

RÉFÉRENDUM SUR LA REFONDATION DU SYSTÈME DE SANTÉ – INFOGRAPHIE¹: Les chiffres à connaître

Institut Santé · Juin 2026

5 chiffres clés à connaître

① **6,3 fois** - Un malade chronique coûte 6,3 fois plus qu'une personne en bonne santé à l'Assurance Maladie (9 300 € contre 1 480 € par an). Source : IGAS/IGF 2021, cité CNAM 2025.

② **250 € investis, jusqu'à 2 500 € récupérés par l'Assurance maladie** - Pour chaque euro investi dans le Compte Personnel de Prévention, l'Assurance Maladie peut récupérer entre 3 et 10 € d'économies selon l'âge. Source : simulation Institut Santé / Masters et al., *J Epidemiol Community Health* 2017.

③ **40 % des cancers sont évitables** - 40 % des cancers diagnostiqués en France sont liés à des facteurs de risque modifiables - tabac, alcool, alimentation, sédentarité. Source : INCA / CIRC 2026 / Santé publique France.

④ **21 % de la population, 67 % des dépenses** - Les 14,1 millions de patients en ALD — soit 21 % des Français — absorbent 67 % des 202,5 milliards remboursés par l'Assurance Maladie. En 2035, ils pourraient représenter 26 % de la population et 75 % des dépenses. Source : CNAM 2025.

⑤ **320 € de déficit nouveau par habitant et par an, soit 1 500 € sur 5 ans** - Le déficit de la sécu atteint 22 milliards d'euros en 2025, soit 320 € de dette nouvelle pour chaque Français, chaque année, à rembourser par les générations futures - Source : LFSS 2026.

¹ Sources : DREES (Les dépenses de santé en 2024, éd. 2025) · CNAM (Rapport Charges et Produits 2025) · IGAS/IGF (Revue de dépenses ALD, 2021) · Institut Santé (Document Expert Référendum 2026)

1. Ce que chaque Français paie aujourd'hui

Voici les coûts réels de la santé ramenés à l'échelle individuelle, tels qu'ils ressortent des comptes nationaux de la santé 2024 (DREES).

3 723 € Dépenses totales de santé	Dépense moyenne annuelle par habitant en 2024 (CSBM : soins hospitaliers, ambulatoires, médicaments, dispositifs médicaux). En hausse de 3,7 % par rapport à 2023.
---	--

Source : DREES, Les dépenses de santé en 2024, éd. 2025

292 € Reste à charge direct	Part payée de sa poche par chaque habitant, après remboursements Sécu et mutuelle. En hausse constante : 276 € en 2023, 292 € en 2024 (+5,8 %). Premier poste : les soins ambulatoires (133 €/personne).
---------------------------------------	--

Source : DREES, Les dépenses de santé en 2024, éd. 2025

247 € Frais administratifs	Coût de gestion du système de santé par habitant : 16,9 Md€ au total (assurance maladie publique : 7 Md€, organismes complémentaires : 8,75 Md€, État : 1,2 Md€). Une ressource qui ne sert pas les soins.
--------------------------------------	--

Source : DREES, Les dépenses de santé en 2024, éd. 2025, p. 138

2. La bombe à retardement financière

La Sécurité sociale accumule des déficits à un rythme insoutenable. Voici ce que cela représente pour chaque citoyen.

~320 € Déficit annuel par habitant	Le déficit de la sécu atteint 22 Md€ en 2025. Ramené aux 68 M de Français, c'est 320 € de déficit nouveau par personne, accumulé cette seule année — à rembourser par les générations futures.
--	--

Source : CNAM, Rapport Charges et Produits 2025

2 700 € Dettes sociales héritées	La dette sociale à fin 2025 (Cades, Acoss) représente environ 185 Md€. Rapporté par habitant, chaque Français porte déjà en héritage plus de 2 700 € de dettes passées — sans compter celles qui s'accumulent.
--	--

