intérieur brut aux dépenses de santé, contre 10,4 % en moyenne pour les pays de l'Union européenne. Le reste à charge pour les ménages n'était lui que de 9,2 % des dépenses en 2022, pour une moyenne des pays de l'union européenne de 14,2 %.

En 2025, l'Ondam a été fixé par la loi de financement de la sécurité sociale à 265,4 Md€ - soit une augmentation de 50 Md€ depuis 2019. La progression de ce montant au cours des dernières années est considérable : de 2019 à 2025, la progression de l'Ondam était de 4,8 % par an, contre seulement 2,4 % par an de 2015 à 2019 – et ce, sans prendre en compte les dépenses liées à la crise sanitaire !

La conséquence de cette progression sans précédent des dépenses, c'est que la part des dépenses de l'Ondam dans le PIB augmente elle-aussi. Selon la LFSS pour 2025, elle atteindrait un niveau inégalé de 8,9 % du PIB, alors qu'elle représentait environ 8,2 % du PIB avant la crise sanitaire. Et ce niveau élevé est là pour durer : d'ici à 2028, la part de l'Ondam resterait aux alentours de 8,8 % du PIB.

En plus de cela, 13 Md€ ont été empruntés par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour financer le désendettement et la relance de l'investissement des établissements de santé, entre 2021 à 2029.

Or, c'est mécanique, cette progression des dépenses conduit à une augmentation des déficits de la sécurité sociale. Elle s'accompagne d'une dégradation du solde des trois branches de la sécurité sociale, qui financent l'Ondam : la branche maladie, la branche accidents du travail et maladies professionnelles et la branche autonomie. Selon les projections, le déficit cumulé annuel de ces trois branches doublerait presque entre 2024, où il serait équivalent à 11,8 Md€, et 2028, où il atteindrait 20,1 Md€.

Une telle dégradation de l'endettement, hors période de crise, est absolument inédite. Cela conduirait à la reconstitution, entre 2025 et 2028, d'une dette sociale de plus de 70 Md€ - et sans compter les charges d'intérêt. En parallèle, je rappelle que les établissements de santé et médico-sociaux connaissent, eux-aussi, une dégradation de leur situation financière.

Malgré les importants moyens supplémentaires consacrés aux dépenses de santé, auxquels s'étaient ajoutées les dépenses liées à la crise sanitaire, le système de santé reste en crise. Les contraintes de recrutement du personnel soignant pèsent sur l'accès aux soins et sur les conditions de travail des professionnels de santé. En outre, la qualité et la sécurité des soins ne sont pas optimales, selon la Haute Autorité de santé.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que des facteurs structurels vont peser sur l'évolution des dépenses de santé à l'avenir. Le ministère chargé de la santé estime le surcroît de dépenses liées au vieillissement de la population en soins de ville et hospitaliers à environ 1,35 % par an de 2023 à 2030, ce qui équivaut à 2,8 Md€ chaque année. Il s'agit d'une estimation minimum, à laquelle s'ajoutent les prises en charge dans les établissements et services médico-sociaux. Les dépenses de santé sont, et seront aussi tirées vers le haut par la hausse des prix des médicaments innovants. Par

exemple, les dépenses nettes de médicaments anti-cancéreux passeraient de 2,4 Md€ en 2022, à 7 Md€ en 2028, soit une augmentation d'au moins 20 % par an.

Par ailleurs, d'ici à 2028, les mesures d'économies nécessaires au respect de la trajectoire de l'Ondam ne sont pas précisément documentées. Cela fragilise d'autant le respect de notre trajectoire, alors que celle-ci conduit déjà à d'importants déficits.

*

Il est désormais urgent de changer d'échelle dans les mesures à adopter pour maîtriser ces dépenses.

