Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie

Le 17 septembre 2025

Avis du Comité d'alerte n°2025-3

sur les mesures annoncées afin de répondre au risque sérieux de dépassement de l'objectif fixé par la loi de financement pour 2025 notifié par le comité d'alerte

En application de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, le comité d'alerte de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a fait part, dans son avis n° 2 du 18 juin dernier, d'un « risque sérieux de dépassement » de plus de 0,5 %, soit de plus de 1,3 Md€, du montant de l'objectif fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Suivant les dispositions de ce même article, le comité d'alerte a notifié cet avis le 19 juin au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie.

Le 24 juin, le directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et la directrice générale de la Mutualité sociale agricole (MSA) ont fait part au comité d'alerte de mesures visant à répondre au risque de dépassement souligné par le comité d'alerte.

Dans une correspondance du 8 juillet, la ministre du travail, de la santé, de la solidarité et des familles, le ministre chargé de la santé et de l'accès aux soins et la ministre chargée des comptes publics ont indiqué reprendre à leur compte l'intégralité des mesures proposées par les caisses nationales d'assurance maladie, d'un montant agrégé de 1,65 Md€, et prévoir des mesures additionnelles d'un montant de 0,09 Md€.

Le montant agrégé des six volets, détaillés ci-après, de mesures d'économie annoncées par la correspondance des ministres du 8 juillet, atteint ainsi 1,74 Md€. Selon les indications données au comité d'alerte, ce montant d'économies, sous réserve de sa réalisation intégrale, a été calibré pour compenser totalement le risque de dépassement du montant prévisionnel de l'ONDAM souligné par le comité d'alerte dans son avis n° 2.

La correspondance des ministres précisait que « des mesures complémentaires seront prises par le Gouvernement si la dynamique de l'ONDAM continuait à faire ressortir des risques prononcés de dépassement ».

En application de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, le comité d'alerte doit rendre un avis sur l'impact financier des mesures de redressement proposées par les caisses nationales d'assurance maladie et, le cas échéant, de celles que l'État entend prendre.

Le présent avis a été établi après instruction auprès de la direction de la sécurité sociale et de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) des mesures annoncées par les ministres et les directeurs généraux des caisses nationales d'assurance maladie. Dans cet objectif, les membres du comité d'alerte ont sollicité tous éléments d'information et de documentation qu'ils ont estimé utiles auprès de la direction de la sécurité sociale et de la CNAM. Le présent avis retrace leur appréciation de la réalité et de la portée des éléments qui leur ont été communiqués. Il ne préjuge pas de l'incidence sur les dépenses de l'année 2025 de mesures décidées depuis la

correspondance précitée des ministres du 8 juillet dernier, ni des effets de l'actualisation des prévisions de dépenses de soins de ville dans le cadre de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

1 - Incidence de l'avis n° 2 du comité d'alerte sur les revalorisations conventionnelles : un ordre de grandeur probable de 150 M€

En application de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, lorsque le comité d'alerte constate l'existence d'un risque sérieux de dépassement de l'objectif fixé par la loi de financement de la sécurité sociale et que ce risque est en tout ou partie imputable à l'évolution des dépenses relevant du sous-objectif des soins de ville, la CNAM doit suspendre l'entrée en vigueur de toutes les mesures conventionnelles ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires conventionnels.

À défaut d'un avenant fixant à nouveau une date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, l'entrée en vigueur des mesures conventionnelles est reportée au 1er janvier de l'année suivante, en l'espèce le 1er janvier 2026.

Ce report concerne des mesures de l'avenant n° 7 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, de la convention nationale des médecins et de l'avenant n° 1 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux, qui devaient entrer en vigueur au 1er juillet 2025.

Ces reports de revalorisations de tarifs ont un effet certain. Leur impact pour l'année 2025 est estimé à 150 M€. Des éléments détaillés par mesure de revalorisation ont été communiqués au comité d'alerte à l'appui de ce montant. Le comité d'alerte estime en conséquence que ce montant a un caractère probable.

2 – Transport des patients par taxi : un ordre de grandeur vraisemblable d'environ 30 M€

Une convention-cadre nationale a été approuvée par un arrêté le 16 mai 2025. À la suite de la publication de l'arrêté, une nouvelle phase de concertation a été engagée entre le Gouvernement et les représentants de la profession des artisans taxi.