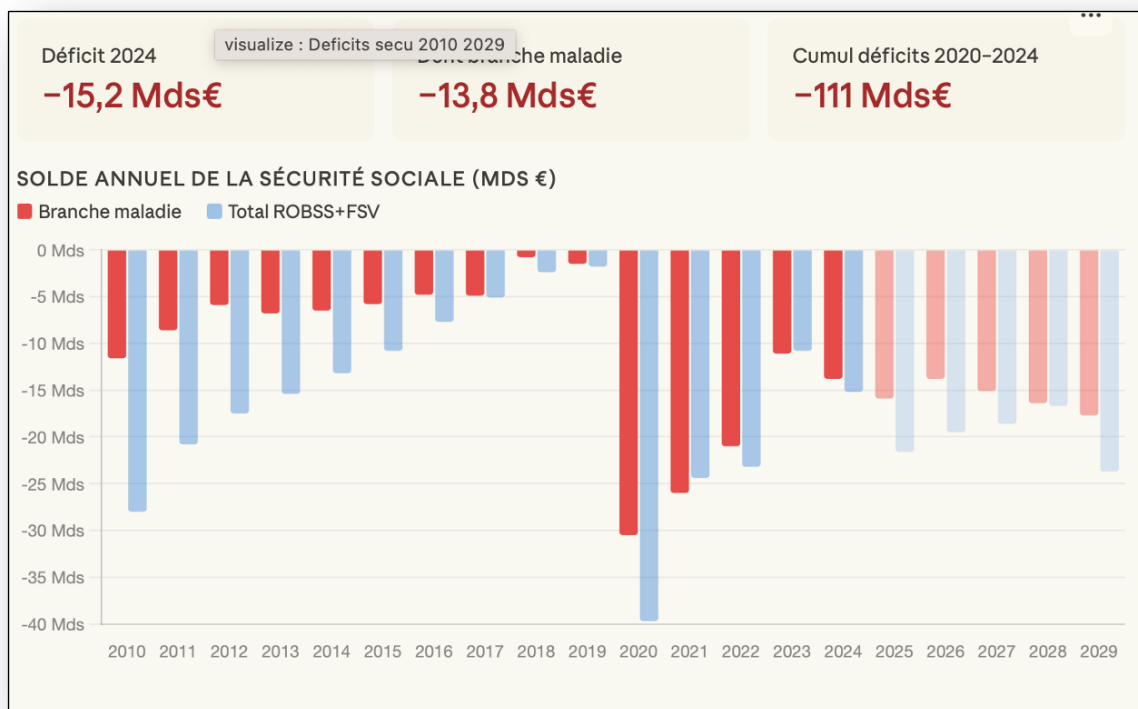
Source : CNAM, Rapport Charges et Produits 2025

~1 500 €/5 ans Dette future sans réforme	À ce rythme, la dette sociale augmente d'environ 100 Md€ tous les 4 à 5 ans (soit ~1 500 € supplémentaires par habitant à chaque quinquennat). D'ici 2030, plus de 25 Md€ d'économies supplémentaires seront nécessaires pour stopper l'aggravation.
--	--

Source : Institut Santé, Document Expert Référendum 2026 · CNAM, Rapport C&P 2025

Le déficit annuel montre la trajectoire de la Sécu depuis 2010 : un redressement progressif jusqu'en 2019, l'effondrement Covid en 2020 (-40 Mds€), puis un retour partiel à un déficit structurel de -15 à -22 Mds€ par an jusqu'en 2029. La branche maladie représente plus de 75% du déficit annuel depuis 2020.