Un point important pour écarter toute ambiguïté et bien me faire comprendre : l'objectif n'est pas de baisser le montant des dépenses de l'Ondam, mais bien de maîtriser le rythme de leur progression. Il s'agit de respecter la trajectoire de l'Ondam d'ici à 2028, et de stabiliser la part des dépenses d'assurance maladie dans le produit intérieur brut. Et puis, bien entendu, autant que possible, il faut chercher à endiguer le déficit de la sécurité sociale. Cela nécessite de définir un véritable programme pluriannuel de maîtrise des dépenses, et de le mettre en œuvre dans la durée, pour retrouver l'équilibre financier des branches de la sécurité sociale qui financent l'Ondam.

Si nous préconisons une maîtrise pluriannuelle des dépenses, c'est que face à l'ampleur du besoin de financement des dépenses de santé, les « coups de rabots » de court-terme ne suffisent plus. Et surtout, ils ne sont pas la bonne approche, la plus efficace, la plus efficiente, la plus intelligente. Nous devons désormais mettre en œuvre des réformes structurelles, qui feront évoluer tant les modalités de financement des dépenses de santé, que les comportements des acteurs, et la juste répartition de leurs responsabilités respectives. Or, les réformes structurelles prennent du temps : parce que les acteurs doivent s'en emparer progressivement et disposer de visibilité sur les évolutions à venir, d'une part ; et parce que leurs effets sont progressifs, d'autre part.

Cette nécessaire maîtrise pluriannuelle des dépenses doit aussi être conciliée avec la préservation de notre modèle social, avec les principes d'organisation de notre système de santé et avec la garantie d'une prise en charge de qualité et sécurisée. La ligne de crête sur laquelle faire converger l'ensemble de ces impératifs est étroite, je le reconnais ; mais je suis confiant, et je sais que c'est possible. Nous formulons déjà dans ce rapport 15 propositions pour des dépenses de santé plus efficaces, plus pertinentes, plus efficientes, en d'autres termes de meilleure qualité. Il en existe d'autres.

La préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 doit être l'occasion de documenter les mesures d'économies possibles, et de définir un tel programme pluriannuel de maîtrise des dépenses de l'Ondam. Ce n'est pas à la Cour de décider de l'ampleur, ni du calendrier de ces mesures. Mais nous identifions trois axes d'amélioration possibles, décomposés en quinze propositions d'économies. Le montant total d'économies possible est estimé entre 19,4 Md€ et 21,4 Md€ à l'horizon de 2029. C'est l'équivalent du montant nécessaire pour le financement des mesures nouvelles et tenir la trajectoire de l'Ondam.

*

J'entre dans le détail de notre premier axe d'amélioration de la qualité des dépenses de santé : recentrer les prises en charge sur les seules prestations à bon droit, et pertinentes.

D'abord, et ce n'est pas la première fois que la Cour le préconise, il faut impérativement renforcer la lutte contre les fraudes à l'assurance maladie, et la lutte contre les remboursements indus de dépenses de santé.

Après une période de perturbation durant la crise sanitaire, les résultats des actions de lutte contre les fraudes sont en nette progression depuis 2022. Les résultats de la Cnam sont passés de 466 M€ en 2023 à 628 M€ en 2024, soit une augmentation de 35 %.

Toutefois, les fraudes sont encore mal détectées, et les résultats obtenus demeurent nettement en-deçà des estimations, qui atteignent jusqu'à 4,5 Md€. Dans ce rapport, la Cour souligne les marges supplémentaires possibles dans la lutte contre les fraudes à l'assurance maladie. Par exemple, des écarts particulièrement importants existent selon les secteurs de santé, entre les estimations de montants fraudés et les résultats de la lutte contre les fraudes ces dernières années. De même, il existe de fortes disparités d'approche entre les CPAM dans l'utilisation des outils de contrôle des dépenses, tandis que les actions de la branche autonomie demeurent, elles, limitées.