Les correspondances des ministres et des directeurs généraux de caisses nationales d'assurance maladie au comité d'alerte font état d'une économie de 45 M€ en 2025, permise par l'entrée en vigueur de la convention cadre nationale relative à l'établissement d'une convention-type à destination des entreprises de taxi et des organismes locaux d'Assurance maladie, établie par une décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Cette décision est intervenue le 18 juillet 2025 et la nouvelle convention a été approuvée par un arrêté du 29 juillet 2025. Dans cette nouvelle convention, l'entrée en vigueur des mesures tarifaires a été décalée du 1er octobre au 1er novembre.

Les mesures tarifaires ont un effet certain. Les éléments d'information communiqués au comité d'alerte indiquent un montant prévisionnel d'économies de 33 M€ en 2025, et non de 45 M€. Ce montant de 33 M€ se décompose en 30 M€ de gel des tarifs 2025 sur les tarifs préfectoraux de l'année 2024 et de 3 M€ au titre de l'application sur deux mois de la convention-cadre, déduction faite du surcoût lié à des concessions accordées à la profession (notamment l'application d'un tarif kilométrique plancher de 1,07 €). Le comité d'alerte estime que ce montant d'économies de 33 M€ sur l'année 2025, à arrondir à 30 M€, a un caractère vraisemblable.

3 – Le renforcement des actions de maîtrise médicalisée : des montants annoncés d'économies qui doivent contribuer à la réalisation de l'objectif initial d'économies mais ne peuvent être confirmés

Le tendanciel d'évolution des dépenses d'assurance maladie pris en compte dans la construction de l'ONDAM intègre un montant prévisionnel de 900 M€ d'économies au titre de la maîtrise médicalisée et de la lutte contre les fraudes, sans distinguer ces deux domaines. Le montant précité de 900 M€ est identique à celui intégré à la construction de l'ONDAM 2024. Dans son avis n° 2, le comité d'alerte a souligné le caractère très incertain de cette estimation. À la suite de cet avis, la CNAM a fait part au comité de deux ensembles de mesures visant à conforter la réalisation de l'objectif de 900 M€ d'économies.

3 - 1 - Renforcement des actions relatives aux indemnités journalières

Dans sa correspondance du 23 juin au comité d'alerte, le directeur général de la CNAM a fait part d'une accélération de la mise en œuvre ou d'une intensification des actions de régulation des arrêts de travail à l'égard des médecins, des assurés et des entreprises, qui permettraient d'engendrer 100 M€ d'économies. Ces économies viendraient conforter la réalisation de l'objectif de 440 M€ d'économies relatives aux indemnités journalières prise en compte dans l'ONDAM 2025 au titre de la maîtrise médicalisée et de la lutte contre les fraudes.

À l'appui de l'économie estimée à ce titre (15 M€), la CNAM a documenté une lettre réseau (18 juillet 2025) prévoyant le contrôle d'un nombre équivalent à celui de 2024 d'établissements ayant une sinistralité atypique (soit 500 établissements).

Les économies estimées au titre des actions en direction des assurés (20 M€) proviendraient pour l'essentiel de la reconduction d'actions déployées en 2024. La CNAM n'a pas documenté les instructions adressées à son réseau.

La CNAM a documenté les actions visant les médecins prescripteurs, dont l'impact attendu est d'au moins 65 M€ : mise sous objectif/sous accord préalable (MSO/MSAP) des 1 000 prescripteurs les plus atypiques, échanges confraternels avec près de 8 000 prescripteurs importants d'arrêts de travail et entretiens confraternels avec les prescripteurs d'arrêts de travail de moins de 6 mois sans motifs ou avec des motifs nécessitant une investigation par le service médical.

S'agissant des prescripteurs, l'estimation du rendement financier des mesures de maîtrise médicalisée est confortée par les données disponibles sur l'efficacité des MSO/MSAP sur les comportements de prescription, l'extension de la cible des MSO/MSAP (1 000 prescripteurs les plus atypiques contre 600 prescripteurs mis sous objectif ou accord préalable fin 2023 / début 2024) et le raccourcissement annoncé du calendrier de la campagne des échanges confraternels (qui doit s'achever fin novembre au lieu de s'étaler jusque début 2026).

Cependant, la cible d'économies intégrée à la construction de l'ONDAM 2025 au titre des indemnités journalières est très volontariste : son montant dépasse de plus d'un tiers celui pris en compte dans la construction de l'ONDAM 2024 (330 M€).

