

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques

DREES



document
de *travail*

SÉRIE STATISTIQUES
N° 172 • septembre 2012

Comptes nationaux de la santé 2011

Marie-Anne LE GARREC, Marion BOUVET, Malik KOUBI



Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE
STATISTIQUES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

**Comptes nationaux de la santé
2011**

Marie-Anne LE GARREC, Marion BOUVET, Malik KOUBI

n° 172 - septembre 2012

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL

Coordination	C. Zaidman
Rédaction	M.A. Le Garrec, M. Bouvet, M. Koubi
Contributions	A. Baillot, V. Bellamy, B. Boisguérin, C. Collin, J. Duval, F. Evain, O. Jacod, B. Juillard-Condât, R. Lardellier, F. Mikol, C. Minodier, C. Pilorge, D. Sicart, E. Thuaud, E. Yilmaz

Remerciements

La Drees tient en outre à remercier les personnels des organismes privés et publics qui, depuis de nombreuses années, fournissent les données nécessaires à l'élaboration des Comptes de la santé. Étant donné le nombre important des organismes concernés, il n'est pas possible de les énumérer tous ; on mentionnera toutefois plus particulièrement pour la diversité et le volume des données fournies la direction de la sécurité sociale, la direction générale des finances publiques, l'INSEE et la CNAMTS, mais aussi l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP), la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information à la santé (FNPEIS), le Fonds CMU, les entreprises du médicament (LEEM)...

Directeur de la publication F. von Lennep

Avant-propos

Les Comptes de la santé sont l'un des comptes satellites des Comptes nationaux. Ils sont présentés dans la « base 2005 » de la Comptabilité nationale qui s'est substituée l'an dernier à la précédente « base 2000 ». Les données de ce rapport correspondent aux données provisoires de l'année 2011, aux données semi-définitives de l'année 2010 et aux données définitives des années 2000 à 2009.

Ces comptes fournissent une estimation de la consommation finale de soins de santé et des financements correspondants qu'ils relèvent de l'assurance-maladie, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires ou directement des ménages.

Ces comptes servent de base à l'élaboration des Comptes de la santé présentés dans les instances internationales (OCDE, Eurostat et OMS). Ils permettent ainsi d'établir des comparaisons internationales.

Ce rapport s'ouvre par une vue d'ensemble dégageant les principales évolutions des dépenses de santé observées en 2011.

Une deuxième partie comprend quatre dossiers : le premier sur la redistribution verticale opérée par l'assurance maladie, le deuxième sur les revenus d'activité des médecins libéraux, le troisième sur l'accès géographique aux soins des personnes âgées et des autres adultes, la quatrième sur les disparités territoriales des consommations de soins de spécialistes et de dentistes.

La troisième partie comprend trois éclairages : le premier porte sur la situation économique et financière des hôpitaux publics en 2010, le deuxième sur la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2010, le troisième sur l'évolution du marché des médicaments remboursables entre 2010 et 2011.

La quatrième partie présente une analyse des dépenses de santé sous forme de fiches thématiques.

Des annexes présentent enfin les définitions des principaux agrégats des Comptes de la santé et les principes méthodologiques suivis pour l'estimation des dépenses de santé, ainsi que des tableaux détaillés retraçant les comptes de 2000 à 2011.

Sommaire

Vue d'ensemble	9
Dossiers	27
La redistribution verticale opérée par l'assurance maladie.....	29
Les revenus d'activité de médecins libéraux	47
Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes.....	57
Disparités territoriales des consommations de soins de spécialistes et de dentistes, le poids des dépassements	77
Éclairages	97
La situation économique et financière des hôpitaux publics se stabilise en 2010	99
La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2010.....	109
L'évolution du marché du médicament remboursable en ville entre 2010 et 2011	119
Fiches thématiques	131
1. La Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM)	
1.1. La consommation de soins et de biens médicaux	132
1.2. La consommation de soins hospitaliers	134
1.3. L'offre hospitalière	136
1.4. L'activité hospitalière	138
1.5. La consommation de soins de médecins	140
1.6. Les effectifs de médecins	142
1.7. Les chirurgiens-dentistes	144
1.8. Les infirmiers	146
1.9. Les autres auxiliaires médicaux	148
1.10. Les laboratoires d'analyses, les cures thermales	150
1.11. La consommation de médicaments.....	152
1.12. Le marché des médicaments	154
1.13. Les autres biens médicaux.....	156
1.14. Les transports de malades	158
1.15. Les échanges extérieurs	160
2. La Dépense Courante de Santé (DCS)	
2.1. La dépense courante de santé.....	162
2.2. Les soins de longue durée	164
2.3. Les indemnités journalières.....	166
2.4. La prévention institutionnelle.....	168
2.5. Les dépenses en faveur du système de soins	170
2.6. Les coûts de gestion du système de santé	172

3. La Dépense Totale de Santé (DTS)	
3.1. Comparaisons internationales de la dépense totale de santé	174
3.2. Comparaisons internationales des dépenses hospitalières.....	176
3.3. Comparaisons internationales sur les médecins	178
3.4. Comparaisons internationales sur les médicaments	180
3.5. Les soins de longue durée (Long Term Care)	182
4. Le financement de la santé	
4.1. Le financement des principaux types de soins	184
4.2. L'impact des principales mesures	186
4.3. Les financements publics	188
4.4. La CSBM, la DCS et l'ONDAM.....	190
4.5. Le financement par les organismes complémentaires	192
4.6. Le reste à charge des ménages.....	194
4.7. Le financement du Fonds CMU.....	196

Annexes..... 199

1. Les agrégats des Comptes de la santé	201
1.1. Le passage à la base 2005 des Comptes nationaux	201
1.2. La consommation de soins et biens médicaux (CSBM).....	201
1.3. Les autres dépenses courantes de santé	202
1.4. La dépense courante de santé (DCS).....	204
1.5. La dépense totale de santé (DTS)	204
1.6. La révision des comptes.....	204
2. La production des établissements de santé.....	205
2.1. Définition du secteur public et du secteur privé hospitalier.....	205
2.2. Les établissements de santé du secteur public	206
2.3. Le passage des comptes des hôpitaux publics au compte du secteur public hospitalier en comptabilité nationale	206
2.4. Les établissements de santé du secteur privé	209
3. Des indices spécifiques au secteur de la santé	209
3.1. Les indices de prix et de volume en comptabilité nationale	209
3.2. L'indice de volume de la production dans le secteur non marchand de la santé.....	211
3.3. Le prix des soins dans les cliniques privées	212
3.4. Le prix des soins de médecins	212
3.5. Le prix des médicaments	212
3.6. Le prix des autres biens médicaux.....	213
4. Liste des sigles utilisés	214

Tableaux détaillés : 2000 – 2011 217

1. La consommation de soins et biens médicaux	218
2. La dépense courante de santé	224
3. La dépense courante par type de financeur	226

Vue d'ensemble

Vue d'ensemble

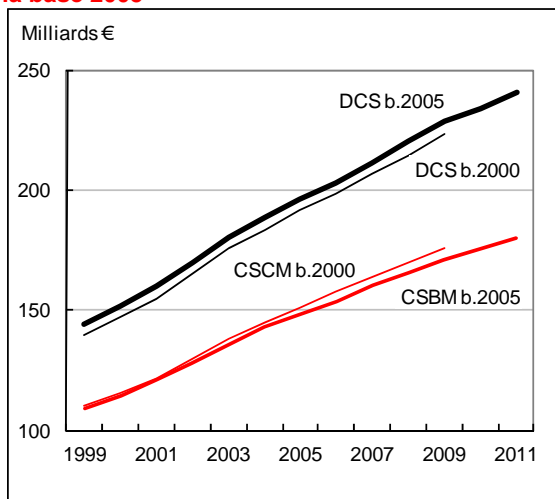
Les Comptes nationaux de la santé, compte satellite de la Comptabilité nationale, évaluent chaque année la dépense courante de santé (DCS), c'est-à-dire l'ensemble des dépenses effectuées dans le secteur de la santé, et détaillent sa composante la plus importante, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM). Ils en décrivent également le mode de financement.

En 2011, la **consommation de soins et biens médicaux (CSBM)** est évaluée à 180 milliards d'euros, soit 2 762 euros par habitant. La CSBM représente ainsi 9 % du PIB en 2011, contre 9,1 % en 2009 et 2010 (*graphique 1b*). En 2009, sa part dans le PIB avait fortement progressé du fait de la baisse de celui-ci.

La **dépense courante de santé (DCS)**, s'élève, quant à elle, à 240,3 milliards d'euros en 2011, soit 12 % du PIB, contre 12,1 % en 2009 et 2010.

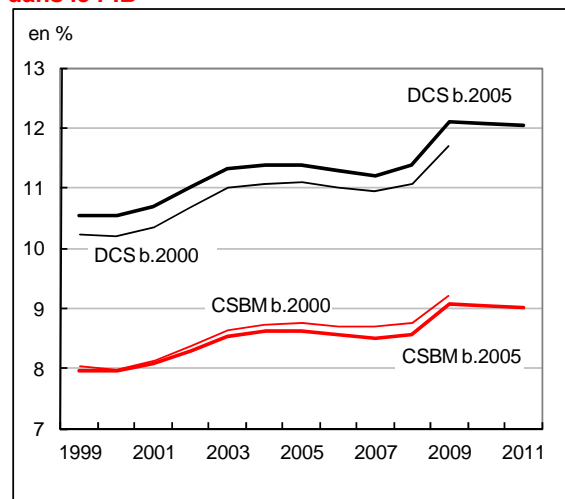
Le ralentissement de la progression de la CSBM amorcé en 2008 se confirme en 2011 : +2,7 % en valeur après +2,5 % en 2010 et +3,3 % en 2009 ; son évolution reste ainsi nettement inférieure à celle observée au début des années 2000. La DCS progresse de 2,6 % par rapport à 2010. Son évolution est fortement liée à celle de la consommation de soins et de biens médicaux, qui en représente les trois quarts. Après l'épisode de 2009 où sa croissance avait été amplifiée par le surcroît de dépenses liées à la grippe H1N1, elle retrouve un rythme proche de celui de la CSBM.

Graphique 1a - CSBM et DCS : de la base 2000 à la base 2005



Sources : DREES, Comptes de la santé.

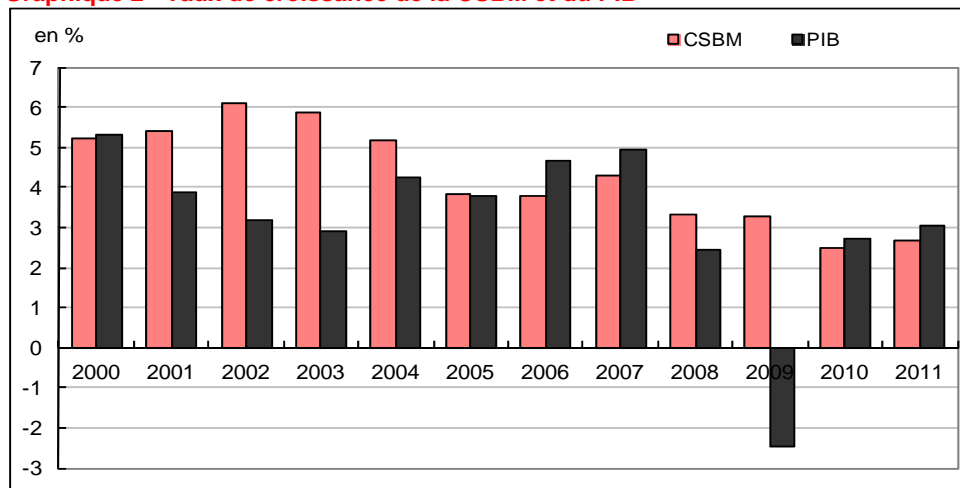
Graphique 1b - Part de la CSBM et de la DCS dans le PIB



Sources : DREES, Comptes de la santé.

En 60 ans, la part de la CSBM dans le PIB est passée de 2,6 % en 1950 à 9 % en 2011. Stabilisée entre 1995 et 2000 à 8 %, elle a progressé nettement entre 2000 et 2005, passant de 8 % à 8,6 % du PIB à la fois sous l'effet de la forte croissance des différents postes de dépenses mais aussi de la moindre augmentation du PIB. Depuis 2005, le rythme de croissance de la CSBM est resté inférieur à 4 % par an et avoisine même 3 % depuis 2008, mais sa part dans le PIB a varié avec l'évolution de celui-ci ; ainsi, la forte hausse de la part de la CSBM en 2009 est uniquement due à la baisse du PIB : -2,5 % en valeur (*graphique 2*). Depuis deux ans, la CSBM augmente légèrement moins vite que le PIB, ce qui ne s'était pas produit depuis 2006-2007.

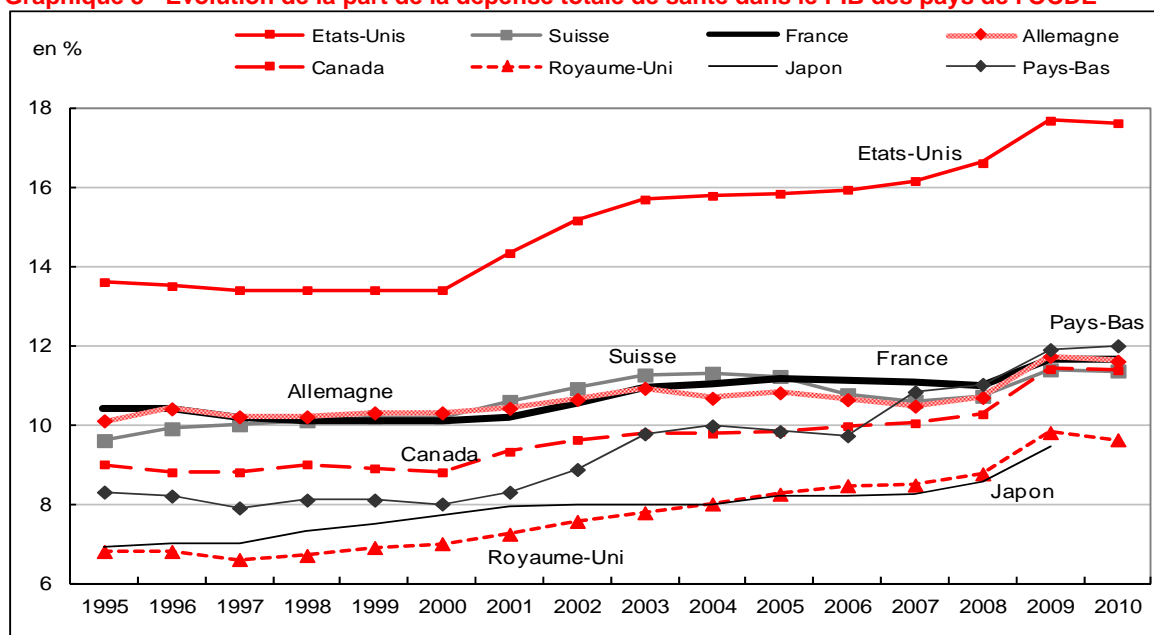
Graphique 2 - Taux de croissance de la CSBM et du PIB



Sources : DREES pour la CSBM, INSEE pour le PIB – base 2005.

Comme la France, la plupart des pays de l'OCDE ont vu leur PIB diminuer en 2009 et la part de leurs dépenses de santé exprimée en points de PIB a donc augmenté mécaniquement (*graphique 3*). La DTS française, concept retenu pour les comparaisons internationales (*cf.* encadré 1) a ainsi augmenté de 0,6 point de PIB entre 2008 et 2009 ; elle représente 11,6 % du PIB en 2010 (dernière année disponible pour les comparaisons internationales), ce qui est relativement élevé par rapport à la moyenne de l'OCDE (*graphique 4*). La France se place ainsi en troisième position, derrière les États-Unis (17,6 %) et les Pays-Bas (12,0 %) et à un niveau équivalent à celui de l'Allemagne (11,6 %) et légèrement supérieur à celui du Canada (11,4 %), de la Suisse (11,4 % hors FBCF) ou du Danemark (11,1 %).

Graphique 3 - Évolution de la part de la dépense totale de santé dans le PIB des pays de l'OCDE



Sources : DREES, Comptes de la santé pour la France ; OCDE, Éco-Santé 2012 pour les autres pays.

Les comparaisons entre pays doivent toutefois être prises avec précaution car, malgré l'harmonisation des méthodologies au cours de ces dernières années, le traitement de certaines dépenses demeure assez variable d'un pays à l'autre, notamment celles liées au handicap et à la dépendance, ou à la formation brute de capital fixe (FBCF). En Suisse et en Belgique en particulier, les dépenses en capital ne sont pas incluses dans les données présentées, ce qui sous-évalue leurs positions selon l'OCDE. En effet, lorsque l'on considère la dépense courante de santé (hors dépense en capital), les positions de la France et de la Suisse s'inversent : en 2010, la DCS (hors FBCF) représente 11,2 % du PIB pour la France.

Encadré 1**Les agrégats des Comptes de la santé****1) Consommation de soins et biens médicaux (CSBM) : 180,0 milliards d'euros en 2011.**

Elle comprend les soins hospitaliers, les soins de ville (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses, thermalisme), les transports de malades, les médicaments et les autres biens médicaux (optique, prothèses, petits matériels et pansements). Ne sont prises en compte que les consommations de soins et biens médicaux qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Aussi en sont exclues les dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

2) Dépense courante de santé (DCS) : 240,3 milliards d'euros en 2011.

C'est l'ensemble des dépenses courantes (les dépenses en capital en sont exclues) dont la charge est assurée par les financeurs du système de santé : Sécurité sociale, État, collectivités locales, organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) et ménages. Elle couvre un champ plus large que la CSBM puisqu'elle prend également en compte : les soins aux personnes âgées et handicapées en établissement, les services de soins à domicile (SSAD), les indemnités journalières (IJ), les subventions reçues par le système de santé, les dépenses de prévention (individuelle ou collective), de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion de la santé.

3) Dépense totale de santé (DTS) : 232,0 milliards d'euros en 2011.

C'est le concept commun utilisé par l'OCDE, Eurostat et l'OMS pour comparer les dépenses de santé de leurs membres. En France, elle est évaluée à partir de la DCS en retirant les indemnités journalières, une partie des dépenses de prévention (prévention environnementale et alimentaire), les dépenses de recherche et de formation médicales, et en ajoutant les dépenses en capital du secteur de la santé ainsi que certaines dépenses sociales liées au handicap et à la dépendance.

Les comparaisons entre pays portent principalement sur la part de leur dépense de santé exprimée en pourcentage de leur propre PIB.

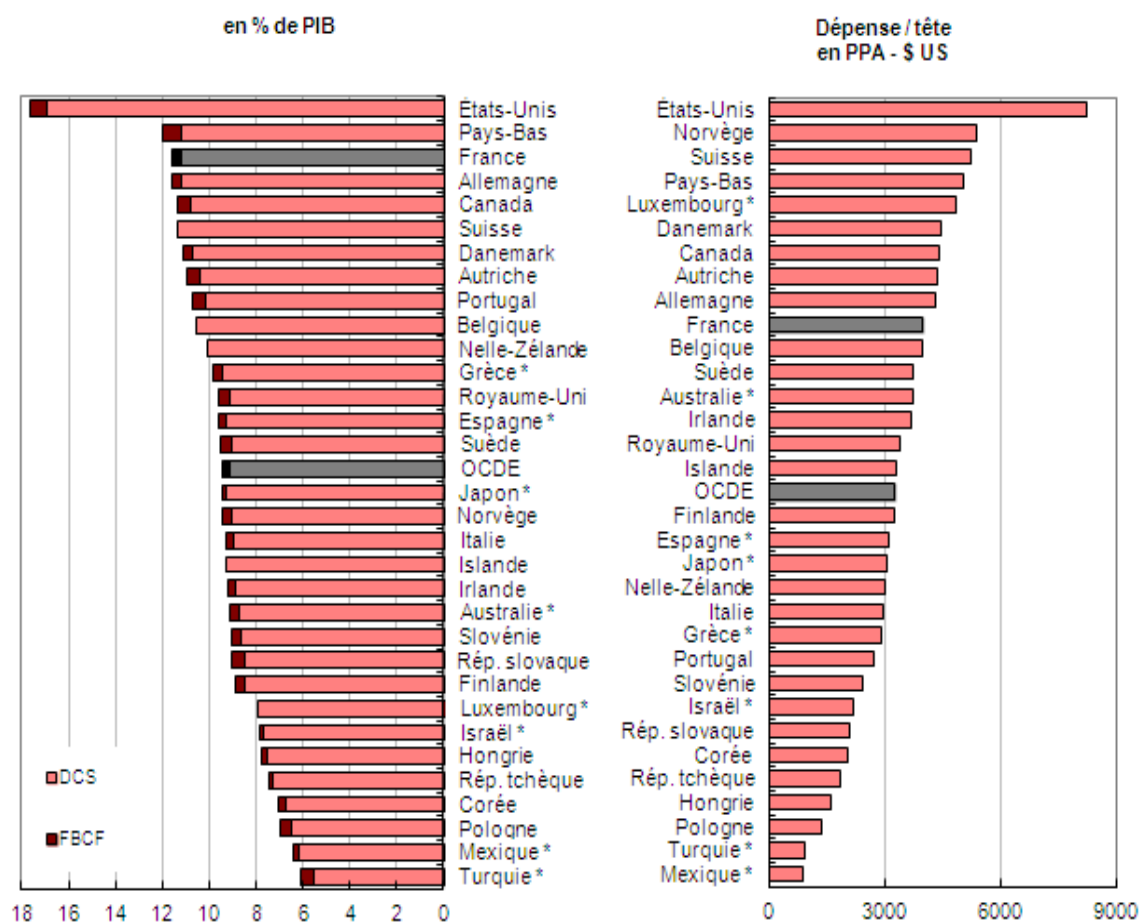
Tableau 1 - Passage de la dépense courante de santé à la dépense totale de santé OCDE

	Valeur (en milliards d'euros)			Evolution (en %)
	2009	2010	2011	2011/2010
CSBM	171,1	175,4	180,0	2,7
DCS (Dépense courante de santé)	228,7	234,3	240,3	2,6
- Indemnités Journalières	- 11,9	- 12,7	- 13,0	2,4
- Prévention environnementale et alimentaire	- 1,4	- 1,3	- 1,3	-4,5
- Recherche nette	- 3,4	- 3,5	- 3,6	0,8
- Formation	- 1,8	- 1,8	- 1,8	0,2
+ FBCF	8,0	7,9	7,9	0,6
+ Dépenses liées à la dépendance et au handicap	2,8	3,0	3,4	14,0
DTS (Dépense totale de santé)	221,0	225,8	232,0	2,8
PIB	1 885,8	1 937,3	1 996,6	3,1
DTS en % de PIB	11,72%	11,65%	11,62%	-0,03%

Source : DREES, Comptes de la santé.

La hiérarchie des pays est modifiée lorsque l'on retient comme indicateur de comparaison la dépense totale de santé par habitant exprimée en parité de pouvoir d'achat¹ plutôt que la dépense en points de PIB. Si les pays à revenus par tête les plus élevés dégageraient systématiquement plus de richesse pour leur santé que les pays aux revenus par tête les plus faibles, la hiérarchie entre les pays devrait être la même entre les deux indicateurs. Tel n'est pas le cas. Le Luxembourg, par exemple, qui n'est que 25^{ème} dans le classement en points de PIB, a un revenu par tête très élevé et se place en 5^{ème} position pour sa dépense de santé par tête. Pour cet indicateur, la France se situe quant à elle au 10^{ème} rang, à un niveau un peu supérieur à la moyenne de l'OCDE (*graphique 4*). Les écarts relatifs de richesse entre les pays, font que la dépense est plus élevée aux États-Unis, au Canada et chez quelques-uns de nos voisins européens : Allemagne, Autriche, Danemark, Luxembourg, Pays-Bas, Suisse et Norvège.

Graphique 4 - Dépense totale de santé dans les pays de l'OCDE en 2010



* Données 2009 (ou dernière année connue).

Sources : DREES, Comptes de la santé pour la France ; OCDE, Éco-Santé 2012 pour les autres pays.

¹ Les dépenses exprimées en parités de pouvoir d'achat (PPA) permettent de convertir les prix dans une monnaie commune tout en éliminant les différences de pouvoir d'achat entre monnaies. Leur utilisation permet de corriger les montants du niveau général des prix existant dans chaque pays.

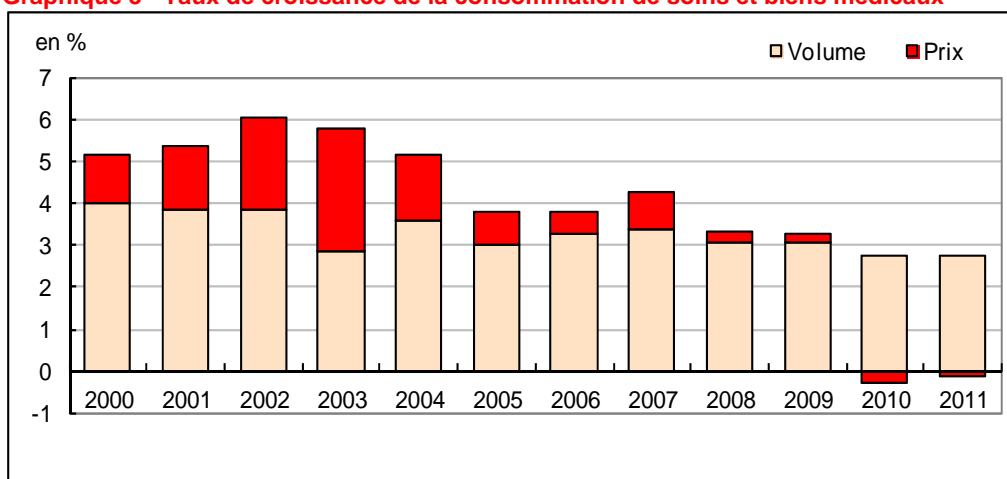
1. Une stabilisation de la croissance des soins hospitaliers, mais une dépense de soins de ville plus dynamique en 2011

1.1 L'évolution de la CSBM reste inférieure à 3 % en 2011

Sur la période 1995-2010, c'est entre 2001 et 2003 que la progression de la CSBM en valeur a été la plus rapide, de 5 à 6 % par an. Les années 2005-2007 ont ensuite connu un ralentissement de la croissance des dépenses, sur un rythme voisin de 4 %. Depuis 2008, le rythme de croissance de la CSBM a nettement ralenti et atteint un point bas en 2010 : +2,5 %. S'élevant à **180 milliards d'euros** en 2011, la CSBM progresse de 2,7 % en valeur et de 2,8 % en volume par rapport à 2010, son prix reculant de 0,1 % (*tableau 2a*).

Le prix de l'ensemble de la CSBM ne progresse pratiquement plus depuis quatre ans : après une hausse de 0,3 % en 2008 puis de 0,2 % en 2009, ce prix recule même légèrement en 2010 (-0,3 %), puis en 2011 (*graphique 5*). Cette stagnation du prix global reflète le fort ralentissement du prix des soins hospitaliers et la poursuite de la baisse de prix des médicaments, que n'a pas compensée la hausse du prix des soins de ville². En effet, en 2011, le prix des soins hospitaliers³ diminue de 0,1 % pour la 2^{ème} année consécutive (*tableau 2b*). La hausse de prix des soins de ville est de 1,1 % en raison notamment de la revalorisation du tarif de la consultation des médecins généralistes au 1^{er} janvier 2011. Le prix des médicaments est quant à lui, comme les années antérieures, en diminution de -2 % en 2011, après -2,2 % en 2010 et -2,6 % en 2009.

Graphique 5 - Taux de croissance de la consommation de soins et biens médicaux

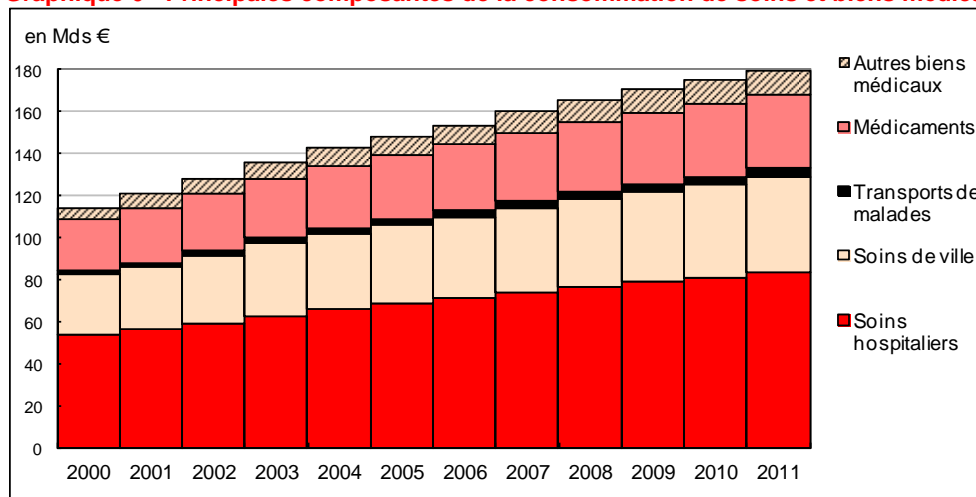


Sources : DREES, Comptes de la santé.

² Soins de ville au sens des comptes de la santé, c'est-à-dire hors honoraires en cliniques privées et hors dépenses de biens médicaux et de transports.

³ Le volume des soins hospitaliers est désormais calculé, dès le compte provisoire, avec une méthode « output » fondée sur l'activité des établissements, et non plus avec une méthode « input » basée sur les prix des facteurs de production. Le prix des soins hospitaliers ne reflète donc plus le prix des inputs, mais se déduit de la progression des volumes d'activité.

Graphique 6 - Principales composantes de la consommation de soins et biens médicaux



Sources : DREES, Comptes de la santé.

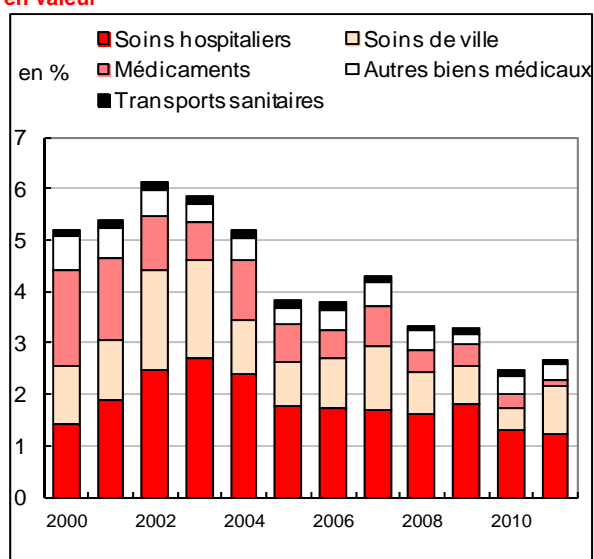
La contribution de chaque poste à la croissance de la CSBM, en valeur et en volume, s'obtient en pondérant son taux de croissance par son poids dans cet agrégat.

À l'instar des années précédentes, ce sont les soins hospitaliers (1,2 point) qui ont le plus contribué à la croissance en valeur de la consommation de soins et de biens médicaux en 2011 (*graphique 7*), ce qui est lié notamment à leur poids important dans la consommation (*graphique 6*). Viennent ensuite les soins de ville⁴ (0,9 point) et dans une moindre mesure, les « autres biens médicaux » (0,3 point).

L'indice de volume de la consommation de soins hospitaliers est désormais calculé à l'aide d'une méthode « output » basée sur la mesure de l'activité des établissements ; il est proche de 3 % depuis trois ans. C'est ce qui explique que ce sont les soins hospitaliers qui contribuent le plus à la croissance en volume (+1,3 point) en 2011, suivis par les soins de ville (+0,6 point). Viennent ensuite les médicaments (+0,5 point) et les autres biens médicaux (+0,3 point) qui ont pourtant un poids nettement moindre dans la CSBM (*graphique 8*).

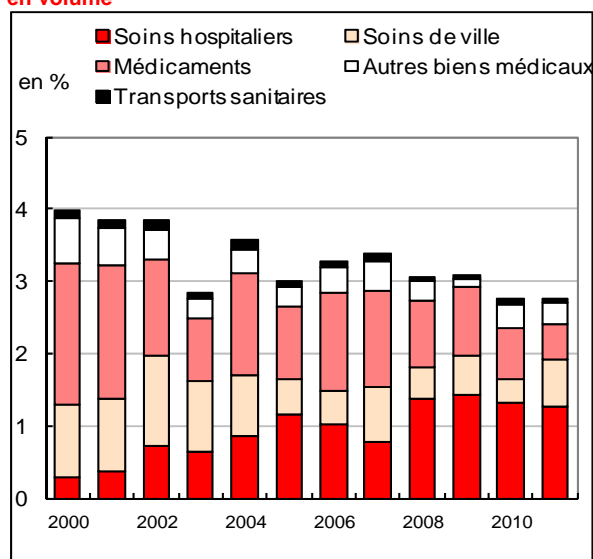
Les médicaments constituaient, depuis de nombreuses années, l'un des postes contribuant le plus fortement à cette hausse en volume, d'où la mise en place d'une politique de maîtrise médicalisée pour agir sur les prescriptions et de remboursements de certains médicaments, afin de ralentir le rythme de croissance de ce volume. En 2010-2011, ce ralentissement est effectif.

Graphique 7 - Contributions à la croissance de la CSBM en valeur



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Graphique 8 - Contributions à la croissance de la CSBM en volume



Sources : DREES, Comptes de la santé.

⁴ Dans les Comptes de la santé, les soins de ville s'entendent hors honoraires en cliniques privées, hors biens médicaux et transports de malades (cf. graphique 9).

Tableau 2a - La Consommation de soins et biens médicaux

	Valeur (en milliards d'euros)			Taux d'évolution annuel (en %)		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
1- Soins hospitaliers	79,2	81,4	83,6	3,9	2,8	2,6
publics	60,5	62,1	63,8	3,9	2,7	2,7
privés	18,7	19,3	19,8	4,0	3,1	2,5
2- Soins de ville	43,3	44,1	45,7	2,9	1,7	3,7
dont médecins	18,6	18,5	19,2	2,1	-0,8	3,9
dentistes	9,7	10,0	10,3	1,9	2,6	2,6
auxiliaires médicaux	10,4	11,0	11,5	5,9	5,4	4,8
analyses	4,2	4,3	4,4	2,2	1,7	2,6
cures thermales	0,3	0,3	0,3	-0,1	3,4	1,4
3- Transports de malades	3,6	3,8	3,9	6,4	5,4	3,0
4- Médicaments	34,1	34,5	34,7	2,0	1,3	0,5
5- Autres biens médicaux	11,0	11,6	12,2	2,9	5,6	5,0
CSBM (1+...+5)	171,1	175,4	180,0	3,3	2,5	2,7

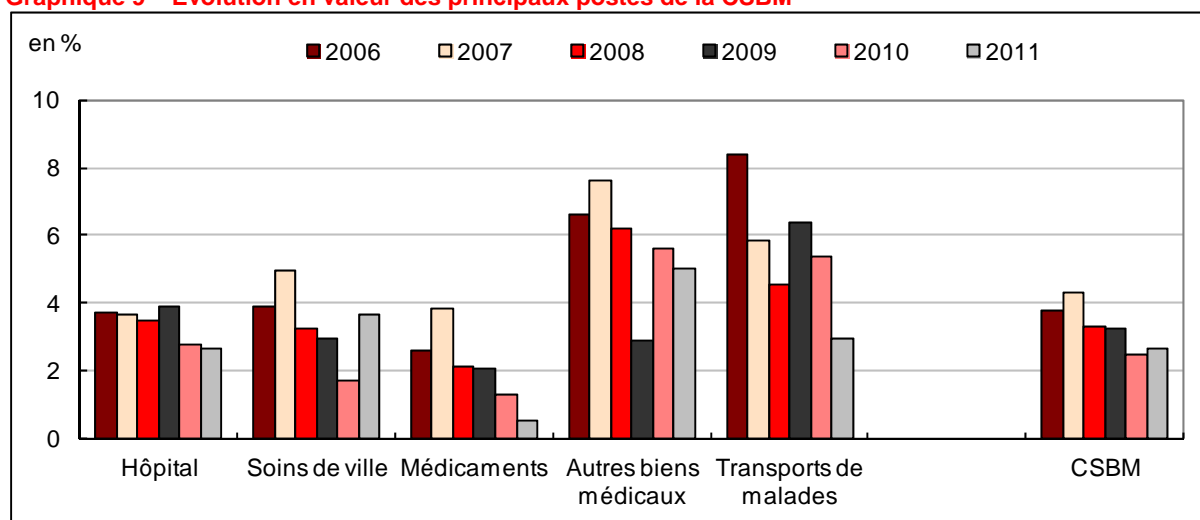
Sources : DREES, Comptes de la santé – Base 2005.

Tableau 2b – Évolution de la consommation de soins et biens médicaux

	Valeurs en milliards d'euros 2011	Taux d'évolution annuel (en %)								
		en valeur			en volume			en prix		
		2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
1- Soins hospitaliers	83,6	3,9	2,8	2,6	3,1	2,9	2,7	0,8	-0,1	-0,1
2- Soins de ville	45,7	2,9	1,7	3,7	2,1	1,2	2,5	0,8	0,5	1,1
3- Transports de malades	3,9	6,4	5,4	3,0	3,0	4,5	2,2	3,3	0,8	0,7
4- Médicaments	34,7	2,0	1,3	0,5	4,7	3,6	2,6	-2,6	-2,2	-2,0
5- Autres biens médicaux	12,2	2,9	5,6	5,0	1,6	5,1	4,5	1,2	0,5	0,5
CSBM (1+...+5)	180,0	3,3	2,5	2,7	3,1	2,8	2,8	0,2	-0,3	-0,1

Sources : DREES, Comptes de la santé – Base 2005.

Graphique 9 – Évolution en valeur des principaux postes de la CSBM



Sources : DREES, Comptes de la santé – Base 2005.

1.2 La croissance des soins hospitaliers se stabilise...

En 2011, la consommation de soins hospitaliers est de 83,6 milliards d'euros, soit 46,4 % de la CSBM. La croissance des soins hospitaliers est de 2,6 % en valeur en 2011 après +2,8 % en 2010. Ce rythme de croissance est proche de celui de l'ONDAM hospitalier, respecté pour la deuxième année consécutive. L'évolution en volume est de 2,7 %, soit un rythme voisin de celui de 2010 (+2,9 %), après +3,1 % en 2009 (*tableau 2b et graphique 9*).

- Dans le **secteur public** hospitalier, la consommation de soins s'élève à 63,8 milliards d'euros. Cette consommation croît de 2,7 % en valeur, comme en 2010 ; elle reste dans la tendance observée entre 2005 et 2009, très en retrait par rapport à la croissance du début des années 2000 (5 % par an en moyenne de 2001 à 2004). Ceci découle principalement du ralentissement de la croissance de la masse salariale, ainsi que de la mise en réserve de certaines dotations (MIGAC) depuis deux ans.

- Dans le **secteur privé** hospitalier, la consommation de soins s'est élevée en 2011 à 19,8 milliards d'euros, soit une progression en valeur de 2,5 % en 2011 (après +3,1 % en 2010), sensiblement inférieure à celle enregistrée en 2009 (+4,0 %). C'est la plus faible progression observée depuis l'année 2002.

1.3 ...tandis que les soins de ville sont en hausse

En 2011, la consommation de soins de ville s'élève à 45,7 milliards d'euros et représente 25,4 % de la CSBM. Après un niveau particulièrement bas en 2010 (+1,7 %), la croissance en valeur des soins de ville est en nette reprise en 2011 : +3,7 %, aussi bien sous l'effet des volumes que des prix (*tableau 3*).

En termes de volume, la hausse de 2011 est le fait de la reprise des soins de médecins et des soins des infirmiers toujours dynamiques. Mais cette progression des dépenses en 2011 n'est qu'un rattrapage d'un niveau exceptionnellement bas en 2010 dû, en particulier, à un contexte épidémiologique favorable : les pics des épisodes de grippe saisonnière se sont en effet produits en décembre 2009 et en janvier 2011, épargnant l'année 2010. En outre, la consommation de soins avait été particulièrement faible en décembre 2010 où s'étaient cumulés absence d'épisode grippal important et vacances scolaires de fin d'années concentrées sur ce mois.

En termes de prix, après deux années de très faible hausse, le prix des soins de ville augmente de 1,1 %. La plus forte contribution vient des soins de médecins (+2,1 %) et dans une moindre mesure, du prix des soins des chirurgiens dentistes (+1,1 %).

Tableau 3 - Évolution des soins de ville

	Taux d'accroissements moyens et annuels en %											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Valeur	4,5	4,8	7,7	7,5	4,2	3,3	3,9	4,9	3,3	2,9	1,7	3,7
Prix	0,5	0,7	2,6	3,4	0,9	1,3	2,1	1,8	1,5	0,8	0,5	1,1
Volume	4,0	4,0	5,0	3,9	3,2	2,0	1,8	3,1	1,7	2,1	1,2	2,5

Sources : DREES, *Comptes de la santé*.

Champ : Soins de ville au sens des comptes de la santé, hors honoraires en cliniques privées, hors biens médicaux et transports de malades.

- En 2011, la consommation de soins de **médecine de ville** s'élève à 19,2 milliards d'euros. Elle est restreinte aux seuls honoraires de médecins perçus en ville, et ne comprend ni les consultations externes des hôpitaux publics, ni les honoraires perçus en établissement privé (que ce soit pour une hospitalisation complète – comme en base 2000 – ou pour un autre motif). En 2010, elle avait diminué en valeur pour la première fois depuis quinze ans ; en 2011, elle repart à la hausse et augmente de 3,9 % en valeur en raison d'un effet volume (après avoir reculé de 1,1 % en 2010, le volume des soins de médecins croît de 1,8 % en 2011) et d'un effet prix. La hausse des prix des soins de médecins, quasiment nulle en 2010 (+0,3 %), est de 2,1 % en 2011 : elle est principalement due au passage de 22 à 23 euros du prix de la consultation de généraliste à compter du 1^{er} janvier 2011. Les années 2006 et 2007 avaient été marquées par une croissance soutenue des prix (+3,8 % puis +3,0 %) due à plusieurs mesures : la mise en place de la rémunération du médecin traitant, le remplacement de la nomenclature générale des activités professionnelles (NGAP) par la classification commune des actes médicaux (CCAM) et surtout la hausse du prix de la consultation des généralistes (passé à 21 euros

en 2006, puis 22 euros en 2007). Depuis 2008, la hausse des prix restait très faible en l'absence de revalorisation tarifaire importante, les seuls facteurs de croissance des honoraires provenant de la hausse des forfaits CAPI (contrats d'amélioration des pratiques individuelles) pour les généralistes et de celle des dépassements pour les spécialistes.

- La consommation de soins de **dentistes** s'élève 10,3 milliards d'euros en 2011. Sa croissance en valeur, qui avait ralenti en 2009 (+1,9 %), a repris en 2010 (+2,6 %) et se maintient au même rythme en 2011 : +2,6 %. Cette hausse est uniquement due à celle des actes pour lesquels les tarifs sont supérieurs aux tarifs opposables de l'assurance maladie, c'est-à-dire les soins prothétiques essentiellement ; les soins conservatoires n'ont en effet pas été revalorisés depuis plusieurs années. Les évolutions des six dernières années restent néanmoins en net retrait par rapport aux fortes hausses observées en début de décennie : +6 % par an en moyenne de 2000 à 2004 (*cf. fiche 1.7*). Les prix progressent de 1,1 % en 2011 après +1,2 % en 2009-2010.

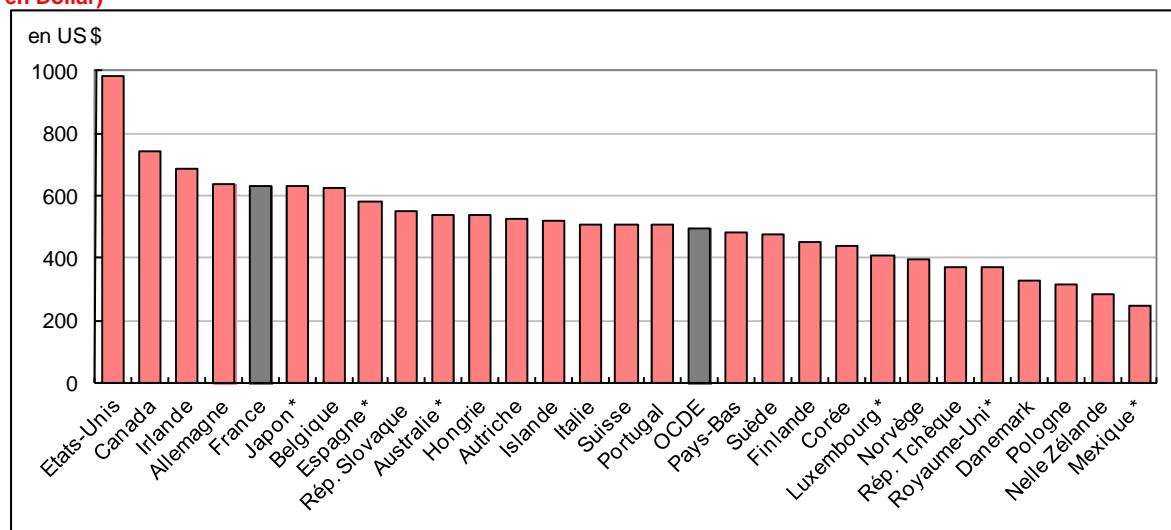
- Les soins d'**auxiliaires médicaux** s'élèvent à 11,5 milliards d'euros. Cette dépense se décompose à parts égales entre les soins des infirmiers et les soins des autres auxiliaires médicaux. Rappelons qu'en base 2005, les soins infirmiers ne comprennent plus les Services de soins à domicile (SSAD – 1,4 milliard d'euros en 2011) qui ont été regroupés avec les soins de longue durée aux personnes âgées en établissement. Les soins d'auxiliaires médicaux progressent de 4,8 % en valeur comme en volume en 2011. La croissance de ce poste est essentiellement tirée par celle des volumes. La croissance en volume, supérieure à 6 % dans les années 2005-2007, varie entre 4 et 5 % par an depuis 2008 ; elle est principalement imputable à celle des soins infirmiers. Après avoir progressé de 0,3 % en 2010, les prix des soins d'auxiliaires médicaux sont restés stables en 2011.

- Les **analyses de laboratoire** représentent 4,4 milliards d'euros en 2011. Elles augmentent de 2,6 %, en valeur et en volume, ce qui marque une légère reprise par rapport à une croissance 2010 très faible (+1,7 %). Les prix n'ont pas augmenté (voire diminué pour certains actes), comme c'est le cas depuis 2004. La seule hausse de tarif récente est intervenue en 2008, pour les prélèvements à domicile ; elle a compensé la baisse de cotation intervenue sur un certain nombre d'actes. Après plusieurs années de forte hausse (plus de 7 % par an en moyenne entre 2000 et 2004), l'évolution observée depuis sept ans sur la consommation d'analyses et de prélèvements est celle d'un ralentissement continu sous l'effet notamment des mesures de maîtrise mises en œuvre : la progression moyenne sur la période 2005-2011 est en effet de 2,6 % par an.

1.4 Une croissance de la consommation de médicaments au plus bas

La consommation de médicaments de l'année 2011 représente 34,7 milliards d'euros, soit 19,3 % de la CSBM. Elle s'élève ainsi à 532 euros par habitant en 2011. Rapportée au nombre d'habitants, la dépense française (en PPA) se situe désormais au 5^{ème} rang mondial derrière celle des États-Unis, du Canada, de l'Irlande et de l'Allemagne, à un niveau très proche de celle de la Belgique et du Japon.

Graphique 10 - Dépenses de produits pharmaceutiques par habitant en 2010 (en parités de pouvoir d'achat exprimées en Dollar)



* Données 2009 (ou dernière année connue).
Sources : Eco-Santé OCDE 2012, juin 2012.

Le ralentissement de la croissance de la consommation de médicaments amorcé en 2008 est très marqué en 2011 : la hausse en valeur est de 0,5 % seulement en 2011, après +1,3 % en 2010 et +2,0 % en 2009. Ce fort ralentissement résulte d'une nouvelle diminution des prix et d'une augmentation très faible des volumes. En effet, la croissance du volume de la consommation de médicaments n'est plus que de 2,6 % en 2011, après +3,6 % en 2010 et +4,7 % en 2009. Ce ralentissement est lié à des modifications probables des comportements (effet des campagnes ciblées sur les antibiotiques, méfiance vis-à-vis de certains produits). Toutefois, compte tenu de leur poids important, les médicaments restent un des plus forts contributeurs à la croissance en volume de la CSBM en 2011.

Les prix, dont l'évolution suit globalement celle des prix des médicaments remboursables, sont en diminution continue. Ce tassement des prix de l'année 2011 (-2 %) fait suite à ceux des années précédentes. Ces baisses sont imputables à plusieurs mesures, en particulier aux mesures de baisses de prix ciblées et au développement des génériques. D'une part, le nombre de classes thérapeutiques qui comportent des génériques ne cesse d'augmenter : 64 en 2002, 109 en 2011, sur un total de 355 classes thérapeutiques. D'autre part, lorsqu'ils peuvent se substituer à des princeps, les génériques voient leur part de marché s'accroître. La part des génériques dans l'ensemble du marché des médicaments remboursables a progressé jusqu'en 2010 : elle est passée de 4,1 % en valeur en 2002 à 13,3 % en 2010 ; elle marque le pas en 2011, restant au niveau atteint en 2010. Néanmoins, cette part reste encore modeste en comparaison d'autres pays européens : aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Allemagne, les médicaments génériques représentaient entre 20 % et 24 % des ventes en 2006. L'évolution négative des prix est également due au mode de calcul de l'indice des prix des médicaments de l'Insee.⁵

Ces trois postes (soins hospitaliers, soins de ville et médicaments) représentent 91,1 % de la CSBM en 2011. D'autres postes moins importants connaissent des évolutions significatives.

1.5 Une progression des autres biens médicaux toujours soutenue...

En 2011, les dépenses liées aux « **autres biens médicaux** » représentent 12,2 milliards d'euros. Après un ralentissement passager en 2009⁶, leur croissance reprend un rythme soutenu : +5,0 % en valeur en 2011 après +5,6 % en 2010. Si la progression des dépenses d'optique est stable depuis trois ans (entre 3 et 4 % par an en valeur), celle des dépenses de « petits matériels et pansements » ralentit en 2011 tout en restant élevée (+6 % en valeur en 2011 après +8 % en 2010), comme celle des « prothèses, orthèses et VHP » (+5,9 % en valeur en 2011 après +6,4 % en 2010).

1.6 ...mais un tassement de la croissance des transports de malades

La consommation de **transports de malades** s'élève à 3,9 milliards d'euros en 2011, soit une croissance en valeur de 3,0 % seulement, après +5,4 % en 2010 et +6,4 % en 2009. Cette évolution est la plus faible enregistrée depuis 14 ans.

Le rythme de croissance des dépenses de transports sanitaires avait repris en 2009 sous l'effet d'une hausse des tarifs (+3,3 %) puis des volumes (+4,5 %) en 2010. En 2011, les volumes n'augmentent plus que de 2,2 % et les prix de 0,7 %. Ce tassement de la progression des dépenses de transports de malades est dû aux efforts de maîtrise engagés depuis 2007 : des règles de prescription plus restrictives s'appliquent depuis le 1^{er} janvier 2007, des accords ont été signés pour optimiser les transports en favorisant les transports partagés, et depuis 2011, de nouveaux contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (et plus particulièrement des transports de malades) ont été signés entre les ARS et les établissements de santé.

⁵ En effet, l'indice des prix à la consommation (IPC) de l'Insee est un indice à qualité constante. Un nouveau médicament ne peut être pris en compte en cours d'année que s'il s'insère dans une classe d'équivalents thérapeutiques existante. Les médicaments innovants (souvent plus chers) non rattachés à une classe n'intègrent l'échantillon suivi que l'année suivante. Le fait qu'ils soient plus coûteux n'est donc pas retracé dans l'évolution de l'IPC des médicaments remboursables.

⁶ Le ralentissement du taux de croissance observé en 2009 n'était que le contrecoup de la hausse intervenue en 2008 avant l'intégration de ce type de dépenses dans le forfait soins des EHPAD à partir du 1^{er} août 2008.

2. Les autres dépenses de santé

En base 2005, outre les postes inclus dans la CSBM, la dépense courante de santé comprend les autres dépenses en faveur des malades (soins aux personnes âgées et handicapées en établissement, les Soins et services à domicile – SSAD –, les indemnités journalières versées par l'assurance-maladie), les dépenses de prévention organisée (individuelle ou collective), les subventions au système de soins, les dépenses de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion du système de santé.

Ces autres dépenses représentent le quart de la dépense courante de santé (*tableau 4*).

Tableau 4 - Dépense courante de santé

	Valeur (en milliards d'euros)			Evolution (en %)
	2009	2010	2011	2011/2010
1- CSBM	171,1	175,4	180,0	2,7
SSAD	1,3	1,3	1,4	4,8
Soins aux pers. âgées en étab.	7,3	7,7	8,0	3,9
Soins aux pers. handicapées en étab.	8,0	8,3	8,5	3,4
Indemnités journalières	11,9	12,7	13,0	2,4
2- Autres dép. pour les malades	28,6	29,9	30,9	3,2
3- Prévention institutionnelle	6,5	5,8	5,8	0,0
Subventions au système de soins	2,2	2,4	2,6	7,5
Recherche médicale et pharmaceutique	7,5	7,4	7,5	0,8
Formation médicale	1,8	1,8	1,8	0,2
4- Dép. pour le système de soins	11,5	11,7	11,9	2,1
5- Coût de gestion de la santé	15,1	15,4	15,6	1,4
6- Double-compte recherche	-4,1	-3,9	-3,9	0,7
DCS (1+...+6)	228,7	234,3	240,3	2,6

Sources : DREES, *Comptes de la santé – base 2005*.

Les « autres dépenses pour les malades » se sont élevées à 30,9 milliards d'euros en 2011, dont 9,4 milliards pour les personnes âgées⁶, 8,5 milliards pour les personnes handicapées et 13 milliards pour les indemnités journalières.

Les dépenses de **soins aux personnes âgées en établissement** s'élèvent à 8 milliards d'euros en 2011. Depuis 2002, le rythme annuel de croissance de ces dépenses était resté supérieur à 10 %, les plus fortes hausses s'étant produites en 2008 (+14 %) et 2009 (+15,3 %). La hausse ralentit fortement pour la deuxième année consécutive : +5,4 % en 2010 puis +3,9 % en 2011.

Les soins peuvent être assurés :

- dans le secteur hospitalier public au sein des services de soins de longue durée ;
- dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées ; ceux-ci sont répartis depuis 2002 entre établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et ceux destinés aux personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le nombre des premiers est en diminution alors que celui des seconds est en très forte expansion.

En 2011, 6,9 milliards d'euros ont été consacrés aux soins en EHPA ou EHPAD ; après une croissance exceptionnelle de 22 % en 2009 due au passage des dispositifs médicaux dans le forfait soins des EHPAD à compter du 1^{er} août 2008, l'augmentation est de 4,3 % en 2011. Ce montant, qui a plus que triplé depuis 1995, est à mettre en relation avec l'augmentation du nombre de personnes

⁶ Les SSAD concernent essentiellement les personnes âgées.

âgées dépendantes et l'amélioration de leur prise en charge. Malgré la croissance plus rapide du secteur privé jusqu'en 2008, les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées restent majoritaires avec 57 % de la dépense.

Dans le secteur hospitalier, c'est l'hôpital public qui assure 99 % des soins de longue durée. Ceux-ci concernent, pour la quasi-totalité, des personnes âgées dépendantes. En 2011, on évalue à 1 milliard d'euros la consommation de soins réalisée dans les services qui les accueillent.

En base 2005, aux soins en établissement sont ajoutées les dépenses des **Services de soins à domicile (SSAD)**, soit 1,4 milliard d'euros en 2011. Le rythme de croissance annuel de ces soins est de 4,8 % en 2011 (après +1,8 % en 2010), nettement en-deçà de ceux constatés sur la période 2002-2009 (+8 % par an en moyenne). Notons que cet ajout permet d'assurer un traitement cohérent des dépenses de soins de longue durée, qu'elles soient délivrées en établissement ou à domicile.

Sont également intégrés à la DCS les **soins aux personnes handicapées** en établissement. Celles-ci s'élèvent à 8,5 milliards d'euros en 2011, soit une hausse de 3,4 % par rapport à 2010.

En 2011, le rythme de croissance des **indemnités journalières**, qui s'élèvent à 13 milliards d'euros, diminue fortement par rapport à celui des trois dernières années : il s'établit à 2,4 % en 2011, après +6,1 % en 2010, +4,2 % en 2009 et +6 % en 2008. Après la forte hausse du début des années 2000 (+8,5 % en moyenne entre 2000 et 2003), les mesures de contrôle instituées par la CNAM avaient fait baisser le rythme de croissance de 2003 à 2006 (moins de 1 % en moyenne annuelle). À partir de 2007 cependant, la croissance avait repris : la hausse moyenne des indemnités journalières sur la période 2007-2010 s'était établie à 4,5 % par an ; l'année 2011 marque donc une rupture qui pourrait s'expliquer notamment par la hausse du chômage.

Avec un montant de 5,8 milliards d'euros, les dépenses de **prévention organisée** sont stables en 2011. Une forte hausse avait été enregistrée en 2009 en raison des dépenses engagées pour se prémunir contre la grippe H1N1 ; logiquement, les dépenses de 2010-2011 reviennent au niveau de 2008. Ce montant représente 88 euros par habitant en 2011. Il inclut les dépenses de prévention individuelle (vaccination organisée, médecine du travail, dépistage organisé, etc.) ou collective (éducation à la santé, sécurité sanitaire de l'alimentation, risques environnementaux, crises sanitaires, etc.). En 2011, l'État et les collectivités locales ont financé 59 % de ces dépenses, la Sécurité sociale 16 % et le secteur privé 25 % (médecine du travail et prévention des accidents du travail).

Les dépenses de prévention isolées dans les Comptes de la santé ne retracent toutefois qu'une partie des dépenses de prévention : elles ne comprennent pas les actes de prévention réalisés à l'occasion des consultations médicales ordinaires, qui sont comptabilisées dans la CSBM. L'ensemble des dépenses de prévention a été estimé par une étude conjointe de l'IRDES et de la DREES à 10,5 milliards d'euros en 2002, montant qui représentait alors 6,4 % de la dépense courante de santé ; les dépenses de prévention isolées dans les Comptes de 2002 s'élevaient à 4,7 milliards d'euros, soit 45 % des dépenses totales de prévention.

En 2011, les **subventions au système de soins** sont évaluées à 2,6 milliards d'euros pour l'année 2011, soit une évolution de +7,5 % par rapport à 2010.

La majeure partie des subventions est constituée par la prise en charge par l'assurance maladie de certaines cotisations sociales des professionnels de santé. Ce dispositif, mis en place en 1960 pour les seuls médecins afin de les inciter à choisir le secteur 1 (honoraires sans dépassements), a été progressivement élargi à d'autres professions de santé. Elles comprennent également les dotations du FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins) ainsi que les aides à la télétransmission.

Les dépenses de **recherche médicale et pharmaceutique** s'élèvent à 7,5 milliards d'euros en 2011, soit 115 euros par habitant. En 2001, la part des financements publics et celle des financements privés étaient équivalentes. Depuis, la place du secteur privé (industries pharmaceutiques et secteur associatif) a légèrement progressé pour atteindre 53 % en 2011.

Les dépenses de **formation des personnels médicaux** ont atteint 1,8 milliard d'euros en 2011, soit 0,2 % de plus qu'en 2010. Ces dépenses concernent les unités de formation et de recherche (UFR) de médecine ou de chirurgie dentaire, mais aussi les instituts de formation aux soins infirmiers (IFSI) et les autres formations publiques ou privées d'auxiliaires médicaux. À ces dépenses de formation

initiale s'ajoutent celles de la formation continue. Elles sont en forte augmentation depuis 2006 : d'une part, le coût unitaire de l'étudiant a fortement augmenté et d'autre part les coûts des formations sanitaires et sociales se sont accrus depuis qu'ils relèvent de la compétence des régions (loi de décentralisation de 2005 mise en œuvre en 2006).

Enfin, les **coûts de gestion de la santé** sont évalués à 15,6 milliards d'euros pour l'année 2011.

Ils comprennent :

- les frais de gestion des organismes suivants :
 - les différents régimes de Sécurité sociale pour la gestion de l'assurance-maladie de base,
 - les organismes complémentaires : mutuelles, assurances, et institutions de prévoyance,
 - le fonds CMU,
- ainsi que :
 - le budget de fonctionnement du ministère chargé de la Santé,
 - les subventions et les financements publics ou prélèvements affectés au fonctionnement des opérateurs publics contribuant au pilotage du système de santé (HAS, ATIH, CNG, ANAP) ou à la compensation des accidents médicaux (ONIAM).

Les coûts de gestion des organismes complémentaires sont estimés en 2011 en supposant stable le ratio frais de gestion sur prestations évalué sur la base des données collectées par l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) et publiés dans le rapport DREES sur « la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé » de novembre 2011, relatif aux données de 2010.

3. Dans le financement de la CSBM, le reste à charge des ménages reste stable par rapport à 2010

Les évolutions présentées ci-dessus sont, par nature, différentes de celles récemment publiées par la Commission des comptes de la Sécurité sociale (rapport de juillet 2012). Les trois agrégats des comptes nationaux de la santé (DCS, CSBM et DTS), diffèrent en effet quant au champ de ceux présentés par la Commission des comptes de la Sécurité sociale (*encadré 2*). Les comptes de la santé permettent notamment d'apprécier la part respective prise par les différents agents économiques dans le financement des dépenses de santé : assurance maladie, État, organismes complémentaires et ménages.

Atteignant 135,8 milliards d'euros en 2011, la part de la **Sécurité sociale** dans le financement de la CSBM recule légèrement puisqu'elle s'établit à 75,5 % contre 75,7 % en 2010. De 1995 à 2005, cette part était restée globalement stable, autour de 77 % (*tableau 6*). Cette stabilité était le résultat de plusieurs évolutions de sens contraire : la structure de la CSBM se déformait en faveur des produits les moins bien remboursés ou non remboursés (médicaments non remboursables ou biens médicaux faiblement remboursés comme l'optique) et comprenait une part croissante de dépassements d'honoraires (pris en charge de façon variable par les organismes complémentaires⁷), mais le nombre des assurés sociaux qui bénéficient d'une exonération du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée (ALD) était en nette progression.

Entre 2005 et 2008, la part de la Sécurité sociale s'était en revanche réduite en raison de diverses mesures d'économie prises pour limiter le déficit de la branche maladie (*graphique 11*). Entre 2008 et 2010, la part de la Sécurité sociale reste de l'ordre de 75,7 %. Elle recule légèrement en 2011 en raison d'une part du relèvement de 91 à 120 euros du seuil d'application du forfait de 18 euros sur les actes lourds effectués en ville ou à l'hôpital, d'autre part du déremboursement ou de la moindre prise en charge de certains médicaments et dispositifs médicaux.

⁷ Depuis 1995, le poids des dépassements d'honoraires s'est sensiblement accru dans le reste à charge des ménages car leur montant augmente beaucoup plus vite que la CSBM (doublement en 15 ans entre 1990 et 2005) – cf. le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'avril 2007 sur les dépassements d'honoraires médicaux.

Tableau 6 - Structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux (en %)

en %

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sécurité sociale de base (1)	76,7	76,7	76,8	77,0	77,0	76,8	76,3	76,3	75,7	75,8	75,7	75,5
État et CMU-C org. de base	1,2	1,3	1,4	1,3	1,3	1,2	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,3
Organismes complémentaires (2)	12,4	12,3	12,6	12,7	12,9	13,0	13,0	13,1	13,3	13,4	13,5	13,7
dont Mutuelles (2)	7,6	7,4	7,4	7,5	7,5	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6	7,5	7,5
Sociétés d'assurance (2)	2,6	2,6	2,7	2,8	3,0	3,0	3,0	3,1	3,3	3,4	3,6	3,7
Institutions de prévoyance (2)	2,1	2,3	2,5	2,5	2,5	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5
Ménages	9,7	9,7	9,3	8,9	8,8	9,0	9,4	9,3	9,7	9,6	9,6	9,6
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

Sources : DREES, Comptes de la santé.

Encadré 2 Des Comptes nationaux de la santé aux Comptes de la Sécurité sociale et à l'ONDAM

Les agrégats des Comptes de la santé sont des agrégats économiques : ils cherchent à retracer les dépenses effectuées au cours de l'année concernée. Ils sont ainsi corrigés pendant trois ans pour intégrer les révisions afférentes à une année considérée. L'année 2011 présentée ici est provisoire et sera révisée en 2013 (compte semi-définitif) et en 2014 (compte définitif).

Les comptes des régimes d'assurance-maladie présentés à la Commission des comptes de la Sécurité sociale relèvent de la même logique, ils sont toutefois définitivement figés en septembre de l'année n+2. Ils se différencient ainsi de ceux des caisses qui sont quant à eux définitivement figés en mars de l'année n+1, lors de la clôture des comptes. Ces derniers s'approchent eux aussi des dates effectives des soins par l'intégration des variations de provisions.

Les agrégats des Comptes de la santé sont donc proches de l'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) en termes de concepts. Ils diffèrent néanmoins de l'ONDAM en termes de champ. L'ONDAM comptabilise en effet les seules dépenses de l'assurance-maladie (ainsi que certaines dépenses de la branche AT/MP), alors que les comptes de la santé fournissent une estimation de la consommation finale de soins de santé, qu'elle soit financée par l'assurance-maladie, l'État, les organismes complémentaires et les ménages, ou qu'elle soit non financée (déficit des hôpitaux publics – cf. annexe).

Schématiquement, l'ONDAM correspond à la partie de la CSBM financée par la Sécurité sociale, augmentée :

- des indemnités journalières de maladie et d'accidents du travail ;
- des soins de longue durée aux personnes âgées (soins en USLD, forfaits soins des établissements pour personnes âgées et des SSAD) ;
- des dépenses médico-sociales pour les établissements pour personnes handicapées et personnes précaires prises en charge par les régimes d'assurance-maladie ;
- des prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé et des dotations à certains fonds (FIQCS, FMESPP, FAC,...) ;
- des prises en charge des ressortissants français à l'étranger.

À l'exception des dotations à des structures accueillant des personnes précaires, des dotations à divers fonds et des dépenses des ressortissants français à l'étranger, ces ajouts appartiennent tous à la dépense courante de santé (DCS) des comptes. Ils ne permettent cependant pas de la reconstituer en totalité puisque celle-ci inclut les indemnités journalières de maternité, les dépenses de prévention, de formation et de recherche, et les coûts de gestion du système de santé.

Tableau 5 - Passage de la CSBM à l'ONDAM pour l'année 2011

en milliards d'euros

Part de la CSBM financée par la Sécurité sociale (1)	135,8
+ Prestations diverses	0,1
+ Indemnités journalières maladie et accidents du travail (hors IJ maternité)	10,3
+ Soins aux personnes âgées en établissement et SSAD (2)	8,5
+ Ondam personnes handicapées	8,3
+ Prise en charge des cotisations des professionnels de santé	2,2
+ Dotations à différents fonds (FMESPP, FAC, télétransmission)	0,6
+ Autres prises en charge (3)	1,2
Total	166,9
Ecart d'évaluation sur les hôpitaux publics et ajustements divers	-0,3
ONDAM (données provisoires - CCSS juillet 2012)	166,6

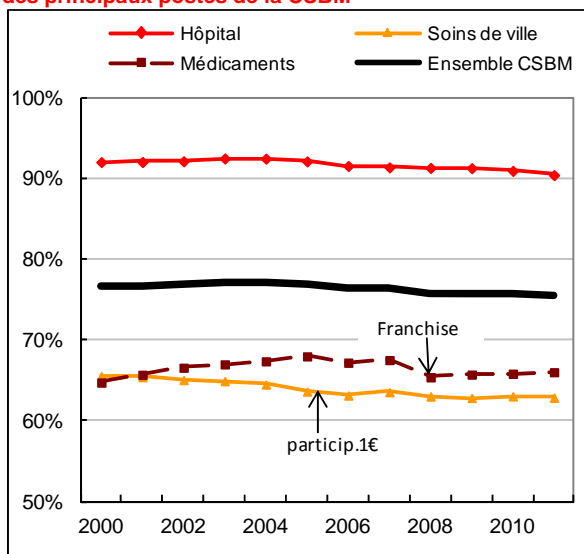
(1) dans les comptes de la santé y compris déficit des hôpitaux (cf. annexe 3.2).

(2) comprend les soins en USLD et les soins en EHPA et EHPAD pour la partie financée par l'assurance maladie (ONDAM hôpital et ONDAM médico-social).

(3) FIQCS + Soins des ressortissants français à l'étranger + Établissements médico-sociaux hors champ CNSA.

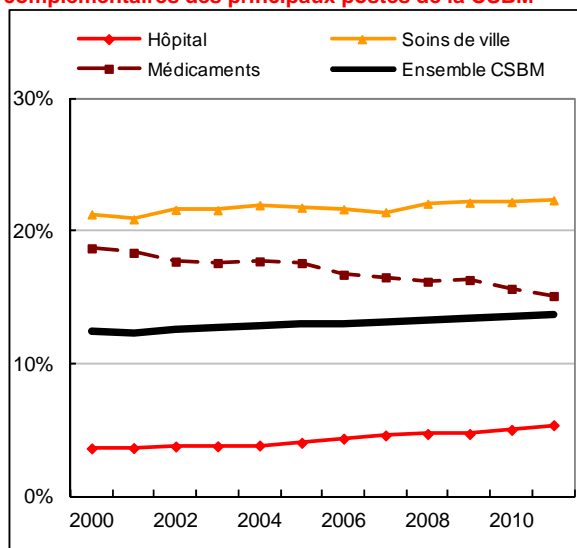
Sources : DREES, Comptes de la santé ; CCSS de juillet 2012 pour l'ONDAM.

Graphique 11 - Prise en charge par la Sécurité sociale des principaux postes de la CSBM



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Graphique 12 - Prise en charge par les organismes complémentaires des principaux postes de la CSBM



Sources : DREES, Comptes de la santé.

La prise en charge par les **organismes complémentaires** est tendanciellement orientée à la hausse (*graphique 12*). Elle atteint 24,6 milliards d'euros en 2011, soit 13,7 % de la CSBM contre 13,5 % en 2010.

Entre 2000 et 2011, la part des organismes complémentaires dans le financement des dépenses de santé a effet augmenté de 1,3 point, passant de 12,4 % en 2000 à 13,7 % en 2011. Cette progression est le résultat de deux évolutions de sens contraire : une part accrue des organismes complémentaires dans les soins hospitaliers, les soins de ville et les biens médicaux, et une réduction de leur prise en charge des médicaments.

Entre 2005 et 2007, cette progression s'expliquait notamment par les hausses du forfait journalier à l'hôpital, ainsi que par les hausses des tarifs journaliers de prestations (TJP) dans les hôpitaux publics. En 2008 s'est ajoutée la participation forfaitaire de 18 euros sur les actes lourds (de plus de 91 euros) et en 2010, la hausse du forfait journalier hospitalier, passé de 16 à 18 euros par jour. À cette augmentation sur les soins hospitaliers, s'était ajoutée une augmentation lente mais continue sur les prestations de soins de ville (dépassements d'honoraires des médecins et soins prothétiques des dentistes) et une forte hausse des prestations des organismes complémentaires sur les « autres biens médicaux » (optique, orthèses, fauteuils roulants, lits médicalisés et autres produits de la LPP...). C'est le type de dépenses pour lequel la participation des organismes complémentaires a le plus progressé depuis onze ans : elle atteint 37,1 % en 2011 alors qu'elle n'était que de 26,2 % en 2000.

L'augmentation des postes « Soins hospitaliers », « Soins de ville » et « Autres biens médicaux » dans les prestations des organismes complémentaires avait de fait plus que compensé leur baisse de prise en charge des médicaments. Ces organismes occupent en effet une part moins importante dans la prise en charge des dépenses de médicaments en raison des mesures de déremboursement intervenues depuis 2006 et de l'instauration d'une franchise de 0,50 euro par boîte en 2008, ce qui a augmenté la part à la charge des ménages et donc diminué mécaniquement la part des autres financeurs. La part des organismes complémentaires pour les médicaments est ainsi passée de 18,7 % en 2000 à 16,3 % en 2009.

En 2011, cette tendance se prolonge avec la hausse de la part des dépenses de santé prise en charge par les organismes complémentaires des soins hospitaliers, des soins de ville et des biens médicaux. Pour les soins de ville et soins hospitaliers, du fait du relèvement de 91 à 120 euros du seuil d'application du forfait de 18 euros sur les actes lourds. Pour les biens médicaux, du fait de l'accroissement régulier des prises en charge par les organismes complémentaires de biens à l'évolution dynamique, comme l'optique. Cette hausse est toutefois modérée par la non-prise en charge par certains organismes complémentaires des médicaments remboursés à 15 % en raison de leur faible service médical rendu.

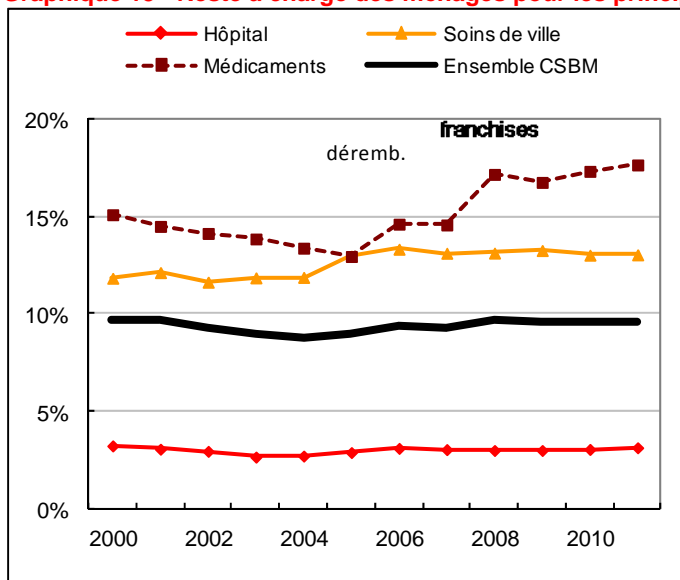
Si l'on ajoute la taxe versée par les organismes complémentaires au Fonds CMU, la prise en charge des soins de santé par les organismes complémentaires passe à 14,5 % de la CSBM (contre 13,7 % sans prise en compte de cette taxe).

Le **reste à charge des ménages** atteint 17,3 milliards d'euros en 2011, soit 9,6 % de la CSBM ; il reste stable par rapport à 2009-2010 (*graphique 13*). Il demeure élevé pour certaines dépenses comme l'optique, les soins dentaires ou les médicaments, mais est très faible pour les transports de malades et les soins hospitaliers (de l'ordre de 3 %).

Le reste à charge des ménages avait diminué de 1995 à 2004, sous l'effet d'un financement accru par les organismes complémentaires et, dans une moindre mesure, de la création de la CMU complémentaire. De 2005 à 2008, son évolution était orientée à la hausse puisqu'il était passé de 9,0 % en 2005 à 9,7 % en 2008. Cette augmentation s'expliquait par les mesures d'économies visant à limiter le déficit de l'assurance maladie, qui avaient plus que compensé les facteurs structurels de diminution du reste à charge des ménages, notamment le dynamisme des dépenses prises en charge à 100 % par les régimes de base (assurés en ALD). Le reste à charge avait augmenté en 2006, essentiellement en raison du déremboursement de médicaments à service médical rendu insuffisant (veinotoniques, sirops, anti-diarrhéiques,...) et de la mise en place du parcours de soins. Cette progression s'était accentuée en 2008 avec les franchises instaurées sur les postes de dépenses les plus dynamiques (médicaments, transports de malades, auxiliaires médicaux).

Sur la période 2009-2011, en l'absence de mesure tarifaire de grande ampleur affectant la participation des ménages, la part de la CSBM restant à leur charge reste stable⁸. La hausse de la part des ménages dans la consommation de médicaments est compensée par un léger recul de leur part dans les autres types de soins. Cette stabilité résulte, en effet, de deux phénomènes qui jouent en sens opposés : le déremboursement de certains médicaments (et la non-prise en charge par certains organismes complémentaires des médicaments remboursés à 15 % par la Sécurité sociale) tend à faire augmenter le reste à charge, tandis que la meilleure prise en charge par les organismes complémentaires des biens médicaux a l'effet inverse.

Graphique 13 - Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM

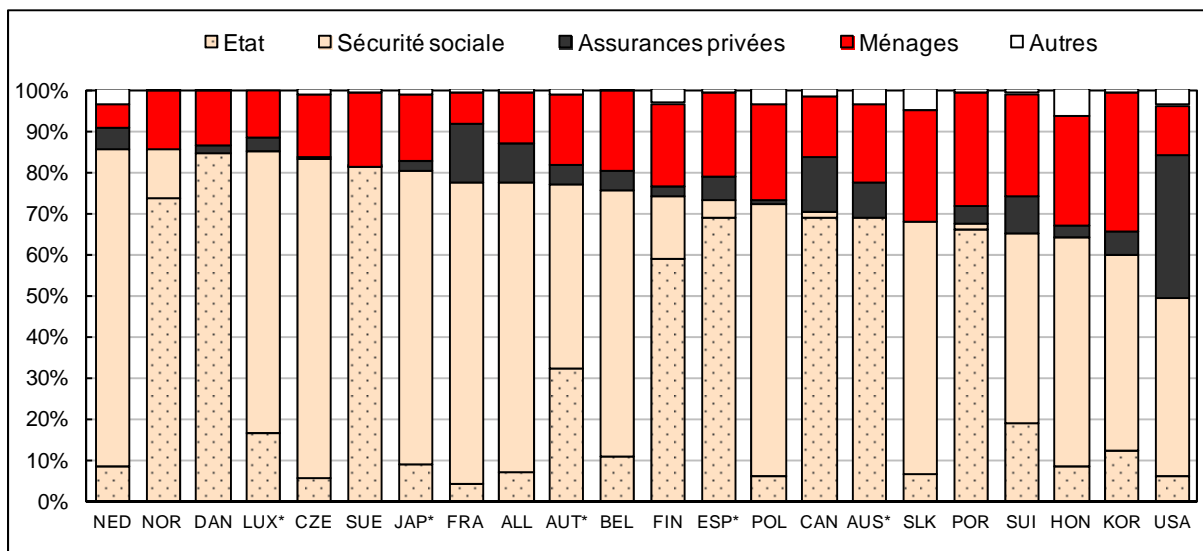


Sources : Drees, Comptes de la santé – Base 2005.

⁸ Les comptes 2010 provisoires, présentés en 2011, qui indiquaient une légère baisse du reste à charge des ménages (à 9,4 %), ont été revus ; le reste à charge est maintenant stable en 2010 par rapport à 2009 dans les comptes semi-définitifs.

Notons que la France est un des pays développés où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante, et où le reste à charge des ménages est le plus limité. Seuls le Luxembourg, les Pays-Bas, la République tchèque, les pays scandinaves (Danemark, Norvège, Suède) et le Japon ont une prise en charge publique plus développée que celle de la France (*graphique 14*). Toutefois, à l'exception des Pays-Bas, la part du reste à charge des ménages y est plus élevée qu'en France (*graphique 15*).

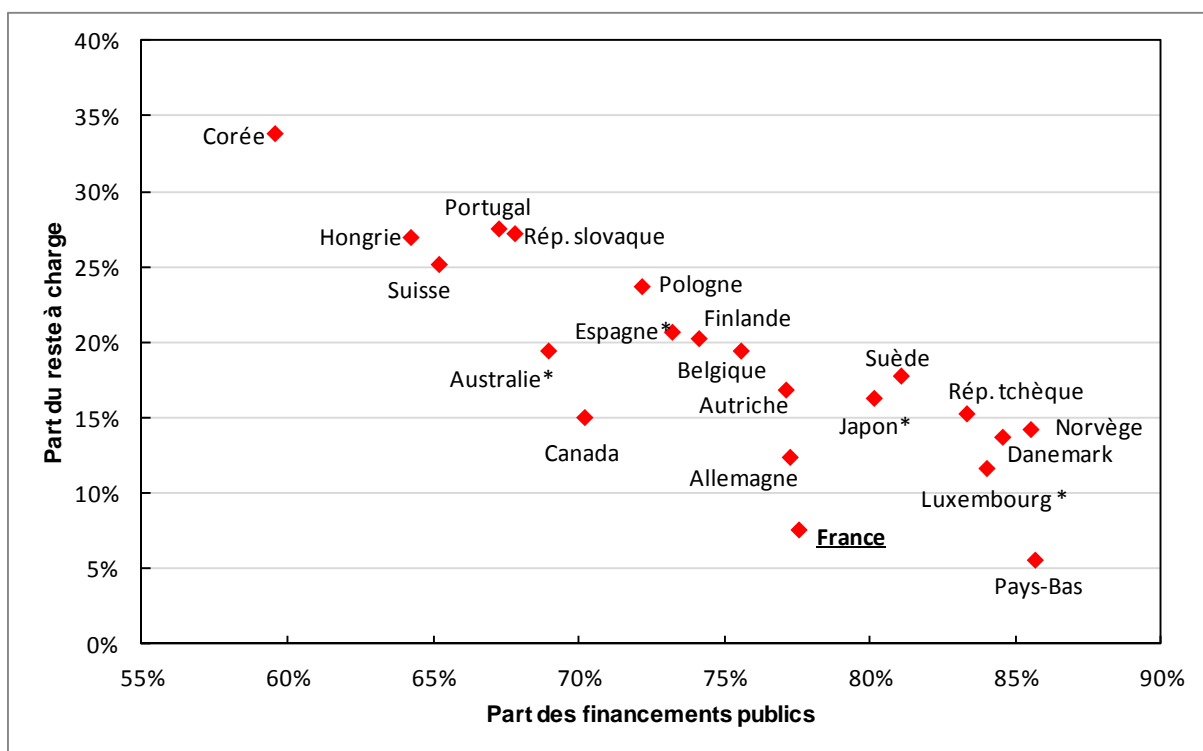
Graphique 14 - Financement des dépenses courantes de santé en 2010



* Données 2009.

Sources : *Éco-santé OCDE 2012, juin 2012.*

Graphique 15 - Le financement public et le reste à charge dans les dépenses courantes de santé en 2010



* Données 2009.

Sources : *Éco-santé OCDE 2012, juin 2012.*

Pour en savoir plus

« La méthodologie des Comptes de la santé en base 2005 », DREES, *Document de travail - Série Statistiques*, à paraître.

Koubi M. et Fenina A. « Le partage volume-prix à l'hôpital dans les Comptes nationaux de la santé », *Document de travail, série Études et Recherche*, n° 118, DREES, mars 2012.

Evain F., « Evolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », DREES, *Études et Résultats*, n° 785, novembre 2011.

Yilmaz E., « La situation économique et financière des hôpitaux publics se stabilise en 2010 », *dans ce rapport*.

Thuaud E., « La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2010 » DREES, *dans ce rapport*.

Arnault S., Evain F., Fizzala A., Leroux I., « L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle », DREES, *Études et Résultats*, n° 716, février 2010.

Bellamy V., « Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010 », DREES, *Études et Résultats*, n° 786, décembre 2011.

Bellamy V., Les revenus d'activité des médecins libéraux » *dans ce rapport*.

Bertrand D., « Les services des soins à domicile (SSAD) en 2008 », DREES, *Études et Résultats*, n° 739, septembre 2010.

Lê F., Raynaud D., « Les indemnités journalières », DREES, *Études et Résultats*, n° 595, septembre 2007.

Fenina A., Geffroy Y., Minc C., Renaud T., Sarlon E., Sermet C., « Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologies en France », DREES, *Études et résultats*, n° 504, juillet 2006.

DOSSIERS

La redistribution verticale opérée par l'assurance maladie

Jonathan Duval (Drees)

Rémi Lardellier (Drees)

Cette étude mesure, pour l'année 2008, la redistribution opérée par les systèmes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, en fonction du revenu des ménages.

Les mécanismes de l'assurance maladie obligatoire répondent à deux principes : la solidarité des bien portants vis-à-vis des malades et l'accessibilité des soins à tous, quelle que soit leur capacité financière. Ainsi, alors que les remboursements des soins de l'assurance maladie obligatoire dépendent du risque maladie, son financement est lié aux revenus, via les cotisations et les contributions sociales. Du respect de ces principes, découlent des transferts intra-générationnels importants entre les ménages selon leur niveau de revenu. Les ménages modestes ont à la fois des contributions financières à l'assurance maladie plus faibles du fait de la progressivité des prélèvements en fonction du revenu mais aussi une prise en charge de leur dépense de santé légèrement plus élevée du fait d'un état de santé moyen plus dégradé. La part moyenne du financement « individualisable » de l'assurance maladie obligatoire dans le revenu disponible passe de 3,5 % (610 euros par ménage, soit 280 euros par personne) pour les 10 % des ménages les plus modestes à 14,1 % (12 420 euros par ménage, soit 5 400 euros par personne) pour les 10 % les plus riches.

Au total, l'assurance maladie obligatoire induit une réduction des inégalités de niveau de vie de près de 19 % (mesurée à l'aide du coefficient de Gini), résultat qui tient pour les quatre cinquièmes à l'effet de son financement progressif et pour un cinquième à celui de ses prestations. En comparaison, l'assurance maladie complémentaire réduit très peu les inégalités de niveaux de vie (-0,5 %). Cette légère réduction des inégalités transite uniquement par son financement, notamment au travers de la CMU-C, accordée gratuitement aux plus démunis, et au travers de l'aide à la complémentaire santé (ACS), qui prend en charge une partie des cotisations pour les personnes dont les ressources se situent juste au-dessus du plafond de la CMU-C.

Toutefois, malgré l'importante redistribution verticale induite par l'assurance maladie obligatoire, 15 % de la population adulte renoncent à des soins pour raisons financières, ce phénomène étant concentré chez les ménages les plus modestes. De surcroît, le poids du reste à charge dans le revenu disponible des ménages, bien que relativement faible, demeure plus élevé pour les ménages les plus modestes alors même qu'il n'est pas tenu compte ici, les données ne le permettant pas, de la redistribution opérée à l'échelle du cycle de vie. Les effets redistributifs de l'assurance maladie à l'échelle d'une vie sont, en effet, réduits du fait de l'augmentation de l'espérance de vie avec le revenu (Jusot 2003).

Le système d'assurance maladie obligatoire français poursuit deux objectifs distincts : un objectif de solidarité entre bien portants et malades et un objectif plus englobant d'accessibilité financière des soins. Afin d'opérer une redistribution horizontale entre malades et bien portants, les niveaux de remboursement des soins dépendent du degré de morbidité supposé, avec des prises en charge différenciées selon les soins et selon les individus (cf. notamment Duval, Lardellier, Legal 2011). Afin d'opérer une redistribution verticale au sein de la population, les cotisations maladie sont assises sur les revenus, sans lien *a priori* avec le niveau de risque individuel et le niveau des remboursements. Comme ce lien entre cotisations et revenus diffère de celui qui existe entre remboursements et revenus, l'assurance maladie obligatoire contribue à redistribuer les revenus. Ce système permet ainsi aux plus modestes d'obtenir un meilleur accès aux soins que celui qu'ils auraient eu dans un système sans couverture mutualisée du risque maladie ou dans un système d'assurances privées fonctionnant selon une logique de tarification au risque.

Cette étude analyse les propriétés redistributives de ce système en quantifiant précisément les transferts entre ménages induits par l'assurance maladie obligatoire (AMO), selon leur niveau de vie. De plus, elle offre pour la première fois une vision de la redistribution verticale induite par les couvertures maladie complémentaires (AMC), dans un contexte marqué par la hausse régulière de la part des dépenses de santé financées par celles-ci (de 12,4 % en 2000 à 13,7 % en 2011). De ce point de vue, elle contribue à éclairer les débats sur les rôles respectifs des organismes complémentaires et de l'assurance maladie obligatoire dans la prise en charge des dépenses de santé, rappelant les effets différenciés de leurs interventions.