Certes, les moyens d'action pour lutter contre les fraudes ont été renforcés. 1 500 agents des CPAM sont mobilisés et 400 recrutements ont été engagés en 2024. Les CPAM disposent aussi de prérogatives juridiques renforcées, et de nouveaux moyens informatiques. Ces moyens supplémentaires doivent permettre de gagner en efficacité pour protéger l'intérêt financier de l'assurance maladie, et donc celui des assurés *in fine*.

Mais il faut désormais aller plus loin : en exploitant les contrôles informatiques automatiques, en mettant systématiquement en œuvre les nouvelles prérogatives juridiques des CPAM, et en renforçant la coordination avec les autres administrations ou complémentaires de santé. Par ailleurs, il serait utile de rehausser encore l'objectif de détection de la fraude, au moins au tiers du préjudice estimé. En parallèle, la Cour préconise de dépasser le nombre de contrôles *a posteriori* atteint en 2019 et de mettre en recouvrement, pour de bon, les indus frauduleux sur toutes les périodes qui ne sont pas encore prescrites. Au total, la mise en œuvre de ces actions pourrait conduire à 1,5 Md€ d'économies.

Au-delà des fraudes, et toujours dans le but de recentrer les dépenses de santé, la Cour préconise de mieux garantir la pertinence des dépenses de santé.

En d'autres termes, toute dépense devrait être analysée au prisme de la pertinence des prises en charge, en s'appuyant sur les recommandations de la Haute autorité de santé.

Or, il existe encore de nombreuses prescriptions de santé en décalage avec les recommandations de cette autorité. Le ministère de la santé estime que 265 000 hospitalisations, soit 2,5% des séjours de médecine, auraient potentiellement pu être évités en 2017. Il en est de même pour les prescriptions de médicaments : par exemple, seuls 9 % des dosages de vitamine D prescrits correspondent à une indication recommandée par la HAS !

En outre, de nombreux travaux documentent les écarts importants dans les pratiques médicales, entre établissements de santé, et entre départements. En conséquence, les dépenses standardisées de santé, prises par patient, varient ainsi entre les départements dans une proportion de 1 à 1,7 (de 1 804 € en Haute-Savoie à 3 055 € en Haute-Corse), pour une moyenne nationale de 2 258 € en 2018. Si l'on prend le total des dépenses des départements au-dessus de la moyenne nationale, et que l'on pondère ces dépenses pour prendre en compte les caractéristiques de santé et sociales des territoires, notamment pour les départements d'outre-mer, cela représente une marge d'efficacité potentielle de 2,8 Md€.

Ces écarts peuvent s'expliquer par des différences de prescription. On observe aussi que les dépenses de santé par habitant, et le nombre de consultations, augmentent avec la densité des médecins. Cette corrélation peut conduire à s'interroger sur la pertinence de certains actes réalisés.

Il faut donc changer d'échelle dans la mobilisation pour s'assurer de la pertinence des soins, mais sans altérer la qualité des soins et des prises en charge. Cela passe par une analyse détaillée des causes de l'hétérogénéité, et une coopération renforcée entre la Cnam, les ARS, et les CPAM.

Par ailleurs, la Cour préconise de concentrer les efforts sur les dépenses les plus dynamiques et en plus forte progression. Par exemple, les dépenses liées aux 13,8 millions de patients en affection de longue durée, qui représentent plus de deux tiers du total des dépenses remboursées par l'assurance maladie, constituent un enjeu clef. Il convient de suivre attentivement l'actualisation de la liste des

types d'affections longue durée, et l'examen des situations des personnes qui bénéficient de cette reconnaissance sans limitation de durée.

Les transports sanitaires doivent aussi faire l'objet de contrôles plus systématiques par rapport aux règles existantes. C'est un poste de dépenses parmi les plus dynamiques, avec un coût de 6 Md€ en 2023, qui a augmenté de 6,5 % par an depuis 2019. Dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale pour 2024 et 2025, de premières mesures d'économie ont déjà été prévues. Mais il conviendrait de poursuivre ces efforts, notamment en finalisant le transfert de la totalité de ces dépenses au budget des établissements de santé qui les prescrivent. C'est tout de même un gisement d'économies potentielles à hauteur de 300 M€.