3 - 2 - Renforcement des actions de maîtrise médicalisée et de lutte contre les fraudes hors indemnités journalières

Dans sa correspondance du 23 juin, le directeur général de la CNAM a par ailleurs annoncé 100 M€ d'économies au titre d'actions de maîtrise médicalisée et de lutte contre les fraudes

dans d'autres domaines que les arrêts de travail, principalement au titre de l'usage des médicaments (67 M€ au total), des dispositifs médicaux (15 M€) et des transports (8 M€).

Ces économies doivent conforter la réalisation d'un montant de 460 M€ d'économies au titre de la maîtrise médicalisée et de la lutte contre les fraudes hors indemnités journalières (dont 185 M€ au titre des produits de santé et 50 M€ au titre des transports), intégré à la construction de l'ONDAM 2025.

Malgré le renforcement des actions de maîtrise médicalisée annoncé par la CNAM, la réalisation de l'objectif de 460 M€ d'économies reste incertaine.

*

Pour 2023, tous domaines confondus (indemnités journalières et hors indemnités journalières), les actions de maîtrise médicalisée et de lutte contre les fraudes mises en œuvre par l'assurance maladie auraient permis la réalisation d'un montant global de 718 M€ d'économies, sensiblement plus faible que celui pris en compte dans la construction de l'ONDAM 2025 (900 M€). Les actions annoncées et généralement documentées par la CNAM à la suite de l'avis n° 2 du comité d'alerte requièrent un temps unitaire élevé et souvent incompressible de réalisation par professionnel de santé, assuré ou entreprise, malgré les simplifications apportées à certaines procédures. La réalisation intégrale de l'objectif de 900 M€ d'économies intégré à la construction de l'ONDAM 2025 apparaît aléatoire. De plus, l'effet des mesures annoncées pour un montant total de 200 M€ ne pourra être précisément distingué au sein de l'évaluation des effets des actions de maîtrise médicalisée en 2025, lorsque celle-ci sera effectuée.

4 – Baisses de prix relatives aux médicaments : un ordre de grandeur vraisemblable de 550 M€

Dans leur correspondance du 8 juillet au comité d'alerte, les ministres ont annoncé la réalisation de 550 M€ d'économies au titre de baisses de prix de médicaments.

Ce montant comprend : 270 M€ au titre principalement de l'anticipation à 2025 du plan de baisses de prix pour 2026 ; 50 M€ au titre de baisses de prix sur les médicaments génériques ; 50 M€ d'économies supplémentaires sur les médicaments génériques, à réaliser par des baisses de prix complémentaires en 2025 ; 180 M€ d'économies au titre de l'application des remises conventionnelles aux médicaments commercialisés dans les départements et régions d'outre-mer.

Il est indiqué au comité d'alerte que les baisses interviendront à partir de courant octobre par la voie conventionnelle. Dans l'éventualité d'un échec de la voie conventionnelle, des décisions unilatérales de baisses de prix seront arrêtées. Les baisses de prix entreraient en vigueur au 1er octobre.

La décision d'étendre l'assiette des remises conventionnelles aux ventes de médicaments effectuées dans les départements et régions d'outre-mer a été officialisée le 29 juillet.

Le comité d'alerte a été destinataire d'éléments d'information à l'appui de la réalité et des montants estimatifs des mesures d'économies d'un montant total de 550 M€. Il estime que leur ordre de grandeur a un caractère vraisemblable.

5 – Baisses de prix relatives aux dispositifs médicaux : une confirmation de la sous-réalisation de l'objectif d'économies

Dans son avis n° 2, le comité d'alerte souligne l'existence d'un risque de non-réalisation d'économies au titre des dispositifs médicaux, dont 0,1 Md€ au titre des baisses de prix.

La correspondance des ministres fait état d'une économie prévisionnelle de 25 M€ au titre de certains dispositifs, qui conforterait l'objectif d'économies. La réalité de cette économie a été documentée auprès du comité.

Au vu des informations communiquées depuis lors au comité d'alerte, la cible de 200 M€ d'économies au titre des prix des dispositifs médicaux intégrée à la construction de l'ONDAM 2025 ne serait cependant réalisée qu'à hauteur des deux-tiers. Le risque de non-réalisation de baisses de prix à hauteur de près de 0,1 Md€ se voit ainsi confirmé.