L'étude s'appuie sur le modèle de microsimulation « Ines-Omar » élaboré par la Drees (cf. annexe 1 pour une présentation du modèle) et apprécie le pouvoir redistributif des cotisations et des prestations en regardant pour chacun sa contribution à la réduction des inégalités de niveaux de vie. Avec une méthodologie renouvelée, elle s'inscrit dans la filiation de l'étude publiée par L. Caussat, S. Le Minez et D. Raynaud en 2005. Dans leurs analyses, les auteurs ne pouvaient pas, faute de données disponibles, étudier précisément le rôle de l'AMC. Désormais grâce à l'outil de microsimulation de la Drees, un panorama complet du système d'assurance maladie est disponible, pour l'année qui constitue aujourd'hui la base du modèle, 2008¹. Cette étude conclut au caractère redistributif prononcé de l'AMO. Notons que nous ne tenons pas compte ici, car les données ne le permettent pas, de la redistribution opérée à l'échelle du cycle de vie. Or, les effets redistributifs de l'assurance maladie à l'échelle d'une vie sont réduits du fait de l'augmentation de l'espérance de vie avec le revenu (Jusot 2003).

Cette étude aborde quatre points. La première partie revient sur les modalités de financement des assurances maladie obligatoire et complémentaire, et leur effet sur le revenu des ménages en fonction de leur niveau de vie. La deuxième partie examine les remboursements de soins effectués par l'AMO et l'AMC. La troisième partie vise à présenter une mesure synthétique de la redistribution verticale opérée par l'assurance maladie, en mobilisant des indices de Gini. Enfin, une quatrième partie permet d'aborder les phénomènes connexes aux effets redistributifs que sont le reste à charge et le renoncement aux soins. Ces phénomènes, qui n'apparaissent pas dans le cadre d'une analyse portant exclusivement sur les prestations consommées, montrent que l'approche en termes de redistribution ne peut se passer d'une approche en termes d'accessibilité financière.

1. Assurances maladie obligatoire et complémentaire : des principes de financement distincts

Le financement de l'AMO, assis sur les revenus du travail et du patrimoine, est progressif

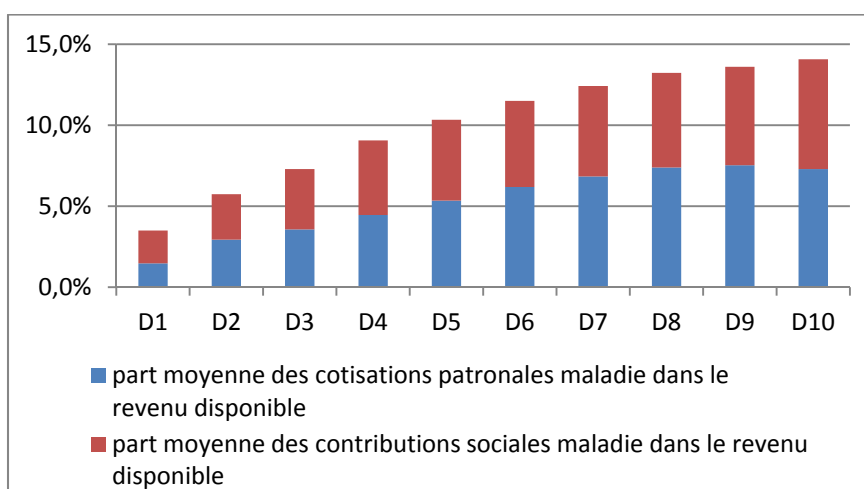
Les ménages participent au financement de l'assurance maladie obligatoire principalement par le biais des cotisations et des contributions sociales (cf. encadré 1 pour une présentation plus précise des sources de financement de l'AMO).

Sont prises en compte dans cette étude les contributions « individualisables », qui recouvrent les cotisations sociales patronales et non salariées du risque maladie et la part de la CSG qui est affectée à l'assurance maladie. Ces cotisations et contributions représentent près de 65 % des recettes totales de l'assurance maladie obligatoire. Sont en revanche exclues de l'analyse les recettes fiscales (droits alcool, tabac, médicament, etc.) affectées au financement de l'assurance maladie mais qui sont non individualisables, ainsi que les produits techniques et autres ressources.

¹ Ces travaux de microsimulation ne sont qu'un substitut imparfait à l'absence d'observation de données réelles qui seraient issues d'un appariement des données de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires. Des expérimentations en ce sens sont en cours ; il est souhaitable que ce type de rapprochement se développe, comme le recommande le Conseil national de l'information statistique (Cnis).

Sur ce champ, le financement de l'assurance maladie obligatoire est progressif, c'est-à-dire que son poids dans le revenu disponible des ménages augmente avec leur niveau de vie. Ainsi la part moyenne du financement de l'AMO dans le revenu disponible passe de 3,5 % (610 euros annuels pour le ménage, soit 280 euros par personne²) pour les 10 % des ménages les plus modestes (le premier décile de niveau de vie) à 14,1 % (12 420 euros annuels pour le ménage, soit 5 400 euros par personne³) pour les 10 % les plus riches (le dernier décile, graphiques 1 et 2). La progressivité du financement de l'AMO s'explique d'une part par la structure de la CSG, puisque les taux de cette contribution diffèrent en fonction des assiettes taxées (travail, patrimoine et revenus de remplacement). Ainsi le taux de contributions sociales affectées à la branche maladie augmente de 2,0 % (370 euros) en moyenne pour les ménages du premier décile à 6,8 % (6 020 euros) en moyenne pour les ménages les plus aisés. Elle s'explique d'autre part par les dispositifs d'allègement de cotisations sociales employeurs⁴. Ces dispositifs d'allègements de cotisations mis en place à partir de 1993 dans le but de diminuer le coût du travail sur les bas salaires, rompent en effet le caractère proportionnel des cotisations patronales. Actuellement les allègements généraux de cotisations concernent les salaires inférieurs à 1,6 SMIC. Ainsi, le taux moyen de cotisations patronales dans le revenu disponible passe de 1,5 % (240 euros) à 7,5 % (3 960 euros) du premier au neuvième décile de niveau de vie. Le taux diminue ensuite légèrement pour les ménages du dernier décile de niveau de vie (7,3 % soit 6 400 euros) car la part des revenus d'activité dans le revenu primaire, c'est-à-dire avant impôts et prestations est légèrement plus faible dans le dernier décile que dans le précédent.

Graphique 1 - Part moyenne du financement de l'AMO dans le revenu disponible par décile de niveau de vie



Source : Ines-Omar 2008.

Champ : ménages ordinaires de métropole.

Note de lecture : En 2008, le financement de l'assurance maladie obligatoire assuré par un ménage du premier décile représente en moyenne 3,5 % de son revenu disponible dont 1,5 % en moyenne de cotisations patronales et 2,0 % de contributions sociales.

Les cotisations d'AMC ne varient que très peu avec le niveau de vie

Hormis les personnes assurées au titre de la Couverture maladie universelle complémentaire⁵ (CMU-C ; 6 % de la population), la souscription d'une couverture maladie complémentaire implique le paiement de primes à l'organisme assureur qui peuvent être en partie prises en charge pour les personnes dont les ressources sont situées juste au-dessus du plafond de la CMU-C (aide à la complémentaire santé). Les données disponibles à ce jour ne permettent pas de connaître ces cotisations de façon détaillée au niveau individuel, elles peuvent toutefois être estimées à partir de l'enquête menée par la Drees sur les contrats les plus souscrits auprès des assureurs complémentaires (cf. Lardellier, Legal, Raynaud, Vidal 2012).

Suivant le type de contrat – individuel ou collectif – le mode de calcul des primes versées aux organismes complémentaires n'est pas le même.

² Les ménages les 10 % les plus modestes sont composés en moyenne de 2,2 personnes.

³ Les ménages les 10 % les plus riches sont composés en moyenne de 2,3 personnes.

⁴ L'hypothèse retenue ici est de considérer que les cotisations patronales sont *in fine* payées par les salariés (cf. encadré 1).

⁵ En 2011, plus de 4,4 millions de personnes bénéficiaient de la CMU-C (données du Fonds CMU-C). Ce dispositif instauré en 1999 permet la prise en charge avec dispense d'avance de frais du ticket modérateur, du forfait journalier et de certains frais supplémentaires. Il concerne, en 2012, les personnes dont les ressources annuelles sont inférieures à 7 934 euros (pour un célibataire métropolitain). Gratuite pour ses bénéficiaires, la CMU-C est financée par une taxe de 6,27 % assise sur le chiffre d'affaires santé des organismes complémentaires.

Encadré 1 :**Périmètre des recettes de l'AMO retenues dans la modélisation**

Les recettes retenues dans cette étude correspondent aux cotisations sociales patronales et non salariées du risque maladie, et à la part de la CSG qui est reversée au système d'assurance maladie.

Dans cette étude les cotisations patronales (hors la part correspondant au financement des indemnités journalières) sont prises en compte et attribuées aux salariés correspondants. L'hypothèse retenue ici est de considérer que les cotisations patronales sont *in fine* payées par les salariés et doivent donc être comptabilisées dans les différents soldes calculés. Ce choix économique est conforté par la prise en compte des cotisations sociales des indépendants pour lesquelles la distinction entre part salariale et part patronale n'a pas de sens. En revanche les cotisations salariales affectées au risque maladie, l'étant plus spécifiquement au financement des indemnités journalières (IJ), ne sont pas prises en compte, les IJ étant elles-mêmes exclues des prestations analysées. Ces cotisations patronales représentent en fait plus de 90 % des cotisations sociales reçues par la branche maladie, les autres cotisations étant essentiellement celles des non-salariés. Pour le régime général (hors dispositif d'allègement pour les bas salaires), le taux de cotisations patronales retenu est de 12,8%.

Pour ce qui concerne la CSG, sont exclues de l'analyse la CSG sur les revenus des jeux qui n'est pas modélisée dans le modèle Ines, ainsi qu'une fraction de la CSG sur les revenus du capital, celle-ci n'étant modélisée qu'imparfaitement par manque de données sur la nature des prélèvements effectués à la source. Pour chaque type de revenu est retenue la fraction de son taux affectée à l'assurance maladie en 2008 : pour les revenus du patrimoine et les produits de placement les 5,95 pts affectés à la branche maladie de la Sécurité Sociale sur les 8,2 pts ; pour les salaires les 5,29 pts sur les 7,5 points prélevés sur une assiette correspondant à 97 % de la rémunération brute ; sur les pensions de retraites et les allocations chômage la fraction définie en fonction du taux retenu, lui-même déterminé en fonction du niveau de revenus du foyer fiscal (tableau).

Tableau 1 - Taux de CSG en 2008 sur les revenus de remplacement

	Assiette	Taux de CSG (<i>dont part affectée à la branche maladie</i>)		
		Si Revenu fiscal de référence (RFR) en 2006 < seuil	Si RFR en 2006 > seuil mais impôt sur les revenus 2006 < 61 euros	Si RFR en 2006 > seuil mais impôt sur les revenus 2006 > 61 euros
Retraites et pensions d'invalidité	Totalité de la pension	0,0 %	3,8 % (3,80 pts)	6,6 % (4,35 pts)
Allocations chômage et préretraite	97 % de l'allocation journalière brute	0,0 %	3,8 % (3,80 pts)	6,2 % (3,95 pts)

Note : le seuil correspond au seuil d'allègement de la taxe d'habitation. Pour la CSG sur les revenus 2008, il correspond à un seuil de RFR en 2006. Il est égal à 9 437 euros + 5 040 euros * (nombre de parts du quotient familial - 1).

Contrat collectif

L'expression « contrat collectif » renvoie aux contrats d'assurance maladie complémentaire proposés aux salariés par l'intermédiaire de leur employeur ou de leur branche professionnelle (33 % de la population sont concernés). Ces contrats peuvent être à souscription facultative ou obligatoire. Les garanties proposées s'appliquent ainsi de manière uniforme à un groupe de salariés (cadres / non-cadres par exemple) ou à l'ensemble du personnel de l'entreprise.

Le financement de ces contrats repose le plus souvent à la fois sur l'employeur et l'employé : une part des cotisations est payée par l'assuré lui-même, le reste est financé par une participation de l'employeur. Les deux financeurs bénéficient alors d'avantages fiscaux, qui ne sont pas pris en compte dans Ines-Omar. Selon l'enquête PSCE de l'Irdes, en 2009, 92 % des employeurs proposant un contrat collectif à leurs salariés participaient financièrement, à hauteur de 57 % en moyenne, à l'achat de ce contrat (cf. Guillaume, Rochereau 2010). Les cotisations sont souvent modulées en fonction du revenu. Dans de nombreux cas, l'existence de forfaits famille implique en outre que le rattachement d'ayants-droit au contrat n'entraîne pas de surcoût pour l'assuré.

Ainsi, le caractère collectif de ces contrats d'entreprise et leur mode de tarification – cotisations modulées en fonction du revenu et souvent indépendantes du nombre de personnes à prendre en charge – font qu'il est possible de les rapprocher de la logique de l'assurance maladie : la couverture du risque individuel n'est pas le seul fondement de ce type d'assurance.

Contrat individuel

Les autres contrats, souscrits directement par les assurés auprès de l'organisme de couverture maladie complémentaire, sont appelés contrats individuels (55 % de la population)⁶. L'assureur prend alors en charge un risque propre à une personne bien définie. Alors que dans le cadre des contrats collectifs la tarification se fait suivant le niveau de risque du groupe, la tarification est ici individualisée en fonction du niveau de risque de l'assuré.

Ainsi, les résultats de l'enquête menée par la Drees sur les contrats les plus souscrits montrent que près de 80 % des personnes couvertes par un contrat individuel modal payent des cotisations dépendant de leur âge. Cette proportion s'élève même à quasiment 100 % lorsque l'organisme est une société d'assurance (cf. Garnero, Rattier 2011). D'autres critères tels que le lieu de résidence sont aussi pris en compte, mais dans une moindre mesure. Globalement, cela conduit les personnes âgées à payer sensiblement plus cher leur couverture complémentaire et ce, parfois, pour de moindres garanties. Ces contrats peuvent toutefois être pris en partie en charge pour les plus modestes par le dispositif d'aide à la complémentaire santé.

Cotisations d'AMC en fonction du niveau de vie

La cotisation moyenne versée par les ménages bénéficiant d'une couverture complémentaire au titre de l'AMC, telle qu'elle est simulée dans le modèle Ines-Omar, augmente peu avec le décile de niveau de vie (voir graphique 2). Cette faible croissance correspond d'une part à la modulation des primes en fonction du revenu, pour certains organismes complémentaires, et d'autre part à un mécanisme de marché, les plus aisés pouvant souscrire des contrats de meilleure qualité pour un coût supérieur. Le rôle essentiel de la CMU-C et, dans une moindre mesure de l'ACS, est mis en évidence à travers la cotisation moyenne sensiblement inférieure des ménages du premier décile⁷.

Enfin, les individus jeunes et isolés étant surreprésentés parmi les ménages les plus modestes, et les cotisations au titre de l'AMC augmentant avec l'âge, il est probable que la légère croissance observée selon le décile de niveau de vie soit également liée à un effet d'âge.

2. Des prestations d'assurance maladie légèrement plus élevées pour les ménages modestes

Les inégalités sociales de santé se traduisent par des dépenses de santé légèrement plus fortes pour les ménages modestes

La majorité des études portant sur la redistribution verticale opérée par l'assurance maladie s'en tiennent à l'étude de la progressivité de son financement (cf. notamment van Doorslaer & Wagstaff 1999). L'un des objectifs de cette étude est d'intégrer les prestations pour compléter cette approche redistributive traditionnelle. Est ainsi mesuré dans cette étude le montant moyen de prestations reçues, tant d'AMO que d'AMC, en fonction du décile de niveau de vie des ménages.

En moyenne, selon le modèle Ines-Omar, les ménages dépensent environ 5 200 euros par an (par ménage) et sont remboursés de 4 200 euros par l'AMO et 700 euros par leur assurance complémentaire. Les dépenses dépendent avant tout de l'état de santé des assurés, et non de leurs revenus : ces montants varient, en effet, relativement peu en fonction des déciles de niveau de vie, en particulier s'ils sont comparés aux variations des montants de prélèvements (graphique 2).

Toutefois, les ménages modestes ayant un état de santé moyen plus dégradé que les ménages plus aisés, leurs dépenses et leurs remboursements par l'AMO sont plus élevés.

À 35 ans, un cadre peut, en effet, s'attendre à vivre dix ans de plus sans limitations fonctionnelles qu'un ouvrier (Drees, 2012). Des études ciblées, par exemple sur la population bénéficiant de la CMU-C, montrent que, même à pathologies similaires, les bénéficiaires de la CMU-C présentent une surmortalité par rapport aux personnes plus favorisées (cf. Point de repère n° 8 de la Cnamts). Les causalités ne sont pas univoques, puisque la santé a également un impact sur les conditions d'emploi et le revenu : un état de santé dégradé peut dans certains cas entraîner une baisse de ressources.

Ainsi, les ménages appartenant aux six premiers déciles dépensent en moyenne 5 600 euros par an, contre 4 700 euros par an pour les ménages plus aisés des déciles supérieurs, soit un écart de 900 euros par ménage (soit 480 euros par personne). Cet écart s'élève à 1 100 euros (soit 560 euros par personne) si on compare les dépenses remboursées par l'AMO des six premiers déciles (4 600 euros) et des déciles

⁶ Y compris les contrats proposés aux agents des fonctions publiques.

⁷ La méthodologie de calcul des primes versées pour un contrat individuel prend en compte le dispositif d'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS). Le recours au dispositif ACS est estimé à partir des données publiées par le Fonds CMU. Les montants moyens de cotisations présentés ici sont donc, le cas échéant, diminués du montant du chèque-santé perçu (suivant la législation en vigueur en 2008).

supérieurs (3 500 euros), compte tenu de dépenses remboursables plus faibles pour ces derniers (cf. ci-dessous).

Au total, la logique d'équité horizontale initiale de l'AMO (« à chacun selon ses besoins ») se traduit dans les faits, en raison des inégalités sociales de santé, par des niveaux de prestations légèrement plus élevés en bas de la distribution des niveaux de vie. Ceci est vrai y compris lorsqu'on raisonne à âge et composition familiale identiques (cf. encadré).

Encadré 2 :

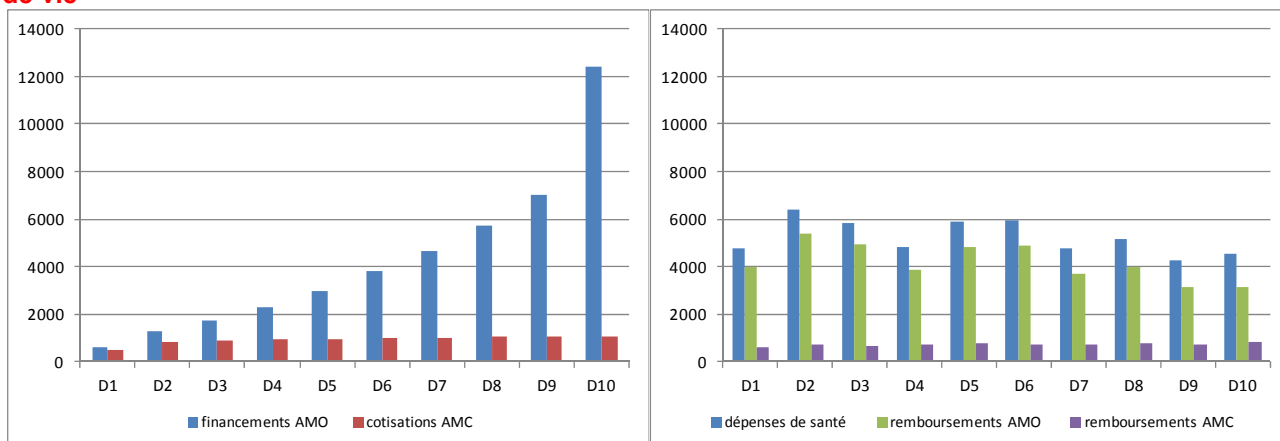
L'écart de dépenses de santé entre ménages modestes et aisés perdue avec la prise en compte des différences de composition familiale et d'âge

Le graphique 2 montre que les dépenses de santé diminuent légèrement avec le niveau de revenu. Or, il existe de fortes disparités de caractéristiques sociodémographiques entre les ménages des différents déciles (annexe 2), notamment en termes d'âge, qui est un déterminant essentiel de l'état de santé et donc des dépenses de santé (cf. Raynaud 2002).

Néanmoins, en raisonnant à caractéristiques sociodémographiques identiques, les remboursements demeurent plus importants pour les ménages modestes des premiers déciles (annexe 2). Une augmentation des remboursements d'AMO reçus par les ménages des deux premiers déciles est même observée, ainsi qu'une diminution de ceux perçus par les ménages des déciles supérieurs. Cet écart traduit le fait qu'à âge et taille de ménage donnés, l'état de santé des personnes modestes est plus dégradé que celui des plus riches (quel que soit par ailleurs le sens de la causalité entre état de santé et revenu).

Le premier décile constitue un cas particulièrement intéressant, avec des remboursements moyens relativement faibles, autour de 4 000 euros par an et par ménage. Cependant, en tenant compte des effets d'âge et de taille du ménage, les remboursements moyens sont plus élevés, aux alentours de 5 000 euros (annexe 2). Cela s'explique par la surreprésentation des ménages jeunes au sein de ce décile.

Graphique 2 - Dépenses et prestations moyennes d'AMO et d'AMC par ménage par décile de niveau de vie



Source : Ines-Omar 2008.

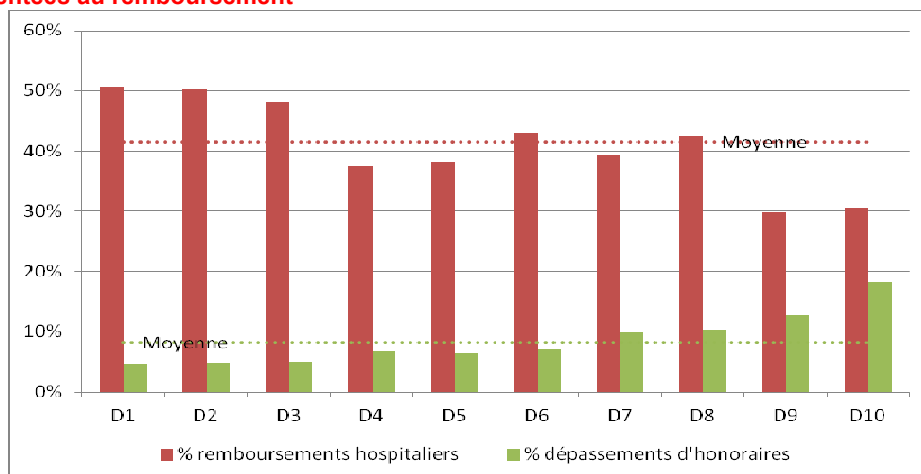
Champ : ménages ordinaires de métropole; dépenses présentées au remboursement de l'assurance maladie.

Note de lecture : en 2008, les 10 % des ménages les plus modestes dépensent en moyenne annuelle près de 500 euros pour leur couverture maladie complémentaire et participent au financement de l'AMO à hauteur de 610 euros en moyenne. Leurs dépenses de santé s'élèvent en moyenne à 4 790 euros dont plus de 610 euros leur sont remboursés par leur assurance maladie complémentaire et 4 000 euros par la sécurité sociale.

En raison d'une structure de consommation différente, les ménages modestes sont mieux remboursés par l'AMO

Le taux de prise en charge des dépenses de santé par l'AMO est décroissant avec le niveau de vie. Ainsi, ce taux s'élève à près de 83 % pour le premier décile alors qu'il n'est que de 69 % pour le dernier. Les ménages à revenus modestes recourent en effet plus aux soins mieux pris en charge par l'AMO, notamment les soins hospitaliers (graphique 3). Ceci s'explique par leur contrainte financière, et, pour les soins hospitaliers, par leur état de santé plus dégradé, ainsi que par le moindre accompagnement dont ils bénéficient dans leur entourage. Ainsi, le recours aux urgences médicales est, « toutes choses égales par ailleurs », plus important pour les personnes isolées socialement (cf. Chauvin, Parizot 2007). A contrario, les ménages plus aisés recourent plus aux spécialistes pratiquant des dépassements d'honoraires, et à des soins dentaires et d'optique non pris en charge par l'AMO. Ceci renforce la décroissance des remboursements avec le niveau de vie.

Graphique 3 - Part des remboursements de soins hospitaliers et des dépassements d'honoraires dans les dépenses présentées au remboursement



Source : Ines-Omar 2008.

Champ : ménages ordinaires ; dépenses de santé individualisables et présentées au remboursement de l'assurance maladie.

Note de lecture : en 2008, au sein des dépenses annuelles de santé des 10 % des ménages les plus pauvres, les remboursements de soins hospitaliers représentent près de 51 % et les dépassements d'honoraires, près de 5 %.

Des remboursements d'AMC légèrement supérieurs pour les ménages aisés, en raison de contrats d'assurance plus complets

Les remboursements de l'AMC (dont le montant est inférieur aux remboursements d'AMO – graphique 2) sont, en revanche, légèrement croissants avec le niveau de vie. Alors qu'en moyenne les 10 % des ménages les plus pauvres reçoivent autour de 600 euros annuels de prestations par ménage, les 10 % les plus riches perçoivent, eux, plus de 800 euros en moyenne par ménage. Ceci s'explique par les différences de qualité des contrats : les ménages les plus aisés sont plus souvent actifs et couverts par un contrat collectif, dont la qualité est en moyenne supérieure à celle des contrats individuels (Arnould, Vidal 2008). Ils peuvent en outre plus aisément souscrire des contrats offrant de bons niveaux de remboursement.

La combinaison d'un financement de l'AMO davantage porté par les ménages les plus aisés et de prestations d'assurance maladie légèrement plus élevées pour les ménages modestes souligne l'ampleur de la redistribution opérée par l'assurance maladie. La troisième partie propose une mesure synthétique de l'ampleur de cette redistribution verticale qu'opèrent l'AMO et l'AMC. Dans cette partie les prestations maladie sont intégrées au niveau de vie suivant la méthodologie détaillée en encadré 3.

Encadré 3 :

Ménages, niveaux de vie et prestations maladie

Les analyses comparatives menées à l'échelle du ménage posent le problème des économies d'échelle réalisées par un individu appartenant à un ménage constitué de plusieurs personnes, par rapport à un individu isolé. Le premier a en effet des dépenses moindres, en logement par exemple. Ce problème est généralement résolu en pondérant les ressources du ménage par le nombre d'unités de consommation (UC) qu'il comporte. De cette manière il est possible de comparer les ressources des ménages non de manière absolue mais en termes de niveaux de vie.

Dans cette étude, afin d'évaluer l'impact redistributif de l'AM sur le niveau de vie des ménages, nous considérons que les prestations maladie en nature constituent un revenu supplémentaire pour le ménage. Pour autant ce revenu est déjà affecté au poste maladie et ne peut donc être utilisé pour une autre consommation. Se pose alors la question de la méthode à retenir pour agréger revenus et prestations maladie dans le calcul par niveaux de vie.

Smeeding (1993) et par la suite Steckmest (1996) estiment que « les transferts en nature ne dépendent pas de la taille du ménage ou de sa composition mais seulement de caractéristiques individuelles, [et qu'] il n'y a pas d'économies d'échelle pour les transferts en nature ». Leur approche aboutit donc à calculer une prestation moyenne au sein du ménage et à l'ajouter au niveau de vie précédemment calculé :

Niveau de vie avant AM = (revenu disponible avant financements AMO) / UC

Niveau de vie après AM = (revenu disponible – financements AMO - cotisations AMC) / UC
 - dépenses de santé du ménage / nb de pers.
 + prestations AMO et AMC du ménage / nb de pers.

NB : le revenu disponible avant assurance maladie d'un ménage correspond à la somme des revenus bruts perçus (revenus d'activité, de remplacement et de patrimoine) diminués des cotisations et des contributions sociales hors maladie, de l'impôt sur le revenu et de la taxe d'habitation et augmentés des prestations sociales (prestations familiales, aides au logement, minima sociaux).

Cette approche se trouve confortée par une étude de l'Insee sur les échelles d'équivalence (Hourriez, Olier 1997) qui met en évidence des économies d'échelle sur les dépenses de santé, mais qui restent faibles.

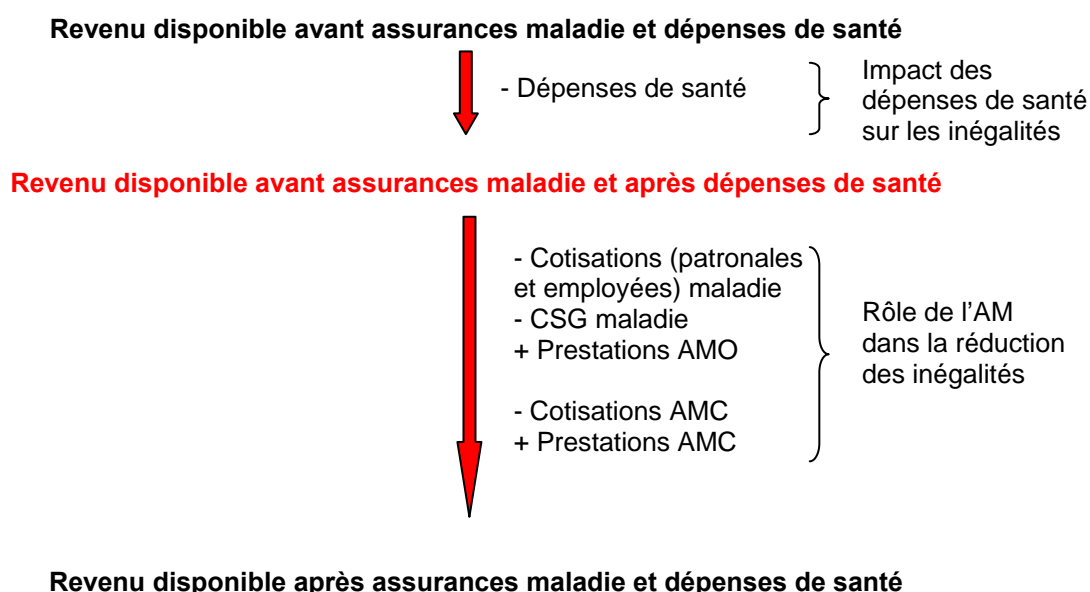
3. Quel effet redistributif des assurances maladie obligatoire et complémentaire ?

L'AMO redistribue largement les revenus

Est mesurée ici la réduction des inégalités opérée par le système d'assurance maladie, en calculant les inégalités de revenus avant et après assurance maladie, à l'aide de coefficients de Gini (cf. annexe 3). L'indice de Gini est compris entre 0 (situation d'égalité totale dans laquelle tous les membres de la population étudiée possèdent exactement le même revenu) et 1 (une situation dans laquelle un seul des membres de la population possède l'intégralité du revenu).

Dans une première étape, l'objectif est d'isoler l'impact redistributif des seules dépenses de santé, même si leur montant est directement lié au système d'assurance maladie existant (dans la mesure notamment où elles seraient moindres si elles n'étaient pas en partie remboursées par l'AMO). Pour ce faire le revenu disponible avant assurance maladie mais après dépenses de santé est calculé, comme illustré dans la figure 1.

Figure 1 - Champ de la redistribution étudiée



Cette première étape montre que les inégalités de niveau de vie augmentent de 3 % en raison des dépenses de santé (tableau 2). C'est la conséquence directe des inégalités sociales de santé identifiées dans la partie précédente⁸.

Cet effet est toutefois plus que compensé par le système d'assurance maladie, qui assure (deuxième étape du calcul après dépenses de santé mais aussi après assurance maladie) un très fort effet redistributif, puisque les inégalités sont au total réduites de 19,3 %. Cet effet est principalement imputable à l'assurance maladie obligatoire (18,7 pts), et de manière marginale à l'assurance maladie complémentaire (0,5 pt). Notons qu'ici, les données ne le permettant pas, la redistribution opérée à l'échelle du cycle de vie n'est pas prise en compte. Or, les effets redistributifs de l'assurance maladie à l'échelle d'une vie sont réduits du fait de l'augmentation de l'espérance de vie avec le revenu (Jusot 2003).

⁸ Le poids des dépenses de santé dans le revenu disponible des ménages est par ailleurs beaucoup plus élevé chez les ménages les plus modestes, compte tenu des disparités de revenus.

Tableau 2 - Décomposition de l'indice de Gini suivant les différents mécanismes de l'assurance maladie (méthode de Yao)

	Constaté		Avec suppression de l'effet propre des revenus	
	Décomposition de l'indice de Gini	Niveau des inégalités	Décomposition de l'indice de Gini	Niveau des inégalités
Niveau de vie disponible avant AM et dépenses de santé	0,3042	97,0 %	0,3042	99,4 %
Niveau de vie disponible avant AM et après dépenses de santé	0,3135	100,0 %	0,3060	100,0 %
Financement AMO	-0,0484	-15,4	-0,0484	-15,8
<i>Dont contributions sociales</i>	-0,0229	-7,3	-0,0229	-7,5
<i>Dont cotisations patronales</i>	-0,0255	-8,1	-0,0255	-8,3
Prestations AMO	-0,0103	-3,3	-0,0022	-0,8
Financement AMC	-0,0019	-0,6	-0,0019	-0,7
Prestations AMC	+0,0002	+0,1	+0,0002	+0,1
Niveau de vie disponible après AM et dépenses de santé	0,2531	80,7 %	0,2538	82,9 %

Source : Ines-Omar 2008.

Champ : ménages ordinaires de France métropolitaine ; financements et prestations individualisables.

Note de lecture : après dépenses, cotisations et prestations AMO et AMC, l'indice de Gini s'élève à 0,25 soit 80,7 % des inégalités de niveau de vie avant assurance maladie et après dépenses de santé. Voir encadré 4 pour la colonne « avec suppression de l'effet des revenus »

Dans le détail, la réduction des inégalités imputable au financement progressif de l'assurance obligatoire est de l'ordre de 15,4 %. Il s'agit là d'un effet majeur, qui repose sur les spécificités de ce financement exposées en première partie. La moitié de la redistribution opérée par le financement de l'AMO est attribuable à la CSG (-7,3 % de réduction des inégalités), tandis que l'autre moitié (-8,1 %) provient de la structure des cotisations patronales, notamment des allègements de cotisations sur les bas salaires. Les prestations contribuent également de manière non négligeable à la réduction des inégalités de niveau de vie : -3,3 %. Cet effet est, comme vu précédemment, largement imputable au lien existant entre dépenses de santé et revenu, celui-ci serait largement amoindri si ces deux variables étaient indépendantes (cf. encadré 4).

Les effets de la couverture complémentaire sont bien inférieurs, de l'ordre de quelques dixièmes de points. Le financement opère une légère redistribution alors que les prestations accroissent très légèrement les inégalités. L'effet redistributif du financement tient d'une part à la CMU-C et à l'ACS, et d'autre part à une consommation différenciée d'AMC, les ménages les plus riches souscrivant à des contrats plus chers et offrant une meilleure prise en charge. Ceci est cohérent avec l'effet très légèrement anti-redistributif des prestations d'AMC (les prestations perçues par les ménages les plus riches sont supérieures à celles perçues par les ménages les plus pauvres).

Encadré 4 :

« Et si... » les dépenses de santé ne dépendaient pas du niveau de vie ?

Afin d'évaluer quel serait le niveau de redistribution pour une situation théorique où revenus et dépenses de santé ne seraient pas liés, un appariement spécifique des données Ines-Omar a été réalisé : la variable de classement habituelle qu'est le décile de niveau de vie n'a pas été retenue pour apparier les dépenses de santé aux autres données des modèles Ines-Omar (pour la méthodologie générale cf. annexe n°1). Il convient de noter que cela ne signifie pas qu'il n'existe plus de différences de consommation entre déciles de niveau de vie : les inégalités dans les dépenses de santé dues aux différences socio-démographiques caractérisées en deuxième partie demeurent. En revanche, les inégalités de dépenses directement liées aux disparités de revenus sont supprimées.

La troisième colonne du tableau précédent présente les résultats observés dans ce cadre.

Ainsi, la prise en compte des dépenses de santé et des prestations d'AMO ne modifie pratiquement pas les inégalités, ce qui illustre *a contrario* l'importance du lien entre morbidité (mesurée indirectement ici via le niveau de dépenses) et niveaux de vie.

4. Redistribution et accessibilité financière

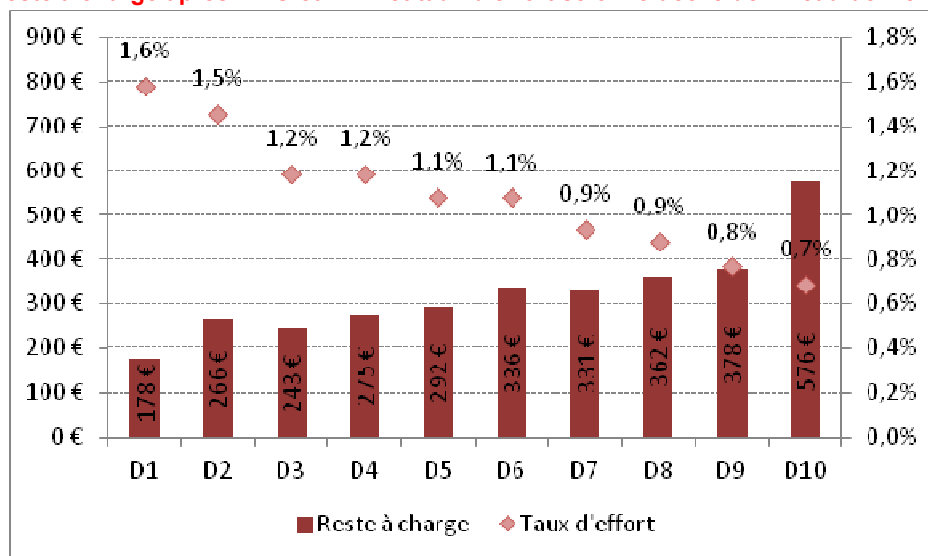
La redistribution verticale s'inscrit également dans une démarche d'accessibilité financière.

Le graphique ci-dessous fait apparaître d'une part le reste à charge après AMO et AMC simulé dans Ines-Omar et, d'autre part, le taux d'effort après AMO et AMC, c'est-à-dire le montant du reste à charge rapporté au revenu disponible diminué des cotisations versées au titre de l'AMC. La définition du taux d'effort retenue ici a été établie au cours des travaux menés par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie portant sur l'accessibilité financière des soins (Hcaam 2011 notamment) :

$$Rac_{AMO-AMC} = \text{dépenses remboursables} - \text{remboursements}_{AMO} - \text{remboursements}_{AMC}$$

$$\text{Taux d'effort}_{AMO-AMC} = Rac_{AMO-AMC} / (\text{revenu disponible} - \text{cotisations}_{AMC})$$

Graphique 4 - Reste à charge après AMO et AMC et taux d'effort selon le décile de niveau de vie du ménage



Source : Ines-Omar 2008.

Champ : ménages ordinaires, dépenses de santé individualisables présentées au remboursement de l'assurance maladie.

Note de lecture : en 2008, les ménages du premier décile de niveau de vie ont un reste à charge annuel moyen de près de 180 euros ; rapporté à leur revenu disponible (diminué des cotisations AMC) ce montant représente 1,6 % de leurs ressources.

Le reste à charge est croissant avec le niveau de vie, les ménages du premier décile supportant moins de frais de santé que ceux du dernier décile (180 euros contre 580 euros). Le poids du reste à charge (Rac) dans le revenu disponible du ménage est modéré, même pour les ménages modestes. Il est toutefois plus important pour les ménages des premiers déciles que pour ceux des derniers : il représente 1,6 % du revenu disponible des ménages du premier décile et est lentement décroissant jusqu'à atteindre 0,7 % du revenu des 10 % des ménages les plus aisés. Ceci dit, ces taux d'effort moyens modérés ne doivent pas faire oublier la dispersion fonction de l'état de santé : le Rac après AMO et AMC des personnes en ALD est ainsi supérieur de 100 euros à celui du reste de la population (cf. Legal, Raynaud, Vidal, 2010b).

Notons que les phénomènes redistributifs décrits, qui reposent sur la dépense présentée au remboursement, ne tiennent pas compte de l'existence d'un renoncement aux soins. En 2008, 15,4 % de la population adulte déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours de l'année écoulée (données ESPS 2008). La redistribution mesurée du point de vue des prestations est donc tributaire... des prestations perçues. Dès lors, le renoncement aux soins pour raisons financières, corrélé positivement avec la précarité (C. Desprès, P. Dourgnon, R. Fantin et F. Jusot, 2011), limite l'effet de la redistribution opérée par l'assurance maladie. Dans une situation, théorique, d'accessibilité financière complète, ou du moins indépendante du revenu, la redistribution serait encore plus forte.

Annexe 1

Ines-Omar, un outil de microsimulation pour l'analyse des transferts dans le champ de la santé

Le développement des modèles de microsimulation répond aux besoins croissants d'évaluation des politiques sociales ou redistributives, qu'il s'agisse de mieux identifier les bénéficiaires ou de mieux évaluer les coûts ou les conséquences sur l'équilibre économique. La microsimulation s'oppose à l'analyse par cas types et offre des possibilités d'analyse bien supérieures (Blanchet 1998, Breuil-Genier 1998).

L'outil Ines-Omar est le rapprochement de deux sources complémentaires permettant de mieux cerner les transferts économiques à l'œuvre dans le champ de la santé et à l'échelle individuelle. Le rapprochement de ces deux sources (Ines et Omar) se fait ici par microsimulation. Les individus présents dans la base Ines se voient imputer des informations individuelles sur la base des observations et des mécanismes décrits dans Omar. Le rapprochement de deux bases de données par microsimulation pour pallier l'absence de données exhaustives est une méthode couramment utilisée pour l'étude des transferts liés à la protection sociale (Steckmest 1996 notamment).

Omar

Omar, Outil de Microsimulation pour l'Analyse des Restes-à-charge, élaboré par la Drees depuis 2009 a permis dans de récentes études (Legal, Raynaud, Vidal 2010) de renouveler l'approche du financement des dépenses de santé, notamment par une analyse plus fine du partage entre assurance Maladie, couvertures complémentaires et ménages. Le modèle Omar 2006 est présenté dans le document de travail de la Drees n°34 (Lardellier, Legal, Raynaud, Vidal 2012). Il s'agit ici de la principale source utilisée pour imputer des informations relatives à la santé et aux soins dans Ines.

Omar est lui-même le regroupement de plusieurs sources de données : l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) réalisée par l'Irdes, l'appariement d'ESPS avec les données de l'assurance Maladie disponibles dans l'Échantillon permanent d'assurés sociaux (Epas) et les informations récoltées dans l'Enquête sur les Contrats les plus souscrits auprès des assureurs complémentaires (ECPS) menée par la Drees.

La mise en cohérence de ces bases de données passe par trois étapes d'imputation. Dans un premier temps, une imputation des revenus permet de corriger la non-réponse et la non-réponse partielle (déclaration par tranche de revenus) dans ESPS. La deuxième phase d'imputation concerne les dépenses de santé : seule la moitié de la population d'ESPS est appariée avec l'Epas, la seconde moitié se voit donc imputer des dépenses de santé. Enfin, au cours d'une troisième et dernière phase d'imputation, chaque individu de l'enquête de l'Irdes se voit attribuer un contrat de couverture complémentaire issu de l'enquête de la Drees. Grâce à cette dernière imputation, les taux de remboursements complémentaires sont connus et il est possible, en appliquant ces taux aux dépenses imputées ou constatées, de calculer les montants versés par les organismes complémentaires.

Encadré 5 :

Simulation des primes associées à la protection complémentaire d'entreprise dans Ines-Omar

Les résultats présentés dans cette étude bénéficient d'une amélioration récente portée dans Ines-Omar sur la simulation des cotisations versées au titre de contrats d'assurance complémentaire collectifs. Ainsi, dans la première version de l'outil, ces cotisations n'étaient jamais modulées suivant le nombre de bénéficiaires du contrat. Grâce au test d'un nouveau questionnaire pour l'enquête sur les contrats les plus souscrits (ECPS), cette simulation a été affinée en modulant, pour certains contrats, la tarification suivant que l'assuré est seul ou ouvre droit à des membres de son ménage.

Ainsi, à partir des données récoltées pour tester ce nouveau questionnaire, il est possible de construire une matrice de probabilités du mode de tarification du contrat (forfait unique ou existence de deux forfaits, un forfait isolé et un forfait famille) suivant le type d'organisme complémentaire. Désormais, pour près des trois quarts des contrats collectifs les assurés isolés et les assurés au titre de leur famille paient des forfaits différenciés.

Si la correction de la non-réponse sur les revenus est réalisée par équations d'imputation et résidus simulés, les deux autres imputations recourent elles à la technique du hot deck stratifié (Haziza 2001)). Cette méthode consiste à mettre en relation deux individus aux caractéristiques similaires afin d'imputer la variable d'intérêt absente pour l'un (le « receveur ») à partir de la valeur déclarée pour l'autre (le « donneur »). Concrètement, pour les dépenses de santé la population ESPS est stratifiée suivant certaines variables explicatives de la dépense (sexe, âge, couverture complémentaire etc.) puis, chaque individu présent dans la base mais non apparié avec l'Epas se voit attribuer un montant de dépenses égal à celui d'un individu présent dans la même strate mais apparié avec l'Epas. Pour les contrats complémentaires, les variables

utilisées pour la stratification sont le type d'organisme, le caractère individuel ou collectif du contrat, la qualité des garanties (classification Drees) et la tranche d'âge de l'assuré.

En fin de compte Omar permet de connaître, pour 22 000 individus (population ESPS), les dépenses de santé, les remboursements versés par l'assurance Maladie, les remboursements versés par une éventuelle couverture maladie complémentaire et enfin, les cotisations versées à l'organisme complémentaire le cas échéant.

Ines

Le principe du modèle de microsimulation Ines, développé par la Drees et l'Insee, consiste à appliquer la législation socio-fiscale à un échantillon représentatif de la population. Le modèle est adossé à l'enquête Revenus fiscaux et sociaux qui réunit les informations sociodémographiques de l'enquête Emploi, les informations administratives de la Cnaf et le détail des revenus déclarés à l'administration fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu. L'échantillon est représentatif de la population vivant en France métropolitaine dans un logement ordinaire (logement non collectif).

Pour chaque ménage sont calculés les différents transferts monétaires (selon sa composition familiale, l'activité de ses membres et son revenu imposable). L'étude menée correspond à une analyse statique des transferts monétaires qui permet d'évaluer, au premier ordre, dans quelle mesure les transferts modifient à une date donnée la distribution des richesses. Le modèle Ines ne tient en effet pas compte des changements de comportement des ménages en matière de fécondité ou de participation au marché du travail que pourraient induire les évolutions des dispositions de la législation socio-fiscale.

Le modèle Ines simule les prélèvements sociaux et fiscaux directs, comprenant les cotisations dites « redistributives » (logement, famille, accident du travail, décès, taxes diverses au titre des transports et de l'apprentissage), la CRDS, la CSG hors maladie, l'impôt sur le revenu et la taxe d'habitation.

La non observation dans l'enquête des paramètres nécessaires au calcul de certaines prestations limite le champ de la redistribution examiné. Les principales omissions concernent l'allocation unique dégressive pour les chômeurs en fin de droits, la règle du cumul intégral du rSa et des revenus professionnels lors de la reprise d'un emploi, le rSa jeunes, les taxes et aides locales (en dehors de la taxe d'habitation) et l'impôt de solidarité sur la fortune. Le modèle de microsimulation couvre toutefois 90 % des prestations sans contrepartie et 22 % des prélèvements obligatoires.

Rapprochement des deux sources

La population Ines étant plus nombreuse que la population Omar (161 000 contre 22 000 individus), Ines-Omar est construit comme la greffe d'un module Omar sur l'outil Ines.

Utilisant des méthodes identiques à celles mises en œuvre pour l'élaboration d'Omar, le rapprochement des deux sources se fait en trois temps :

- 1) Imputation d'une éventuelle couverture maladie complémentaire pour les ménages ne recourant pas à la CMU-C. Le recours à la CMU-C est déterminé suivant un calcul d'éligibilité et un tirage aléatoire. La réalisation de cette imputation à l'échelle du ménage permet de conserver la corrélation observée entre les remboursements complémentaires des différents membres d'un même ménage.
- 2) Imputation des dépenses de santé (et variables connexes) au niveau individuel. Seules les dépenses disponibles directement dans l'appariement ESPS-Epas sont utilisées. Cette étape arrive dans un deuxième temps dans la mesure où la première imputation fournit une information sur la couverture maladie complémentaire qui permet d'encadrer l'imputation des dépenses de santé.
- 3) Application des taux de remboursements complémentaires aux dépenses imputées.

Le schéma ci-dessous retrace les imputations et calculs effectués permettant d'aboutir à Ines-Omar :

Omar		Ines-Omar		
22 000 individus 8 000 ménages EPAS-ESPS ; ECPS		161 000 individus 70 000 ménages EEC ; ERFS		
ESPS	Informations socio-économiques et sanitaires Revenus Déclarés (avec correction de la non-réponse par équations et résidus simulés)	→ imputation	Informations socio-économiques Revenus et cotisations Déclarés et/ou constatés	Ines
	Couvertures complémentaires déclarées (aucune, CMU-C, privée)		Ménages éligibles à la CMU-C déduits sur barème	
ECPS	Contrats de couverture complémentaire imputés	→ imputation	Types de couverture complémentaire et contrats (le cas échéant) imputés au niveau ménage	Module Omar
EPAS	Dépenses de santé et remboursements AM constatés	→ imputation	Dépenses de santé et remboursements AM imputés au niveau individuel	
	Dépenses de santé et remboursements AM imputés		Remboursements AMC calculés au niveau individuel	
Remboursements AMC calculés au niveau individuel			Remboursements AMC calculés au niveau individuel	

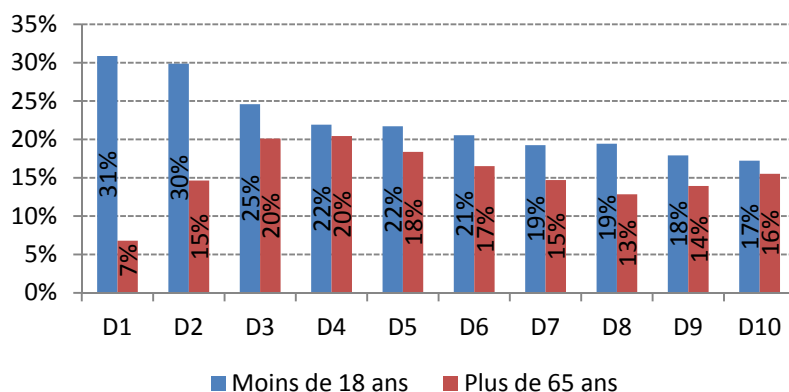
Annexe 2

Caractéristiques démographiques des ménages et dépenses selon le niveau de vie

La composition des ménages, en termes socio-démographiques, n'est pas neutre sur leur niveau de vie et leur consommation de soins. Sont présentés ici deux résultats essentiels concernant l'âge des individus et le type de ménage.

L'âge est un déterminant essentiel de l'état de santé et donc, des dépenses de santé (Raynaud 2002). De ce point de vue, dans le cadre d'une étude de la redistribution suivant le niveau de vie, il convient d'observer la répartition des niveaux de vie selon l'âge. Le graphique ci-dessous fait ainsi apparaître la part des moins de 18 ans et celle des plus de 65 ans dans les déciles de niveau de vie.

Graphique 5 - Part des moins de 18 ans et des plus de 65 ans dans la population de chaque décile



Source : Ines-Omar 2008.

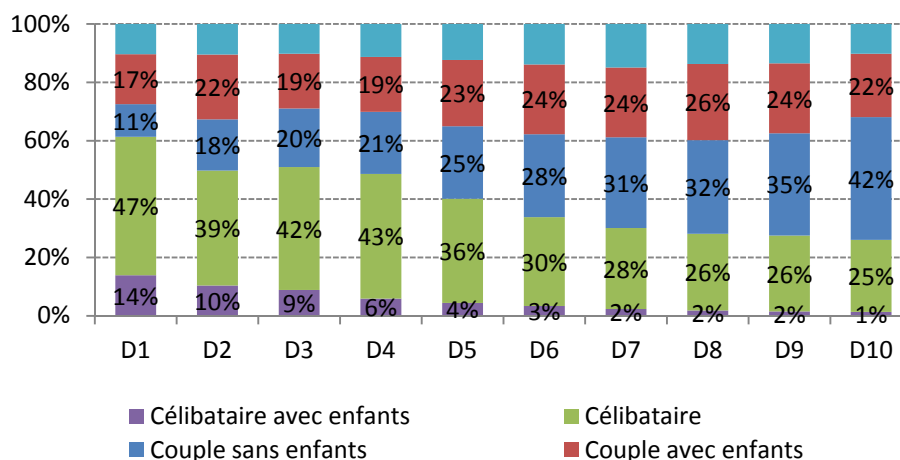
Champ : individus ménages ordinaires.

Note de lecture : 31 % des individus appartenant à un ménage du 1^{er} décile de niveau de vie ont moins de 18 ans ; 7 % ont plus de 65 ans.

Les moins de 18 ans sont sur-représentés parmi les plus pauvres. Or, ces individus, bien qu'ayant une faible consommation médicale, ne participent que peu au financement de l'AMO et de l'AMC. Quant aux plus de 65 ans, ce sont eux qui concentrent les dépenses de santé les plus importantes. Le graphique ci-dessus fait apparaître une plus forte présence de cette classe d'âge dans les 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} déciles mais aussi dans le dernier décile.

Concernant le type de ménages, ceux composés de personnes seules avec ou sans enfants sont plus présents dans les premiers déciles que dans les derniers (graphique ci-dessous). Dans D1, plus de 60 % des ménages correspondent à ces deux catégories alors qu'ils ne sont que 26 % dans D10. À l'inverse, les déciles de niveaux de vie supérieurs comportent une part croissante de ménages constitués d'un couple sans enfants.

Graphique 6 - Type de ménage suivant le décile de niveau de vie



Source : Ines-Omar 2008.

Champ : ménages ordinaires.

Note de lecture : 14 % des ménages constituant le 1^{er} décile de niveau de vie sont des célibataires avec enfants.

Le graphique 2 dans le corps du texte ne tient pas compte de ces différences démographiques et présente les montants moyens de cotisations et de prestations d'assurance maladie observées au sein de chaque décile. Or, le nombre moyen de personnes par ménages et encore plus l'âge moyen des personnes constituant ces ménages diffèrent de manière assez importante selon le décile de niveau de vie.

D'un point de vue méthodologique, les montants moyens de cotisations et prestations par décile peuvent être obtenus directement en calculant des moyennes dans l'échantillon de ménages du modèle Ines-Omar, mais aussi en effectuant une régression de chacune des 4 grandeurs étudiées (financement et prestations AMO et AMC) sur les indicatrices de déciles de revenus. Par exemple pour le financement AMO, la régression est de la forme suivante : $F_i^{AMO} = \sum_{j=1}^{10} \alpha^j I_i^{décile\ j} + \varepsilon_i$ dans laquelle $I_i^{décile\ j}$ correspond à une indicatrice qui prend la valeur 1 si le ménage i appartient au décile j , et α^j correspond à la moyenne de financement AMO acquitté par les ménages du décile de niveau de vie j .

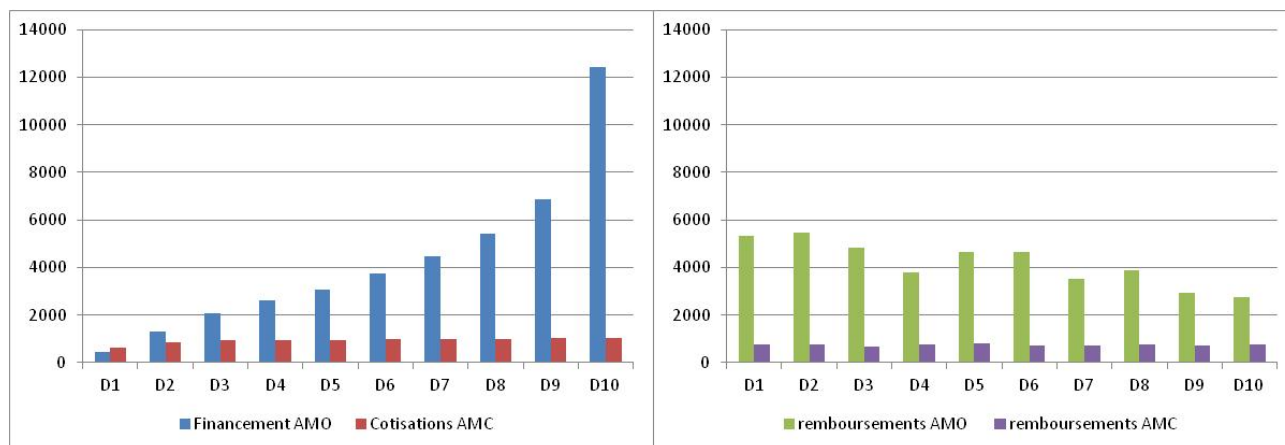
Sur le même principe, pour isoler l'effet du revenu de l'effet de l'âge ou de la taille du ménage, des indicatrices de tranche d'âge de la personne de référence et du type de ménage⁹ sont ajoutées aux variables explicatives. La régression prend alors la forme suivante :

$$F_i^{AMO} = \sum_{j=1}^{10} \alpha^j I_i^{décile\ j} + \sum_{k=1}^6 \eta^k I_i^{tranche\ d'âge\ k} + \sum_{l=1}^8 \delta^l I_i^{taille\ ménage\ l} + \varepsilon_i$$

Ainsi pour une tranche d'âge de la personne de référence k et un type de famille l donnés, le financement AMO moyen acquitté par un ménage du premier décile est égal à : $\beta_1 + \gamma_k + \delta^l$

De cette manière il est possible de déduire les montants moyens de financement et de prestation AMO et AMC acquittés ou perçus par les ménages de chaque décile si tous les déciles avaient une répartition des ménages par tranche d'âge de la personne de référence et par type de famille identique. Ce sont ces montants qui sont présentés dans le graphique ci-dessous.

Graphique 7 - Dépenses et prestations moyennes d'AMO et d'AMC par ménage par décile de niveau de vie



Sources : Ines-Omar 2008

Champ : ménages ordinaires de France métropolitaine.

Note de lecture : A structure de tranche d'âge de la personne de référence et de type de famille à l'intérieur de chaque décile identique, la prestation moyenne reçue par un ménage du premier décile (composé en moyenne de 2,2 personnes) est de 5 300 euros.

Ils diffèrent peu de ceux présentés dans le graphique 2. Les profils de dépenses moyennes par déciles pour l'AMO et l'AMC sont très proches de ceux observés. Il en va de même pour le profil des prestations d'AMC. En revanche la correction apportée sur le profil des prestations d'AMO moyennes est plus importante. Les prestations d'AMO moyennes reçues par les ménages du premier décile de niveau de vie sont plus importantes dans cette simulation que les dépenses observées (5 300 euros contre 4 000 euros). À l'autre extrémité de l'échelle de revenu, les prestations moyennes perçues sont à l'inverse diminuées.

⁹ Les tranches d'âges utilisées sont au nombre de sept : âge de la personne de référence inférieur ou égal à 25 ans suivi de cinq tranches d'âge de 10 ans d'amplitude et enfin une tranche d'âge regroupant les ménages dont la personne de référence est âgée d'au moins 76 ans.

Les types de ménages sont au nombre de neuf : les couples sans enfant, avec un enfant, avec deux enfants, avec trois enfants ou plus ; les personnes seules sans enfant, avec un enfant, avec deux enfants ou plus, les ménages complexes sans enfant ou avec au moins un enfant.

Annexe 3

Indice de Gini et mesure des inégalités

De la courbe de Lorenz à l'indice de Gini

L'indice de Gini est un indicateur synthétique d'inégalités. À valeur entre 0 et 1, l'inégalité est d'autant plus forte que l'indice de Gini est élevé.

Cet indice repose sur la représentation de la répartition des richesses sous la forme d'une courbe de Lorenz. Cette courbe fait apparaître en ordonnée la part de richesse détenue par une part de la population portée en abscisse : par exemple, les 10 % les plus riches de la population détiennent 24 % de la richesse totale. L'indice de Gini synthétise cette représentation graphique et correspond alors au double de l'aire comprise entre la bissectrice du repère graphique et la courbe de Lorenz. Mathématiquement, l'indice s'écrit :

$$\begin{aligned} I_{Gini} &= 2 \times [\text{Aire "bissectrice - Lorenz"}] \\ &= 1 - 2 \times [\text{Aire "Lorenz - Axe des abscisses"}] \\ &= 1 - \sum_{i=1}^{n-1} (x_{i+1} - x_i)(y_{i+1} + y_i) \end{aligned}$$

$$\text{Ou encore, pour des données individuelles : } I_{Gini} = 1 - \frac{1}{n} \sum_{i=1}^{n-1} (y_{i+1} + y_i)$$

Où y est la part cumulée des revenus et x la part cumulée de la population. Comme pour de nombreux indices synthétiques, hormis les situations aux deux bornes il est impossible de définir *a priori* des seuils au-delà desquels la situation serait égalitaire ou inégalitaire. Ainsi, dans cette étude, ce n'est pas tant le niveau de l'indice en soi qui est intéressant mais plutôt son évolution suivant l'ajout des différentes « briques » du système d'assurance maladie. Enfin, comme le note Benson en 1970, deux limites affectent l'interprétation d'un Gini : le biais relatif à taille des cellules et les problèmes d'agrégations (« Cell Bias » et « Problems of Aggregation »).

Décomposer l'indice de Gini suivant les sources de revenus

L'indice de Gini permet de connaître la concentration d'un revenu au sein d'une population donnée. Si l'on souhaite connaître l'effet sur les inégalités de différentes sous-catégories de revenus (revenus d'activité, de transferts, prélèvements obligatoires...), il convient alors, à la suite de la méthode initiée par Rao en 1969, de procéder à une décomposition de l'indice de Gini global. Ici, la méthode utilisée est celle de Yao (1999) telle qu'elle a été présentée par Crespo (2007) ; six composantes du niveau de vie sont considérées : le revenu disponible, les cotisations AMO et AMC, les prestations AMO et AMC ainsi que le reste à charge :

$$\begin{aligned} I_{Gini} &= 1 - \frac{1}{n} \sum_{i=1}^{n-1} (y_{i+1} + y_i) \\ &= \sum_{f=1}^F \frac{\bar{m}_f}{\bar{m}} \left(1 - \frac{1}{n} \sum_{i=1}^{n-1} (y_{f,i+1} + y_{f,i}) \right) \end{aligned}$$

Où $f \in [1, F]$ correspond aux F composantes du niveau de vie après assurance maladie, \bar{m}_f au montant moyen de la composante f perçu par les déciles de niveau de vie et \bar{m} au montant moyen du niveau de vie final. Dans cette approche, les ménages ne sont pas reclassés suivant chaque composante mais demeurent ordonnés suivant leur niveau de vie avant assurance maladie (ce qui rend possible l'existence d'indices de Gini négatifs et de courbes de Lorenz concaves).

Bibliographie

- Arnould M.-L. et Vidal G. (2008) : « Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006 », *Études et Résultats*, n° 663.
- Benson R. A (1970): « Gini Ratios: Some Considerations Affecting Their Interpretation », *American Journal of Agricultural Economics*, vol. 52, n° 30.
- Blanchet D. (1998) : «La microsimulation appliquée à l'analyse des politiques sociales», *Économie et Statistique*, n°315, 1998-5.
- Breuil-Genier P. (1998) : «Les enseignements théoriques et pratiques des microsimulations en économie de la santé», *Économie et Statistique*, n° 315, 1998-5.
- Caussat L., Le Minez S. et Raynaud D. (2005) : « L'assurance maladie contribue-t-elle à redistribuer les revenus ? », *Dossiers Solidarité-Santé*.
- Chauvin P., Parizot I. (2007) : « Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens », *Études et Recherches*.
- Crespo S. (2007): « L'inégalité de revenu au Québec (1979-2004). Les contributions de composantes de revenu selon le cycle économique », *Rapport de l'Institut de la statistique du Québec*.
- Van Doorslaer E., Wagstaff A. et alii (1999): « The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries », *Journal of Health Economics*, volume 18, n° 3.
- Duval J., Lardellier R., Legal R. (2011) : « La redistribution opérée par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances complémentaires selon l'âge », *Comptes nationaux de la santé 2010*.
- Drees (2012) *L'état de santé de la population en France*
- Garner M. et Rattier M.-O. (2011) : « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2008 », *Études et résultats*, Drees, n° 752.
- Guillaume S., Rochereau T. (2010) : « La protection sociale complémentaire collective : des situations diverses selon les entreprises », *Questions d'économie de la santé*, n°155.
- Haziza D. et alii (2001) : « Construction de cellules d'imputation pour l'enquête sur la population active du Canada », *Recueil du Symposium 2001 de Statistique Canada*.
- Hcaam (2011) : « L'assurance maladie face à la crise », *Rapport du Hcaam*.
- Henriot D., Rochet J.-C. (2006): « Is Public Health Insurance an Appropriate Instrument for Redistribution? », *Annales d'Économie et de Statistique*, n° 83-84.
- Hourriez J.-M., Olier L. (1997) : « Niveaux de vie et taille du ménage : estimations d'une échelle d'équivalence », *Économie et statistique*, n°308-309-310.
- Jusot F. (2003): « Is the french health insurance an efficient instrument for intragenerational redistribution? », *Journal d'économie médicale*.
- Lardellier R, Legal R, Raynaud D, Vidal G (2012) : « Dépenses de santé et reste à charge des ménages : le modèle de microsimulation Omar », *Documents de travail, Série Sources et Méthodes*, n° 34, août 2012
- Legal R., Raynaud D. et Vidal G. (2010a) : « Financement des dépenses de santé et reste-à-charge des ménages : une approche par microsimulation », *Comptes nationaux de la santé 2009*.
- Legal R., Raynaud D. et Vidal G. (2010b) : « La prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux en fonction du risque constaté », *Comptes nationaux de la santé 2009*.
- Marical F. (2007): « En quoi la prise en compte des transferts liés à la santé modifie-t-elle l'appréciation du niveau de vie ? », *France, portrait social*.
- O'Donnell O., van Doorslaer E., Wagstaff A. et Lindelow M. (2008) : « Redistributive effect of health finance », *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data*, chapitre 17.

- Raynaud D., (2002) : « Les déterminants individuels des dépenses de santé », *Études et Résultats*, n°182.
- Ricordeau P., Studer A., Vallier N. et Weill A. (2007) : « Les ALD des bénéficiaires de la CMU-C », *Points de repère*, n° 8.
- Smeeding T. M. *et alii* (1993): « Poverty, inequality and family living standards impacts across seven nations: the effect of noncash subsidies for health, education and housing », *Review of income and wealth*, série 39, n°3.
- Steckmest E. (1996): « Noncash benefits and income distribution », *LIS Working paper*, n°100.
- Yao S. (1999): « On the decomposition of Gini coefficients by population class and income source. A spreadsheet approach and application », *Applied Economics*, volume 31.

Les revenus d'activité des médecins libéraux

Vanessa Bellamy (DREES)
Fanny Mikol (DREES)

En 2008, les revenus d'activité des médecins libéraux varient du simple au double selon les spécialités. Si ces écarts s'expliquent par des différences dans les tarifs de base et les quantités des actes pratiqués, ils tiennent aussi au poids des dépassements d'honoraires dans certaines spécialités. En haut de l'échelle des revenus, les dépassements sont relativement forts chez les médecins de secteur 2. Les plus hauts revenus se caractérisent ainsi par une activité très intense, combinée à une pratique d'actes techniques – très rémunérateurs, comme les actes de radiologie par exemple – particulièrement importante, et par des dépassements élevés.

Introduction

Les médecins libéraux, s'ils forment un groupe relativement homogène du point de vue des pratiques ou des diplômés au sein de la population plus vaste des « indépendants », peuvent comme les autres professions des « indépendants », avoir plusieurs sources de revenus tirées de leur activité : bénéfiques (principalement non commerciaux pour les médecins), salaires, dividendes, etc., avec toutes les combinaisons possibles de ces différents modes de rémunération. Ils ont, comme les autres professions des « indépendants », une grande liberté dans la détermination de leur niveau et de leur type d'activité, et donc de leur revenu. Selon leur statut vis-à-vis de la convention, ils disposent, en effet, de plusieurs leviers pour modifier ce dernier : le nombre d'actes effectués et leur composition (actes cliniques ou techniques¹) ; le montant des dépassements d'honoraires, et donc des tarifs, s'ils sont en secteur 2² ; la part accordée à une éventuelle activité salariée.

Parmi ces leviers, celui des dépassements a une importance particulière dans la mesure où il peut constituer un frein à l'accès aux soins. Dans certaines spécialités, la proportion de médecins en secteur 2 apparaît en effet particulièrement élevée et en forte croissance (chirurgiens, gynécologues, oto-rhino-laryngologues (ORL), ophtalmologues). La part des médecins en secteur 2 ne cesse de croître et les taux de dépassement³ sont en progression constante ces dix dernières années.

Une première étude publiée l'année dernière dans les comptes de la santé de 2010, à partir de données sur les revenus complets des médecins libéraux (Bellamy et Samson, 2011), avait montré que plusieurs facteurs expliquent les comportements des médecins en matière de dépassements :

- la solvabilité de la demande locale (niveau de vie) influence à la fois la probabilité pour un médecin de s'installer en secteur 2 mais aussi la pratique de dépassements élevés ;
- une forte densité médicale influence positivement la probabilité de s'installer en secteur 2 comme le montant des dépassements pratiqués ;
- des dépassements élevés enregistrés dans une zone d'exercice pour certains spécialistes influencent positivement, comme par « mimétisme », ceux de leurs confrères qui s'installent dans cette zone ;
- enfin, à spécialité donnée, les taux de dépassements sont d'autant plus élevés que la part des actes cliniques est importante dans leur activité, contrebalançant en quelque sorte les tarifs plus faibles de ce type d'actes relativement aux actes techniques.

En complément de cette étude, l'éclairage présenté ici à partir des mêmes données (cf. infra) fournit un état des lieux des disparités de revenus entre les médecins en 2008 en comparant les comportements des médecins du secteur 2 à ceux du secteur 1, qui eux, ne peuvent fixer leurs tarifs librement.

1. Données mobilisées

Cette étude s'appuie, comme celle présentée l'année dernière, sur les données fiscales, seule source de données où figure l'ensemble des revenus tirés de l'activité médicale (bénéfices non commerciaux, salaires, dividendes...). Les déclarations fiscales de revenus (Cerfa n° 2042), remplies par tous les foyers fiscaux français permettent en effet d'avoir une vision relativement large de l'ensemble des revenus déclarés par le médecin et son foyer. Y sont déclarées un certain nombre de rémunérations individualisables, telles que les bénéfiques, les salaires, les allocations chômage ou les pensions de retraites. Cette source comporte toutefois des lacunes⁴ et n'individualise pas tous les revenus.

¹ On oppose les actes « techniques », qui sont répertoriés dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM) et supposent des gestes techniques aux actes « cliniques », répertoriés dans la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et plus tournés vers la consultation, la prescription, et des gestes non invasifs.

² Par secteur 2 on entend tout au long de cet éclairage secteur 2 et secteur 1 avec droit au dépassement permanent. Le fait d'être en secteur 2 résulte d'un choix du médecin et est conditionné aujourd'hui, sauf cas particulier, par l'obtention du statut d'ancien chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux. Le choix du secteur se fait au moment de l'installation en libéral et est irréversible. Pour une description des modalités d'accès au secteur 2 au cours du temps, voir Bellamy et Samson, 2011.

³ Le taux de dépassement est ici mesuré comme le rapport entre le montant des dépassements issus d'actes cliniques (resp. techniques) et le montant des honoraires totaux issus de ces actes.

⁴ Les revenus dits « sociaux » tels que les allocations familiales, les minimas sociaux ou les allocations logement par exemple ne sont par définition pas déclarés, de même qu'un certain nombre de revenus du patrimoine. Une étape d'imputation des revenus sociaux et de certains revenus du patrimoine serait indispensable pour passer du concept de revenu déclaré (ou revenu fiscal) à des concepts de revenus économiques (revenu disponible, niveau de vie, etc.).

Certains revenus ne sont en effet déclarés qu'au niveau du foyer fiscal, comme les dividendes. Un travail méthodologique a donc été nécessaire (voir annexe méthodologique de Bellamy, 2012) pour les individualiser, mais aussi pour apparier ces données fiscales à celles du Système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) de la CNAMTS, celui-ci contenant des informations précieuses sur les honoraires avec et sans dépassement.

Les données mobilisées dans cette étude comprennent ainsi :

- toutes les rémunérations que tirent les médecins libéraux de l'exercice de leur activité médicale, libérale ou non (en particulier la distinction entre revenus libéraux et salariés, ainsi que le traitement des dividendes). Celui-ci se décompose de la manière suivante :
 - les revenus tirés de l'activité libérale, qui proviennent de l'ensemble des honoraires perçus soumis à remboursement de la CNAMTS. Dans la déclaration fiscale, ces revenus peuvent être déclarés sous forme de « bénéfice non commercial » (BNC) pour les médecins soumis au régime des BNC, ou, pour les médecins exerçant en société d'exercice libéral (SEL) notamment, sous forme de salaire et/ou de dividendes pour tout ou partie de ces revenus ;
 - les revenus salariés, qui ne désignent ici que les revenus non issus d'une activité libérale, c'est-à-dire les activités exercées en PMI, centre de santé, etc.
- Les montants associés de leurs honoraires avec et sans dépassement.

Le champ des médecins libéraux retenu ici pour l'analyse regroupe l'ensemble des médecins ayant perçu au moins un euro d'honoraires sur l'année 2008, et ce quel que soit leur mode d'activité : libéral exclusif, libéral avec salariat non hospitalier, libéral avec temps partiel hospitalier, hospitalier temps plein avec secteur privé. Ont été cependant écartés de l'analyse les médecins installés dans l'année 2008, afin d'éviter les années incomplètes d'activité ainsi que les médecins de plus de 70 ans. De même, n'ont pas été retenus les médecins non conventionnés, et ceux qui ont pu déclarer un nombre de patients, d'actes, d'honoraires ou de revenu d'activité nuls. Sont aussi exclus du champ les médecins relevant de quelques spécialités non identifiables dans la nomenclature de la Direction générale des finances publiques (DGFIP) bien que présentes dans le SNIIRAM.

Au final, les données mobilisées dans cette étude répertorient près de 105 180 médecins libéraux, dont 56 290 omnipraticiens et 48 890 spécialistes (*tableau 1*).

2. Des revenus allant du simple à plus du double selon les spécialités

Pour l'année 2008, les médecins ayant une activité libérale ont déclaré en moyenne aux services fiscaux 97 400 euros tirés de leur activité, 121 300 euros pour les seuls spécialistes et 76 600 euros pour les omnipraticiens (*tableau 1*). Les écarts vont du simple à plus du double entre spécialités : si les radiologues déclarent 173 900 euros annuels et les anesthésistes 170 200 euros, les dermatologues déclarent, quant à eux, 77 400 euros.

Tableau 1- Les revenus des médecins

	Effectifs	% en secteur 2	Revenu d'activité			dont revenu libéral			dont revenu salarié		
			Ensemble	Secteur 1	Secteur 2	Ensemble	Secteur 1	Secteur 2	Ensemble	Secteur 1	Secteur 2
Omnipraticiens	56289	11,4	76 619	77 757	67 797	72 240	73 527	62 257	4 379	4 230	5 540
Radiologues	5122	11,5	173 911	171 923	189 210	153 563	151 399	170 217	20 348	20 524	18 993
Anesthésistes	2848	30,2	170 157	158 422	197 329	158 898	147 186	186 019	11 259	11 236	11 311
Autres chirurgiens	812	85,2	164 566	151 036	166 913	133 130	107 147	137 635	31 437	43 889	29 277
Chirurgiens	4560	76,6	160 447	143 612	165 596	130 752	92 856	142 342	29 696	50 757	23 254
Ophthalmologues	4185	53,7	139 811	117 060	159 434	129 941	110 301	146 881	9 870	6 759	12 553
Cardiologues	3861	19,1	129 580	130 868	124 138	108 778	109 884	104 105	20 802	20 984	20 033
Stomatologues	925	41,6	129 061	118 438	143 962	117 229	108 024	130 140	11 832	10 414	13 821
Gastro-entérologues	1925	38,0	115 727	111 881	122 009	97 507	92 894	105 042	18 220	18 986	16 967
Oto-rhino-laryngologues	2077	56,0	108 725	101 288	114 558	89 093	81 685	94 904	19 631	19 603	19 654
Autres médecins	3900	30,5	104 105	109 416	91 993	74 785	77 258	69 145	29 320	32 158	22 849
Gynécologues	4916	53,1	100 583	86 364	113 126	81 700	67 758	93 998	18 883	18 606	19 128
Pneumologues	1047	16,6	98 660	100 205	90 906	78 497	80 790	66 990	20 163	19 415	23 916
Rhumatologues	1693	43,5	89 020	87 082	91 534	78 147	79 308	76 641	10 873	7 774	14 893
Pédiatres	2429	32,2	82 115	79 182	88 292	68 654	65 528	75 236	13 461	13 654	13 056
Psychiatres et neuropsychiatres	5635	27,2	80 810	80 174	82 510	64 762	64 414	65 691	16 048	15 760	16 818
Dermatologues	2955	40,7	77 375	74 502	81 566	70 906	69 990	72 242	6 469	4 512	9 324
Total hors omnipraticiens	48890	39,1	121 334	115 837	129 886	103 036	97 386	111 826	18 298	18 450	18 061
Ensemble	105 179	24,3	97 404	91 991	114 266	86 554	82 446	99 355	10 849	9 545	14 911

Source : Insee-DGFIP-Cnamts - Exploitation Drees.

Champ : France métropolitaine, données 2008.

Seuls les médecins de secteur 2 peuvent fixer librement leurs tarifs ; ils représentent 24 % de l'ensemble des médecins libéraux en 2008⁵. Leur part au sein des spécialités est très variable : si 11 % des omnipraticiens et des radiologues ont fait ce choix, c'est le cas de 77 % des chirurgiens, avec une moyenne de 39 % pour les seuls spécialistes. Les médecins en secteur 2 déclarent, en moyenne, 22 300 euros de plus que leurs collègues en secteur 1 (soit 24 % de plus). Cet écart atteint 36 % pour les ophtalmologues, 31 % pour les gynécologues et 25 % pour les anesthésistes. En comparaison, les revenus salariés sont relativement proches entre les deux secteurs d'activité.

Pour les seuls revenus issus de l'activité libérale, c'est pour les chirurgiens, les obstétriciens, les ophtalmologues et les anesthésistes que les écarts de revenus sont les plus élevés. En secteur 2, les chirurgiens gagnent 53 % de plus qu'en secteur 1, les gynécologues 39 % de plus, les ophtalmologues 33 % et les anesthésistes 26 %. En revanche les pneumologues, les cardiologues et les rhumatologues de secteur 2 gagnent moins que leurs collègues de secteur 1, mais il s'agit (à l'exception des rhumatologues) des spécialistes qui sont parmi les moins souvent en secteur 2.

Les revenus salariés constituent l'un des leviers à disposition des médecins pour moduler leurs revenus. Sur les 97 400 euros déclarés en moyenne aux services fiscaux en 2008 par les médecins ayant une activité libérale, 10 800 euros proviennent d'une activité salariée, soit 11 % de leurs revenus. Là encore, les écarts sont importants entre spécialités : le salariat représente 18 à 20 % des revenus déclarés des pneumologues, gynécologues, psychiatres, chirurgiens libéraux et ORL, mais 7 % pour les anesthésistes et les ophtalmologues et moins de 6 % pour les omnipraticiens.

3. Des dépassements et un niveau d'activité sensiblement plus élevés pour les plus hauts déciles de revenus

Si l'on examine les quatre leviers dont disposent les médecins libéraux pour moduler leurs revenus, on observe que le revenu salarié ne joue globalement pas un rôle important dans l'augmentation des revenus des médecins. En effet, lorsque l'on classe les médecins en fonction de leur décile⁶ de revenus d'activité déclarés, il apparaît que tous secteurs de conventionnement confondus, les montants de salaires des médecins libéraux augmentent faiblement relativement à la croissance du

⁵ Pour des précisions sur le secteur 2, son évolution, les montants de dépassements et leurs déterminants, voir Bellamy, V. et Samson, AL. (2011). On appelle ici médecins de secteur 2 les médecins en secteur 2 et en secteur 1 avec DP.

⁶ Sur le plan statistique, le terme de décile désigne le seuil délimitant les groupes de médecins. Ainsi le premier décile (D1) désigne le revenu au-dessous duquel se situent 10 % des médecins. On utilise ici, par abus de langage, le terme premier décile pour désigner le **groupe** des 10 % des médecins ayant eu les revenus d'activité les plus faibles sur l'année.

revenu d'activité (*graphique 1*) : le revenu salarié est multiplié par 5 entre les premier et dernier déciles de revenu d'activité, alors que le revenu global l'est par 11. Pour les médecins de secteur 2 (*graphique 3*), ces rapports sont respectivement de 4 et 15 et pour ceux du secteur 1 (*graphique 2*), de 5 et 10. Quel que soit le niveau de revenu d'activité déclaré, le poids de ces revenus salariaux dans l'activité globale des médecins libéraux reste relativement faible : il passe entre les premier et dernier déciles de 3 700 euros annuels à 18 700 euros, ce qui représente respectivement 17 % à 8 % du revenu global (ces poids s'établissant à 16 % et 8 % pour le secteur 1 et à 22 % et 6 % pour le secteur 2). Sauf pour les premiers déciles de revenu des secteurs 1 et 2 (qui concernent en partie des médecins à activités limitées), ce n'est donc clairement pas le salariat qui constitue le revenu d'activité des médecins ayant une activité libérale, ni qui en explique l'augmentation.

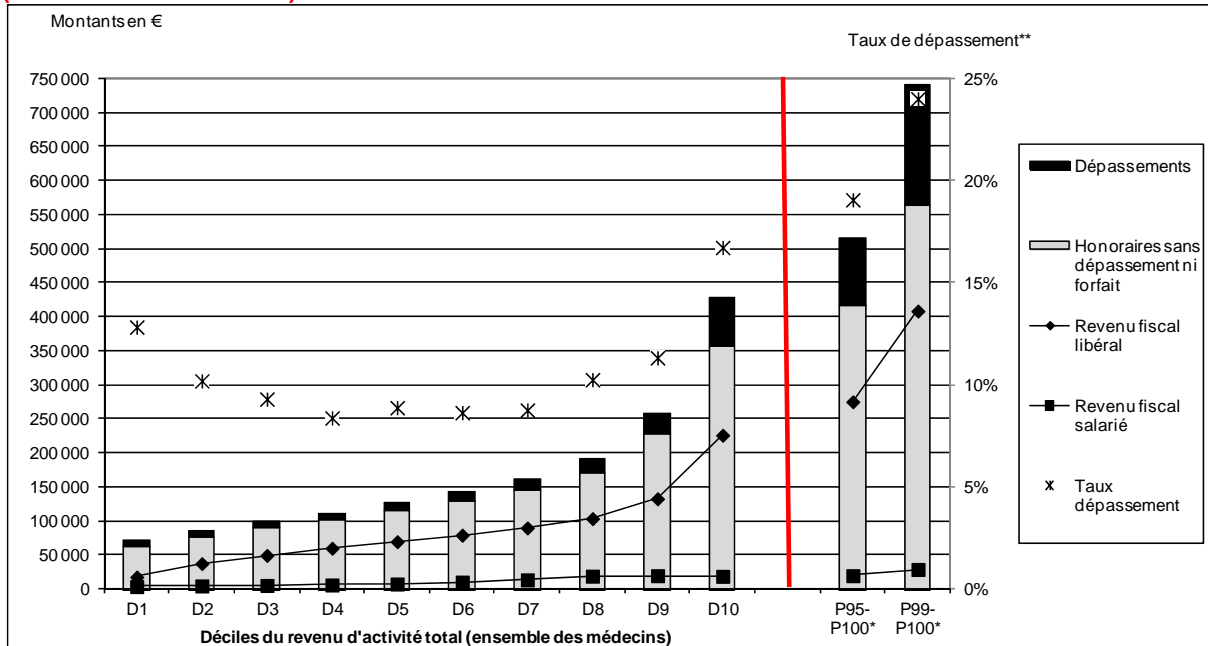
Si les montants de salaires croissent relativement peu pour les deux secteurs le long de l'échelle des revenus d'activité déclarés, la situation est différente pour les honoraires sans dépassements et les dépassements. Les graphiques 1 à 3 permettent de visualiser, en fonction du décile des revenus d'activité déclarés, les poids relatifs des honoraires sans dépassements ni forfaits (« hsd ») et des dépassements. Les honoraires sans dépassements ni forfaits constituent une bonne approximation de l'activité, en la ramenant à sa dimension monétaire ; la tarification des actes tient compte en effet de leur nature mais aussi de leur durée et de leur difficulté. Pour mesurer l'activité, cette notion semble ainsi préférable à celle du nombre d'actes réalisés sur une année, du fait notamment de la diversité des actes pratiqués, de leur difficulté et du temps passé pour chaque acte. Par exemple le « contenu » comme le temps passé d'un acte réalisé par un omnipraticien est très éloigné de celui d'un chirurgien.

L'observation du graphique 1 suggère que pour l'ensemble des médecins, les honoraires sans dépassement (« hsd ») progressent relativement linéairement avec les déciles de revenus d'activité déclarés, du moins jusqu'au 8^{ème} décile. Ensuite, ces honoraires connaissent une forte croissance, du 8^{ème} au dernier décile. Une observation plus fine des plus hauts revenus, ceux du dernier décile, renforce ce constat : plus on s'élève dans le niveau des revenus déclarés, plus le niveau des honoraires sans dépassement s'accroît. De la même façon, c'est à partir du 8^{ème} décile que les dépassements progressent le plus fortement (en lien avec la croissance des honoraires sans dépassement), cette croissance se renforçant également au sein des plus hauts revenus, caractérisés par le 10^{ème} décile.

L'évolution des composantes du revenu diffère sensiblement selon le secteur de conventionnement (*graphiques 2 et 3*). Les médecins de secteur 1, qui pratiquent les tarifs opposables⁷, n'accroissent leurs revenus libéraux que par leur seule activité (mesurée par les honoraires sans dépassement ni forfait). Les hauts revenus au sein des médecins de secteur 1 (à partir du 8^{ème} décile de revenus déclarés au sein des seuls médecins de secteur 1) sont ainsi tirés par une croissance très importante de leur volume d'activité. Le montant moyen des honoraires sans dépassement ni forfait « hsd » est de 377 600 euros au 10^{ème} décile contre 222 100 euros au 9^{ème} décile (soit une augmentation entre les deux déciles de 70 %) et même de 655 400 euros au dernier percentile, correspondant aux 1 % des médecins de secteur 1 les mieux rémunérés.

⁷ On observe sur le graphique un faible montant de dépassements pour les médecins du secteur 1 sans droit permanent à dépassement (DP). Ils ont en effet le droit de pratiquer des dépassements exceptionnels (DE) pour exigence particulière du malade, et des dépassements autorisés (DA) et plafonnés lorsque le patient ne respecte pas le parcours de soins coordonnés.

Graphique 1 - Honoraires, revenus d'activité libérale et salariée, en fonction du décile de revenu d'activité (Ensemble des médecins)



Source : Insee-DGFiP-Cnamts - Exploitation Drees.