En parallèle du renforcement de la lutte contre les fraudes, et du recentrage des dépenses sur les plus pertinentes d'entre elles, nous recommandons également de mieux optimiser la gestion des dépenses de santé.

L'une des voies pour améliorer la gestion des dépenses de l'Ondam, c'est de renforcer les efforts en matière d'achats. Il faudrait notamment déployer davantage d'achats groupés dans les établissements de santé et médico-sociaux, et poursuivre les politiques qui ont déjà été lancées en ce sens. Les établissements doivent également mieux optimiser la gestion de l'encours de leur dette d'une trentaine de milliards d'euros.

Par ailleurs, la Cour préconise de mieux maîtriser les prix et les volumes des produits de santé.

La régulation des prix des produits de santé repose sur les négociations menées par le comité économique des produits de santé (CEPS), au nom de l'État, avec les entreprises pharmaceutiques ou industries de santé. L'action du CEPS a contribué à maîtriser la dynamique des dépenses de produits de santé : leur part au sein de l'Ondam s'est stabilisée, en passant de 19 % en 2011 à 16 % en 2021. Cette action du CEPS peut encore être renforcée. Dans un contexte d'innovations, l'enjeu est de renforcer l'évaluation médico-économique des médicaments innovants, pour étayer les négociations entre le CEPS et les industries pharmaceutiques. Il faut pouvoir systématiquement renégocier le prix des médicaments anti-cancéreux innovants, selon leur efficacité.

La maîtrise des dépenses de médicament implique aussi de mieux maîtriser les volumes consommés, et de promouvoir les médicaments les moins onéreux qui ont la même efficacité thérapeutique. Ceci implique une relance ferme du recours aux médicaments biosimilaires et aux médicaments génériques. En 2021, la part de ces derniers dans le marché pharmaceutique en France demeurait de 29 %, contre 54 % en moyenne dans les pays de l'OCDE. A elles seules, nos propositions sur la maîtrise des produits de santé engendreraient des économies de 5,3 Md€.

Voilà pour le premier axe de maîtrise des dépenses préconisé par la Cour.

*

Notre deuxième orientation est la suivante : il faut engager des réformes d'efficacité et d'efficience, qui peuvent s'appuyer sur le renforcement de la prévention en santé, ainsi que sur la garantie de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements.

D'abord, la Cour des comptes recommande dans cette note de développer la prévention en santé.

J'aimerais souligner ce point, qui est probablement l'enjeu le plus important dont nous traitons dans cette note de synthèse : il est urgent que la prévention devienne une priorité en France. Elle est encore trop peu développée dans notre système de santé, toujours organisé autour des soins curatifs uniquement. L'enjeu est de prendre davantage en compte le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques, la prévalence des maladies d'origine comportementale... L'objectif est autant d'améliorer la qualité de vie des patients, que de dégager des économies immédiates et sur le moyen terme.

Les dépenses de prévention institutionnelle en santé restent limitées : elles étaient de 7,5 Md€ en 2023, après un pic à 16,5 Md€ en 2021 lié au covid. Pourtant, il est indispensable de structurer les actions de prévention et de les développer au quotidien. Chez les jeunes, des actions déterminées sont à conduire pour lutter contre l'addiction des jeunes à l'alcool ou pour réduire l'obésité. Ce sont d'ailleurs des enjeux dont nous avons traité dans notre rapport public annuel publié en mars.