6 – Baisses de dotations à caractère budgétaire : des économies de 770 M€ à confirmer dans la rectification de l'ONDAM 2025 dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026

6 - 1 - Annulations de dotations aux établissements de santé et médico-sociaux, au fonds d'intervention régional et aux opérateurs de l'État financés par l'ONDAM : 680 M€

Dans leur correspondance du 8 juillet au comité d'alerte, les ministres ont annoncé 680 M€ d'économies au titre des dotations prévues pour les établissements de santé et médico-sociaux. Après échange avec la direction de la sécurité sociale, ce montant d'économie se décompose en 267 M€ d'économies au titre des établissements de santé, 125 M€ au titre des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et 116 M€ de ceux accueillant des personnes âgées, 57 M€ au titre des structures accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, 60 M€ au titre du fonds d'intervention régional (FIR) et 54 M€ au titre du financement d'opérateurs de l'État par l'ONDAM.

La direction de la sécurité sociale précise que ces 680 M€ de crédits seront annulés par la voie d'une absence de délégation dans le cadre de la campagne budgétaire des établissements de santé et médico-sociaux ou d'arrêtés de dotation aux structures.

En complément, la réserve de 420 M€ relative aux recettes tarifaires des établissements de santé (coefficient prudentiel) est conservée au sein du sous-objectif de l'ONDAM consacré aux établissements de santé. Il demeure possible de la mobiliser pour compenser l'incidence d'un surcroît d'activité des établissements publics de santé sur les dépenses de l'assurance maladie relatives aux tarifs des établissements par rapport à la prévision intégrée à l'ONDAM 2025. Une décision de cette nature ne serait prise qu'en fin d'année au vu de l'activité observée. Elle n'est par conséquent pas intégrée aux mesures annoncées par les ministres au comité d'alerte.

6 - 2 - Baisse de crédits au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé : 60 M€

Dans leur correspondance du 8 juillet au comité d'alerte, les ministres indiquent avoir décidé de réduire de 60 M€ les crédits de l'assurance maladie destinés au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS), dont le montant est fixé à 609 M€ dans l'ONDAM 2025.

6 - 3 - Report de l'entrée en vigueur de la majoration de la rémunération des gardes des praticiens libéraux : 30 M€

Dans leur correspondance du 8 juillet au comité d'alerte, les ministres indiquaient reporter du 1er juillet au 1er novembre 2025 l'entrée en vigueur de la majoration de la rémunération des gardes des praticiens libéraux dans le cadre de la permanence des soins en établissement de santé. Un arrêté du 24 juillet 2025 a acté ce report. Pour une part prépondérante de son montant, l'économie de 30 M€ indiquée au comité d'alerte au titre de la majoration de la rémunération des gardes des praticiens libéraux correspond à une surestimation initiale du coût de cette majoration. Sa réalisation effective dépend de l'absence de réaffectation à d'autres objets, d'ici la fin de l'année 2025, des 30 M€ de crédits gelés sur le FIR qui finance la majoration.

*

* *

En définitive, sur les 1,74 Md€ de mesures d'économies annoncées par les ministres, le comité d'alerte estime que, en l'état des décisions qui ont été arrêtées avant le 1er septembre :

- 770 M€ d'économies sont certaines dans leur nature et leur montant : les baisses de dotations à caractère budgétaire, sous réserve que tout ou partie des crédits correspondants ne soient pas délégués ou réaffectés à un autre objet d'ici la fin de l'année. La direction de la sécurité sociale indique qu'en l'état des décisions arrêtées par les ministres, la rectification de l'ONDAM 2025 dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 intègrera une baisse de 0,8 Md€ de dotations à caractère budgétaire de l'assurance maladie dans le cadre des cinq autres sous-objectifs (établissements de santé, établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées, établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées, fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement et autres prises en charge) que celui des soins de ville ;

- 755 M€ d'économies sont certaines dans leur nature et ont un montant probable ou vraisemblable : les effets du report au 1er janvier 2026 de mesures conventionnelles dont l'entrée en vigueur a été suspendue par l'avis n° 2 du comité d'alerte (150 M€) ; ceux de la nouvelle convention de juillet 2025 avec la profession des taxis (30 M€) ; la baisse de prix d'un dispositif médical (25 M€) ; les baisses de prix de médicaments (550 M€) ;

- 240 M€ d'économies apparaissent devoir être écartées, bien qu'elles se rapportent à des actions généralement certaines dans leur nature : surévaluation des effets de la nouvelle convention avec la profession des taxis (15 M€) ; actions de maîtrise médicalisée des dépenses, dont le montant des effets attendus (200 M€) a un caractère incertain et ne pourra être précisément distingué de l'effet global des actions de maîtrise médicalisée en 2025, lorsque ce dernier sera évalué.