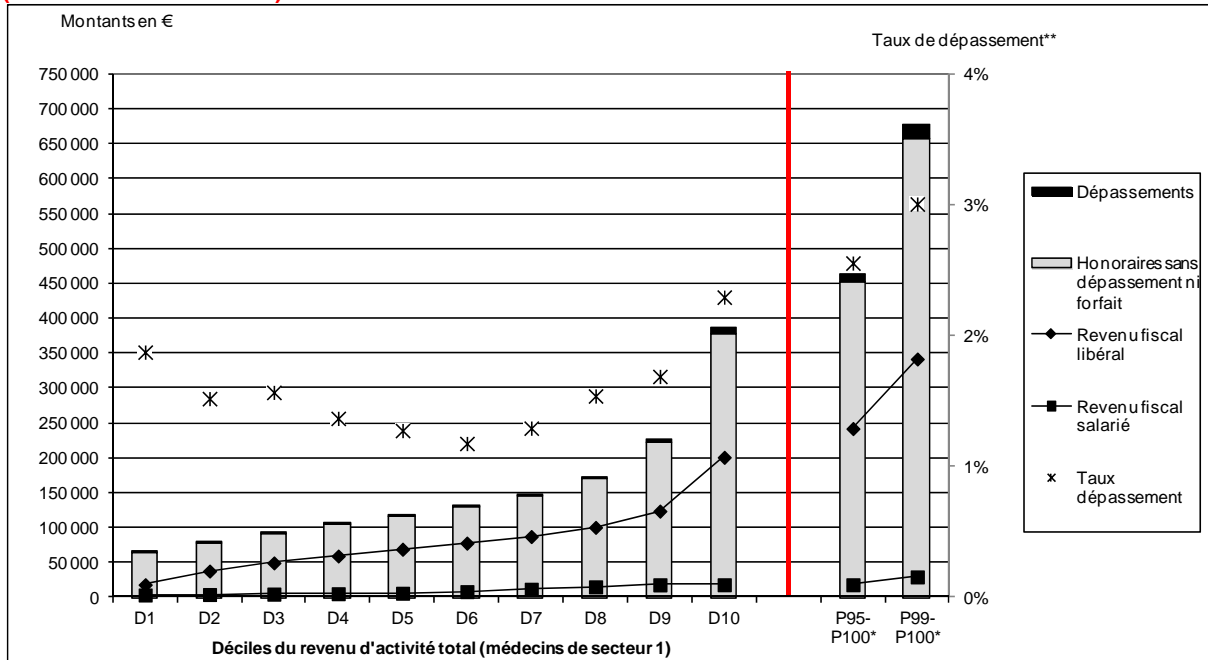
Champ : France métropolitaine, données 2008.

* Les 2 dernières abscisses correspondent aux 5 derniers centiles (P95-P100) et au dernier centile (P99-P100) de la distribution des revenus d'activité.

** Le taux de dépassement est calculé ici comme la part des dépassements dans les honoraires totaux.

Lecture : cf. note de lecture graphique 3.

Graphique 2 - Honoraires, revenus d'activité libérale et salariée, en fonction du décile de revenu d'activité (Médecins de secteur 1⁸)



Source : Insee-DGFiP-Cnamts - Exploitation Drees.

Champ : France métropolitaine, données 2008.

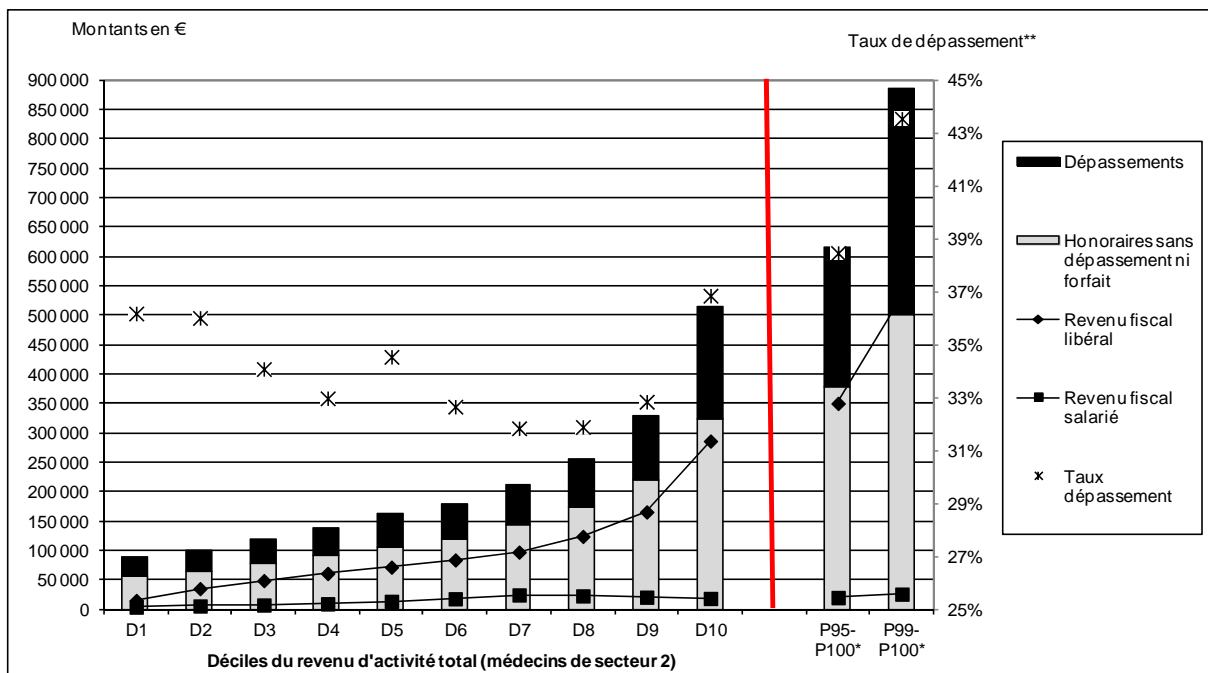
* Les 2 dernières abscisses correspondent aux 5 derniers centiles (P95-P100) et au dernier centile (P99-P100) de la distribution des revenus d'activité.

** Le taux de dépassement est calculé ici comme la part des dépassements dans les honoraires totaux.

Lecture : cf. note de lecture graphique 3.

⁸ Il faut noter qu'à honoraires équivalents, le revenu d'un médecin de secteur 1 est plus élevé en raison de la prise en charge par l'assurance maladie d'une partie de ses cotisations sociales (maladie, famille et allocation supplémentaire de vieillesse).

Graphique 3 - Honoraires, revenus d'activité libérale et salariée, en fonction du décile de revenu d'activité (Médecins de secteur 2)



Source : Insee-DGFIP-Cnamts - Exploitation Drees.

Champ : France métropolitaine, données 2008.

* Les 2 dernières abscisses correspondent aux 5 derniers centiles (P95-P100) et au dernier centile (P99-P100) de la distribution des revenus d'activité.

** Le taux de dépassement est calculé ici comme la part des dépassements dans les honoraires totaux.

Lecture : Les médecins libéraux de secteur 2 du premier décile de revenus d'activité (correspondant aux 10 % des médecins de secteur 2 ayant les plus faibles revenus d'activité) ont perçu en moyenne 56 300 euros d'honoraires sans dépassement et 31 900 euros de dépassements. Leur revenu fiscal libéral est estimé à 15 600 euros en moyenne ; leur revenu fiscal salarié est estimé à 4 300 euros. À l'autre bout de l'échelle des revenus, les 1 % de médecins de secteur 2 ayant les plus forts revenus d'activité (i.e. appartenant au dernier centile) ont perçu en moyenne 499 600 euros d'honoraires sans dépassement et 385 300 euros de dépassement. Leur revenu fiscal libéral est estimé à 531 300 euros en moyenne ; leur revenu fiscal salarié est estimé à 26 400 euros.

Les médecins de secteur 2, quant à eux, peuvent choisir de moduler leurs revenus en fixant eux-mêmes leurs prix, par l'intermédiaire des dépassements. Lorsqu'on progresse dans l'échelle des revenus, ces médecins augmentent à la fois leur activité et leurs dépassements. Alors que pour les sept premiers déciles l'augmentation de l'activité est plus forte que l'augmentation des dépassements, l'effet s'inverse pour les déciles supérieurs et plus particulièrement pour le dernier décile. La croissance de l'activité est de 46 % entre les deux derniers déciles (324 000 euros d'honoraires sans dépassement pour le 10^{ème} décile, contre 221 200 euros pour le 9^{ème} décile), et celle des dépassements est de 75 % (189 100 euros au 10^{ème} décile, contre 108 200 euros au 9^{ème} décile). C'est au niveau des revenus « extrêmes », correspondant aux 1 % des médecins de secteur 2 les mieux rémunérés, que les dépassements s'accroissent le plus (385 300 euros de dépassements moyens). À ce niveau de revenu, ils représentent 44 % des honoraires totaux.

4. Les dépassements contribuent aux écarts de revenus entre secteurs 1 et 2

Restreint aux seuls spécialistes, le revenu d'activité moyen déclaré des médecins de secteur 2 n'est au final « que » de 12 % supérieur à celui des médecins de secteur 1 (130 000 euros par an contre 116 000 euros, cf. tableau 1). Cependant, comme on l'a vu dans la partie précédente, alors que le principal levier des médecins en secteur 1 pour accroître fortement leur revenu est l'activité, pour leurs confrères de secteur 2, les dépassements jouent un rôle important, en particulier pour les derniers déciles. Les différences dans les niveaux et les déterminants des revenus entre les deux secteurs sont, par ailleurs, plus ou moins marquées selon les spécialités.

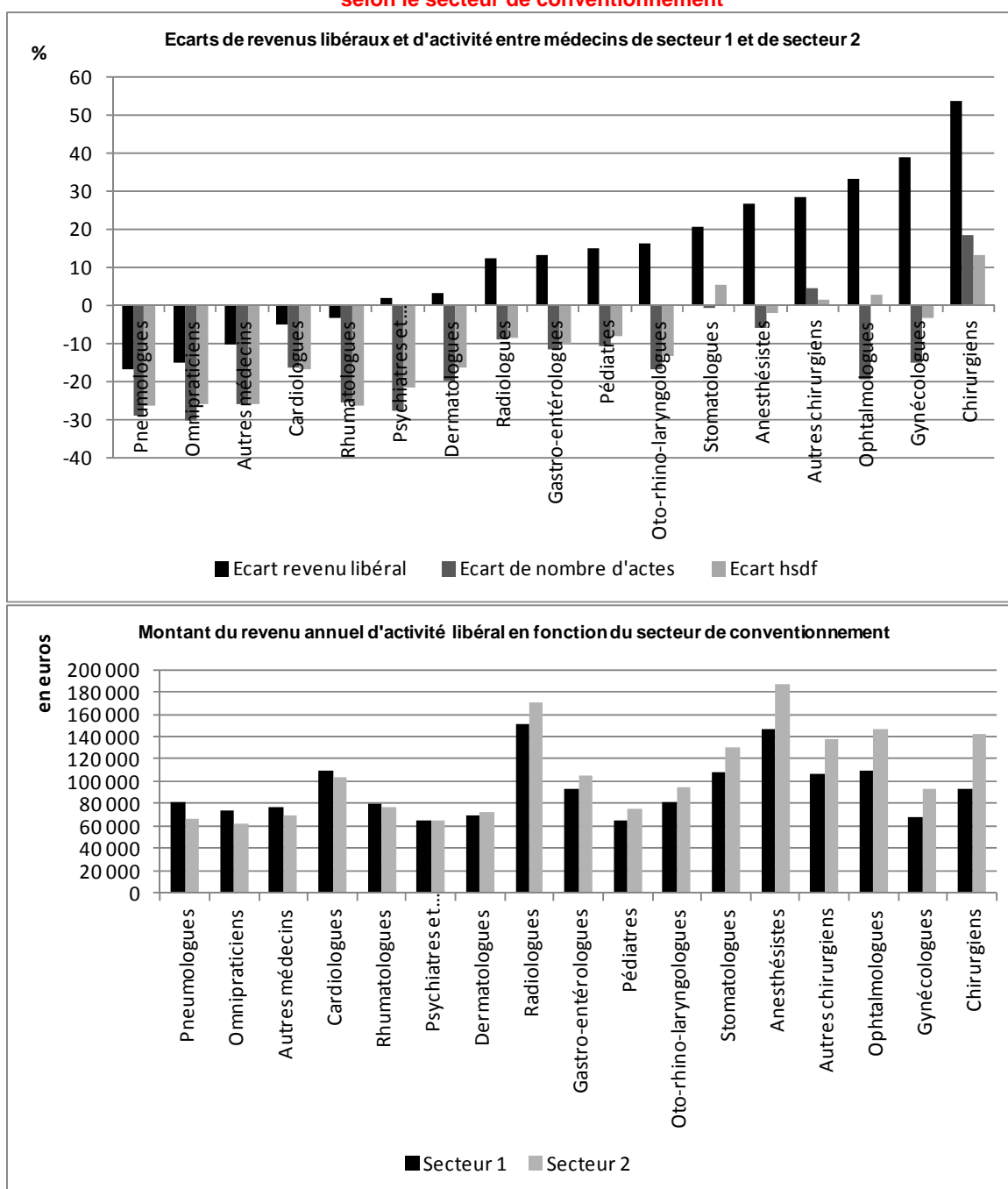
Concernant les niveaux d'activité, mesurés ici, non par le montant des honoraires sans dépassement, mais par le nombre d'actes réalisés dans l'année, le supplément de revenus des médecins du secteur 2 s'accompagne globalement d'une activité plus faible (*graphiques 4*) : le nombre d'actes des médecins du secteur 2 est, pour presque toutes les spécialités, très inférieur à celui des médecins du secteur 1. Le différentiel d'activité peut atteindre -29 % pour les pneumologues et les psychiatres, -25 % pour les rhumatologues et -20 % pour les dermatologues. Leur moindre activité est toutefois en grande partie « amortie » en secteur 2 par les dépassements, les psychiatres en secteur 2 déclarant même davantage de revenus (+2 %) que leurs confrères de secteur 1. Seuls les chirurgiens ont une activité plus intense en secteur 2 (+18 %), mais qui apparaît cependant bien loin d'expliquer leur important surplus de revenus (+53 %).

Cependant la mesure de l'activité par le nombre d'actes ne tient pas compte, même au niveau de chaque spécialité, de la difficulté des actes pratiqués. L'analyse n'est, en fait, quasiment pas modifiée si l'on raisonne en termes d'honoraires sans dépassements ni forfaits (« hsd ») pour mesurer l'activité, cette notion permettant de « monétiser » en quelque sorte les actes effectués, et donc d'intégrer en partie la difficulté des gestes pratiqués. Le seul élément non pris en compte dans ce cas est le temps passé avec le patient qui peut être très variable pour un même type d'acte. Des études récentes ont, en effet, montré que les médecins généralistes du secteur 2 ont des durées de consultation en moyenne plus longues que celles de leurs homologues de secteur 1⁹. Ce phénomène est également observé pour les spécialistes libéraux exerçant en cabinet, pour qui le fait d'exercer en secteur 2 irait de pair avec une séance plus longue¹⁰. La possibilité de fixer des tarifs plus élevés en secteur 2 permettrait, en fait, une certaine latitude sur le temps passé en consultation.

⁹ Voir notamment DREES, *Études et Résultats* n° 797, « Les emplois du temps des médecins généralistes », mars 2012, ainsi que Clerc, L'Haridon, Paraponaris, Protopopescu et Ventelou, « Fee-for-service payments and consultation length in general practice: a work-leisure trade-off model for French GPs », juin 2011, *Applied Economics*, 2011 1-15.

¹⁰ Voir DREES, *Études et Résultats* n° 704, « Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale », oct. 2009.

Graphiques 4 - Disparités de revenu libéral, de nombre d'actes et d'honoraires sans dépassement selon le secteur de conventionnement



Source : Insee-DGFIP-Cnamts - Exploitation Drees.

Champ : France métropolitaine, données 2008.

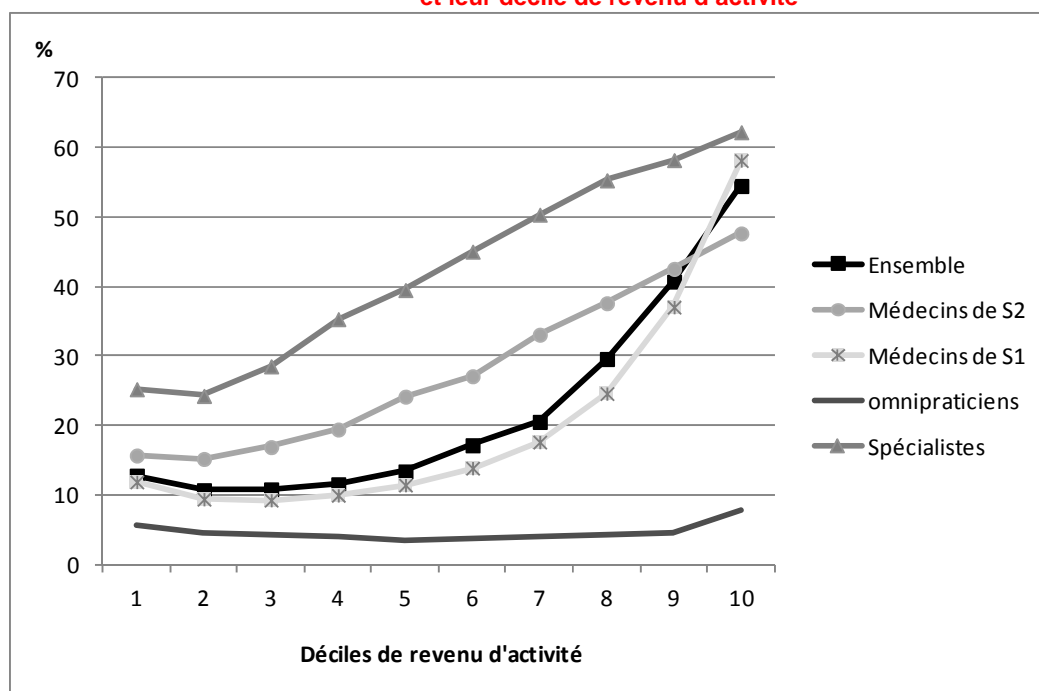
Lecture : les pneumologues du secteur 2 déclarent 17 % de revenu libéral de moins que leurs homologues du secteur 1 (soit 67 000 euros contre 80 800 pour les pneumologues de secteur 1, cf. graphique du bas) ; ils ont une activité (ici le nombre d'actes) de 29 % plus faible qu'en secteur 1. Les ophtalmologues en secteur 2 déclarent +33 % de revenus libéraux de plus que leurs collègues du secteur 1 (soit 146 900 euros contre 110 300 pour les ophtalmologues de secteur 1) mais 20 % d'actes en moins.

5. Davantage d'actes techniques dans les plus hauts revenus

La composition des actes détermine également le niveau de revenu. Les dépassements sont proportionnellement plus élevés sur les actes cliniques que sur les actes techniques : hormis les stomatologues, le taux de dépassement sur les actes cliniques est systématiquement plus important que sur les actes techniques, l'écart atteignant 16 points pour les rhumatologues, les gynécologues, les ophtalmologues et les pneumologues (Bellamy et Samson, 2011). Pour autant, les tarifs opposables des actes techniques étant en moyenne significativement plus élevés, un dépassement plus faible en proportion est donc souvent plus élevé en valeur absolue pour ce type d'actes que pour les actes cliniques. Ainsi, ce sont surtout les médecins qui pratiquent un nombre important d'actes techniques qui se retrouvent dans les plus hauts déciles de revenus (*graphique 5*). En particulier, les spécialités qui se situent en haut de l'échelle des revenus, les radiologues et les anesthésistes, effectuent une large majorité de leur activité en actes techniques, voire la totalité pour les radiologues.

Globalement, plus les médecins déclarent de revenu d'activité, moins ils réalisent d'actes cliniques en proportion du nombre total d'actes. La part des actes techniques augmente donc avec l'augmentation du revenu d'activité, sauf bien sûr pour les omnipraticiens, qui ont une pratique très largement clinique. Elle est moins élevée pour les médecins du secteur 1, sauf pour le dernier décile.

Graphique 5 - Part des actes techniques des médecins libéraux selon leur secteur de conventionnement et leur décile de revenu d'activité



Source : Insee-DGFIP-Cnamts - Exploitation Drees
Champ : France métropolitaine, données 2008.

Bibliographie

BELLAMY V., 2012, « Les revenus des médecins libéraux », *document de Travail DREES*, à paraître.

BELLAMY V., SAMSON A-L., 2011, « Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins », in *Comptes nationaux de la santé 2010*, p. 53-85.

Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes

Clémentine Collin, Franck Evain, Fanny Mikol et Christelle Minodier (DREES)

L'allongement de la vie va de pair avec une augmentation des maladies chroniques et des incapacités qu'elles entraînent. Avec l'avancée en âge, la prévalence des maladies cardiovasculaires, des tumeurs malignes et du diabète, augmente et, passée la première année de vie, le recours aux soins est faible chez les jeunes et maximal en fin de vie. Les personnes âgées ont ainsi davantage recours que les autres adultes aux soins de proximité les plus habituels : à partir de 70 ans, les recours sont deux fois plus fréquents chez le médecin généraliste, trois fois plus fréquents chez le masseur-kinésithérapeute et jusqu'à treize fois plus fréquents chez l'infirmier. Le constat est le même à l'hôpital, où le taux de recours augmente avec l'âge : les personnes âgées de 70 ans ou plus recourent trois fois plus à l'ensemble des spécialités hospitalières que ne le font celles âgées de 19 à 69 ans. En ophtalmologie, leur taux de recours est même dix fois supérieur à celui des plus jeunes, en raison des nombreuses opérations de la cataracte s'effectuant à des âges élevés.

Pour autant, les personnes âgées sont moins mobiles. Ainsi, lorsqu'elles consultent le médecin généraliste, les personnes âgées de 70 ans ou plus ont des temps de trajet plus faibles que les adultes plus jeunes, car elles recourent plus souvent au professionnel le plus proche de chez elles. Leurs recours aux masseurs-kinésithérapeutes se font, en outre, plus souvent par des visites à domicile. Lorsqu'elles se rendent à l'hôpital, les personnes âgées de 70 ans et plus ont, là aussi, des temps d'accès effectifs légèrement plus faibles que les autres adultes, en lien avec une plus forte propension à se rendre à l'établissement le plus proche de chez elles.

Au total, leur accessibilité géographique aux soins n'apparaît pas plus faible que celle des adultes plus jeunes.

Introduction

Au 1^{er} janvier 2012, la France compte plus de huit millions de personnes âgées de 70 ans ou plus (source : Insee, recensement de la population). Cette population âgée a des caractéristiques très différentes des 19-69 ans, que ce soit en termes d'état de santé¹, de recours aux soins², de facilité à se déplacer pour accéder à ces soins, mais aussi en termes d'implantation sur le territoire.

Du point de vue de l'état de santé, on estime que celui-ci a tendance à se dégrader à partir de 70 ans en moyenne. En effet, même si l'espérance de vie s'allonge et qu'en 2008, les hommes de 65 ans peuvent encore espérer vivre 18 ans et les femmes 22 ans, l'espérance de vie en bonne santé est nettement inférieure. Les hommes et les femmes de 65 ans ont ainsi une espérance de vie sans problèmes fonctionnels physiques ou sensoriels (avoir des difficultés pour voir, entendre, marcher, se pencher, monter des escaliers, etc..) estimée à 5,5 ans³.

Du point de vue de l'implantation sur le territoire français, ces personnes âgées représentent moins de 17 % de la population des 19 ans et plus, leur part s'élève à plus de 20 % dans certaines régions comme le Limousin, l'Auvergne et le Poitou-Charentes. Elle n'est à l'inverse que de 12 % en Île-de-France et n'excède 13 % dans aucun des départements d'outre-mer. Les personnes âgées résident davantage dans des régions à dominante rurale que les plus jeunes. Au niveau communal, les écarts sont cependant moins prononcés, puisque 24 % des 70 ans et plus résident dans une commune rurale (voir annexe), contre 22 % des 19-69 ans (carte 1).

En moyenne en plus mauvaise santé et de mobilité plus réduite que le reste de la population, il apparaît dès lors important de savoir si leurs conditions d'accès aux soins sont identiques à celles des autres adultes.

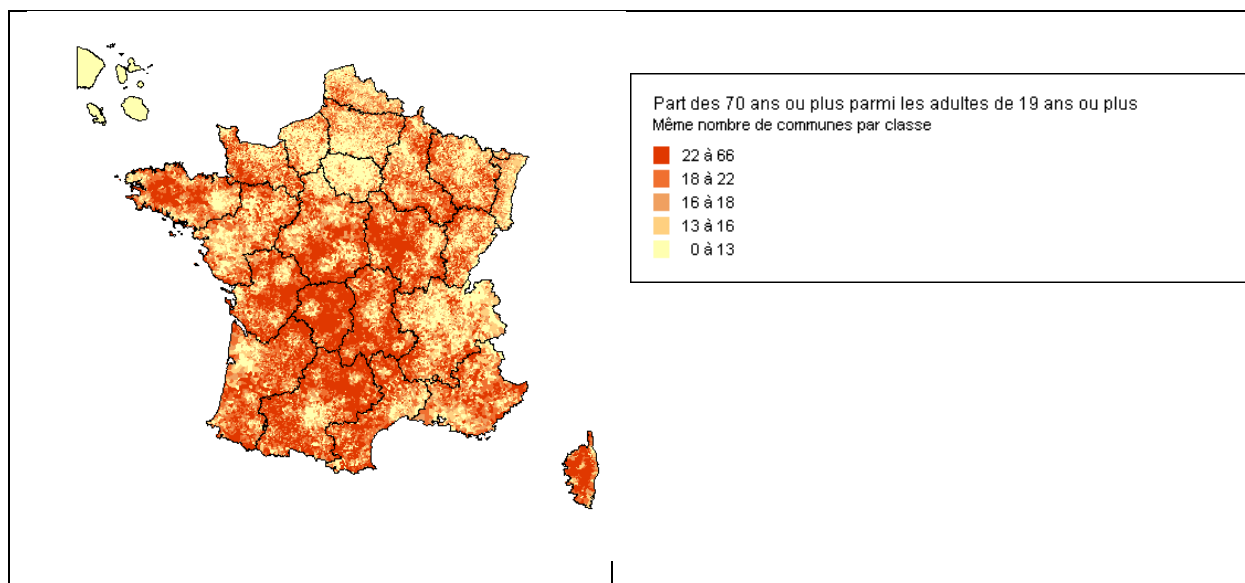
Cette étude cherche à éclairer cette question en comparant l'accès aux soins des personnes âgées de 70 ans ou plus à l'accès aux soins des plus jeunes (19-69 ans inclus) pour les professionnels de premier recours les plus souvent consultés (médecins généralistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes) et l'hôpital. Elle s'appuie sur les outils d'analyse de l'accès géographique aux soins développés récemment par la Drees et l'Insee. Ces outils, qui peuvent être mobilisés par les Agences régionales de santé (ARS), permettent d'évaluer les conditions territoriales d'accès aux soins : de calculer, par commune, territoire de santé, département, région... les temps d'accès aux différents professionnels de santé, ou encore d'en évaluer l'accessibilité par une comparaison de l'offre et de la demande « potentielle » de soins (voir annexe). Ils permettent aussi d'estimer l'impact que peut avoir une restructuration hospitalière ou encore une modification de l'implantation territoriale des professionnels de santé en termes de temps d'accès et d'accessibilité.

¹ Cf. : l'état de santé de la population en France - Rapport 2011, DREES).

² Cf. Cocagne et al. 2011.

³ DREES, Enquête Handicap-Santé 2008.

Carte 1 - Répartition des personnes âgées de 70 ans ou plus sur le territoire



Les habitants âgés de 70 ans ou plus ont un accès géographique aux soins de ville comparable à celui des autres adultes

Un recours plus élevé aux soins de proximité pour les personnes âgées de 70 ans et plus

Les personnes âgées recourent davantage aux soins de proximité tels que médecins généralistes libéraux, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Les personnes âgées de 70 ans ou plus ont ainsi deux fois plus souvent recours aux médecins généralistes que les plus jeunes (7 recours par habitant et par an contre 3,4 pour les personnes âgées de 19 à 69 ans), trois fois plus souvent aux masseurs-kinésithérapeutes (9 recours par habitant et par an contre 2,6 pour les plus jeunes), et treize fois plus souvent aux infirmiers (39 recours par habitant et par an contre 3 pour les plus jeunes). Notons que ces recours ne concernent que les professionnels libéraux. Or, une part non négligeable de la population âgée de 70 ans ou plus vit en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) : fin 2007, ils étaient près de 8 % dans ce cas (Perrin-Haynes, 2010). Une partie de ces structures dispose de ses propres infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes salariés (à temps plein ou temps partiel), qui effectuent des consultations régulières auprès des résidents. De par la nature des données étudiées ici, qui ne concernent que les libéraux, ces consultations nous échappent ; elles viennent pourtant augmenter les contacts déjà importants de ces professionnels avec les patients plus âgés.

Les données à notre disposition ne permettent pas de réaliser des analyses par tranches d'âge plus fines (voir annexes : sources). L'étude des dépenses globales de soins de ville suggère néanmoins que ces recours doivent augmenter fortement aux âges très élevés. En effet, les dépenses de soins de ville augmentent tout au long de la vie – quoique de façon moins prononcée que les dépenses en soins hospitaliers – et sont maximales aux alentours de 85-90 ans (note du HCAAM, 2010).

Des temps d'accès théoriques (au professionnel le plus proche) et une accessibilité aux soins identiques entre les 70 ans et plus et les autres adultes

L'analyse des temps d'accès « théoriques » (c'est-à-dire au professionnel le plus proche, voir annexe) et des conditions d'accès (voir annexe pour une définition précise de ce concept, qui tient compte du temps d'accès au professionnel, mais aussi de l'offre de professionnels disponibles, et de la demande des autres patients qui vient réduire l'offre pour un patient donné) aux trois professionnels de santé de premier recours que sont les médecins généralistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes montre que les personnes âgées de 70 ans et plus ne se distinguent pas des autres adultes.

Elles présentent tout d'abord un temps d'accès au plus proche professionnel de santé équivalent à celui des plus jeunes. Ces deux populations sont en moyenne situées à moins d'une minute du médecin et de l'infirmier le plus proche, et à un peu plus d'une minute du masseur-kinésithérapeute le plus proche (*tableau 1*, ligne « ensemble de la population »)⁴. Plus généralement, l'ensemble des habitants de 70 ans ou plus résident, comme les 19-69 ans, à moins de 15 minutes d'une commune où exerce un médecin généraliste, un infirmier ou un masseur-kinésithérapeute.

Restreintes aux seuls patients ayant consulté dans l'année, les distances moyennes d'accès au plus proche généraliste comme au plus proche infirmier sont également très voisines entre les deux classes d'âges (*tableau 1*, ligne « population concernée par les recours au professionnel dans l'année »). En revanche, parmi les personnes concernées par un recours au masseur-kinésithérapeute en 2010, les personnes âgées de 70 ans ou plus semblent résider davantage à proximité de ce professionnel (moins d'une minute de trajet) que les plus jeunes (plus d'une minute).

Tableau 1 - Temps moyen d'accès au professionnel le plus proche

		Médecins généralistes (hors MEP)	Infirmiers	Masseurs- kinésithérapeutes
Ensemble de la population*	De 19 à 69 ans	00:54	00:55	01:15
	Plus de 70 ans	00:55	00:57	01:17
Population concernée par les recours au professionnel dans l'année**	De 19 à 69 ans	00:51	00:45	01:04
	Plus de 70 ans	00:54	00:45	00:51

Sources : Sniiram, Cnamts, 2010 ; données locales, Insee, 2008 ; Odomatrix.

Champ : Ensemble des professionnels de santé, cabinets primaires et secondaires des professionnels de santé. France, 2010.

* Les temps d'accès au plus proche, calculés par commune, sont ici pondérés par l'effectif de la classe d'âge considérée dans la commune.

** Les temps d'accès au plus proche, calculés par commune, sont ici pondérés par le nombre de recours effectués par les habitants de la commune de la classe d'âge considérée. Ils correspondent aux temps d'accès que l'on obtiendrait si les patients ayant effectivement consulté le professionnel s'étaient rendus chez le professionnel le plus proche de chez eux.

Lecture : en France, l'ensemble des habitants âgés de 19 à 69 ans est situé en moyenne à 54 secondes du médecin généraliste le plus proche. Ceux d'entre eux ayant effectivement consulté un médecin généraliste sur l'année 2010 sont situés à 51 secondes en moyenne du professionnel le plus proche.

Le temps d'accès au professionnel le plus proche n'est toutefois qu'une mesure partielle de l'accessibilité aux soins. Il ne tient, en effet, compte ni de l'offre de professionnels disponibles ni de la demande « potentielle » qui s'adresse à eux. Pour mieux cerner cette question, un indicateur d'accessibilité potentielle localisée est proposé (APL, voir Barlet et al. 2012). Cet indicateur, calculé au niveau de chaque commune, tient compte : de l'offre et de la demande des communes environnantes (utilisation de « secteurs flottants ») ; du niveau d'activité des professionnels de santé (utilisation d'équivalent temps plein) ; des besoins de soins de la population différenciés par âge (voir annexe). Cet indicateur a l'avantage de pouvoir être agrégé au niveau national et calculé pour différentes sous-populations, par exemple sur des populations de différentes classes d'âge. L'indicateur APL national relatif aux personnes âgées de 70 ans ou plus est ainsi calculé en pondérant l'APL de chaque

⁴ Comme indiqué en annexe, les patients et les professionnels sont localisés au centre-ville de leur commune, généralement la mairie, et non à leur adresse exacte, exceptions faites des communes de Paris, Lyon et Marseille, où l'échelle retenue est celle de l'arrondissement. Les patients qui se font soigner dans leur commune de résidence se voient ainsi affecter un temps de trajet nul. Il est difficile d'évaluer l'impact de cette approximation qui peut conduire à sous-estimer les distances (par exemple lorsqu'un habitant et un professionnel appartiennent à la même commune, on considère que la distance qui les sépare est nulle) mais aussi à les surestimer (par exemple si un habitant et un professionnel sont très proches mais situés de part et d'autre d'une frontière communale). Cette approximation peut être non négligeable en zone urbaine dense.

commune par les effectifs de cette classe d'âge au sein de la commune rapportés à ceux de cette classe d'âge sur l'ensemble du territoire.

Qu'il s'agisse de l'indicateur APL moyen relatif aux médecins généralistes, aux infirmiers ou aux masseurs-kinésithérapeutes, l'écart est presque inexistant entre les personnes âgées de 70 ans ou plus et les autres adultes. Ceci signifie que les communes où résident les personnes âgées de 70 ans ou plus sont en moyenne très proches en termes d'accessibilité de celles où résident les autres adultes. Selon le professionnel de santé, les inégalités d'APL varient en effet au niveau géographique (cartes 2 à 4) sans pour autant que l'on puisse les expliquer au vu de la répartition des personnes âgées de 70 ans ou plus (carte 1).

L'APL relatif aux personnes âgées de 19 à 69 ans s'élève ainsi à 71 ETP de médecins généralistes pour 100 000 habitants, soit presque autant que l'APL relatif aux personnes âgées de 70 ans ou plus (72 ETP pour 100 000 habitants). Les différences sont également minimales pour l'APL relatif aux infirmiers comme pour l'APL relatif aux masseurs-kinésithérapeutes (*tableau 2*).

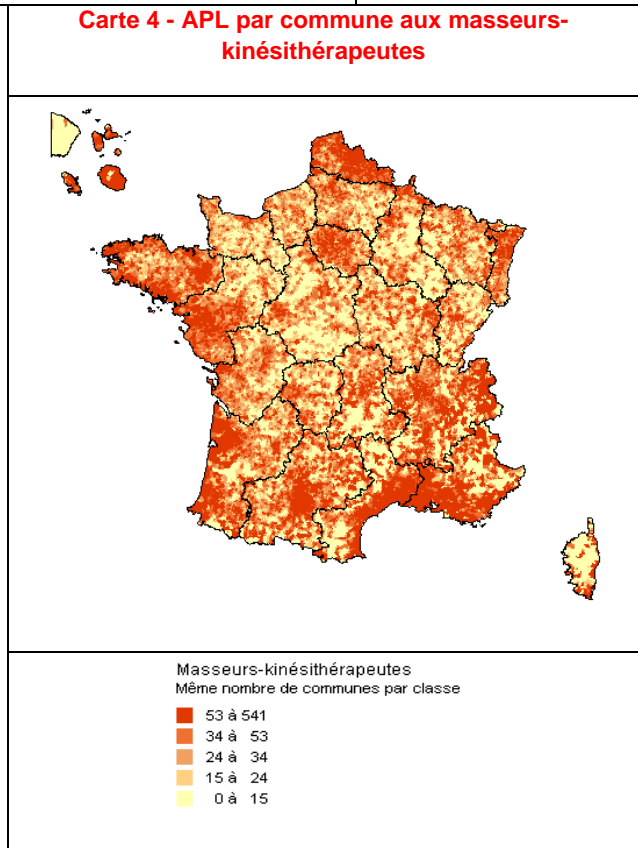
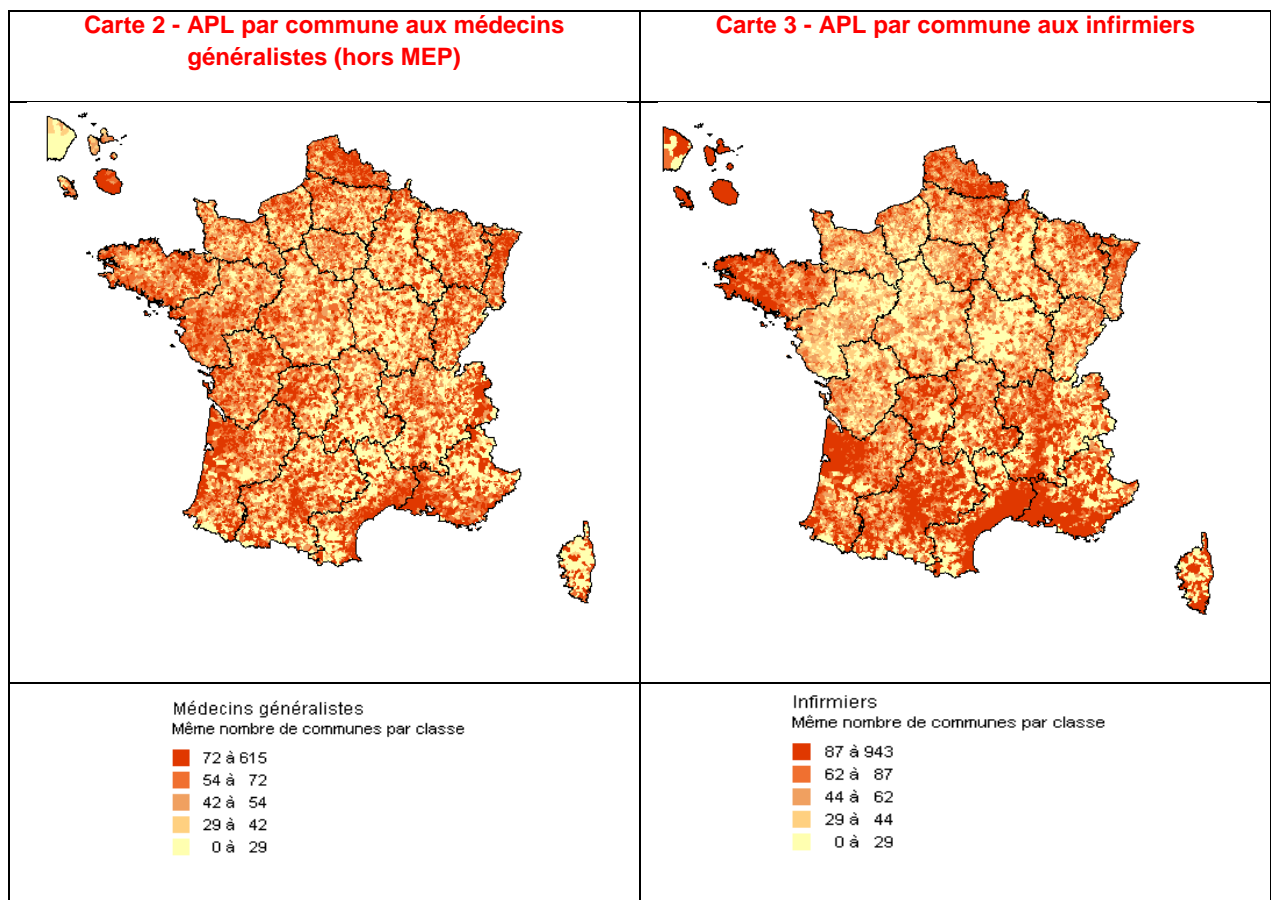
Les inégalités d'APL sont également très proches entre les deux classes d'âge : l'écart interquartile de l'APL est du même ordre de grandeur sur ces deux sous-populations. Cet écart est plus faible pour les médecins généralistes (de l'ordre de 30 %) qu'il ne l'est pour les infirmiers (de l'ordre de 60 %) et les masseurs-kinésithérapeutes (de l'ordre de 50 %) : la répartition des médecins généralistes sur le territoire est plus en adéquation avec les besoins de soins de la population que celle des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes.

Tableau 2 - Accessibilité potentielle localisée moyenne

	Tranche d'âge	Moyenne	1er quartile	Médiane	3ème quartile	Ecart interquartile
Médecins généralistes (hors MEP)	De 19 à 69 ans	70,6	53,7	70,2	87,0	33,3
	Plus de 70 ans	71,8	54,8	72,5	88,6	33,8
Infirmiers	De 19 à 69 ans	70,5	46,8	69,0	106,0	59,2
	Plus de 70 ans	69,6	48,5	71,4	108,1	59,6
Masseurs-kinésithérapeutes	De 19 à 69 ans	84,3	45,7	68,2	93,0	47,3
	Plus de 70 ans	85,5	43,9	67,6	92,8	48,1

Sources : Sniiram, Cnamts, 2010 ; Dépenses de santé, Cnamts, 2010 ; données locales, Insee, 2008 ; Odomatrix. Champ : cabinets primaires et secondaires. France, 2010.

Note de lecture : en moyenne, l'accessibilité potentielle localisée des habitants âgés de 19 à 69 ans aux médecins généralistes (hors MEP) est de 70,6 ETP pour 100 000 habitants.



Un recours plus faible dans les zones de moindre accessibilité, pour les plus âgés comme pour les autres

Ces conditions d'accessibilité proches entre les personnes âgées de 70 ans et plus et les autres adultes se combinent en fait avec des écarts significatifs de recours, pour ces deux catégories de population, selon qu'elles habitent dans des zones d'accessibilité plus ou moins élevée.

L'observation des recours effectifs des patients sur l'année 2010 montre en effet que le nombre moyen de recours par habitant⁵ aux professionnels de santé étudiés (généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes) est moindre pour les personnes résidant dans une commune d'accessibilité relativement plus faible à ces professionnels (*i.e.* inférieure au premier quartile) que pour celles résidant dans une commune d'accessibilité relativement plus élevée (*i.e.* supérieure au troisième quartile).

Ces données sont cependant insuffisantes pour étayer l'hypothèse selon laquelle les patients auraient une propension plus faible à recourir à un professionnel parce qu'ils résident dans une zone présentant une accessibilité géographique relativement plus faible, soit parce que les distances à parcourir seraient plus importantes, soit parce que les professionnels de santé devraient faire face à une demande plus forte. D'autres facteurs inobservés peuvent entrer en ligne de compte, sans qu'il soit possible d'estimer leurs effets sur le recours effectif aux soins : on peut par exemple émettre l'hypothèse que les personnes en plus mauvaise santé à âge donné, dont le recours est potentiellement plus élevé que celui de leur tranche d'âge, vivent dans les zones les mieux équipées. Il pourrait également y avoir une part de « compensation » de la faible accessibilité aux infirmiers libéraux dans certaines zones par l'implantation de SSIAD (services de soins infirmiers à domicile), qui sont en particulier relativement nombreux dans les Pays-de-la-Loire ou en région Centre. Pour autant les données disponibles ne nous permettent pas de quantifier les recours aux soins par les SSIAD (voir annexes : sources).

Tableau 3 - Nombre moyen de recours par an et par habitant en fonction des caractéristiques de la commune de résidence du patient

Tranche d'âge	Niveau d'accessibilité	Médecins généralistes (hors MEP)	Infirmiers	Masseurs-kinésithérapeutes
De 19 à 69 ans	Accessibilité relative plus élevée*	4,0	4,4	3,3
	Accessibilité relative plus faible**	3,0	1,7	2,2
	<i>Ecart</i>	-24%	-63%	-34%
	Ensemble	3,4	2,9	2,6
Plus de 70 ans	Accessibilité relative plus élevée*	8,2	64,9	13,6
	Accessibilité relative plus faible**	6,3	21,6	5,7
	<i>Ecart</i>	-24%	-67%	-58%
	Ensemble	7,0	39,1	9,1

Sources : Sniiram, Cnamts, 2010 ; Dépenses de santé, Cnamts, 2010 ; données locales, Insee, 2008 ; Odomatix.

Champ : patients ayant recours à un professionnel de santé (à moins de deux heures de la commune de résidence), cabinets primaires et secondaires des professionnels de santé. France, 2010.

* accessibilité supérieure au dernier quartile pour la tranche d'âge et le professionnel concernés

** accessibilité inférieure au premier quartile pour la tranche d'âge et le professionnel concernés

Note de lecture : dans les communes d'accessibilité relative plus faible, chaque habitant âgé de 19 à 69 ans a en moyenne recours 3 fois par an aux médecins généralistes. C'est 24 % de moins que dans les communes d'accessibilité relative plus élevée.

Cette observation des recours en fonction du type de territoire fait-elle apparaître une spécificité des personnes âgées de 70 ou plus ? À première vue, les différences de recours en fonction de l'accessibilité de la zone de résidence sont du même ordre entre les deux classes d'âge étudiées en ce qui concerne l'accès aux médecins généralistes et aux infirmiers (*tableau 3*). En revanche, elles sont nettement plus marquées pour les personnes âgées de 70 ans ou plus concernant les recours aux masseurs-kinésithérapeutes. Les habitants âgés de 70 ans ou plus ont ainsi près de 2,5 fois plus souvent de recours à ce professionnel dans les communes où l'APL est relativement forte que dans

⁵ Le nombre de recours moyen par habitant est calculé, pour chaque commune, en rapportant le nombre de recours enregistrés par l'Assurance maladie pour les patients de cette commune au nombre total d'habitants de la commune.

celles où l'APL est relativement faible. Pour les habitants plus jeunes, ce ratio n'est que de 1,5. On peut donc penser que les recours à faible distance aux masseurs-kinésithérapeutes (car en zone bien desservie) sont en quelque sorte « surreprésentés » chez les personnes âgées de 70 ans ou plus, relativement aux plus jeunes⁶. Il est possible également que, certaines personnes âgées, lorsqu'il n'y a pas de masseur-kinésithérapeute disponible à proximité, séjournent en établissement de soins de suite et réadaptation (SSR).

Au final, en termes de recours différencié par type de territoire, seul le recours aux masseurs-kinésithérapeutes semble faire l'objet d'une spécificité de la part des personnes âgées de 70 ou plus. Cette spécificité perdure (cf. ci-dessous) lorsque l'on s'intéresse aux distances réellement parcourues.

Vu la répartition des personnes âgées de 70 ans ou plus selon l'accessibilité géographique aux soins ainsi que leurs recours différenciés selon cette accessibilité, on peut penser que pour bénéficier effectivement de ces soins de proximité, elles parcourent des distances équivalentes – sinon inférieures – à celles des plus jeunes. Qu'en est-il en réalité ?

Un temps d'accès aux médecins généralistes et aux infirmiers plus court pour les personnes âgées de 70 ans ou plus

Un recours beaucoup plus fréquent aux soins à domicile

Lorsque l'on s'intéresse au recours des patients au médecin généraliste, à l'infirmier et au masseur-kinésithérapeute, il importe de distinguer les consultations pour lesquelles le patient se déplace au cabinet de celles pour lesquelles c'est le professionnel qui se déplace (« visites »). En effet, ces deux types de recours n'appellent pas les mêmes mesures de la part des acteurs publics en matière d'amélioration de l'organisation spatiale des soins.

Les personnes âgées de 70 ans ou plus se déplacent moins souvent au cabinet des professionnels : dans plus d'un cas sur trois c'est le médecin généraliste qui se déplace au domicile (contre 6 % pour les plus jeunes), et dans près de la moitié des cas c'est le masseur-kinésithérapeute qui se déplace (contre 8 % pour les plus jeunes) (tableau 4). Les infirmiers libéraux ont quant à eux une pratique presque exclusivement tournée vers les visites (dans neuf cas sur dix), quelle que soit la tranche d'âge du patient. Pour cette profession, il apparaît donc peu pertinent d'analyser dans le détail les consultations au cabinet.

Tableau 4 - Part de visites dans le recours aux professionnels de santé selon l'âge du patient

Professionnels de santé	Tranche d'âge du patient	Part de Visites (%)
Médecins généralistes (hors MEP)	19-69 ans	6
	70 ans et plus	35
Infirmiers	19-69 ans	90
	70 ans et plus	90
Masseurs-kinésithérapeutes	19-69 ans	8
	70 ans et plus	47

Sources : Sniiram, Cnamts, 2010.

Champ : patients ayant recours à un professionnel de santé à moins de deux heures de leur commune de résidence. France, 2010.

Concernant les généralistes et les masseurs-kinésithérapeutes, ces visites à domicile plus fréquentes pour les personnes âgées de 70 ans ou plus s'expliquent en premier lieu par un état de santé plus souvent dégradé. Une part importante de leurs recours est notamment liée à une affection de longue durée (ALD), soit 58 % des recours au médecin généraliste et 68 % des recours au masseur-kinésithérapeute contre respectivement 20 % et 26 % chez les plus jeunes. Par ailleurs, lorsque les

⁶ Ceci rejoint le constat précédent selon lequel si les recours aux masseurs-kinésithérapeutes enregistrés dans l'année s'étaient effectués au plus proche, ceux des patients âgés de 70 ans et plus se seraient fait en moyenne à une distance sensiblement inférieure à celle des autres patients (tableau 1, ligne « Population concernée par les recours au professionnel dans l'année »), puisque plus souvent à partir de zones bien desservies.

personnes âgées de 70 ans ou plus résident en EHPA, ce sont souvent les professionnels qui se déplacent s'ils ne sont pas déjà sur place (comme dans la plupart des EHPAD).

Ainsi, malgré leur accès comparable en termes de temps d'accès « théorique » et d'accessibilité (cf. parties précédentes), les personnes âgées se rendent moins souvent elles-mêmes chez leur médecin généraliste ou leur masseur-kinésithérapeute.

Les plus âgés vont en moyenne moins loin pour consulter un généraliste, et plus loin pour consulter un masseur-kinésithérapeute

Globalement, les consultations chez les médecins généralistes des personnes âgées de 70 ans se font davantage à proximité du domicile que celles des plus jeunes adultes (5 minutes contre 7, tableau 5). Les trois quarts des consultations des plus âgés se font notamment à moins de 7 minutes de leur domicile, contre 10 minutes pour les plus jeunes. Le temps de trajet moyen parcouru par un médecin généraliste pour une visite se situe quant à lui dans les mêmes ordres de grandeur que celui effectué par un patient qui se rend au cabinet : il est donc également plus court lorsque le patient est âgé de 70 ans ou plus.

À l'inverse les personnes âgées de 70 ans ou plus vont légèrement plus loin pour consulter un masseur-kinésithérapeute à son cabinet que les plus jeunes (près de 9 minutes 30 contre 8 minutes) (tableau 5), alors même qu'il apparaît que les personnes âgées ont une accessibilité (APL) aux masseurs-kinésithérapeutes comparable à celle des plus jeunes (tableau 2) et que l'étude de l'accès théorique à ces professionnels a montré que si les recours des patients âgés de 70 ans ou plus s'étaient faits au plus proche, les distances d'accès auraient été sensiblement inférieures à celles des patients moins âgés. Ce résultat doit néanmoins être relativisé dans la mesure où, pour cette population, c'est le masseur-kinésithérapeute qui se déplace dans près de la moitié des cas (contre moins d'un cas sur dix pour les plus jeunes). On observe d'ailleurs que dans le cas des visites, les masseurs-kinésithérapeutes se déplacent moins loin lorsque le patient est plus âgé (6 minutes de trajet, contre 7 pour les plus jeunes).

Tableau 5 - Temps moyen de recours effectif au professionnel de santé des patients selon leur âge (pondération par les flux réels)

Type de recours	Médecins généralistes (hors MEP)		Infirmiers		Masseurs-kinésithérapeutes	
	Tranche d'âge		Tranche d'âge		Tranche d'âge	
	De 19 à 69 ans	Plus de 70 ans	De 19 à 69 ans	Plus de 70 ans	De 19 à 69 ans	Plus de 70 ans
Consultations						
Moyenne	07:28	05:15	07:40	05:43	08:08	09:27
3e quartile	10:00	07:00	08:00	07:00	11:30	13:00
9e décile	21:00	14:30	25:00	15:30	23:00	29:30
Visites						
Moyenne	07:31	05:23	06:14	04:31	07:15	06:13
3e quartile	10:00	07:30	07:00	06:00	09:00	08:00
9e décile	20:30	14:00	18:00	13:00	20:30	18:30

Tranche d'âge	Médecins généralistes (hors MEP)		Infirmiers		Masseurs-kinésithérapeutes	
	Consultations	Visites	Consultations	Visites	Consultations	Visites
De 19 à 69 ans	07:28	07:31	07:40	06:14	08:08	07:15
Plus de 70 ans	05:15	05:23	05:43	04:31	09:27	06:13

Sources : Sniiram, Cnamts, 2010 ; données locales, Insee, 2008 ; Odomatrix.

Champ : consultations/visites des patients ayant recours à un professionnel de santé à moins de deux heures de leur commune de résidence, cabinets primaires et secondaires des professionnels de santé. France, 2010.

Note de lecture : les recours au médecin généraliste des patients âgés de 70 ans ou plus se font avec un temps d'accès moyen de 5 minutes 15. 75 % de ces mêmes recours se font avec un temps d'accès inférieur à 7 minutes, et 90 % avec un temps d'accès inférieur à 14 minutes 30.

Enfin, lorsque l'infirmier se déplace pour une visite, il rayonne moins loin autour de son cabinet lorsque le patient est plus âgé (4 minutes contre 6).

Ainsi, bien que les patients âgés de 70 ans ou plus présentent une accessibilité très proche de celle des autres adultes aux professionnels de santé de premier recours, les temps d'accès effectivement parcourus par les patients diffèrent sensiblement entre les deux classes d'âge : moins élevés pour les généralistes et les infirmiers, ils sont en revanche plus importants pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Des consultations chez le généraliste qui se font davantage au plus proche pour les plus âgés

Quel que soit l'âge du patient, le recours au professionnel le plus proche n'est pas systématique (Barlet, Bigard, Collin, 2012), ce qui explique que les temps parcourus en réalité pour les consultations (hors visites) sont significativement différents des temps d'accès au plus proche.

Pour autant, les consultations effectuées chez le médecin généraliste par les personnes âgées de 70 ans ou plus se font très souvent au plus proche (70 %, tableau 6), davantage que celles des plus jeunes (61 %), ce qui est cohérent avec une distance moyenne parcourue moins élevée pour cette classe d'âge.

Tableau 6 - Part des consultations au plus proche (%)

Tranche d'âge	Médecins généralistes (hors MEP)	Masseurs-kinésithérapeutes
De 19 à 69 ans	61	60
Plus de 70 ans	70	61

Sources : Sniiram, Cnamts, 2010 ; données locales, Insee, 2008 ; Odomatix.

Champ : consultations/visites des patients ayant recours à un professionnel de santé (à moins de deux heures de la commune de résidence), cabinets primaires et secondaires des professionnels de santé. France, 2010.

Ceci n'est pas le cas pour les masseurs-kinésithérapeutes. Si les consultations au plus proche sont pratiquement aussi fréquentes pour les patients âgés de 70 ans ou plus (61 % contre 60 %) que pour les autres adultes, leur temps d'accès moyen est toutefois plus élevé. Lorsqu'elles ne recourent pas au masseur-kinésithérapeute le plus proche, les personnes âgées de 70 ans et plus parcourent en moyenne des distances plus longues que les autres adultes lorsqu'ils ne vont pas au plus proche (22 minutes contre 18) (tableau 7). Cependant ce phénomène est surtout lié aux « très longues » distances parcourues par une partie des plus âgés : les temps supplémentaires médians parcourus sont relativement proches entre les deux classes d'âge (13 minutes 30 pour les personnes âgées de 70 ans ou plus contre 12 minutes 30 pour les plus jeunes), mais ces durées s'écartent lorsque l'on progresse vers le haut de la distribution. Ainsi 25 % des personnes âgées de 70 ans ou plus qui ne vont pas au plus proche parcourent une distance supplémentaire de 26 minutes pour consulter un masseur-kinésithérapeute, ce seuil n'étant « que » de 22 minutes pour les plus jeunes.

Cette particularité de l'accès aux masseurs-kinésithérapeutes devrait faire l'objet d'une analyse plus approfondie pour mieux en appréhender quels en sont les déterminants, même si pour les personnes âgées de 70 ans ou plus, les recours à ce professionnel se font massivement par des visites à domicile. Plus globalement, si ces outils permettent de décrire les distances d'accès, ils demeurent insuffisants pour en appréhender les déterminants. Ne pas consulter le professionnel de santé le plus proche de chez soi peut en effet avoir de multiples causes : consultation à proximité du lieu de travail (patients âgés de 19 à 69 ans), à proximité d'autres structures de soins plus lourdes notamment pour les patients les plus âgés, ou d'autres types de services... On peut aussi citer un éventuel effet de « fidélité » du patient à son médecin traitant, surtout s'il est âgé et habitué à ce médecin « de famille », ce qui pourrait le conduire à parcourir un trajet plus ou moins important pour le consulter, en particulier si la personne âgée ne réside plus à domicile mais dans un EHPA⁷. La pratique de certains

⁷ Dans ce cas l'adresse du patient dans les fichiers de l'Assurance-maladie - utilisés ici pour caractériser les flux des recours patients-médecins – correspond à l'adresse de l'EHPA.

professionnels, comme le fait d'effectuer des visites ou non, pourrait également influencer le choix du patient, en particulier les plus âgés ayant des difficultés à se déplacer. Des enquêtes *ad hoc* seraient ainsi nécessaires⁸, mais c'est aussi tout l'intérêt de l'utilisation de ces outils d'analyse de l'accès aux soins par les acteurs régionaux, en particulier les ARS. Leur connaissance des problématiques spécifiques au territoire et les sources complémentaires dont ils disposent au niveau local peuvent leur permettre d'interpréter de façon plus fine ce type de résultats, voire d'en tirer des enseignements concrets.

Tableau 7 - Temps moyen supplémentaire pour consulter le professionnel de santé lorsque les patients ne recourent pas au plus proche

Tranche d'âge	Médecins généralistes (hors MEP)				Masseurs-kinésithérapeutes			
	1er quartile	médiane	3ème quartile	moyenne	1er quartile	médiane	3ème quartile	moyenne
De 19 à 69 ans	07:00	11:30	20:30	17:06	07:00	12:30	22:00	17:39
Plus de 70 ans	05:30	09:00	16:00	14:14	07:30	13:30	26:00	22:05

Sources : Sniiram, Cnamts, 2010 ; données locales, Insee, 2008 ; Odomatrix.

Champ : consultations/visites des patients ayant recours à un professionnel de santé (à moins de deux heures de la commune de résidence), cabinets primaires et secondaires des professionnels de santé. France, 2010.

Les personnes âgées ont des temps d'accès à l'hôpital plus faibles, car elles se rendent plus souvent au plus proche

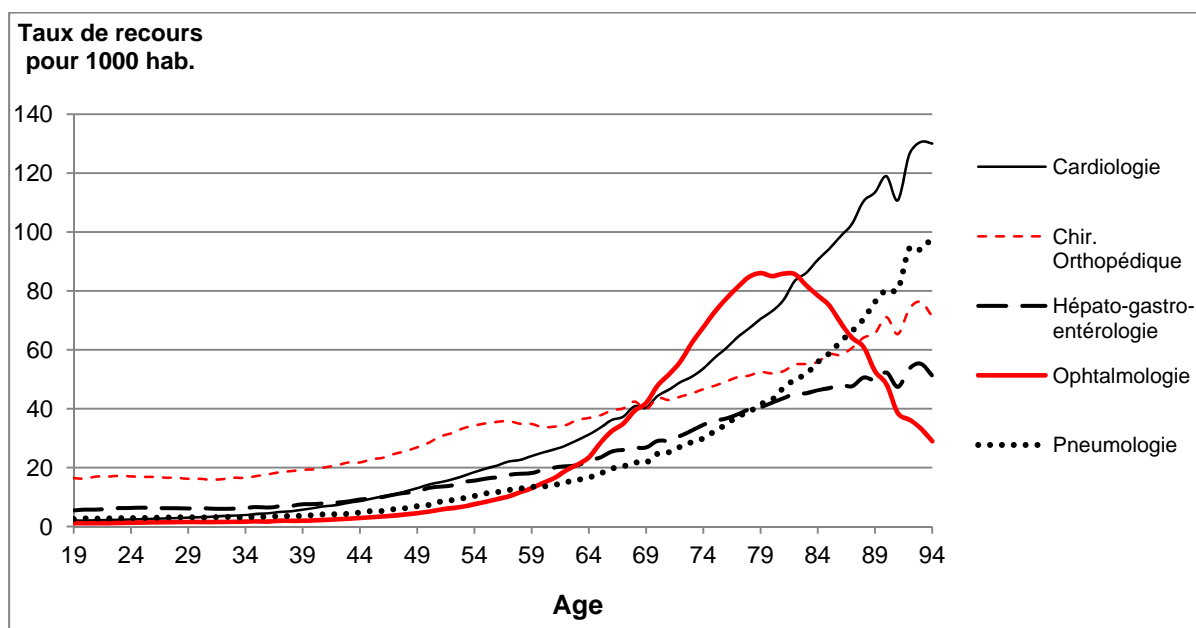
Les personnes âgées recourent trois fois plus aux soins hospitaliers que les 19-69 ans

Les personnes âgées de 70 ans ou plus totalisent environ 3,7 millions de séjours à l'hôpital en 2010, soit 38 % de l'ensemble des séjours des 19 ans et plus.

Toutes spécialités confondues – pour celles qui ont été conservées dans cette étude (voir annexe) – on dénombre 452 séjours pour 1 000 habitants âgés de 70 ans ou plus en 2010. Ce taux de recours est trois fois moindre pour les 19-69 ans (148 séjours pour 1 000 habitants de cette tranche d'âge). Si le taux de recours augmente logiquement avec l'âge, sa croissance n'est toutefois pas uniforme pour toutes les spécialités. La chirurgie orthopédique et l'hépatogastro-entérologie ont ainsi un taux de recours qui augmente de manière très régulière avec l'âge (*graphique 1*), ce qui n'est pas le cas de la cardiologie et de la pneumologie. Pour ces deux spécialités, on assiste en effet à une rapide augmentation du taux de recours au-delà de 70 ans. En cardiologie, alors que ce taux n'est que de 25 pour 1 000 à 60 ans, il atteint 73 pour 1 000 à 80 ans. L'ophtalmologie est un cas atypique, puisqu'après une hausse rapide du taux de recours entre 60 et 80 ans, celui-ci repart ensuite à la baisse. L'explication provient des opérations de la cataracte, dont la moitié est réalisée entre 70 et 82 ans.

⁸ L'édition 2012 de l'Enquête sur la Santé et la Protection sociale (ESPS) réalisée par l'IRDES comporte d'ailleurs une série de questions relatives aux pratiques spatiales de recours au médecin (généraliste et spécialiste) mais aussi aux différents services hospitaliers.

Graphique 1 - Taux de recours par âge, pour cinq spécialités



Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DGOS-DREES, PMSI-MCO 2010 ; INSEE, population au 1^{er} janvier 2011.

Au sein des 18 spécialités hospitalières retenues, la part des personnes âgées varie ainsi fortement. Si elles ne représentent que 8 % des séjours d'oto-rhino-laryngologie, leur part dans les séjours d'ophtalmologie atteint 66 % (tableau 8). La cardiologie, l'ophtalmologie, la chirurgie orthopédique, la pneumologie et l'hépto-gastro-entérologie représentent à elles seules près de 60 % de l'ensemble des séjours des personnes âgées de 70 ans et plus. Dans cette étude, les temps d'accès et les taux de recours sont calculés au niveau séjour. Ainsi, de la même manière que pour les soins de ville, si un patient se rend deux fois à l'hôpital dans l'année, il sera comptabilisé deux fois. Cependant, si certaines spécialités donnent plus fréquemment lieu que d'autres à plusieurs hospitalisations annuelles⁹, les écarts entre tranches d'âge sont relativement faibles. Ainsi, parmi les patients qui recourent aux soins, ceux de 70 ans ou plus se rendent 1,6 fois à l'hôpital en moyenne dans l'année, contre 1,4 fois pour les 19-69 ans (toutes spécialités confondues).

⁹ En 2010, on recense par exemple 1,5 séjour par patient en hématologie, contre un seul séjour par patient en stomatologie.

Tableau 8 - Temps théoriques et effectifs médians selon la spécialité hospitalière et la tranche d'âge

Spécialité	Part des 70 ans et plus dans le nombre total de séjours	Nombre de séjours des 70 ans et plus	Temps théoriques (mm : ss)		Temps effectifs (mm : ss)	
			19-69 ans	70 ans et plus	19-69 ans	70 ans et plus
Cardiologie	52,8	571 100	12:00	12:30	25:00	20:30
Chirurgie orthopédique	28,8	414 600	13:00	13:00	24:00	20:00
Chirurgie thoracique	33,2	14 600	22:30	24:00	31:30	24:30
Chirurgie vasculaire	51,7	44 300	25:00	26:00	30:30	29:00
Chirurgie viscérale	26,9	180 500	12:00	13:00	19:30	18:30
Dermatologie	36,9	59 000	19:00	22:30	22:00	21:12
Endoscopies digestives	18,6	243 200	11:00	10:30	17:30	17:24
Endocrinologie	31,6	98 400	13:00	16:00	22:00	17:30
Hépto-gastro-entérologie	39,7	315 000	10:30	12:30	19:30	18:30
Hématologie	47,0	118 100	15:30	18:00	25:30	19:00
Neurologie médicale	45,7	252 200	12:30	13:30	24:30	19:00
Néphrologie	39,2	144 300	13:00	14:00	22:00	19:00
ORL	17,2	52 800	11:30	13:30	22:00	20:00
Ophtalmologie	65,5	552 800	13:00	13:30	26:00	22:00
Pneumologie	53,6	347 400	10:30	12:30	20:00	17:30
Rhumatologie	39,4	120 000	15:30	16:00	26:00	18:30
Stomatologie	8,3	14 500	13:00	14:30	19:30	19:00
Urologie	31,6	157 500	13:30	13:30	22:00	21:00
Ensemble	37,6	3 700 300	12:50	14:00	21:30	19:30

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DGOS-DREES, PMSI-MCO 2010 ; Distancier Odomatrix.

Les temps d'accès théoriques très variables selon la spécialité, légèrement plus élevés pour les personnes âgées de 70 ans et plus que pour les autres adultes...

Les temps d'accès théoriques médians (voir annexe) par spécialité sont ceux que l'on obtiendrait si les patients se rendaient à l'établissement offrant des soins pour cette spécialité le plus proche de chez eux. Ils sont donc logiquement plus faibles pour des spécialités traitées dans de nombreux établissements (endoscopies digestives, pneumologie), que pour des spécialités plus rares (chirurgie thoracique ou vasculaire).

Comparés aux temps théoriques des 19-69 ans, ceux des personnes plus âgées apparaissent légèrement plus élevés (14 minutes contre 12 minutes 50 secondes, pour l'ensemble des 18 spécialités¹⁰), notamment parce que ces dernières sont légèrement sur-représentées dans des communes rurales, pour lesquelles les temps d'accès théoriques sont globalement plus élevés.

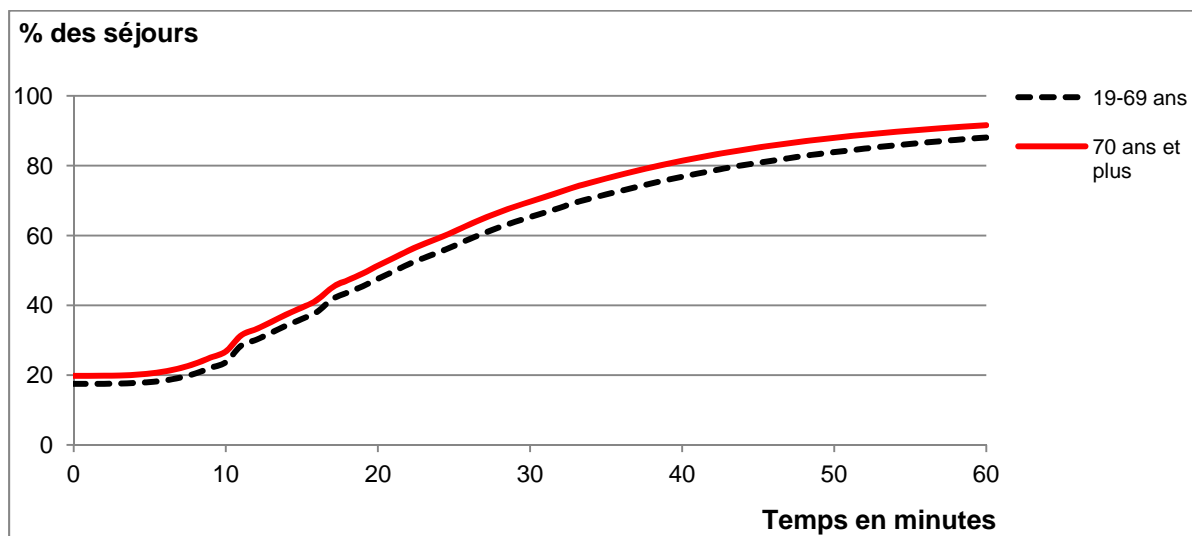
... mais des temps effectifs plus faibles...

Les temps d'accès effectifs médians varient également beaucoup selon la spécialité, et la hiérarchie de ces spécialités obtenue d'après les temps effectifs est logiquement proche de celle établie d'après les temps théoriques.

En revanche, alors qu'on pouvait s'attendre à ce que les temps d'accès effectifs des personnes âgées soient légèrement supérieurs à ceux des 19-69 ans, comme c'est le cas pour les temps théoriques, il n'en est rien. Les personnes âgées ont en effet des temps de trajet plus courts que les autres adultes (19 minutes 30 secondes contre 21 minutes 30 secondes, au global), avec pour certaines spécialités des écarts importants. Cet écart est ainsi supérieur à 5 minutes en chirurgie thoracique, hématologie, neurologie médicale et rhumatologie (*tableau 8*). Toutes spécialités confondues (les 18 étudiées ici), le faible écart existant entre les deux tranches d'âge est mis en évidence par les distributions cumulées des temps effectifs : 64 % des patients de 19 à 69 ans et 68 % des patients de 70 ans ou plus sont pris en charge à moins de 30 minutes de leur domicile (*graphique 2*).

¹⁰ Différence statistiquement significative.

Graphique 2 - Distributions cumulées des temps effectifs de parcours des patients à l'hôpital, selon leur tranche d'âge



Champ : France métropolitaine et DOM ; 18 spécialités retenues.
Sources : DGOS-DREES, PMSI-MCO 2010 ; Distancier Odomatrix.

Le fait que chacune des spécialités évoquées peut regrouper des types de pathologies différentes (voir annexe) n'explique pas cette situation. On aurait en effet pu penser que les personnes âgées recouraient davantage aux soins pour des pathologies de proximité, donc plus facilement accessibles. Une analyse des temps d'accès à un niveau plus fin de pathologie (AVC, infections respiratoires, cataractes, insuffisances rénales, ...) montre toutefois que les temps effectifs restent légèrement plus faibles pour les personnes âgées.

... Ce qui s'explique par leur propension plus forte à se rendre à l'établissement le plus proche

Celles-ci ont en effet davantage tendance à se rendre à l'établissement le plus proche de leur domicile, parmi ceux offrant les soins recherchés. Les 70 ans et plus sont ainsi 54 % à se rendre au plus proche, contre 45 % pour les 19-69 ans (tableau 9). Un écart qui s'explique sans doute par la moindre autonomie de ces personnes âgées, pour lesquelles les déplacements sont beaucoup plus « coûteux », surtout si elles ne sont pas véhiculées. Les plus jeunes accordent vraisemblablement une importance plus grande à d'autres critères que la distance pour choisir leur établissement (réputation, etc...), puisqu'un déplacement long leur est moins coûteux. Pour certaines spécialités comme la chirurgie vasculaire, les endoscopies digestives ou l'urologie, la propension à se rendre au plus proche est quasiment identique (moins de 5 points d'écart) entre les 19-69 ans et les 70 ans et plus. À l'inverse, pour l'endocrinologie, l'hématologie et la rhumatologie, les personnes âgées ont beaucoup plus tendance à aller au plus proche que les plus jeunes (plus de 15 points d'écart). Les hospitalisations non programmées, plus fréquentes chez les personnes âgées et pour lesquelles la latitude dans le choix de l'établissement est faible, contribuent également à cette propension plus élevée à se rendre au plus proche.

En scindant la tranche d'âge des personnes âgées en deux, on s'aperçoit par ailleurs que cette situation est encore plus marquée pour les personnes très âgées (80 ans et plus). De manière concomitante, celles-ci ont des temps d'accès effectifs encore plus faibles que les 70-79 ans. Leur plus forte tendance à résider en maison de retraite – souvent implantées plus près des centres-villes que leur résidence d'origine – réduit leur temps d'accès aux soins. Par ailleurs, lorsqu'il y a un problème, les résidents d'EPHAD sont souvent envoyés à l'hôpital le plus proche, ce qui raccourcit encore davantage les distances.

Tableau 9 - Proportion des séjours effectués à l'établissement le plus proche, selon la spécialité et la tranche d'âge

Spécialité	19-69 ans	70 ans et plus	70-79 ans	80 ans et plus
Cardiologie	39 %	50 %	43 %	55 %
Chir. orthopédique	41 %	51 %	47 %	55 %
Chir. thoracique	46 %	58 %	50 %	70 %
Chir. vasculaire	51 %	55 %	53 %	56 %
Chir. viscérale	49 %	56 %	53 %	59 %
Dermatologie	55 %	63 %	58 %	66 %
Endoscopies digestives	51 %	55 %	55 %	55 %
Endocrinologie	47 %	64 %	58 %	69 %
Hépto-gastro-entéro	48 %	54 %	51 %	57 %
Hématologie	45 %	64 %	59 %	69 %
Neurologie médicale	42 %	58 %	51 %	63 %
Néphrologie	46 %	56 %	51 %	61 %
ORL	44 %	53 %	50 %	59 %
Ophtalmologie	37 %	48 %	46 %	49 %
Pneumologie	47 %	58 %	53 %	61 %
Rhumatologie	44 %	61 %	54 %	67 %
Stomatologie	54 %	61 %	58 %	64 %
Urologie	47 %	51 %	50 %	55 %
Ensemble	45 %	54 %	50 %	58 %

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DGOS-DREES, PMSI-MCO 2010 ; Distancier Odomatrix.

Des temps d'accès plus élevés pour les habitants des communes rurales

Alors qu'une personne âgée urbaine met 16 minutes (en médiane) pour se rendre à l'hôpital, son homologue rurale met deux fois plus de temps (*tableau 10*). Ce ratio est identique pour les 19-69 ans. De tels écarts s'expliquent par une accessibilité aux soins beaucoup plus faible pour les habitants des communes rurales. Ceux-ci résident en effet à environ 25 minutes de l'établissement le plus proche, contre seulement 9 minutes pour les habitants des communes urbaines.

Tableau 10 - Temps d'accès effectif et théorique selon le degré d'urbanisation de la commune de résidence

	Type de commune de résidence	Nombre de séjours	Temps d'accès effectif médian	Temps d'accès théorique médian
19-69 ans	Commune rurale	1 341 000	34 mn	24 mn
	Commune urbaine	4 799 000	18 mn	9 mn
70 ans et plus	Commune rurale	921 000	31 mn	25 mn
	Commune urbaine	2 779 000	16 mn	9 mn

Champ : France métropolitaine et DOM ; 18 spécialités retenues.

Sources : DGOS-DREES, PMSI-MCO 2010 ; INSEE, Données communales sur le degré d'urbanisation 2010 ; Distancier Odomatrix.

Des taux de recours hospitaliers qui ne diffèrent pas selon le degré d'urbanisation

Pour autant, alors que cette plus faible accessibilité aurait pu inciter les ruraux à moins se rendre à l'hôpital, ce n'est pas ce que l'on constate. Toutes pathologies confondues, le taux de recours semble peu varier en fonction du type de commune de résidence (*tableau 11*). Pour les 19-69 ans et les 70-79 ans, les écarts sont inférieurs à 5 %.

Les habitants des communes rurales, qui rassemblent 22 % de la population, réalisent également près de 22 % des séjours hospitaliers.

Tableau 11 - Taux de recours pour 1000 habitants, selon la tranche d'âge et le type de commune de résidence

	19-69 ans		70-79 ans		80 ans et plus	
	Commune rurale	Commune urbaine	Commune rurale	Commune urbaine	Commune rurale	Commune urbaine
Cardiologie	12,4	12,2	54,9	52,5	108,2	91,2
Chirurgie orthopédique	26,6	24,1	47,8	43,8	63,8	58,4
Chirurgie thoracique	0,7	0,7	1,7	1,8	2,0	1,8
Chirurgie vasculaire	1,0	1,0	5,0	5,2	6,0	5,7
Chirurgie viscérale	11,6	11,8	21,7	21,1	25,9	22,4
Dermatologie	2,2	2,5	5,6	5,2	11,3	9,7
Endo. digestives	22,8	26,5	34,3	42,0	11,5	14,9
Endocrinologie	4,2	5,4	9,0	10,5	15,7	14,6
HGE	11,1	11,6	33,5	32,5	51,9	45,9
Hématologie	3,0	3,3	11,5	11,1	21,0	18,8
Neurologie médicale	6,8	7,3	21,7	22,4	45,4	43,5
Néphrologie médicale	5,1	5,4	13,5	13,8	25,1	23,2
ORL	5,6	6,2	6,3	6,3	7,2	6,6
Ophthalmologie	6,4	7,2	61,2	65,8	74,3	71,4
Pneumologie	6,8	7,3	29,8	30,2	68,6	58,9
Rhumatologie	4,6	4,4	11,6	11,2	20,9	19,5
Stomatologie	3,4	4,0	1,6	1,7	1,8	2,0
Urologie	8,1	8,2	19,7	20,7	17,6	17,4
Ensemble	142,2	149,1	390,2	397,7	578,1	525,8

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DGOS-DREES, PMSI-MCO 2010 ; INSEE, Population au 1^{er} janvier 2011 et données communales sur le degré d'urbanisation 2010.

Les ruraux très âgés recourent même davantage que leurs homologues urbains

Le seul écart notable concerne les personnes très âgées (80 ans ou plus), qui recourent plus souvent quand elles résident en milieu rural que quand elles résident en milieu urbain. Ce recours plus fréquent aux soins corrobore le phénomène de surmortalité rurale déjà mis en évidence dans certaines études¹¹. Selon les auteurs, ce désavantage rural concernerait notamment les décès liés à l'appareil circulatoire, à l'appareil respiratoire, les accidents vasculaires cérébraux ou encore les accidents de la circulation. La composition sociale plus favorable des grandes agglomérations et les différences de comportements face à la santé (mode de vie, alimentation, ...) expliquent en partie cette surmortalité en milieu rural¹².

Pour en revenir aux spécialités étudiées dans cette étude, les seules pour lesquelles les urbains recourent davantage que les ruraux – et ce quelle que soit la tranche d'âge – sont la stomatologie et les endoscopies digestives. Pour les autres spécialités, il semble donc que le temps d'accès, s'il est pour les personnes âgées – voire très âgées – un critère important dans le choix de l'établissement, n'est en tout cas pas un frein au recours.

¹¹ Grimaud O, Bayat S, Chaperon J, « Mortalité urbaine et rurale en Bretagne », Revue Santé publique 2004, volume 16, no 3.

¹² Lucas V, Tonnellier F. « Les indicateurs de santé en milieux urbains et zones rurales aujourd'hui », Actualité et dossier en santé publique n°19 - Géographie de la Santé », 1996.

Annexe méthodologique

Sources

La Drees et l'Insee ont développé une méthodologie d'analyse de l'accessibilité des services de santé en ville ou à l'hôpital (accès au service de santé le plus proche), de leur fréquentation (comparaison de la fréquentation théorique et du recours effectif), de leur adéquation offre-demande (potentielle) et de leur dynamique (évolution des flux dominants, impact des restructurations hospitalières). Cet outil mobilise principalement deux bases de données : le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les soins hospitaliers et le Système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM) pour les soins de ville.

Les données pour les soins de ville fournissent :

- pour chaque professionnel, son ou ses (en cas de cabinet secondaire) lieux d'exercice, le nombre d'actes effectués et le niveau de ses honoraires ;
- pour chaque recours à un professionnel de santé, la nature de l'acte effectué (visite, consultation ou acte technique), la commune de résidence du patient et la commune d'exercice du professionnel, ainsi que les caractéristiques du patient (sexe, âge, patient bénéficiant de la CMU ou étant atteint d'une ALD. L'âge du patient n'est cependant fourni que par tranches dans les données du SNIIR-AM à notre disposition: 0-2 ans, 3-18 ans, 19-69 ans et 70 ans ou plus.

Les données du PMSI-MCO permettent de disposer :

- pour chaque séjour en médecine, chirurgie ou obstétrique, des informations sur les caractéristiques des patients (âge, sexe, lieu de résidence), sur les diagnostics et sur les actes réalisés pendant le séjour. Ces informations déterminent le classement de chaque séjour hospitalier dans un groupe homogène de malades (GHM). C'est à partir de ces GHM qu'a été constituée la nomenclature des spécialités définies dans cette étude.

Ni l'identifiant patient, ni celui du professionnel, n'étant disponibles dans les données relatives aux soins de ville utilisées, il n'est pas possible d'identifier les recours aux soins de ville effectués par un même patient. Il en est de même pour les données hospitalières, celles-ci étant analysées au niveau séjour et non au niveau patient. Les recours moyens par habitant sont donc estimés, pour chaque commune, en rapportant le nombre total de recours effectués par des patients de la commune au nombre total d'habitants de la commune. Le temps d'accès effectif est ainsi calculé comme un temps d'accès moyen (pour la ville) ou médian (pour l'hôpital) par recours, et non par patient (*cf.* définitions ci-dessous).

De plus, pour tenir compte des besoins en soins de la population pour le calcul de l'accessibilité potentielle localisée (APL, *cf.* ci-dessous son calcul), ont été également utilisées les consommations nationales de soins par classe d'âge, issues des bases de l'assurance maladie. Les populations sont, quant à elles, issues du recensement INSEE, elles correspondent aux populations de l'année 2008, dernière année disponible au niveau communal.

Professionnels de santé étudiés

Les données utilisées sont issues des bases de l'assurance maladie pour les médecins généralistes, les masseurs-kinésithérapeutes, et les infirmiers. Elles comptabilisent tous les professionnels de santé libéraux en activité au 31 décembre 2010. Du fait de la source de données utilisée, les médecins salariés exerçant dans les centres de santé et les infirmiers exerçant en SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile) n'ont pu être pris en compte. Concernant les médecins généralistes, les Médecins à exercice particulier (MEP : acupuncture, homéopathie, angiologie, etc.) ne relèvent pas de soins de premier recours, ce qui conduit à les exclure de cette étude, dans la mesure où il est difficile d'identifier la part de leur activité relevant réellement des soins de premiers recours de celle relevant de soins spécialisés. Les professionnels de santé peuvent exercer dans plusieurs lieux de soins (cabinets principaux et secondaires).

Spécialités hospitalières retenues

Seules les spécialités hospitalières susceptibles de concerner les personnes âgées ont été retenues. La chirurgie infantile, la pédiatrie médicale, la gynécologie, les accouchements, les interruptions volontaires de grossesse ou encore l'assistance médicale à la procréation ne sont, par exemple, pas conservées. Ont été également exclues, en raison cette fois de la non disponibilité de certaines données, les séances et les activités soumises à autorisation comme la chirurgie cardiaque, les grands brûlés et la neurochirurgie. Au final, les 18 spécialités restantes (sur 30 spécialités présentes initialement) correspondent à environ 9,8 millions de séjours de personnes de 19 ans ou plus.

Le regroupement des pathologies au sein de grandes « spécialités » peut parfois conduire à sous-estimer les temps théoriques d'accès (c'est-à-dire les temps d'accès au service le plus proche, cf. définition ci-dessous). Un établissement peut, en effet, disposer d'un service d'ophtalmologie, sans pour autant qu'il traite toutes les pathologies liées à cette spécialité. Un patient nécessitant des soins de chirurgie ophtalmique lourde pourra ainsi être amené à se rendre dans un établissement autre que l'établissement le plus proche, afin de bénéficier des soins adéquats. L'écart entre temps théoriques et effectifs, tout comme la proportion de patients se rendant au service le plus proche, s'explique donc non seulement par le choix des patients, mais aussi en partie par le niveau d'agrégation retenu dans l'étude des pathologies.

Définitions et concepts retenus

Temps d'accès : ils sont estimés grâce au logiciel Odomatrix, développé par l'Inra, qui permet le calcul de distances entre deux communes. Ces distances sont ensuite converties en temps en appliquant une vitesse moyenne selon le type de route. Les patients et les professionnels sont localisés au centre-ville de leur commune, généralement la mairie, et non à leur adresse exacte ; exceptions faites des communes de Paris, Lyon et Marseille, où ils sont localisés au centre de leur arrondissement d'implantation. Les patients qui se font soigner dans leur commune de résidence se voient ainsi affecter un temps de trajet nul. Il est difficile d'évaluer l'impact de cette approximation qui peut conduire à sous-estimer les distances (par exemple lorsqu'un habitant et un professionnel appartiennent à la même commune, on considère que la distance qui les sépare est nulle) mais aussi à les surestimer (par exemple si un habitant et un professionnel sont très proches mais situés de part et d'autre d'une frontière communale). Cette approximation peut être non négligeable en zone urbaine dense.

Distinction entre temps d'accès théorique et temps d'accès effectif :

- Temps d'accès théorique : pour les soins de ville, il s'agit du temps de trajet pour accéder au cabinet du professionnel le plus proche, en tenant compte des cabinets secondaires. Pour les soins hospitaliers, il s'agit du temps de trajet pour se rendre à l'établissement offrant des soins pour la spécialité concernée le plus proche.
- Temps d'accès effectif : pour les soins de ville, seuls les flux de moins de deux heures sont conservés pour tenir compte des déplacements habituels d'accès aux soins, et exclure notamment les consultations sur le lieu de vacances... Par professionnel, tranche d'âge du patient, patient en ALD ou non, la part des flux de plus de deux heures est comprise entre 0,9 % et 2,5 %. Pour les soins hospitaliers, la possibilité de recours habituels à des établissements éloignés de la commune de résidence a été maintenue ; tous les flux sont conservés et ce sont des temps médians qui sont calculés.

Choix entre temps d'accès « moyen » et temps d'accès « médian » :

- Pour les soins de ville, le concept retenu est celui des temps d'accès moyens des individus ;
- Pour les soins hospitaliers, le concept retenu est celui des temps d'accès médians. Ces temps « médians » ont l'avantage de ne pas être trop impactés par les valeurs extrêmes.