Nous préconisons également de renforcer la politique de prévention des maladies chroniques, et d'améliorer leur détection et leur prise en charge. La Cour a constaté des résultats médiocres dans la prévention des trois principales pathologies en expansion : les cancers, les maladies neuro-cardio-vasculaires et le diabète. Ces maladies affectent 12,8 millions de patients et représentant un total de dépenses de 54,5 Md€ en 2022. Dans ce contexte, il apparaît nécessaire de refonder la politique de prévention, notamment en revoyant le contenu des plans de prévention et leur déclinaison territoriale, en luttant contre les facteurs de risque, en systématisant les approches de prévention dans les pratiques professionnelles et en utilisant les données de santé pour faire évoluer les approches.

Enfin, toujours en matière de prévention, notre rapport recommande de mieux anticiper la perte d'autonomie des personnes âgées, pour réduire les chutes et les décès induits. Un chiffre : dans le contexte du vieillissement de la population, le gain d'un an d'espérance de vie sans incapacité ferait économiser à l'assurance maladie un montant estimé à 1,5 Md€. Pour ce faire, il faudrait encourager les professionnels de santé à infléchir leurs pratiques, et limiter les hospitalisations évitables, comme celles liées aux maladies respiratoires. Le sous-jacent, c'est une véritable coordination territoriale des secteurs hospitalier, médico-social et de ville sur ces cas précis.

L'objectif d'efficience que nous recommandons de poursuivre implique aussi de renforcer la qualité et la sécurité de l'offre des établissements de santé et médico-sociaux.

Des évolutions ont été engagées dans l'organisation des établissements de soins, et leurs moyens ont été renforcés. Mais de nombreuses marges d'efficience demeurent dans ce domaine.

D'abord, l'évolution en cours vers l'ambulatoire est à poursuivre. Selon la Cnam, l'activité de chirurgie ambulatoire représente 63 % des séjours en 2022. Mais le potentiel d'activité ambulatoire est estimé à 80 %, la cible recommandée par le Haut Comité de la santé publique. Poursuivre le virage ambulatoire dans les établissements de santé pourrait permettre d'économiser 800 M€.

En outre, il est important de concentrer les efforts l'amélioration de la qualité des soins pour réduire le nombre d'événements indésirables graves. Celui-ci reste trop important et il est en forte hausse : 4 574 déclarations avaient été réalisées à la Haute autorité de santé en 2024, contre 1 187 en 2019. En 2017, l'OCDE estimait d'ailleurs que 10 % des dépenses hospitalières relevaient d'erreurs médicales évitables ou d'infections nosocomiales.

La Cour a estimé qu'un objectif de réduction à long terme d'un tiers de ces événements indésirables graves, dans le secteur hospitalier, permettrait une économie de l'ordre de 2,7 Md€. Nous ne retenons pas la totalité de ce montant, mais seulement un tiers, pour fixer un ordre de grandeur qui paraît raisonnablement atteignable.

Mais une telle réduction pourrait nécessiter de restructurer les services hospitaliers qui ne présentent pas de garantie suffisante de qualité et de sécurité des soins. Fin 2024, 13 % des établissements de santé ne répondaient pas aux exigences de qualité des soins définies par la Haute autorité de santé. L'enjeu est complexe : il faut assurer le bon équilibre entre maillage territorial des établissements, qualité et sécurité de soins, et efficience des dépenses. Cette réflexion doit être menée dans le cadre de la réorganisation régionale des parcours de soins, en identifiant au préalable le niveau réel de l'activité des établissements et leurs difficultés de recrutement. Plusieurs leviers peuvent concourir à cet objectif de qualité et de sécurité des soins : le renforcement des groupements

hospitaliers de territoires, une coopération accrue entre secteurs public et privé, la restructuration des établissements de petite taille confrontés à la pénurie des personnels de santé, ou encore une plus grande transparence dans le pilotage des aides aux investissements immobiliers.