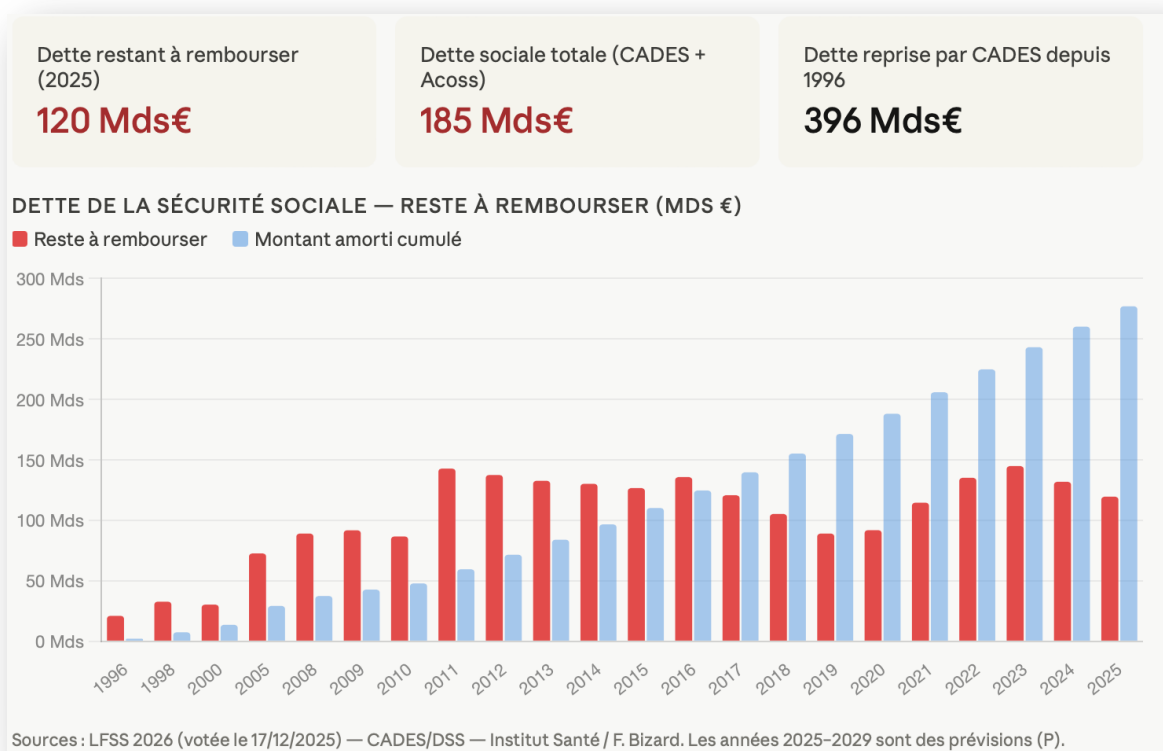
Déficit annuel de la sécurité sociale



Source : Institut Santé, Document Expert Référendum 2026 · CNAM, LFSS 2026

La dette CADES illustre le paradoxe : la Sécurité sociale a remboursé plus de 277 milliards depuis 1996, mais il reste encore 120 milliards à rembourser — et la dette totale (CADES + AcoSS) atteint 185 milliards d’euros.

Dette sociale restant à rembourser



3. Comparaison des dépenses par état de santé

Le système actuel concentre massivement les dépenses sur les malades chroniques, tout en laissant un reste à charge disproportionné aux plus fragiles. Le tableau ci-dessous compare **cinq profils-types**.

Profil de santé	Dépense totale/an	Part Sécu	Part mutuelle	Reste à charge	Prise en charge
Personne en bonne santé (aucune pathologie chronique)	~1 480 €	~980 €	~340 €	~160 €	66 %
Moyenne nationale tous profils confondus	3 723 €	2 958 €	473 €	292 €	79,4 %
Malade chronique (hors dispositif ALD)	~4 800 €	~3 650 €	~680 €	~470 €	76 %
Patient en ALD (14,1 M de personnes, 21 % de la pop.)	9 300 €	8 463 €	—	840 €	91 %
ALD grave — insuffisance rénale (9e décile, cas les plus lourds)	55 940 €	53 143 €	—	~2 800 €	95 %

Source : DREES, Les dépenses de santé en 2024 · IGAS/IGF cité par CNAM, Rapport C&P 2025 (données ALD 2021) · Estimations Institut Santé pour profils hors ALD

Points clés

- Un patient en ALD coûte en moyenne 6,3 fois plus qu'une personne en bonne santé (9 300 € vs ~1 480 €).
- Malgré une prise en charge à 91 %, le reste à charge d'un patient en ALD (840 €/an) est 1,8 fois plus élevé que celui d'un assuré sans ALD — car 82 % de ce reste à charge porte sur des soins sans lien avec sa pathologie chronique.
- La dispersion est extrême au sein d'une même ALD : pour la néphropathie chronique grave (ALD 19), les dépenses vont de 693 € (1er décile) à 55 940 € (9e décile).
- Les 14,1 millions de patients ALD (21 % de la population) concentrent 67 % des 202,5 Md€ remboursés par l'Assurance Maladie.
- En 2035, les malades chroniques pourraient représenter 26 % de la population et concentrer 75 % des dépenses de l'Assurance Maladie.