Le choix de présenter une moyenne plutôt qu'une médiane pour les soins de ville s'explique par le fait que les déplacements correspondants se font pour la plupart à des distances très courtes, souvent dans la commune de résidence (par exemple, 84 % de la population est située dans une commune où exerce un médecin généraliste ; 56 % des consultations sont d'ailleurs réalisées

dans la commune de résidence du patient. Pour plus de détails voir Barlet et *al.*, 2012). Or, le distancier utilisé (Odomatrix) ne permet pas de calculer des temps d'accès infra-communaux : un déplacement ayant lieu au sein d'une même commune a donc un temps d'accès considéré comme nul. De fait, les temps d'accès théoriques – comme effectifs – médians calculés pour les soins de ville sont nuls pour les trois professions étudiées.

Commune équipée : une commune est dite équipée pour un type de professionnel, si au moins un professionnel de ce type y exerce dans un cabinet principal ou secondaire. Elle sera dite équipée d'une spécialité hospitalière si un établissement offrant des soins pour cette spécialité y est implanté.

Commune urbaine/rurale : selon la définition de l'INSEE, une commune urbaine est une commune appartenant à une unité urbaine, c'est-à-dire à un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (sans coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants. Les autres communes sont dites « rurales ». Seulement 20 % des communes françaises sont urbaines, mais elles regroupent 80 % de la population.

L'accessibilité potentielle localisée (APL)

Cet indicateur propose une nouvelle mesure de l'accessibilité spatiale aux professionnels de santé libéraux.

Il s'agit d'un indicateur local, calculé au niveau de chaque commune qui tient compte :

- de l'offre et de la demande des communes environnantes : un professionnel est considéré accessible s'il exerce dans une commune située à moins de 15 minutes pour les médecins généralistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. On considère par ailleurs que l'accessibilité décroît avec la distance : elle est parfaite si la distance est inférieure à 5 minutes, égale à 30 % si la distance est comprise entre 5 et 10 minutes, à 10 % si la distance est comprise entre 10 et 15 minutes, et nulle au-delà.
- du niveau d'activité des professionnels de santé, grâce à l'utilisation d'équivalents temps plein ;
- des besoins de soins de la population différenciés par âge, approchés par les données nationales de consommation de soins de chaque tranche d'âge.

Les informations relatives à l'activité des professionnels et aux consommations nationales des patients par tranche d'âge sont obtenues à partir des données de l'assurance maladie.

Pour chaque commune et pour chaque type de professionnel, l'indicateur fournit un nombre d'ETP accessibles pour 100 000 habitants, pondérés en fonction de leur consommation nationale de soins par tranche d'âge. La méthodologie de mise en œuvre de l'indicateur est détaillée dans Barlet et *al.* (2012).

Cet indicateur communal peut être agrégé au niveau national. L'agrégation peut être faite de différentes façons, en fonction des poids retenus pour chaque commune. On peut par exemple calculer cet indicateur pour l'ensemble de la population, dans ce cas on attribuera comme poids à chaque commune le poids de sa population dans l'ensemble de la population nationale. On peut aussi calculer cet indicateur pour une tranche d'âge particulière (par exemple les plus de 70 ans), dans ce cas on attribuera comme poids à chaque commune le poids de ses habitants de plus de 70 ans dans la population totale des plus de 70 ans.

Bibliographie

Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V., « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », 2012, DREES, *Études et Résultats*, n°795 et IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 174.

Barlet M., Bigard M., Collin C., DREES, *Études et Résultats* et *Insee Première* sur l'accès aux soins de ville, 2012, à paraître.

Danet S. « L'état de santé de la population en France », 2012, DREES, *Études et Résultats*, n°805.

Evain F., « À quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ? », 2011, DREES, *Études et Résultats*, n° 754.

Evain F., Solard J., « Les disparités territoriales d'accès aux soins hospitaliers : comparaison de deux spécialités », 2012, DREES, *Études et Résultats*, n° 794.

Perrin-Haynes J., « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées », 2010, DREES, *Document de Travail, Série Statistiques*, n° 142.

Prévot J., « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », 2009, DREES, *Études et Résultats*, n° 699

« L'état de santé de la population en France – Rapport 2011 », novembre 2011, DREES.

Disparités territoriales des consommations de soins de spécialistes et de dentistes : le poids des dépassements

Audrey Baillot (DREES)¹

Cette étude étend aux dépassements de tarifs opposables les travaux menés sur les disparités territoriales de consommation de soins. Elle porte sur les soins de ville de l'année 2009.

En 2009, la dépense moyenne en soins de ville est de 1 335 euros, dont 1 139 euros de dépense reconnue et 196 euros de dépassements. Les dépassements moyens par habitant varient significativement d'un département à l'autre. Pour les soins de médecins spécialistes comme pour ceux de chirurgiens-dentistes, la dispersion des dépenses par tête entre les départements est cependant davantage liée aux écarts observés entre les dépenses reconnues moyennes qu'à ceux des dépassements, en raison du poids plus faible de ceux-ci dans l'ensemble de la dépense.

Ces disparités départementales sont en partie imputables aux différences de structure démographique des populations locales ; elles sont aussi liées à d'autres caractéristiques, notamment au niveau de revenu de la population et à l'offre de soins locale. Si l'on tient compte des caractéristiques de chaque département, les écarts de consommations de soins se réduisent de moitié pour la dépense reconnue, et d'un peu plus pour les dépassements. Néanmoins, des écarts importants de consommations de soins subsistent après cette correction statistique appelée « standardisation ».

Pour les soins de spécialistes et de chirurgiens-dentistes, les montants des dépassements sont substantiellement supérieurs à la moyenne dans quatre zones : l'Île-de-France (hors Seine-Saint-Denis), l'Alsace, quelques départements de Rhône-Alpes et les Alpes-Maritimes. Après standardisation, l'Alsace, quelques départements de Rhône-Alpes et les Alpes-Maritimes présentent des dépassements corrigés encore supérieurs à la moyenne, mais d'autres zones sont aussi concernées.

¹ L'auteur remercie la CNAMTS, la MSA et le RSI pour la fourniture des données.

Les études antérieures sur les disparités territoriales de consommation de soins portaient sur les montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire². Elles ne traitaient pas d'un élément déterminant de l'accès financier aux soins : les dépassements de tarif opposable. Or, comme la consommation de soins remboursée, les dépassements ne sont pas uniformément répartis entre les personnes ni entre les territoires.

À partir des données des trois grands régimes d'assurance maladie (*encadré 1*), cette étude analyse les disparités départementales de consommation de soins par tête, en ajoutant les dépassements à la dépense reconnue par l'assurance maladie.

Les analyses portent principalement sur les soins de ville, y compris honoraires des médecins libéraux en cliniques privées. Elles portent plus particulièrement sur les consommations de soins de médecins généralistes, de spécialistes et de chirurgiens-dentistes (dont les dépassements représentent la moitié des dépassements de soins de ville).

En soins de ville, les dépassements concernent surtout les dispositifs médicaux, les chirurgiens-dentistes et les spécialistes (partie I). Les disparités géographiques de consommation de soins par personne protégée sont importantes pour les trois postes de soins étudiés. Présentes au niveau de la dépense reconnue, elles concernent aussi le dépassement de tarif opposable (partie II). Si l'on tient compte des spécificités démographiques et contextuelles des départements, en particulier du niveau de revenu de la population et de l'offre de soins locale, les consommations de soins ainsi corrigées paraissent deux fois moins dispersées (partie III).

1. Les dépassements en 2009 : 6,7 milliards d'euros d'honoraires, 5,5 milliards d'euros de dispositifs médicaux

En 2009, pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie, les dispositifs médicaux de la liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie (LPP) totalisent la plus grande part des dépassements par rapport aux tarifs opposables avec 5,5 milliards d'euros, dont 4,6 milliards d'euros pour l'optique (*tableau 1*). De l'ordre de 4,2 milliards d'euros, les dépassements sont aussi très importants pour les soins dentaires. Les soins prodigués par les médecins spécialistes représentent quant à eux 2,1 milliards d'euros de dépassements, montant dix fois supérieur à celui des médecins généralistes³ pour lesquels les dépassements s'élèvent à 200 millions. Enfin, pour les autres postes de soins de ville (biologie, pharmacie, transports et autres produits d'origine humaine), les dépassements totalisent quelques millions d'euros.

Ces dépassements sont de nature différente. Pour les médecins généralistes et spécialistes, ils sont liés à l'exercice en secteur 1 avec un droit permanent à dépassement (très rare) ou en secteur 2 à honoraires libres. Toutefois, de manière exceptionnelle, tous les professionnels de santé peuvent facturer un dépassement si le patient a une demande particulière. Pour les chirurgiens-dentistes, les dépassements ne concernent en général pas les soins, bien que certains chirurgiens-dentistes disposent d'un droit permanent à dépassement. Pour les soins dentaires comme pour les dispositifs médicaux, les dépassements résultent avant tout des écarts entre les tarifs opposables et les prix des produits (prothèses dentaires, lunettes, orthèses,...).

Du fait des différences de nature entre les dépassements de chaque poste de soins, les taux de dépassements sont plus importants pour les soins dentaires (102 %) et les dispositifs médicaux (92 %) que pour les soins de spécialistes (20 %) ou de généralistes (3 %).

² Expert A., Lê F., Tallet F., 2008, « Les disparités départementales des dépenses de santé », *Comptes nationaux de la santé 2008*, DREES.

Lê F., Tallet F., 2009, « Disparités territoriales des dépenses de santé : le rôle des facteurs de demande et d'offre de soins », *Comptes nationaux de la santé 2009*, DREES.

³ Hors omnipraticiens à mode d'exercice particulier.

Tableau 1 - Montants totaux et taux de dépassement au regard de la dépense reconnue pour les postes de soins les plus concernés par les dépassements (données tous régimes)

En milliers d'euros

Poste de soins (principaux postes concernés par les dépassements)	Dépense reconnue (B)	Dépassement (d)	Taux de dépassement (d/B)
Omnipraticiens	7 831 465	358 094	5%
<i>Généralistes</i>	7 011 193	197 285	3%
<i>À mode d'exercice particulier*</i>	820 272	160 809	20%
Spécialistes	10 566 861	2 064 650	20%
Chirurgiens-dentistes	4 115 182	4 191 350	102%
Autres professionnels de santé**	9 180 960	77 236	1%
Liste des produits et prestations	5 967 551	5 484 808	92%
<i>Optique</i>	288 474	4 587 947	1590%
<i>Matériels-pansements</i>	3 851 712	122 709	3%
<i>Orthèses-Prothèses</i>	1 827 365	774 151	42%

*Médecin dont la spécialité n'est pas reconnue par la Sécurité sociale. Ex. : acupuncture, homéopathie, angiologie.

**Sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes.

Sources : SNIR, exploitation SNIR-AM, année 2009.

Champ : tous régimes, France métropolitaine, prestations présentées au remboursement en soins de ville y compris honoraires en cliniques privées, **hors biologie, pharmacie, transports, produits d'origine humaine.**

Rappelons que les dépassements sont définis par rapport à la dépense reconnue par l'assurance maladie obligatoire. Ils ne comprennent donc pas les dépenses liées à la réalisation d'actes hors nomenclature, qui ne font pas partie du panier de soins remboursables.

2. La dispersion des dépenses par tête entre les départements est davantage liée à la dépense reconnue qu'au dépassement

Une dépense moyenne de 1 335 euros par tête, dont 196 euros de dépassement en soins de ville en 2009

En 2009, un bénéficiaire du régime général, agricole ou indépendant dépense en moyenne 1 335 euros en consommation de soins de ville (*tableau 2*). Conformément aux taux de remboursement en vigueur, l'assurance maladie le rembourse sur la base de 1 139 euros. Les 196 euros restants sont des dépassements des tarifs de convention, non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Tableau 2 - Consommation de soins de ville en moyenne par tête en 2009

	Dépense présentée au remboursement* (euros)	Dépense reconnue** (euros)	Dépassement (euros)	100 x Dépense présentée / Dépense reconnue
Soins de généralistes	121	116	5	104
Soins de spécialistes	199	166	33	120
Soins de dentistes	129	63	66	205
Autres soins de ville***	886	794	92	112
Ensemble des soins de ville	1 335	1 139	196	117

*Ne comprend pas les actes hors nomenclatures, ni les soins non présentés au remboursement.

**Consommation de soins remboursables par l'assurance maladie, y compris ticket modérateur, franchises et participations forfaitaires.

*** LPP, biologie, pharmacie, transports et produits d'origine humaine.

Sources : CNAMTS, MSA, RSI. Calculs : DREES.

Champ : Soins de ville en nature y compris honoraires des médecins libéraux en cliniques privées en 2009, population de France métropolitaine protégée par les régimes général, agricole et des indépendants.

Encadré 1

Sources des données et indicateurs étudiés

▪ Consommation de soins

Les données de consommation de soins proviennent de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), du Régime social des indépendants (RSI) et de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Pour l'année 2009, plusieurs indicateurs de consommation de soins sont disponibles :

- la **dépense reconnue** par l'assurance maladie obligatoire (**base de remboursement**) : tarif de la sécurité sociale, aussi appelé tarif opposable. Il se compose du montant remboursé et de la partie de copaiement à la charge du patient, incluse dans le tarif opposable (ticket modérateur, franchise ou participation forfaitaire) ;
- la **dépense présentée au remboursement**, c'est-à-dire la dépense reconnue complétée des dépassements de tarifs opposables qui lui correspondent. Pour les spécialistes, les dépassements sont des dépassements d'honoraires. Pour les soins dentaires et les autres soins de ville, les dépassements associés à la dépense reconnue concernent surtout les prothèses dentaires et les dispositifs médicaux.

Ces chiffres ne prennent en compte que la dépense présentée au remboursement ; ils excluent celle liée aux actes hors nomenclature, qui ne font pas partie du panier de soins remboursables par l'assurance maladie obligatoire.

Les montants sont détaillés par département de résidence des bénéficiaires, pour la France métropolitaine. Ils couvrent le champ des soins de ville en nature, y compris honoraires en cliniques privées. Les honoraires des médecins libéraux en cliniques privées ont été conservés dans l'analyse du fait de leur importance. La part des médecins en secteur 2 est notamment particulièrement élevée en chirurgie, obstétrique et anesthésie. Cette étude détaille plus précisément les consommations de soins de médecins généralistes, de spécialistes et de chirurgiens-dentistes.

▪ Population protégée (ou couverte)

En 2009, les trois régimes inclus dans l'étude totalisent 96 % des prestations en nature versées par tous les régimes d'assurance maladie obligatoire, pour les risques maladie, maternité et accident du travail – maladie professionnelle.

Chacun des trois régimes a fourni l'effectif de sa population protégée en 2009 par département de résidence, par classe d'âge et sexe. Les données de la CNAMTS concernent les bénéficiaires du régime général y compris sections locales mutualistes (SLM). En 2009, les bénéficiaires du régime général représentaient 88,9 % des bénéficiaires des trois régimes, ceux du régime agricole 5,7 % et ceux du régime des indépendants 5,4 %.

▪ Une consommation de soins par bénéficiaire et non par consommant

Les indicateurs retenus dans cette étude sont des montants par tête. Ils représentent la consommation annuelle moyenne de soins d'une personne couverte par l'un des trois régimes en 2009. La consommation totale de soins présentée au remboursement et les dépassements correspondants sont ainsi répartis sur l'ensemble de la population protégée, et non sur les seules personnes ayant eu recours aux soins.

Or une personne protégée n'a pas systématiquement recours aux soins au cours d'une année. Le taux de recours est même très variable selon le poste de soins considéré. Ainsi, en 2010, 99,4 % des bénéficiaires du régime général ou des sections locales mutualistes ont présenté au moins une dépense de soins de ville au remboursement ; mais seuls les deux-tiers ont présenté une dépense de soins de spécialistes au remboursement. Par conséquent, la consommation de soins par bénéficiaire ne doit pas être confondue avec le montant moyen par consommant.

▪ Facteurs contextuels

Pour ajuster les écarts de consommations de soins par tête entre les départements, plusieurs facteurs ont été pris en compte en plus de la structure par âge et sexe de la population couverte par les trois régimes dans chaque département (*encadré 3*).

Les densités de professionnels de santé sont tirées du Système national inter-régimes (SNIR). Seuls les professionnels libéraux sont comptabilisés, les professionnels exerçant une activité exclusivement salariée étant exclus. Les professions prises en compte sont les médecins généralistes pour l'analyse des consommations de soins de généralistes, les médecins spécialistes pour les soins de spécialistes et les chirurgiens-dentistes pour les soins dentaires.

Les indicateurs de mortalité, de chômage, de revenu et de ruralité sont issus des statistiques de l'INSEE.

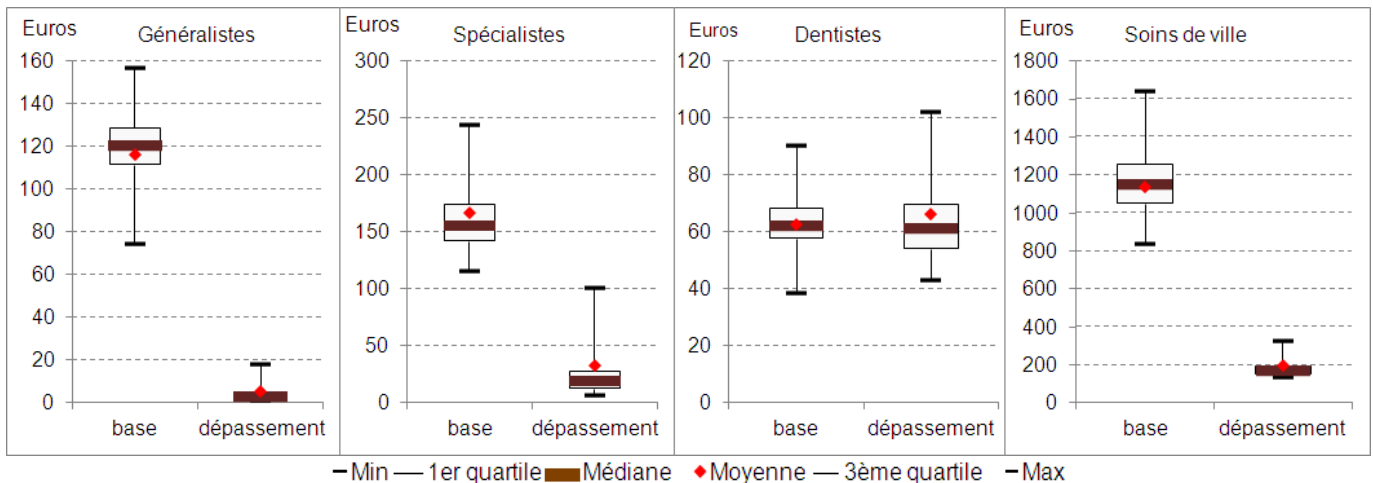
Avec 166 euros par personne protégée en moyenne, la dépense reconnue de soins de spécialistes représente 15 % de l'ensemble des soins de ville. Le poids du dépassement de spécialistes (33 euros) est relativement important puisqu'il représente 17 % du dépassement de soins de ville. Cela est encore plus marqué pour les soins dentaires : ils ne représentent que 6 % de la dépense reconnue de soins de ville mais 34 % des dépassements. Les soins dentaires étant moins bien pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, le dépassement moyen (66 euros) y est plus élevé que la dépense reconnue (63 euros).

Un quart des départements présentent un dépassement moyen par personne protégée supérieur à 192 euros en soins de ville

Pour la dépense reconnue comme pour le dépassement, les consommations de soins par personne protégée sont différentes d'un département à l'autre (*graphiques 1a*).

Que ce soit pour l'ensemble des soins de ville, de généralistes, de spécialistes ou de chirurgiens-dentistes, la dépense reconnue par tête du département où la consommation de soins est la plus élevée est deux fois plus importante que celle du département où la consommation de soins est la plus faible. Pour les soins de ville, cela représente un écart de 800 euros par tête entre les départements extrêmes.

Graphiques 1a - Distribution des consommations de soins par tête observées dans les départements

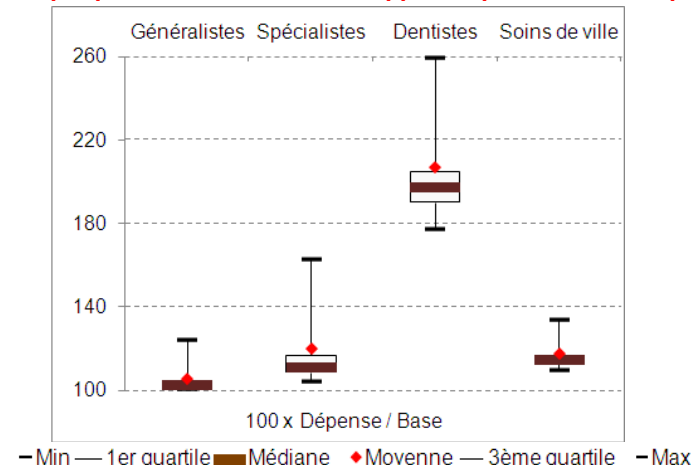


Lecture : La base de remboursement (dépense reconnue) moyenne par tête pour les soins de généralistes est de 116 euros. Dans le département où la consommation de soins par tête est la plus faible, la base de remboursement s'élève à 74 euros. Dans un quart des départements, la base de remboursement par tête est inférieure à 112 euros (1^{er} quartile). Elle est inférieure à 120 euros pour la moitié des départements (médiane), et inférieure à 129 euros pour trois quarts des départements (3^{ème} quartile). Dans le département où la consommation de soins est la plus élevée, la base de remboursement par tête est de 157 euros.

Sources : CNAMTS, MSA, RSI. Calculs : DREES.

Champ : Soins de ville en nature y compris honoraires des médecins libéraux en cliniques privées en 2009, population de France métropolitaine protégée par les régimes général, agricole et des indépendants.

Graphique 1b - Distribution du rapport dépense totale / dépense reconnue observé dans les départements



Lecture : La dépense totale est égale à la somme de la base de remboursement (dépense reconnue) et du dépassement. Le rapport dépense / base est donc toujours supérieur à 100. La part supérieure à 100 représente le poids du dépassement dans la dépense reconnue, i.e. le taux de dépassement.

Sources : CNAMTS, MSA, RSI. Calculs : DREES. Champ : Soins de ville en nature y compris honoraires des médecins libéraux en cliniques privées en 2009, population de France métropolitaine protégée par les régimes général, agricole et des indépendants.

Les dépassements sont aussi très variables : selon le département, ils représentent entre 10 % et 34 % de la dépense reconnue de soins de ville, 1 % à 24 % de celle des généralistes, 4 % à 63 % de celle des soins de spécialistes et 77 % à 159 % de celle des soins dentaires (*graphique 1b*). Pour les trois-quarts des départements, le dépassement moyen par bénéficiaire est inférieur à 192 euros en soins de ville, 4 euros pour les soins de généralistes, 27 euros pour ceux de spécialistes et 70 euros pour ceux de dentistes (*graphiques 1a*).

Ces écarts de niveau de dépassements entre les départements sont toutefois moindres que ceux constatés sur la seule dépense reconnue. Au total, pour les trois postes de soins étudiés, la contribution de la dépense reconnue à la dispersion de la dépense de santé par tête entre les départements est en effet beaucoup plus importante que celle du taux de dépassement (*encadré 2*).

Encadré 2

Décomposition de la dispersion de la consommation de soins par personne protégée

La dépense de santé moyenne par personne protégée (D) se compose de la dépense reconnue (B) à laquelle on ajoute le dépassement (d) : $D = B + d$, ce qui s'écrit aussi : $D = B \times (1 + d/B)$ où d/B est le taux de dépassement. En passant au logarithme : $\log(D) = \log(B) + \log(1+d/B)$.

La variance de $\log(D)$ est une mesure de la dispersion de la dépense par personne protégée entre les départements. Il est alors possible de calculer la contribution de chaque composante de la dépense à la dispersion de cette dépense entre les départements, à partir de la formule suivante :

$$\text{Variance}(\log(D)) = \text{variance}(\log(B)) + \text{variance}(\log(1+d/B)) + 2 \times \text{Covariance}(\log(B), \log(1+d/B))$$

Les deux premiers termes sont toujours positifs. Le terme de covariance entre la dépense reconnue et $(1 + \text{taux de dépassement})$ peut être positif si la dépense reconnue et le taux de dépassement varient dans le même sens entre les départements. Il peut être négatif s'ils varient en sens contraires.

Contributions de la dépense reconnue et du taux de dépassement à la dispersion des dépenses de santé par tête entre les départements

Contribution	Soins de ville	Généralistes	Spécialistes	Dentistes
de la dépense reconnue	146%	163%	64%	83%
du taux de dépassement	18%	14%	34%	40%
de l'interaction entre le montant de la dépense reconnue et le taux de dépassement	-64%	-77%	2%	-23%
Total	100%	100%	100%	100%

Lecture : En soins de ville, l'interaction existant au niveau départemental entre le montant de la dépense reconnue et le taux de dépassement réduit de 40 % $(-64/(146+18))$ la dispersion de dépense présentée au remboursement qui serait observée si les fluctuations des deux composantes s'ajoutaient.

Sources : CNAMTS, MSA, RSI. Calculs : DREES.

Champ : Soins de ville en nature y compris honoraires des médecins libéraux en cliniques privées en 2009, population de France métropolitaine protégée par les régimes général, agricole et des indépendants.

La contribution de la dépense reconnue à la dispersion de la dépense par tête entre les départements est beaucoup plus importante que celle du taux de dépassement pour les trois postes de soins étudiés et pour le total des soins de ville. Cependant, les contributions de chaque composante à la dispersion de la dépense de santé sont très différentes selon le poste de soins considéré.

Pour les soins de ville et les soins de généralistes, les écarts de dépense par tête observés entre les départements sont en grande partie (146 % et 163 %) liés aux écarts de dépense reconnue, alors que les écarts de taux de dépassement n'apportent que peu de dispersion (18 % et 14 %). Mais cette dispersion totale est atténuée car les écarts de dépense reconnue et de taux de remboursement se compensent : lorsque la dépense reconnue par bénéficiaire est plus élevée que la moyenne, le taux de dépassement est plus faible. Ce phénomène s'observe aussi pour les soins dentaires.

En revanche, pour les soins de spécialistes, le taux de dépassement et la dépense reconnue semblent varier presque indépendamment entre les départements. Dans les départements où la dépense reconnue de soins de spécialistes est élevée, le taux de dépassement n'est pas plus faible que dans les autres départements.

Dépassements élevés en Île-de-France, Rhône-Alpes, Alpes-Maritimes et Alsace, bases de remboursement élevées dans le Sud et le Nord-Est

Pour les soins de généralistes, la dépense reconnue est supérieure à la moyenne dans le quart Sud-Ouest, le Nord et le Nord-Est. Les dépassements élevés en comparaison de la moyenne sont rares. Ils sont spécifiques à l'Île-de-France (hors Seine-Saint-Denis) et aux Alpes-Maritimes (*cartes 1 observées*).

Pour les soins de spécialistes, la dépense reconnue par personne protégée est plus importante dans les départements du Sud de la France, en particulier le long du littoral méditerranéen. Les dépassements les plus forts sont localisés en Île-de-France (hors Seine-Saint-Denis), dans quelques départements de Rhône-Alpes, les Alpes Maritimes et dans une moindre mesure dans le Bas-Rhin.

Les départements du Sud et du Nord-Est présentent des bases de remboursement élevées en soins dentaires, tout comme la Bretagne. Les zones de dépassements supérieurs à la moyenne sont les mêmes que celles observées pour les soins de spécialistes.

Ainsi, quatre zones se démarquent : l'Île-de-France (hors Seine-Saint-Denis), l'Alsace et quelques départements de Rhône-Alpes et des Alpes-Maritimes. Pour l'ensemble des postes de soins étudiés, les montants des dépassements y sont substantiellement supérieurs à la moyenne.

3. Des écarts de consommation de soins en partie liés aux différences de revenus et d'offre de soins

Un ajustement pour corriger les écarts de dépenses des facteurs contextuels propres à chaque département

Ces écarts de consommation entre les départements renvoient à la fois à des disparités dans les besoins de soins des populations et à des organisations différentes de l'offre de soins. Les écarts de consommation sont en effet réduits lorsque l'on tient compte dans l'analyse des spécificités sociodémographiques, sanitaires et d'offre de soins de chaque département (*encadré 3*).

Pour les soins de généralistes, de spécialistes et de dentistes, une consommation de soins corrigée est calculée, pour tenir compte au mieux de ces spécificités.

Une influence significative du niveau de revenu et de l'offre de soins locale sur la consommation moyenne

Pour les soins de généralistes, de spécialistes, comme pour ceux de dentistes, les écarts de consommation entre départements sont réduits lorsque l'on tient compte, pour chaque département, de la richesse relative de sa population (appréhendue par le niveau de revenu médian de sa population et le revenu moyen de son 9^{ème} décile) et de l'importance relative de son offre de soins (appréhendue par la densité de professionnels pour chaque type de soins).

Quels que soient la composante de la dépense et le poste de soins considérés, la dépense de santé par tête apparaît significativement liée au niveau de revenu des habitants.

Les effets du niveau de revenu sur la dépense reconnue et le dépassement par personne protégée sont semblables pour les trois postes de soins étudiés (*tableau 3*). « Toutes choses égales par ailleurs »⁴, plus le revenu médian de la population départementale est élevé, plus la dépense reconnue est élevée. Mais plus les revenus des plus aisés (9^{ème} décile) sont élevés, plus la dépense reconnue est faible. L'effet est inversé en ce qui concerne les dépassements de soins de généralistes et de spécialistes : plus les revenus des plus aisés (9^{ème} décile) sont élevés, plus les dépassements sont importants.

L'effet négatif du revenu des plus aisés sur la dépense reconnue peut être interprété comme un effet de l'état de santé mal capté par l'indice de mortalité. En effet, les personnes vivant dans un milieu social aisé sont globalement en meilleure santé que celles vivant dans un milieu défavorisé. De ce fait,

⁴ « Toutes choses égales par ailleurs », à savoir à structure par âge, sexe, mortalité, offre de soins, niveau de revenu, de ruralité et taux de chômage départementaux donnés.

elles auraient un « besoin de soins » moins important. À l'inverse, l'effet positif du revenu des plus aisés sur le dépassement par tête rejoint l'idée que la probabilité de s'installer en secteur 2 à honoraires libres et le montant des dépassements pratiqués augmentent avec la solvabilité de la patientèle potentielle (Bellamy et Samson, 2010).

Tableau 3 - Effets estimés des caractéristiques départementales sur la consommation de soins par tête

Variable	Soins de généralistes		Soins de spécialistes		Soins de dentistes	
	Dépense reconnue	Dépassement	Dépense reconnue	Dépassement	Dépense reconnue	Dépassement
Part de la population						
Féminine	NS	NS	NS	NS	>0	NS
< 20 ans	NS	NS	<0	NS	>0	NS
de 45 à 64 ans	NS	NS	NS	NS	<0	NS
de 65 à 79 ans	NS	>0	NS	NS	>0	>0
≥ 80 ans	NS	<0	NS	NS	<0	<0
Mortalité	>0	NS	<0	NS	NS	NS
Offre de soins	>0	<0	>0	NS	>0	>0
Revenu des habitants						
Revenu médian	>0	NS	>0	NS	>0	>0
9ème décile	<0	>0	<0	>0	<0	NS
Ruralité	NS	NS	<0	<0	>0	NS
Taux de chômage	NS	NS	>0	NS	NS	NS

Lecture : Les effets s'interprètent « les autres caractéristiques incluses dans le modèle étant égales par ailleurs ». Pour les soins de spécialistes, la dépense reconnue par tête est plus faible dans les départements où une forte proportion de la population vit en milieu rural (effet négatif ou <0). La part des femmes dans la population ne semble pas significativement influencer sur la dépense reconnue moyenne de soins de spécialistes (l'effet est non significatif ou NS).

Sources : CNAMTS, MSA, RSI. Calculs : DREES.

Champ : Soins de ville en nature y compris honoraires des médecins libéraux en cliniques privées en 2009, population de France métropolitaine protégée par les régimes général, agricole et des indépendants.

Dans la plupart des cas, la dépense reconnue et les dépassements par tête apparaissent eux aussi liés à l'importance relative de l'offre de soins locale

Pour la dépense reconnue, le lien avec l'offre de soins est positif quel que soit le type de soins considérés (soins de généralistes, de spécialistes ou de chirurgiens-dentistes). La dépense reconnue est en effet plus importante dans les départements où la densité de professionnels de santé du poste considéré est relativement plus élevée. Deux explications sont généralement proposées à cette corrélation positive entre niveau relatif de la consommation et importance relative de l'offre médicale. La première évoque un effet d'induction de la demande par l'offre de soins : les professionnels tireraient partie de l'asymétrie d'information en leur faveur pour effectuer des soins qui ne seraient pas strictement nécessaires, afin d'accroître leur revenu. Ce comportement d'induction a notamment été mis en évidence par les travaux de Delattre et Dormont (2000) chez les médecins libéraux de secteur 1. La seconde fait l'hypothèse d'un effet de limitation de la demande : l'augmentation de l'offre de soins permettrait de réduire une demande insatisfaite. L'étude présentée ici ne permet pas de trancher entre ces deux hypothèses. Bien que les résultats s'interprètent « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire à âge, sexe, mortalité... identiques, les déterminants de l'état de santé ne peuvent être totalement appréhendés ; il est dès lors délicat de conclure à une sur- ou sous-consommation de soins.

Pour les dépassements, en revanche, le lien avec l'offre de soins est positif pour les soins dentaires, négatif pour les soins de généralistes et non significatif pour les spécialistes.

Encadré 3

Choix des variables incluses dans la modélisation

Au niveau individuel, les déterminants connus des dépenses de santé sont, outre l'état de santé, l'âge et le sexe ainsi que les caractéristiques économiques (niveau de revenu et de couverture par une assurance maladie complémentaire) et socioculturelles (catégorie socioprofessionnelle, niveau d'éducation) (Raynaud, 2002). Au niveau macroéconomique, les déterminants souvent cités sont la démographie, notamment le vieillissement de la population, le niveau de vie, le progrès des techniques médicales et parfois la densité de l'offre de soins (Mahieu, 2002).

Pour tenir compte de ces facteurs à l'échelle intermédiaire qu'est le département, des variables disponibles au niveau départemental sont prises en compte dans l'analyse. Plusieurs modèles ont été testés afin de limiter le nombre de facteurs explicatifs compte-tenu du faible nombre d'observations (96 départements).

Ont été retenus pour chaque département :

- la structure par âge de la population ;
- la part de la population féminine ;
- l'état de santé, approché par l'indice comparatif de mortalité. Cet indicateur s'interprète comme la sur- ou sous-mortalité par rapport à la moyenne nationale. Il est corrigé des différences de structure par âge de la population existant entre les départements ;
- l'offre de soins disponible, mesurée par la densité de professionnels de santé. Compte tenu du champ couvert par la source utilisée (SNIR), seuls les médecins généralistes, spécialistes et chirurgiens-dentistes ayant une activité libérale ont été pris en compte. Les praticiens salariés exerçant exclusivement en centres de santé ne sont pas comptabilisés mais leur activité ne représente qu'une faible part des dépenses de soins de ville en 2009 ;
- le revenu des habitants, comme proxy du niveau d'éducation, de la catégorie socioprofessionnelle et de la solvabilité de la population. Il est introduit en niveau (revenu médian) et en distribution. Le 9^{ème} décile de revenu a été choisi car il diffère de manière plus importante entre les départements que le 1^{er} décile de revenu du fait de la compression du bas de l'échelle des revenus ;
- le niveau de ruralité du département. La dépense de soins de ville ainsi que les dépassements sont en effet inférieurs pour les personnes vivant dans les communes rurales (Alignon *et al.*, 2001, Bellamy et Samson, 2010). Cet indicateur regroupe ainsi les différentes causes qui peuvent contribuer à cet état de fait : type d'activités pratiquées dans le département, éventuelle difficulté d'accès géographique, un éventuel comportement « rural » des populations, caractérisé par un moindre recours aux soins, etc.
- le taux de chômage, pour mieux appréhender le lien santé/précarité.

Pour limiter le nombre de variables et éviter des corrélations trop importantes avec les variables retenues, certains facteurs généralement admis comme explicatifs des dépenses de santé n'ont pas été repris :

- la prévalence des affections de longue durée, très corrélée à la mortalité ;
- le taux de pauvreté, très corrélé au revenu médian.

Si elles limitent les problèmes de corrélation, ces exclusions ne les règlent pas intégralement. Parmi les variables retenues, certaines sont corrélées. Par exemple, dans les résultats présentés, l'effet de l'âge et du sexe est atténué du fait de la prise en compte de la mortalité. Dans les spécifications testées sans la mortalité, on observe en effet une consommation de soins plus forte pour les personnes âgées et pour les femmes du fait de la maternité. Les relations entre l'offre de soins, le niveau de revenu de la population et la ruralité du département sont fortes et complexes. Les corrélations entre ces variables ne sont pas négligeables pour les soins de spécialistes et de dentistes. L'interprétation des effets propres de chacune de ces variables est donc délicate pour ces soins. Pour les soins de généralistes, ces liens sont de moindre importance.

Pour les médecins généralistes, le dépassement moyen est plus faible dans les départements où la densité relative de généralistes est forte. Ce lien négatif entre offre de soins et dépassements peut être interprété comme un effet de la concurrence. Les professionnels de santé installés en zone fortement dotée pourraient être incités à contenir les dépassements d'honoraires pour conserver leur patientèle, notamment car la concurrence à laquelle ils font face est en grande majorité composée d'offre à tarifs opposables. Pour les généralistes, rarement en secteur à honoraires libres (8 % en 2008), le levier essentiel pour augmenter leur revenu est en effet le nombre d'actes réalisés, les dépassements ne constituant qu'une fraction faible de leur revenu.

Contrairement aux généralistes, les dépassements constituent un levier important de la détermination du revenu des spécialistes, dont 39 % sont installés en secteur à honoraires libres. On s'attendrait donc à trouver un effet positif de la densité médicale sur le dépassement. À partir de données individuelles sur les médecins de quatre spécialités⁵, Bellamy et Samson (2010) montrent, en effet, qu'à spécialité donnée, une hausse de la densité médicale entraîne une hausse des dépassements pratiqués. Les estimations réalisées ici toutes spécialités confondues ne montrent pas toutefois un tel effet, du fait de la forte hétérogénéité des pratiques selon les spécialités (Bellamy et Samson, 2010 et CNAMTS, 2011) qui ne peut être appréhendée au niveau d'une analyse macro-départementale. Par ailleurs, l'effet de l'offre de soins peut être masqué du fait de la corrélation forte entre le revenu des habitants et la densité médicale. Pour les spécialistes en effet, la probabilité de s'installer en secteur 2 à honoraires libres augmente avec la solvabilité de la patientèle potentielle (Bellamy et Samson, 2010) : de fait, plus les revenus de la population du département sont élevés, plus la densité de spécialistes – en particulier de spécialistes de secteur 2 – est élevée. Dans les régressions synthétiques effectuées ici, l'effet de la variable densité est en partie capté par celui de la variable de revenus des habitants. Introduire ces effets croisés dans les régressions permettrait de mieux isoler les résultantes mais au prix d'une complexité nuisible à la significativité des coefficients de par le faible nombre d'observations (96 départements).

Pour les soins dentaires, au contraire, l'effet positif attendu est observé.

Un impact différencié des autres variables de contexte sur la consommation moyenne

Outre ces deux facteurs (revenu et offre de soins), d'autres caractéristiques départementales peuvent influencer sur la consommation de soins moyenne. Celles-ci sont différentes selon le type de soins et selon que l'on s'intéresse à la dépense reconnue ou au dépassement de tarif opposable.

Soins de généralistes : dépense reconnue et dépassement par tête varient davantage selon le niveau de revenu de la population et la densité médicale qu'en fonction des autres caractéristiques départementales

Les facteurs de revenu et d'offre de soins constituent deux des principales variables explicatives des écarts de consommation de soins de généralistes entre les départements, avec la mortalité. Les autres variables de contexte n'ont qu'un pouvoir explicatif faible, voire nul.

Concernant la dépense reconnue, seule la mortalité améliore le pouvoir explicatif du modèle, cela « toutes choses étant égales par ailleurs », notamment à niveau de revenu et d'offre de soins identiques. La dépense reconnue paraît en effet plus élevée dans les départements présentant une surmortalité. Le recours à la médecine générale semble donc plus important dans les départements où l'état de santé de la population est plus mauvais. La structure par âge étant fortement corrélée à l'indice de mortalité, cette variable n'apporte pas d'explication complémentaire aux écarts départementaux de consommation de soins.

Soins de spécialistes : des différences de dépense reconnue aussi liées aux spécificités départementales en termes de démographie, de ruralité et de chômage

Pour les spécialistes aussi, le revenu est la variable déterminante pour l'explication des différences de consommation de soins, quelle que soit la composante analysée (dépense reconnue ou dépassement). D'autres variables améliorent cependant les résultats du modèle : la structure démographique, le caractère plus ou moins rural du département et le taux de chômage.

« Toutes choses égales par ailleurs », la dépense reconnue de soins de spécialistes est plus faible dans les départements ayant une forte proportion de leur population âgée de moins de vingt ans. Plus souvent en bonne santé, les jeunes consomment moins de soins que les personnes âgées. La dépense reconnue par tête apparaît aussi inférieure dans les zones où une part importante de la population vit en commune rurale, mais supérieure dans celles où le taux de chômage est élevé. L'effet positif du chômage sur la dépense reconnue ne s'interprète pas forcément comme un recours plus fréquent des chômeurs au système de soins, mais possiblement par un recours plus tardif à des niveaux de pathologie avancés, nécessitant plus de soins que si la prise en charge s'était faite plus tôt.

⁵ Il s'agit de quatre spécialités médicales qui présentent des taux de dépassement élevés (gynécologues, psychiatres, ophtalmologues et chirurgiens),

Soins dentaires : la structure démographique contribue le plus à la réduction des écarts de dépassement

Outre les niveaux de revenu et de densité de chirurgiens-dentistes, les écarts de consommation de soins dentaires entre les départements sont fortement liés aux différences de structure démographique. Qu'il s'agisse de la dépense reconnue ou du dépassement, la consommation de soins dentaires est supérieure dans les départements où la proportion des 65 à 79 ans est plus forte, mais inférieure dans ceux où les plus de 80 ans sont nombreux.

Dans une moindre mesure, la dépense reconnue apparaît plus élevée dans les départements ruraux, cela « toutes choses étant égales par ailleurs », notamment à structure de population par âge égale.

Après prise en compte des caractéristiques locales d'offre et de demande, des écarts de consommation subsistent entre les départements

Pour les soins de spécialistes, 45 euros de différence entre les départements aux dépassements corrigés extrêmes

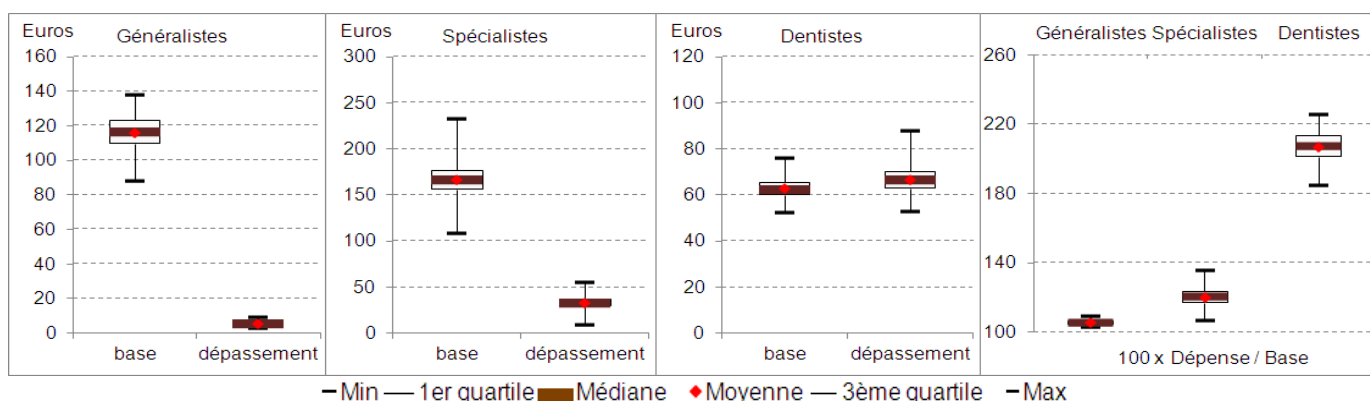
Des consommations de soins corrigées des caractéristiques d'offre et de demande de soins de chaque département sont calculées à partir des résultats de ces modèles. La correction appliquée peut modifier les consommations départementales par tête à la hausse comme à la baisse. Les écarts de consommations entre départements sont réduits lorsque l'on corrige celles-ci des effets d'offre et de demande estimés (*graphiques 2*).

Concernant les soins de généralistes, la dépense reconnue par tête du département où la consommation de soins corrigée est la plus élevée est 1,6 fois plus importante que celle du département où la consommation de soins est la plus faible. Ce rapport reste de 2 pour les soins de spécialistes, mais s'établit à 1,4 pour les soins dentaires. Si la correction effectuée n'a pas pour effet de réduire l'écart entre les valeurs extrêmes pour les soins de spécialistes, la différence de dépense reconnue par tête entre le 1^{er} et le 3^{ème} quartile diminue significativement (de 31 euros à 21 euros).

La correction a aussi pour effet de diminuer substantiellement les écarts entre les dépassements extrêmes : de 95 euros à 45 euros pour les soins de spécialistes, de 59 euros à 35 euros pour ceux de chirurgiens-dentistes et de 17 euros à 6 euros pour ceux de généralistes.

Le ratio mesurant le poids des dépassements relativement à la consommation de soins reconnue par l'assurance maladie obligatoire est également moins dispersé après ajustement sur les spécificités démographiques et contextuelles des départements. Le taux de dépassement corrigé représente entre 3 % et 9 % de la dépense reconnue de soins de généralistes, 7 % à 35 % de celle de spécialistes et 84 % à 126 % de celle de dentistes.

Graphique 2 - Distribution des consommations de soins par tête corrigées dans les départements



Lecture : Après standardisation, la base de remboursement (dépense reconnue) moyenne par tête pour les soins de généralistes est toujours de 116 euros. Dans le département où la consommation corrigée est la plus faible, la base de remboursement s'élève à 88 euros. Dans un quart des départements, la base de remboursement par tête est inférieure à 110 euros (1^{er} quartile). Elle est inférieure à 116 euros pour la moitié des départements (médiane), et inférieure à 123 euros pour trois quarts des départements (3^{ème} quartile). Dans le département où la consommation de soins est la plus élevée, la base de remboursement corrigée par tête est de 138 euros.

Sources : CNAMTS, MSA, RSI. Calculs : DREES.

Champ : Soins de ville en nature y compris honoraires des médecins libéraux en cliniques privées en 2009, population de France métropolitaine protégée par les régimes général, agricole et des indépendants.

De manière relative, la dépense reconnue corrigée est deux fois moins dispersée après ajustement sur les variables retenues, et ce quel que soit le poste de soins considéré : -60 % pour les soins de généralistes, -56 % pour ceux de chirurgiens-dentistes et -46 % ceux de spécialistes (tableau 4). L'effet de cette correction est plus important pour les dépassements et pour le ratio dépense totale / dépense reconnue. Pour les soins de généralistes et de spécialistes, au moins deux-tiers des écarts initiaux de dépassements et de ratio entre les départements sont expliqués par les facteurs introduits dans la modélisation. La dispersion est un peu moins réduite pour les dépassements de soins dentaires (-57 %).

Tableau 4 - Dispersion de la consommation de soins observée et corrigée entre les départements

	Consommation annuelle par personne protégée en 2009					
	Moyenne	Observée		Standardisée		Variation de la dispersion
		Écart-type	Coefficient de variation	Écart-type	Coefficient de variation	
Soins de généralistes						
Dépense reconnue	116 €	20 €	17 %	8 €	7 %	-60 %
Dépassement	5 €	4 €	81 %	1 €	23 %	-71 %
100 x dépense / base*	105	6	5%	1	1%	-78%
Soins de spécialistes						
Dépense reconnue	166 €	27 €	17 %	15 €	9 %	-46 %
Dépassement	33 €	24 €	74 %	9 €	27 %	-65 %
100 x dépense / base*	120	15	12%	5	4%	-64%
Soins dentaires						
Dépense reconnue*	63 €	9 €	15 %	4 €	6 %	-56 %
Dépassement	66 €	15 €	23 %	6 €	10 %	-57 %
100 x dépense / base	205	11	11%	8	4%	-63%

* « Base » de remboursement : dépense reconnue.

Sources : CNAMTS, MSA, RSI. Calculs : DREES.

Champ : Soins de ville en nature y compris honoraires des médecins libéraux en cliniques privées en 2009, population de France métropolitaine protégée par les régimes général, agricole et des indépendants.

Lecture : La dépense reconnue annuelle par tête observée de soins de généralistes est de 116 euros et a un écart-type de 20 euros entre les départements. Le coefficient de variation associé est de 17 %. Lorsque l'on corrige cette dépense reconnue observée des facteurs démographiques, sanitaires, économiques et de l'offre de soins locale, le coefficient de variation se réduit à 7 %.

Spécialistes et dentistes : des dépassements corrigés encore supérieurs à la moyenne en Rhône-Alpes, Alsace et Alpes-Maritimes, mais pas seulement dans ces zones

Des écarts importants de consommations de soins corrigées subsistent entre les départements car une partie des différences ne sont pas captées par les facteurs introduits dans la modélisation (cartes 1 corrigées).

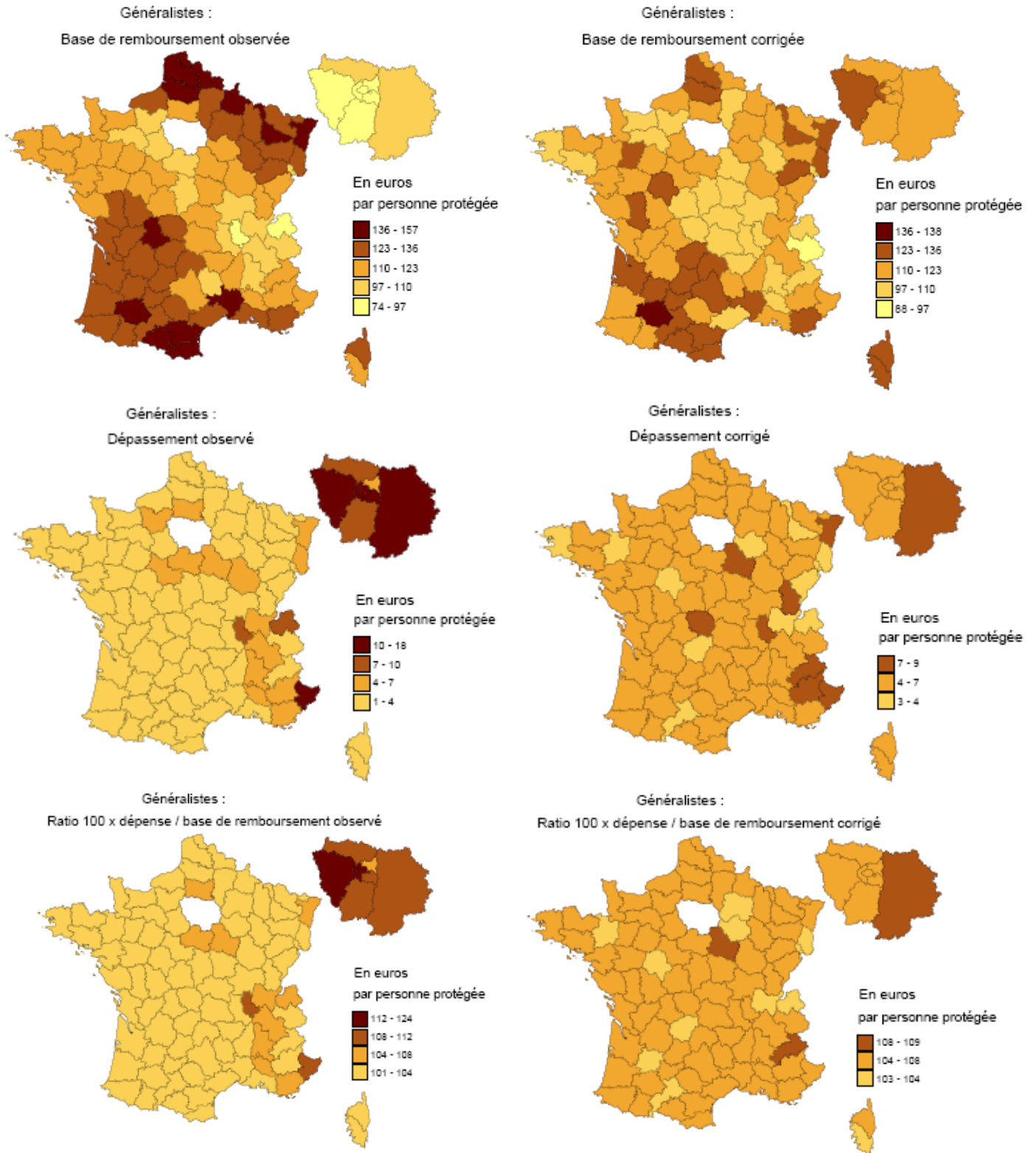
Pour les soins de généralistes, la dépense reconnue corrigée est particulièrement faible comparée à la moyenne en Savoie et élevée dans le Gers. Comme pour la consommation observée, une proportion importante de départements du quart Sud-Ouest conservent une dépense reconnue corrigée élevée. Les dépassements restent très faibles sur tout le territoire, variant de 3 à 9 euros en moyenne par personne protégée.

Pour les soins de spécialistes, les zones caractérisées par des consommations de soins corrigées plus fortes que la moyenne ne sont pas concentrées dans le Sud, contrairement aux consommations observées. Cela signifie que leur forte consommation observée est liée en grande partie aux facteurs contextuels pris en compte dans l'analyse. La Bretagne se caractérise par des dépassements corrigés inférieurs à la moyenne. Quatre des huit départements de la région Rhône-Alpes, les Alpes-Maritimes et le Bas-Rhin figurent parmi les 13 départements aux dépassements corrigés les plus élevés, alors que ceux de l'Île-de-France sont proches de la moyenne, contrairement à ce qui est constaté pour les dépassements observés.

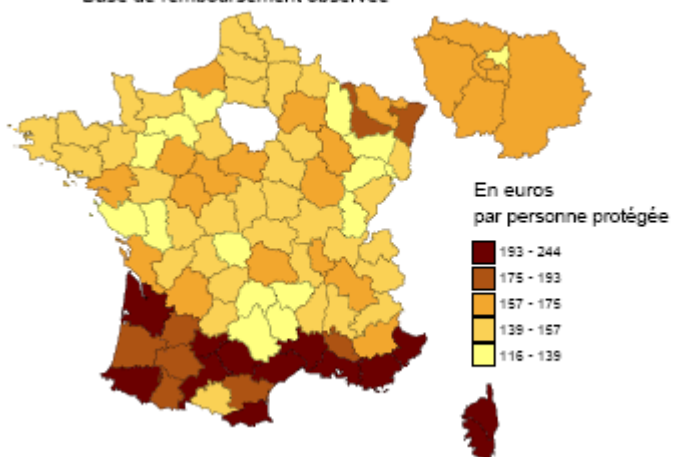
Pour les soins dentaires, la dépense reconnue corrigée demeure plus élevée dans les départements du Nord-Est. Les dépassements corrigés plus élevés que la moyenne concernent cinq des huit départements de la région Rhône-Alpes, sans toutefois être maximum.

Cartes 1 - Consommations de soins par tête observées et corrigées en 2009

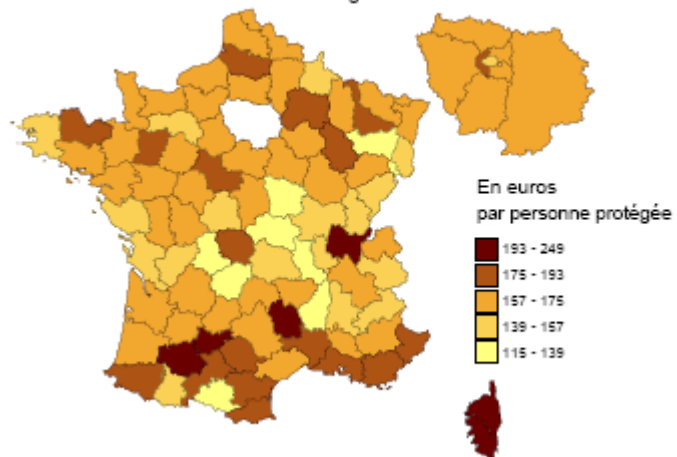
Note : Les départements sont classés en cinq catégories. Pour chaque poste de soins, la classe médiane est centrée sur la moyenne nationale des consommations de soins, base de remboursement (dépense reconnue) ou le dépassement, ou du ratio dépense présentée au remboursement / base de remboursement. Les classes extrêmes regroupent les départements dont la consommation de soins ou le ratio est inférieur ou supérieur à un écart-type de la consommation ou du ratio observé. Pour chaque département, la consommation ou le ratio corrigé(e) est la valeur qui serait observée si le département avait la même structure par sexe et âge que l'ensemble des trois grands régimes d'assurance maladie, et les caractéristiques sanitaires, économiques et d'offre de soins moyennes d'un département de France métropolitaine.



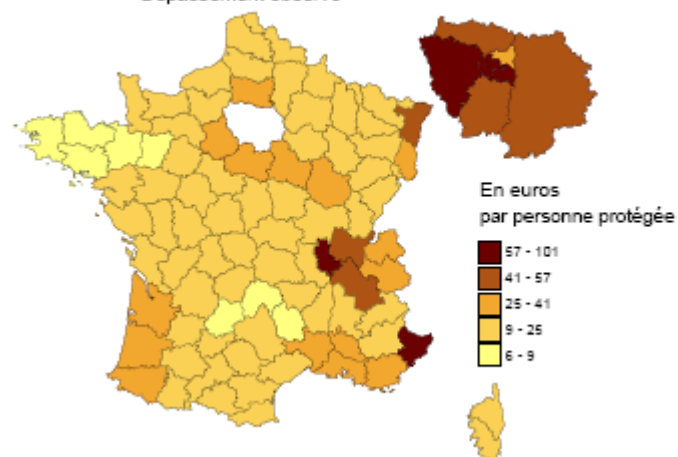
Spécialistes :
Base de remboursement observée



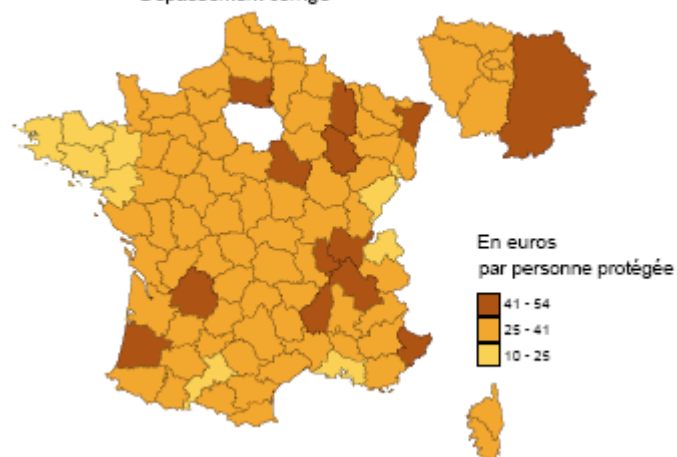
Spécialistes :
Base de remboursement corrigée



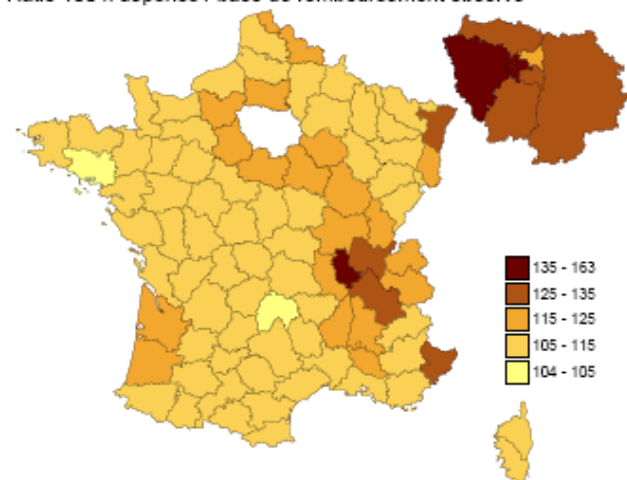
Spécialistes :
Dépassement observé



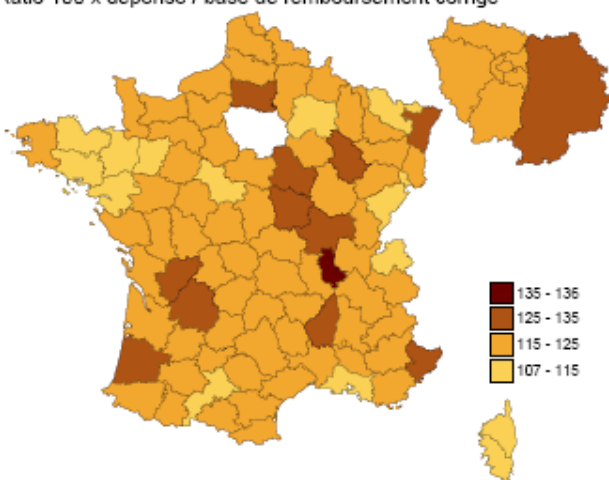
Spécialistes :
Dépassement corrigé

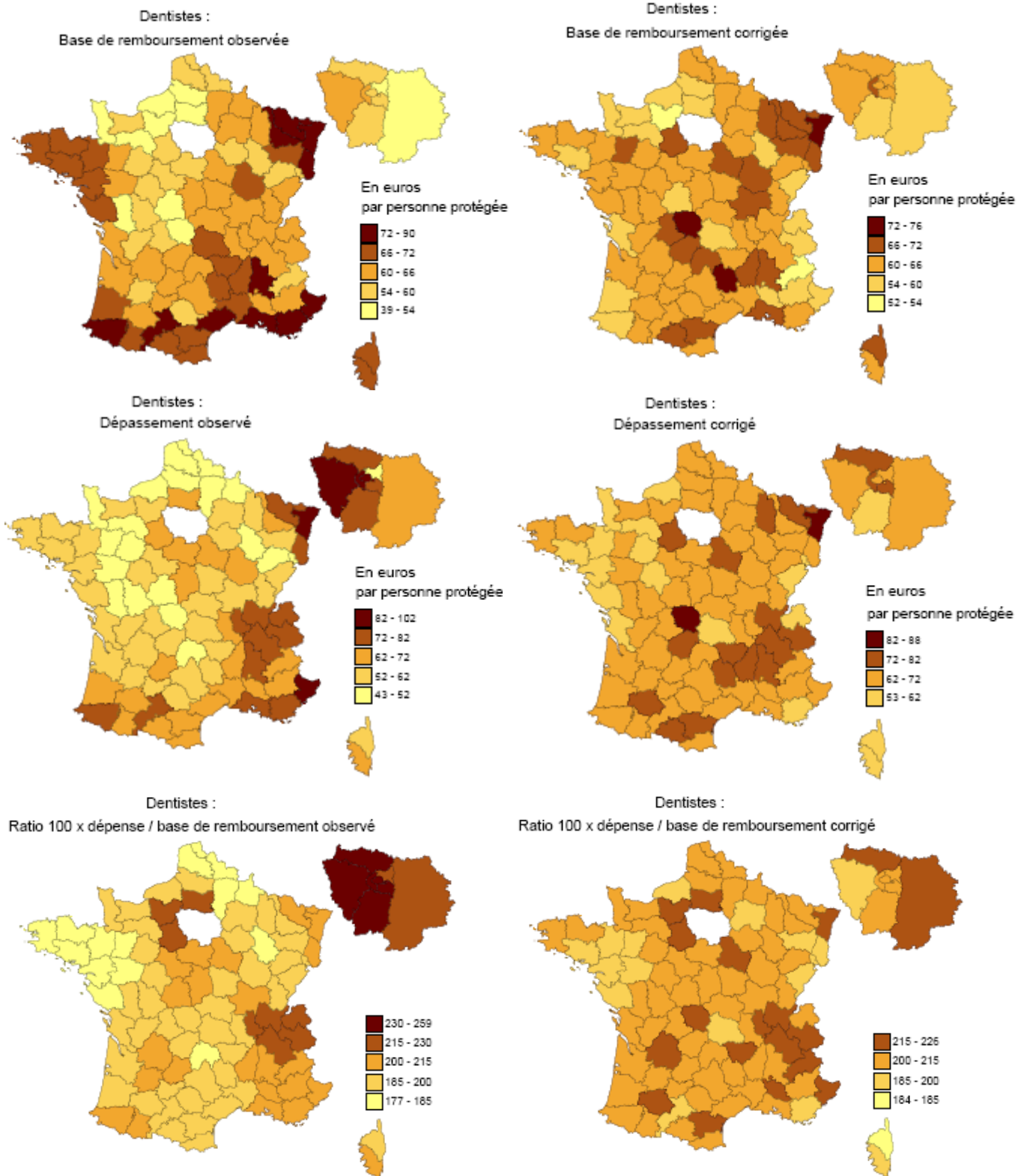


Spécialistes :
Ratio 100 x dépense / base de remboursement observée



Spécialistes :
Ratio 100 x dépense / base de remboursement corrigée





Sources : CNAMTS, MSA, RSI. Calculs : DREES. Fonds de carte : Cartes et données.

Champ : Soins de ville en nature y compris honoraires des médecins libéraux en cliniques privées en 2009, population de France métropolitaine protégée par les régimes général, agricole et des indépendants.

Annexe 1 - Les spécialités médicales et leurs taux de dépassements

- Dentistes et spécialistes inclus dans l'étude

DREES		CNAMTS
Spécialités étudiées		Code des spécialités regroupées
Chirurgiens - dentistes	Chirurgiens - dentistes	Spécialité 36 - Chirurgie dentaire (spécialiste Orthopédie dento-faciale) Activité 19 - Chirurgie dentaire
Médecins spécialistes	Anesthésiste	02- Anesthésie-réanimation chirurgicale 20- Réanimation médicale
	Cardiologue	03- Pathologie cardio-vasculaire
	Chirurgiens	04- Chirurgie générale 41- Chirurgie orthopédique et traumatologie 43- Chirurgie infantile 44- Chirurgie maxillo-faciale 46- Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique 47- Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire 48- Chirurgie vasculaire 49- Chirurgie viscérale et digestive
	Dermatologue	05- Dermato-vénéréologie
	Gastro-entérologue	08- Gastro-entérologie et hépatologie
	Gynécologue	70- Gynécologie médicale 77- Obstétrique 79- Gynécologie obstétrique et gynécologie médicale 07- Gynécologie obstétrique
	Psychiatre et neuropsychiatre	75- Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 33- Psychiatrie 17- Neuropsychiatrie
	Ophthalmologue	15- Ophthalmologie
	Oto-rhino-laryngologue	11- Oto-rhino-laryngologie
	Pédiatre	78- Médecine génétique 12- Pédiatrie
	Pneumologue	13- Pneumologie
	Radiologue	72- Médecine nucléaire 74- Oncologie radiothérapique 76- Radiothérapie 06- Radiodiagnostic et imagerie médicale
	Rhumatologue	14- Rhumatologie
	Stomatologue	45- Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie 18- Stomatologie
	Autres médecins	09- Médecine interne 31- Médecine Physique et de Réadaptation 32- Neurologie 34-Gériatrie 35- Néphrologie 37- Anatomie-cyto-pathologie 38- Médecins biologistes 42- Endocrinologie et métabolisme 71- Hématologie 73- Oncologie médicale 80- Santé publique et médecine sociale
Autres chirurgiens	16- Chirurgie urologique 10- Neurochirurgie	

- **Part de médecins en secteur 2 ou en secteur 1 avec dépassement permanent et taux de dépassement moyen de quelques spécialités médicales**

	Part de médecins en secteur 2	Taux de dépassement *
Omnipraticiens	11,4	30,9
Anesthésistes	30,1	31,5
Cardiologues	19,0	21,6
Chirurgiens	76,6	35,4
Dermatologues	40,7	38,9
Radiologues	11,5	20,4
Gynécologues	53,2	41,9
Gastro-entérologues	38,0	24,3
ORL	56,0	31,6
Pédiatres	32,2	35,4
Pneumologues	16,8	24,0
Rhumatologues	43,4	33,9
Ophthalmologues	53,7	37,5
Psychiatres	27,4	39,8
Stomatologues	41,4	43,5
Autres médecins	30,6	36,5
Autres chirurgiens	85,3	34,8
Total hors omnipraticiens	39,1	35,3
Total	24,3	34,2

*Pour les médecins en secteur 2 ou 1 avec dépassement

Note : Tableau tiré de l'étude de Bellamy V., Samson A.-L., 2010, « Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins », *Comptes nationaux de la santé 2010*, DREES.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSEE-DGFIP-CNAMTS – Exploitation DREES, données 2008.

Annexe 2 - Estimations par régression linéaire des effets des caractéristiques départementales sur la consommation de soins par tête

Lecture des tableaux :

- i) Les effets s'interprètent « les autres caractéristiques incluses dans le modèle étant égales par ailleurs ».
 ii) La colonne « Signif. » indique le niveau de significativité des paramètres estimés. NS signifie que l'effet de la variable n'est pas significativement différent de zéro ; * signifie que les paramètres estimés sont significativement différents de zéro avec un risque inférieur à 10 % de se tromper, ** avec un risque inférieur à 5 %, *** avec un risque inférieur à 1 %.
 iii) L'effet médian, exprimé en euros, est l'effet estimé de chaque variable sur la consommation de soins pour un département qui présenterait la caractéristique médiane de la variable.
 iv) Le niveau de ruralité du département est mesuré par la part de la population vivant en commune rurale (tranche d'unité urbaine égale à 0).

• Généralistes :

Variable	Dépense reconnue R ² =0,84			Dépassement R ² =0,92			100 x Dépense / Base* R ² =0,95		
	Paramètre estimé	Signif.	Effet médian	Paramètre estimé	Signif.	Effet médian	Paramètre estimé	Signif.	Effet médian
Constante	-219,104	*	-219	-25,666	NS	-26	75,888	***	76
Part de la population									
Féminine	3,199	NS	165	0,066	NS	3	0,202	NS	10
< 20 ans	0,157	NS	4	0,359	NS	9	0,298	NS	7
de 20 à 44 ans		Réf.			Réf.			Réf.	
de 45 à 64 ans	1,569	NS	42	-0,153	NS	-4	-0,208	NS	-6
de 65 à 79 ans	-2,539	NS	-31	0,580	*	7	0,463	NS	6
≥ 80 ans	2,219	NS	13	0,203	NS	1	0,181	NS	1
Mortalité (ICM)	0,688	***	68	0,020	NS	2	0,002	NS	0
Densité de généralistes	0,639	***	55	-0,054	***	-5	-0,083	***	-7
Revenu des habitants									
Revenu médian	0,003	*	58	0,000	NS	2	-0,001	*	-9
9ème décile	-0,002	***	-52	0,000	***	16	0,001	***	27
Ruralité	0,084	NS	3	-0,055	***	-2	-0,034	**	-1
Taux de chômage	1,481	NS	13	-0,095	NS	-1	-0,127	NS	-1

*« Base » de remboursement : dépense reconnue.

• Spécialistes :

Variable	Dépense reconnue R ² =0,71			Dépassement R ² =0,87			100 x Dépense / Base* R ² =0,87		
	Paramètre estimé	Signif.	Effet médian	Paramètre estimé	Signif.	Effet médian	Paramètre estimé	Signif.	Effet médian
Constante	42,256	NS	42	29,283	NS	29	139,952	NS	140
Part de la population									
Féminine	0,937	NS	48	-1,127	NS	-58	-0,708	NS	-37
< 20 ans	-5,999	*	-143	0,465	NS	11	0,623	NS	15
de 20 à 44 ans		Réf.			Réf.			Réf.	
de 45 à 64 ans	4,359	NS	116	-2,264	NS	-60	-1,648	NS	-44
de 65 à 79 ans	-2,254	NS	-27	2,997	NS	36	1,871	NS	23
≥ 80 ans	4,448	NS	26	-0,678	NS	-4	-1,509	NS	-9
Mortalité (ICM)	-0,642	*	-64	-0,070	NS	-7	-0,062	NS	-6
Densité de spécialistes	0,234	*	17	-0,088	NS	-6	-0,080	NS	-6
Revenu des habitants									
Revenu médian	0,018	***	322	-0,001	NS	-10	-0,002	*	-37
9ème décile	-0,007	***	-220	0,003	***	100	0,002	***	80
Ruralité	-1,183	***	-42	-0,276	**	-10	-0,039	NS	-1
Taux de chômage	9,290	***	83	-0,245	NS	-2	-0,649	NS	-6

*« Base » de remboursement : dépense reconnue.

- **Chirurgiens-dentistes :**

Variable	Dépense reconnue R ² =0,81			Dépassement R ² =0,82			100 x Dépense / Base* R ² =0,87		
	Paramètre estimé	Signif.	Effet médian	Paramètre estimé	Signif.	Effet médian	Paramètre estimé	Signif.	Effet médian
Constante	-128,601	*	-129	49,196	NS	49	517,906	***	518
Part de la population									
Féminine	2,221	*	115	-2,203	NS	-114	-7,546	***	-390
< 20 ans	1,787	**	43	0,119	NS	3	-2,630	NS	-63
de 20 à 44 ans		Réf.			Réf.			Réf.	
de 45 à 64 ans	-1,395	*	-37	0,090	NS	2	3,607	**	96
de 65 à 79 ans	6,222	***	75	7,809	***	95	1,328	NS	16
≥ 80 ans	-7,658	***	-44	-9,989	***	-57	-3,442	NS	-20
Mortalité (ICM)	0,071	NS	7	-0,219	NS	-22	-0,559	***	-55
Densité de dentistes	0,603	***	31	0,292	***	15	-0,517	***	-27
Revenu des habitants									
Revenu médian	0,002	**	36	0,006	***	103	0,005	**	84
9ème décile	-0,001	***	-38	-0,001	NS	-21	0,001	**	37
Ruralité	0,174	***	6	-0,040	NS	-1	-0,360	***	-13
Taux de chômage	-0,296	NS	-3	0,943	NS	8	1,397	NS	12

* « Base » de remboursement : dépense reconnue.

Sources : CNAMTS, MSA, RSI. Calculs : DREES.

Champ : Soins de ville en nature y compris honoraires des médecins libéraux en cliniques privées en 2009, population de France métropolitaine protégée par les régimes général, agricole et des indépendants.

Bibliographie

Alignon A., Com-Ruelle L., Dourgnon P., Dumesnil S., Grignon M., Retailleau A., 2001, « La consommation médicale en 1997 selon les caractéristiques individuelles », CREDES.

Bellamy V., Samson A.-L., 2010, « Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins », *Comptes nationaux de la santé 2010*, DREES.

CNAMTS, 2011, « Médecins exerçant en secteur 2 : une progression continue des dépassements d'honoraires, la nécessité d'une réforme structurelle du système », *Point d'information de l'assurance maladie*, 17 mai.

Delattre E., Dormont B., 2000, « Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français. Étude micro-économétrique sur données de panel », *Économie et Prévision*, n° 142.

Expert A., Lê F., Tallet F., 2008, « Les disparités départementales des dépenses de santé », *Comptes nationaux de la santé 2008*, DREES.

Lê F., Tallet F., 2009, « Disparités territoriales des dépenses de santé : le rôle des facteurs de demande et d'offre de soins », *Comptes nationaux de la santé 2009*, DREES.

Mahieu R., 2002, « Les déterminants des dépenses de santé : une approche macro-économique » *Santé, Société et Solidarité*, Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité n°1.

Perronin M, Pierre A, Rochereau T, 2011, « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n°161, janvier.

Pereira C., Podevin M., Raynaud D., 2005, « Indicateurs départementaux de dépenses de santé », DREES, *Dossiers solidarité et santé*, n° 1, mars.

Raynaud D., 2002, « Les déterminantes individuels des dépenses de santé », DREES, *Études et Résultats*, n° 182, juillet.

Éclairages

La situation économique et financière des hôpitaux publics se stabilise en 2010

Engin Yilmaz (DREES)

En 2010, la situation des hôpitaux publics se stabilise, avec un déficit d'environ 230 millions d'euros représentant environ 0,4 % des produits. Cette stabilisation fait suite à une phase de réduction de ce déficit qui était à son maximum en 2007 (près de 500 millions d'euros). Toutefois, cette stabilité cache des disparités suivant les différentes catégories d'établissements. En 2010, la situation des centres hospitaliers régionaux (hors AP-HP) s'est améliorée alors que les centres hospitaliers, notamment ceux de taille moyenne, ont enregistré une dégradation de leur résultat comptable.

L'effort d'investissement continue d'être soutenu. L'année 2010 marque néanmoins un ralentissement de cet effort d'investissement. La part des dépenses d'investissement au sein des produits est passée de 11,3 % à 10,5 % entre 2009 et 2010. Les capacités des établissements à financer les investissements à partir des flux d'exploitation se maintiennent en 2010 à près de 4 milliards d'euros. Cette stabilisation fait suite à une progression de la CAF de près d'un milliard entre 2006 et 2009. Elle ne permet toutefois pas de faire face aux investissements qui sont engagés. En conséquence, les investissements sont aussi financés via l'endettement, et parallèlement à la croissance de l'investissement, le taux d'endettement mesurant la part des dettes au sein des ressources stables est passé de 36,4 % en 2006 à 47,4 % en 2010. L'encours de la dette s'établit donc en 2010 à 24,1 milliards d'euros.

Le déficit des hôpitaux publics se stabilise en 2010

D'après les données comptables définitives (*encadré 1*), le déficit des hôpitaux publics se stabilise en 2010 après deux années de réduction. Le déficit est de 227 millions d'euros, ce qui représente 0,4 % de leurs recettes (*tableau 1*). Ce déficit était de 486 millions d'euros en 2007, de 345 millions en 2008 et de 223 millions en 2009.

Toutefois, le compte de résultat du budget principal se dégrade en 2010 contrairement aux deux années précédentes. Il s'établit à -475 millions d'euros contre -454 millions en 2009, 550 millions d'euros en 2008 et 689 millions d'euros en 2007. Ce budget principal retrace les opérations relevant des activités de court et moyen séjour (soins de suite et réadaptation) et de psychiatrie, et représente 88 % du budget total des établissements. Les opérations annexes¹, quant à elles, enregistrent une amélioration modérée du résultat net comptable pour atteindre 249 millions d'euros.

Tableau 1 – Rentabilité économique² des hôpitaux publics

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ensemble hôpitaux publics	0,9	0,5	1,0	0,3	-0,4 (*)	-0,9	-0,6	-0,4	-0,4
AP-HP	0,8	-0,3	1,6	-1,1	2,7 (*)	-0,2	0,2	-1,3	-1,7
Autres CHR	0,5	-0,1	0,4	-0,2	-1,1	-2,2	-2,4	-1,7	-0,9
Grands CH**	0,4	0,2	0,4	0,6	-1,3	-1,4	-0,5	-0,1	-0,2
Moyens CH**	0,7	0,6	0,8	0,6	-0,9	-0,7	-0,3	0,0	-0,7
Petits CH**	2,2	1,6	2,0	1,1	0,8	0,9	1,0	1,2	0,9
HL	2,0	1,6	2,5	2,0	2,1	2,3	2,2	2,5	2,3
CHS	3,2	3,1	2,3	1,2	0,4	0,7	0,7	0,6	0,6

(*) Hors opérations exceptionnelles de l'AP-HP, la rentabilité économique de l'AP-HP en 2006 s'élève à 1,1 % et celle de l'ensemble des hôpitaux publics à -0,5 %.

(**) Voir encadré 2

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES.

Encadré 1

Les sources disponibles pour évaluer la situation financière des établissements de santé

Diverses sources d'informations (administratives, médicales et comptables) sont disponibles afin d'analyser la situation économique et financière des établissements de santé. Toutes ne couvrent toutefois pas le même champ et ne sont généralement pas disponibles selon le même calendrier.

Données comptables et financières

- Les données fournies par la direction générale des finances publiques (DGFIP) présentent le budget des entités juridiques³ des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires⁴), sous forme de comptes de résultats et de bilans qui détaillent les différents postes budgétaires (produits, charges, etc.). Les données définitives de l'année N sont disponibles en novembre de l'année N+1. Toutefois, des données semi-définitives pour l'année N sont disponibles en juin de l'année N+1.
- L'outil ICARE (Information des comptes administratifs retraités des établissements), développé par l'Agence technique pour l'information sur l'hospitalisation (ATIH), permet d'obtenir des retraitements comptables pour distinguer les charges relatives aux activités suivantes : MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), urgences, HAD (hospitalisation à domicile), SSR (soins de suite et de réadaptation), psychiatrie. Ces retraitements comptables ne sont disponibles que pour les établissements anciennement sous dotation globale (ex-DG). Cette source de données est aussi utile pour récupérer les données comptables et financières des établissements privés ex-DG. Ces données de l'année N sont disponibles en N+2.
- L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) a été mis en place en 2006 dans les établissements de santé publics et ceux participant au service public hospitalier (PSPH). Ce nouvel outil de pilotage budgétaire découle de la réforme du financement des établissements de santé, la tarification à

¹ Ce budget décrit les opérations ayant trait à l'exploitation de certains services dont il est nécessaire d'isoler l'activité ou qui font l'objet d'un financement spécifique, notamment les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements hébergeant des personnes âgées (EHPAD), les instituts de formation des personnels paramédicaux (IFPP), la dotation non affectée (DNA) faisant référence aux produits relatifs au patrimoine, en particulier foncier, de l'hôpital public et non affectée à l'activité hospitalière.

² La rentabilité économique des hôpitaux publics se définit comme le rapport entre le résultat net comptable (écart entre les produits et les charges) et les produits de l'activité définis par les comptes 70 et 73 de la nomenclature M21 (hors compte de rétrocessions).

³ Une entité juridique peut inclure un ou plusieurs établissements.

⁴ Les hôpitaux militaires font partie du secteur de l'État, alors que les autres établissements publics de santé sont classés dans le secteur des administrations de Sécurité sociale.

l'activité (T2A), mise en place en 2004. Il présente des prévisions de recettes et de dépenses des établissements. L'exécution de l'EPDR est suivie et analysée par le conseil d'administration et transmise à l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) tous les quatre mois. Les EPDR correspondent donc à des données provisoires qui permettent d'appréhender les premières tendances d'évolution de la situation économique et financière des établissements. Les travaux présentés ici s'appuient sur les données de la DGFIP qui permettent de conduire une analyse sur des données définitives.

Données sur l'activité

- Mis en place depuis 1997 par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et collecté par l'ATIH, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour (MCO) des établissements de santé⁵. Pour chaque séjour en MCO, sont recueillies des informations sur les caractéristiques du patient (sexe, âge, lieu de résidence) et du séjour, selon deux axes : médical (diagnostics, actes réalisés pendant le séjour, etc.) et administratif (dates et modes d'entrée et de sortie, provenance, destination, etc.).

- La Statistique annuelle des établissements (SAE) est une enquête administrative exhaustive et obligatoire pilotée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) auprès des établissements de santé. Elle recueille, entre autres, des données sur les facteurs de production de ces établissements : les équipements des plateaux techniques et les personnels intervenant.

Le questionnaire se compose de bordereaux regroupés par thèmes :

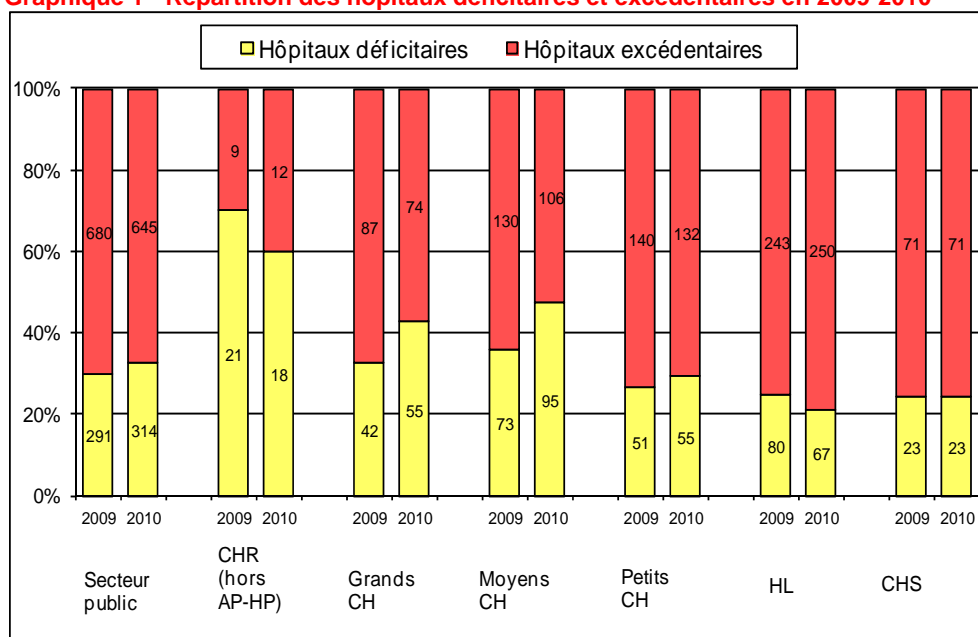
- identification, organisation, évolution et structure de l'établissement de santé ;
- équipements et activités ;
- activités de soins soumises à autorisation ;
- personnels.

Malgré la stagnation du déficit des hôpitaux publics, le nombre d'hôpitaux déficitaires augmente, passant de 291 à 314 entre 2009 et 2010 (graphique 1) ; ils enregistrent un déficit cumulé de 597 millions d'euros en 2010. Quant aux établissements excédentaires, soit un peu moins de sept hôpitaux sur dix, leur résultat net comptable positif s'élève à 370 millions d'euros.

Les centres hospitaliers régionaux (CHR) concentrent la moitié du déficit mais leur situation d'améliore (hors AP-HP)

Sur les 314 établissements déficitaires, les 19 CHR déficitaires (y compris l'AP-HP) concentrent à eux seuls un peu moins de la moitié du déficit. Néanmoins, leur situation s'améliore : en 2009, ils étaient 22 établissements déficitaires et ils concentraient 60 % du déficit. Ainsi, la rentabilité économique des CHR progresse en 2010 : leur déficit global passe de 266 millions d'euros en 2009 à 147 millions d'euros en 2010, soit 0,9 % de leurs produits contre 1,7 % en 2009.

Graphique 1 - Répartition des hôpitaux déficitaires et excédentaires en 2009-2010



Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES.

⁵ Le recueil PMSI est également obligatoire pour les établissements de SSR depuis 2003, même si ce secteur reste actuellement en dehors du champ de la T2A.

La situation économique des CH se dégrade en 2010

Contrairement à 2009, l'évolution de la situation économique des établissements de santé en 2010 n'a pas été identique selon les différents types de catégories d'établissements.

Pour les centres hospitaliers (CH), et notamment de moyenne taille, leurs comptes financiers se détériorent contrairement aux dernières années. Pour les grands CH, la rentabilité économique diminue modérément, passant de -0,1 % à -0,2 %. La détérioration est plus sensible pour les CH de taille moyenne pour lesquels la rentabilité chute passant d'une situation proche de l'équilibre à un déficit représentant 0,7 % de leurs produits. Leur déficit s'établit à 65 millions d'euros contre 1 million en 2009. Cette baisse est largement imputable au budget principal. Pour les CH de petite taille, le résultat net comptable reste globalement excédentaire et représente 0,9 % des produits contre 1,2 % en 2009, soit 32 millions d'euros en 2010.

Toutes les autres catégories d'établissements restent excédentaires en 2010. La rentabilité économique des hôpitaux locaux (HL) et des centres hospitaliers spécialisés (CHS – secteur psychiatrique) est restée globalement stable respectivement autour de 2,5 % et de 0,6 %.

La croissance des produits reste soutenue

En 2010, les produits totaux⁶ hors rétrocession des hôpitaux publics ont augmenté de 3,8 % pour atteindre près de 67 milliards d'euros, dont 58,6 milliards sont imputables au budget principal (*encadré 2*).