Plus largement, nous recommandons d'adapter l'offre des établissements de santé et services médico-sociaux au vieillissement de la population. Il est indispensable de rechercher des gains d'efficacité, par une meilleure articulation entre les dépenses de santé et les dépenses médico-sociales. Cela passe par l'amélioration des prises en charge des personnes âgées ou en situation de handicap. L'offre médico-sociale doit être accessible localement, pour contribuer à réduire les hospitalisations ou à favoriser une prise en charge des personnes âgées à domicile.

Il faudrait également trouver des réponses mieux adaptées et moins coûteuses pour les personnes en situation de handicap vieillissantes qui sont hospitalisées en psychiatrie, sans justification médicale, mais faute de places en établissements médico-sociaux. Ce sont des situations inacceptables, à tous égards.

*

J'en arrive enfin à notre quatrième et dernière orientation pour maîtriser les dépenses de l'Ondam : il faut chercher un meilleur équilibre dans le financement du système de santé, pour des dépenses plus équitables, mais aussi plus responsables.

Depuis 2015, la structure du financement des dépenses de santé a évolué. Elle s'est caractérisée par une hausse des prises en charge plus importante pour l'Ondam, que pour celles assumées par les organismes complémentaires de santé ou les patients. En 2023, cela a représenté un transfert de prise en charge vers l'Ondam de 5,5 Md€.

Dans ce contexte, les efforts doivent être partagés entre les différents acteurs et financeurs des dépenses de santé que sont l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires de santé. La répartition des efforts et la coopération entre ces acteurs devrait être rééquilibrée régulièrement, dans une démarche partenariale et pluriannuelle. Des coopérations sont aussi à envisager entre la Cnam et les complémentaires de santé sur la lutte contre les fraudes, la pertinence des prescriptions, la prévention en santé ainsi que la répartition des prises en charge des dépenses de santé.

Nous préconisons également de mieux équilibrer les financements issus des employeurs et des salariés dans la couverture des risques des salariés.

Enfin, nous devons chercher à atténuer les prises en charge qui relèvent de l'Ondam. Dans la situation contrainte que j'ai décrite, l'une des voies d'action consiste à réduire l'ampleur habituelle des mesures nouvelles en projet de loi de financement de la sécurité sociale d'ici 2029. Pour rappel, en 2025, la loi de financement de la sécurité sociale prévoit un quantum de mesures nouvelles de 5 Md€ et, en corolaire, des mesures d'économie de 4,3 Md€.

Plus largement, nous devrions adopter une approche de responsabilisation des professionnels de santé, des patients et des employeurs. À cet égard, sans doute faut-il repenser le champ du remboursement de certaines prises en charge par l'assurance maladie, en réévaluant la participation des patients, dans des proportions limitées, et des employeurs. Par exemple, la France est l'un des derniers pays de l'OCDE à prendre en charge des soins de cure thermale, à hauteur de 250 M€ en 2023, sans que leur service médical ait été démontré. Il semblerait également utile de réexaminer la liste des médicaments remboursés à hauteur de 15 %.

Voilà, mesdames et messieurs, les principales propositions d'économies, non exhaustives mais opérationnelles, que la Cour propose aujourd'hui dans cette revue de dépenses. Ces mesures, je le rappelle car c'est important, peuvent être mises en œuvre sans revenir sur les grands principes du système français de sécurité sociale. Elles peuvent se résumer en quelques mots : **il faut dépenser de manière plus pertinente, de manière plus efficiente, et de manière plus équitable et responsable.**

Au-delà de ces mesures, ce que nous proposons aussi, et plus largement, c'est une méthode. Une méthode que nous comptons appliquer à nouveau cette année, avec une salve de revues de dépenses de ce type, pour proposer des économies de dépenses intelligentes dans tous les domaines.

Pour faire cette révolution de la dépense publique, j'en appelle à notre intelligence collective, avec de la volonté, avec de la méthode, nous en sommes capables.

Je vous remercie et suis à votre disposition, avec l'équipe que je remercie à nouveau, pour répondre à vos interrogations.