4. Les inégalités sociales de santé — une injustice mesurable

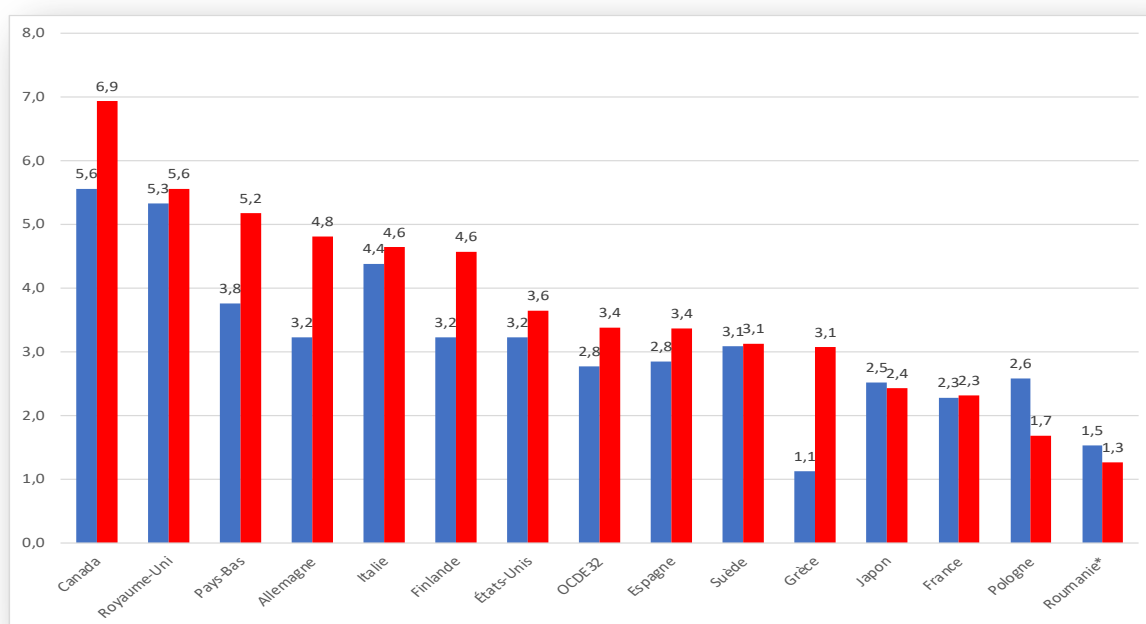
Le système actuel reproduit et amplifie les inégalités sociales. Ces chiffres montrent l'écart entre les Français selon leur origine sociale ou leur situation de santé mentale.

Inégalités	Chiffres clés	Ce que ça signifie
Renoncement aux soins	6,7 M de Français sans médecin traitant en 2025 – 87% des territoires en désert médical – 65% de la population ont renoncé à se soigner au cours des 12 derniers mois (2025)	10% de la population n'a pas de médecin traitant, dont 400 000 sont en ALD. L'accessibilité aux soins varie d'un facteur 1 à 7 selon les territoires. 40% des femmes les plus précaires sans mammographie (vs 24% chez les plus aisées)
Espérance de vie - Écart selon les revenus (5% les plus faibles vs 5% les plus élevés)	-13 ans (hommes) - 9 ans (femmes)	Les 5% de la population les plus aisées (>6247€/mois) vivent 13 ans plus longtemps pour les hommes et 9 ans pour les femmes.
Décès liés au tabac	73 000 décès/an dont 45 000 par cancer – Taux de fumeurs de 25,1% chez les ouvriers vs 11,8% chez les cadres	La France affiche un taux de tabagisme quotidien de 25 % (vs 14,6 % en moyenne OCDE). La prévention n'a jamais été sérieusement financée.
Prévalence des pathologies chroniques	34,5 % (2015) → 36,9 % (2023) → ~26 % en ALD (2035)	En 8 ans, +3,4 points de maladies chroniques dans la population. La tendance s'accélère avec le vieillissement et le mode de vie. Le risque de mourir d'un cancer est 2x plus élevé chez un ouvrier que chez un cadre
Hypertension artérielle	17 millions de patients (1 adulte sur 3)- 6 millions non diagnostiqués – 1 patient sur 4 a son HTA contrôlée- 16% des cadres vs 29% des ouvrières	L'HTA est le premier facteur de risque cardiovasculaire et l'une des pathologies les plus évitables par la prévention. Massivement sous-diagnostiquée.

Source : CNAM, Rapport Charges et Produits 2025 · DREES, Les dépenses de santé en 2024 – Insee n°2085

La raison principale est connue – La France n'a toujours pas mis en place de stratégie nationale de santé incluant une politique de prévention ambitieuse. Elle consacre 3 fois moins que le Canada et deux fois moins que l'Allemagne de dépenses courantes à la prévention, et cette part est stable sur dix ans.