Encadré 2

Champ de l'étude

Les données utilisées proviennent des données comptables des hôpitaux publics. Elles sont fournies par la direction générale des finances publiques (DGFIP) et sont issues des comptes de résultats et des bilans des entités juridiques des établissements de santé de statut public (hors hôpitaux militaires). Le champ analysé dans cette étude n'inclut pas les établissements participant au service public hospitalier (PSPH).

L'analyse est par ailleurs essentiellement centrée sur leur budget principal. Le budget, défini comme un document comptable distinguant recettes et dépenses, est composé pour les hôpitaux publics d'un budget principal et de budgets annexes. Ces derniers décrivent les opérations ayant trait à l'exploitation de certains services dont il est nécessaire d'isoler l'activité ou qui font l'objet d'un financement spécifique, notamment les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements hébergeant des personnes âgées (EPHAD), les instituts de formation des personnels paramédicaux (IFPP), la dotation non affectée⁷ (DNA).

Le budget principal est formé de trois titres de produits et de quatre titres de charges.

Titres de produits :

- Titre 1 : produits versés par l'assurance maladie ;
- Titre 2 : autres produits de l'activité hospitalière (produits à la charge des patients, des organismes complémentaires et des patients non-assurés sociaux en France) ;
- Titre 3 : autres produits.

Titres de charges :

- Titre 1 : charges de personnel ;
- Titre 2 : charges à caractère médical ;
- Titre 3 : charges à caractère hôtelier et général ;
- Titre 4 : charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles.

Pour le groupe Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), le montant des produits est surestimé, les flux internes entre établissements n'étant pas consolidés. Cette surestimation provient notamment de l'usage du compte 7071, en principe consacré aux rétrocessions des médicaments, mais par lequel peuvent aussi transiter des flux intra-groupes⁸. Les produits hors rétrocession (HR) ont ainsi été retenus pour la suite de l'analyse, ce qui revient à soustraire le compte 7071 des produits totaux. Cette opération ne correspond pas à un retraitement optimal de la surestimation des recettes observées pour l'AP-HP. Elle permet cependant de mesurer avec plus de

⁶ Les produits totaux correspondent aux produits définis par les comptes commençant par le chiffre 7 de la nomenclature M21, soit en grande partie les produits de l'activité hospitalière, les produits financiers et les produits exceptionnels.

⁷ Cette dotation fait référence aux produits et charges relatifs au patrimoine, notamment foncier, de l'hôpital public et non affecté à l'activité hospitalière.

⁸ La rétrocession des médicaments recouvre la délivrance, par une pharmacie hospitalière, de médicaments à des patients qui ne sont pas hospitalisés. En 2010, le compte 7071 (rétrocession de médicaments) représente 2,9 % des comptes 70 et 73 de l'ensemble des hôpitaux publics. L'AP-HP tire vers le haut ce pourcentage puisque le compte 7071 y représente 12 % des comptes 70 et 73. Hors AP-HP, ce pourcentage chute à 1,9 %. Cette part de la rétrocession pour l'AP-HP explique une partie de la surestimation des produits de l'AP-HP.

pertinence la somme des produits issus du secteur public hospitalier et de comparer les différentes catégories d'établissements entre eux.

Les données de la DGFIP ont ensuite été croisées avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) 2010 afin de ne conserver que des établissements de santé. Le nombre d'hôpitaux publics s'élève à 959 en 2010 contre 971 en 2009.

Par convention, les hôpitaux publics sont répartis en sept catégories.

- L'AP-HP.
- Les 30 autres centres hospitaliers régionaux (CHR).
- Les centres hospitaliers (CH), eux-mêmes classés en trois catégories selon leur taille, mesurée à partir de leurs produits :
 - les grands CH (plus de 70 millions d'euros) ;
 - les moyens CH (entre 20 et 70 millions d'euros) ;
 - les petits CH (moins de 20 millions d'euros).
- Les hôpitaux locaux (HL).
- Les centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS)⁹.

Cette augmentation s'explique en partie par celle des produits versés par l'assurance maladie (*encadré 3*) pour le compte du budget principal (titre 1) qui en constituent l'essentiel (81 %) mais aussi par celle des autres produits de l'activité hospitalière (titre 2) (*tableau 2*). En effet, bien que moins dynamique, la croissance des produits versés par l'assurance maladie au budget principal reste soutenue : +2,8 % en 2010 contre +3,3 % en 2009 et +4,1 % en 2008 (*graphique 2*). Ils s'élèvent à 48,3 milliards d'euros en 2010.

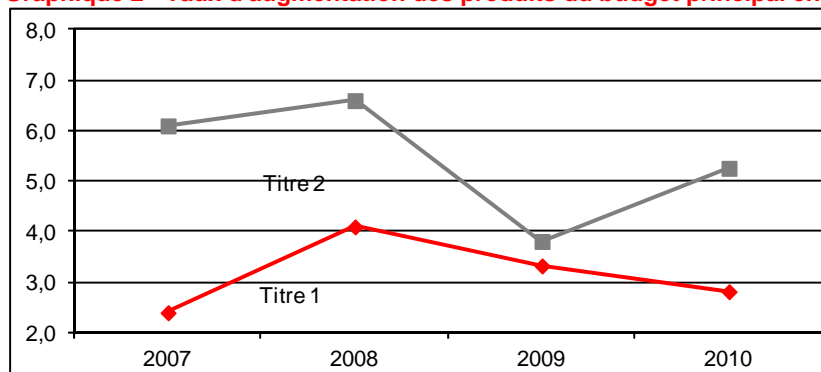
Tableau 2 - Évolution des produits et des charges des budgets global et principal entre 2009 et 2010

	Budget global		Budget principal	
	2010 <i>En Mds€</i>	2009/10 <i>En %</i>	2010 <i>En Mds€</i>	2009/10 <i>En %</i>
Produits	67,0	3,8	58,6	3,2
Titre 1 : produits versés par l'assurance maladie	52,3	2,3	48,3	2,8
Titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, Etat.	5,7	5,7	4,8	5,3
Titre 3 : autres produits	8,9	12,1	5,5	5,8
Charges	67,2	3,8	59,1	3,2
Titre 1 : charges de personnel	45,3	3,5	40,0	2,9
Autres charges	21,9	4,4	19,1	4,3
dont titre 2 : charges à caractère médical	-	-	8,4	5,4
dont titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	-	-	5,4	4,5
dont titre 4 : charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles	-	-	5,2	2,5

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES.

⁹ Les syndicats interhospitaliers (SIH) ont été classés avec les établissements qui se sont regroupés pour mettre en commun certaines fonctions ou activités (objectifs d'un SIH), c'est-à-dire au sein des CH ou des CHS.

Graphique 2 - Taux d'augmentation des produits du budget principal entre 2006 et 2010 (en %)



Titre 1 : produits versés par l'assurance maladie.

Titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, Etat.

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES.

Les financements versés par l'assurance maladie tirés par ceux liés à l'activité

Les produits versés par l'assurance maladie pour le compte du budget principal se décomposent en financements reçus au titre de l'activité¹⁰ (63,3 %), dotation annuelle de financement (22,2 %) et MIGAC (14,5 %).

En 2010, les financements liés à l'activité, qui représentent 30,6 milliards d'euros, ont progressé à un rythme plus élevé : +3,2 % contre +1,5 % en 2009. En 2009, une partie des financements liés à l'activité avaient été transférés vers des enveloppes forfaitaires (MIGAC) pour ce qui concerne la permanence des soins hospitaliers et la prise en charge des patients en situation de précarité. C'est l'évolution de ces modalités de financement bien plus que celle de l'activité qui expliquait le fléchissement de l'évolution des produits versés par l'assurance maladie au titre de l'activité en 2009 (+1,5 % contre 3,9 % l'année précédente).

Corrélativement, les financements des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) versés par l'assurance maladie, qui s'élèvent à 7 milliards d'euros pour les établissements publics, progressent de 2,4 % contre 14,5 % en 2009. Cette faible croissance des MIGAC s'explique pour une partie par des mises en réserves sur les crédits AC prises afin de garantir le respect de l'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM)¹¹. Enfin, la dotation annuelle de financement relative au budget principal, qui finance les activités de moyen séjour (soins de suite et réadaptation) et de psychiatrie a augmenté de 2,1 % en 2010 (versus 1,9 % en 2008) et s'élève 10,7 milliards d'euros.

Encadré 3

La tarification à l'activité (T2A)

En 2008, la réforme du financement au sein des établissements publics de santé a continué de se mettre en place. S'appliquant à cette date aux seules activités de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique – MCO), ce système repose à la fois sur une tarification à l'activité et sur une dotation pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)¹². Pour le premier volet, la mise en place a été progressive : la part de financement liée à la T2A est passée de 25 % à 35 % entre 2005 et 2006 et s'est élevée à 50 % en 2007. La partie d'activité restant financée sous la forme de dotation est nommée dotation annuelle complémentaire (DAC). En 2008, la DAC a été supprimée. Les tarifs nationaux sont applicables à 100 % depuis cette date ce qui signifie que les recettes des établissements sont, à présent, directement proportionnelles à leur activité. Ces tarifs sont modulés par un coefficient de transition spécifique à chaque établissement. Ce coefficient converge vers 1 en 2012. Quant à la dotation nationale de financement des MIGAC, elle est répartie entre les régions. Les crédits sont ensuite attribués par les agences régionales de santé (ARS) aux établissements.

Les autres activités (psychiatrie et soins de suite et de réadaptation) restent financées pour le moment sous forme de dotation annuelle.

¹⁰ Ces financements concernent les activités de MCO. Ils incluent les produits de la tarification des séjours et des consultations externes ainsi que les produits des médicaments, des dispositifs médicaux facturés en sus du séjour et les forfaits annuels.

¹¹ Rapport 2011 au Parlement sur les missions d'intérêts général et l'aide à la contractualisation, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_MIGAC_au_Parlement_2011_3-0_090911.pdf

¹² http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/migac/rapport_2008.pdf

La mise en place progressive de la T2A s'est poursuivie en 2009 avec l'introduction de la nouvelle classification des séjours hospitaliers¹³ (V11). En effet, chaque hospitalisation est résumée dans un groupe homogène de malades (GHM) en fonction de différents critères (diagnostics principaux, actes pratiqués et diagnostics associés). L'objectif de cette nouvelle classification est de mieux rendre compte de la sévérité des pathologies prises en charge avec le passage de 799 GHM à 2300 GHM. Désormais, les GHM se déclinent dans la 11^{ème} version de la classification en quatre niveaux de sévérité.

Les produits des ménages et des organismes complémentaires ont augmenté de +5,3 %

La progression des autres produits de l'activité hospitalière (*titre 2, graphique 2*) se poursuit à un rythme plus soutenu, soit +5,3 % en 2010 pour le budget principal contre +3,8 % en 2009 (*graphique 2*). Ce titre regroupe les montants non pris en charge par l'assurance maladie (organismes complémentaires et ménages) et ceux pris en charge par l'État, notamment pour les patients étrangers couverts par l'aide médicale d'État. Le montant de ces produits atteint 4,8 milliards d'euros pour le compte du budget principal (*tableau 2*). Ce titre comprend aussi les montants versés au titre des conventions internationales. L'évolution de ces produits est plus importante que la croissance des produits du titre 1. En 2010, cette augmentation fait suite à l'arrêté du 23 décembre 2009 portant le montant du forfait journalier hospitalier de 16 à 18 euros pour les services de MCO et de 12 à 13,50 euros en psychiatrie à compter du 1^{er} janvier 2010. La part de ces montants au sein du budget principal progresse régulièrement chaque année : ils représentent 8 % du budget principal en 2010 contre 7,9 % en 2009, 7,8 % en 2008, 7,7 % en 2007 et 7,4 % en 2006.

Les autres produits (titre 3) du budget principal représentent 5,5 milliards d'euros en 2010, en augmentation de près de 6 % en 2010. Ils comprennent notamment les recettes subsidiaires relatives à l'exploitation (vente de produits fabriqués, production immobilisée, subventions d'exploitations, etc.), les produits financiers et les produits exceptionnels.

Évolution comparable des charges et des produits en 2010

Les charges du secteur hospitalier sont estimées à 67,2 milliards d'euros en 2010, dont 88 % au titre du budget principal. L'évolution des charges est identique à celle des produits, soit +3,8 %.

Les charges de personnel, qui représentent le premier poste de dépenses, progressent de +3,5 % en 2010 contre +1,1 % en 2009 ; elles s'établissent à 45,3 Mds€, soit 67,4 % du total des charges. En 2009, la hausse modérée observée était liée pour partie aux remboursements exceptionnels réalisés en 2008 d'une partie des jours épargnés sur les comptes épargnes-temps (CET) ; opération de remboursement non renouvelée en 2009. En 2008, les hôpitaux avaient en effet été autorisés à indemniser la moitié des jours épargnés sur les CET et la totalité des heures supplémentaires restant dues¹⁴.

Pour le seul budget principal, ces charges de personnel s'élèvent à 40 milliards d'euros (titre 1) et ont augmenté de +2,9 % en 2010 (*tableau 2*). Comme les deux années précédentes, ces charges ont donc augmenté moins vite que les produits de l'activité médicale en 2010, soit +3 %¹⁵. Cette évolution concomitante traduit un effort de contrôle de la masse salariale qui permet de stabiliser le déficit en 2010. L'évolution de ce poste de dépenses sur le budget principal varie suivant les catégories d'établissements. Cet effort est plus marqué pour les centres hospitaliers régionaux : le rythme de progression est resté, en 2010, inférieur à la moyenne (+2,3 %). Par contre, pour les CH, et notamment ceux de taille moyenne, la masse salariale a augmenté de +3,3 %.

En 2010, les charges à caractère médical (titre 2 du budget principal) progressent de +5,4 % contre +4,4 % en 2009. Globalement, ces dépenses progressent plus vite que les produits de l'activité médicale. Elles atteignent 8,4 milliards d'euros pour le seul budget principal et représentent 13,7 % du budget principal. Leur part est plus élevée pour les CHR (18 %), alors qu'elle est inférieure à 10 % pour les petits CH, les HL et les CHS.

¹³ « Manuel des groupes homogènes de malades, 11^{ème} version de la classification », ATIH, fascicule spéciale n°2010/4bis.

¹⁴ Circulaire n° DHOS/M3/2008/161 du 14 mai 2008 relative aux modalités d'indemnisation des jours accumulés sur le compte épargne-temps des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé.

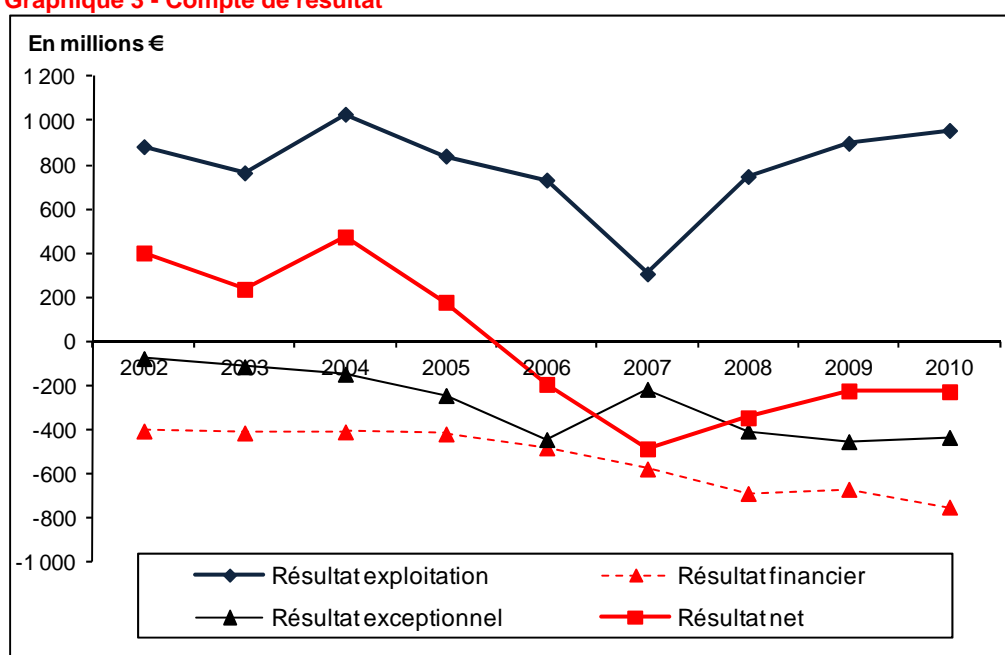
¹⁵ Les produits de l'activité médicale, comprenant les recettes des titres 1 et 2 du budget principal, ont augmenté de 2,7 % en 2007, de 4,4 % en 2008 et de 3,4 % en 2009 et de 3 % en 2010.

Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3 du budget principal) progressent de 4,5 % en 2010 contre 3,9 % en 2009. Comme les charges du titre 2, ces dernières dépenses, se rapportant aussi à l'activité hospitalière, progressent plus rapidement que les produits de l'activité médicale. Quant aux charges d'amortissements et frais financier (titre 4 du budget principal), elles augmentent de 2,5 % en 2010 contre 5 % en 2009.

La forte progression du résultat d'exploitation depuis 2007 a été absorbée par la dégradation du résultat financier

En décomposant le compte de résultat global, on observe que le résultat d'exploitation¹⁶ continue de progresser en 2010, mais à un rythme modéré. Ce résultat enregistre un excédent de 960 millions d'euros (*graphique 3*). Toutefois, cette progression du résultat d'exploitation est en partie absorbée par le résultat financier¹⁷ qui continue de se dégrader en 2010 en raison du paiement des intérêts des emprunts pour financer les investissements : son déficit s'élève à 750 millions d'euros en 2010, soit 81 millions de plus qu'en 2009. Le résultat exceptionnel¹⁸ s'est stabilisé en 2010 et enregistre un déficit de 434 millions d'euros en 2010.

Graphique 3 - Compte de résultat



Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES.

Les capacités d'autofinancement se stabilisent

Au total, la capacité d'autofinancement (CAF)¹⁹, mesurant les ressources dégagées par l'activité courante de l'établissement, se stabilise à près de 4 milliards d'euros en 2010. Cette stabilisation fait suite à une progression de la CAF de près d'un milliard entre 2006 et 2009. Ainsi, en 2010, le taux d'autofinancement, mesurant le poids de la CAF au sein de ses produits baisse, passant de 6,7 % en 2009 à 6,3 % en 2010 (*tableau 3*).

¹⁶ Le résultat d'exploitation fait référence aux produits et charges liés à l'exploitation normale et courante de l'établissement.

¹⁷ Le résultat financier concerne les produits et les charges qui se rapportent directement à l'endettement et aux placements des hôpitaux publics.

¹⁸ Le résultat exceptionnel comprend notamment les opérations de gestion ou des opérations de capital (cessions d'immobilisation), et les dotations aux amortissements et aux provisions pour les opérations exceptionnelles.

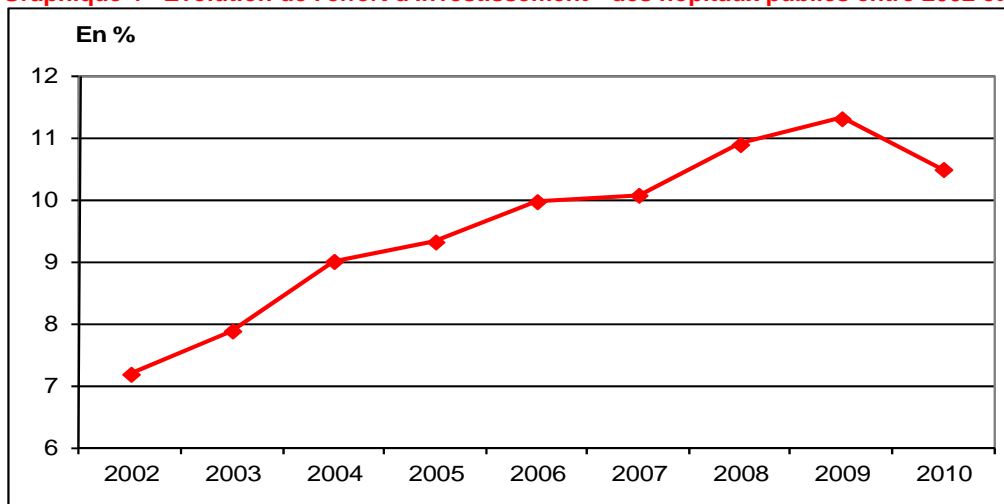
¹⁹ Contrairement au résultat net comptable prenant en compte tous les produits et toutes les charges, la capacité d'autofinancement (CAF) se calcule uniquement à partir des charges décaissables et des produits encaissés. En d'autres termes, les dotations (ou les reprises) aux amortissements et aux provisions, ainsi que les opérations de cessions qui ne sont pas liées à des opérations de gestion courante, sont exclues du calcul de la CAF.

Des investissements importants financés de plus en plus par l'endettement

Dans un contexte de plans nationaux d'aide à l'investissement²⁰, l'effort d'investissement continue d'être soutenu.

Toutefois, l'année 2010 marque un ralentissement de cet effort d'investissement. La part des dépenses d'investissements rapportées aux recettes produites par l'activité hospitalière est passée de 11,3 % à 10,5 % entre 2009 et 2010 (*graphique 4*). Ces dépenses représentent les opérations d'investissements réalisées dans l'année (acquisitions, créations et apports d'immobilisations²¹). Le montant de ces dépenses marque en fait un ralentissement dans le rythme de renouvellement global des immobilisations en 2010 : celui-ci s'établit en moyenne à treize années en 2010, contre douze en 2009 (*tableau 3*).

Graphique 4 - Évolution de l'effort d'investissement * des hôpitaux publics entre 2002 et 2010



(*) L'effort d'investissement mesure la part des dépenses d'investissements par rapport aux produits.
Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES.

Tableau 3 - Indicateurs d'investissements des hôpitaux publics entre 2002 et 2010

	Capacité d'autofinancement (en % des produits)	Taux de renouvellement des immobilisations (en %)	Capacité de remboursement (en années de CAF)
2002	5,9	6,5	3,5
2003	5,9	7,1	3,5
2004	7,2	8,0	3,1
2005	6,0	8,0	3,9
2006	5,4	8,3	4,6
2007	5,1	8,0	5,6
2008	5,8	8,4	5,6
2009	6,7	8,4	5,4
2010	6,3	7,7	6,2

Note de lecture :

- Le ratio « taux de renouvellement des immobilisations » calcule la part des dépenses d'investissements réalisées au cours de l'année sur l'ensemble des actifs immobilisés. En d'autres termes, un ratio égal à 8 % en 2007 signifie qu'il faut 12,5 années (100 / 8) pour renouveler le patrimoine des hôpitaux publics.

- La capacité d'autofinancement (CAF) mesure les ressources générées par l'activité courante de l'établissement.

- La capacité de remboursement mesure le nombre d'années d'autofinancement nécessaires au remboursement total de la dette. Ce ratio rapporte donc le montant des dettes sur celui de la CAF.

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES.

²⁰ Sources : ANAP Préfiguration – Synthèse du bilan Hôpital 2007 (août 2009) ; http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_100210-Hopital2012.pdf

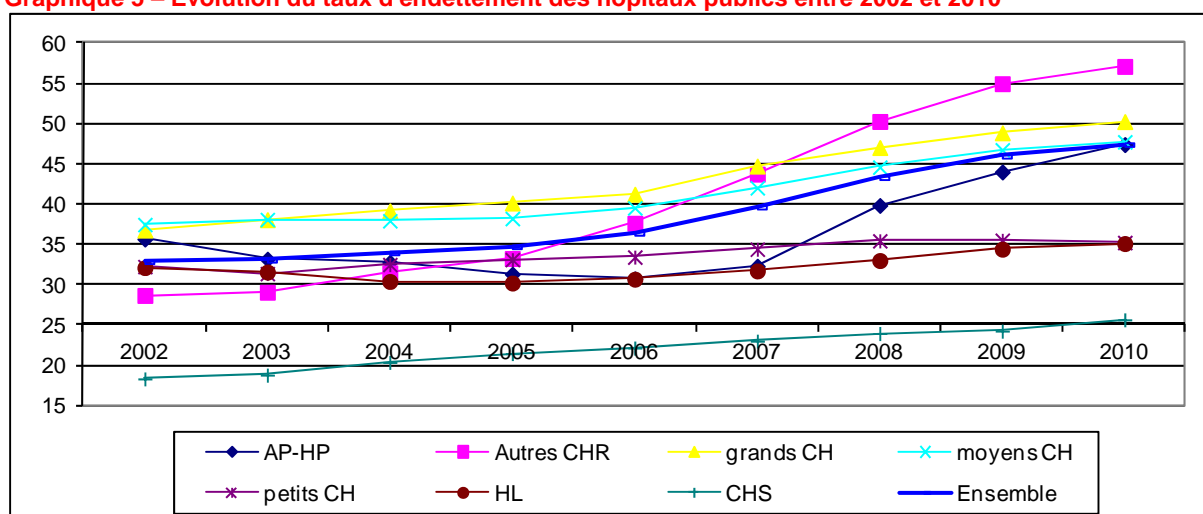
²¹ Ces dépenses d'investissement ne prennent pas en compte les amortissements qui ont pour objet de constater la dépréciation des éléments d'actif.

L'endettement continue de progresser

Parallèlement à la croissance des investissements, l'endettement des hôpitaux publics continue de croître à un rythme régulier pour atteindre en 2010 près de la moitié des ressources stables (soit 24,1 Mds€), dans un contexte où les enveloppes nationales dédiées à l'investissement sont placées sous forte contrainte. Le taux d'endettement mesurant la part des dettes au sein des ressources stables est ainsi passé de 46 % en 2009 à 47,5 % en 2010 (graphique 5).

Même si la capacité d'autofinancement des établissements publics de santé a progressé depuis 2006, elle ne suffit pas pour faire face aux investissements massifs qui sont engagés. Par conséquent, l'amélioration de l'autofinancement n'a pas permis d'absorber l'effort d'investissement constant entrepris depuis 2002. Cet investissement a donc nécessité un recours conséquent à l'emprunt. La croissance de l'endettement a été particulièrement importante en 2008 et en 2009 pour les CHR, et dans une moindre mesure pour les grands et les petits CH. Le ratio d'endettement des hôpitaux publics, qui mesure le nombre d'années d'autofinancement nécessaire au remboursement total de la dette, s'est élevé en 2010 en raison notamment de la stabilité de la CAF : ce ratio s'établit à 6,2 années en 2010 contre 5,4 années pour l'année 2009 (tableau 3).

Graphique 5 – Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics entre 2002 et 2010



Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES.

Pour en savoir plus

- ☞ DGFIP, 2009, Premiers résultats 2008 des finances locales, DGFIP, juin (disponible sur le site <http://www.colloc.bercy.gouv.fr>, rubrique Finances locales, Notes de conjoncture).
- ☞ DREES, 2009, « Second rapport d'activité du comité d'évaluation de la T2A », *Document de travail*, série Études et recherche, n° 94, septembre.
- ☞ Fenina A., Le Garrec M.A., Koubi M., 2011, « Comptes nationaux de la santé 2010 », Ouvrage, Collection Études et statistiques.
- ☞ Garnero M., « Les contrats d'assurance complémentaire en 2009 », *Études et Résultats*, DREES, n° 789, février.
- ☞ Yilmaz E., 2009, « En 2006, les hôpitaux publics en déficit », *Études et Résultats*, DREES, n° 684, mars.
- ☞ Yilmaz E., 2009, « En 2007, le déficit des hôpitaux publics se creuse », *Études et Résultats*, DREES, n° 709, octobre.
- ☞ Yilmaz E., 2011. « Le redressement des comptes des hôpitaux publics se confirme en 2009 », Ouvrage, Comptes nationaux de la santé, Collection Études et Statistiques.

La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2010

Éric Thuaud (DREES)

En 2010, le chiffre d'affaires des cliniques privées augmente de 3,1 %, soit une croissance légèrement moins dynamique qu'en 2009 (3,9 %). Leur rentabilité économique moyenne est estimée en 2010 à 1,7 % de leur chiffre d'affaires, en légère baisse par rapport à 2009 et 2008 (2,1 %), et significativement plus faible que le maximum connu en 2005 (3,1 %).

La situation économique des cliniques privées, satisfaisante en moyenne, présente une grande hétérogénéité : plus d'un quart d'entre elles subissent des pertes alors qu'une sur dix affiche une rentabilité économique supérieure à 11,4 %. La rentabilité économique moyenne des cliniques du secteur médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) se stabilise à 1,4 %. Celle des cliniques du secteur hors MCO est deux fois plus élevée (2,9 %), malgré une baisse de 0,9 point en 2010.

Cette étude présente la situation économique des cliniques privées à but lucratif en 2009 et 2010, à partir de l'exploitation de leurs comptes déposés chaque année auprès des greffes des tribunaux de commerce. Il s'agit d'une actualisation de l'étude publiée en mars 2012¹ qui s'appuyait sur des résultats provisoires pour l'année 2010. Ces données ne sont pas disponibles pour environ 15 à 20 % des cliniques selon les années au moment de l'étude. Toutefois, grâce à une repondération des données tenant compte de la non-réponse, fondée sur le personnel des cliniques déclarées dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), les résultats publiés dans cette étude sont représentatifs de l'ensemble du champ [Aude, 2010]. Certains résultats relatifs aux années antérieures à 2008 peuvent en conséquence être légèrement modifiés par rapport aux précédentes publications qui ne portaient que sur le champ des cliniques ayant réellement déposé leurs comptes. Par ailleurs, le champ de l'étude se limite aux seules sociétés d'exploitation des cliniques, les données relatives aux autres sociétés civiles n'étant pas connues. Lorsque la société d'exploitation de la clinique paye un loyer à une société civile immobilière (SCI) qui est propriétaire des murs, l'analyse des seuls résultats de la société d'exploitation peut biaiser la juste appréciation du résultat économique des cliniques pour lesquelles l'actionnaire majoritaire des deux sociétés est le même (cf. encadré 1).

En 2010, les cliniques privées à but lucratif réalisent, pour le secteur MCO, 49,8 % des venues en hospitalisation partielle² (+0,3 point) et 27,3 % des entrées en hospitalisation complète (en baisse de 0,4 point). Cette évolution confirme la tendance observée entre 2008 et 2009, de baisse de parts de marché des cliniques privées pour l'hospitalisation complète. Cette contraction de la part de marché des cliniques privées en hospitalisation complète est principalement due à l'activité de chirurgie, les cliniques privées réalisant en 2010 45,5 % des entrées en hospitalisation complète contre 46,0 % en 2009 pour cette discipline.

Concernant le secteur hors MCO, les cliniques privées réalisent 4,4 % des venues en hospitalisation partielle et 18,4 % des entrées en hospitalisation complète en psychiatrie³. Elles représentent 29,3 % des venues en hospitalisation partielle et 31,5 % des entrées en hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation (SSR). Par rapport à 2009, l'évolution du nombre d'entrées en hospitalisation complète est assez faible (+2,3 % en psychiatrie, +1,5 % pour les SSR). Pour les venues en hospitalisation partielle, la hausse est en revanche nettement plus marquée (+15,3 % en psychiatrie, +6,7 % pour les SSR).

Encadré 1.

Champ de l'étude et méthode utilisée pour le redressement des données tenant compte de la non-réponse

Le champ de l'étude

Les cliniques privées à but lucratif étudiées sont les entités figurant dans la SAE (Statistique annuelle des établissements de santé) 2010 et pratiquant des activités hospitalières selon la nomenclature des activités françaises (NAF).

Comme toute entreprise, une clinique privée peut être composée de plusieurs sociétés, notamment d'une société d'exploitation et d'une société civile immobilière (SCI). Cette étude ne traite que les comptes des sociétés d'exploitation, car aucune méthodologie n'a permis jusqu'à présent de reconstituer les liens entre la société d'exploitation d'une clinique et les autres sociétés civiles, y compris les éventuelles SCI qui y sont rattachées. Le fait de ne pas pouvoir traiter les comptes des SCI limite l'analyse économique et financière des cliniques⁴. Ainsi, dans les cliniques pour lesquelles l'actionnaire principal de la société d'exploitation est aussi l'actionnaire principal de la SCI à laquelle la clinique loue les locaux, des transferts de résultat entre la société d'exploitation de la clinique et la SCI via les montants des loyers ne sont pas à exclure. Les loyers ne sont toutefois pas connus avec un niveau de détail suffisant (généralement inclus dans le poste « autres achats et charges externes » sans possibilité de descendre à un niveau plus fin) pour approcher indirectement de telles situations dans cette étude.

¹ L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2009 et 2010, *Études et résultats* n°798, mars 2012.

² DGOS-DREES, PMSI-MCO 2009 et 2010.

³ DREES, SAE 2009-2010, traitements DREES.

⁴ Cf. Le Rhun B., Legendre M.-C., 2007, « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées entre 2004 et 2005 », *Études et Résultats*, n° 583, DREES, juillet.

Prendre en compte la non-réponse pour améliorer la qualité des résultats

Les cliniques privées à but lucratif doivent déposer leur compte auprès des tribunaux de commerce. Toutefois, 15 à 20 % d'entre elles ne l'ont pas encore fait selon les années au moment de l'étude, et pour ces dernières, nous ne disposons donc d'aucune information économique et financière. Il est important de redresser les données en tenant compte de la non-réponse si l'on veut garantir la qualité des résultats.

Le recours à la SAE permet de couvrir le champ des cliniques privées à but lucratif en exercice (en tenant compte en particulier des fermetures, créations ou restructurations de cliniques) et de constituer la population de l'étude.

Le redressement des données des cliniques est réalisé à l'aide d'un calage sur marges afin que les établissements ayant déposé leurs comptes (qui constituent l'échantillon) deviennent représentatifs de l'ensemble des cliniques privées à but lucratif présentes dans la SAE. Connues pour toutes les cliniques présentes dans la SAE, des variables auxiliaires corrélées avec les données économiques de l'échantillon sont utilisées pour ce calage. Celles-ci permettent d'améliorer la précision des estimations.

Les données économiques et financières dépendent fortement de la taille des établissements, ici approchée par le nombre d'équivalents temps-plein (ETP) non médicaux, ainsi que de leur discipline (polyclinique, psychiatrie, etc.). De ce fait, la taille par discipline et le nombre d'établissements par discipline sont choisis comme variables auxiliaires du calage. L'échantillon étant représentatif pour ces deux types de variables, il le sera aussi en termes de données économiques et financières.

Les tableaux suivants présentent ces deux variables auxiliaires (nombre de cliniques par discipline et nombre d'ETP par discipline) utilisées dans le calage, ainsi que la part que représente chacune des cases ainsi déterminées dans l'échantillon, constitué des cliniques ayant déposé leurs comptes pour l'exercice 2010.

Tableau des marges utilisées dans le calage pour l'année 2010

- Nombre de cliniques par discipline ;

Nombre de cliniques		
Variable	Effectifs dans la population	Part dans l'échantillon
Cliniques spécialisées*	168	82%
Dialyse avec moins de 27 ETP non médicaux	26	81%
Dialyse avec 27 ETP non médicaux ou plus	27	93%
Divers	100	29%
Polyclinique avec moins 188 ETP non médicaux	177	81%
Polyclinique avec 188 ETP non médicaux ou plus	177	85%
Psychiatrie	131	86%
Soins de suite et de réadaptation avec moins 52 ETP non médicaux	126	74%
Soins de suite et de réadaptation avec 52 ETP non médicaux ou plus	126	90%

Note : Les disciplines qui ont des équivalents temps-plein (ETP) par établissement dispersés, sont séparées en deux classes. Elles constituent donc deux marges différentes (comprenant chacune le même nombre de cliniques), ce qui permet de prendre en compte les effets différenciés selon la taille. Malgré le petit nombre d'établissements de dialyse, ils ont été séparés en 2 catégories car les données financières de ces cliniques sont très hétérogènes.

*médecine, chirurgie, obstétrique

- Équivalents temps-plein (ETP) non médicaux par discipline :

Equivalents temps-plein non médicaux par discipline (2010)		
Variable	Somme des ETP dans la population	Part représentée dans l'échantillon
Cliniques spécialisées*	14 661	83%
Dialyse avec moins de 27 ETP non médicaux	257	90%
Dialyse avec 27 ETP non médicaux ou plus	1 523	92%
Divers	3 044	37%
Polyclinique avec moins de 188 ETP non médicaux	20 768	82%
Polyclinique avec 188 ETP non médicaux ou plus	61 950	86%
Psychiatrie	7 419	86%
Soins de suite et de réadaptation avec moins de 52 ETP non médicaux	4 319	74%
Soins de suite et de réadaptation avec 52 ETP non médicaux ou plus	14 669	94%

Note : Les disciplines qui ont des équivalents temps-plein (ETP) par établissement dispersés, sont séparées en deux classes. Elles constituent donc deux marges différentes (comprenant chacune le même nombre de cliniques), ce qui permet de prendre en compte les effets différenciés selon la taille. Malgré le petit nombre d'établissements de dialyse, ils ont été séparés en 2 catégories car les données financières de ces cliniques sont très hétérogènes.

*médecine, chirurgie, obstétrique

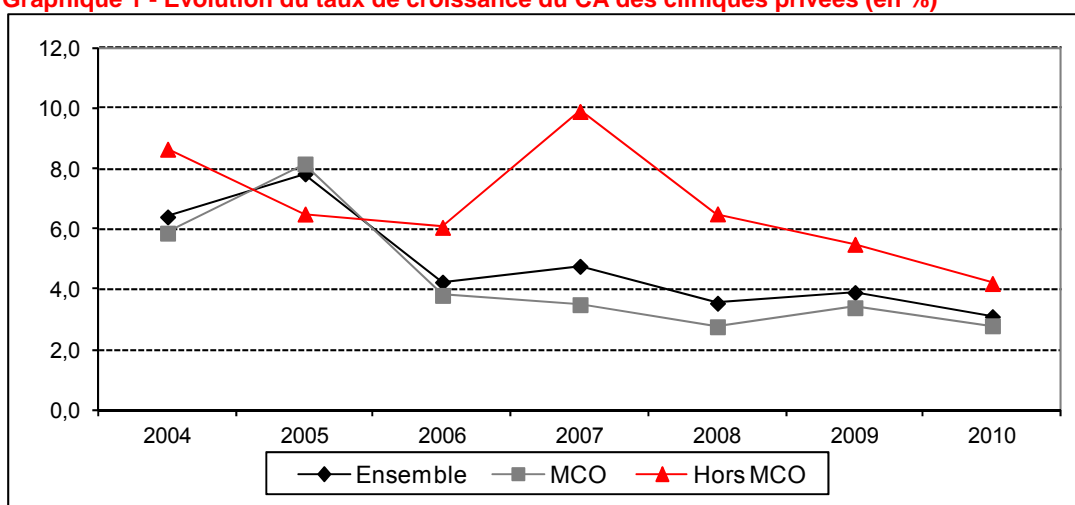
Une croissance du chiffre d'affaires moins dynamique en 2010 qu'en 2009

En 2010, le chiffre d'affaires (CA) des cliniques privées à but lucratif augmente de 3,1 %, soit un ralentissement de 0,8 point par rapport à 2009 (*graphique 1*). Le CA total des cliniques s'élève à 12,5 milliards d'euros en 2010, contre 12,1 milliards d'euros en 2009 : les cliniques MCO représentent 9,7 milliards d'euros de chiffre d'affaires contre 2,8 milliards d'euros pour les établissements hors MCO. Ce chiffre est estimé sur le champ des cliniques présentes dans la SAE 2010, et concerne 1058 cliniques privées à but lucratif (dont 575 dans le secteur MCO et 483 hors MCO).

La moitié des établissements connaissent une progression de leur CA supérieure à 2,2 %. Pour un quart des établissements, cette progression dépasse 5,6 % et un dixième des établissements bénéficient même d'une progression de 11,1 % ou plus. En revanche, 28,6 % des cliniques voient leur CA stagner ou baisser entre 2009 et 2010 (contre 22,9 % entre 2008 et 2009).

La croissance du CA des cliniques reste en moyenne nettement plus faible dans le secteur MCO (2,8 %) que dans le secteur hors MCO (4,2 %) Cependant, l'écart entre les deux secteurs s'est sensiblement réduit en 2009-2010 (*graphique 1*).

Graphique 1 - Évolution du taux de croissance du CA des cliniques privées (en %)



Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.
Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2004-2010, calculs DREES.

Légère baisse de la rentabilité économique des cliniques en 2010 (- 0,4 point)

En 2010, la rentabilité économique des cliniques, rapport du résultat net au chiffre d'affaires (*cf. encadré 2*), s'établit à 1,7 % du CA (*tableau 1*), en légère baisse par rapport à 2009 (-0,4 point). Cette évolution s'explique surtout par la dégradation du résultat exceptionnel et non par celle de son résultat d'exploitation. Le taux de marge brut d'exploitation, rapport de l'excédent brut d'exploitation sur le chiffre d'affaires, qui mesure la performance de l'activité d'exploitation de l'entreprise, indépendamment de ses investissements et des éléments financiers et exceptionnels, est en effet resté stable en 2010 à 5,9 % du CA (*tableau 2*). Le résultat exceptionnel qui recense les opérations de gestion et les opérations en capital exceptionnelles ayant eu lieu au cours de l'exercice considéré est en baisse de 0,4 point par rapport à 2009 et de 1,1 point par rapport à 2008. En 2010, il s'établit à -0,3 % du CA, contre 0,1 % du CA en 2009 et 0,8 % du CA en 2008. Le résultat financier, quant à lui, autre élément intervenant dans le calcul du résultat net comptable, est resté stable. Il s'établit à -0,3 % du CA en 2010.

Tableau 1 - Rentabilité économique selon la catégorie d'établissement (en % du CA)

	2008	2009	2010
Ensemble	2,1	2,1	1,7
Polycliniques	1,4	1,6	1,3
Cliniques spécialisées*	1,4	1,0	0,3
Dialyse	7,6	7,9	10,6
Total MCO	1,6	1,6	1,4
dont Grandes cliniques MCO	1,7	1,6	1,5
Moyennes cliniques MCO	0,9	1,2	0,7
Petites cliniques MCO	4,3	5,1	4,5
Suite et réadaptation	4,0	4,2	3,5
Psychiatrie	5,1	5,4	5,3
Divers	-1,5	-4,5	-6,1
Total hors MCO	3,8	3,8	2,9
Grandes cliniques hors MCO	2,5	2,7	2,1
Moyennes cliniques hors MCO	4,1	4,6	3,3
Petites cliniques hors MCO	4,4	3,5	2,9

* Chirurgie, Médecine, Obstétrique.

Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2008-2010, calculs DREES.

Tableau 2 - Compte de résultat des cliniques privées

	2008	2009	2010
CHIFFRE D'AFFAIRES TOTAL (Milliards d'euros)	11631	12079	12456
CHIFFRE D'AFFAIRES MOYEN (en millions d'euros)	10,9	11,3	11,8
Achats et charges externes (en % du CA)	-45,1%	-45,2%	-45,3%
dont - Achats consommés	-18,1%	-17,8%	-18,0%
- Autres achats et charges externes	-27,1%	-27,5%	-27,3%
- Variation de stocks	0,1%	-0,1%	0,0%
Frais de personnel (en % du CA)	-43,9%	-43,8%	-43,9%
dont - Salaires bruts	-31,4%	-31,5%	-31,1%
- Charges sociales	-12,4%	-12,3%	-12,8%
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du CA)	-5,3%	-5,1%	-4,9%
dont - Impôts, taxes et versements assimilés	-6,0%	-6,0%	-5,7%
- Subvention d'exploitation	0,7%	0,9%	0,8%
EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION (en % du CA)	5,7%	5,9%	5,9%
Dotations nettes aux amortissements (en % du CA)	-2,1%	-1,7%	-1,7%
Autres opérations d'exploitation (en % du CA)	1,1%	-0,1%	-0,1%
RESULTAT D'EXPLOITATION (en % du CA)	3,7%	4,2%	4,2%
Résultat financier	-0,4%	-0,3%	-0,3%
dont - Produits financiers	0,9%	0,8%	0,6%
- Charges financières	-1,3%	-1,1%	-1,0%
RESULTAT COURANT (exploitation + financier)	3,3%	3,8%	3,9%
Résultat exceptionnel (en % du CA)	0,8%	0,1%	-0,3%
dont - Produits exceptionnels	3,1%	2,4%	2,4%
- Charges exceptionnelles	-2,3%	-2,3%	-2,7%
Participation des salariés (en % du CA)	-0,4%	-0,4%	-0,4%
Impôts sur les bénéfices (en % du CA)	-1,5%	-1,4%	-1,4%
RESULTAT NET (en % du CA)	2,1%	2,1%	1,7%

Note de lecture : rapportés au CA, les produits sont positifs et les charges négatives. Attention, des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, ceci à cause des arrondis à un chiffre

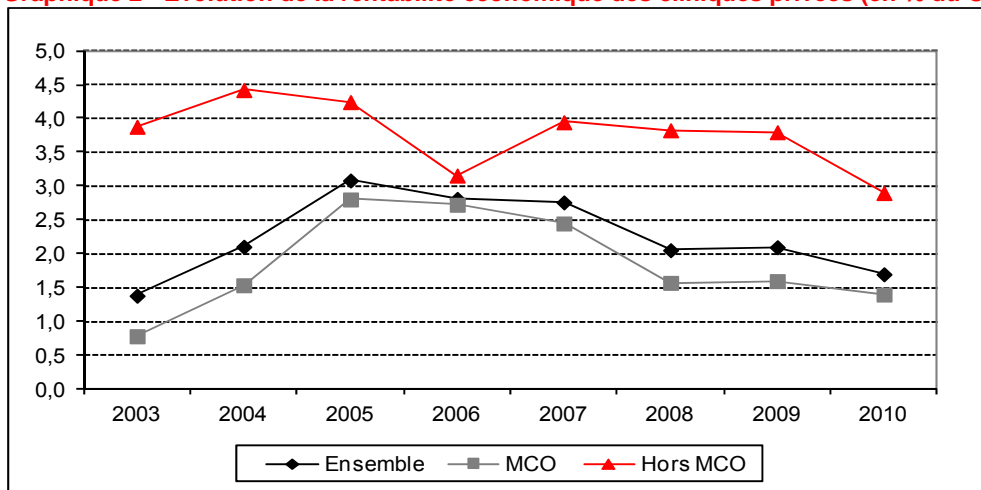
Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2008-2010, calculs DREES.

Les cliniques hors MCO demeurent les plus rentables en 2010, malgré une baisse de leur rentabilité économique

Si l'on compare les secteurs MCO et hors MCO, on retrouve une rentabilité économique assez stable depuis 2008 pour le secteur MCO à 1,4 % (-0,2 point, *graphique 2*). En revanche, si le secteur hors MCO demeure toujours le plus rentable avec 2,9 % du CA, il connaît une baisse sensible par rapport à l'exercice précédent (-0,9 point).

Graphique 2 - Évolution de la rentabilité économique des cliniques privées (en % du CA)



Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.
Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2003-2010, calculs DREES.

L'analyse par taille montre toutefois que les cliniques, les plus rentables sont en 2010 comme en 2009, les cliniques MCO de petite taille⁵, avec une rentabilité économique moyenne de 4,5 % en 2010. Les cliniques hors MCO de petite taille, après avoir été les plus rentables en 2008, voient leur rentabilité s'établir en moyenne à 2,9 % pour l'exercice 2010, soit un taux inférieur de 1,6 point par rapport aux petites cliniques MCO. Les cliniques de taille moyenne dégagent quant à elles des bénéfices correspondant à 0,7 % du chiffre d'affaires dans le MCO contre 3,3 % dans le hors MCO et celles de grande taille des bénéfices de 1,5 % et 2,1 % respectivement (*tableau 1*).

Si on considère maintenant les disciplines (*cf. encadré 2*), on constate qu'en moyenne toutes affichent une rentabilité positive, à l'exception des cliniques « divers », dont la rentabilité atteint -6,1 % de leur chiffre d'affaires en 2010. Hormis ces cliniques « divers », les cliniques spécialisées (médecine, chirurgie, obstétrique) sont celles qui sont les moins rentables, passant de 1,4 % en 2008 à 1,0 % en 2009 puis 0,3 % en 2010. Viennent ensuite les polycliniques avec une rentabilité en 2010 à 1,3 % du CA, en baisse de 0,3 point par rapport à 2009. Les taux de rentabilité des cliniques du secteur hors MCO demeurent, en revanche, élevés, mais stables pour les cliniques de psychiatrie à 5,3 % en 2010, et en diminution de 0,7 point pour les cliniques SSR, à 3,5 % du CA.

Encadré 2 Détails de la répartition par discipline

Pour les besoins de l'étude, les cliniques ont été réparties par discipline de la manière suivante :

Secteur MCO :

Polycliniques : Cliniques pluridisciplinaires à dominante MCO (les activités MCO représentent au moins 60 % des établissements de la clinique).

Cliniques spécialisées : Cliniques monodisciplinaires du secteur MCO (uniquement chirurgie ou uniquement médecine ou uniquement obstétrique).

Dialyse : Cliniques de dialyse monodisciplinaires.

Secteur Hors MCO :

SSR : Cliniques à dominante SSR (au moins 60 % des établissements de la clinique).

PSY : Cliniques à dominante PSY (au moins 60 % des établissements de la clinique).

Divers : Cliniques d'activités hospitalières ne correspondant à aucune des autres disciplines.

⁵ La taille d'une clinique est définie selon le nombre d'ETP (équivalents temps-plein) non médicaux, de la manière suivante :

- Nombre d'ETP < 50 : petite clinique
- 50 <= Nombre d'ETP < 150 : moyenne clinique
- 150 <= Nombre d'ETP : grande clinique

Une proportion de cliniques déficitaires plus importante en MCO qu'en hors MCO

Ces moyennes recouvrent en fait des situations très différenciées : alors que la moitié des cliniques privées à but lucratif enregistrent une rentabilité économique supérieure à 2,4 % du CA en 2010, plus d'un quart déclarent des pertes. Elles sont en effet 27,8 % à être déficitaires en 2010, soit une proportion sensiblement supérieure à celle de 2009 (25,6 %). Parallèlement, un dixième enregistrent une rentabilité supérieure à 11,4 %. Ces établissements réalisent 6,0 % du CA total de l'ensemble des cliniques.

En 2010, on observe un important écart entre la proportion de cliniques en déficit dans le secteur MCO (32,5 %) et celle du secteur hors MCO (21,5 %). Plus d'une polyclinique sur trois dans l'échantillon connaît ainsi des pertes pour l'exercice 2010 (33,7 %), proportion encore plus forte pour les cliniques spécialisées (Chirurgie, Médecine, Obstétrique) avec 36,5 % de cliniques déficitaires. Ces établissements à la rentabilité négative représentent une part du chiffre d'affaires total des cliniques de 26,1 %. Notons que 17,4 % des cliniques présentes à la fois dans l'échantillon de 2009 et dans celui de 2010 déclarent des pertes les deux années (contre 16,3 % pour les cliniques présentes en 2008 et 2009). En outre, 10 % de l'ensemble des cliniques affichent une rentabilité économique inférieure à -7,6 % en 2010 (ce seuil valant -7,8 % en 2009).

Une rentabilité financière globalement en baisse pour les cliniques hors MCO, mais qui reste toutefois plus élevée que celle des cliniques MCO

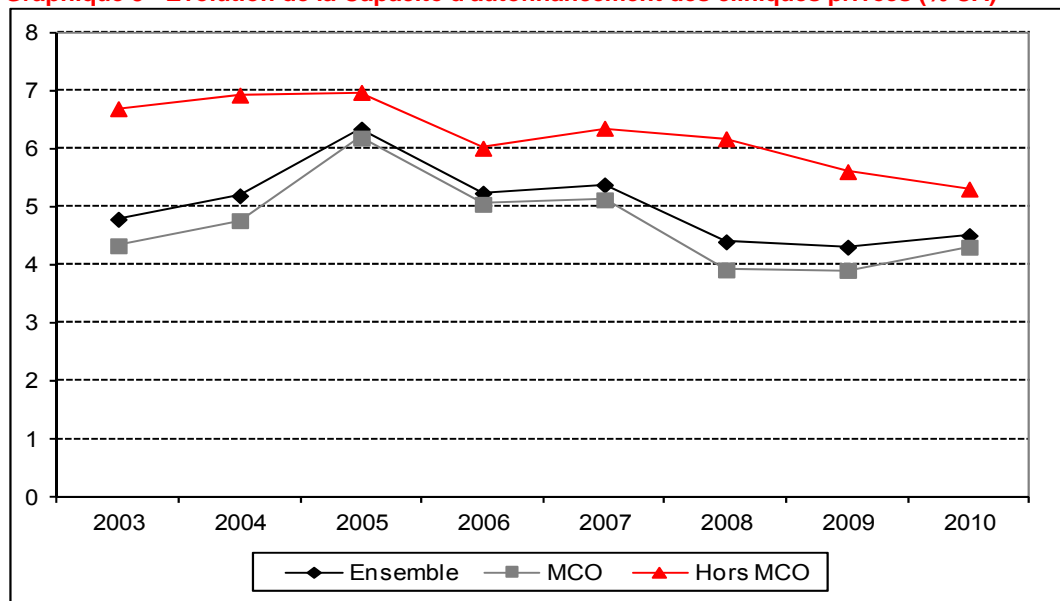
La rentabilité financière, rapport du résultat net sur les capitaux propres, mesure le revenu que les actionnaires tirent de l'entreprise et permet d'apprécier l'attractivité du secteur pour les actionnaires. Cet indicateur n'a de sens au niveau microéconomique que pour des cliniques à capitaux propres positifs, et n'est donc calculé dans la présente étude que sur cette partie de l'échantillon (soit 85 % des cliniques). En 2010, la rentabilité financière des sociétés d'exploitation des cliniques est de 11,7 %, soit une baisse de 1,4 point par rapport à l'année précédente. Tandis que celle des établissements MCO diminue de 0,7 point et s'établit ainsi à 10,2 %, la rentabilité financière des établissements hors MCO diminue davantage de 3,3 points pour s'établir à 16,6 % en part de capitaux propres.

Ralentissement des investissements dans l'ensemble des cliniques

En lien avec ces évolutions, on constate que la capacité d'autofinancement (CAF) qui évalue les ressources des entreprises disponibles à la clôture des comptes pour le financement de leur développement⁶ se contracte légèrement (-0,3 point, pour s'établir à 5,3 %) dans le secteur hors MCO (*graphique 3*). Cet indicateur est en revanche en augmentation pour les cliniques du secteur MCO, avec une hausse de 0,4 point (à 4,3 %) et connaît, entre 2009 et 2010, une progression globale de 0,2 point pour s'établir à 4,5 % du chiffre d'affaires pour l'ensemble des cliniques privées.

⁶ La formule de la CAF utilisée varie légèrement depuis cette année pour s'adapter aux données comptables à notre disposition (*encadré 2*).

Graphique 3 - Évolution de la Capacité d'autofinancement des cliniques privées (% CA)

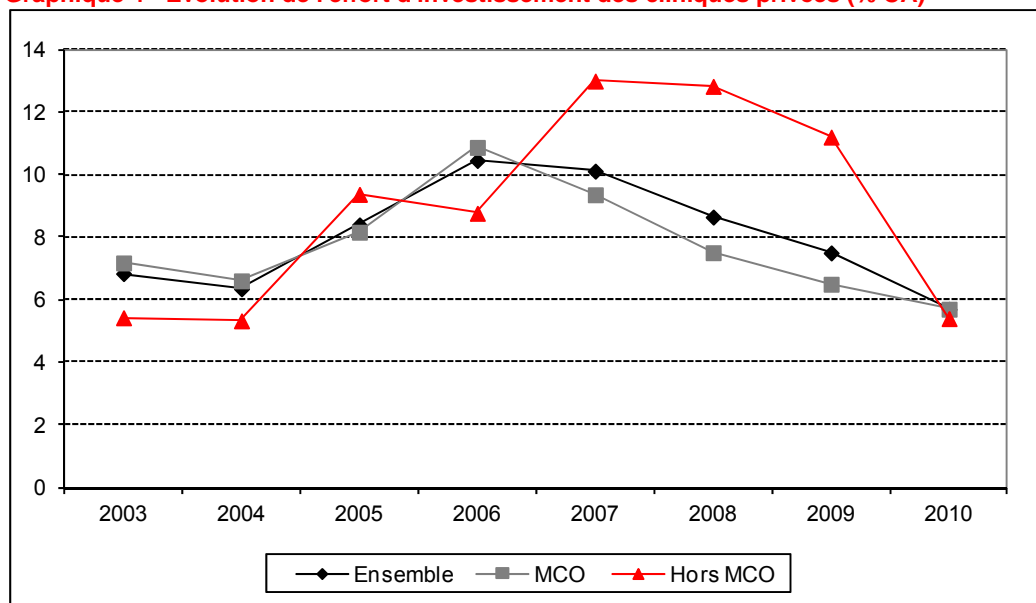


Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.
Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2003-20010, calculs DREES.

Parallèlement l'effort d'investissement⁷ des cliniques privées se contracte sensiblement en 2010 à 5,7 % du CA contre 7,5 % en 2009, ce qui correspond à une diminution de 1,8 point, par rapport à 2009 (graphique 4). Le secteur hors MCO connaît la baisse la plus marquée pour cet indicateur à 5,4 % du CA, rejoignant le niveau d'investissement du secteur MCO, ces dernières connaissant une baisse plus modérée, de 0,8 point, à 5,7 %.

Cet indicateur, calculé principalement à partir des acquisitions d'immobilisations durant l'exercice comptable, peut estimer légèrement à la baisse l'investissement réel des cliniques privées. En effet, certaines d'entre elles louent à des sociétés civiles immobilières, qui ont le même actionnaire majoritaire, les locaux au sein desquels elles réalisent les soins. Ce type d'investissements ne rentre ainsi pas dans le calcul de l'effort d'investissement faute de données disponibles.

Graphique 4 - Évolution de l'effort d'investissement des cliniques privées (% CA)



Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.
Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2003-20010, calculs DREES.

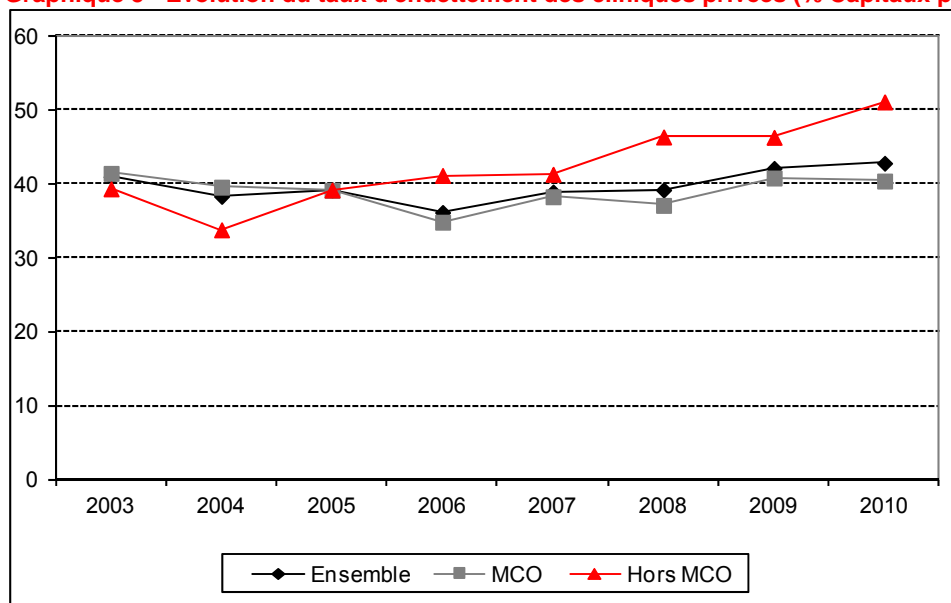
⁷ L'investissement est calculé à partir des augmentations par acquisitions, apports et créations des comptes d'immobilisations de l'exercice en cours : l'effort d'investissement correspond à la part de ces investissements réalisés sur l'année dans le CA (encadré 3)

Encadré 3**Définitions et formules de calcul des indicateurs :**

Indicateur	Formule et définition
Chiffre d'affaires	Il correspond essentiellement aux rémunérations perçues par un établissement de santé pour les soins qu'il prodigue (rémunérations versées par la sécurité sociale, par les assurances maladies complémentaires ou directement par le patient).
Résultat net comptable	Solde final entre tous les produits et les charges de l'exercice.
Excédent brut d'exploitation (EBE)	Solde généré par l'activité courante de l'entreprise, sans prendre en compte la politique d'investissement et la gestion financière. L'EBE est obtenu en soustrayant au chiffre d'affaires les charges d'exploitation.
Rentabilité économique	$\frac{\text{Résultat net comptable}}{\text{Chiffre d'affaires}}$ → Elle permet de rapporter le niveau d'excédent ou de déficit au niveau d'activité de l'établissement.
Rentabilité financière	$\frac{\text{Résultat net comptable}}{\text{Capitaux propres}}$ → Elle mesure le revenu que les actionnaires tirent de l'entreprise et permet d'apprécier l'attractivité du secteur pour les actionnaires.
Taux de marge brut d'exploitation	$\frac{\text{Excédent Brut d'Exploitation (EBE)}}{\text{Chiffre d'affaires}}$ → Il représente la performance de l'entreprise, indépendamment des politiques financières, d'amortissement et de distribution des revenus
Taux d'endettement	$\frac{\text{Dettes Financières}}{\text{Capitaux permanents}}$ → Il mesure le poids des dettes des cliniques en part de leurs capitaux stables
Capacité d'autofinancement	$\frac{(\text{EBE} + \text{Autres produits et charges d'exploitation} + \text{Opérations en commun} + \text{Produits financiers} - \text{charges financières} - \text{Repr sur provisions et transfert de charges (financier)} + \text{Dot. financières aux amortissements et prov.} +/- \text{Produits et charges exceptionnels sur opé. de gestion} - \text{Participation des salariés aux résultats de l'entreprise} - \text{impôts sur les bénéfices} + \text{Dont transf.charges})}{\text{Chiffre d'affaires}}$ → Elle mesure les ressources restant à disposition de la clinique à la fin de son exercice comptable pour financer son développement futur
Capacité de remboursement	$\frac{\text{Dettes financières}}{\text{Capacité d'autofinancement}}$ → Elle permet de mesurer le temps nécessaire à l'établissement pour rembourser ses dettes.
Effort d'investissement	$\frac{(\text{Total des immobilisations: acquisitions, créations} + \text{Immobilisations corporelles en cours})}{\text{Chiffre d'affaires}}$ → Il permet de rapporter le niveau de l'investissement au niveau de l'activité de l'établissement.

Lorsque l'on met en perspective les années 2009 et 2010, on constate que l'endettement total des cliniques, qui correspond aux dettes financières sur les capitaux permanents, a augmenté de +2,9 points par rapport à 2008, pour s'établir à 42,1 %, puis a connu une hausse plus modérée +0,7 point pour s'établir à 42,8 % en 2010 (*graphique 5*). Cette hausse relativement modérée entre 2009 et 2010 cache, en fait, une baisse de 0,4 point de l'endettement pour les cliniques MCO (à 40,4 %), compensée par une hausse importante de ce taux dans le secteur hors MCO de 4,8 points (à 51,1 %).

Graphique 5 - Évolution du taux d'endettement des cliniques privées (% Capitaux permanents)



Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.
Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2003-20010, calculs DREES.

Toutefois, la capacité de remboursement, qui mesure le poids des dettes par rapport aux ressources internes de l'établissement, reste stable à 3,7 années de capacité d'autofinancement entre 2009 et 2010. Elle se réduit de 0,2 année dans le secteur MCO, atteignant 3,6 années de capacité d'autofinancement, mais s'allonge sensiblement (+0,6 année) dans le secteur hors MCO pour s'établir à 3,9 années de capacité d'autofinancement, du fait d'une hausse importante des dettes financières (14,6 %) couplée à la baisse de la CAF en part de CA pour ces cliniques.

Bibliographie

- Aude J., 2010, « Calage sur marges de la base des cliniques privées pour améliorer l'estimation de la situation économique », *Document de Travail, Série Sources et Méthodes*, n°17, DREES, octobre 2010.
- Aude J., 2010, « La rentabilité des cliniques privées à but lucratif diminue en 2008 », *Études et Résultats*, n°740, DREES, septembre 2010.
- Evain F., 2011, « Évolution des parts de marché dans le court-séjour entre 2005 et 2009 », *Études et Résultats*, n°785, DREES, novembre 2011.

L'évolution du marché du médicament remboursable en ville entre 2010 et 2011

Blandine Juillard-Condat (CHU Toulouse), Céline Pilorge (DREES)

En 2011, le marché pharmaceutique en ville des médicaments remboursables représente 19,7 milliards d'euros, soit une évolution de +0,5 % par rapport à 2010.

Dans un premier temps, cet éclairage fournit des éléments de cadrage sur le marché du médicament en France et rappelle un certain nombre de caractéristiques de la régulation de ce marché.

Dans un deuxième temps, cet éclairage présente une analyse de l'évolution du marché du médicament remboursable en ville : cette analyse ne s'intéresse pas à la consommation finale de médicaments, mais porte sur les achats de médicaments par les pharmacies d'officine de ville (et donc symétriquement sur les ventes des laboratoires qui les commercialisent). Les montants présentés dans cette analyse sont des montants hors taxes. L'évolution du marché du médicament remboursable entre 2010 et 2011 est présentée selon trois critères : le taux de remboursement *a priori*, le statut du médicament et l'ancienneté du produit. L'éclairage se termine par une analyse du palmarès des 10 classes ayant connu la plus forte progression (respectivement la plus forte baisse) en termes de chiffre d'affaires entre 2010 et 2011.

Quelques éléments de cadrage

Le marché pharmaceutique correspond au chiffre d'affaires hors taxes des entreprises du médicament. Les prix sont donc les prix fabricants hors taxes. Le marché pharmaceutique français a représenté 49,5 milliards d'euros en 2011, dont un peu moins de la moitié lié aux exportations (22 milliards). Les ventes en France entière ont représenté environ 27,5 milliards d'euros, dont plus de la moitié liées à des produits importés (16,7 milliards). Sur les ventes en France entière, 78 % étaient destinées au marché de ville, le reste aux établissements de santé (*figure 1*).

Le marché de ville désigne les médicaments achetés par les pharmacies d'officine¹. Le marché de ville regroupe deux types de médicaments : les médicaments remboursables et les médicaments non remboursables. C'est l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)² qui décide de la mise sur le marché des médicaments et le ministre de la santé leur inscription sur la liste des médicaments remboursables, après avis de la Commission de la transparence de la Haute autorité de santé (HAS, *figure 2*). Cette inscription est une condition nécessaire à la prise en charge d'un médicament par l'assurance maladie. Elle n'est cependant pas suffisante, puisque le remboursement suppose en outre qu'il y ait une prescription médicale. Un patient peut acheter un médicament inscrit sur la liste des spécialités remboursables sans prescription de son médecin (par exemple, le paracétamol) ; dans ce cas, les produits achetés ne seront pas remboursés par l'assurance maladie. Cela explique que les médicaments remboursables ne sont pas tous remboursés *in fine*. En 2011, le marché de ville pèse plus de 21 milliards d'euros (*figure 1*). Il est constitué à 91 % en valeur de médicaments remboursables et à 9 % de médicaments non remboursables (respectivement 19,7 et 1,9 milliard d'euros). À noter que ces montants sont valorisés au prix fabricant hors taxes, qui est différent du prix public³.

La totalité des éléments constitutifs du prix public des médicaments remboursables, qui sert de base à la prise en charge par l'assurance maladie, est administrée : prix public TTC = prix fabricant HT + marge du grossiste-répartiteur + marge du pharmacien + TVA. Le prix des médicaments non remboursables est libre. Pour les médicaments utilisés dans les établissements de santé, la situation est différente. Le principe de liberté des prix de vente reste en vigueur, mais il est de fait contraint par des mécanismes de régulation introduits depuis mars 2004. Ainsi, pour certains médicaments, inscrits sur des listes limitatives (médicaments rétrocédables et molécules onéreuses, cf. glossaire), un tarif de prise en charge par l'assurance maladie est publié au *Journal Officiel*. Un accord entre l'industrie pharmaceutique et l'État prévoit pour ces médicaments la déclaration par l'industrie de ses prix de vente au Comité économique des produits de santé. Depuis 10 ans, le prix des médicaments courants est en baisse constante. La croissance de la dépense pharmaceutique de la France s'explique par la hausse des volumes de consommation et par la prépondérance de la croissance des médicaments les plus chers traitant les pathologies les plus lourdes.

Dans les comptes de la santé, la consommation pharmaceutique est valorisée sur la base du prix de vente au public en ville, et du prix de vente TTC aux établissements de santé.

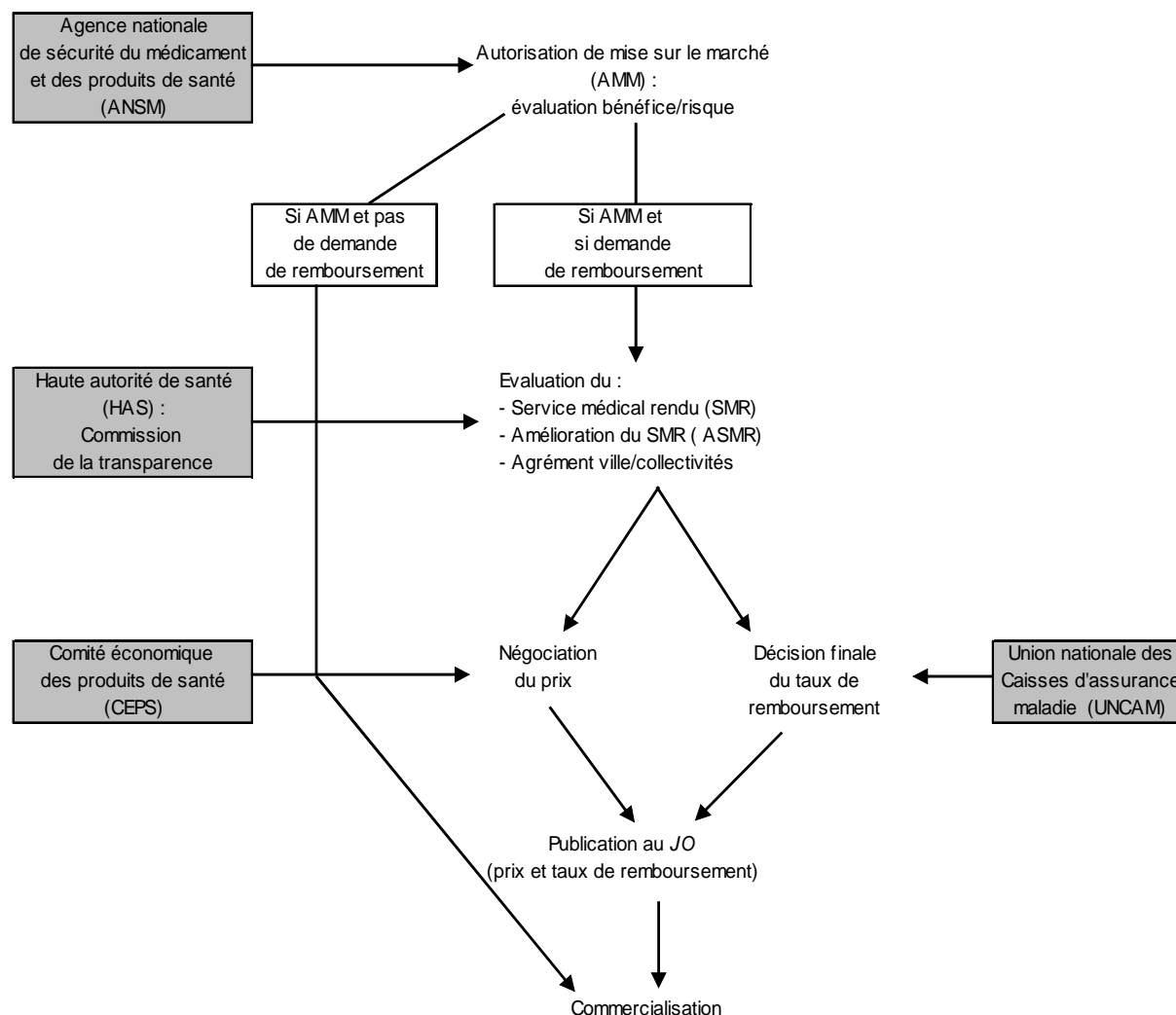
Le poste «médicaments» se situe à la première place de la consommation médicale de ville, loin devant les honoraires médicaux. En 2011, dans les *Comptes nationaux de la santé*, la consommation pharmaceutique en ville, qui inclut les médicaments délivrés par les pharmacies d'officine ainsi que ceux délivrés par les pharmacies hospitalières aux patients non hospitalisés, s'élève à 34,7 milliards d'euros (contre 19,1 milliards d'euros pour les honoraires des médecins de ville). Les médicaments sont commercialisés par les laboratoires pharmaceutiques. Ils sont délivrés aux patients par deux types d'entités : des pharmacies d'officines et des pharmacies à usage interne des établissements de santé (dont les hôpitaux). Le pharmacien d'officine est en France le seul professionnel de santé, avec l'opticien, dont l'activité soit inscrite au registre du commerce. Les établissements de santé, *via* leurs pharmacies à usage interne pour ceux qui en disposent, délivrent également des médicaments aux patients, soit dans le cadre d'une hospitalisation, soit à des patients non hospitalisés : cette dernière

¹ Le plus souvent auprès d'un grossiste-répartiteur qui fait office d'intermédiaire entre le laboratoire pharmaceutique et la pharmacie.

² Anciennement Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). Créée par la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, l'ANSM a été mise en place le 1^{er} mai 2012. L'ANSM a repris les missions, les obligations et les compétences exercées par l'Afssaps ; elle est également dotée de nouvelles responsabilités (notamment dans le domaine de la recherche, des études de suivi des patients et du recueil des données d'efficacité et de tolérance et de l'encadrement des recommandations temporaires d'utilisation), suite au scandale du Médiateur.

³ Dont les personnes doivent s'acquitter en pharmacie pour acheter le médicament.

Figure 2 - Schéma d'organisation de la décision de remboursement d'un médicament



Source : Grandfils N. : "Fixation et régulation des prix des médicaments en France", *Revue française des affaires sociales*, 2007.

Le marché du médicament remboursable

Le marché du médicament remboursable pèse en 2011 19,7 milliards d'euros en prix fabricant hors taxe, dont 0,2 milliard d'euros de médicaments homéopathiques ajoutés par le LEEM aux données du GERS⁵ (figure 1). Par rapport à 2010, le marché a cru de 0,5 % en valeur.

Selon le taux de remboursement *a priori*⁶, il est possible de distinguer 4 types de médicaments remboursables : les médicaments potentiellement remboursés à 15 %, à 30 %⁷, à 65 % ou à 100 %. Le taux de remboursement *a priori* constitue, avec le prix, le principal outil de régulation des dépenses publiques de médicaments en France. En France, l'évaluation de l'intérêt des médicaments est

⁵ Dans son rapport annuel, le LEEM évalue le marché du médicament remboursable à 19,7 milliards d'euros alors qu'il est estimé à 19,5 milliards d'euros avec les données du GERS mobilisées dans cette étude. En effet, les données du GERS ne représentent que 99 % du marché. Le LEEM complète ces données avec d'autres informations obtenues auprès de ses adhérents, non disponibles dans la base de données. L'écart de moins de 200 millions entre les deux estimations serait relatif à une partie des médicaments homéopathiques. Dans les Comptes de la Santé et dans le cadrage macro présenté dans cet éclairage (figure 1), le chiffrage du LEEM (19,7) est repris par souci de cohérence avec les autres sources mobilisées dans les Comptes de la santé.

⁶ Il faut distinguer le taux de remboursement *a priori* du taux de remboursement *a posteriori*. Le taux de remboursement *a priori* correspond au taux de remboursement afférent au médicament, décidé par l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Au contraire, le taux de remboursement *a posteriori* correspond au taux auquel le patient a effectivement été remboursé, notamment au vu d'éventuelles exonérations. Une personne en affection longue durée peut ainsi être remboursée à 100 % d'un médicament dont le taux de remboursement *a priori* n'est que de 65 % ou de 30 %.

⁷ Depuis le 2 mai 2011, le taux de remboursement des médicaments à vignette bleue, auparavant de 35 %, est de 30 %.

effectuée par la Commission de la transparence. Cette commission, intégrée en 2004 à la Haute autorité de santé, a pour mission de déterminer le service médical rendu (SMR) d'un médicament, c'est-à-dire l'intérêt thérapeutique absolu de ce médicament, et l'amélioration du service médical rendu (ASMR), c'est-à-dire la « plus-value » thérapeutique apportée par ce médicament comparativement à d'autres médicaments de la même classe thérapeutique. L'Union nationale des caisses d'assurances maladie (UNCAM) s'appuie ensuite sur le niveau de SMR et sur le type de pathologie que le médicament est censé traiter pour déterminer le niveau du taux de remboursement *a priori* du médicament (*tableau 1*). Le comité économique des produits de santé (CEPS) s'appuie sur le niveau de l'ASMR pour fixer le prix de vente du médicament (article L 162-16-4 à 6 du code de la Sécurité sociale).

Tableau 1 - Taux de remboursement des spécialités remboursables

Service médical rendu	Médicament pour pathologie « sans caractère habituel de gravité »	Médicament pour pathologie « grave »
Majeur ou important	30 % (vignette bleue)	65 % (vignette blanche)
Modéré	30 % (vignette bleue)	30 % (vignette bleue)
Faible	15 % (vignette orange)	15 % (vignette orange)
Insuffisant	0 %	0 %

Source : article. R. 322-1 du code de la Sécurité sociale.

Lecture : Les médicaments ayant un service médical rendu jugé majeur ou important et destinés à soigner une pathologie grave sont remboursés *a priori* (en dehors de toute exonération éventuelle de ticket modérateur, liée par exemple à une prescription en rapport avec un statut d'affection longue durée) à hauteur de 65 %.

Note : Par ailleurs, on rappelle que les médicaments reconnus comme « irremplaçables et particulièrement coûteux », sont remboursables à 100 %.

Sur la base des données du GERS (hors les 0,2 milliards d'euros de médicaments homéopathiques ajoutés par le LEEM aux données du GERS), le chiffre d'affaires des médicaments dont le taux de remboursement *a priori* est de 65 % s'élève à 14,7 milliards en 2011. Ces médicaments représentent en valeur les trois quarts du marché du médicament remboursable soit une part de marché en légère hausse par rapport à 2010, se traduisant par une contribution de cette classe à la croissance totale du marché de 0,4 point.

Ce sont les médicaments « irremplaçables et particulièrement coûteux », remboursés à 100 %, qui sont les moteurs de la croissance du marché du médicament remboursable : ils contribuent à la croissance de la valeur totale du marché à hauteur de 0,9 point et leur part de marché progresse d'un point environ entre les deux années (13,1 % de la valeur totale du marché du médicament remboursable en 2010 contre 14,1 % en 2011). Cela confirme une tendance observée depuis quelques années : le prix moyen des médicaments remboursables augmente sous l'effet d'un fort effet de structure et la consommation pharmaceutique se déforme au profit des produits les plus chers.

La part de marché des médicaments dont le taux de remboursement *a priori* est de 30 % connaît une légère baisse entre 2010 et 2011 : 6,8 % en 2011 contre 7,4 % en 2010. De même, la part de marché des médicaments remboursés à 15 % est passée de 4,1 % en 2010 à 3,5 % en 2011. 38 médicaments, dont le taux de remboursement était de 15 % en 2010, ont été complètement déremboursés en 2011, 20 sont quant à eux passés d'un taux de 35 % à 15 % sur la période. Par ailleurs, certains génériques sont entrés sur le marché au taux de 15 %.

Outre le fait que le nombre de présentations remboursées au taux de 15 % est plus faible en 2011 qu'en 2010, il est possible qu'il existe un effet négatif de ce taux à 15 % sur la prescription des médecins. En effet, ce taux de remboursement à 15 % concerne des médicaments dont la HAS a jugé qu'ils apportaient un service médical rendu faible, et la prise en charge par les assurances complémentaires du ticket modérateur pour ces médicaments s'avère très variable entre les contrats (en particulier seulement un quart des contrats mutualistes le prennent en charge, Garnero, Rattier 2009).

Tableau 2- Le marché global du médicament remboursable en 2010 et 2011 selon le taux de remboursement (*)

		Médicaments remboursables au taux de				TOTAL
		15 % ⁸	30 % ⁹	65 %	100 %	
Nombre de présentations	2010	509	865	7197	362	8933
	2011	481	850	7762	432	9525
Chiffre d'affaires hors taxes (en Mds €)	2010	0,8	1,4	14,6	2,6	19,4
	2011	0,7	1,3	14,7	2,7	19,5
Part de marché (%)	2010	4,1 %	7,4 %	75,3 %	13,1 %	100 %
	2011	3,5 %	6,8 %	75,6 %	14,1 %	100 %
Contribution à la croissance (en points de %, catégorie 2011)		-0,6 %	-0,4 %	0,4%	0,9%	0,4 %

Sources : LEEM-GERS, traitement DREES.

(*) hors les 0,2 milliards d'euros de médicaments homéopathiques ajoutés par le LEEM aux données du GERS.

Note de lecture : en 2011, 481 présentations sont remboursables à 15 %, représentant 0,7 milliard de chiffre d'affaires, soit 3,5 % de l'ensemble du marché des médicaments remboursables. Il s'agit de présentations dont le CA est le plus souvent en baisse : la somme de leurs contributions à la croissance du marché est négative, s'établissant à -0,6 %.

La catégorie du médicament considérée (médicament remboursable à 15 %, 30 %, 65 % ou 100 %) est celle en vigueur en décembre de l'année observée. Pour le calcul des contributions à la croissance du marché, chaque médicament est rattaché à sa classe de l'année 2011, à l'exception toutefois des médicaments sortis en 2011 du marché remboursable qui sont dans ce cas rattachés à leur classe de 2010 (cf. encadré 2).

Encadré 2 :

Méthodologie utilisée pour le calcul des contributions

La contribution à la croissance d'une présentation i pour l'année t est définie comme le produit du taux de croissance en t et de sa part de marché dans le marché global en $t-1$.

Elle a la forme suivante :

$$contribution(i) = \frac{CA_{i,t} - CA_{i,t-1}}{CA_{i,t-1}} \cdot \frac{CA_{i,t-1}}{\sum_i CA_{i,t-1}} = \frac{CA_{i,t} - CA_{i,t-1}}{\sum_i CA_{i,t-1}}$$

où $CA_{i,t}$ est le chiffre d'affaires de l'année t pour le produit i . Une présentation ayant un fort taux de croissance et une part de marché faible peut ainsi avoir une influence limitée sur l'évolution totale des ventes de médicaments, tandis qu'une classe ayant une forte part de marché et un taux de croissance modéré peut au contraire exercer une incidence plus forte. On obtient la contribution à la croissance d'une catégorie de médicaments (exemples : médicament à 15 %, médicaments génériques, médicaments de moins de 5 ans...) entre les années t et $t-1$ en faisant la somme des contributions des produits constituant cette catégorie pour l'année t .

Les présentations changeant de catégorie entre l'année $t-1$ et l'année t (par exemple, passage du taux de remboursement de 30 % à 15 %) sont par convention rattachés pour les deux années à leur catégorie de l'année t .

Pour les présentations de moins d'un an, le chiffre d'affaires relatif à l'année $t-1$ est nul, la contribution à la croissance est par construction positive, définie comme le rapport de leur chiffre d'affaires de l'année t au chiffre d'affaires de l'ensemble du marché de l'année $t-1$.

Pour les présentations sorties du marché en cours d'année t , le chiffre d'affaires relatif à l'année t est nul, la contribution à la croissance est donc par construction négative, définie comme le rapport de leur chiffre d'affaires de l'année $t-1$ (en négatif) au chiffre d'affaires de l'ensemble du marché de l'année $t-1$. Les médicaments retirés du marché durant l'année t sont par convention rattachés à leur catégorie en $t-1$ pour le calcul de leur contribution à la croissance entre $t-1$ et t . Cette convention concerne les médicaments de plus de 20 ans, ainsi que les médicaments déremboursés entre l'année $t-1$ et l'année t .

Ainsi, le calcul de la contribution à la croissance des produits pharmaceutiques de plus de 20 ans en 2011 inclut tous les médicaments ayant plus de 20 ans en 2011, y compris ceux qui ont une ancienneté de 21 ans en 2011 et qui en 2010 faisaient partie de la catégorie des médicaments ayant entre 10 et 20 ans. Le calcul inclut aussi les médicaments qui avaient plus de 20 ans en 2010 et qui ne sont plus commercialisés en 2011, leur contribution à la croissance du marché entre 2010 et 2011 étant alors par construction négative.

On obtient la contribution à la croissance de l'ensemble du marché en additionnant les contributions de chaque catégorie. On peut alors vérifier que cette contribution est exactement égale au taux de croissance du marché global.

⁸ Un taux de remboursement transitoire de 15 % a été introduit en 2006. Généralement, les médicaments passent par ce taux avant d'être totalement déremboursés.

⁹ Jusqu'au 1^{er} mai 2011, le taux de remboursement des médicaments à vignette bleu était de 35 %.

Le chiffre d'affaires des génériques a légèrement progressé entre 2010 et 2011 (+2 % soit un CA de 2,6 milliards d'euros en 2011), ce qui se traduit par une contribution à la croissance totale du marché des médicaments de cette catégorie de 0,2 point. Cette évolution résulte de deux phénomènes de sens contraire : la baisse des volumes de vente de médicaments génériques (-3 % entre 2010 et 2011) associée à une déformation de la structure de consommation des génériques au profit de médicaments plus coûteux, liée à l'apparition en 2011 de génériques d'antiviraux et d'anticancéreux.

Contrairement à la catégorie des génériques, la catégorie des princeps généricables a fortement progressé entre 2010 et 2011. Elle est passée de 3,5 à 4,5 milliards de chiffre d'affaires entre 2010 et 2011. Toutefois, la contribution à la croissance calculée pour cette catégorie est négative (-3,6 %) étant donné le mode de calcul retenu dans cette étude¹⁰. En effet, que l'on considère les princeps généricables présents en 2010 ou les princeps entrés dans le répertoire en 2011, il s'agit dans les deux cas de médicaments qui voient leur chiffre d'affaires global diminuer. Le chiffre d'affaires des princeps présents en 2010 dans le répertoire des génériques est passé de 3,5 milliards d'euros en 2010 à 3 milliards d'euros en 2011. Celui des princeps entrés dans le répertoire en 2011 est passé de 1,7 milliard d'euros en 2010 à 1,5 milliard d'euros en 2011.

La croissance en 2011 de la part de marché de cette catégorie est ainsi exclusivement due à l'entrée en 2011 de médicaments dans cette catégorie. L'année 2011, comme l'année 2009, a, en effet, été marquée par un élargissement important du répertoire des médicaments génériques (cf. glossaire) dû à l'introduction de molécules princeps (cf. glossaire) réalisant des chiffres de vente très élevés, mais dont les génériques n'ont pas encore été commercialisés en 2011. Le code de la santé publique précise que la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché d'une spécialité générique, ainsi que l'inscription de cette spécialité au répertoire des médicaments génériques, peuvent intervenir avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée. En revanche, la commercialisation des spécialités génériques ne peut intervenir qu'à l'expiration du brevet de la spécialité de référence. On peut citer l'exemple du Tahor® (statine, hypocholestérolémiant), entré dans le répertoire des génériques en 2011 et dont le brevet n'expirera qu'en 2012¹¹, qui représente 423 millions d'euros de chiffre d'affaires ; ou encore le Pariet® (inhibiteur de la pompe à protons), inscrit au répertoire des génériques en 2011, dont le brevet entrera dans le domaine public en novembre 2012 et qui représente 116 millions d'euros de chiffre d'affaires. Les antihypertenseurs Co-Aprovel® (août 2012, 117 millions d'euros) et Kenzen® (avril 2012, 43 millions d'euros) sont dans le même cas¹². En 2012, la part de marché des génériques devrait donc augmenter. La majorité des économies consécutives aux générations de 2012 porteront en fait sur 2013 (Commission des comptes de la Sécurité sociale, rapport juillet 2012).