Le comité d'alerte estime que, sous réserve de leur réalisation effective, qui ne pourra être observée qu'*a posteriori*, les 1,5 Md€ d'économies dont il a constaté le caractère certain dans leur nature et le caractère certain, probable ou vraisemblable dans leur montant contribueront à prévenir une dégradation supplémentaire du solde déficitaire des régimes de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse au-delà de celle anticipée par la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport publié le 3 juin dernier (- 21,9 Md€ prévus pour 2025 contre - 15,3 Md€ constatés au titre de 2024).

Le comité d'alerte souligne toutefois que cette appréciation doit s'entendre toutes choses égales par ailleurs. Ainsi, elle ne prend pas en compte l'éventualité, que le comité d'alerte ne peut écarter, d'un dépassement supplémentaire du sous-objectif des soins de ville au-delà de celui qui avait conduit le comité d'alerte à estimer dans son avis n° 2 qu'il existait un risque sérieux de dépassement du montant global de l'ONDAM prévu pour 2025 par la loi de financement de la sécurité sociale pour cette même année. Dans cette éventualité, les économies annoncées (1,74 Md€) et corroborées par le comité d'alerte pour une part prépondérante de leur montant (1,5 Md€) pourraient, même si elles étaient intégralement réalisées, ne pas suffire à prévenir une rectification à la hausse du montant global de l'ONDAM dans la partie rectificative relative à 2025 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Par ailleurs, certaines des économies corroborées par le comité d'alerte sont susceptibles d'entraîner une dégradation de celui d'autres administrations publiques : établissements publics de santé, établissements médico-sociaux publics et opérateurs de l'État financés par l'assurance maladie. Le ministère de la santé avance des éléments de nature à réduire de 0,6 Md€ à 0,2 Md€ ce risque potentiel. S'agissant des établissements de santé, l'effet potentiel sur leur solde des annulations de dotations décidées pour 2025 (soit 267 M€) serait inférieur à 100 M€ en raison, dans la construction de l'ONDAM 2025, d'une surestimation de la compensation attribuée aux employeurs hospitaliers au titre de la hausse des cotisations au régime de retraite des fonctionnaires hospitaliers et de la consolidation dans les dotations de 2025 d'une moindre activité hospitalière que prévu[1]. S'agissant des établissements médico-sociaux, les annulations de dotations (soit 241 M€) n'auraient pas d'effet sur leur solde, car certaines mesures nouvelles prises en compte dans la construction de l'ONDAM 2025 sont devenues sans objet (provisions pour mesures salariales ou anticipant la conclusion d'accords de branche, en définitive non stabilisés). Le comité d'alerte prend note de ces indications, tout en soulignant la nécessaire vigilance à porter au solde des entités publiques financées par l'assurance maladie et à ses facteurs explicatifs.

Conformément aux dispositions de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, le comité d'alerte rendra un avis, au plus tard le 15 octobre, dans lequel il appréciera de nouveau le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'année en cours. Dans ce même avis, il reviendra aussi sur les « points de fuite » majeurs de la norme de dépenses de l'assurance maladie fixée par le législateur que constituent les déficits des établissements publics de santé et, à un moindre degré, des établissements médico-sociaux publics.

De manière générale, la difficulté à maîtriser l'évolution des dépenses d'assurance maladie, qui motive les avis n° 2 et n° 3 du comité d'alerte en 2025, souligne les enjeux déterminants que constituent la prévention à l'ensemble de ses stades, la connaissance, l'évaluation et la diffusion des bonnes pratiques, le bon usage des produits de santé, le développement de parcours de soins coordonnés entre les différents acteurs du système de santé en ville et en établissement, l'évolution des périmètres de compétences des différentes professions de santé, l'organisation des temps de travail, la qualité des formations initiale et continue, la prise en compte de l'évolution du recours et des modes de soins en établissement et la restitution à l'assurance maladie d'une part plus importante des gains d'efficience que réalisent les acteurs du système de santé, pour ne citer que quelques-uns des principaux leviers structurels d'une amélioration de l'efficacité des dépenses de l'assurance maladie.

Le comité d'alerte
Jean-Pierre VIOLA
Alain CORDIER
Fabrice LENGLART

[1] La moindre dynamique que prévu de l'activité hospitalière en toute fin d'année 2024 a conduit à libérer des crédits dans le cadre de la construction tarifaire 2025. Ces crédits ont été redéployés vers les enveloppes de dotations afin d'abonder les mises en réserve effectuées en début d'année.