Dépenses de prévention en pourcentage des dépenses courantes de santé en 2013 et 2023 dans l'OCDE



Sources : Statistiques de l'OCDE sur la santé en 2025 – Institut Santé

5. Ce que la réforme de l'Institut Santé change concrètement

La réforme génère des économies structurelles redistribuées vers les soins, la prévention et les soignants — à enveloppe constante dans un premier temps.

~250 € Compte personnel de prévention	Forfait annuel de prévention individuel mobilisable pour bilans de santé, dépistages, accompagnement nutritionnel, activité physique, applications numériques. Sur le modèle du CPF. Financé de manière multipartite : Sécu, mutuelles, entreprises, collectivités. A maturité, le CCP fera économiser entre 7 et 14 Md€ en net par an à l'assurance maladie selon le taux d'adhésion
---	---

Source : Institut Santé, Document Expert Référendum 2026

≤ 2 % du revenu Bouclier sanitaire	Reste à charge plafonné à 2 % du revenu net disponible de chaque citoyen. Plus aucun renoncement aux soins pour raisons financières. Toutes les exonérations existantes maintenues (ALD, grossesse, bas revenus, AT-MP).
--	--

Source : Institut Santé, Document Expert Référendum 2026

~28 Md€ Économies redistribuées	Suppression des contrats collectifs de complémentaire santé (~10 Md€ pour l'État, ~12 Md€ pour les entreprises). Réduction d'au moins un tiers des 17 Md€ de frais de gestion. Montants réalloués : prévention, innovation, rémunération des soignants, équilibre budgétaire, baisse du coût du travail.
---	--

Source : Institut Santé, Document Expert Référendum 2026 · DREES, Les dépenses de santé en 2024 · Cour des comptes, juin 2021

6. Simulation médico-économique du Compte personnel de prévention

6.1 Les coûts officiels de santé par profil (DREES / CNAM / IGAS-IGF)

Les données suivantes sont issues des sources officielles les plus récentes : les Comptes de la santé 2024 (DREES), le Rapport Charges et Produits 2025 de l'Assurance Maladie (CNAM) et la Revue de dépenses ALD de l'IGAS/IGF (2021, citée par la CNAM 2025).

Profil de santé	Dépense totale/an	Prise en charge AM	Mutuelle	Reste à charge
Personne en bonne santé (aucune ALD)	1 480 €	980 €	340 €	160 €
Moyenne nationale tous profils	3 723 €	2 958 €	473 €	292 €
Malade chronique hors ALD	4 800 €	3 650 €	680 €	470 €
Patient en ALD (14,1 M de personnes)	9 300 €	8 463 €	—	840 €
ALD grave — Polypathologie (70+ ans)	18 500 €	17 575 €	—	925 €

Sources : DREES, Les dépenses de santé en 2024 · IGAS/IGF, Revue de dépenses ALD 2021, cité par CNAM 2025 · Estimations Institut Santé pour profils intermédiaires

Un patient en ALD coûte en moyenne 6,3 fois plus à l'Assurance Maladie qu'une personne en bonne santé (9 300 € vs 1 480 €). Les 14,1 millions de patients ALD (21 % de la population) concentrent 67 % des 202,5 Md€ remboursés.

6.2 La simulation médico-économique du Compte Personnel de Prévention (CPP)

CNAM, juin 2025.

« Le déficit de l'AM atteint 16 Md€ pour 2025. Sans inflexion majeure, il pourrait atteindre 41 Md€ en 2030. La prévention est le seul moyen d'empêcher que le système perde en soutenabilité » - CNAM

Pour cette simulation, nous considérons un montant du CPP de 250€ par an pour trois tranches d'âge : 25-39 ans, 45-59 ans et 65-79 ans.

Selon les dépenses par état de santé, on peut calculer l'économie générée par une campagne de prévention ciblée et adaptée au profil de la personne selon les résultats publiés dans la bibliographie internationale² (cf bibliographie).

Une personne peut être soit en bonne santé, soit malade chronique (ALD). L'AM paie :

- Si saine : **980 €/an**
- Si ALD : **8 463 €/an**
- Écart : **7 483 €/an** que l'AM évite si la maladie est évitée

La mécanique du calcul à 50 ans :

Sans CPP, 41 % des personnes de 50 ans développent une ALD dans les 10 ans. Avec CPP, cette probabilité tombe à 19 %. La réduction est donc de **22 points de probabilité**.