Enfin, le chiffre d'affaires de la catégorie « hors répertoire », a diminué de 1 milliard d'euros sur la période. La contribution à la croissance de cette catégorie est toutefois positive (+3,8 %) : en effet, les médicaments présents sur le marché en 2010 et 2011 dans la catégorie « hors répertoire » avaient un chiffre d'affaires de 11,4 milliards d'euros en 2010 contre 12 milliards d'euros en 2011 ; les nouvelles présentations représentent quant à elles 300 millions d'euros. Par ailleurs, les médicaments sortis de la catégorie « hors répertoire » en 2011 (médicaments princeps sortis du marché en 2011 ou entrés dans le répertoire des génériques en 2011) représentaient un chiffre d'affaires de 1,9 milliard d'euros en 2010, dont 0,15 milliard d'euros pour les spécialités sorties du marché en 2011.

¹⁰ Les médicaments changeant de catégorie entre (n-1) et (n) sont classés dans leur catégorie d'appartenance en (n) (cf. encadré 2).

¹¹ Les génériques du Tahor® seront donc commercialisés à partir de cette date uniquement.

¹² Le répertoire des génériques considéré dans cet éclairage inclut les médicaments princeps dont le brevet ne tombera dans le domaine public que quelques mois suivant l'inscription au répertoire. Ainsi, la catégorie « princeps généricables » prend en compte des princeps tels que le Tahor®, Pariet®, Co-Aprovel®, etc. génériques dans le courant de l'année 2012. Nous utilisons dans cet éclairage une version du répertoire actualisée en décembre de chaque année.

Tableau 3 - Caractéristiques du marché du médicament remboursable en 2010 et en 2011 selon le statut du médicament (*)

		Statut du médicament			TOTAL
		Génériques	Princeps généricables	Hors répertoire	
Nombre de présentations	2010	4666	922	3345	8933
	2011	5237	1022	3266	9525
Chiffre d'affaires hors taxes (en Mds €)	2010	2,6	3,5	13,3	19,4
	2011	2,6	4,5	12,3	19,5
Part de marché (%)	2010	13,3 %	18,2 %	68,5 %	100 %
	2011	13,3 %	23,2 %	63,5 %	100 %
Contribution à la croissance (en points de %, catégorie 2011)		0,2 %	-3,6 %	3,8 %	0,4 %

Sources : LEEM-GERS, traitement DREES. Référentiel pour déterminer le statut des médicaments : Afssaps (2010) et club CIP (2011).

(*) hors les 0,2 milliards d'euros de médicaments homéopathiques ajoutés par le LEEM aux données du GERS

Note de lecture : en 2011, 3266 présentations ne font pas partie du répertoire des médicaments généricables, représentant 12,3 milliards de chiffre d'affaires, soit 63,5 % de l'ensemble du marché des médicaments remboursables. Il s'agit de présentations globalement en croissance, la somme de leurs contributions à la croissance du marché s'établissant en 2011 à +3,8 %.

La catégorie du médicament considérée (médicament générique, princeps généricable ou médicament hors répertoire) est celle en vigueur en décembre de l'année observée. Pour le calcul des contributions à la croissance du marché, chaque médicament est rattaché à sa classe de l'année 2011, à l'exception toutefois des médicaments sortis en 2011 du marché remboursable qui sont dans ce cas rattachés à leur classe de 2010 (cf. encadré 2). C'est ce qui explique que la part de marché des présentations d'une catégorie puisse être en réduction, alors que la contribution à la croissance des présentations appartenant à cette catégorie en 2011 soit positive (et inversement).

Encadré 3 :

Méthodologie utilisée pour le calcul de l'âge des médicaments

Contrairement aux analyses précédentes, réalisées à l'échelle de la présentation, l'âge des médicaments est ici calculé au niveau du « produit », ce qui signifie qu'on attribue le même âge aux présentations relatives à un même produit. Ce faisant, on considère comme nouveautés uniquement les nouveaux produits, et non les nouvelles présentations de produits existants, lesquelles se distinguent des présentations déjà sur le marché uniquement en termes de dosage, de forme ou de conditionnement, ne constituant donc pas des « nouveautés » à proprement parler (pas de nouvelle substance active).

Ainsi, tous les génériques d'un même produit (indépendamment du dosage, de la forme et du conditionnement) se voient attribuer l'âge du premier générique commercialisé. L'âge des autres médicaments (princeps généricables ou non) est celui de la première présentation commercialisée. Cette méthode de calcul permet de prendre en compte l'arrivée des génériques sur le marché, et de la traiter en tant que telle.

En 2011, ce sont les médicaments dont la commercialisation date de moins de 5 ans, représentant en valeur moins d'un cinquième du marché total du médicament remboursable, qui contribuent le plus à la croissance du marché du médicament remboursable, à hauteur de +3 points, dont : 0,7 point du fait de l'entrée dans le répertoire de nouveaux médicaments¹³ et 1,3 point du fait des produits innovants commercialisés en 2010. Pour autant, le chiffre d'affaires de la catégorie des moins de 5 ans est globalement en baisse entre 2010 et 2011, passant de 4,6 milliards d'euros en 2010 à 3,4 milliards d'euros en 2011¹⁴. Cette baisse tient d'une part à un effet de champ (des médicaments de 4 ans et plus en 2010 ont entre 5 et 10 ans en 2011), et d'autre part à une plus faible entrée d'innovations sur le marché en 2011. À l'inverse, les médicaments de plus de 5 ans contribuent négativement à la croissance, même si les parts de marché de cette catégorie augmentent (tableau 4).

¹³ Notons que, par construction, les médicaments entrés sur le marché en 2011 ont une contribution à la croissance positive (cf. encadré 2).

¹⁴ Comme expliqué précédemment, du fait des changements de catégorie de certains médicaments entre deux années, le chiffre d'affaires d'une catégorie peut être globalement en décroissance alors que les médicaments de cette catégorie affichent une contribution à la croissance positive, et inversement.

Tableau 4 - Âge des produits et contribution à la croissance 2010 des médicaments remboursables (*)

		Tranche d'âge du médicament ¹⁵				TOTAL
		Moins de 5 ans	Entre 5 et 10 ans	Entre 10 et 20 ans	Plus de 20 ans	
Nombre de présentations	2010	2443	1899	2466	2125	8933
	2011	2353	2212	2646	2314	9525
Chiffre d'affaires hors taxes (en Mds €)	2010	4,6	6,4	5,4	3,1	19,4
	2011	3,4	6,8	6,1	3,1	19,5
Part de marché (%)	2010	23,5 %	32,8 %	27,7 %	15,9 %	100 %
	2011	17,4 %	35 %	31,3 %	16,3 %	100 %
Contribution à la croissance (en points de %, catégorie 2011)		3,0 %	-0,4 %	-2,0 %	-0,3 %	0,4 %

Sources : LEEM-GERS, traitement DREES. La date de commercialisation des médicaments est issue des données Thériaque.

(*) hors les 0,2 milliards d'euros de médicaments homéopathiques ajoutés par le LEEM aux données du GERS

Note de lecture : en 2011, 2 353 présentations correspondent à des produits de moins de 5 ans, représentant 3,4 milliards de chiffre d'affaires, soit 17,4 % de l'ensemble du marché des médicaments remboursables. Il s'agit de présentations globalement en croissance, la somme de leurs contributions à la croissance du marché s'établissant à +3 %.

De façon générale, les classes thérapeutiques dont les dépenses ont le plus fortement augmenté entre 2010 et 2011 sont des classes récentes, et destinées à traiter des pathologies chroniques. Les tendances observées sur 2010 se confirment en 2011.

En effet, parmi les 10 classes présentes dans le palmarès en 2011, 6 figuraient déjà dans le palmarès en 2010 :

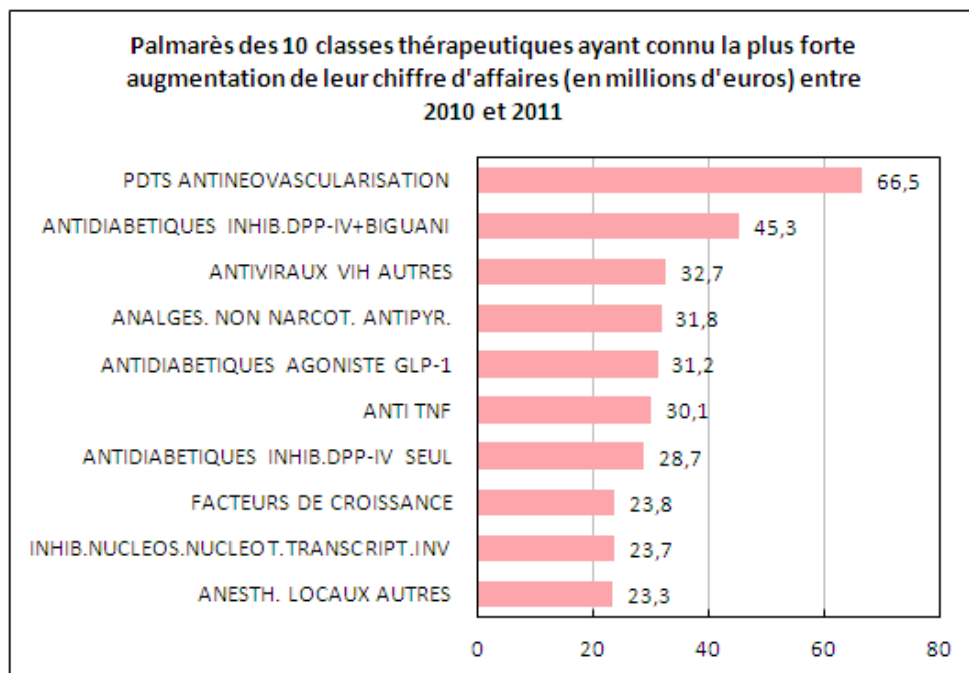
- les produits d'antinéovascularisation, classe thérapeutique commercialisée depuis 2007 pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, dont la croissance est portée par un seul produit (Lucentis®), qui bénéficie depuis début 2011 d'une nouvelle indication dans le traitement de la baisse visuelle due à l'œdème maculaire diabétique ;
- les deux classes d'antidiabétiques inhibiteurs de la dipeptyl peptidase (DPP) IV, seuls et associés aux biguanides, nouvelle classe thérapeutique dans le diabète, apparue courant 2008, connaissent une « montée en charge » en 2011 ;
- les antidiabétiques agonistes des récepteurs du GLP-1 est une classe thérapeutique portée par trois produits dont les deux premiers sont entrés sur le marché courant 2008 ; seule la spécialité Victoza® (liraglutide) connaît une hausse de son chiffre d'affaires en 2011, les deux autres (exénatide synthétique – Byetta®) ayant au contraire vu leurs ventes diminuer ;
- les anti-rétroviraux autres (VIH), dont la croissance est portée par 2 produits : le raltegravir (Isentress®) commercialisé courant 2008, et l'association efavirenz emtricitabine tenofovir (Atripla®) commercialisée en 2009. L'Isentress® est le premier représentant d'une nouvelle classe thérapeutique et a fait l'objet d'un avis favorable à la prise en charge dans l'extension d'indication chez les patients naïfs de traitement obtenue fin 2010. L'Atripla® est une association de principes actifs déjà existants ;
- les anti-TNF (qui figuraient parmi les antirhumatismaux spécifiques en 2009) : les indications de cette classe thérapeutique s'étendent à la dermatologie (psoriasis) et à la gastro-entérologie (maladie de Crohn).

Quatre nouvelles classes thérapeutiques sont apparues au palmarès des classes ayant connu la plus forte hausse de leur chiffre d'affaires en 2011 :

- les facteurs de croissance leucocytaires (18 présentations) : cette classe contenant 3 principes actifs a été marquée par l'apparition de médicaments biosimilaires en 2009. La croissance de cette classe est portée par les deux produits pour lesquels aucun biosimilaire n'est encore commercialisé ;
- les inhibiteurs nucléosidiques et nucléotidiques de la transcriptase inverse notamment Truvada (emtricitabine / ténofovir disoproxil) présenté comme le traitement de 1^{ère} intention à privilégier si la charge virale est supérieure ou égale à 100 000 copies/ml (rapport Yeni 2010). Cette croissance est à mettre en parallèle de celle de l'Atripla (efavirenz emtricitabine tenofovir) ;

¹⁵ La méthode de datation des médicaments a été revue cette année. Aussi, les chiffres 2010 de cette étude diffèrent des chiffres 2010 de l'étude parue dans l'ouvrage de l'an dernier.

- les anesthésiants locaux (5 présentations) : la croissance de cette classe est due à l'apparition d'un seul produit, un emplâtre de lidocaine indiqué dans le traitement symptomatique des douleurs neuropathiques post-zostériennes, auparavant disponible dans le cadre de la rétrocession hospitalière ;
- les analgésiques non narcotiques antipyrétiques : la croissance concerne à la fois des médicaments non soumis à prescription (notamment présentations à 1g de paracétamol) et des médicaments à prescription médicale obligatoire (associations paracétamol/tramadol et tramadol seul). Cette classe a été marquée par le retrait de l'AMM de spécialités contenant du dextropropoxyphène, suite aux « conclusions du réexamen de l'ensemble des données d'efficacité et de sécurité disponibles par l'EMA (Agence européenne du médicament), qui a considéré que les preuves de la supériorité de l'association paracétamol-dextropropoxyphène par rapport au paracétamol seul étaient insuffisantes au regard du risque de décès en cas de surdosage accidentel ou volontaire »¹⁶.



Sources : LEEM-GERS, traitement DREES.

Trois facteurs explicatifs principaux permettent d'éclairer le palmarès des 10 classes thérapeutiques ayant présenté la plus forte baisse de leur chiffre d'affaires entre 2010 et 2011 :

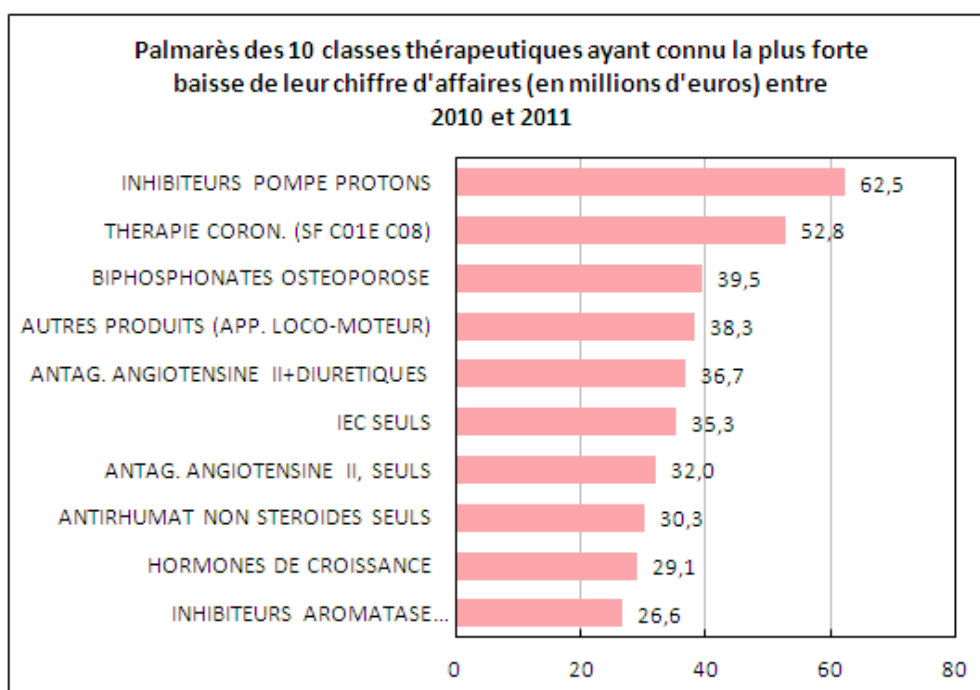
- l'apparition de génériques de médicaments représentant un chiffre d'affaires important : antirhumatismaux non stéroïdiens (diacéride), antagonistes de l'angiotensine II seuls (losartan) et associés aux diurétiques (losartan+hydrochlorothiazide), inhibiteurs de la pompe à proton (ésoméprazole), inhibiteurs de l'aromatase cytostatiques (anastrozole), thérapeutique coronarienne (trimétazidine), biphosphonates (acide risédronique) ;
- la baisse du taux de remboursement à 15 %¹⁷, qui a concerné certains antirhumatismaux non stéroïdiens ;
- la réévaluation du rapport bénéfice/risques ou de l'intérêt thérapeutique de certaines classes¹⁸ :

¹⁶ Lettre d'information concernant le retrait du marché le 1^{er} mars 2011 des spécialités contenant du dextropropoxyphène (http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/f4edd6787476fc88f82f142bf4434e41.pdf).

¹⁷ Avis relatif aux décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie portant fixation du taux de participation de l'assuré applicable à des spécialités pharmaceutiques. Journal officiel du 16 avril 2010.

¹⁸ En effet, l'année 2011 a été marquée par la réévaluation du rapport bénéfice/risque et de l'intérêt thérapeutique de nombreux médicaments. Ces réévaluations se sont accompagnées de mesures de sécurité sanitaire (retraits d'AMM), de baisses du taux de remboursement, ou encore de déremboursements, dont on peut mesurer l'impact sur les ventes des classes thérapeutiques concernées. Notons que la loi du 29 décembre 2011 sur le renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé introduit de nouvelles obligations d'évaluation de l'intérêt clinique d'un médicament par comparaison aux stratégies thérapeutiques de référence, à la fois dans l'évaluation en vue de l'octroi de l'AMM, mais aussi dans l'évaluation en vue de la prise en charge par l'assurance maladie.

- concernant les biphosphonates indiqués dans le traitement de l'ostéoporose, le service médical rendu de certains a été jugé insuffisant, entraînant la sortie du panier de médicaments remboursables au cours de l'année 2011 : acide ibandronique (Bonviva®), acide étidronique (Didronel® et ses génériques) ;
- dans la classe des autres produits de l'appareil loco-moteur, le Structum® (chodroïtine sulfate) a vu son SMR évalué comme insuffisant par la HAS en 2011 ; par ailleurs, le Protelos® a fait l'objet d'une réévaluation du rapport bénéfices-risques par l'Afssaps (restrictions d'utilisation) au sein des antirhumatismaux non stéroïdiens seuls, le SMR du Nexen® et ses génériques (nimésulide) a été évalué comme insuffisant par la HAS en 2011 ; une réévaluation du rapport bénéfice-risque par l'Afssaps a également été conduite dans cette classe, qui a abouti à des restrictions d'utilisation pour certains médicaments de la classe ;
- l'hormone de croissance a également fait l'objet d'une réévaluation de son intérêt thérapeutique chez l'enfant non déficitaire (HAS).



Sources : LEEM-GERS, traitement DREES.

Bibliographie

- « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2009 », M. Garnero, *Études et Résultats*, n° 789, DREES, février 2012.
- Juillard-Condât B., Legal R., Thao Khamsing W. (2011) : «L'évolution du marché du médicament remboursable en ville entre 2009 et 2010», *Comptes nationaux de la santé 2010*, DREES, septembre 2011.
- Reduron V. (2010) : « Médicaments remboursables délivrés en officine : principales évolutions en 2009 », *Points de repère*, n° 34, CNAMTS, décembre 2010.
- Collet M., de Kermadec C. (2009) : «Les revenus des titulaires d'officine entre 2001 et 2006», *Études et Résultats*, n° 703, septembre 2009, DREES.
- Grandfils N. (2007) : «Fixation et régulation des prix des médicaments en France», *Revue française des affaires sociales*, n° 3-4 juin-décembre 2007.

Glossaire

Médicament : un médicament désigne toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques (article L. 511 du Code de la santé publique).

Classe thérapeutique : une classe thérapeutique est un groupe de produits traitant de pathologie similaire. La classification EPHMRA (European Pharmaceutical Marketing Research Association), qui est utilisée, autorise 4 niveaux d'analyse. Les médicaments sont classés selon leurs lieux d'action (organes ou groupes d'organes, 1^{er} niveau), les indications thérapeutiques (2^{ème} niveau) et leurs effets pharmacologiques (3^{ème} et 4^{ème} niveaux). Le niveau le plus fruste (niveau 1) ventile les médicaments selon 18 grandes classes déterminées selon la nature des pathologies traitées (pathologies de l'appareil digestif, respiratoire, etc.). La classification EPHMRA 2008 compte 18 groupes principaux de niveau 1 et 401 sous-groupes de niveau 4. 354 concernent les médicaments remboursables en 2008 et 2009 : ce sont ces derniers sous-groupes qui sont utilisés dans cet article.

Produit : Un produit est un médicament contenant une ou plusieurs substances actives. Il est vendu sous une dénomination commune, quels que soient les associations ou les dosages et les formes d'administration. Il est inclus dans une classe de niveau 4.

Présentation : Une présentation désigne chaque association d'un nom de marque avec un dosage, une forme d'administration et son conditionnement. «Efferalgan® 1 g comprimé effervescent par 8», et «Efferalgan® 80mg poudre effervescent pour solution buvable en sachet par 12» sont, par exemple, deux présentations d'un même produit.

Molécules onéreuses : un certain nombre de médicaments dispensés à l'hôpital dont la liste est définie au niveau national sont remboursés par l'assurance maladie en sus des tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) fixés par la tarification à l'activité (T2A) instituée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. Le principe de ce financement supplémentaire est de garantir un accès équitable aux médicaments les plus innovants qui introduiraient une hétérogénéité dans la distribution du coût du GHS, soit en raison du coût trop élevé de ces produits, soit parce que le nombre de patients consommant ces médicaments est marginal au sein du GHS. [...] Cette liste contient en 2007 une centaine de principes actifs, notamment des anticancéreux, des dérivés du sang, des médicaments orphelins ou encore certains traitements de la polyarthrite rhumatoïde (Grandfils, 2007).

Médicaments rétrocedés : les pharmacies hospitalières peuvent délivrer à des patients ambulatoires des médicaments non disponibles en pharmacie d'officine. [...] L'arrêté du 17 décembre 2004 a fixé une liste restreinte de spécialités pharmaceutiques autorisées à être vendues au public par les pharmaciens des établissements de santé. Cette liste est arrêtée par le ministère de la Santé sur demande des laboratoires. En septembre 2006, cette liste contenait une centaine de molécules (Grandfils, 2007).

Princeps : on désigne par médicament princeps, le médicament original : c'est le premier prototype breveté.

Médicaments génériques : en France, on entend par générique tout médicament qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées (article L. 5121-1 du Code de la santé publique) que le médicament princeps qu'il copie. La commercialisation du médicament générique est possible dès que le brevet du médicament princeps est échu. La loi du 11 juin 1999 accorde le droit de substitution aux pharmaciens qui leur permet de délivrer des médicaments génériques en remplacement de médicaments de référence (princeps) prescrits, dans le périmètre défini par le répertoire des médicaments génériques.

Répertoire des médicaments génériques : les spécialités, remplissant les conditions pour être spécialité de référence dans un groupe générique déjà existant, peuvent être inscrites par décision du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé au répertoire des groupes génériques dans ce même groupe. À ce stade, il se peut qu'aucun médicament générique de la spécialité inscrite au répertoire ne bénéficie encore d'autorisation de mise sur le marché. En effet, le code de la santé publique précise que la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché d'une spécialité générique, ainsi que l'inscription de cette spécialité au répertoire des médicaments génériques, peuvent intervenir avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée¹⁹. Le répertoire des groupes génériques présente les spécialités incluses dans chaque groupe générique, en précisant leur dosage et leur forme pharmaceutique. Pour chaque spécialité, sont indiqués : son nom, son dosage et sa forme pharmaceutique, ainsi que le nom du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché, et, s'il diffère de ce dernier, le nom de l'entreprise ou de l'organisme exploitant la spécialité, ainsi que, le cas échéant, les excipients à effets notoires qu'elle contient.

¹⁹ En revanche, la commercialisation des spécialités génériques ne peut intervenir qu'à l'expiration du brevet de la spécialité de référence.

Fiches

1.1 La Consommation de soins et biens médicaux

En 2011, la **Consommation de soins et biens médicaux** qui constitue l'agrégat essentiel des Comptes de la santé, est évaluée à 180 milliards d'euros. Elle progresse de 2,7 % en valeur et de 2,8 % en volume, les prix reculant de 0,1 % par rapport à 2010. En 2011, la CSBM représente 9 % du PIB et 12,2 % de la consommation effective des ménages. La CSBM s'élève à 2 762 euros par habitant en 2011 soit 2,3 % de plus qu'en 2010.

La part des soins hospitaliers reste prépondérante puisqu'elle représente 46,4 % de la CSBM en 2011. Viennent ensuite les soins de ville (hors produits de santé) avec 25,4 % de la CSBM, puis les médicaments avec 19,3 %. Les « autres biens médicaux » en représentent 6,8 % et les transports de malades seulement 2,2 %. Cette structure s'est déformée entre 2000 et 2011 : c'est la part des médicaments qui recule le plus, ainsi que celle des soins hospitaliers, au profit des « autres biens médicaux » et dans une moindre mesure des « soins de ville » et des « transports de malades ».

Si l'on considère la période 2000-2005, c'est entre 2001 et 2003 que la croissance de la CSBM en valeur a été la plus rapide : + 5 % par an en moyenne. Les années 2005-2007 ont ensuite connu un ralentissement de la croissance des dépenses, sur un rythme voisin de 4 %. Depuis 2008, le rythme de croissance est proche de 3 %. L'année 2010 est exceptionnellement basse (+2,5 %) en raison notamment de l'absence d'épisode grippal.

À l'instar des années précédentes, ce sont les soins hospitaliers (1,2 point) qui ont le plus contribué à la croissance en valeur de la

CSBM en 2011, en raison de leur poids important dans la consommation. Viennent ensuite les soins de ville (0,9 point) et dans une moindre mesure les autres biens médicaux (0,3 point).

L'indice de volume de la consommation de soins hospitaliers est désormais calculé à l'aide d'une méthode « output » ; il est proche de 3 % depuis trois ans (*cf. fiche 1.2*). C'est ce qui explique que ce sont les soins hospitaliers qui contribuent le plus à la croissance en volume (+1,3 point) en 2011, suivis par les soins de ville (+0,6 point). Viennent ensuite les médicaments (+0,5 point) et les autres biens médicaux (+ 0,3 point).

L'évolution des prix des soins et biens médicaux est extrêmement faible depuis quatre ans. Après +0,3 % en 2008 et +0,2 % en 2009, les prix reculent depuis deux ans : -0,3 % en 2010 et -0,1 % en 2011.

En effet, en 2011, le prix des soins hospitaliers recule de 0,1 % en 2010 puis en 2011 : ces indices très faibles reflètent l'utilisation pour le calcul de l'indice de volume des soins hospitaliers de la méthode « output ».

La hausse de prix des soins de ville est quant à elle de 1,1 % en 2011 en raison notamment de la revalorisation du tarif de la consultation des généralistes.

Enfin, comme pour les années antérieures, le prix des médicaments diminue : -2 % en 2011 après -2,2 % en 2010 et -2,6 % en 2009. La poursuite des mesures de baisse de prix et le poids croissant des génériques pèsent en effet de plus en plus sur le prix des spécialités pharmaceutiques (*cf. annexe 4.4 sur le mode de calcul des prix des médicaments*).

Définitions

Consommation de soins et biens médicaux : en base 2005, elle comprend :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris la totalité des honoraires perçus par les médecins libéraux en établissement privé (qu'il s'agisse ou non d'une hospitalisation complète),
- la consommation de soins de ville (cabinets libéraux, soins en dispensaires, laboratoires...),
- la consommation de transports de malades,
- la consommation de médicaments et autres biens médicaux.

Elle ne comprend ni les soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées hébergées en établissements, ni la dépense de Services de soins à domicile (SSAD).

Pour en savoir plus

Annexe 1 sur les agrégats des comptes de la santé en base 2005, p.201.

« Méthodologie de la base 2005 des Comptes de la santé », *Document de travail*, DREES, à paraître.

« Le partage volume-prix à l'hôpital dans les Comptes nationaux de la santé », M. Koubi, A. Fenina, *Document de travail, série Etudes et recherche*, n° 118, DREES, mars 2012.

La Consommation de soins et biens médicaux 1.1

Consommation de soins et biens médicaux

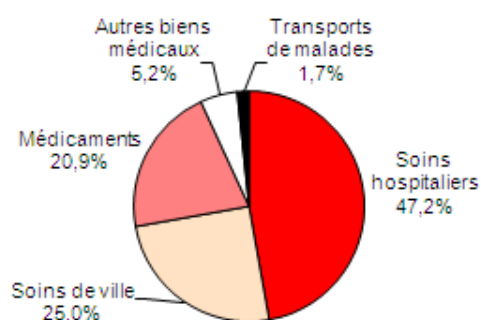
en millions d'euros

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Ensemble	114 574	120 755	128 134	135 633	142 668	148 116	153 748	160 352	165 710	171 149	175 382	180 037	
Soins hospitaliers	54 085	56 237	59 233	62 700	65 941	68 487	71 051	73 644	76 208	79 203	81 426	83 582	
Secteur public	42 013	43 835	46 009	48 713	51 027	52 774	54 618	56 482	58 187	60 470	62 111	63 779	
Secteur privé	12 072	12 402	13 224	13 987	14 914	15 714	16 432	17 162	18 021	18 733	19 315	19 803	
Soins de ville	28 632	29 993	32 314	34 730	36 175	37 372	38 822	40 739	42 066	43 300	44 056	45 672	
Médecins	13 233	13 527	14 582	15 591	16 006	16 485	17 075	17 840	18 236	18 618	18 470	19 188	
Auxiliaires médicaux	5 787	6 068	6 626	7 184	7 615	8 071	8 553	9 273	9 856	10 439	11 007	11 532	
Dentistes	6 693	7 286	7 665	8 202	8 585	8 740	9 016	9 315	9 558	9 737	9 993	10 252	
Analyses de laboratoires	2 626	2 812	3 136	3 443	3 661	3 769	3 869	3 993	4 099	4 189	4 260	4 369	
Cures thermales	293	300	305	309	308	307	309	319	317	316	327	331	
Médicaments	23 989	25 822	27 105	28 068	29 632	30 688	31 491	32 696	33 393	34 076	34 518	34 704	
Autres biens médicaux *	5 976	6 640	7 230	7 703	8 289	8 753	9 332	10 042	10 667	10 978	11 595	12 180	
Transports de malades	1 891	2 063	2 252	2 431	2 631	2 816	3 053	3 231	3 377	3 592	3 787	3 900	
Evolution de la CSBM	Valeur	5,2	5,4	6,1	5,9	5,2	3,8	3,8	4,3	3,3	3,3	2,5	2,7
(en %)	Prix	1,2	1,5	2,2	2,9	1,6	0,8	0,5	0,9	0,3	0,2	-0,3	-0,1
	Volume	4,0	3,8	3,8	2,9	3,6	3,0	3,3	3,4	3,1	3,1	2,8	2,8

* Optique, orthèses, prothèses, VHP (véhicules pour handicapés physiques), petits matériels et pansements.

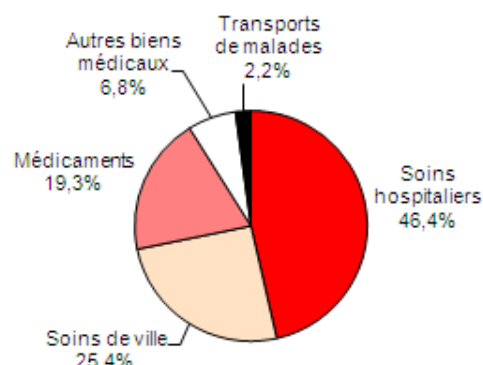
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Structure de la CSBM en 2000



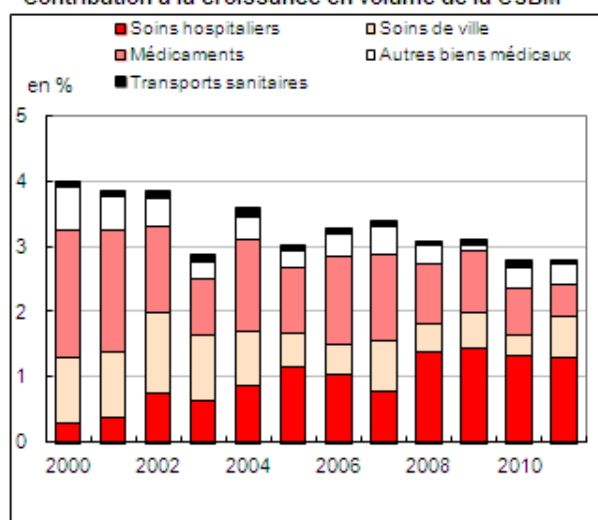
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Structure de la CSBM en 2011



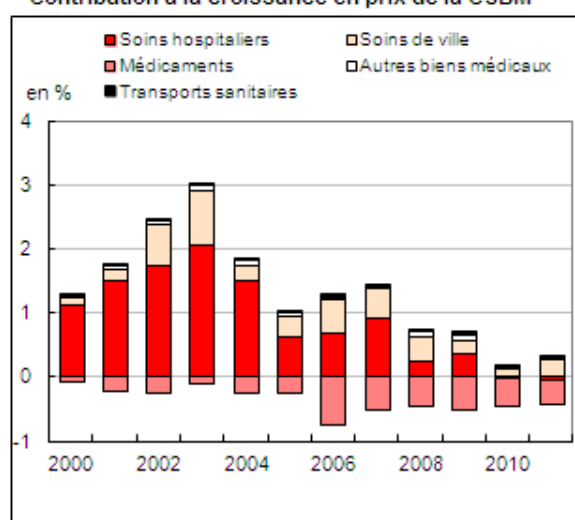
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Contribution à la croissance en volume de la CSBM



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Contribution à la croissance en prix de la CSBM



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

1.2 La consommation de soins hospitaliers

Avec 83,6 milliards d'euros en 2011, le secteur hospitalier (établissements publics et privés, hors soins de longue durée) représente 46,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux. La croissance totale des dépenses de ce secteur est de 2,6 % en valeur et 2,7 % en volume en 2011 : +2,7 % en valeur et +3,0 % en volume dans le **secteur public**, + 2,5 % en valeur et +2,0 % en volume dans le **secteur privé**. Dans une logique de lieu d'exécution, le secteur hospitalier privé comprend l'ensemble des honoraires perçus par les médecins libéraux exerçant dans ce secteur.

Dans les Comptes de la santé, le partage volume/prix de la consommation de soins dans le secteur hospitalier public est désormais estimé pour toutes les années (y compris pour le compte provisoire 2011) à partir de l'évolution de l'activité. Un indice de volume de l'activité est directement estimé à partir d'un certain nombre d'indices de quantité, par la méthode dite de l'output.

Dans le **secteur public**, la consommation de soins s'élève à 63,8 milliards d'euros. Ce montant ne comprend pas les unités de soins de longue durée, exclues du champ de la santé en comptabilité nationale. Par convention, la consommation de soins du secteur public (secteur non marchand de la santé au sens de la comptabilité nationale) est égale à la production évaluée au coût des facteurs de production (salaires, consommations intermédiaires, impôts sur la production, consommation de capital fixe...) diminuée des ventes résiduelles (honoraires et prescriptions en activité libérale, supplément chambre particulière, repas ou lit pour accompagnant, conventions internationales, par exemple). La production non marchande des hôpitaux publics inclut donc implicitement leur

déficit ainsi que le solde de leurs charges et produits divers.

Cette consommation progresse de 2,6 % en valeur en 2011 comme en 2010. Cette croissance est en net retrait par rapport à celles enregistrées depuis le début des années 2000, principalement en raison de la moindre progression du coût des facteurs de production. La croissance en volume, désormais calculée à partir de l'activité selon une méthode dite de l'output, est de 3 % pour les années 2009 à 2011. L'évolution des prix qui résulte de celle des volumes est extrêmement faible : +0,9 % en 2009, -0,2 % en 2010 et -0,3 % en 2011.

Dans le **secteur privé** hospitalier, la consommation de soins s'est élevée en 2011 à 19,8 milliards d'euros. Elle comprend les honoraires des praticiens et auxiliaires libéraux perçus en établissement privé ainsi que les analyses médicales effectuées sur ce lieu d'exécution. Sa croissance en valeur ralentit pour la deuxième année consécutive : +2,5 % en 2011 après +3,1 % en 2010 et +4,0 % en 2009.

À la différence du secteur public, l'indice de prix utilisé pour les cliniques privées résulte de l'augmentation réglementaire des tarifs des actes pratiqués et de la contribution demandée aux assurés (forfait journalier). En 2011, l'évolution des prix (+0,5 %) reflète le léger recul des prix des **séjours** (-0,1 %) conjugué à l'augmentation des honoraires des praticiens et des analyses (+1,8 %) ; le rythme de croissance des prix est stable par rapport à celui de 2009-2010 (+0,5 % également). La croissance en volume se déduit de la croissance en valeur, corrigée de l'évolution des prix ; elle est de +2,0 % en 2011, contre +2,6 % en 2010.

Définitions

Secteur hospitalier public : il comprend les hôpitaux de statut juridique public, les établissements de statut juridique privé participant au service public hospitalier (PSPH) et d'anciens établissements à prix de journée préfectoral (dits ex PJP) ayant opté au 1^{er} janvier 1997 pour la dotation globale (également à but non lucratif) ; depuis 2004, ils sont financés par diverses dotations et par la T2A (tarification à l'activité) versées par les régimes de Sécurité sociale.

Secteur privé hospitalier : il comprend les établissements privés à but lucratif et d'anciens établissements à prix de journée préfectoral ayant opté au 1^{er} janvier 1997 pour le régime conventionnel (à but non lucratif non PSPH) ; depuis 2004, ils sont eux aussi financés par diverses dotations et par la T2A.

Frais de séjour : tarification à l'activité, médicaments et dispositifs médicaux implantables facturés en sus des GHS, forfaits annuels, forfaits journaliers.

Pour en savoir plus

« Le partage volume-prix à l'hôpital dans les Comptes nationaux de la santé », M. Koubi, A. Fenina, *Document de travail, série Etudes et recherche*, n° 118, DREES, mars 2012.

Éclairage sur les Comptes des hôpitaux publics, *Comptes nationaux de la santé 2010*, DREES 2011 et Annexes 2.3, p.206 et 3.2, p.211.

La consommation de soins hospitaliers 1.2

Consommation de soins hospitaliers

en millions d'euros

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ensemble		54 085	56 237	59 233	62 700	65 941	68 497	71 051	73 644	76 208	79 203	81 426	83 582
Evolution (en %)	Valeur	2,9	4,0	5,3	5,9	5,2	3,9	3,7	3,6	3,5	3,9	2,8	2,6
	Prix	2,3	3,1	3,7	4,4	3,2	1,3	1,5	2,0	0,5	0,8	-0,1	-0,1
	Volume	0,6	0,8	1,6	1,4	1,9	2,5	2,2	1,7	3,0	3,1	2,9	2,7
Secteur public *		42 013	43 835	46 009	48 713	51 027	52 774	54 618	56 482	58 187	60 470	62 111	63 779
Evolution (en %)	Valeur	3,3	4,3	5,0	5,9	4,8	3,4	3,5	3,4	3,0	3,9	2,7	2,7
	Prix (output)	2,8	3,5	3,6	4,7	3,2	1,1	1,8	2,1	0,4	0,9	-0,2	-0,3
	Volume	0,5	0,8	1,3	1,1	1,5	2,3	1,7	1,3	2,6	3,0	3,0	3,0
Secteur privé **		12 072	12 402	13 224	13 987	14 914	15 714	16 432	17 162	18 021	18 733	19 315	19 803
Evolution (en %)	Valeur	1,8	2,7	6,6	5,8	6,6	5,4	4,6	4,4	5,0	4,0	3,1	2,5
	Prix (tarif)	0,8	1,9	4,0	3,4	3,4	2,2	0,5	1,5	0,9	0,5	0,5	0,5
	Volume	1,1	0,8	2,5	2,3	3,1	3,1	4,0	2,9	4,1	3,4	2,6	2,0

* y compris consultations externes en base 2005.

** y compris ensemble des honoraires perçus en hospitalisation privée en base 2005.

Note sur les prix, prix du secteur public = indice output résultant de l'activité.

prix du secteur privé = indice de tarif (y compris évolution du forfait journalier) pour les frais de séjour, combiné avec l'indice de prix des honoraires perçus en établissement privé.

Sources : DREES, Comptes de la santé - Base 2005.

Comparaison des évolutions en volume obtenues par les méthodes "input" et "output" pour le secteur public hospitalier

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Méthode "input"	1,005	1,008	1,013	1,010	1,015	1,026	1,020	1,016	1,015	1,016	1,010
Méthode "output"	1,005	1,008	1,013	1,011	1,015	1,023	1,017	1,013	1,026	1,030	1,030
Ecart entre "output" et "input"	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	-0,003	-0,004	-0,003	0,011	0,014	0,020

Sources : DREES, Comptes de la santé - Base 2005.

Dans son rapport des réalisations de la campagne budgétaire 2011, l'ATIH présente l'évolution des dépenses de l'Assurance maladie afférentes aux établissements de santé. Les travaux statistiques ont conduit à estimer un intervalle. La synthèse présentée est calée sur l'hypothèse haute de l'intervalle pour les hôpitaux publics et l'hypothèse basse pour les cliniques privées.

Les dépenses de l'assurance maladie afférentes aux établissements de santé en 2011 (en milliards d'euros)

	Hôpitaux publics	Hôpitaux privés	Total	total ONDAM hospitalier
ODMCO (1)	35,77	10,00	45,77	72,6
MIGAC	8,02	0,10	8,12	
ODAM (2)	15,66		15,66	
OQN psy-ssr (3)		2,46	2,46	
Total	59,45	12,57	72,01	
Autres (4)	n.d.	n.d.	n.d.	

(1) activité (y compris dialyse et HAD), médicaments et DMI en sus, forfaits annuels.

(2) pour hôpitaux publics : hôpitaux locaux, USLD, psychiatrie, SSR. Pour les hôpitaux privés : USLD.

(3) pour hôpitaux privés uniquement.

(4) pour hôpitaux publics et privés : FMESPP, conventions internationales, établissements hors territoire.

Sources : ATIH, Rapport des réalisations de la campagne budgétaire 2011.

Les Comptes de la santé retracent quant à eux la consommation totale de soins hospitaliers, c'est-à-dire l'ensemble des dépenses et non les seules dépenses remboursées par l'Assurance maladie. Sont ainsi comptabilisées dans les Comptes de la santé les dépenses prises en charge par l'État, le Fonds CMU, les organismes complémentaires et les ménages, ainsi que les dépenses des hôpitaux publics non financées (déficit). Dans les Comptes de la santé, les soins hospitaliers du secteur public ne comprennent pas les dépenses des USLD. En base 2005, les soins du secteur privé comme du public incluent l'ensemble des honoraires des professionnels de santé perçus dans les établissements.

Au total, en 2011, les Comptes de la santé évaluent les dépenses de soins hospitaliers remboursées par l'Assurance maladie à 75,6 milliards d'euros (cf. fiche 4.3), dont 58,4 milliards pour le secteur public (hors USLD) et 17,2 milliards (y compris honoraires des professionnels de santé) pour le secteur privé.

1.3 L'offre hospitalière

Dans les Comptes de la santé, la distinction entre « secteur public » et « secteur privé » hospitalier repose sur l'ancien mode de financement des établissements (dotation globale ou hors DG) et non sur leur statut juridique (cf. *fiche 1.2*). En revanche, l'enquête **SAE**, qui permet de décrire l'offre hospitalière, répartit les établissements de santé en trois catégories en fonction de leur statut juridique.

Au 31 décembre 2010, on dénombre 2 710 **établissements de santé** (y compris Service de santé des armées – SSA) :

- 956 établissements publics ;
- 707 établissements privés à but non lucratif ;
- 1 047 établissements privés à but lucratif.

En court séjour (**MCO**), les capacités d'accueil en hospitalisation partielle augmentent en 2010 par rapport à 2009 (+6,6 %), alors qu'elles se stabilisent en hospitalisation complète (-0,4 %).

En psychiatrie (**PSY**), les capacités d'accueil en hospitalisation partielle augmentent lentement depuis 2003. En 2010, la hausse est de 1,0 %. Si le recours à l'hospitalisation partielle en psychiatrie est ancien dans les secteurs public et privé à but non lucratif, l'émergence de ce type de structure dans le secteur privé à but lucratif est récente et n'a que peu d'influence sur le nombre total de places. En hospitalisation complète, les capacités restent stables (+0,2 %).

En soins de suite et de réadaptation (**SSR**), le nombre de lits continue à croître dans l'ensemble des établissements : +1,3 % en 2010 après +1,1 % en 2009. La hausse est en particulier due au plan Cancer 2003-2007 qui prévoyait la mise en place de 15 000 lits en 5 ans. Les places d'hospitalisation partielle poursuivent leur croissance : +5,3 % en 2010 après +4,1 % en 2009.

Enfin, pour les soins de longue durée, les capacités d'accueil continuent à diminuer

fortement en 2010 (-27,9 %), notamment à l'hôpital public et dans le secteur privé à but non lucratif, du fait de la transformation d'un grand nombre d'unités de soins de longue durée en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et de leur sortie du champ sanitaire (cf. *fiche 2.2*).

En 2010, le nombre d'**emplois médicaux** dans les établissements de santé demeure stable avec un effectif qui s'établit à 179 000 (+0,4 % par rapport à 2009). La progression du nombre d'emplois salariés se poursuit dans tous les secteurs. Les médecins libéraux peuvent travailler de manière exclusive, à temps plein ou non, au sein d'un établissement privé ou de façon non exclusive dans plusieurs établissements. Le nombre de médecins libéraux diminue globalement de 1,7 % en raison principalement de la diminution du nombre de médecins libéraux non exclusifs au profit de libéraux exclusifs, dans les cliniques privées notamment. Dans le secteur public, qui concentre les deux tiers des emplois médicaux, les effectifs de médecins salariés se stabilisent (+0,3 %) mais continuent de croître en équivalents temps plein (ETP) (+1,8 %) en 2010.

En 2010, le personnel non médical et les sages-femmes (titulaires de la Fonction publique hospitalière, CDI et CDD) représentent plus d'un million d'équivalents temps plein, soit une augmentation de 1,2 % par rapport à 2009. Avec 7 ETP sur 10, le **personnel soignant** représente le cœur de métier de l'hôpital. Plus des trois quarts des ETP non médicaux sont employés dans les hôpitaux publics (848 000 ETP fin 2010), le reste se partageant de manière égale entre établissements privés à but non lucratif et cliniques privées.

Définitions

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé.

Établissement de santé : dans le secteur public, l'interrogation se fait au niveau des entités juridiques et dans le secteur privé, au niveau des établissements géographiques.

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique.

Emplois médicaux : médecins, odontologistes et pharmaciens, auxquels s'ajoutent les internes et les faisant fonction d'interne (FFI).

Personnel soignant : sages-femmes, encadrement du personnel soignant, infirmiers, aides-soignants, agents de services hospitaliers, rééducateurs, psychologues.

Pour en savoir plus

« Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 » E. Kranklader, *Dossier Solidarité et Santé*, n°25, DREES, mars 2012.

DREES, *Le Panorama des établissements de santé*, édition 2012, collection « Études et statistiques », à paraître.
« Un million d'emplois non médicaux dans les établissements de santé en 2005 », A. Fizzala, *Études et résultats*, n° 605, DREES, octobre 2007.

L'offre hospitalière 1.3

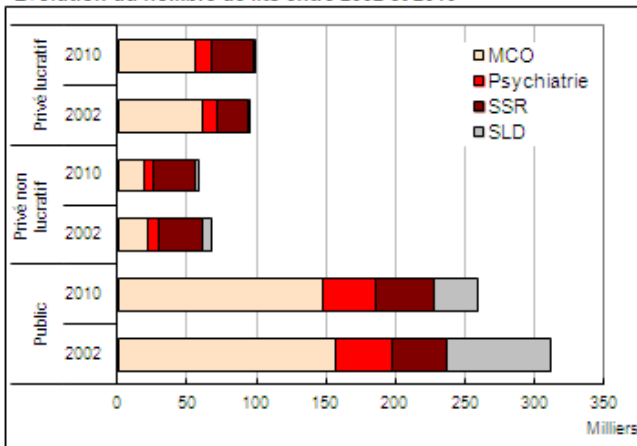
Capacité en lits et places par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2010

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010
Hospitalisation partielle (en places)	37 761	3,4%	11 359	2,9%	13 995	6,0%	63 115	3,9%
MCO	13 234	9,5%	2 541	5,0%	10 819	3,7%	26 594	6,6%
Psychiatrie	22 335	0,1%	5 030	0,1%	920	40,5%	28 285	1,0%
Soins de suite et réadaptation	2 192	4,2%	3 788	5,3%	2 256	6,6%	8 236	5,3%
Hospitalisation complète (en lits)	260 642	-4,7%	58 436	-2,1%	97 632	1,2%	416 710	-3,0%
MCO	149 788	-0,6%	18 568	0,2%	56 029	-0,2%	224 385	-0,4%
Psychiatrie	38 280	-0,2%	7 217	-2,2%	11 751	3,3%	57 248	0,2%
Soins de suite et réadaptation	41 126	0,3%	30 076	-0,3%	29 304	4,5%	100 506	1,3%
Soins de longue durée (en lits)	31 448	-27,6%	2 575	-29,4%	548	-39,0%	34 571	-27,9%

champ : France métropolitaine et DOM y compris SSA

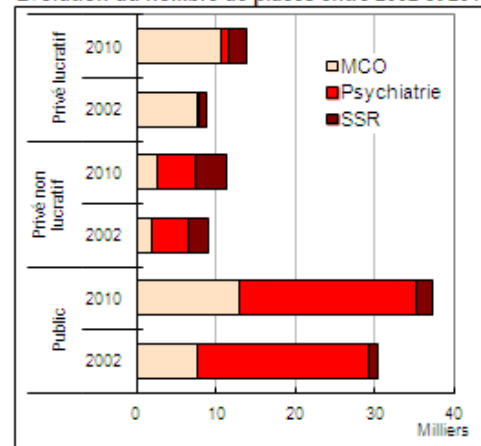
Sources : DREES SAE 2009 et 2010, traitement DREES

Évolution du nombre de lits entre 2002 et 2010



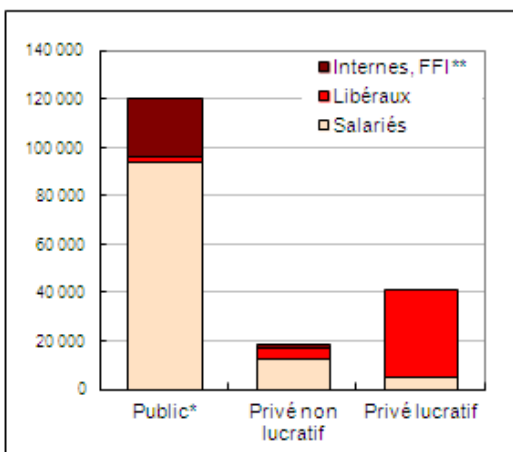
Champ : France métropolitaine et DOM non compris SSA
Sources : DREES, SAE 2002 et 2010, traitement DREES.

Évolution du nombre de places entre 2002 et 2010



Champ : France métropolitaine et DOM non compris SSA
Sources : DREES, SAE 2002 et 2010, traitement DREES.

Personnel médical en 2010

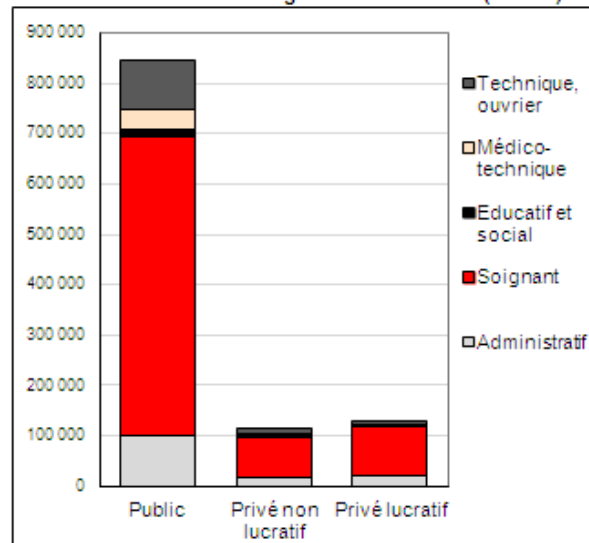


* Pas de libéraux dans le secteur public sauf dans les hôpitaux locaux.
** FFI : faisant fonction d'interne.

NB : ces données comptabilisent plusieurs fois les praticiens qui exercent dans plusieurs établissements.

Champ : France métropolitaine et DOM y compris SSA.
Sources : DREES, SAE 2010 traitements DREES.

Personnel non médical et sages-femmes en 2010 (en ETP)



Champ : France métropolitaine et DOM y compris SSA.
Sources : DREES, SAE 2010 traitements DREES.

1.4 L'activité hospitalière

L'activité hospitalière est mesurée en nombre de venues pour l'hospitalisation partielle, en nombre d'entrées pour l'hospitalisation complète. Cette activité est mesurée à partir du **PMSI** pour l'activité **MCO** et de l'enquête **SAE** pour l'ensemble des activités de **SSR**, de psychiatrie ou encore en **USLD**.

En 2010, les établissements de santé ont comptabilisé près de 26 millions de séjours, soit une hausse de 1,3 % des volumes d'activité hospitalière par rapport à 2009 (source SAE et PMSI-MCO). L'activité est tirée par l'**hospitalisation partielle** qui continue de se développer (+2,5 %) tandis que l'**hospitalisation complète** stagne (0,0 %).

L'activité de MCO, mesurée en nombre d'entrées et de venues (source PMSI-MCO), est en légère hausse (+0,5%). L'hospitalisation partielle en court séjour poursuit sa croissance (+1,7%), grâce notamment au dynamisme des cliniques privées (+2,6%) et des établissements privés à but non lucratif (+2,5 %). En hospitalisation complète, en revanche, l'activité se réduit légèrement (-0,2%), en particulier en cliniques privées (-1,7%). L'évolution est différenciée selon la discipline : le nombre d'entrées augmente en médecine, diminue en chirurgie et varie peu en obstétrique.

En psychiatrie, l'hospitalisation partielle progresse (+1,6 %) en lien avec l'augmentation du nombre de places (+1,0 %) (source SAE). La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète diminue légèrement

de 29,8 à 29,2 jours. Elle demeure plus élevée dans les établissements privés (aux alentours de 35 jours) que dans les hôpitaux publics (27,1 jours).

L'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) augmente depuis plusieurs années, quel que soit le mode d'hospitalisation et le secteur considéré. Cette évolution est liée à une modification de la dénomination des lits, certains lits de médecine ayant été requalifiés en SSR. En 2010, on comptabilise ainsi plus de 3 millions de séjours ou venues (+4,8 %) et 31,6 millions de journées (+2,6 %). Le nombre de venues a fortement progressé (+6,4 %). La durée moyenne de séjour augmente légèrement de 32,4 à 32,9 jours.

Enfin, le nombre de journées en soins de longue durée continue de décroître : -27,7 % en 2010. Ce recul s'explique par la transformation d'un grand nombre d'unités de soins de longue durée en **EHPAD** amorcée depuis 2006 et qui s'est accentuée en 2009 et 2010.

Outre l'hospitalisation à temps complet et à temps partiel, la SAE comptabilise par ailleurs des consultations externes, ainsi que des traitements et cures ambulatoires, en particulier 5,5 millions de séances de dialyse, 4,4 millions de préparations de chimiothérapie et 3,9 millions de séances de radiothérapie. Enfin, les urgences ont accueilli près de 17,5 millions de passages en 2010.

Définitions

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé.

PMSI : Programme médicalisé des systèmes d'information.

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique.

SSR : Soins de suite et de réadaptation.

USLD : unités de soins de longue durée.

Hospitalisation complète : elle comprend les séjours de plus de un jour.

Hospitalisation partielle : elle concerne les venues en anesthésie et chirurgie ambulatoire, ou des séjours dont la durée est inférieure à un jour (hors séances).

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Pour en savoir plus

« Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 », E. Kranklader, *Dossier Solidarité et Santé*, n° 25, DREES, mars 2012,

DREES, *Le Panorama des établissements de santé – édition 2012*, collection « Études et statistiques », à paraître.

« L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle », S. Arnault, F. Evain, E. Kranklader, I. Leroux, *Études et résultats*, n° 716, DREES, février 2010.

L'activité hospitalière 1.4

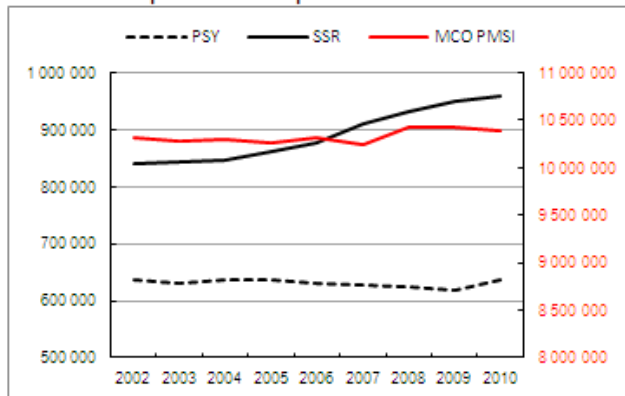
Nombre de séjours (entrées et venues) et de journées selon le statut de l'établissement en 2010

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010
Venues en hospitalisation partielle	7 238 219	1,1%	2 606 696	4,0%	3 980 678	4,0%	13 825 593	2,5%
MCO	2 577 226	0,5%	460 774	2,5%	3 022 227	2,6%	6 060 227	1,7%
Psychiatrie	4 026 633	0,9%	1 026 783	1,5%	232 273	15,3%	5 285 689	1,6%
Soins de suite et réadaptation	634 360	5,0%	1 119 139	6,9%	726 178	6,7%	2 479 677	6,4%
Entrées en hospitalisation complète	7 615 545	0,5%	1 166 050	0,4%	3 271 965	-1,3%	12 053 560	0,0%
MCO	6 747 871	0,4%	829 424	-0,3%	2 852 091	-1,7%	10 429 386	-0,2%
Psychiatrie	452 811	2,5%	69 195	5,7%	117 071	2,3%	639 077	2,8%
Soins de suite et réadaptation	394 029	0,5%	265 935	1,3%	302 351	1,5%	962 315	1,1%
Soins de longue durée	20 834	-19,5%	1 496	-25,1%	452	-50,9%	22 782	-20,9%
Journées en hospitalisation complète	78 781 472	-4,3%	16 856 651	-1,6%	27 308 138	0,7%	122 946 261	-2,8%
MCO	42 759 457	0,8%	4 779 992	0,5%	13 110 632	-2,0%	60 650 081	0,2%
Psychiatrie	12 275 784	0,4%	2 261 350	-1,9%	4 100 279	2,4%	18 637 413	0,5%
Soins de suite et réadaptation	12 804 072	2,0%	8 909 905	1,5%	9 906 928	4,5%	31 620 905	2,6%
Soins de longue durée	10 942 159	-27,6%	905 404	-30,0%	190 299	-26,4%	12 037 862	-27,7%

Champ : France métropolitaine et DOM y compris SSA.

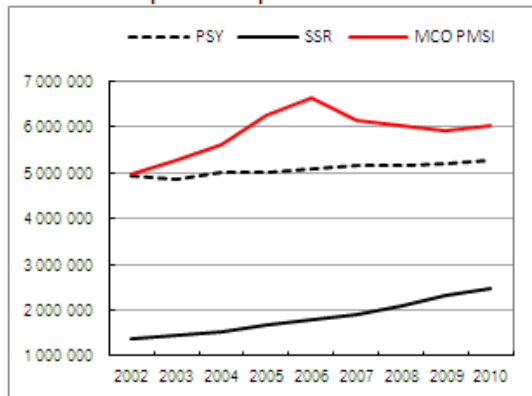
Sources : ATIH, PMSI-MCO 2009-2010 traitements DREES, pour l'activité de court séjour, DREES, SAE 2009-2010 traitements DREES, pour les disciplines hors MCO.

Entrées en hospitalisation complète entre 2002 et 2010



Note de lecture : échelle de gauche : PSY et SSR ;
échelle de droite : MCO - PMSI.

Venues en hospitalisation partielle entre 2002 et 2010



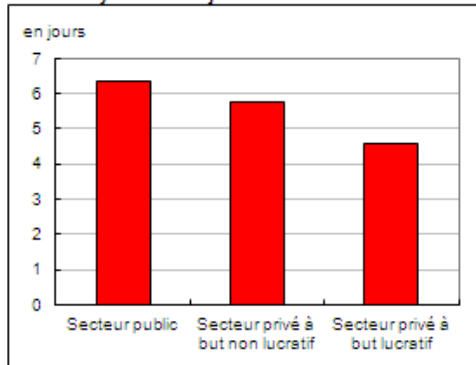
Note de lecture : échelle de gauche : PSY, SSR et MCO - PMSI

Champ France métropolitaine et DOM hors SSA

Sources : ATIH, PMSI-MCO 2002-2010 traitements DREES, pour l'activité de court séjour, DREES, SAE 2002-2010 traitements DREES, pour les disciplines hors MCO.

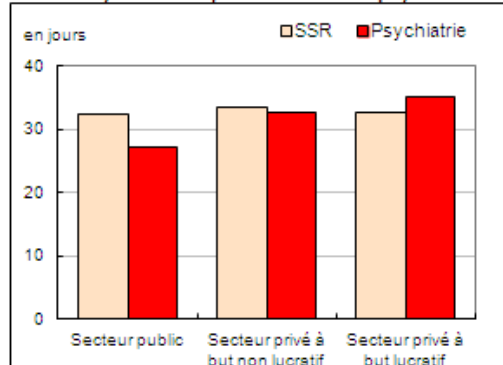
Nota Bene : Les séries longues issues du PMSI-MCO doivent être interprétées avec prudence. L'amélioration de l'exhaustivité du recueil, les changements intervenant sur le champ des établissements répondants, ou encore les modifications dans l'algorithme permettant de classer les séjours font qu'il est difficile d'obtenir une évolution à champ constant. Notamment, l'arrêté sur les forfaits "sécurité-environnement" de février 2007 a eu comme effet de sortir du champ du PMSI certains séjours d'hospitalisation partielle, désormais enregistrés en consultations externes. La publication de cet arrêté explique la baisse du nombre de séjours en hospitalisation partielle entre 2006 et 2007.

Durée moyenne de séjour en MCO



Champ France métropolitaine et DOM y compris SSA
Sources : ATIH, PMSI-MCO 2010, traitements DREES.

Durée moyenne de séjour en SSR et en psychiatrie



Champ France métropolitaine et DOM y compris SSA
Sources : DREES, SAE 2010 traitements DREES.

1.5 La consommation de soins de médecins

En 2011, la consommation de **soins de médecins de ville** (en cabinets libéraux et dispensaires, et y compris soins des sages-femmes) est évaluée à 19,2 milliards d'euros. Elle est en nette reprise (+3,9 %) par rapport à une consommation exceptionnellement basse en 2010 (-0,8 %), à la fois sous l'effet des volumes et des prix.

La hausse en volume est de +1,8 % en 2011 (analogue à celle de 2009) après une baisse notable de 1,1 % en 2010 due principalement à l'absence d'épisode grippal.

Plusieurs facteurs expliquent la croissance des volumes :

- l'augmentation du nombre global des actes techniques, notamment d'IRM et de scanners (qui connaissent une croissance supérieure à 10 % par an depuis 2005) ;
- une déformation de la structure des dépenses vers les soins les plus coûteux, avec une croissance plus forte de l'activité des spécialistes par rapport aux généralistes,

La croissance des prix, quant à elle, constatée en 2011 est due principalement à la revalorisation du tarif de la consultation de généraliste (passé de 22 à 23 euros au 1^{er} janvier) : +2,1 %. Elle fait suite à plusieurs années de faible progression de prix (+0,3 % en 2010 après +0,2 % en 2009). La hausse de 2011 reste toutefois inférieure à celles enregistrées dans les années 2005-2007 dues à la mise en place de la **CCAM**, à la revalorisation des honoraires des

omnipraticiens en août 2006 puis en juillet 2007 et au développement de la part des forfaits dans la rémunération des médecins. D'autres facteurs ont contribué par la suite à la hausse des prix : la progression des forfaits **CAPi** mis en place en 2009 pour les généralistes, et celle des dépassements pour les spécialistes.

À partir de 2012, le forfait CAPI sera remplacé par un dispositif de rémunération sur objectifs, réservé dans un premier temps aux seuls médecins généralistes.

L'évolution des honoraires moyens hors dépassements des médecins libéraux en activité complète qui s'était ralentie de 2008 à 2010 pour les généralistes comme pour les spécialistes, connaît une hausse sensible en 2011. Le montant des honoraires hors dépassements des omnipraticiens qui avait reculé de 1,8 % en 2010, progresse de 5,7 % en 2011, sous l'effet de la revalorisation de la consultation. De même, celui des médecins spécialistes dont l'évolution était inférieure à 3 % en 2009-2010, augmente de 3,4 % en 2011. Parallèlement, la hausse des dépassements des médecins exerçant en secteur 2 (honoraires libres) s'accélère depuis 2009. Elle est essentiellement le fait des médecins spécialistes exerçant en secteur 2 : les dépassements des omnipraticiens exerçant en secteur 2 ont augmenté de 1,7 % par an en moyenne entre 2004 et 2011, tandis que ceux des spécialistes exerçant en secteur 2 ont progressé de 4,8 % par an en moyenne.

Définitions

Soins de médecins de ville : dans les Comptes de la santé, ils excluent les honoraires des médecins perçus lors d'hospitalisations en établissement privé ; par ailleurs, l'activité des sages-femmes est comptabilisée avec celle des médecins : elle représente 160 millions d'euros en 2011 (source SNIR).

CCAM : classification commune des actes médicaux, qui a remplacé en 2005 la Nomenclature générale des activités professionnelles basée sur les lettres-clés, et revalorisé certains actes.

Forfait CAPI : rémunération forfaitaire versée après signature d'un Contrat d'amélioration des pratiques individuelles, permettant la prise en compte le temps passé pour accompagner les patients en ALD.

Pour en savoir plus

« Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010 », V. Bellamy, *Études et Résultats*, n° 786, DREES, décembre 2011.

« Les médecins exerçant en secteur 2 », *Point d'information*, CNAMTS, mai 2011.

La consommation de soins de médecins 1.5

Consommation de soins de médecins en ville *

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Consommation (en millions €)	13 233	13 527	14 582	15 591	16 006	16 495	17 075	17 840	18 236	18 618	18 469	19 188
Évolution (en %) Valeur	3,6	2,2	7,8	6,9	2,7	3,0	3,6	4,5	2,2	2,1	-0,8	3,9
Prix	0,6	0,6	6,1	5,3	1,2	2,4	3,8	3,0	1,5	0,2	0,3	2,1
Volume	2,9	1,7	1,6	1,5	1,4	0,5	-0,2	1,4	0,7	1,9	-1,1	1,8

* y compris honoraires des sages-femmes.

Sources : DREES, Comptes de la Santé - base 2005.

Part des dépassements dans les honoraires des médecins libéraux *

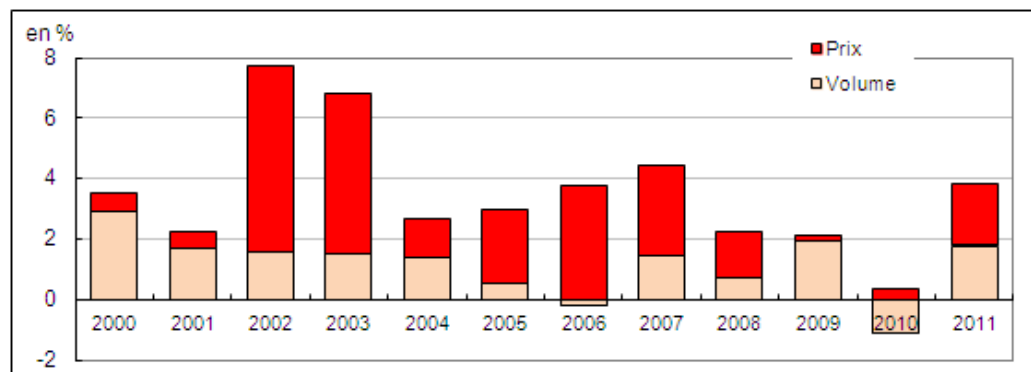
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Généralistes							
Honoraires totaux (millions €/an)	7 463	7 647	8 004	8 097	8 190	8 004	8 367
Évolution en %		2,5	4,7	1,2	1,1	-2,3	4,5
Dépassements (millions €/an)	358	364	362	367	358	343	329
Évolution en %		1,7	-0,4	1,3	-2,4	-4,1	-4,3
Part des dépassements (en %)	4,8	4,8	4,5	4,5	4,4	4,3	3,9
Spécialistes							
Honoraires totaux (millions €/an)	11 096	11 709	12 114	12 450	12 632	12 883	13 256
Évolution en %		5,5	3,5	2,8	1,5	2,0	2,9
Dépassements (millions €/an)	1 561	1 753	1 884	1 961	2 065	2 144	2 273
Évolution en %		12,3	7,5	4,1	5,3	3,9	6,0
Part des dépassements (en %)	14,1	15,0	15,6	15,8	16,3	16,6	17,1

* Honoraires remboursables des médecins libéraux (France métropolitaine).

Champ : honoraires des médecins libéraux y compris honoraires perçus lors d'une hospitalisation en clinique privée.

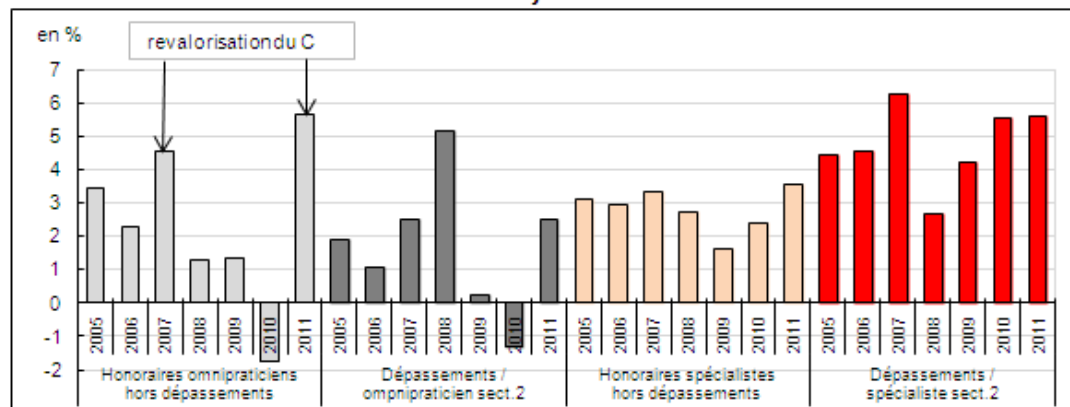
Sources : CNAMTS - SNIR, calculs DREES.

Évolution de la consommation de soins de médecins en ville



Sources : DREES, Comptes de la Santé - base 2005.

Taux d'évolution des honoraires annuels moyens des médecins libéraux en APE *



* APE : activité à part entière

Sources : CNAMTS - SNIR, traitement DREES.

1.6 Les effectifs de médecins

Au 1^{er} janvier 2012, le Répertoire partagé des professions de santé (RPPS) recense 212 000 médecins en France métropolitaine et 5 000 dans les DOM. En métropole, les 127 000 médecins libéraux et mixtes (exerçant également une activité salariée) représentent 60 % de l'ensemble des médecins. Le SNIR compte 115 000 médecins libéraux, soit 0,6 % de moins qu'en 2011, dont 53 % d'omnipraticiens. Parmi les médecins de secteur 1, le nombre d'omnipraticiens diminue (-0,5 %) pour la seconde année consécutive ; celui des spécialistes recule de 1,1 %, poursuivant la tendance à la baisse observée depuis 2002. En secteur 2 (honoraires libres), les généralistes sont toujours moins nombreux avec une baisse de 4,2 % des effectifs, qui s'accroît au fil des ans ; le nombre des spécialistes progresse (+1,2 % en 2011 comme en 2010), mais à un rythme décroissant depuis 2005. La part des généralistes exerçant en secteur 2 est de 10,4 % en 2012 alors qu'elle atteint 41,4 % chez les spécialistes. Au total, un médecin sur quatre autorisé à pratiquer des honoraires libres, soit une proportion globale identique à celle de l'année 2000.

Au 1^{er} janvier 2012, la densité moyenne de praticiens est de 337 médecins pour 100 000 habitants en métropole (242 dans les DOM). Elle est maximale en région PACA avec 410 médecins pour 100 000 habitants, puis en Île-de-France (400). La densité de médecins est plus élevée dans le sud de la France que dans les régions du nord et du centre. Toutefois, ces inégalités de répartition se sont réduites depuis 20 ans : seules 5 régions ont des densités de 15 % inférieures à la moyenne contre 10 régions en 1990. L'offre est variable selon les régions : en Île-de-France, on compte 60 % de spécialistes pour 40 % d'omnipraticiens en 2012, tandis que les omnipraticiens sont plus nombreux (53 %) que les spécialistes en Picardie ou en Poitou-Charentes.

Les villes ont également des densités plus fortes que les communes rurales : la densité

de médecins dépasse 500 pour 100 000 dans les grandes agglomérations et descend au-dessous de 200 dans les communes de moins de 5 000 habitants.

La population des médecins vieillit : l'âge médian est de 52 ans en 2012 contre 40 ans en 1990. Parallèlement, la profession se féminise : 41 % de femmes en 2012 contre 30 % en 1990. En 2012, les femmes représentent le quart des praticiens de 60 ans et plus, mais 58 % des praticiens de moins de 40 ans. Cette tendance va perdurer car 6 internes sur 10 étaient des femmes en 2010. Les femmes exercent moins souvent en libéral que les hommes : elles constituent seulement le tiers des médecins libéraux, mais 45 % des médecins salariés.

Certaines spécialités sont très féminines : gynécologie, médecine du travail (à 70 %), dermatologie, pédiatrie ou génétique (à 65 %) par exemple. Et si 3 chirurgiens sur 4 sont des hommes en 2012, le nombre de femmes chirurgiens augmente parmi les jeunes générations, notamment en obstétrique ou en ophtalmologie : 70 % des obstétriciens et 51 % des ophtalmologues de moins de 35 ans sont des femmes.

Les effectifs de médecins ont augmenté jusqu'en 2009, puis se sont légèrement tassés en 2010-2011. Le changement de répertoire (passage d'ADELI au RPPS) entre 2011 et 2012 ne permet pas une analyse de l'évolution 2011-2012. Toutefois, avec le fort abaissement du *numerus clausus* intervenu dans les années 80-90, le nombre de médecins devrait diminuer jusqu'en 2019, d'autant plus que ce sont les promotions nombreuses qui partent actuellement à la retraite. Sous l'hypothèse de comportements d'activité constants, les effectifs de médecins croîtraient à nouveau à partir de 2020 en raison du relèvement sensible du *numerus clausus* intervenu depuis 2000 et qui s'établit à 7 500 en 2012. À l'horizon 2030, la France compterait ainsi presque autant de médecins qu'aujourd'hui.

Définitions

RPPS : Répertoire administratif auquel sont tenus de s'inscrire tous les médecins ; il remplace le répertoire ADELI depuis novembre 2011. Son champ diffère de celui du SNIR car il comprend les praticiens ayant une activité mixte (libérale et salariée).

SNIR : Système national inter-régimes élaboré par la Caisse nationale d'assurance maladie.

Pour en savoir plus

« Les médecins au 1^{er} janvier 2012 », L. Fauvet, *Études et Résultats*, n° 796, DREES, mars 2012.

« Les médecins : estimation au 1^{er} janvier 2012 », D. Sicart, *Document de travail*, n° 167, DREES, février 2012.

« Localisation des professionnels de santé libéraux », M. Barlet, M. Cavillon, dans *Comptes nationaux de la santé 2009*, DREES, septembre 2010.

« La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », K. Attal-Toubert, M. Vanderschelden, *Études et Résultats*, n° 679, DREES, février 2009.

Les effectifs de médecins 1.6

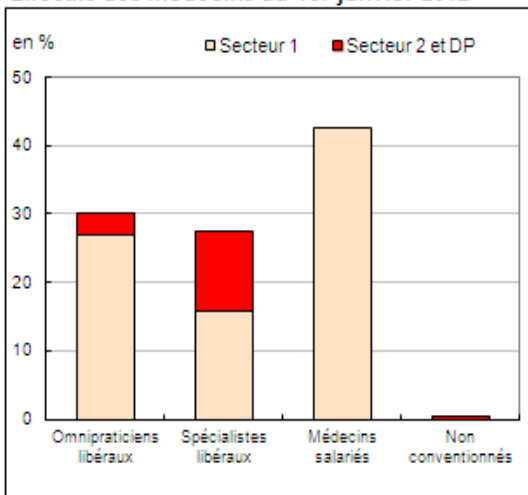
Effectifs de médecins par mode conventionnel (France métropolitaine) au 1er janvier

SNIR	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Evolution 2012/2011
Omnipraticiens libéraux	60 823	60 949	60 976	60 761	60 832	60 975	60 975	61 224	61 294	61 359	61 315	60 974	60 422	-0,9%
Secteur 1	51 640	51 873	52 094	52 136	52 328	52 602	52 602	52 994	53 289	53 562	53 734	53 662	53 407	-0,5%
Secteur 2	8 536	8 376	8 146	7 866	7 709	7 552	7 552	7 404	7 196	7 010	6 798	6 556	6 279	-4,2%
DP *	58	53	39	34	31	28	28	28	24	24	21	16	16	0,0%
Non conventionnés	589	647	697	725	764	793	793	798	785	763	762	740	720	-2,7%
Spécialistes libéraux	53 171	53 293	53 251	53 104	53 328	53 651	53 651	54 061	54 315	54 464	54 663	54 701	54 571	-0,2%
Secteur 1	33 164	33 157	33 063	32 769	32 698	32 597	32 597	32 631	32 503	32 303	32 156	31 951	31 586	-1,1%
Secteur 2	18 744	19 047	19 251	19 511	19 900	20 387	20 387	20 821	21 262	21 657	22 047	22 322	22 581	1,2%
DP *	1 184	1 005	854	725	618	539	539	476	411	360	316	272	242	-11,0%
Non conventionnés	79	84	83	99	112	128	128	133	139	144	144	156	162	3,8%
ADELI - RPPS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Evolution 2012/2011
Médecins libéraux et mixtes	117 041	118 141	119 136	120 084	120 584	121 049	121 634	122 103	122 145	122 496	122 778	122 791	126 952	n.s.
Médecins salariés	76 959	77 859	79 564	81 316	82 903	84 815	85 643	86 088	86 104	86 647	84 679	85 936	84 868	passage ADELI - RPPS
dont salariés hospitaliers	55 457	55 970	56 518	57 831	59 130	60 705	61 797	62 850	63 628	63 580	60 697	62 014	57 432	
Ensemble	194 000	196 000	198 700	201 400	203 487	205 864	207 277	208 191	208 249	209 143	207 457	208 727	211 820	

* DP : droit permanent à dépassement ; dispositif supprimé en 1980 et remplacé depuis par le secteur 2.

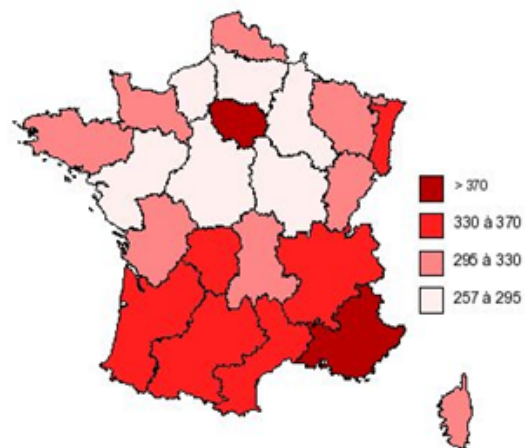
Sources : CNAMTS, SNIR pour les médecins libéraux ; DREES, ADELI 2000-2011 et RPPS 2012 pour l'ensemble.

Effectifs des médecins au 1er janvier 2012



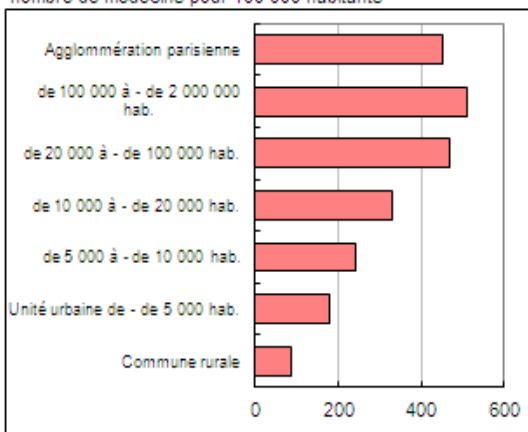
Sources : CNAMTS, SNIR France métropolitaine ; DREES, RPPS.

Densité de médecins par région pour 100 000 habitants au 1er janvier 2012



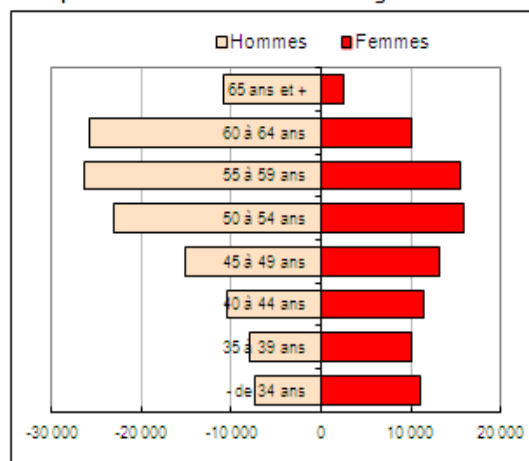
Sources : DREES, RPPS ; INSEE pour la population.

Répartition des médecins selon la taille d'unité urbaine
nombre de médecins pour 100 000 habitants



Sources : DREES, ADELI 2011.

Répartition des médecins selon l'âge et le sexe



Sources : DREES, RPPS 2012.

1.7 Les chirurgiens-dentistes

Le montant de la consommation de soins dentaires s'élève à 10,3 milliards d'euros en 2011, soit une hausse de 2,6 % en valeur par rapport à 2010, et de 1,5 % en volume. Après avoir fortement augmenté au début des années 2000, la croissance de ce poste a tendance à ralentir depuis 2005. Le prix des soins dentaires progresse de 1,1 % en 2011, après avoir augmenté de 1,2 % en 2009 comme en 2010.

À l'exception de l'année 2009, les honoraires totaux (soins conservatoires et soins prothétiques) progressent depuis 2006 sur un rythme annuel de 2 % à 3 %. La part des dépassements (par rapport au tarif opposable) sur les soins dentaires continue à croître : elle a dépassé les 50 % en 2009 et atteint 52,5 % en 2011. À titre de comparaison, la part moyenne des dépassements dans les honoraires totaux des stomatologues est de 46 % contre 17 % pour la moyenne des médecins spécialistes. Les soins conservateurs ne sont pas facturés en dépassement ; les dépassements en soins dentaires sont concentrés sur les prothèses dentaires (SPR) et sur les actes d'orthodontie (TO).

Au 1^{er} janvier 2012, l'effectif des chirurgiens-dentistes libéraux dans le **SNIR** est de 36 000 en métropole, en léger recul pour la quatrième année consécutive. Dans le Répertoire partagé des professionnels de santé – **RPPS**, on compte 39 800 chirurgiens-dentistes en métropole, dont 36 800 en exercice libéral ou mixte. Le ralentissement de la croissance démographique, ainsi que le vieillissement marqué de la profession (dont l'âge moyen est passé de 42 ans en 1990 à 50 ans en 2012), sont consécutifs à la mise en place du

numerus clausus institué en 1971, qui a fortement réduit le nombre de places pour les étudiants entre 1985 et 1995. La profession devrait cependant « rajeunir » après 2015.

Plus de 90 % des chirurgiens-dentistes exercent en cabinet individuel ou en tant qu'associés : la profession demeure donc très majoritairement libérale. Cependant, avec les départs à la retraite non compensés, de nombreux cabinets libéraux pourraient disparaître.

Avec 39,7 % de femmes au 1^{er} janvier 2012, c'est la moins féminisée des professions de santé réglementées ; ce faible taux de féminisation peut s'expliquer pour partie par le fait que les femmes sont moins enclines à exercer en libéral. Toutefois, comme pour les médecins, on observe un nombre croissant de femmes dans les jeunes générations : ainsi, 61,5 % des praticiens de moins de 30 ans sont des femmes.

Dans un contexte de libre installation sur le territoire national, on observe des écarts de densité entre le Nord et le Sud du pays. Fin 2011, la densité moyenne de chirurgiens-dentistes est de 63,4 pour 100 000 habitants. Mais elle est supérieure à 73 pour 100 000 dans le sud de la France (PACA et Corse), en Île-de-France et en Alsace, tandis qu'elle n'atteint que 39 pour 100 000 en Haute-Normandie et en Picardie. On recense 800 chirurgiens-dentistes dans les DOM, soit 42 pour 100 000 habitants.

De même, on observe une plus forte densité de praticiens dans les grandes agglomérations : un chirurgien-dentiste sur deux est installé dans une agglomération de plus de 200 000 habitants ; *a contrario*, seuls 6,3 % des praticiens exercent dans les zones rurales.

Définitions

SNIR : Système national inter-régimes élaboré par la Caisse nationale d'assurance maladie.

RPPS : Répertoire administratif auquel sont tenus de s'inscrire tous les chirurgiens-dentistes, il remplace le répertoire ADELI depuis novembre 2011 ; le RPPS recense 1 480 praticiens chirurgiens-dentistes de moins que le répertoire Adeli à la date du basculement, soit un écart de 3,5 %. Son champ diffère de celui du SNIR car il comprend les praticiens ayant une activité mixte (libérale et salariée).

Pour en savoir plus

« Les professions de santé au 1^{er} janvier 2012 », D. Sicart, *Document de travail, série Statistiques*, n° 168, DREES, mars 2012.

« Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010 », V. Bellamy, *Études et Résultats*, n° 786, DREES, décembre 2011.

« Les chirurgiens-dentistes en France – Situation démographique et analyse des comportements en 2006 », M. Collet et D. Sicart, *Études et Résultats*, n° 594, DREES, septembre 2007.

« La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 », M. Collet et D. Sicart, *Études et Résultats*, n° 595, DREES, septembre 2007.

Les chirurgiens-dentistes 1.7

Consommation de soins dentaires

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Consommation totale (millions €)	6 693	7 286	7 665	8 202	8 585	8 740	9 016	9 315	9 558	9 737	9 993	10 252
Evolution (en %)	Valeur	4,3	8,9	5,2	7,0	4,7	1,8	3,2	3,3	2,6	1,9	2,6
	Prix	1,2	3,2	-4,6	0,9	0,3	1,0	1,8	1,3	1,8	1,2	1,2
	Volume	3,1	5,4	10,3	6,0	4,4	0,8	1,4	2,0	0,8	0,7	1,4
Honoraires moyens par an* (k€)	158,1	168,0	190,8	200,7	208,5	211,1	216,4	223,6	230,1	234,0	241,1	248,3

* Praticiens APE (ayant exercé à plein temps une activité libérale toute l'année).

Sources : DREES, Comptes de la santé ; CNAMTS - SNIR pour les honoraires moyens.

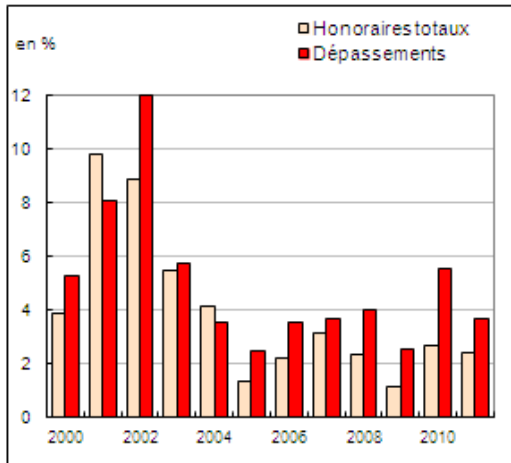
Part des dépassements dans les honoraires et soins dentaires*

SNIR	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Honoraires et soins totaux (M€/an)	7 215	6 283	6 840	7 215	7 515	7 612	7 780	8 023	8 211	8 307	8 526	8 730
Evolution en %	5,5	9,8	8,9	5,5	4,2	1,3	2,2	3,1	2,3	1,2	2,6	2,4
Dépassements / tarif opposable (M€/an)	3 454	2 917	3 266	3 454	3 575	3 663	3 792	3 930	4 087	4 191	4 423	4 585
Evolution en %	5,7	8,1	12,0	5,7	3,5	2,4	3,5	3,7	4,0	2,5	5,5	3,7
Part des dépassements (en %)	47,9	46,4	47,8	47,9	47,6	48,1	48,7	49,0	49,8	50,5	51,9	52,5

* Honoraires et soins remboursables des dentistes libéraux (France métropolitaine).

Sources : CNAMTS - SNIR, calculs DREES.

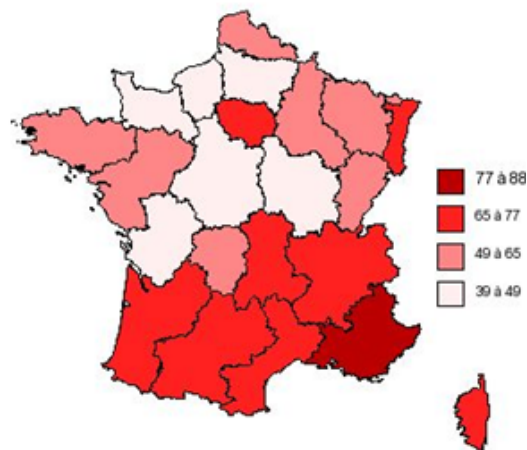
Taux d'évolution des honoraires dentaires



Sources : CNAMTS, SNIR, traitement DREES.

Densité de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants

au 1er janvier 2012



Sources : DREES, RPPS ; INSEE pour la population.

Effectifs de chirurgiens-dentistes par mode d'exercice

au 1er janvier

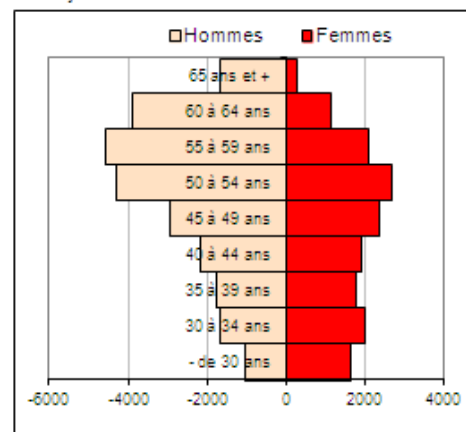
SNIR	2008	2009	2010	2011	2012
Chir. dentistes libéraux	36 642	36 355	36 237	36 102	35 955
Conventionnés	36 207	35 938	35 845	35 735	35 609
DP	331	300	276	256	236
Non conventionnés	104	117	116	111	110
ADELI - RPPS	2008	2009	2010	2011	2012
Total chirurg. dentistes	41 422	41 116	40 930	40 941	39 805
Dentistes libéraux	37 693	37 292	37 078	36 976	36 809
Dentistes salariés	3 729	3 824	3 852	3 965	3 766
dont salariés hospitaliers	445	456	465	478	349

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, ADELI-RPPS ; CNAMTS, SNIR.

Répartition des chirurgiens-dentistes

au 1er janvier 2012



Sources : DREES, RPPS.

1.8 Les infirmiers

La consommation de **soins infirmiers** en ville (infirmiers libéraux et centres de santé) s'élève à 5,8 milliards d'euros en 2011, soit une hausse de 5,8 % en valeur par rapport à 2010, après +7,0 % en 2010. Les prix des soins infirmiers n'ayant pas augmenté en 2011 et la structure de soins étant par ailleurs restée stable, la croissance en volume est elle aussi de 5,8 % en 2011 après +6,2 % en 2010 ; on constate ainsi une reprise de la hausse en volume alors que celle-ci avait ralenti en 2008.

La dernière hausse de prix des soins infirmiers date de 2009 : +3,8 %. Elle est consécutive à la signature de la convention nationale de la profession en 2007. Depuis avril 2009, le tarif des actes cotés **AMI** est de 3,15 euros et celui des actes cotés **AIS** de 2,65 euros. L'indemnité forfaitaire de déplacement est de 2,30 euros et la majoration du dimanche de 8 euros. Depuis le 1^{er} janvier 2008, une franchise de 0,50 euros par acte est appliquée ; elle est plafonnée à 2 euros par jour et à 50 euros par an (y compris franchises sur les actes des autres auxiliaires médicaux, les médicaments et les transports).

Parmi les prestations versées par le régime général, les AMI représentent 44 % du montant des prestations ; viennent ensuite les AIS (37 %), puis les frais de déplacement (19 %).

Au 1^{er} janvier 2012, le répertoire ADELI recense 552 900 infirmiers en France métropolitaine et 14 700 dans les DOM. Ce chiffre n'a cessé de croître, en particulier avec la mise en place des 35 heures à l'hôpital. Les effectifs infirmiers ont progressé de 3,2 % par an en moyenne entre 2000 et 2008, et de 3,6 % en 2012 après +3,7 % en 2011 et +4,1 % en 2010. La baisse apparente des effectifs globaux en 2008 résulte d'une opération qualité menée sur le répertoire ADELI, qui a conduit à revoir à la baisse le nombre d'infirmiers salariés en activité.

Les infirmiers salariés représentent 84,2 % de la profession et les infirmiers libéraux seulement 15,8 %, mais depuis quatre ans, la croissance du nombre d'infirmiers libéraux (+5,8 % en moyenne) est supérieure à celle des infirmiers salariés (+2,8 %). Le secteur hospitalier emploie la plus grande partie (82 %) des effectifs salariés.

La profession est très féminine puisque 87,3 % des effectifs sont des femmes en 2012. Cette part atteint même 92,6 % dans les établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées. Par contre, les femmes sont moins représentées dans l'exercice libéral de la profession : 83,8 %.

On observe une répartition très inégale des infirmiers libéraux sur le territoire : les écarts de densité régionale varient de 1 à 5 en 2012. La Corse compte plus de 360 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants alors que l'Île-de-France n'en recense que 69. Les régions du Nord sont moins bien dotées en infirmiers libéraux que les régions du Sud de la France. Dans les quatre régions où la densité d'infirmiers libéraux est supérieure à 200 pour 100 000 habitants (Corse, PACA, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées), la part de la population âgée de 60 ans ou plus (de l'ordre de 26 % selon le recensement 2010) est plus élevée que la moyenne (23 %).

On observe, en outre, que les infirmiers de 50 ans ou plus sont proportionnellement plus nombreux dans la région où la densité d'infirmiers est plus élevée. Des départs à la retraite plus nombreux conjugués avec des mesures incitatives à l'installation dans les régions actuellement sous dotées devraient favoriser une plus grande uniformisation de la répartition territoriale des infirmiers dans les prochaines années. La dernière convention nationale signée par la profession prévoit ainsi le versement d'une aide financière à l'installation en zone sous dotée ainsi que la prise en charge d'une partie des cotisations sociales.

Définitions

AMI : Actes médicaux infirmiers classiques tels que pansements ou piqûres.

AIS : Actes infirmiers de soins tels que toilette, hygiène, garde à domicile ou prévention.

Pour en savoir plus

« Les professions de santé : estimation au 1^{er} janvier 2012 », D. Sicart, *Document de travail, série Statistiques*, n° 168, DREES, mars 2012.

« La démographie des infirmiers à l'horizon 2030 », M. Barlet et M. Cavillon, *Études et résultats*, n° 760, DREES, mai 2011.

« La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles », M. Barlet et M. Cavillon, *Études et résultats*, n° 759, DREES, mai 2011.

Les infirmiers 1.8

Consommation de soins infirmiers

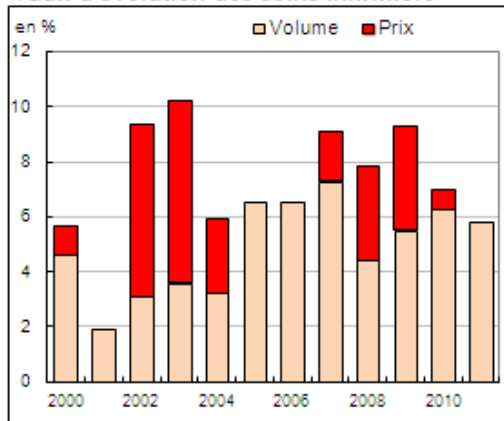
en millions d'euros

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Soins infirmiers* (en millions €)	2 692	2 744	3 006	3 319	3 516	3 747	3 990	4 356	4 704	5 150	5 509	5 829
Evolution (en %) Valeur	5,7	1,9	9,5	10,4	6,0	6,6	6,5	9,2	8,0	9,5	7,0	5,8
Prix	1,1	0,0	6,3	6,6	2,7	0,0	0,0	1,8	3,5	3,8	0,7	0,0
Volume	4,6	1,9	3,0	3,6	3,2	6,6	6,5	7,3	4,4	5,5	6,2	5,8
Pour mémoire												
SSAD	602	640	705	763	837	911	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334	1 398
Evolution SSAD (en %)	6,9	6,2	10,1	8,3	9,6	8,8	11,7	8,7	9,5	8,3	1,8	4,8

* SSAD (Services de soins à domicile) inclus dans les soins infirmiers en base 2000, exclus en base 2005.

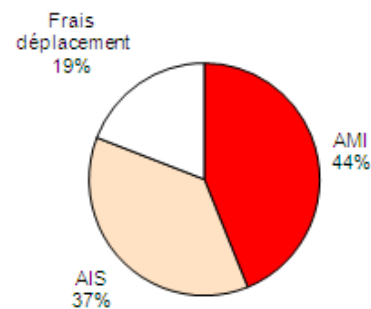
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Taux d'évolution des soins infirmiers



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Structure des prestations de soins infirmiers (2011)



Sources : CNAMTS, Régime général.

Effectifs des infirmiers (France entière)

au 1er janvier

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	% 2012
Ensemble des infirmiers	389 548	461 503	478 483	493 503	487 663 *	507 514	528 389	547 861	567 564	
Métropole	382 926	452 466	469 011	483 380	476 897 *	495 834	515 754	534 378	552 908	100%
Saliés hospitaliers	278 496	332 413	343 528	352 372	340 959 *	351 728	362 831	371 382	380 315	68,8%
Autres salariés	47 407	57 353	60 261	63 137	66 319	70 596	75 733	80 753	85 357	15,4%
Libéraux	57 023	62 700	65 222	67 871	69 619	73 510	77 190	82 243	87 236	15,8%
DOM	6 622	9 037	9 472	10 123	10 766	11 680	12 635	13 483	14 656	

* rupture de série : opération qualité sur le répertoire ADELI qui a conduit à diminuer les effectifs des infirmiers salariés en 2008.

Sources : DREES, ADELI.

Les infirmiers par mode d'exercice au 1/1/2012

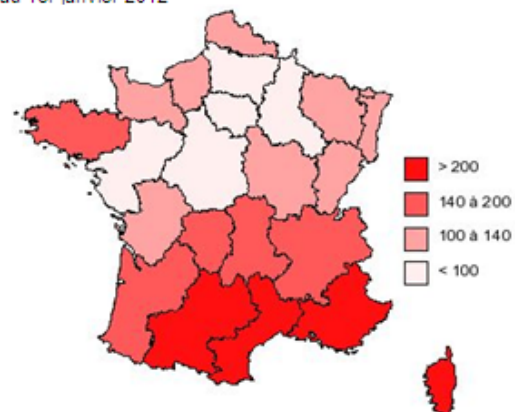
	Effectifs	Répartition	Part des femmes
Ensemble	552 908	100 %	87,3 %
Infirmiers libéraux	87 236	15,8 %	83,8 %
Saliés hospitaliers du public (y compris PSPH)	320 263	57,9 %	86,7 %
Saliés hospitaliers du privé	60 052	10,9 %	90,1 %
Saliés EHPA-EHPAD	24 355	4,4 %	92,6 %
Saliés établis. handicapés	6 014	1,1 %	91,3 %
Autres salariés	54 988	9,9 %	90,6 %

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, ADELI.

Densité des infirmiers libéraux pour 100 000 hab.

au 1er janvier 2012



Sources : DREES, ADELI ; INSEE pour la population.

1.9 Les autres auxiliaires médicaux

La consommation totale de soins d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes) s'est élevée à 11,5 milliards d'euros en 2011, soit une augmentation de 4,8 % en valeur comme en volume par rapport à 2010, aucune hausse de prix des soins d'auxiliaires n'étant intervenue en 2011.

La consommation de soins des **masseurs-kinésithérapeutes** s'élève à 4,7 milliards d'euros en 2011. Elle progresse de 3,4 % par rapport à 2010, en valeur comme en volume. En effet, les tarifs des masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas été revalorisés en 2011, comme c'est le cas depuis 2004. Toutefois, si l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention en 2007 n'a pas eu d'incidence sur les honoraires, elle a permis de coter davantage de coefficients pour un type d'intervention donné. Le rythme de progression des soins de kinésithérapie a sensiblement ralenti à partir de 2008 : alors qu'il variait entre 6 et 8 % par an en moyenne entre 2000 et 2007, il est inférieur à 4 % depuis 2009. Ce ralentissement est dû en partie aux mesures de maîtrise médicalisée (accord préalable pour certaines séries d'actes) ainsi qu'à l'introduction d'une franchise en 2008.

Au 1^{er} janvier 2012, le répertoire **ADELI** recense 72 900 masseurs-kinésithérapeutes en France métropolitaine et 2 300 dans les DOM. Depuis 2002, l'effectif des masseurs-kinésithérapeutes augmente de 2,8 % par an en moyenne (à nouveau +2,9 % en 2012). La grande majorité des kinésithérapeutes exercent en secteur libéral : c'est le cas pour 78,7 % d'entre eux au 1^{er} janvier 2012. L'exercice en cabinet de groupe se développe, en particulier parmi les plus jeunes. Les hommes sont plus nombreux (56,5 %) que les femmes (43,5 %) dans l'exercice libéral de la

profession. Ils sont également majoritaires (51,4 %) dans les effectifs, mais la part des femmes augmente régulièrement puisqu'elle est passée de 42 % en 2000 à 48,6 % en 2012.

La densité moyenne en métropole en 2012 est de 116 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants. Les densités les plus fortes s'observent dans les régions du Sud de la France : Languedoc-Roussillon, PACA, Corse et Midi-Pyrénées. Mais contrairement aux infirmiers, cette densité est également importante en Île-de-France et en Nord-Pas-de-Calais.

En 2011, les soins d'**orthophonistes** et d'**orthoptistes** représentent respectivement 0,8 milliard d'euros et 0,1 milliard d'euros ; ils progressent de 5,3 % en valeur comme en volume par rapport à 2010. Fin décembre 2007, les actes des orthophonistes avaient été revalorisés : le tarif de l'**AMO** était passé de 2,37 € à 2,40 €. Les actes des orthoptistes ont quant à eux été revalorisés en 2008, le tarif de l'**AMY** passant de 2,38 € à 2,50 €. Aucune hausse de tarif n'est intervenue depuis.

Au 1^{er} janvier 2012, on compte 21 200 orthophonistes et 3 600 orthoptistes dans le répertoire ADELI (soit 32 orthophonistes et 5 orthoptistes pour 100 000 habitants). La croissance des effectifs d'orthophonistes est de 3,4 % en 2012 ; les effectifs d'orthoptistes augmentent quant à eux de 5 % par rapport à 2011.

En 2012, 80,7 % des orthophonistes exercent à titre libéral ; cette proportion est de 70 % pour les orthoptistes. Ce sont des professions très féminines : à 96,3 % pour les orthophonistes et à 90,5 % pour les orthoptistes.

Définitions

ADELI : Répertoire administratif auquel sont tenus de s'inscrire tous les professionnels de santé.

AMO : Actes d'orthophonie.

AMY : Actes d'orthoptie.

Pour en savoir plus

« Les professions de santé : estimation au 1^{er} janvier 2012 », D. Sicart, *Document de travail, série Statistiques*, n° 168, DREES, mars 2012.

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2010, prévisions 2011 », juin 2011, fiche 10.2, « Les masseurs-kinésithérapeutes ».

Les autres auxiliaires médicaux 1.9

Consommation de soins d'auxiliaires médicaux

en millions d'euros

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ensemble		5 787	6 068	6 626	7 184	7 615	8 071	8 553	9 273	9 856	10 439	11 007	11 532
Infirmiers		2 692	2 744	3 006	3 319	3 516	3 747	3 990	4 356	4 704	5 150	5 509	5 829
Kinésithérapeutes		2 584	2 799	3 025	3 218	3 415	3 607	3 809	4 128	4 308	4 409	4 570	4 726
Orthophonistes		427	457	467	531	579	609	638	670	701	752	780	823
Orthoptistes		52	55	57	64	68	75	79	83	87	92	100	105
Evolution	Valeur	6,2	4,9	9,2	8,4	6,4	6,0	6,0	8,4	6,3	5,9	5,4	4,8
de l'ensemble	Prix	0,2	-0,8	4,8	3,5	1,4	0,0	0,0	0,8	1,7	1,8	0,3	0,0
(en %)	Volume	6,0	5,7	4,5	5,1	4,6	6,0	6,0	7,5	4,5	4,0	5,1	4,8

Sources : DREES, Comptes de la santé - Base 2005.

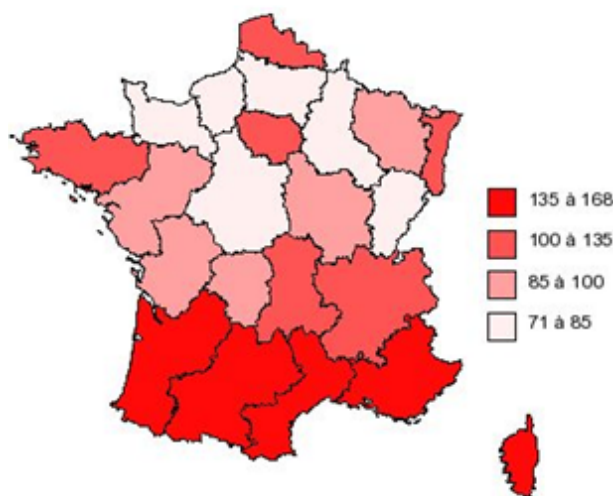
Effectifs des autres auxiliaires médicaux

au 1er janvier

		2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Part des femmes en 2012 (%)
Métropole											
	Kinésithérapeutes	52 056	60 364	61 999	62 602	64 327	66 919	68 923	70 780	72 870	48,6
	Orthophonistes	13 483	15 909	16 551	17 135	17 799	18 506	19 247	19 963	20 611	96,3
	Orthoptistes	2 137	2 588	2 679	2 808	2 900	3 081	3 232	3 396	3 566	90,5
dont libéraux											
	Kinésithérapeutes	40 329	47 554	48 919	49 666	50 984	52 804	54 274	55 763	57 370	43,5
	Orthophonistes	10 675	12 582	13 116	13 550	14 129	14 744	15 384	16 058	16 632	96,4
	Orthoptistes	1 686	1 968	1 994	2 055	2 111	2 205	2 304	2 396	2 487	90,2
DOM											
	Kinésithérapeutes	903	1 341	1 432	1 496	1 604	1 832	1 922	2 070	2 294	46,3
	Orthophonistes	264	379	395	410	451	473	516	560	609	95,2
	Orthoptistes	35	48	51	58	65	70	80	84	89	75,3

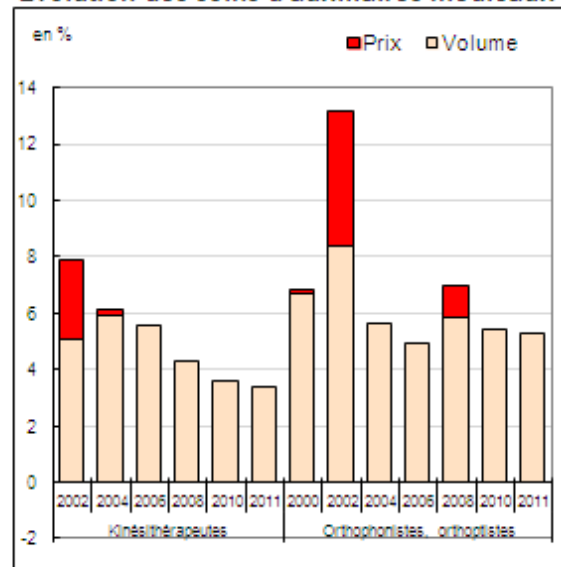
Sources : DREES, ADELI-RPPS.

Densité des masseurs-kinésithérapeutes au 1er janvier 2012 pour 100 000 habitants



Sources : DREES, RPPS, INSEE pour la population

Evolution des soins d'auxiliaires médicaux



Sources : DREES pour les volumes, INSEE pour les prix.

1.10 Les laboratoires d'analyses, les cures thermales

En 2011, la consommation d'**analyses et de prélèvements en laboratoire** est évaluée à 4,4 milliards d'euros, en augmentation de 2,6 % en valeur et en volume par rapport à 2010, ce qui constitue une légère reprise par rapport à 2009.

Les prix n'ont pas augmenté en 2011, comme c'est le cas depuis 2004. Après plusieurs années de forte hausse (plus de 9 % par an en moyenne entre 2001 et 2003), le rythme de croissance observé depuis quatre ans sur la consommation d'analyses et de prélèvements a nettement ralenti : depuis 2005, il varie entre 2 et 3 % par an en valeur.

Depuis six ans plusieurs mesures de maîtrise des dépenses sont intervenues :

- tout d'abord en 2005 avec la mise en place, d'une participation forfaitaire d'un euro qui reste à la charge des patients pour chaque analyse de biologie médicale ;
- puis en 2007, avec la baisse de la cotation de 51 actes d'analyses et l'augmentation à 4 euros du plafond journalier de la participation forfaitaire ;
- en 2009 et 2010, avec de nouvelles baisses de cotation d'actes de biologie ;
- enfin en 2011, avec une baisse de 3 % du prix de 146 actes, soit une économie de 100 millions d'euros en année pleine ; celle-ci est toutefois partiellement compensée par une hausse du forfait de prise en charge du patient. Outre leur effet direct sur la structure de financement des dépenses, ces mesures ont contribué à une modération de la consommation depuis 2006.

Le nombre des laboratoires est en diminution depuis la fin des années 1990 : il est passé de 4 132 en 1998 à 3 853 en 2011 (métropole). On compte 117 laboratoires dans les DOM.

En 2011, les **cures thermales** engendrent une consommation de soins de 331 millions

d'euros (hors hébergement) : cette consommation progresse ainsi de 1,4 % en valeur par rapport à 2010 (après +3,4 % en 2010). Depuis 2003, on notait un tassement des effectifs de curistes dû, pour l'essentiel, à une diminution des prescriptions. Le nombre de curistes avait ainsi reculé de 10 % en 10 ans, passant de 548 000 en 1998 à 486 000 en 2009. En 2010, il a dépassé la barre des 500 000 et continue de progresser en 2011 pour atteindre 516 000, soit 1 % de plus qu'en 2010.

La progression en valeur observée entre 2006 et 2007 s'expliquait uniquement par l'augmentation des prix. En effet, un avenant à la convention nationale thermale avait fixé une revalorisation tarifaire de 2 % à partir du 1^{er} février 2007. En septembre 2008, la convention nationale a été reconduite pour une durée de 5 ans. En 2010-2011, la croissance résulte principalement de la hausse du prix des cures.

En 2011, la rhumatologie représente les trois quarts de la fréquentation, et les soins des voies respiratoires 9 %. Selon chacune des douze orientations thérapeutiques, les prix, la durée et le nombre de séances remboursables pour les différents soins sont aujourd'hui identiques dans toutes les stations thermales. Les cures remboursées par l'assurance-maladie représentent 90 % du chiffre d'affaires cumulé des établissements. La durée moyenne de cure est de 18 jours.

Les 101 stations thermales sont très inégalement réparties sur le territoire. En effet, les deux tiers des villes thermales sont concentrées dans cinq régions : Aquitaine, Auvergne, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes. Il s'agit souvent de communes de petite taille pour qui l'activité thermale est essentielle : 71 % des communes thermales ont moins de 5 000 habitants.

Définitions

Soins de cure thermale : en conformité avec le cadre central de la Comptabilité nationale, le montant correspondant à l'hébergement des curistes n'est pas pris en compte dans les Comptes de la santé ; sont retracés uniquement les soins de médecins et d'auxiliaires médicaux et les forfaits cures.

Pour en savoir plus

Conseil national des exploitants thermaux (CNETh) : www.cneth.org.

Les laboratoires d'analyses, les cures thermales 1.10

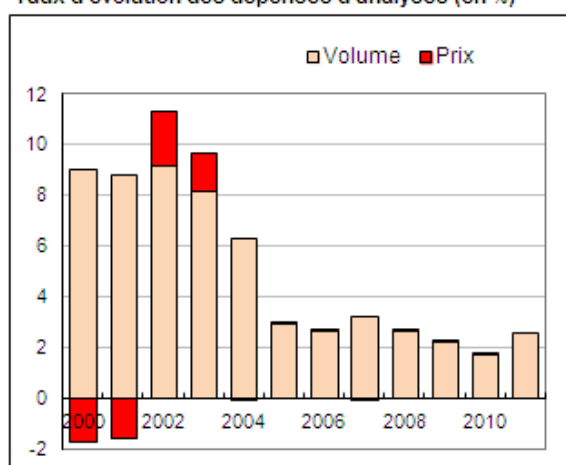
Consommation d'analyses de laboratoires et de cures thermales

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Analyses de laboratoires *	(en M€)	2 626	2 812	3 136	3 443	3 661	3 769	3 869	3 993	4 099	4 189	4 260	4 369
Évolution (en %)	Valeur	7,1	7,1	11,5	9,8	6,3	2,9	2,7	3,2	2,7	2,2	1,7	2,6
	Prix	-1,7	-1,6	2,1	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Volume	9,0	8,8	9,2	8,2	6,3	2,9	2,7	3,2	2,7	2,2	1,7	2,6
Nombre de laboratoires	(métropole)	4 084	4 012	3 981	3 949	3 913	3 876	3 870	3 840	3 836	3 836	3 833	3 853
Évolution (en %)		0,0	-1,8	-0,8	-0,8	-0,9	-0,9	-0,2	-0,8	-0,1	0,0	-0,1	0,5
Cures thermales	(en M€)	293	300	305	309	308	307	309	319	317	316	327	331
Évolution (en %)	Valeur	-3,4	2,4	1,8	1,3	-0,4	-0,2	0,5	3,1	-0,6	-0,1	3,4	1,4
	Prix	3,0	1,6	3,0	2,5	1,5	2,0	2,7	6,4	3,2	2,7	2,1	1,7
	Volume	-6,2	0,7	-1,2	-1,2	-1,9	-2,2	-2,1	-3,1	-3,7	-2,7	1,3	-0,3
Nombre de curistes	(en milliers)	542	545	547	529	509	504	493	495	492	486	510	516
Évolution (en %)		-4,6	0,6	0,4	-3,3	-3,8	-1,0	-2,2	0,4	-0,6	-1,2	5,0	1,1

* y compris actes en P en base 2000, hors actes en P en base 2005.

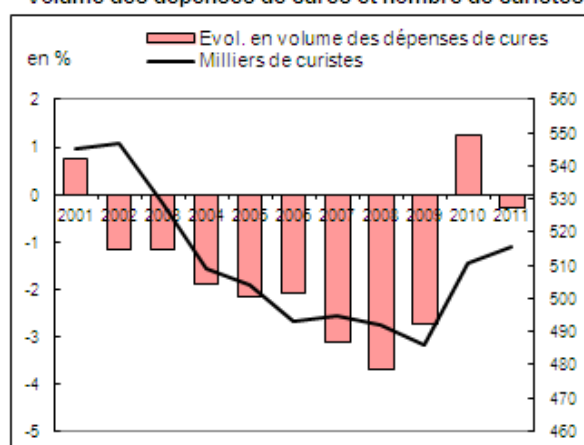
Sources : DREES ; INSEE pour les indices de prix ; CNETh pour le nombre de curistes.

Taux d'évolution des dépenses d'analyses (en %)



Sources : DREES, Comptes de la santé.

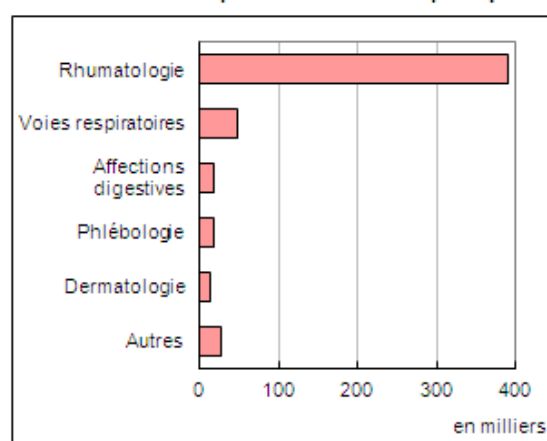
Volume des dépenses de cures et nombre de curistes



Lecture : échelle de gauche = évolution du volume des dépenses de cures ;
échelle de droite = nombre de curistes.

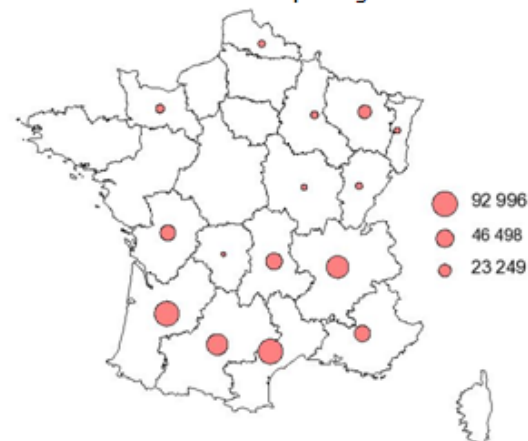
Sources : DREES ; CNETh pour le nombre de curistes.

Nombre de curistes par orientation thérapeutique en 2011



Sources : Conseil national des exploitants thermaux (CNETh).

Nombre de curistes par région en 2011



Sources : CNETh.

1.11 La consommation de médicaments

En 2011, la consommation de médicaments en ville atteint 34,7 milliards d'euros. Elle progresse très faiblement en valeur : +0,5 %, après +1,3 % en 2010. Ce sont les plus faibles progressions jamais enregistrées. Ce ralentissement est dû à la fois aux médicaments remboursables et aux médicaments non remboursables (dont les ventes stagnent pour la 1^{ère} fois depuis 2005). La consommation par habitant est également stable par rapport à 2010 : elle est de 532 euros/habitant comme en 2010.

Bien que les Français consomment souvent plus de médicaments et sont mieux desservis que la plupart de leurs voisins européens, ils sont désormais devancés par les Allemands et les Irlandais en termes de dépense (cf. fiche 3.4). Avec 1,13 pharmacien pour 1 000 habitants, la France vient en 3^{ème} position parmi les pays de l'OCDE, derrière la Finlande (1,46 pharmacien pour 1 000 hab.) et l'Islande (1,15 pharmacien pour 1 000 hab.). L'importance de cette consommation par tête provient de la structure de la consommation pharmaceutique française, caractérisée par un poids élevé de produits à la fois plus récents et plus coûteux, et par un développement du marché des génériques plus limité bien qu'il ait connu une forte croissance depuis quelques années (cf. éclairage sur les médicaments remboursables).

Pour contenir cette consommation des mesures ont été prises :

- déremboursement de médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant : 500 présentations sont remboursées à 15 % au lieu de 35 % depuis le 1^{er} janvier 2010 ; le taux passe de 35 % à 30 % à partir du 1^{er} mai 2011 ;
- instauration d'une franchise de 0,50 € par boîte de médicaments le 1^{er} janvier 2008 ;
- action sur le **répertoire des génériques** : baisses de prix du répertoire et baisse des **tarifs forfaitaires de responsabilité** (TFR) ;
- baisses de prix ciblées, maîtrise médicalisée ;
- augmentation du nombre de spécialités génériques : la générication en 2009 de médicaments très consommés (comme le Plavix®) a contribué à la modération de la dépense en 2010-2011 ; elle devrait se

poursuivre en 2012, la catégorie des princeps génériques progressant fortement entre 2010 et 2011.

Ces différentes mesures ont eu pour effet d'infléchir la croissance des volumes et des prix.

Entre 1995 et 2000, le volume de la consommation de médicaments avait augmenté de 5 % par an en moyenne. Après une accélération en 2000-2001 (+9 %), le rythme annuel de croissance en volume est revenu à 6 % de 2002 à 2007, pour descendre en-dessous de 5 % en 2008-2009. Il ralentit à nouveau en 2010 (+3,6 %) et plus encore en 2011 (+2,6 %). Cette diminution des volumes est probablement liée à des modifications de comportements (effet de campagnes ciblées sur les anti-biotiques, effets des déremboursements de médicaments, méfiance des consommateurs vis-à-vis de certains produits – effet Médiator®–....).

Parallèlement, selon l'Insee, le prix des médicaments remboursables n'a cessé de diminuer : -2,0 % en 2011 après -2,2% en 2010 et -2,6 % en 2009.

Au sein de l'indice des prix à la consommation (IPC) publié par l'Insee figurent le prix des spécialités remboursables et celui des spécialités non remboursables. Les médicaments remboursables sont à l'origine de l'évolution négative des prix observée depuis 12 ans. Ce recul est dû aux baisses de prix ciblées, à la progression des génériques (dont le prix est inférieur à celui des princeps), à la mise en place du TFR qui a favorisé une baisse des prix des princeps, mais aussi au mode de calcul de l'indice. En effet, l'IPC est un indice à qualité constante. Un nouveau médicament ne peut être pris en compte en cours d'année que s'il s'insère dans une classe d'équivalents thérapeutiques existante. Les médicaments innovants (souvent plus chers) non rattachés à une classe existante n'intègrent l'échantillon suivi que l'année suivante. Le fait qu'ils soient plus coûteux n'est donc pas retracé dans l'évolution de l'IPC des médicaments remboursables.

Définitions

Répertoire : liste révisée régulièrement des médicaments princeps et génériques.

Générique : médicament ayant le même principe actif que le médicament princeps qu'il copie ; sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (20 ans).

Tarif forfaitaire de responsabilité : remboursement d'un médicament princeps sur la base du prix du générique.

Pour en savoir plus

« Le prix des médicaments de 2000 à 2010 », T. Aunay, INSEE, *Insee Première*, n° 1408, juillet 2012.

« Médicaments remboursables délivrés en officine : principales évolutions en 2009 », V. Reduron, CNAMTS, *Points de repère*, n° 34, décembre 2010.

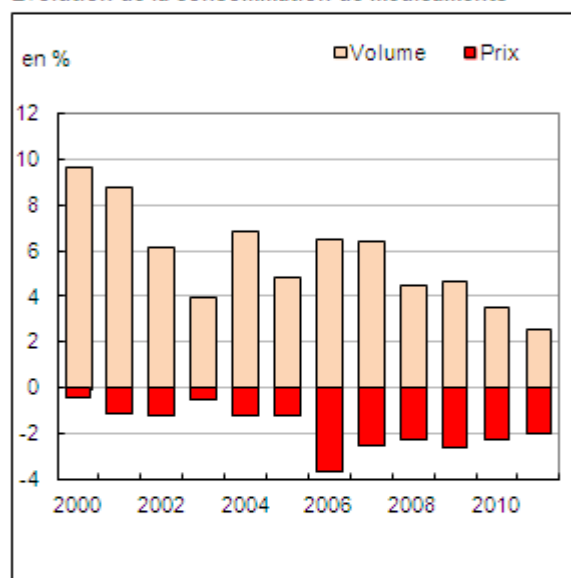
La consommation de médicaments 1.11

Consommation de médicaments

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Consommation (millions €)	23 989	25 822	27 105	28 068	29 632	30 688	31 491	32 696	33 393	34 076	34 518	34 704	
Médicaments remboursables	21 713	23 502	24 787	25 630	27 060	28 270	28 713	29 729	29 961	30 535	30 766	30 876	
Médicaments non remboursables	2 276	2 321	2 318	2 438	2 572	2 418	2 778	2 967	3 432	3 542	3 752	3 828	
Évolution (en %)	Valeur	9,3	7,6	5,0	3,6	5,6	3,6	2,6	3,8	2,1	2,0	1,3	0,5
	Prix	-0,4	-1,1	-1,2	-0,4	-1,2	-1,2	-3,7	-2,5	-2,3	-2,6	-2,2	-2,0
	Volume	9,7	8,8	6,2	4,0	6,8	4,8	6,5	6,5	4,5	4,7	3,6	2,6

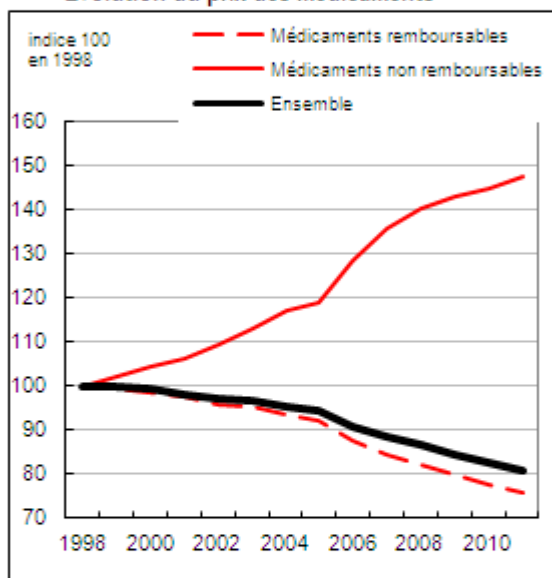
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Évolution de la consommation de médicaments



Sources : DREES, Comptes de la santé.

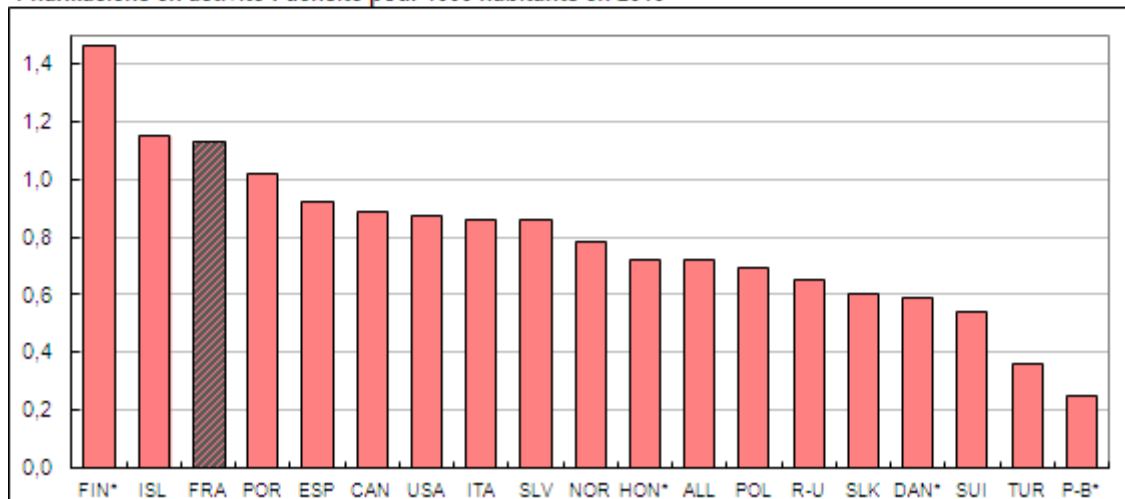
Évolution du prix des médicaments



Sources : Insee, IPC.

NB : l'IPC est calculé chaque année à qualité constante. L'innovation, souvent plus coûteuse, n'est pas retracée dans son évolution.

Pharmaciens en activité : densité pour 1000 habitants en 2010



* Données 2009.

Sources : Eco Santé OCDE 2012.

1.12 Le marché des médicaments

Le nombre de classes thérapeutiques qui comportent des médicaments **génériques** n'a cessé d'augmenter : il est passé de 64 en 2002 à 109 en 2011, sur un total de 355 classes thérapeutiques. Toutefois, en 2011, les ventes de génériques sont restées pratiquement stables par rapport à celles de l'année 2010. Cette stabilité résulte de deux phénomènes de sens contraire : d'une part, une baisse de 3 % du volume des ventes de génériques, d'autre part une déformation de la structure de consommation des génériques au profit de médicaments plus coûteux, liée à l'apparition en 2011 de génériques d'antiviraux et d'anticancéreux.

Lorsqu'ils peuvent se **substituer à des princeps**, les génériques voient leur part de marché s'accroître. Mais si la part des génériques dans l'ensemble du marché des médicaments remboursables a nettement progressé, passant de 4,1 % en valeur en 2002 à 13,3 % en 2010, elle reste à ce niveau en 2011. En termes de volumes, les génériques, moins chers que les princeps, représentent 24 % du marché des médicaments remboursables en ville. En 2011, le taux de substitution ne progresse plus : il est de 79 % comme en 2010. Selon la Cnam, « les débats récents sur l'efficacité et la sécurité des médicaments génériques ont sans doute contribué à cet essoufflement en suscitant, chez une fraction des prescripteurs et des patients une certaine méfiance » (rapport charges et produits, juillet 2012).

L'élargissement important du répertoire des génériques intervenu en 2009 (qui a fait passer la part des princeps généricables non soumis au TFR de 8,4 % en 2008 à 23,2 % en 2009) a contribué à la baisse des prix ; il a été renforcé par la mise en place du **tarif forfaitaire de responsabilité** qui a favorisé la baisse des prix des princeps. Cet élargissement se poursuit en 2011 avec l'expiration du brevet de 2 des spécialités les plus vendues en officine ;

la part des princeps généricables passe ainsi de 18,2 % en 2010 à 23,2 % en 2011. Toutefois, leurs génériques n'ayant pas été commercialisés en 2011, la réduction de la dépense de médicaments n'interviendra qu'en 2012.

Néanmoins, si la part des génériques dans le total des ventes a nettement progressé en France depuis 2006, leur prescription est encore en retrait par rapport à celle d'autres pays européens. Ainsi, en 2011, 39 % des statines (médicaments anti-cholestérol) prescrites en France étaient des molécules génériques, contre 96 % en Allemagne, 73 % au Royaume-Uni et 72 % en Norvège ; situation analogue pour les inhibiteurs de la pompe à protons – IPP (anti-ulcéreux) avec 89 % de prescription de génériques en France, alors que tous les autres pays dépassent les 97%.

Le nombre total de présentations augmente de 4,7 % en 2011. Mais le nombre de présentations de médicaments non remboursables recule de 2 % par rapport à 2010, tandis que celui des médicaments remboursables augmente de 6,7 %. Parmi les spécialités remboursables, ce sont toujours celles qui sont remboursées à 65 % ou 100 % qui contribuent le plus à la croissance de la consommation.

Au sein de la consommation de médicaments, on distingue les ventes en ville par les officines pharmaceutiques et les ventes par les pharmacies hospitalières (ou « rétrocession hospitalière ») à des patients non hospitalisés. La valeur des sommes remboursées par le régime général au titre de ces rétrocessions avait plus que doublé de 2000 à 2004. Depuis 2004, la valeur des produits rétrocédés s'est stabilisée à 1,2 milliard d'euros (régime général seul). En 2011, la rétrocession progresse de 9,5 % pour atteindre 1,3 milliard d'euros. La part de la rétrocession dans la dépense totale de médicaments remboursés par le régime général est passée de 7,5 % en 2004 à 6,3 % en 2010 puis 6,8 % en 2011.

Définitions

Générique : médicament ayant le même principe actif, le même dosage, la même forme pharmaceutique et la même bio-disponibilité (vitesse et intensité d'absorption dans l'organisme) que le médicament princeps qu'il copie ; sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (20 ans).

Droit de substitution : depuis juin 1999, un pharmacien peut délivrer un générique à la place d'un princeps, sa marge restant identique à celle qu'il aurait réalisée avec le médicament de référence. Depuis 2006, le prix d'un générique doit être inférieur à 40 % de celui du princeps, ce qui se justifie par l'absence de frais de recherche et développement.

Tarif forfaitaire de responsabilité : remboursement d'un princeps sur la base du prix du générique.

Pour en savoir plus

« L'évolution du marché du médicament remboursable en ville entre 2010 et 2011 », p.119.

« Incidence prévisible des tombées de brevets médicamenteux sur les remboursements de l'assurance maladie », fiche 10.2 du Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, DSS, juillet 2012.

« Rapport de l'assurance maladie sur les charges et les produits pour l'année 2013 », CNAMTS, juillet 2012.

Le marché des médicaments 1.12

Part de marché des médicaments génériques

	2008	2009	2010	2011
Ensemble des médicaments remboursables	100,0	100,0	100,0	100,0
Génériques	11,0	12,0	13,3	13,3
Princeps généricables	8,4	23,2	18,2	23,2
Autres médicaments	80,6	64,8	68,5	63,5

Champ : médicaments remboursables.

Sources : GERS, Afssaps, traitement DREES.

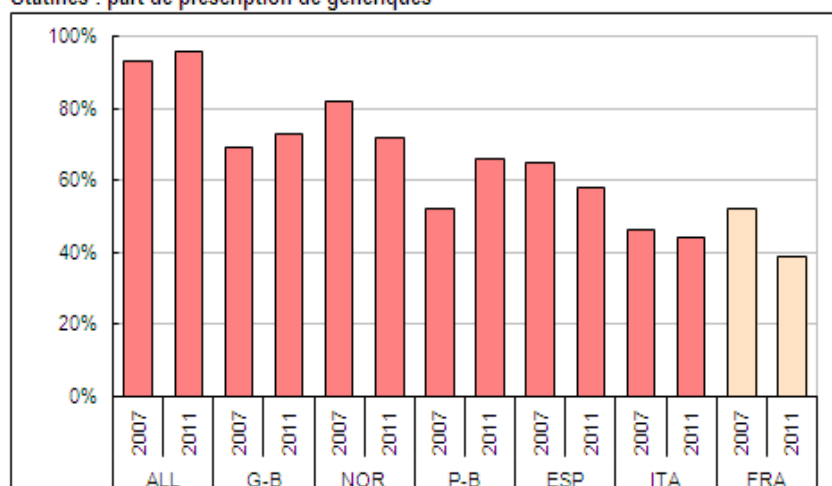
Groupes génériques et tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)

	En part du marché global		
	2009	2010	2011
Groupes génériques non soumis au TFR	32,2	28,5	32,0
Génériques	10,0	11,3	10,9
Princeps généricables	22,2	17,2	21,1
Groupes génériques soumis au TFR, avec alignement du prix du princeps	0,5	2,5	3,8
Génériques	0,3	1,6	1,8
Princeps généricables	0,2	0,9	2,0
Groupes génériques soumis au TFR, sans alignement du prix du princeps	2,5	0,5	0,4
Génériques	1,6	0,4	0,3
Princeps généricables	0,9	0,1	0,1
Groupes génériques pour lesquels le princeps (réfèrent) n'est plus sur le marché	0,0	0,0	0,3

Champ : médicaments remboursables.

Sources : GERS, Afssaps, traitement DREES.

Statines : part de prescription de génériques *



* en unités standards.

Sources : CNAMTS d'après IMS Health MIDAS 2011.

Le marché global des médicaments

	Nombre de présentations						Part de marché (en %)					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ensemble des médicaments	9 444	9 713	9 975	10 732	11 473	12 015	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Médicaments non remboursables	2 839	2 734	2 757	2 673	2 541	2 489	8,0	7,9	8,8	9,0	9,0	9,4
Médicaments remboursables	6 608	6 979	7 218	8 059	8 933	9 525	92,0	92,1	91,2	91,0	91,0	90,6
au taux de 15 %	92	139	0	0	509	481	1,2	1,1	0,0	0,0	3,7	3,1
au taux de 35 % (30% en 2011)	1 217	1 159	1 205	1 308	865	850	12,4	11,9	11,4	11,3	6,6	6,1
au taux de 65 %	5 019	5 390	5 687	6 416	7 197	7 762	70,6	70,0	69,7	68,9	68,4	68,5
au taux de 100 %	280	291	326	335	362	432	7,8	9,1	10,1	10,9	12,2	12,8

Sources : GERS, traitement DREES.

1.13 Les autres biens médicaux

L'ensemble du poste **autres biens médicaux** est très hétérogène : sa nomenclature, la **LPP**, contient près de 4 000 références. La distribution des produits de la LPP est assurée à 40 % par les pharmaciens. Les autres intervenants sont des opticiens, des audioprothésistes, des orthésistes, des orthoprothésistes, des podoprothésistes et des prestataires du maintien à domicile.

La consommation totale des autres biens médicaux en ville est de 12,2 milliards d'euros en 2011 (soit 5 % de plus qu'en 2010), dont plus de 5,3 milliards d'euros pour l'optique, 2,3 milliards d'euros pour les prothèses, orthèses et véhicules pour handicapés physiques (VHP), et 4,6 milliards d'euros de petits matériels et pansements.

Le taux de croissance de la consommation d'**optique médicale** est un peu supérieur à 3 % par an depuis trois ans : il s'établit 3,9 % en 2011. L'optique médicale est faiblement remboursée par l'assurance maladie : les montants qu'elle prend en charge sont 12,5 fois inférieurs à la consommation. Depuis le 1^{er} janvier 2007, les opticiens peuvent renouveler les verres correcteurs et les montures sur la base d'une prescription de moins de 3 ans, avec prise en charge par l'assurance maladie. À partir du 1^{er} mai 2011, le taux de remboursement de l'optique médicale est passé de 65 à 60 % du tarif opposable.

Le poste « **prothèses, orthèses, VHP** » regroupe des dispositifs divers allant du fauteuil roulant aux appareils correcteurs de surdité. Ces dépenses ont connu une décélération au début des années 90. Depuis 2000, la croissance se maintient à un rythme élevé, de 6 % en moyenne chaque année, à l'exception de l'année 2009. Elle est de 5,9 % en valeur en 2011, après +6,4 % en 2010 et +3,2 % en 2009. Pour les prothèses auditives, elle dépasse les 6 % par an depuis 2005. Comme pour l'optique, le taux de remboursement des produits de ce poste auparavant remboursés à 65 % est passé à 60 % en mai 2011.

Définitions

Autres biens médicaux : depuis la mise en place de la T2A dans les hôpitaux, la consommation des « autres biens médicaux » regroupe exclusivement la consommation prescrite en ambulatoire. Les dépenses de prothèses liées aux soins reçus dans une clinique privée (stimulateurs cardiaques, prothèses de hanche...) sont désormais imputées en soins hospitaliers privés.

LPP : Liste des produits et prestations ; depuis 2006, le codage permet de mieux connaître la structure de ces dépenses et d'en analyser les facteurs d'évolution.

Pour en savoir plus

« Les dispositifs médicaux : situation et évolution en 2007 », CNAM, *Points de repère*, n  15, mai 2008.

La catégorie « **petits matériels et pansements** » est également d'une grande hétérogénéité puisqu'elle va du lit médical au pansement et inclut également des prestations de services (assistance respiratoire par exemple). De tous les soins et biens médicaux, ce sont ces dépenses qui connaissent la plus forte progression sur longue période : près de 30 % par an entre 1995 et 2000, puis 13 % par an entre 2000 et 2004, et 9 % par an entre 2005 et 2008. Après un ralentissement ponctuel en 2009, cette dépense reprend un rythme élevé : +6 % en 2011 après +8 % en 2010. Depuis 1995, la valeur de ce poste a été multipliée par 7 ; ainsi en 2011, elle représente 38 % des « autres biens médicaux ».

Le ralentissement ponctuel observé en 2009 a fait suite à l'introduction des dispositifs médicaux (lits médicalisés par exemple) dans le forfait soins des EHPAD le 1^{er} août 2008. Avant cette date, ces dispositifs étaient remboursés aux patients par l'assurance maladie sur prescription médicale ; on a constaté en 2008 une accélération des achats de matériels avant leur transfert à la charge des EHPAD.

Les produits favorisant le maintien à domicile (lits médicaux, assistance respiratoire, matériels pour diabétiques, nutriments) représentent 54 % de la consommation de matériels et pansements en 2010. Leur croissance s'explique en partie par la tendance générale à la diminution des durées d'hospitalisation et le transfert d'une partie des soins correspondants de l'hôpital vers les soins de ville. Elle tient aussi à l'allongement de la durée de la vie : en 2010, le nombre de patients remboursés au titre de la LPP est d'environ 12 millions et leur âge moyen est de 70 ans.

La hausse résulte également d'une meilleure prise en charge de certaines pathologies et du volume de matériels mis à disposition (auto-surveillance du diabète, assistance respiratoire), ou encore aux progrès technologiques (prothèses auditives, stimulateurs cardiaques).

Les autres biens médicaux 1.13

Consommation des autres biens médicaux

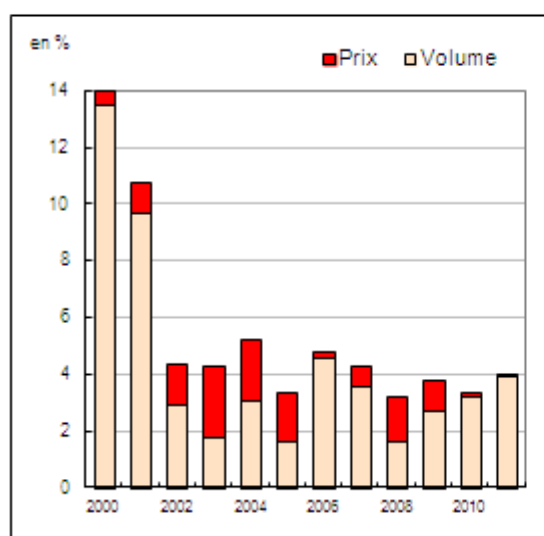
en millions d'euros

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ensemble	5 976	6 640	7 230	7 703	8 289	8 753	9 332	10 042	10 667	10 978	11 595	12 182
Optique	3 236	3 585	3 741	3 901	4 106	4 242	4 444	4 634	4 783	4 963	5 130	5 329
Prothèses, orthèses, VHP *	1 144	1 215	1 343	1 390	1 489	1 556	1 681	1 801	1 932	1 994	2 122	2 250
Petits matériels et pansements	1 597	1 840	2 146	2 412	2 694	2 954	3 207	3 607	3 952	4 020	4 342	4 603
Evolution en valeur (en %)	13,7	11,1	8,9	6,5	7,6	5,6	6,6	7,6	6,2	2,9	5,6	5,0

* Véhicules pour handicapés physiques.

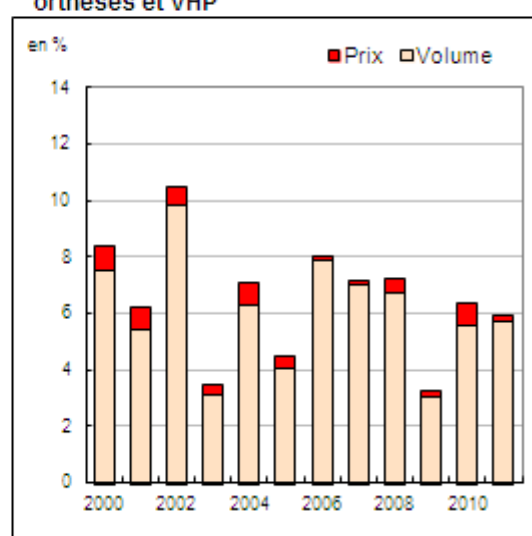
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Taux d'évolution des dépenses d'optique



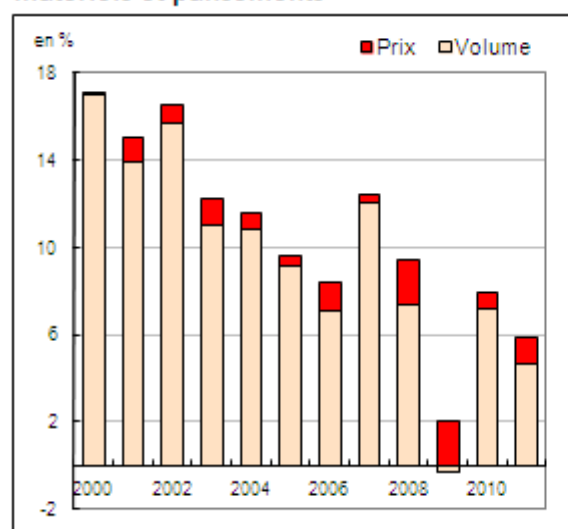
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Taux d'évolution des dépenses de prothèses, orthèses et VHP



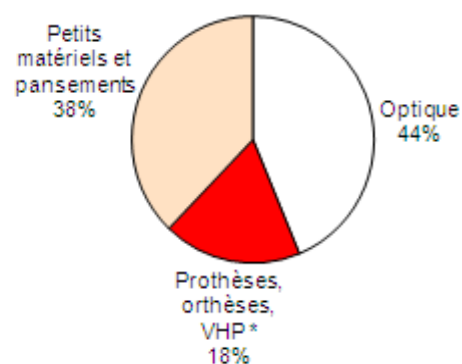
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Taux d'évolution des dépenses de petits matériels et pansements



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Répartition des dépenses d'autres biens médicaux en 2011



* Véhicules pour handicapés physiques.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

1.14 Les transports de malades

En 2011, la consommation de **transports de malades** s'élève à 3,9 milliards d'euros, soit une hausse de 3,0 % en valeur et de 2,2 % en volume, les prix ayant augmenté de 0,7 % par rapport à 2010. Après avoir repris en 2009 sous l'effet d'une hausse des tarifs et en 2010 avec les volumes, le rythme de croissance des transports ralentit de plus de 2 points en 2011. Cette évolution est la plus faible enregistrée depuis 14 ans : il faut en effet remonter à 1996-1997 pour trouver des progressions plus faibles.

En 2011, les dépenses de transports de malades hors services médicaux d'urgence (SMUR) se répartissaient ainsi : 42 % pour les ambulances, 20 % pour les **VSL**, 34,5 % pour les taxis et 3,5 % pour d'autres moyens de transport (en train principalement).

Le taux moyen de remboursement des frais de transport sanitaire est très élevé, de l'ordre de 93 % en 2011. En effet, 90 % des dépenses de transport sont prises en charge à 100 % ; et en particulier, 73 % de ces frais sont remboursés à des patients en **ALD**.

Les variations d'évolution des dépenses de transports constatées entre 1997 et 2011 sont dues à un **effet de structure**, celui de la déformation des parts de marché des différents modes de transport utilisés. Ainsi, entre 2000 et 2004, la part de marché des ambulances (très coûteuses) est passée de 34 % à 41 % tandis que celle des VSL passait de 42 % à 30 %, la part des taxis restant stable. La tendance s'est modifiée à partir de 2005, avec une baisse de la part du transport par VSL au profit des taxis, la part des ambulances se stabilisant.

Les données de la Cnam (régime général) ont permis de mettre en évidence les différences de prix entre les trois types de transport. En 2009, la répartition des dépenses de transport hors SMUR était la suivante : 46 % pour les ambulances, 23 % pour les VSL et 31 % pour les taxis. En nombre de transports, elle était très différente : 24 % pour les ambulances, 40 % pour les VSL et 36 % pour les taxis

Définitions

VSL : véhicules sanitaires légers.

Effet de structure : modification des parts de marché entre les acteurs ; lorsque la part des ambulances augmente au détriment de la part des VSL, l'effet de structure est positif et correspond à une hausse de la dépense à prix inchangé, car un transport en ambulance est trois fois plus coûteux qu'un transport en VSL.

ALD : affection de longue durée.

ARS : Agence régionale de santé.

Pour en savoir plus

« Rénovation du modèle économique pour le transport sanitaire terrestre », D. Eyssartier, Ministère de la Santé, septembre 2010.

La forte croissance des dépenses de transport sanitaire entre 2000 et 2004 est à l'origine des actions de maîtrise médicalisée des dépenses de transport mises en place ces dernières années. Des « Contrats de Bonne Pratique » ont été instaurés dans les transports sanitaires depuis 2004. En 2007, un nouveau référentiel médical qui permet de déterminer le mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du patient a été mis en place. De nouvelles mesures ont été prises depuis 2008 :

- une nouvelle convention nationale type entre l'assurance maladie et les entreprises de taxis. Les tarifs des taxis ont été revalorisés de 3,1 % en 2008, de 3,2 % en 2009, de 1,2 % en janvier 2010 et 2,1 % en janvier 2011 ;

- pour les ambulances et les VSL, un avenant à la convention nationale a restructuré les tarifs, avec une baisse des abattements kilométriques et une hausse des forfaits. Ces derniers ont été ainsi majorés en octobre 2008 (+4 % pour les ambulances et +2,5 % pour les VSL), en juin 2009 puis juillet 2010 ;

- un accord pour optimiser l'organisation des transports sanitaires et augmenter le nombre de transports partagés (forfait annuel de 100€ destiné à financer le matériel embarqué) ;

- la mise en place au 1^{er} janvier 2008 d'une franchise médicale à la charge des patients. Cette franchise est de 2 € par trajet ; elle est plafonnée à 4 € par jour et globalement avec les autres franchises à 50 € par an ;

- en 2011, de nouveaux contrats-types d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins devront être signés entre les **ARS**, les CPAM et les établissements de santé générant des dépenses de transport évoluant à un taux supérieur à l'objectif fixé (+4 % en 2010) : les établissements s'engageront à réduire le taux d'évolution de ces dépenses, faute de quoi ils pourront être pénalisés.

Si ces incitations n'ont eu que peu d'impact sur les prix (les tarifs sont régulièrement revalorisés), elles ont concouru en revanche au ralentissement du volume des transports sanitaires observé à partir de 2007.

Les transports de malades 1.14

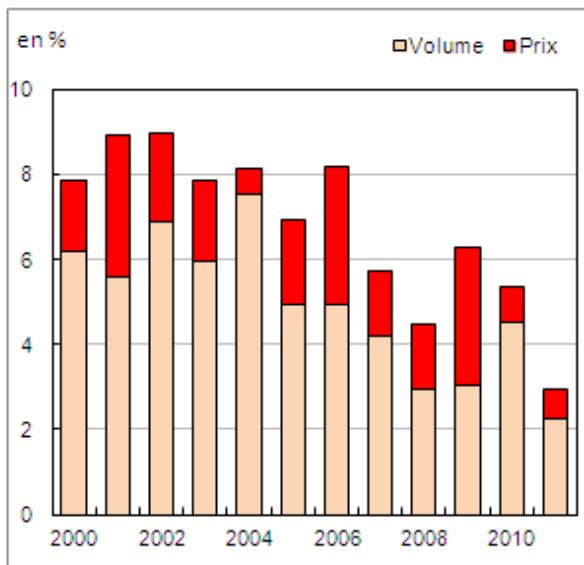
Consommation de transports de malades

en millions d'euros

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Consommation de transports		1 891	2 063	2 252	2 431	2 631	2 816	3 053	3 231	3 377	3 592	3 787	3 900
Évolution (en %)	Valeur	8,0	9,1	9,1	8,0	8,2	7,0	8,4	5,8	4,5	6,4	5,4	3,0
	Prix	1,7	3,3	2,1	1,9	0,6	2,0	3,3	1,5	1,5	3,3	0,8	0,7
	Volume	6,2	5,6	6,9	6,0	7,5	4,9	5,0	4,2	3,0	3,0	4,5	2,2

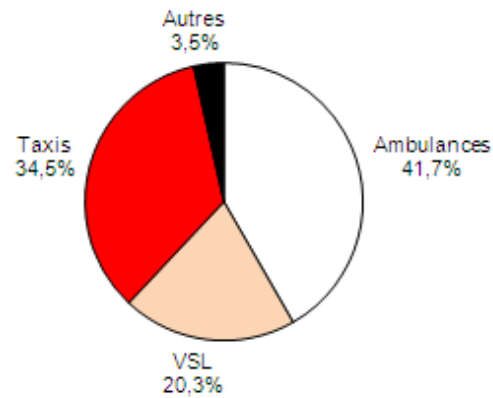
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Taux d'évolution des dépenses de transports



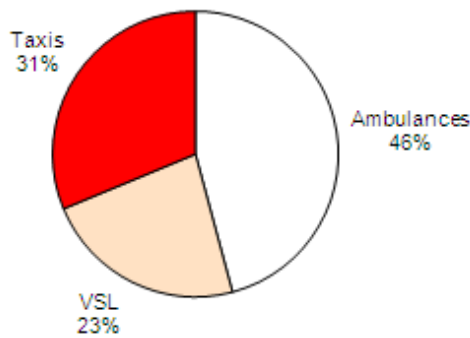
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Répartition de la dépense de transport en 2011 (hors SMUR)



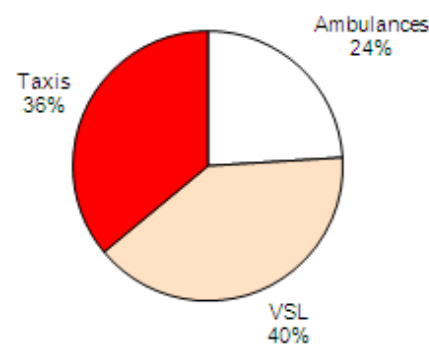
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Répartition de la dépense de transport en 2009 (hors SMUR)



Sources : CNAMTS (France métropolitaine).

Répartition du nombre de transport en 2009 (hors SMUR)



Sources : CNAMTS (France métropolitaine).

1.15 Les échanges extérieurs

Les Comptes de la santé évaluent la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) effectuée en France par les assurés sociaux français et les personnes prises en charge au titre de l'AME ou pour des soins urgents. Celle-ci exclut la consommation de soins d'assurés sociaux français soignés à l'étranger ainsi que la consommation de soins effectués sur le territoire français par des assurés sociaux étrangers.

En 2010, les dépenses de soins effectuées en France par des assurés sociaux étrangers se montent à 876 millions d'euros, celles effectuées à l'étranger par des assurés sociaux français à 448 millions d'euros.

Les échanges extérieurs sont par ailleurs retracés dans les comptes du **CLEISS** et du **CNSE**. Le **CLEISS** comptabilise les échanges de soins avec les pays de l'Union européenne, ainsi qu'avec des pays ayant signé une convention bilatérale avec la France. Le **CLEISS** rembourse :

- des factures pour les assurés sociaux français soignés à l'étranger, de façon inopinée mais avec une carte **EHIC** ou programmée avec une autorisation préalable de l'assurance maladie ; ces soins doivent être traités en **importation** en comptabilité nationale ;
- des **factures** et des **forfaits** réglés pour les assurés de régimes français résidant de façon permanente à l'étranger ; ces soins sont exclus du champ de la comptabilité nationale.

De façon symétrique, le **CLEISS** encaisse :

- des factures pour les soins reçus en France (soins inopinés ou programmés) par des assurés de régimes étrangers venus de façon temporaire ; ces soins doivent être traités en **exportation** ;

- des factures et des forfaits pour les assurés de régimes étrangers résidant de façon permanente en France ; ces soins doivent être ajoutés en comptabilité nationale pour l'évaluation du montant de la consommation de santé des résidents.

Depuis le 1^{er} mai 2010, la part des forfaits diminue fortement car la plupart des pays de l'Union européenne ont choisi d'instaurer un seul mode de remboursement, sur la base de factures.

Le **CNSE** rembourse les soins engagés par des assurés sociaux français à l'étranger en dehors des accords européens (sans carte **EHIC**) et des conventions bilatérales, ainsi que dans les pays hors convention.

Bien que les créances et dettes du **CLEISS** soient en décalage avec l'année effective des soins, notamment en raison du délai nécessaire pour calculer les forfaits, la structure des échanges est assez stable. La consommation de soins dans les hôpitaux français représente près de 60 % des factures des assurés étrangers en 2010, tandis que celle d'assurés français dans des hôpitaux étrangers représente seulement 48 % des factures réglées par le **CLEISS** et le **CNSE**.

Les paiements les plus importants effectués par la France vont vers 5 pays frontaliers : Allemagne, Belgique, Espagne, Italie et Suisse, qui totalisent 61 % des factures réglées par le **CLEISS** et le **CNSE** en 2010. Notons que 22 % des remboursements de factures sont allés vers la Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie, qui relèvent de conventions bilatérales.

De même, les remboursements à la France les plus importants proviennent de pays voisins : Allemagne, Belgique, Luxembourg, Italie et Royaume-Uni. Ces 5 pays totalisent 80 % des créances présentées par le **CLEISS** en 2010.

Définitions

AME : Aide médicale d'État

CLEISS (Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale) : il rembourse les prestations servies par les institutions étrangères à des assurés du régime français ; il demande aux institutions étrangères le remboursement des prestations servies par les organismes de santé français pour les soins dispensés en France à des assurés de régimes étrangers.

CNSE : Centre national des soins à l'étranger : pour les pays hors convention.

Carte EHIC : European Health Insurance card ou Carte européenne d'assurance maladie : elle a remplacé le formulaire E111 et permet une prise en charge des soins identique à celle des assurés du pays d'accueil.

Factures : pour un assuré français résidant à l'étranger : c'est le cas d'un assuré français qui réside avec sa famille au Royaume-Uni et qui travaille en France : le règlement prévoit le remboursement des soins au Royaume-Uni, puis la France (où il cotise) rembourse le Royaume-Uni.

Forfaits : pour les familles d'assurés français résidant à l'étranger : c'est le cas d'un assuré qui travaille et réside en France, alors que sa famille réside au Royaume-Uni : les soins à sa famille sont remboursés par le Royaume-Uni, puis la France rembourse le Royaume-Uni par forfait. Ils sont appelés à disparaître au profit des factures.

Pour en savoir plus

Rapport statistique – exercice 2010 », **CLEISS**, disponible sur le site www.cleiss.fr

Les échanges extérieurs 1.15

Les échanges extérieurs d'activités pour la santé humaine

en millions d'euros

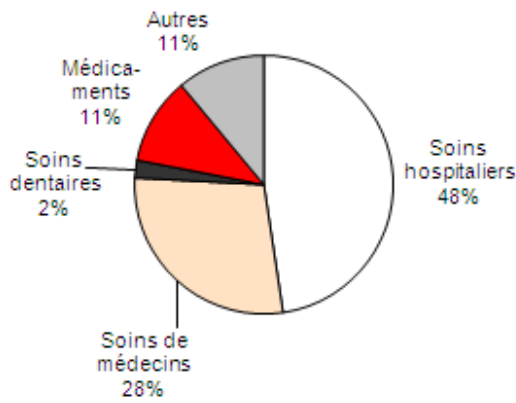
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Soins des assurés sociaux français à l'étranger (*)	301	340	309	336	427	448
dont Importations (des résidents en France)	258	261	195	228	302	269
Soins des assurés sociaux étrangers en France (**)	571	516	574	754	796	876

* Soins effectués à l'étranger par des assurés français qu'ils soient résidents en France ou à l'étranger.

** Soins effectués en France par des assurés étrangers qu'ils soient résidents à l'étranger ou en France.

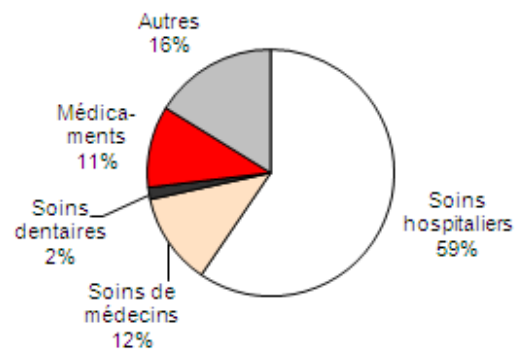
Sources : Insee, Comptes nationaux et Direction de la sécurité sociale.

Répartition par type de soins des factures payées par le CLEISS et le CNSE en 2010



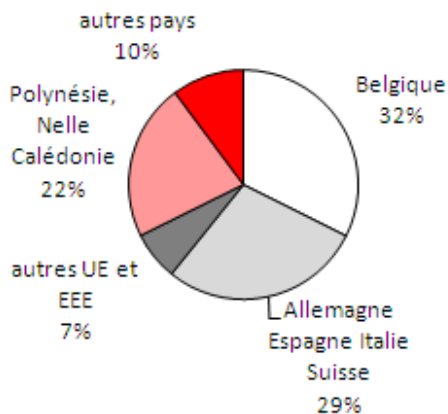
Sources : CLEISS, Comptes 2010.

Répartition par type de soins des factures présentées par le CLEISS en 2010



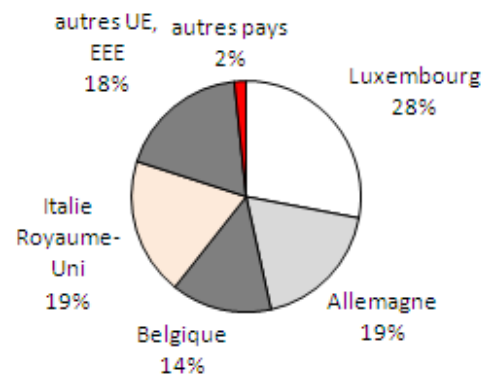
Sources : CLEISS, Comptes 2010.

Répartition par pays des factures payées par le CLEISS et le CNSE en 2010



Sources : CLEISS, Comptes 2010.

Répartition par pays des factures présentées par le CLEISS en 2010



Sources : CLEISS, Comptes 2010.

2.1 La Dépense courante de santé

La **Dépense courante de santé** (DCS) constitue l'agrégat global des Comptes de la santé : elle regroupe toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. La dépense de santé est dite « courante » parce qu'elle n'intègre pas les dépenses en capital des établissements de santé et des professionnels libéraux.

Plus précisément, la dépense courante de santé comprend :

- la **consommation de soins et biens médicaux** (CSBM),
- les autres dépenses pour les malades : les soins aux personnes âgées en établissements (**EHPA, EHPAD, USLD** des hôpitaux) et à domicile (**SSAD**), les soins aux personnes handicapées en établissements et les indemnités journalières (maladie, maternité et accidents du travail),
- les dépenses de prévention organisée, individuelle et collective,
- les dépenses pour le système de soins : les subventions au système de soins (prise en charge partielle des cotisations sociales des professionnels de santé, **FIQCS** et aide à la télétransmission), la recherche médicale et pharmaceutique, la formation des professionnels de la santé,
- les coûts de gestion du système de santé.

Par rapport à la base 2000, ont été ajoutées dans la DCS en base 2005 les dépenses de soins aux personnes handicapées en établissement, les subventions versées aux professionnels de santé (FIQCS, aide à la télétransmission). Les subventions versées par le **FMESPP** ne sont pas prises en compte car il s'agit essentiellement de subventions d'investissement.

La DCS est ainsi évaluée pour l'année 2011 à 240,3 milliards d'euros, soit 3 687 euros par habitant ; elle représente 12 % du PIB contre 12,1 % en 2010. La croissance de la DCS en valeur est de 2,6 % en 2011, contre +2,4 % en 2010.

L'évolution de la DCS est fortement liée à celle de la CSBM (+2,7 % en valeur en 2011), qui en représente près des trois quarts. Ce sont les « autres dépenses pour les malades » qui représentent ensuite la part la plus importante (12,6 %), devant les coûts de gestion (6,4 %), les dépenses pour le système de soins (4,9 %) et la prévention institutionnelle (2,4 %).

La structure de la dépense courante de santé a évolué depuis 2000. On observe une légère progression des « autres dépenses en faveur des malades », notamment pour les soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissement.

Définitions

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : elle comprend :

- la consommation de soins hospitaliers, hors soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissements, y compris la totalité des honoraires perçus par les médecins libéraux en établissement privé,
- la consommation de soins de ville (cabinets libéraux et soins en dispensaires, laboratoires...),
- la consommation de médicaments et autres biens médicaux,
- la consommation de transports de malades.

EHPA : Établissements d'hébergement pour personnes âgées.

EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

USLD : Unités de soins de longue durée.

SSAD : Services de soins à domicile.

FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

FMESPP : Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

Pour en savoir plus

« Méthodologie de la base 2005 des Comptes de la santé », Annexe 1, p.201-204.

La Dépense courante de santé 2.1

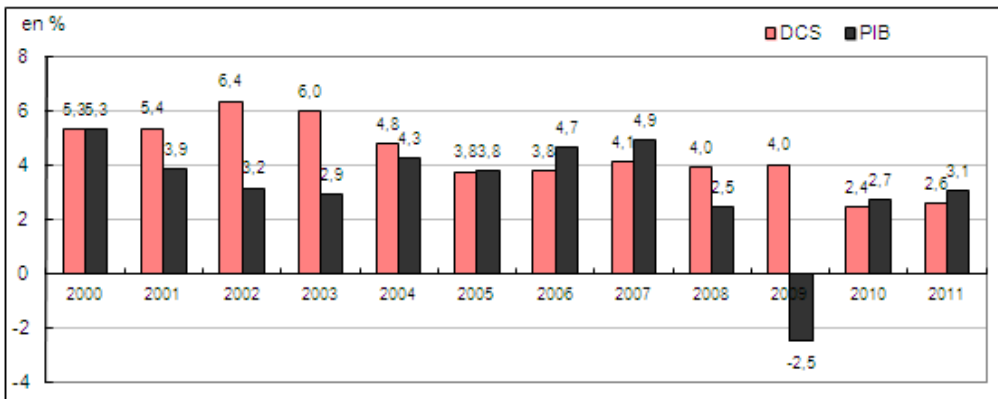
Dépense courante de santé

en millions d'euros

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Dépense courante de santé	151 567	159 689	169 847	179 993	188 590	195 675	203 047	211 467	219 823	228 676	234 258	240 296
en % du PIB	10,2	10,3	10,7	11,1	11,1	11,4	11,3	11,2	11,4	12,1	12,1	12,0
CSBM	114 574	120 755	128 134	135 633	142 668	148 116	153 748	160 352	165 710	171 149	175 382	180 037
Autres dépenses pour les malades	16 477	17 621	19 146	20 693	21 540	22 622	23 490	24 722	26 673	28 555	29 911	30 860
SSAD	602	640	705	763	837	911	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334	1 398
Soins aux personnes âgées en établissements	2 931	3 096	3 417	3 889	4 118	4 635	5 082	5 534	6 310	7 273	7 665	7 963
Soins aux personnes handicapées en étab.	4 744	5 051	5 322	5 655	6 158	6 663	6 904	7 279	7 697	8 035	8 255	8 531
Indemnités journalières	8 199	8 833	9 703	10 386	10 426	10 412	10 487	10 803	11 455	11 936	12 658	12 968
Prévention	4 095	4 226	4 744	5 025	4 970	5 054	5 263	5 467	5 720	6 477	5 778	5 775
Prévention individuelle	2 316	2 403	2 511	2 708	2 882	2 914	3 012	3 166	3 295	3 437	3 391	3 417
- Prévention primaire	1 947	2 019	2 121	2 281	2 430	2 412	2 493	2 597	2 707	2 822	2 791	2 798
- Prévention secondaire	369	383	390	427	452	502	519	569	588	615	601	619
Prévention collective	1 779	1 823	2 233	2 316	2 088	2 140	2 251	2 301	2 424	3 041	2 386	2 358
Dépenses pour le système de soins	7 846	8 270	8 940	9 257	9 634	9 971	10 633	10 859	11 251	11 461	11 668	11 910
Subventions au système de soins	1 618	1 679	1 792	1 874	2 057	2 270	2 277	2 074	2 190	2 226	2 397	2 577
Recherche médicale et pharmaceutique	5 422	5 761	6 275	6 475	6 610	6 621	7 035	7 243	7 401	7 451	7 427	7 484
Formation	807	830	873	908	967	1 080	1 320	1 542	1 660	1 784	1 844	1 849
Coût de gestion de la santé	11 286	11 665	12 071	12 770	13 174	13 372	13 763	14 123	14 600	15 094	15 419	15 641
Double compte (recherche pharmaceutique)	-2 711	-2 848	-3 187	-3 384	-3 397	-3 460	-3 850	-4 056	-4 131	-4 060	-3 900	-3 928

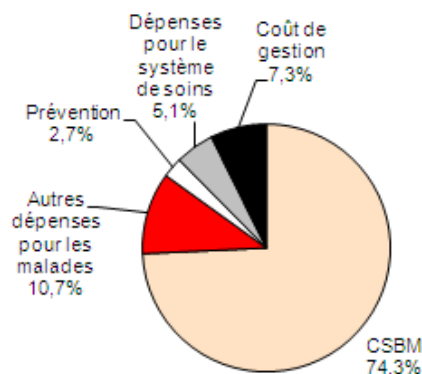
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Taux de croissance de la DCS et du PIB



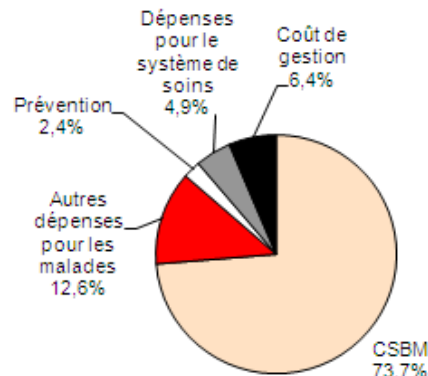
Sources : DREES pour la DCS ; Insee pour le PIB.

Structure de la DCS en 2000



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Structure de la DCS en 2011



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

2.2 Les soins de longue durée

Sont retracés en base 2005 les soins de longue durée aux personnes âgées et aux personnes handicapées, c'est-à-dire un équivalent de l'**OGD** médico-social.

Les soins de longue durée aux personnes âgées peuvent être assurés :

- dans le secteur hospitalier public au sein des unités de soins de longue durée (USLD) ;
- dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées : **EHPA** ou **EHPAD**.

Ils peuvent également être assurés à domicile par des médecins, des kinésithérapeutes ou des infirmiers et aides-soignants (services de soins à domicile ou SSAD).

En 2011, 8 milliards d'euros ont été consacrés aux soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissement, soit une hausse de 3,9 % ce qui confirme le ralentissement amorcé en 2010 (+5,4 %) après six années de très forte hausse (plus de 11 % par an en moyenne entre 2002 et 2009).

Les soins en EHPA ou EHPAD représentent 6,9 milliards d'euros : ils augmentent de 4,3 % par rapport à 2010. Ce montant, qui a plus que triplé depuis 1995, est lié à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et à la forte expansion des établissements qui les accueillent. Entre 2006 et 2011, le nombre de lits en EHPA est passé de 124 000 à 43 000, tandis que celui des lits en EHPAD passait de 373 000 à 548 000. En effet, le nombre de personnes âgées très dépendantes (classées en **GIR** 1 ou 2) augmente régulièrement dans la clientèle des établissements : il est passé de 47 % en 2003 à 58 % en 2010.

Malgré une croissance plus rapide du secteur privé sur les années récentes, les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées restent encore largement majoritaires. Dans le secteur hospitalier, c'est l'hôpital public qui assure 99 % des soins de longue durée. Ceux-ci concernent, pour la quasi-totalité, des personnes âgées dépendantes. En 2011, la consommation de soins réalisée dans les USLD s'élève à un peu plus d'un milliard d'euros.

Par ailleurs, les Services de soins à domicile (SSAD) contribuent à assurer des soins favorisant une prise en charge alternative à l'hébergement en institution. La valeur de ces soins à domicile est de 1,4 milliard d'euros en 2011, soit un doublement depuis 1998. Ils ont bénéficié à près de 111 000 personnes en 2011 (105 000 en 2010). Les soins dispensés par les SSAD sont assurés par des infirmiers et aides-soignants salariés, ainsi que par des infirmiers libéraux rémunérés à l'acte ; ces derniers assurent environ 13 % des visites.

Les soins de longue durée aux personnes handicapées en établissements (**MAS**, **FAM**,...) s'élèvent à 8,5 milliards d'euros en 2011, soit une hausse de 3,4 % par rapport à 2010.

Les soins de longue durée aux personnes âgées et handicapées sont financés pour partie par l'assurance maladie (15,8 milliards d'euros dans l'**ONDAM** médico-social et 1 milliard d'euros dans l'**ONDAM** « autres soins hospitaliers » en 2011) et pour partie par la **CNSA** (1,2 milliard d'euros en 2011).

Définitions

OGD : Objectif global de dépenses, délégué à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

EHPA : Établissements d'hébergement pour personnes âgées.

EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

GIR : Groupes Iso-Ressources ; au nombre de 6, ils regroupent les malades en fonction de leur degré d'autonomie.

MAS : Maisons d'accueil spécialisées.

FAM : Foyers d'accueil médicalisés.

ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie.

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Pour en savoir plus

« Les services des soins infirmiers à domicile en 2008 », D. Bertrand, *Études et résultats*, n° 739, DREES, septembre 2010.

« Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées », S. Dos Santos et Y. Makdessi, *Études et résultats*, n° 718, DREES, février 2010.

« Les établissements d'hébergement pour personnes âgées au 31/12/2007 », J. Perrin-Haynes, *Document de travail, série Statistiques* n° 142, DREES, février 2010.

« Les établissements et services pour personnes handicapées », Tome 2 – Structures de soins et d'hébergement, Y. Mardessi, *Document de travail, série Statistiques* n° 141, DREES, janvier 2010.

« Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », J. Prévot, *Études et résultats*, n° 699, DREES, août 2009.

Les soins de longue durée 2.2

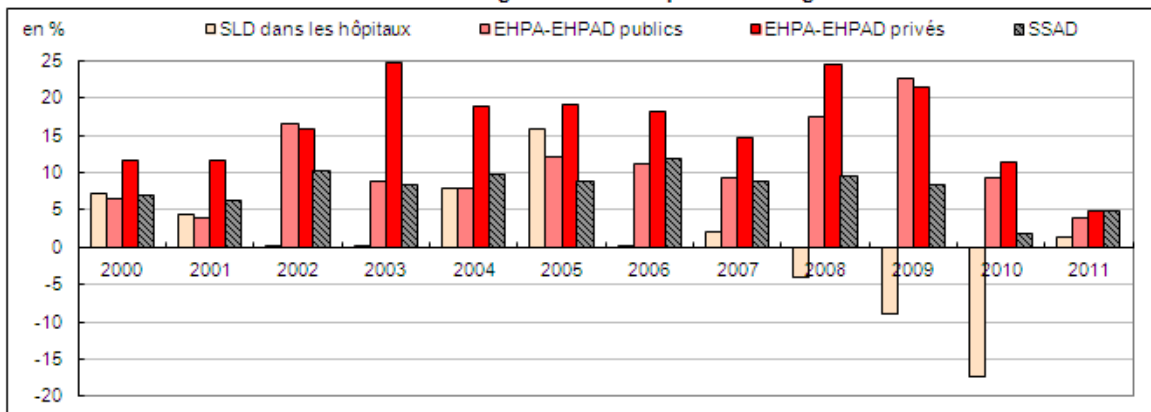
Dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées et handicapées

en millions d'euros

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Soins de longue durée aux personnes âgées	3 469	3 666	4 042	4 408	4 868	5 546	6 100	6 639	7 521	8 584	8 999	9 361
Évolution en %	7,6	5,7	10,2	9,1	10,4	13,9	10,0	8,8	13,3	14,1	4,8	4,0
dont ONDAM personnes âgées	2 366	2 505	2 897	3 301	3 629	4 142	4 367	4 794	5 523	6 267	7 170	7 588
dont Contribution CNSA	0	0	0	0	0	0	834	888	918	882	896	887
Soins en établissements pour personnes âgées	2 867	3 026	3 337	3 645	4 031	4 635	5 082	5 534	6 310	7 273	7 665	7 963
Soins de longue durée dans les hôpitaux	1 076	1 124	1 125	1 126	1 216	1 407	1 409	1 439	1 383	1 258	1 039	1 053
Évolution en %	7,3	4,5	0,1	0,1	7,9	15,7	0,1	2,1	-3,9	-9,0	-17,4	1,3
Soins en maisons de retraite (EHPA - EHPAD)	1 791	1 902	2 212	2 518	2 815	3 228	3 673	4 095	4 928	6 015	6 626	6 910
Établissements publics	1 242	1 289	1 501	1 632	1 761	1 972	2 190	2 396	2 813	3 448	3 766	3 909
Évolution en %	0,0	3,8	16,4	8,7	7,9	12,0	11,1	9,4	17,4	22,6	9,2	3,8
Établissements privés	549	613	710	886	1 054	1 256	1 483	1 699	2 115	2 568	2 861	3 001
Évolution en %	0,0	11,6	15,9	24,8	19,0	19,1	18,1	14,6	24,5	21,4	11,4	4,9
Services de soins à domicile (SSAD)	602	640	705	763	837	911	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334	1 398
Évolution en %	6,9	6,2	10,1	8,3	9,6	8,8	11,7	8,7	9,5	8,3	1,8	4,8
Soins en établissements pour personnes handicapées	4 744	5 051	5 322	5 655	6 158	6 663	6 904	7 279	7 697	8 035	8 255	8 531
Évolution en %	0,0	8,2	8,2	8,2	8,2	8,2	3,6	5,4	5,7	4,4	2,7	3,4
dont ONDAM personnes handicapées	4 744	5 051	5 322	5 655	6 158	6 663	6 638	6 996	7 376	7 727	7 941	8 251
dont Contribution CNSA	0	0	0	0	0	0	266	283	321	309	314	280

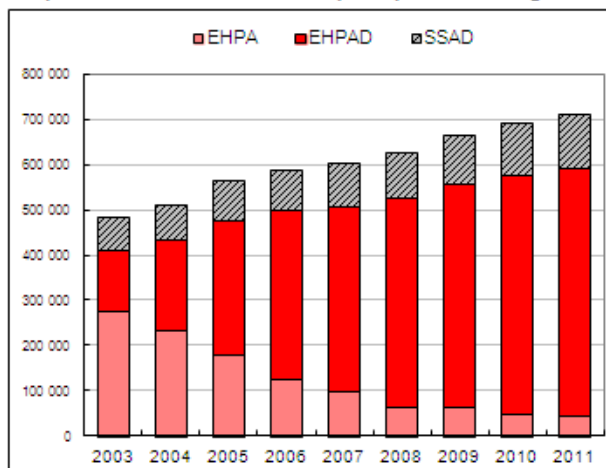
Source : CNAMTS (DSES), Commission nationale de répartition pour les personnes âgées ; DSS, OGD pour les personnes handicapées.