Économie brute annuelle pour l'AM par personne :

$22\% \times 7\,483\text{ €} = 1\,646\text{ €/an économisés}$

Coût du CPP pour l'AM (quote-part à 40 %, scénario B) :

$250\text{ €} \times 40\% = 100\text{ €/an}$

ROI pour l'AM à 50 ans :

$1\,646\text{ €} / 100\text{ €} = 16,5 : 1$

En faisant la moyenne pondérée par population des 3 tranches d'âges :

$(1,8\text{ Md€} + 4,2\text{ Md€} + 2,1\text{ Md€}) \text{ économisés} / (3,3 + 3,2 + 2,0) \times 40\% \text{ investis par l'AM} = 8,1\text{ Md€}$
 $\text{économisés} / 3,4\text{ Md€ investis par l'AM} = \text{ROI national moyen} : \sim 2,4 : 1$

Économies nettes potentielles du CPP pour l'assurance maladie par tranche d'âge à maturité



En scénario central (ROI 2,4 : 1 à l'échelle nationale), le CPP génère à maturité 2,4 € d'économies pour l'assurance maladie pour chaque euro investi.

² Sources : CNAM, Rapport Charges et Produits 2025 (juin 2025) · déficit 2025 : 16 Md€, projection 2030 : 41 Md€ · DREES, Dépenses de santé 2024 · IGAS/IGF, Revue ALD 2021 · Masters et al., J Epidemiol Community Health 2017 · Institut Santé, Document Expert Référendum 2026 · INSEE 2024. Les économies CPP sont des projections à maturité (10-15 ans), non des prévisions certifiées. L'extrapolation à la population totale est une borne haute prudente.

Bibliographie

I. ROI de la prévention — Références directement utilisées dans les calculs

[1] Référence centrale — méta-analyse ROI Masters R, Anwar E, Collins B, Cookson R, Capewell S. « Return on investment of public health interventions: a systematic review ». *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2017;71(8):827-834. DOI: 10.1136/jech-2016-208141. PMID: 28356325. PMC: 5537512.
C'est la source du ROI médian 14,3 : 1 (toutes interventions), 4,1 : 1 (interventions locales) et 27,2 : 1 (interventions nationales), utilisés dans toute la simulation.

[2] Mise à jour méthodologique — périmètre et limites du ROI

Larg E, Moss JR. « Cost-of-illness studies: a guide to critical evaluation ». *PharmacoEconomics*. 2011;29(8):653-671. DOI: 10.2165/11588380.

Rappelle les précautions d'interprétation du ROI en santé publique : hétérogénéité des études, horizon temporel, perspective du payeur.

II. Prévention du diabète de type 2 — Source de la réduction de probabilité de 58 %

[3] Étude de référence — Programme américain DPP Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al. « Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin ». *New England Journal of Medicine*. 2002;346(6):393-403. DOI: 10.1056/NEJMoa012512. PMID: 11832527.

Source du chiffre fondamental : réduction de 58 % de l'incidence du diabète T2 par modification intensive du mode de vie chez les sujets à risque.

[4] Étude de référence — Programme finlandais DPS Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, et al. « Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance ». *New England Journal of Medicine*. 2001;344(18):1343-1350. DOI: 10.1056/NEJM200105033441801. PMID: 11333990.

Confirme la réduction de 58 % dans un contexte européen, sur une cohorte de 522 sujets finlandais.

[5] Suivi à long terme DPS — 13 ans Lindström J, et al. « Improved lifestyle and decreased diabetes risk over 13 years: long-term follow-up of the randomised Finnish Diabetes Prevention Study (DPS) ». *Diabetologia*. 2013;56(2):284-293. DOI: 10.1007/s00125-012-2752-5.

Montre que l'intervention courte (4 ans) retarde le diabète d'environ 5 ans — fondamental pour justifier les horizons de simulation de 10-15 ans.

[6] Suivi à 21 ans — DPP Outcomes Study Knowler WC, Doherty L, Edelstein SL, et al. « Long-term effects and effect heterogeneity of lifestyle and metformin interventions on type 2 diabetes incidence over 21 years in the US Diabetes Prevention Program randomised clinical trial ». *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2025. DOI: 10.1016/S2213-8587(25)00022-1.

Confirme la persistance des effets préventifs à très long terme.

[7] Coût-efficacité du DPP Herman WH, et al. « The cost-effectiveness of diabetes prevention: results from the Diabetes Prevention Program and the Diabetes Prevention Program Outcomes Study ». *Diabetes Care*. PMC5471886.
Source des données économiques permettant d'extrapoler le ROI de la prévention du diabète à la population française.

III. Coûts des maladies chroniques en France — Sources des données de calcul

[8] Source principale des coûts ALD IGAS/IGF. « Revue de dépenses relative aux affections de longue durée (ALD) : Pour un dispositif plus efficient et équitable ». Inspection Générale des Affaires Sociales / Inspection Générale des Finances. 2024. Disponible sur : [igas.gouv.fr](https://www.igas.gouv.fr).

Source du coût moyen ALD : 9 300 €/an, reste à charge 840 €/an, prise en charge AM à 91 %. Données 2021.

[9] Rapport CNAM annuel 2025

CNAM. « Rapport Charges et Produits pour 2026 ». Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Juin 2025. Disponible sur : assurance-maladie.ameli.fr.

Source du déficit 2025 (16 Md€), projection 2030 (41 Md€), nombre de patients ALD (14,1 millions), part des ALD dans les dépenses (67 %), projection 2035 (26 % de la population, 75 % des dépenses).

[10] Comptes nationaux de la santé

DREES. « Les dépenses de santé en 2024 ». Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Édition 2025. Disponible sur : drees.solidarites-sante.gouv.fr.

Source du coût moyen national (3 723 €/habitant), reste à charge (292 €), frais administratifs (16,9 Md€ soit 247 €/habitant), part AM (79,4 %), coût personne saine (~1 480 €).

IV. Probabilités de transition vers la maladie chronique — Sources épidémiologiques

[11] Prévalence et trajectoires des maladies chroniques

CNAM. « Cartographie des pathologies et des dépenses ». Édition 2024. Disponible sur : assurance-maladie.ameli.fr. Source des données épidémiologiques de prévalence par tranche d'âge utilisées pour calibrer les probabilités de transition.

[12] Cohorte NutriNet-Santé

Hercberg S, et al. « The Nutrinet-Santé Study: a web-based prospective study on the relationship between nutrition and health and determinants of dietary patterns and nutritional status ». *BMC Public Health*. 2010;10:242. DOI: 10.1186/1471-2458-10-242.

Source des données françaises sur les facteurs de risque comportementaux et leur incidence sur les maladies chroniques à moyen terme.

[13] Étude ENTRED — épidémiologie du diabète

Fosse-Edorh S, et al. « Étude nationale sur le diabète traité (ENTRED 3, 2019-2020) ». *Santé publique France*. 2022. Source des données françaises sur la prévalence du diabète traité (5,3 % de la population), les inégalités sociales et les coûts associés.

V. Inégalités sociales de santé — Sources d'appui

[14] Écart d'espérance de vie

Cambois E, Laborde C, Robine JM. « La 'double peine' des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte ». *Population & Sociétés*. 2008;441. INED.

[15] Tabagisme et inégalités sociales

Santé publique France. « Baromètre de Santé publique France 2024 ». SPF, 2024.

Source : taux de tabagisme 25,1 % chez les ouvriers vs 11,8 % chez les cadres.

[16] HTA et inégalités sociales

Perez L, et al. « Hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle selon l'étude Esteban 2014-2016 ». *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2018.

VI. ROI des programmes de santé en entreprise

[17] Méta-analyse ROI santé au travail

Baicker K, Cutler D, Song Z. « Workplace Wellness Programs Can Generate Savings ». *Health Affairs*. 2010;29(2):304-311. DOI: 10.1377/hlthaff.2009.0626.

Source du ROI 2 à 5 : 1 des programmes de santé en entreprise, utilisé pour justifier la contribution employeur à 20 %.

VII. Mise en perspective internationale

[18] OMS Europe — coût de l'inaction préventive

WHO Regional Office for Europe. « Avoidable mortality, risk factors and policies for tackling NCDs ». Copenhagen: WHO Europe, juin 2025.

Source : 1,8 million de décès évitables/an en Europe, 514,5 Md\$ de pertes de productivité.

[19] OCDE — dépenses de prévention

OCDE. « Health at a Glance 2023 ». Paris: OECD Publishing, 2023. DOI: 10.1787/7a7afb35-en.

Source : France consacre 2,3 % des dépenses de santé à la prévention vs 3,4 % en moyenne OCDE.