Taux d'évolution en valeur des soins de longue durée aux personnes âgées



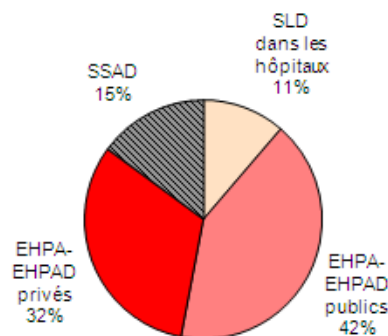
Sources : CNAMTS (DSES), Commission nationale de répartition.

Capacité des établissements pour personnes âgées



Sources : CNAMTS (DSES), Commission nationale de répartition.

Répartition des dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées



Sources : CNAMTS, Commission nationale de répartition.

2.3 Les indemnités journalières

Les **indemnités journalières** considérées ici sont celles relevant des risques « maladie, accident du travail et maternité » versées par les régimes d'assurance sociale (hors fonction publique). En 2011, elles s'élèvent à 13 milliards d'euros. Après avoir fortement augmenté en 2008 (+6 %) comme en 2010 (+6,1 %), leur rythme de croissance a ralenti puisqu'il s'est établi à +2,4 % en 2011. Ce rythme est en retrait par rapport à celui des années antérieures à 2004 : +8,6 % en moyenne entre 2000 et 2003.

On observe une modification significative de la structure des indemnités journalières selon les différents risques : si les IJ « maladie » représentent toujours une bonne moitié de la dépense, la part des IJ « accident du travail » a augmenté, passant de 18,5 % en 2000 à 22,5 % en 2011.

Les indemnités journalières du risque « maternité » ont un rythme de croissance de 3 % à 4 % par an en moyenne. Après une hausse de 5,3 % en 2008 due à une reprise de la natalité, elles augmentent de 3,8 % en 2009 et de 3,4 % en 2010 pour diminuer de 0,3 % en 2011.

Une analyse de l'évolution en valeur des indemnités journalières des risques « maladie » et « accident du travail » du régime général montre que celle-ci est liée à plusieurs facteurs :

- l'évolution des salaires, qui constituent le prix des indemnités journalières ;
- l'évolution de l'emploi, qui agit mécaniquement sur le volume des indemnités journalières, mais avec un effet retard ;
- la part des seniors dans la population active, en raison des problèmes de santé qui peuvent apparaître avec l'âge, nécessitant des arrêts plus longs que pour les salariés plus jeunes ;
- les mesures de maîtrise des dépenses, et notamment la politique de contrôle des arrêts de travail par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS),

ainsi que les engagements de maîtrise médicalisée de la part des médecins.

L'évolution du volume des indemnités « maladie » et « accident du travail », rapporté à l'emploi a connu des ruptures de tendance en 2004, en 2007 puis en 2010 puisque l'on a enregistré :

- une forte progression de 2001 à 2003, qui s'explique en partie par l'arrivée à 55 ans des premières générations du baby-boom et donc par la hausse de la proportion des seniors dans la population active ;
- une forte baisse de 2004 à 2006, qui s'explique essentiellement par le développement des contrôles des arrêts de travail par la CNAMTS et les engagements de maîtrise médicalisée de la part des médecins. Au cours de ces trois années, la valeur des dépenses d'indemnités journalières s'est stabilisée aux alentours de 10,4 milliards d'euros ;
- une reprise de la hausse du volume des dépenses d'indemnités journalières rapporté à l'emploi à partir de 2007 ;
- un infléchissement observé fin 2010 et fin 2011, qui pourrait s'expliquer d'une part, par l'absence d'épisode grippal important lors de ces derniers trimestres, et d'autre part, par la hausse du chômage, les demandeurs d'emploi ne percevant pas d'indemnités journalières.

Depuis 2007, diverses mesures réglementaires se sont appliquées : les sorties des patients hors de leur domicile soit ne sont pas autorisées, soit sont interdites de 9h à 11h et de 14h à 16h ; les contrôles des arrêts de travail sont devenus systématiques à partir de 45 jours d'arrêt au lieu de 60 jours auparavant. Depuis 2008, le versement des IJ maladie peut être suspendu lorsque le médecin diligenté par l'employeur conclut à l'aptitude au travail d'un salarié en arrêt maladie après accord du service du contrôle médical. Enfin, à partir du 1^{er} décembre 2010, le calcul des indemnités journalières versées par la CNAM, la MSA et le RSI est effectué sur une base de 365 jours au lieu de 360, ce qui représente une économie de 110 millions d'euros en année pleine.

Pour en savoir plus

« Arrêts maladie : comment expliquer les disparités départementales ? », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 177, juin 2012.

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2009, prévisions 2010 », juin 2010, fiche 9-4.

« Les indemnités journalières », F. Lêt, D. Raynaud, DREES, *Études et Résultats*, n° 592, septembre 2007.

Les indemnités journalières 2.3

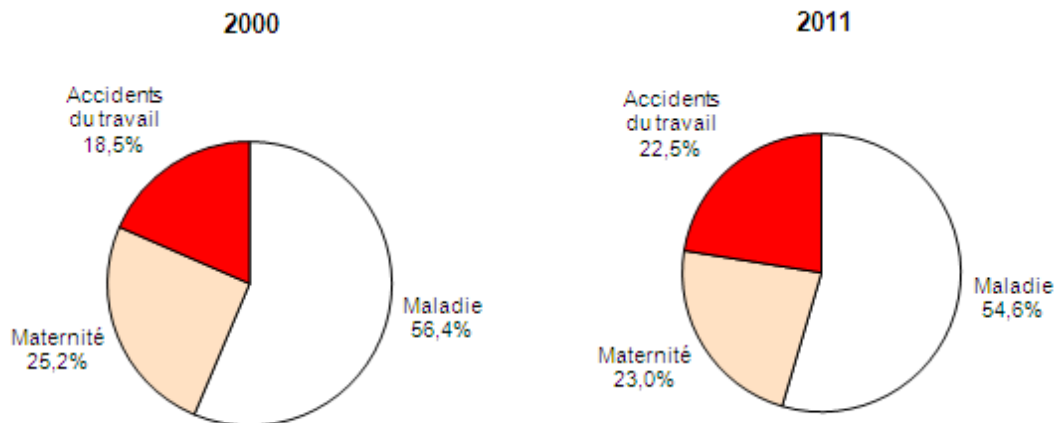
Dépenses d'indemnités journalières

en millions d'euros

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ensemble	8 199	8 833	9 703	10 386	10 426	10 412	10 487	10 803	11 455	11 936	12 658	12 968
Maladie	4 622	4 981	5 519	5 924	5 892	5 802	5 691	5 845	6 215	6 458	6 990	7 077
Maternité	2 064	2 155	2 254	2 360	2 421	2 498	2 619	2 644	2 784	2 891	2 989	2 979
Accidents du travail	1 514	1 698	1 929	2 102	2 113	2 113	2 176	2 315	2 455	2 587	2 678	2 912
Evolution (en %)	9,4	7,7	9,8	7,0	0,4	-0,1	0,7	3,0	6,0	4,2	6,1	2,4

Sources : DREES, ensemble des régimes de base d'assurance-maladie - base 2005.

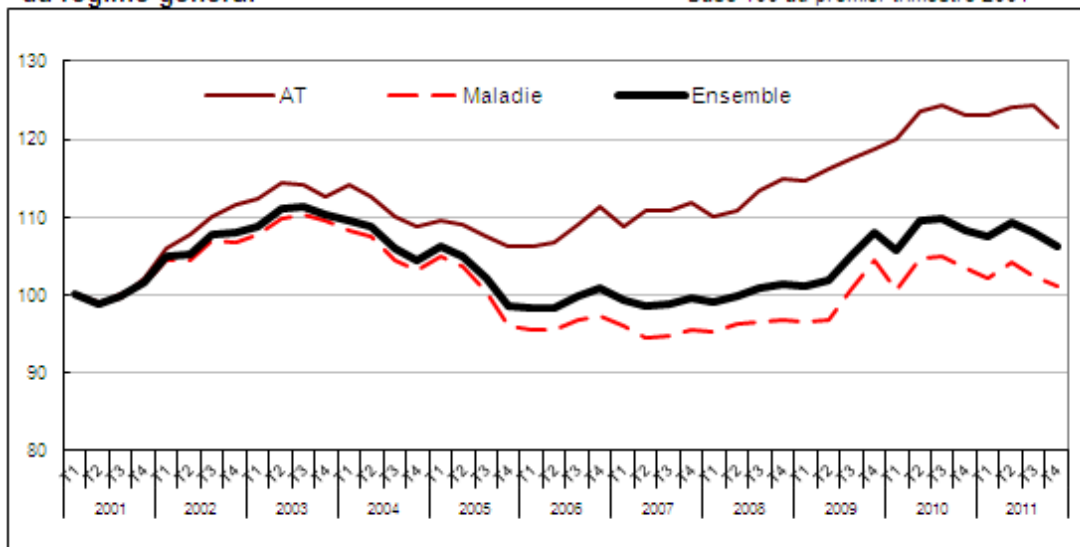
Répartition des indemnités journalières selon le risque



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Évolution du volume d'indemnités journalières rapportées à l'emploi, pour les salariés du régime général

Base 100 au premier trimestre 2001



Sources : Cnamts (régime général des salariés) pour les IJ, INSEE pour l'emploi salarié, calculs DREES.

2.4 La prévention institutionnelle

La consommation de services de **prévention institutionnelle** (ou organisée) s'élève à 5,8 milliards d'euros en 2011, dont 3,4 milliards pour la prévention individuelle et 2,3 milliards pour la prévention collective. Les dépenses de prévention collective qui avaient fortement augmenté en 2009 en raison des dépenses engagées pour lutter contre la grippe H1N1, reviennent ainsi au niveau atteint en 2008.

La **prévention individuelle** concerne les actions dont ont bénéficié individuellement des personnes, et dont la totalisation ne contient pas de double compte avec la consommation de soins et biens médicaux. On distingue :

- la prévention individuelle primaire, qui vise à éviter l'apparition ou l'extension des maladies.

La **vaccination** en est l'exemple type, mais sont présentées ici les seules dépenses de vaccination « organisée ». Il faut y ajouter les actions de la Protection maternelle et infantile (PMI) et du Planning familial, la médecine scolaire et la médecine du travail ;

- la prévention individuelle secondaire, qui tend à repérer les maladies avant leur développement ce qui exclut, au sens des comptes, les traitements des facteurs de risques (hypertension, diabète...). Le dépistage organisé concerne principalement les tumeurs, les infections sexuellement transmissibles, la tuberculose, le SIDA et les hépatites. Avec les Plans Cancer 2003-2007 et 2009-2013, les dépenses de dépistage des tumeurs ont doublé, passant de 91 M€ en 2003 à 193 M€ en 2011. Les examens de santé font également partie de la prévention secondaire, comme les bilans bucco-dentaires : le budget consacré à ces derniers a presque triplé entre 2003 et 2011 (50 M€), avec la campagne MTdents à destination des plus jeunes.

La **prévention collective** correspond aux dépenses non « individualisables », c'est-à-dire non imputables à un individu. En raison de

la fusion des programmes 204 (Prévention et sécurité sanitaire) et 228 (Veille et sécurité sanitaire) de la LOLF en 2009, la nomenclature des dépenses de prévention collective est un peu modifiée. On distingue :

- la prévention collective à visée comportementale, qui comprend la lutte contre l'addiction (drogues, alcool, tabac), les campagnes en faveur des vaccinations et des dépistages, ainsi que l'éducation à la santé ;

- la prévention collective à visée environnementale, qui inclut l'hygiène du milieu (y compris la lutte anti-vectorielle), la lutte contre la pollution, la prévention des accidents du travail, les dispositifs et organismes de surveillance, veille, alerte ou qui ont vocation à être mobilisés en cas d'urgence ou crise, et la sécurité sanitaire de l'alimentation. Le poste « Urgences et crises » a subi de fortes variations en 2009-2010 en raison des dépenses de l'EPRUS (Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires) pour la prévention de la grippe H1N1. Ce poste revient en 2011 à son niveau de 2006.

Avec 5,8 milliards d'euros en 2011, les dépenses de prévention s'élèvent à 88 euros par habitant ; elles sont stables par rapport à 2010. Les dépenses de prévention organisée représentent 2,4 % de la dépense courante de santé.

L'État et les collectivités locales ont financé 59 % de ces dépenses en 2011 (60% en 2010), la Sécurité sociale 16 % (comme en 2010) et le secteur privé 25 % (médecine du travail et prévention des accidents du travail, 24 % en 2010). Entre 1995 et 2011, cette structure a peu évolué ; elle n'a varié en 2009 qu'en raison de la part prise par la Sécurité sociale dans la prévention de la grippe H1N1 (majoration de la subvention annuelle versée à l'EPRUS par la CNAM et prise en charge de des bons de vaccination).

Définitions

Prévention institutionnelle : il ne s'agit que d'une partie des dépenses de prévention, puisqu'elle ignore la prévention réalisée lors de consultations médicales ordinaires, incluses dans la CSBM. Des études conduites par l'IRDES et la DREES (*Études et résultats*, n° 504, DREES, juillet 2006) ont estimé l'ensemble des dépenses de prévention à 10,5 milliards d'euros en 2002, soit 6,4 % de la dépense de santé, contre 4,7 milliards pour les seules dépenses isolées dans les Comptes de la santé en 2002.

Vaccination : elle comporte les vaccins et leur administration ; cette dernière fait partie de la CSBM et n'est pas statistiquement isolable. Selon l'Afssaps, la consommation de vaccins en ville se monte à 676 millions d'euros en 2011. Seuls les vaccins financés par les collectivités locales et le FNPEIS (109 millions en 2011) font partie de la prévention au sens des Comptes de la santé ; le solde, financé par l'assurance maladie et les ménages, est inclus dans la CSBM.

Pour en savoir plus

Rapport annuel de performances annexé au PLF 2011, programme 204 « Santé publique et prévention ».

La prévention institutionnelle 2.4

Dépenses de prévention institutionnelle

en millions d'euros

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ensemble	5 025	4 970	5 055	5 261	5 467	5 720	6 477	5 778	5 775
<i>Evolution en %</i>	4,8	-1,8	1,1	4,1	3,4	2,7	13,2	-10,8	0,0
PREVENTION INDIVIDUELLE PRIMAIRE	2 281	2 430	2 412	2 491	2 597	2 707	2 822	2 791	2 798
Vaccins *	93	104	97	101	104	107	132	108	109
PMI - Planning familial	599	683	619	630	653	677	693	688	682
Médecine du travail	1 272	1 311	1 334	1 370	1 407	1 465	1 508	1 513	1 537
Médecine scolaire	316	332	362	390	434	458	488	482	470
PREVENTION INDIVIDUELLE SECONDAIRE	427	452	502	519	569	588	615	601	619
Dépistage des tumeurs	91	112	143	143	159	172	182	173	193
Dépistage et lutte contre les maladies infectieuses	140	140	149	164	189	174	178	176	174
Autres pathologies - qualité de vie	13	13	12	15	14	18	21	21	22
Examens de santé	165	166	173	170	175	177	184	181	180
Bilans bucco-dentaires	18	21	25	27	32	48	51	49	50
PREVENTION COLLECTIVE	2 316	2 088	2 141	2 251	2 301	2 425	3 041	2 386	2 358
A visée comportementale	397	436	444	462	507	474	514	517	492
Campagne en faveur des vaccinations	25	28	29	27	27	26	26	25	26
Lutte contre l'addiction	67	72	69	74	90	91	103	112	101
Information, promotion, éducation à la santé	306	337	346	361	390	357	386	379	365
A visée environnementale	1 919	1 652	1 697	1 789	1 795	1 951	2 526	1 869	1 867
Hygiène du milieu **	402	460	471	489	492	514	522	532	535
Prévention des risques professionnels	363	363	377	380	394	417	419	425	439
Prévention et lutte contre la pollution	250	245	202	181	145	156	157	225	198
Observation, veille, recherche, règlements ***	85	106	129	104	117	129	137	134	123
Urgences et crises (EPRUS depuis 2007)	6	7	10	32	93	97	580	-28	26
Sécurité sanitaire de l'alimentation	814	471	508	601	553	638	712	582	546

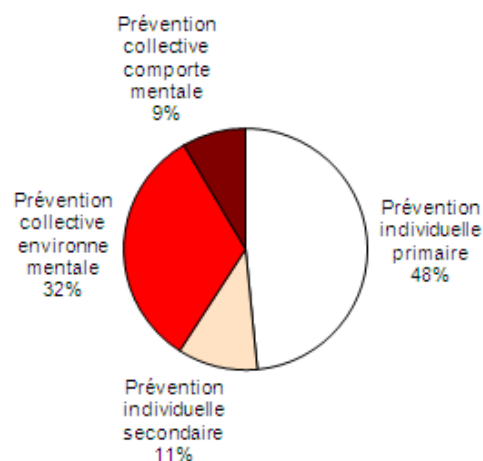
* selon l'AFSSAPS, les dépenses totales de vaccination s'élèvent à 676 millions d'euros en 2011.

** y compris lutte anti-vectorielle

*** Rédaction et mise en application des règlements concernant la veille et la sécurité sanitaire, recherche en prévention sanitaire.

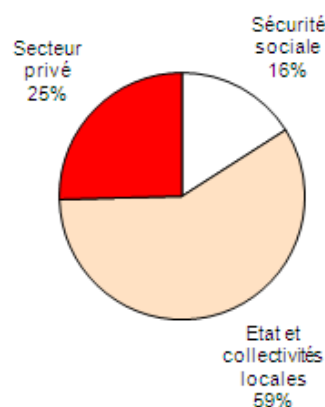
Sources : calculs DREES.

Répartition des dépenses de prévention 2011



Sources : calculs DREES.

Financement des dépenses de prévention 2011



Sources : calculs DREES.

2.5 Les dépenses en faveur du système de soins

Les dépenses courantes en faveur du système de soins comprennent :

- les subventions au système de soins ;
- la recherche médicale et pharmaceutique ;
- la formation des personnels médicaux.

En Base 2005, les **subventions au système de soins** comprennent :

- la prise en charge par l'assurance maladie de certaines cotisations sociales des professionnels de santé, soit 2,6 milliards d'euros en 2011. Mise en place en 1960 pour les médecins, cette prise en charge avait pour but de les inciter à choisir le secteur 1 (honoraires sans dépassements sauf exceptions). Depuis, ce dispositif a été étendu à d'autres professions de santé (auxiliaires médicaux, dentistes, sages-femmes...) ;
- la dotation versée par l'assurance maladie au **FIQCS** qui contribue à l'amélioration du système de soins de ville, soit 250 millions d'euros en 2011 ;
- **l'aide à la télétransmission**, soit 147 millions d'euros en 2011.

Les dotations versées à d'autres fonds sont comptabilisées par ailleurs : celles de l'INPES ou de l'EPRUS dans les dépenses de prévention, celles de la HAS ou de l'ATIH dans les coûts de gestion du système de santé.

La **recherche médicale et pharmaceutique** a été évaluée à 7,4 milliards d'euros en 2010, soit 115 euros par habitant. Pour le compte provisoire de l'année 2011, comme pour les années précédentes, cette dépense est évaluée sur la base d'éléments partiels. Elle s'élèverait à 7,5 milliards d'euros.

En 2000, les financements publics et privés étaient équivalents ; la place du secteur privé a progressé et atteint 57 % en 2007, pour revenir à 53 % en 2011. Ces dépenses comprennent :

- la part consacrée à la santé par tous les organismes inscrits à la MIREs (mission

interministérielle recherche et enseignement supérieur) : Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Instituts Pasteur, Institut Curie, Centre national de la recherche scientifique (CNRS), etc. ;

- la part liée à la santé dans les financements de l'ANR (agence nationale de la recherche) ;
- la part consacrée à la santé dans les dépenses de recherche des universités ;
- les dépenses de recherche clinique dans les hôpitaux universitaires ;
- les dépenses de recherche de l'industrie pharmaceutique et de l'industrie du matériel médical ;
- la part liée à la santé dans les dépenses de recherche du secteur associatif (contribution au financement de la recherche médicale des grandes associations caritatives).

En 2011, les dépenses de **formation des personnels médicaux** restent stables par rapport à 2010, à 1,8 milliard d'euros. Cette stabilité marque un palier après plusieurs années de forte hausse due principalement à :

- une augmentation du coût unitaire de l'étudiant dans les Unités de formation et de recherche (UFR) de médecine ou de chirurgie dentaire ;
- une hausse des coûts des formations sanitaires observée après la décentralisation de l'État vers les régions des crédits consacrés aux formations d'auxiliaires médicaux à partir de 2005.

L'État et les régions assurent l'essentiel du financement de la formation (près de 90 %). La Sécurité sociale contribue au financement de la formation continue des médecins et au financement des IFSI (budgets annexes des hôpitaux). Les ménages règlent les droits d'inscription ou de scolarité. Divers organismes tels les écoles privées de formation des auxiliaires médicaux ou l'Institut Pasteur autofinancent la formation qu'ils dispensent.

Définitions

FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, créé en 2007 et résultant de la fusion du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (créé en 1999) et de la Dotation nationale de développement des réseaux (créée en 2002).

Aide à la télétransmission : elle a figuré dans les charges de gestion courante de la Cnam jusqu'en 2009 ; elle a donc été retranchée jusqu'en 2009 des coûts de gestion de la Cnam figurant dans la fiche 2.6.

Recherche médicale et pharmaceutique : une partie de ces dépenses figure déjà dans la CSBM : il s'agit du PHRC (programme hospitalier de recherche clinique) qui figure dans la dépense hospitalière, ainsi que de la recherche de l'industrie pharmaceutique qui figure dans la dépense de médicament. C'est pourquoi la dernière ligne des tableaux présentant les dépenses de santé par type de financeur est intitulée « double compte ». Cette ligne retranche de la dépense courante de santé les frais de recherche qui seraient sinon comptés deux fois.

Pour en savoir plus

« Méthodologie de la base 2005 des Comptes de la santé », *Document de travail*, DREES, à paraître.

Les dépenses en faveur du système de soins **2.5**

Les dépenses en faveur du système de soins

en millions d'euros

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ensemble	7 846	8 270	8 940	9 257	9 634	9 971	10 633	10 859	11 205	11 461	11 668	11 910
<i>Evolution en %</i>	6,5	5,4	8,1	3,5	4,1	3,5	6,6	2,1	3,2	2,3	1,8	2,1
Subventions au système de soins *	1 618	1 679	1 792	1 874	2 057	2 270	2 277	2 074	2 190	2 226	2 397	2 577
<i>dont PAM</i>	1 613	1 648	1 719	1 783	1 957	2 113	2 086	1 863	1 880	1 958	2 040	2 180
<i>dont FICQS et aide à la télétransmission</i>	15	50	114	144	146	161	191	211	310	268	357	397
Recherche médicale et pharmaceutique **	5 422	5 761	6 275	6 475	6 610	6 621	7 035	7 243	7 354	7 451	7 427	7 484
Formation des personnels médicaux	807	830	873	908	967	1 080	1 320	1 542	1 660	1 784	1 844	1 849

* Prise en charge par l'assurance maladie de cotisations sociales des professionnels de santé, FICQS et aide à la télétransmission.

** y compris "double compte" des tableaux de financement par type de financeur.

Sources : DREES, ministères de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Recherche médicale et pharmaceutique

en millions d'euros

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ensemble	5 422	5 761	6 275	6 475	6 610	6 621	7 035	7 243	7 401	7 451	7 427	7 484
<i>Evolution en %</i>	8,9	6,3	8,9	3,2	2,1	0,2	6,3	3,0	2,2	0,7	-0,3	0,7
Financements budgétaires	2 662	2 861	3 049	3 057	3 171	3 096	3 097	3 116	3 191	3 344	3 492	3 520
Budget civil de recherche et développement	1 708	1 839	1 994	1 946	2 001	1 993	1 961	1 924	1 851	1 890	1 948	1 945
Universités et hôpitaux *	954	1 022	1 055	1 111	1 170	1 103	1 136	1 192	1 340	1 454	1 543	1 576
Autres financements	2 760	2 900	3 226	3 418	3 439	3 524	3 938	4 127	4 210	4 108	3 935	3 964
Industries pharmaceutique et de matériel médical **	2 641	2 773	3 108	3 301	3 311	3 398	3 810	4 012	4 084	3 992	3 827	3 854
Secteur associatif	119	127	118	117	128	126	128	115	126	116	108	110

* y compris PHRC repris dans la ligne "double compte" des tableaux de financement par type de financeur.

** Ligne reprise dans la ligne "double compte" des tableaux de financement par type de financeur.

Sources : ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

2.6 Les coûts de gestion du système de santé

Les coûts de gestion du système de santé sont évalués à 15,6 milliards d'euros en 2011. Ils comprennent les frais de gestion :

- des différents régimes de Sécurité sociale (y compris les contributions versées aux **ARS**) ;
 - des organismes complémentaires: mutuelles, assurances et institutions de prévoyance ;
 - du Fonds CMU,
- ainsi que :

- le budget de fonctionnement du ministère chargé de la Santé (y compris celui des ARS) ;
- les financements publics ou prélèvements affectés au fonctionnement des opérateurs publics contribuant au pilotage du système de santé (**HAS, ATIH, CNG, ANAP**) ou à la compensation des accidents médicaux (**ONIAM**).

Concernant l'assurance-maladie, sont comptabilisés les coûts de gestion des différents régimes (hors aide à la télétransmission retracée avec les subventions au système de soins). Ces coûts s'élèvent à 7,2 milliards d'euros en 2011.

Depuis le passage à la LOLF en 2005, il n'existe plus de budget unique pour le ministère chargé de la Santé, mais des budgets de programmes, qui concernent non seulement la santé, mais aussi l'action sociale.

Ont été retenus pour les Comptes de la santé :

- le budget du programme 124 (conduite des politiques sanitaires et sociales), pour sa partie santé uniquement ;
- le budget du programme 171 (offre de soins et qualité du système de soins), hors subventions à la HAS, à l'ATIH et au CNG ;

- le budget de fonctionnement de la 1^{ère} action (pilotage de la politique de santé publique) du programme 204 (prévention et sécurité sanitaire). Au total, le montant retenu pour le ministère chargé de la santé est de 0,65 milliard d'euros en 2011.

Pour les opérateurs publics (HAS, CNG, ATIH, ANAP et ONIAM), le montant des financements publics ou prélèvements affectés s'est élevé à 0,17 milliard d'euros en 2011. Les autres opérateurs publics tels que l'INPES, l'InVS ou l'EPRUS sont déjà comptabilisés dans les dépenses de prévention (fiche 2.4).

Pour l'année 2010, les coûts de gestion des organismes complémentaires ont été évalués à partir des données recueillies par l'**Autorité de contrôle prudentiel (ACP)**. Ils s'élevaient ainsi à 3,9 milliards d'euros pour les mutuelles, 2,5 milliards d'euros pour les sociétés d'assurance et près d'un milliard d'euros pour les institutions de prévoyance (cf. « Rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé », DREES, 2011).

En attendant l'exploitation des données de l'ACP, les coûts de gestion des organismes complémentaires sont estimés pour l'année 2011 en conservant le ratio coûts/prestations de l'année 2010 pour chaque type d'organisme. Ils sont ainsi évalués à 4 milliards d'euros pour les mutuelles, 2,6 milliards d'euros pour les sociétés d'assurance et un milliard d'euros pour les institutions de prévoyance.

Définitions

ARS : Agence régionale de santé.

HAS : Haute autorité de santé.

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

CNG : Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance.

ONIAM : Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Autorité de contrôle prudentiel (ACP) : créée en janvier 2010 par fusion des autorités d'agrément et de contrôle de la banque et de l'assurance, l'ACP recueille des états de contrôle prudentiel ainsi que des états statistiques relatifs à la protection sociale complémentaire.

Pour en savoir plus

« Rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé », M. Garnero, C. Zaidman, DREES, octobre 2011.

Les coûts de gestion du système de santé 2.6

Coûts de gestion du système de santé

en millions d'euros

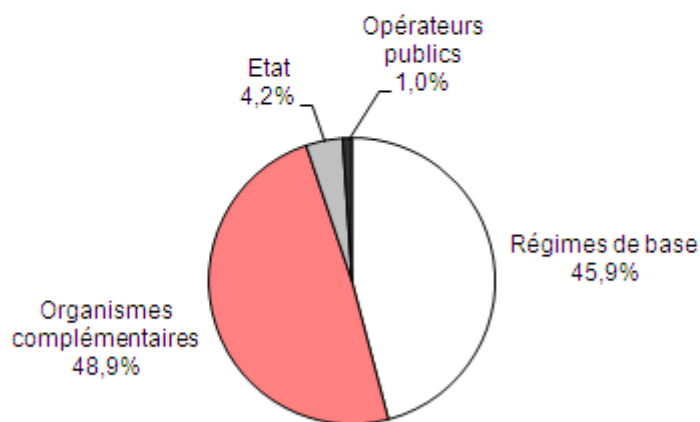
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ensemble	13 372	13 763	14 123	14 600	15 094	15 419	15 641
<i>Evolution en %</i>	1,9	2,9	2,6	3,4	3,4	2,2	1,4
Principaux organismes gérant le risque maladie *	7 137	7 052	7 135	7 190	7 216	7 216	7 178
Organismes complémentaires	5 512	5 990	6 237	6 572	6 933	7 323	7 651
- Mutuelles	3 076	3 319	3 416	3 536	3 661	3 894	3 992
- Institutions de prévoyance	657	781	846	915	933	973	1 025
- Assurances	1 778	1 888	1 974	2 120	2 338	2 455	2 633
- Fonds CMU	1	1	1	1	1	1	1
Ministère chargé de la Santé	602	632	665	683	702	674	650
Opérateurs publics (HAS, ATIH, CNG, ANAP et ONIAM) **	121	89	85	155	244	205	162

* Cnamts, MSA, RSI, autres régimes : frais de gestion hors aide à la télétransmission comptée en subvention au système de soins.

** les financements des autres opérateurs publics sont comptabilisés avec la prévention (INPES, INV, ABM, INTS, AFSSAPS, EPRUS).

Sources : DREES, Comptes de la Protection Sociale ; DSS, comptabilité des organismes de sécurité sociale ; calculs DREES à partir des données ACP pour les organismes

Structure des coûts de gestion du système de santé en 2011



Sources : DREES, Comptes de la santé - Base 2005.

3.1 Comparaisons internationales de la Dépense totale de santé

La **dépense totale de santé** (DTS) est le principal agrégat utilisé pour les comparaisons internationales entre les pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), de la communauté européenne (Eurostat) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 2003. Dans tous les pays de l'OCDE, la DTS progresse plus rapidement que l'activité économique, entraînant une hausse de la part du PIB consacrée à la santé. La part moyenne de l'ensemble des pays de l'OCDE était de 7,8 % du PIB en 2000. Elle est passée à 8,9 % en 2008, puis 9,6 % en 2009 et 9,5 % en 2010. La forte progression observée en 2009 résulte de la diminution du PIB intervenue cette année-là dans les pays de l'OCDE. En 2010 en revanche, la part du PIB consacrée à la santé a diminué légèrement dans la plupart des pays.

La DTS de la France, désormais calculée en base 2005, représente 11,6 % du PIB en 2010, ce qui est relativement élevé par rapport à la moyenne de l'OCDE. La France se place ainsi en 3^{ème} position, derrière les États-Unis (17,6 %) et les Pays-Bas (12 %) et à un niveau équivalent à celui de l'Allemagne (11,6 %) et légèrement supérieur à celui du Canada (11,4 %), de la Suisse (11,4 % hors FBCF) ou du Danemark (11,1 %).

Lorsque l'on considère la **dépense courante de santé** au sens de l'OCDE (égale à la DTS hors dépense en capital), les positions de la France et de la Suisse s'inversent : en 2010, la dépense courante représente 11,2 % du PIB pour la France et 11,4 % pour la Suisse.

La France se situe à un niveau légèrement plus élevé que la moyenne de l'OCDE (au dixième rang) pour la dépense totale de santé par habitant exprimée en parité de pouvoir d'achat (**PPA**). Celle-ci est plus élevée aux États-Unis, au Canada et chez quelques uns de nos voisins européens : Allemagne, Autriche, Danemark, Luxembourg, Pays-Bas, et Suisse et Norvège

Les comparaisons de niveaux de dépenses de santé entre pays doivent être prises avec prudence, car le passage de la Dépense nationale de santé (ancienne définition de l'OCDE) à la Dépense totale de santé (définition commune à l'OCDE, Eurostat et à l'OMS) se fait à des rythmes différents selon les pays. Les principales modifications concernent l'intégration des dépenses liées au handicap et à la dépendance, ainsi que la prise en compte de la formation brute de capital fixe du secteur privé (hospitalisation privée et professionnels libéraux). Certains pays de l'OCDE (Belgique, Luxembourg, Suisse) ne comptabilisent pas de FBCF dans leur DTS. Pour la France, la DTS est évaluée à partir de la dépense courante de santé (DCS) diminuée des dépenses d'indemnités journalières, d'une partie des dépenses de prévention (sécurité sanitaire de l'alimentation et prévention liée à l'environnement), et des dépenses de recherche et de formation médicales, mais augmentée des dépenses en capital du secteur de la santé (ou formation brute de capital fixe) et de certaines dépenses sociales liées à la dépendance et au handicap (dépenses des départements liées à l'accueil des personnes handicapées).

Définitions

Dépense totale de santé (DTS) : elle comprend la consommation finale de produits et de services de santé plus les dépenses d'investissement en infrastructures de soins de santé.

Dépense courante de santé (DCS) au sens de l'OCDE : elle est égale à la DTS diminuée des dépenses de d'investissement (Formation brute de capital fixe - FBCF).

PPA : les parités de pouvoir d'achat sont des taux permettant de convertir les prix dans une monnaie commune tout en éliminant les différences de pouvoir d'achat entre monnaies. Leur utilisation permet d'éliminer lors de la conversion les différences de niveau des prix entre pays.

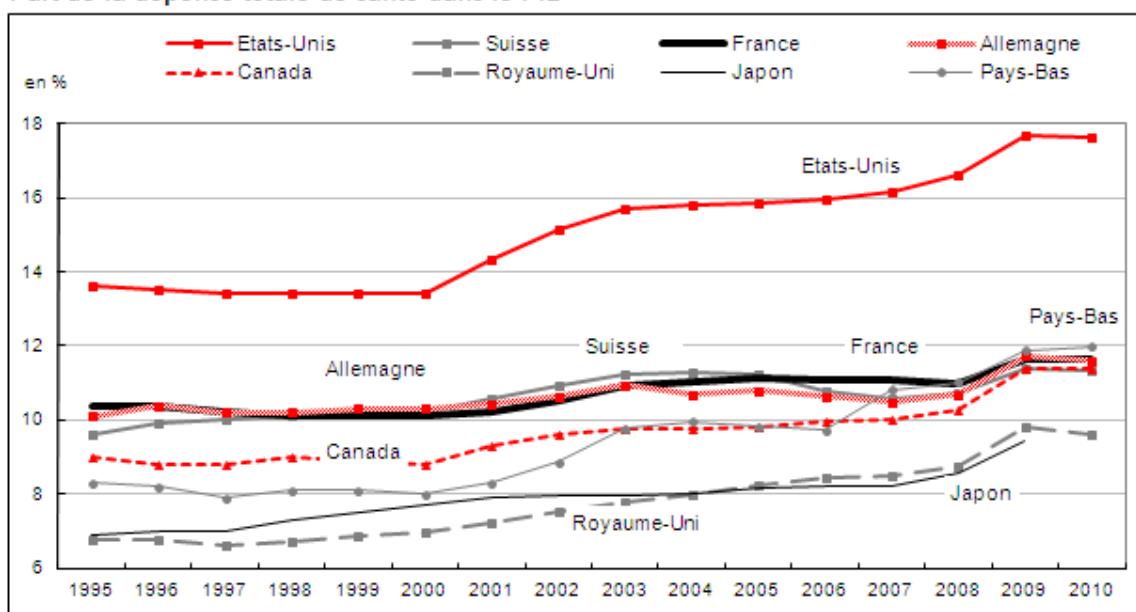
Pour en savoir plus

« Base de données « Eco-santé 2012 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.

SHA : System of Health Accounts, consultable sur www.oecd.org/health/sha.

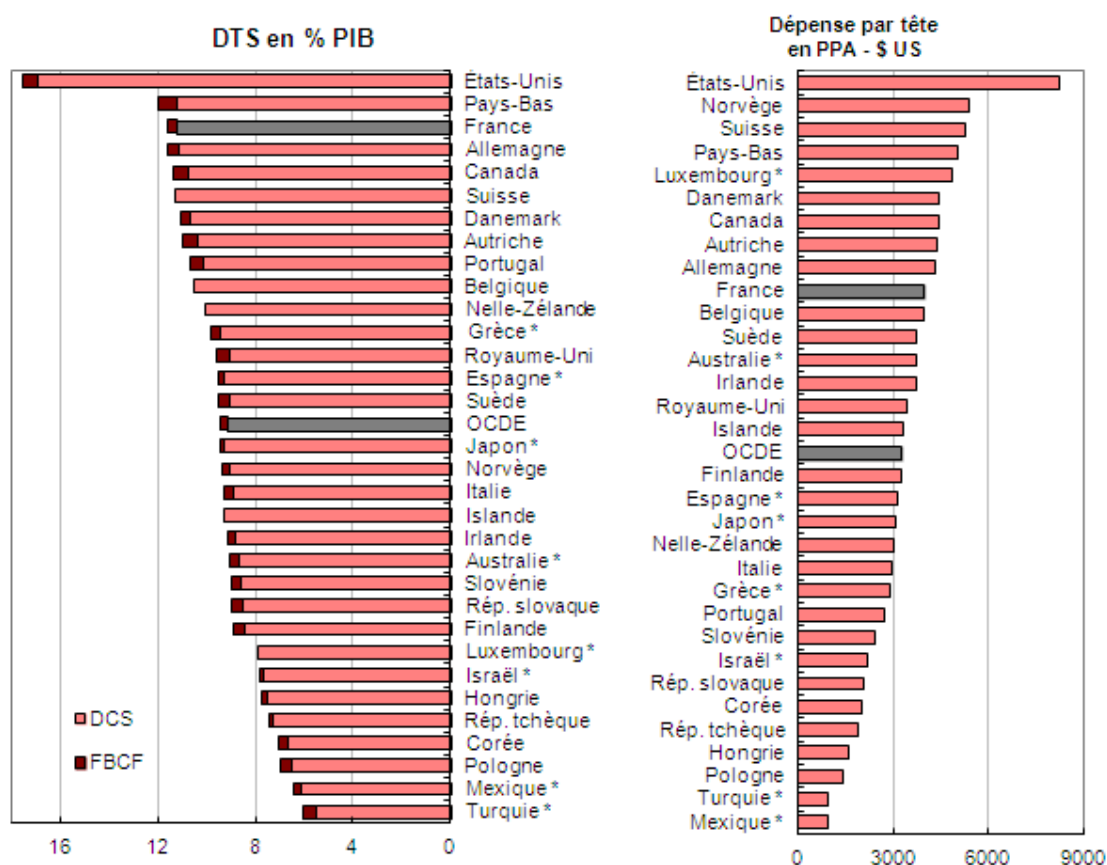
Comparaisons internationales de la Dépense totale de santé 3.1

Part de la dépense totale de santé dans le PIB



Source : Eco-Santé OCDE 2012.

Dépense totale de santé en 2010



* Données 2009 (ou dernière année connue).

Source : Eco-Santé OCDE 2012.

3.2 Comparaisons internationales des dépenses hospitalières

Avec 81,2 milliards d'euros en 2010, les **soins hospitaliers publics et privés** (hors soins de longue durée aux personnes âgées) représentent 46 % de la consommation individuelle de soins et biens médicaux française ce qui place la France en 2^{ème} position par rapport aux autres pays de l'OCDE, derrière les Pays-Bas et au même niveau que la Norvège.

Ces positions relatives doivent être examinées avec prudence : elles dépendent en effet étroitement de l'organisation des soins et en particulier de l'organisation de la chirurgie ambulatoire dont le développement s'effectue à des rythmes variables selon les pays. La chirurgie ambulatoire est, par exemple, restée interdite en Allemagne jusqu'en 1990, alors qu'elle se développait rapidement en France, d'où les écarts importants entre les deux pays. Lorsque, pour la France, on enlève l'hospitalisation de jour des dépenses hospitalières, la part des soins hospitaliers dans la consommation individuelle de soins et biens médicaux passe à 39 %, ce qui place notre pays à la 6^{ème} position.

Dans le système international des Comptes de la santé, deux approches sont utilisées concernant l'analyse des dépenses, celle par types de soins et celle par types de producteurs, comme l'illustre le cas des établissements hospitaliers.

L'hôpital en tant que producteur correspond à l'entreprise qui assure les soins : ainsi les montants des cliniques privées ne concernent que les dépenses de l'établissement et non les honoraires des médecins libéraux y exerçant. Ces derniers sont producteurs de soins de médecins. A contrario les consultations externes des hôpitaux publics sont dans cette approche classées avec l'hôpital.

L'hôpital sous l'angle des soins correspond aux montants dépensés en hospitalisation complète : ainsi les consultations externes des hôpitaux publics sont reclassées en ambulatoire, les soins de moins de 24H publics et privés en soins de jour et les honoraires des médecins libéraux exerçant en hospitalisation complète réintégrés à l'hôpital privé.

L'approche par type de producteurs permet de manière complémentaire de mettre en lumière le rôle de l'hôpital en tant que prestataire de soins : la part de l'hôpital dans la consommation de soins et biens médicaux est de 41 % pour la France en 2010 (y compris les soins de longue durée) mais les niveaux des autres pays peuvent également varier de façon significative. La France se place alors à un niveau proche de celui de ses voisins européens.

Les indicateurs de l'activité des hôpitaux font, d'ailleurs, apparaître la France en position moyenne par rapport à ses partenaires européens pour les équipements hospitaliers comme le nombre de **lits de soins aigus**. En 2010, ce nombre s'élève à 3,5 lits pour 1 000 habitants en France pour 3,4 en moyenne dans l'OCDE. La tendance générale est à la réduction du nombre de lits, passé de 4,7 pour 1 000 habitants en 1995 à 3,4 en 2010. Le nombre important de lits de soins aigus observé en Allemagne ou en Autriche est lié au moindre développement de l'hospitalisation de jour dans ces deux pays.

La **durée moyenne d'hospitalisation** en soins aigus est souvent utilisée comme indicateur d'efficacité du système hospitalier. Toutefois, si un séjour court semble diminuer la dépense d'hospitalisation, il exige souvent une intensité de services plus élevée, et donc un coût journalier plus élevé. En 2010, la France est l'un des pays où la durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est la plus courte : 5,2 jours contre 6,2 jours en moyenne dans les pays de l'OCDE. Cette durée moyenne de séjour a baissé dans tous les pays : elle est passée de 8,7 jours en 1995 à 7,2 jours en 2000, puis 6,2 jours en 2010.

Définitions

La Consommation individuelle de soins et de biens médicaux retenue dans cette comparaison correspond en fait à la CSBM des Comptes de la santé : elle comprend la consommation de soins hospitaliers, de soins ambulatoires, de médicaments et autres biens médicaux, ainsi que de transports des malades.

Lits de soins aigus : en théorie, il s'agit uniquement des lits réservés aux soins curatifs, hors soins de longue durée ou soins de suite et de réadaptation.

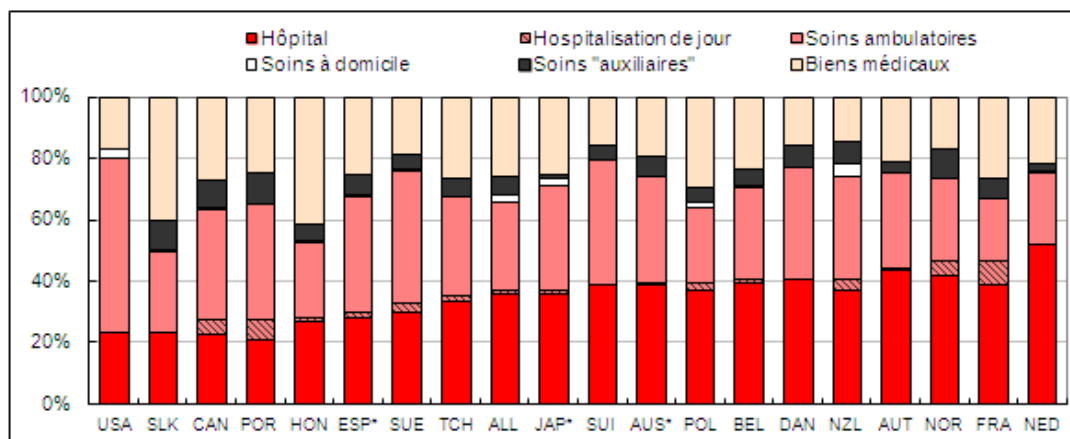
Durée moyenne d'hospitalisation : elle est calculée en divisant le nombre total de journées passées par tous les patients dans les unités de soins aigus au cours d'une année par le nombre des admissions ou des sorties.

Pour en savoir plus

Base de données « Eco-santé 2012 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.
« Panorama de la santé 2011 », OCDE, décembre 2011.

Comparaisons internationales des dépenses hospitalières 3.2

Structure des dépenses individuelles de santé par type de soins en 2010 (hors soins de longue durée)

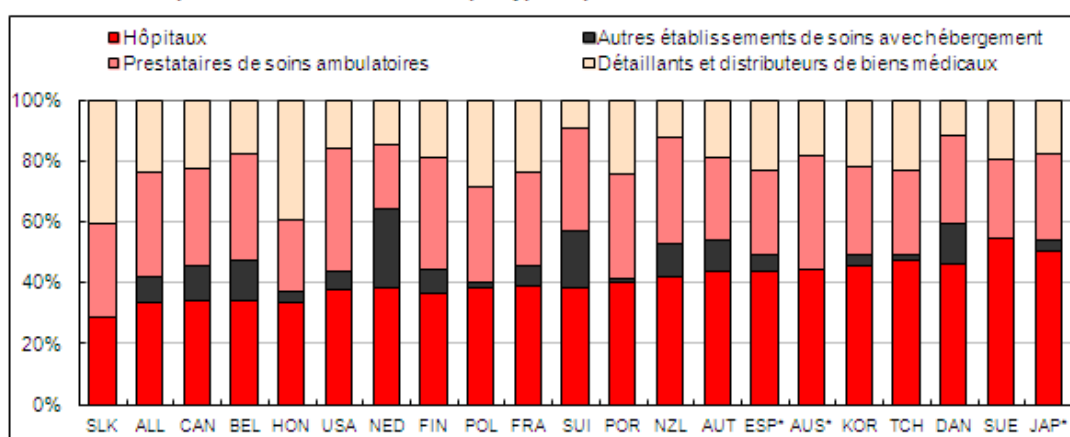


Note de lecture : la structure présentée ici est calculée sur les dépenses individuelles de santé, hors soins de longue durée.

Sources : Eco-Santé OCDE 2012.

* Données 2009.

Structure des dépenses individuelles de santé par type de producteurs en 2010 (y compris soins de longue durée)

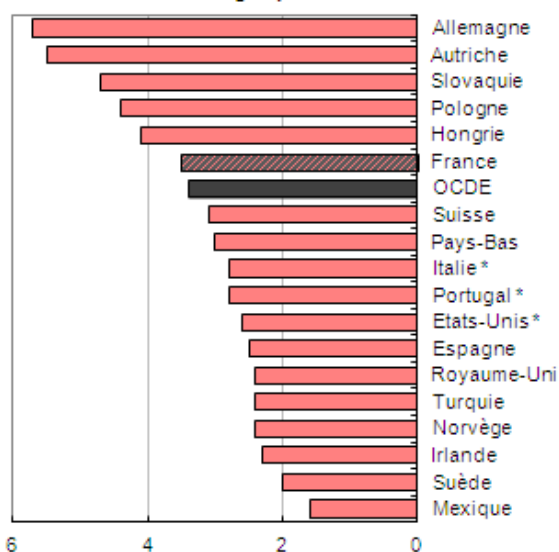


Note de lecture : la structure présentée ici est calculée sur l'ensemble des soins (y compris soins de longue durée).

Sources : Eco-Santé OCDE 2012.

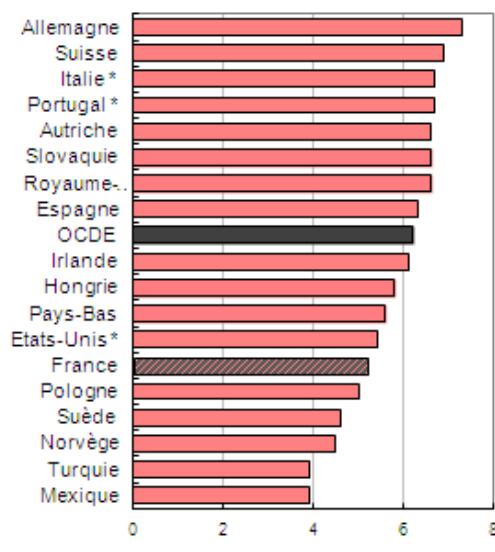
* Données 2009.

Nombre de lits de soins aigus pour 1000 habitants en 2010



Sources : Eco-Santé OCDE 2012.

Durée moyenne de séjour en soins aigus en 2010



* Données 2009

3.3 Comparaisons internationales sur les médecins

En 2010, la densité de médecins, c'est-à-dire le **nombre de médecins** en activité par habitant est de 3,2 médecins pour 1 000 habitants en moyenne dans les pays de l'OCDE. Cette densité est extrêmement variable entre les pays puisqu'elle va de moins de 2 médecins pour 1 000 habitants en Turquie à 4 médecins pour 1 000 habitants en Espagne, Allemagne et Norvège et 6 en Grèce. La France se situe un peu au-dessus de la moyenne, avec 3,3 médecins pour 1 000 habitants.

Cette densité de médecins a fortement augmenté durant les 30 dernières années, mais son rythme de croissance se ralentit nettement depuis 1990 dans pratiquement tous les pays. Ainsi, alors qu'elle avait augmenté à un rythme moyen de 3 % par an entre 1975 et 1990 dans les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de séries temporelles longues, son rythme de croissance est devenu inférieur à 2 % par an entre 1990 et 2010 pour ces mêmes pays. Seuls l'Autriche et le Royaume-Uni ont enregistré sur cette dernière période des taux de croissance supérieurs à ceux de la première période, ainsi que les pays à faible densité de médecins (Mexique, Turquie). Par contre, la densité n'a que très peu progressé dans les pays qui comme la France, ont mis en place un « numerus clausus » dans les années 1980-1990.

Par ailleurs, les progrès des technologies médicales conduisent à une spécialisation toujours plus grande de la médecine. Ainsi, le rapport spécialistes/généralistes est passé en

moyenne de 1,5 en 1990 à 1,8 en 2010, avec une grande hétérogénéité entre les pays. En France, on compte autant de spécialistes que de généralistes, comme au Portugal, au Canada ou au Pays-Bas. Mais en Suisse, au Royaume-Uni, aux États-Unis, dans les pays scandinaves ou d'Europe centrale, les spécialistes sont nettement plus nombreux que les omnipraticiens. Cette analyse est toutefois rendue fragile en raison de l'importance pour certains pays de la catégorie « autres ».

Dans plusieurs pays (Australie, Canada, Danemark, France, Pays-Bas, Royaume-Uni), les patients sont tenus ou incités à respecter un parcours de soins, c'est-à-dire à consulter en premier lieu un généraliste qui les orientera si nécessaire vers un spécialiste.

Le nombre de **consultations** par habitant est de 6,4 consultations par an en moyenne dans les pays de l'OCDE en 2010. Mais cette moyenne recouvre des disparités très importantes : moins de 3 consultations par an en Suède ou au Mexique, pour plus de 11 en Hongrie, en République Tchèque, en Corée ou au Japon. La France se situe légèrement au-dessus la moyenne, avec 6,7 consultations par an.

En 2010, le nombre de consultations par médecin est de 2 400 en moyenne par an (2 000 en France). Il recule depuis 1990 dans la plupart des pays de l'OCDE, le nombre de médecins ayant augmenté plus vite que le nombre de consultations sur cette période.

Définitions

Nombre de médecins : nombre de médecins exerçant la médecine dans des établissements publics ou privés, ou à titre libéral ; la plupart des pays incluent les internes et résidents (médecins en formation). L'Irlande, la France, la Grèce, les Pays-Bas et la Turquie incluent le nombre de médecins non pratiquants mais enseignants ou chercheurs et le Portugal indique le nombre de médecins autorisés à exercer, d'où une surestimation.

Consultations : elles peuvent avoir lieu dans les cabinets ou cliniques privées, dans les services de consultations externes des hôpitaux ou au domicile des patients. Leur nombre provient le plus souvent de sources administratives, mais aussi d'enquêtes effectuées auprès des ménages (Espagne, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suisse pour les consultations de généralistes).

Pour en savoir plus

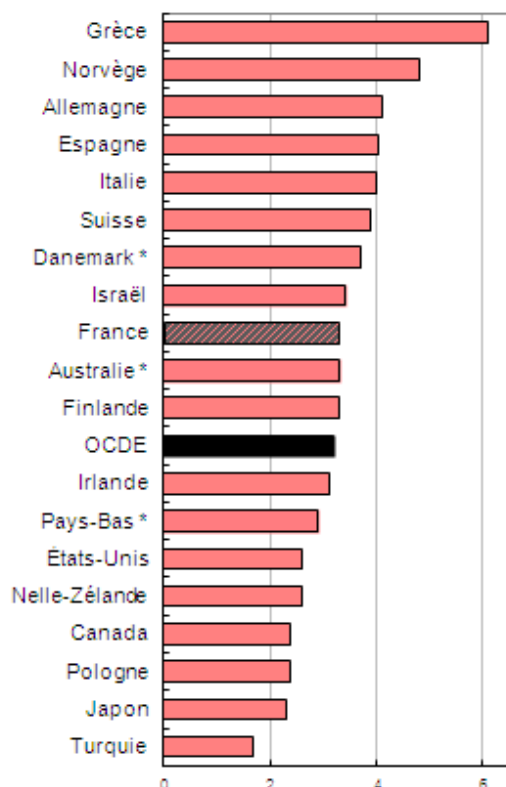
« Panorama de la santé – 2011 », OCDE, décembre 2011.

Base de données « Eco-santé 2012 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.

Comparaisons internationales sur les médecins 3.3

Médecins en activité en 2010

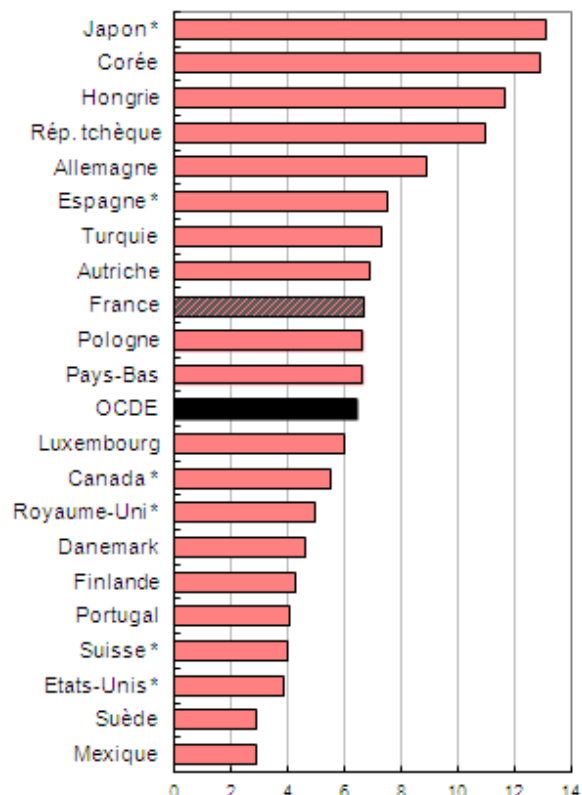
Densité pour 1 000 habitants



* Données 2009 (ou dernière année connue).

Sources : Eco-santé OCDE 2012.

Nombre de consultations par habitant en 2010

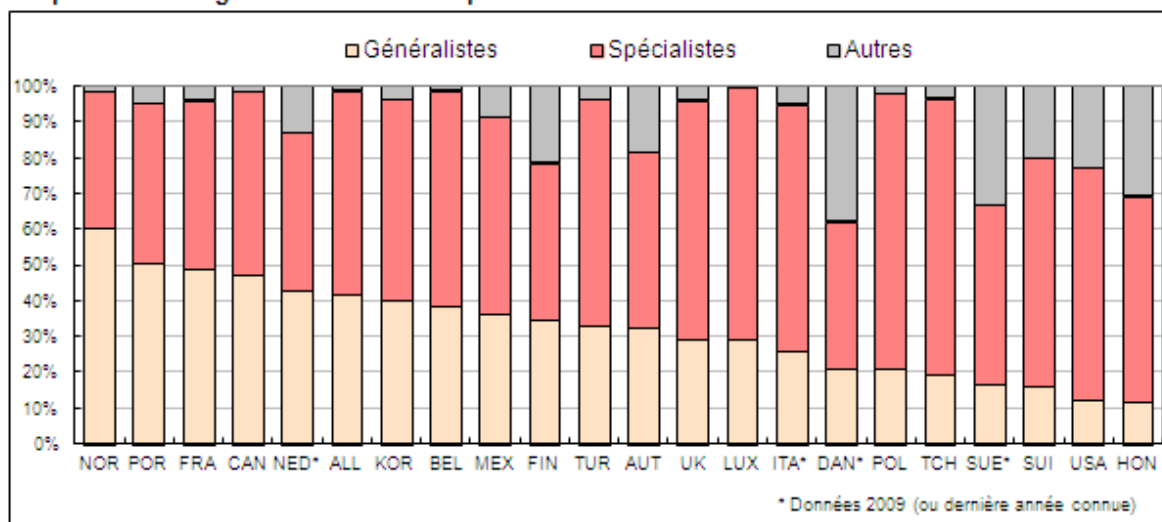


* Données 2009 (ou dernière année connue).

** Hors consultations privées de spécialistes pour le Royaume-Uni, hors visites des médecins libéraux pour le Portugal et la Turquie.

Sources : Eco-santé OCDE 2012.

Répartition des généralistes et des spécialistes en 2010



* Données 2009 (ou dernière année connue)

Spécialistes : y compris pédiatres, gynécologues/obstétriciens, psychiatres.

Autres : internes/résidents si non inclus dans leur spécialité et autres médecins.

Source : Eco-santé OCDE 2012.

3.4 Comparaisons internationales sur les médicaments

Selon l'OCDE, en 2010, la dépense française de produits pharmaceutiques (médicaments et pansements) rapportée au nombre d'habitants se situe au 5^{ème} rang mondial, derrière celle des États-Unis, du Canada, de l'Irlande et de l'Allemagne, à un niveau très proche de celui de la Belgique et du Japon. Mesurée en part de PIB, la dépense pharmaceutique française se situe au 7^{ème} rang mondial.

Dans les pays de l'OCDE, les fonds publics couvrent en moyenne 60 % des **dépenses pharmaceutiques**. Les assurances privées en prennent en charge environ 7 %, laissant le tiers de la dépense à la charge des ménages, proportion très supérieure à celle des soins hospitaliers ou ambulatoires. Cette différence tient à une plus grande participation des assurés au coût des médicaments dans les dispositifs d'assurance maladie, à l'absence de couverture de certains produits et au non-remboursement de l'automédication.

Globalement, on estime qu'entre 1995 et 2010, le montant des dépenses pharmaceutiques par habitant a augmenté en moyenne de plus de 50 %, en valeur réelle, dans les pays de l'OCDE. En effet, dans la plupart des pays, la progression des dépenses pharmaceutiques a été supérieure à celle de leurs dépenses totales de santé sur la période.

Les pays de l'OCDE présentent des différences importantes quant au volume ou à la structure de la consommation ou encore à la politique de prix des médicaments. En effet, de nombreux pays ont mis en place des incitations financières pour que soient privilégiés les traitements les moins coûteux. Ces incitations concernent les médecins

prescripteurs (complément de rémunération en cas de respect d'un objectif de prescriptions) ou les pharmaciens (alignement des marges des médicaments **génériques** sur celles des médicaments **princeps**). À noter que les forfaits CAPI des médecins généralistes français (cf. fiche 1.5) comportent des objectifs de prescriptions de médicaments génériques.

En 2010, la France reste l'un des tous premiers consommateurs européens de médicaments, avec un volume par habitant nettement supérieur à la moyenne lorsqu'on le mesure en **unités standards** (SU) par habitant. Avec 1 438 SU par habitant, la consommation française est en effet de 40 % supérieure à celle observée dans les pays voisins. En la mesurant en chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) par habitant, la consommation française de médicaments s'avère encore supérieure à celle de ses principaux voisins européens (Espagne, Italie, Pays-Bas, Allemagne, Royaume-Uni) mais inférieure à la Suisse, et au Danemark.

La structure de la consommation pharmaceutique française se caractérise par un poids élevé de produits à la fois plus récents et plus coûteux, y compris pour les génériques. Une analyse de la CNAMTS montre que les prix français des génériques pour des classes importantes comme les statines (anti-cholestérol), les IPP (anti-hypertenseurs) et les IEC (anti-ulcéreux) sont les plus élevés par rapport aux prix pratiqués dans cinq pays voisins : Allemagne, Espagne, Italie, Pays-Bas, et Royaume-Uni. Seuls les génériques des statines et des IPP vendus en Suisse sont plus coûteux que les génériques français.

Définitions

Dépenses pharmaceutiques : elles incluent les achats de médicaments délivrés sur ordonnance, l'automédication, mais aussi les achats d'autres produits médicaux non durables tels les pansements.

Générique : médicament ayant le même principe actif que le médicament **princeps** qu'il copie ; sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (20 ans).

Unités standards (SU) : plus petite dose commune utilisée pour un traitement (comprimé, cuillerée...).

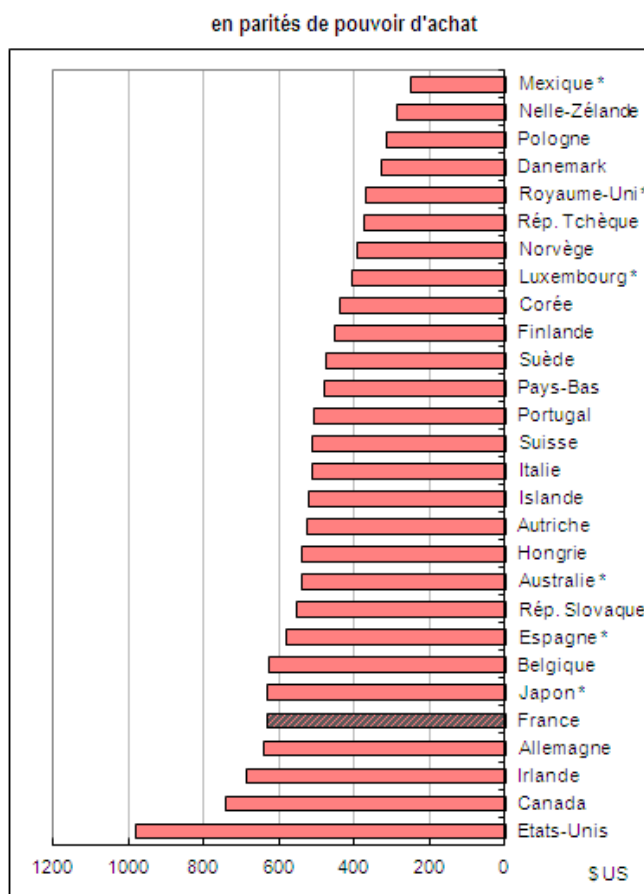
Pour en savoir plus

Base de données « Eco-santé 2012 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.

« Rapport de l'assurance maladie sur les charges et les produits pour l'année 2013 – Constats », partie 3, CNAMTS, juillet 2012.

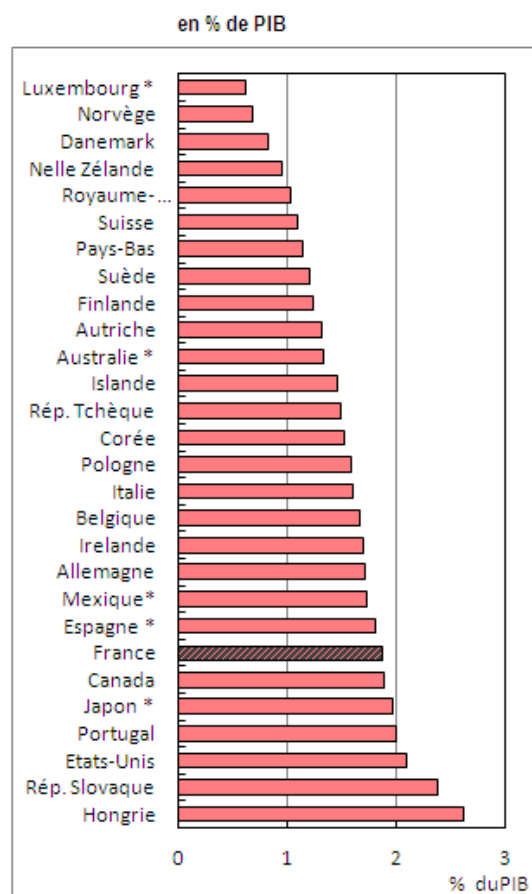
Comparaisons internationales sur les médicaments 3.4

Dépenses de produits pharmaceutiques par habitant en 2010



* Données 2009 (ou dernière année connue).

Sources : Eco-santé OCDE 2012.



* Données 2009 (ou dernière année connue).

Sources : Eco-santé OCDE 2012.

Chiffre d'affaires HT et quantités vendues par habitant en 2010

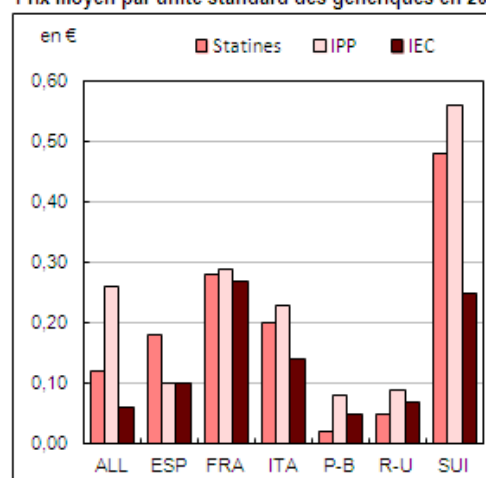
	CAHT (€) par hab.	Nb de boîtes par hab.	Nb d'unités standard par boîte	Nb d'unités standard par hab.
Ensemble des 8 pays	258	29	39	1 112
Allemagne	315	18	61	1 078
Espagne	239	30	37	1 102
France	336	48	30	1 438
Italie	201	31	26	791
Royaume-Uni*	167	26	49	1 276
Danemark	349	15	66	1 007
Pays-Bas	189	17	40	672
Suisse	366	20	53	1 072

* hors ventes ne passant pas par les officines, importantes au Royaume-Uni.

Sources : DREES – données IMS Health ;

Eco-Santé 2011 OCDE pour la population.

Prix moyen par unité standard des génériques en 2010



Sources : CNAMTS - IMS Health 2010.

3.5 Les soins de longue durée (Long term care)

La définition des soins de longue durée (long-term care) utilisée dans SHA (System of Health Accounts) est la suivante : « soins et services prodigués aux patients qui ont besoin d'une assistance constante car ils souffrent de déficiences chroniques et subissent une perte de leur autonomie et de leur capacité d'accomplir certains actes de la vie quotidienne ». Elle s'applique aux personnes âgées dépendantes mais aussi aux personnes handicapées, en longue maladie, etc.

Les soins de longue durée regroupent à la fois les services de soins de longue durée qui relèvent de la santé (Long Term Health care – HC.3) et les services sociaux d'aide à la personne connexes à la santé (Long Terme Health care related – HCR.6.1).

L'OCDE note la difficulté de distinguer dans les comptes ce qui relève de la santé, de ce qui relève de ces activités connexes, car de nombreux services touchent à ces deux composantes.

Il s'agit, en effet, de pouvoir distinguer les aides au sein des dépenses de santé et d'action sociale : celles relatives à l'accomplissement des activités essentielles de la vie quotidienne (AVQ) et celles relatives à l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Les AVQ, classées en santé (Long term Health care-HC3), correspondent aux aides apportées aux personnes pour qu'elles puissent se lever, se laver, s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes. Les AIVQ, classées en services sociaux (Long term Health care related - HCR6.1) correspondent aux aides à l'accomplissement des tâches domestiques (courses, lessive, ménage, préparation des repas) ou administratives (gestion du budget, loisirs, accompagnement à l'extérieur).

L'OCDE estime que l'erreur qui résulte de cette difficulté peut modifier de 10 % le montant global des dépenses de santé qui n'intègrent que les services de soins.

Définitions

USLD : unités de soins de longue durée des hôpitaux.

EHPA - (EHPAD) : établissements d'hébergement pour les personnes âgées (dépendantes).

MAS : Maisons d'accueil spécialisées ; **FAM** : Foyers d'accueil médicalisés.

SSAD : Services de soins à domicile, assurés par des infirmiers (20 %) ou des aides-soignantes (80 %).

APA : Aide personnalisée à l'autonomie

AIS : actes de soins infirmiers ; **AMK** : actes de kinésithérapie.

ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne ; **PCH** : prestation de compensation du handicap.

Pour en savoir plus

Base de données « Eco-santé 2012 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.

« Panorama de la santé 2011 », chapitre 8 – Soins de longue durée, OCDE, décembre 2011.

En France, dans l'état actuel de l'information statistique, il est impossible d'alimenter de façon exhaustive tant le poste HC.3 (soins et aide à la personne - AVQ) que le poste HCR.6.1 (aide ménagère - AIVQ) dans le cas d'une personne gardée à domicile. De même, si cette personne est hébergée en institution la ventilation des dépenses entre HC.3 et HCR.6.1 est difficile. En institution le poste HCR.6.1 comprend également les frais d'hébergement.

Parmi les prestataires de SLD (nomenclature HP), on distingue les hôpitaux publics (**USLD**), les établissements pour personnes âgées (**EHPA, EHPAD**) ou handicapées (**MAS, FAM**, etc), et les prestataires de services à domicile (infirmiers, kinésithérapeutes, **SSAD**...).

Parmi les dépenses de services à domicile, on recense : les soins infirmiers (approximés par les **AIS** de ville aux personnes de plus de 80 ans), les soins de kinésithérapie (approximés par les **AMK** de ville aux plus de 80 ans), les forfaits de soins en **SSAD**, l'**APA**, l'**ACTP**, la **PCH** et l'action sociale complémentaire des collectivités territoriales et des caisses de retraite (aide ménagère, notamment). L'estimation basse des dépenses de soins de longue durée (y compris action sociale liée à la santé) en France est ainsi de 34,4 milliards d'euros en 2010, soit 10,4 % de la dépense courante de santé au sens de l'OCDE.

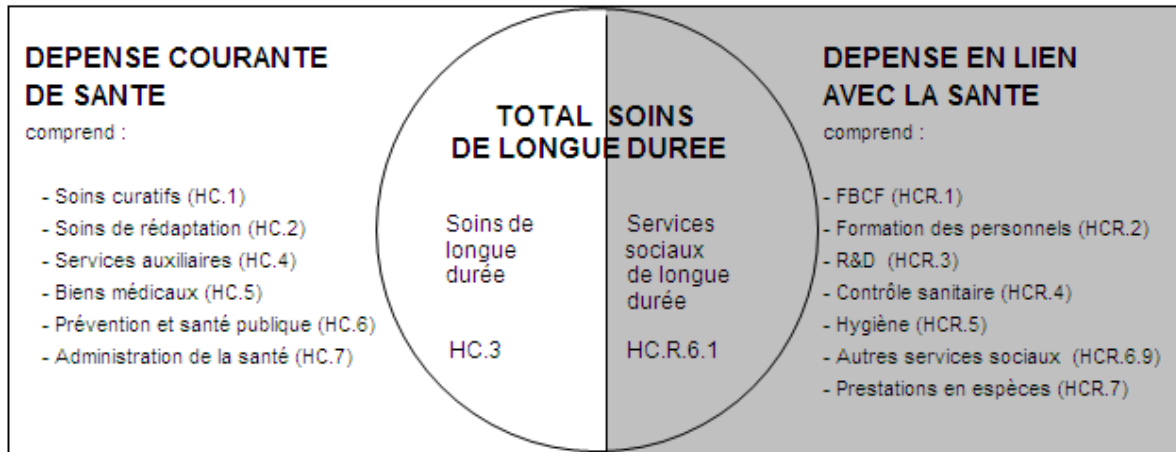
Étant donné l'insuffisance des sources, peu de pays de l'OCDE parviennent à isoler précisément les dépenses de soins de longue durée ; en outre, les délimitations entre le volet sanitaire et le volet social peuvent varier entre les pays, ce qui rend ces données difficilement comparables. Compte tenu de ces restrictions, la part des dépenses totales de soins de longue durée (HC.3) dans la dépense courante de santé varie de 5 à 30 % en 2010 selon les pays. Elle est souvent élevée dans les pays d'Europe du Nord (Danemark, Norvège, Pays-Bas), mais très faible dans les pays d'Europe de l'Est.

Les soins de longue durée (LTC) 3.5

Nomenclature des dépenses de soins de longue durée

HC.3 HC.3.1 HC.3.2 HC.3.3 HC.R dont HC.R.6.1	Services de soins de longue durée (Long-term health care) Soins de longue durée en milieu hospitalier Soins de longue durée en hospitalisation de jour Soins de longue durée à domicile Services en rapport avec la santé (Health related care) Services sociaux de longue durée (Social services of LTC)
---	---

Source : OCDE, SHA 1.0 - Health Accounts System Guidelines.



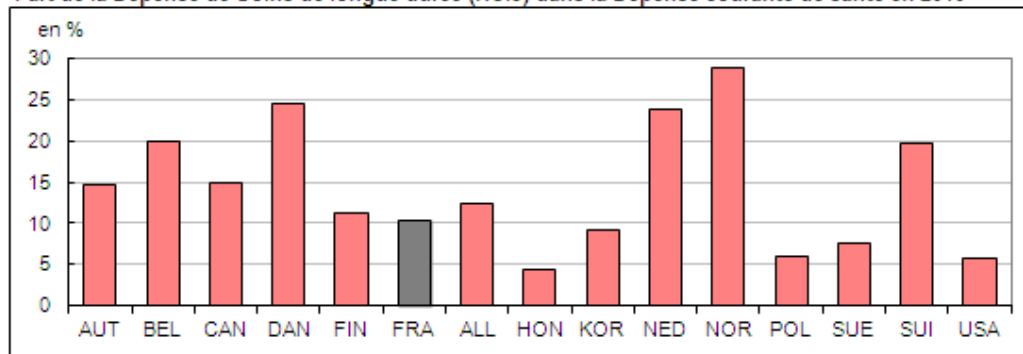
Dépenses de soins de longue durée en 2010

en millions d'euros

	HP.1 - Hôpital		HP.2 - Autres établiss.		HP.3 - Ambulatoire		TOTAL
	HP.1.1 Hôpitaux généraux	HP.2.1 Etabliss. de soins	HP.2.3 EHPA - EHPAD	HP.3.3 Auxil. Médic.	HP.3.6 Services de soins à dom.		
HC.3 Soins de longue durée							
HC.3.1 SLD en établissements	2 652	10 408	3 468				16 527
- USLD, EHPA, EHPAD	2 652	2 153	2 861				7 665
- APA en établissement pour AVQ			607				607
- Etablissements pour pers. handicapées		8 255					8 255
HC.3.3 Soins de longue durée à domicile				3 198	4 012		7 209
- Soins à domicile aux personnes âgées				3 198	1 334		4 531
- APA à domicile pour AVQ					1 043		1 043
- Handicapés et p.a (ACTP + PCH) pour AVQ					1 635		1 635
HCR.6.1 Action sociale liée à la santé		3 253	3 428		4 019		10 700
- Aide sociale aux personnes âgées			2 214		1 310		3 524
- APA pour AVQ			1 214		2 434		3 648
- Aide sociale aux personnes handicapées		3 253			275		3 528
TOTAL	2 652	13 661	6 896	3 198	8 031		34 437

Sources : DREES, Comptes de la santé, Comptes de la protection sociale pour SHA.

Part de la Dépense de Soins de longue durée (HC.3) dans la Dépense courante de santé en 2010



Sources : Eco-Santé OCDE 2012.

4.1 Le financement des principaux types de soins

Entre 2000 et 2011, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la **CSBM** recule de 1,2 point, passant de 76,7 % à 75,5 %. Après avoir progressé jusqu'en 2004, elle a diminué de 0,5 point entre 2005 et 2006, (mise en place de la participation forfaitaire d'un euro sur les consultations et analyses et du déremboursement de nombreux médicaments) ; elle a à nouveau reculé en 2008 (franchises sur les médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux et les transports de malades). Après être restée quasi-stable en 2009-2010, la part de la Sécurité sociale recule très légèrement en 2011.

Sur la même période, le reste à charge des ménages a connu une évolution presque symétrique : il a reculé de 9,7 % en 2000 à 8,8 % en 2004, puis a recommencé à croître en 2005 pour s'établir à 9,6 % en 2009, restant à ce niveau en 2010-2011.

Enfin, la part des organismes complémentaires a quant à elle augmenté de façon continue, passant de 12,4 % en 2000 à 13,5 % en 2010 puis 13,7 % en 2011.

Parmi les trois grands postes de la CSBM, c'est pour le **secteur hospitalier** que la part de la Sécurité sociale dans le financement des dépenses est la plus élevée : 90,4 % en 2011. Représentant 92 % en 2000, cette part recule légèrement depuis. Cette diminution s'est reportée sur la part des organismes complémentaires (+ 1,8 point entre 2000 et 2011). Cette évolution résulte notamment de la hausse du forfait journalier hospitalier (passé de 9 € en 2004 à 12 € en 2007, puis 13,5 € en 2010 pour la psychiatrie ; et de 13 € à 16 € en 2007, puis 18 € en 2010 pour les autres hospitalisations), de la hausse des tarifs journaliers de prestations (TJP), et de la mise en place en septembre 2006 du forfait de 18 € par acte « lourd » (coté K50 ou de plus de 91 €). Le seuil d'application de cette participation forfaitaire de 18 € a été relevé de 91 € à 120 € en 2011.

Entre 2000 et 2006, la part des **soins de ville** prise en charge par la Sécurité sociale était orientée à la baisse tandis que, symétriquement, le reste à charge des ménages progressait. En particulier, en 2006, la part prise en charge par la Sécurité sociale avait diminué de 0,5 point (participation forfaitaire d'un euro sur les consultations et analyses), et à nouveau en 2008 avec la pénalisation accrue des assurés ne respectant pas le parcours de soins et la mise en place de franchises sur les actes d'auxiliaires médicaux. En 2010 et 2011, le reste à charge des ménages diminue légèrement tandis que la part des organismes complémentaires augmente. En 2011, la part de la Sécurité sociale est de 62,9 % sur les soins de ville, celle des organismes complémentaires est de 22,3 % et le reste à charge des ménages de 13,0 %.

Le taux de remboursement moyen des **médicaments** par la Sécurité sociale avait fortement augmenté entre 1995 et 2005 en raison de l'accroissement continu du poids des médicaments remboursés à 100 %, correspondant pour l'essentiel au traitement des affections de longue durée (ALD). Cette tendance s'est inversée entre 2005 et 2008, la prise en charge par la Sécurité sociale passant de 68 % en 2005 à 65,4 % en 2008 ; elle revient à 66 % en 2011.

Symétriquement, le reste à charge des ménages, avait augmenté de 4,2 points sur 2005-2008, passant de 13,0 % à 17,2 %, notamment avec l'instauration en 2008 d'une franchise de 0,50 € par boîte de médicaments. Après avoir reculé en 2009, il s'établit à 17,7 % en 2011. La part des médicaments prise en charge par les organismes complémentaires (15,1 % en 2011) a en revanche diminué de 3,6 points depuis 2000, sous l'effet mécanique des déremboursements et de la franchise. Le recul s'est accru depuis 2010, certains organismes complémentaires ne prenant plus en charge les médicaments à service médical rendu faible (remboursés au taux de 15 %).

Définitions

CSBM : consommation de biens et services médicaux.

Soins de ville : soins dispensés par les médecins, les dentistes, les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes), les analyses médicales et les cures thermales.

Pour en savoir plus

« 60 années de dépenses de santé : une rétopolation de 1950 à 2005 », A. Fenina, M.A. Le Garrec, *Etudes et résultats*, DREES, à paraître.

Le financement des principaux types de soins 4.1

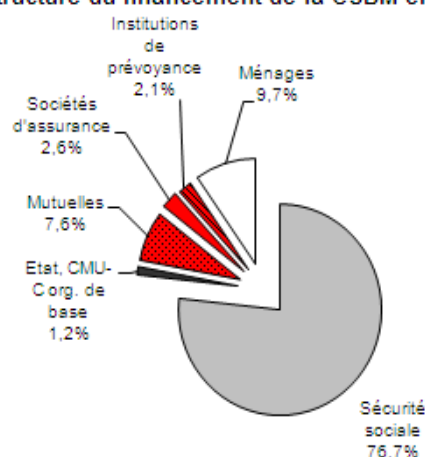
Evolution de la structure du financement des grands postes de la CSBM

en %

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
CSBM												
Sécurité sociale	76,7	76,7	76,8	77,0	77,0	76,8	76,3	76,3	75,7	75,8	75,7	75,5
Etat, CMU-C org. de base	1,2	1,3	1,4	1,3	1,3	1,2	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,3
Organismes complémentaires	12,4	12,3	12,6	12,7	12,9	13,0	13,0	13,1	13,3	13,4	13,5	13,7
Ménages	9,7	9,7	9,3	8,9	8,8	9,0	9,4	9,3	9,7	9,6	9,6	9,6
Soins hospitaliers												
Sécurité sociale	92,0	92,0	92,1	92,5	92,4	92,1	91,5	91,4	91,3	91,3	90,9	90,4
Etat, CMU-C org. de base	1,1	1,3	1,2	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1
Organismes complémentaires	3,6	3,6	3,8	3,8	3,8	4,0	4,3	4,6	4,7	4,7	5,0	5,4
Ménages	3,3	3,1	3,0	2,7	2,7	2,9	3,1	3,1	3,0	3,0	3,1	3,2
Soins de ville												
Sécurité sociale	65,5	65,4	65,0	64,9	64,5	63,6	63,1	63,6	63,0	62,8	63,0	62,9
Etat, CMU-C org. de base	1,4	1,6	1,7	1,7	1,7	1,6	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8
Organismes complémentaires	21,3	20,9	21,6	21,6	21,9	21,8	21,6	21,4	22,1	22,1	22,2	22,3
Ménages	11,8	12,1	11,6	11,9	11,9	13,0	13,3	13,1	13,1	13,2	13,0	13,0
Médicaments												
Sécurité sociale	64,7	65,7	66,6	67,0	67,4	68,0	67,2	67,5	65,4	65,7	65,8	66,0
Etat, CMU-C org. de base	1,5	1,4	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5	1,4	1,3	1,2	1,2	1,2
Organismes complémentaires	18,7	18,4	17,7	17,6	17,7	17,6	16,7	16,5	16,2	16,3	15,6	15,1
Ménages	15,1	14,5	14,1	13,9	13,4	13,0	14,6	14,6	17,2	16,8	17,3	17,7

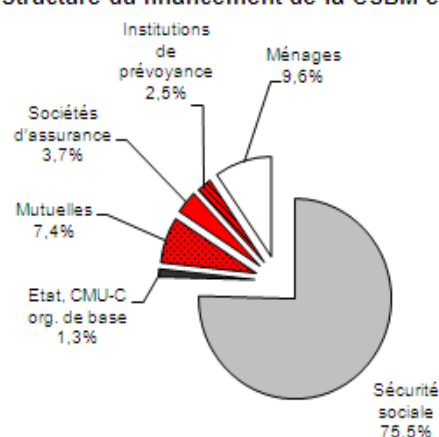
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Structure du financement de la CSBM en 2000



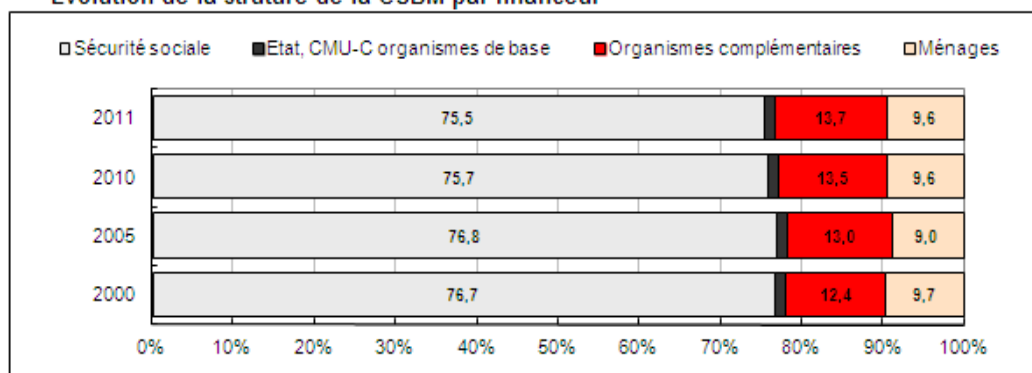
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Structure du financement de la CSBM en 2011



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Evolution de la structure de la CSBM par financeur



Sources : DREES, Comptes de la santé.

4.2 L'impact des principales mesures

Au début des années 2000, la progression des dépenses de santé a connu un rythme très supérieur à celui de la croissance du PIB : la consommation en soins et biens médicaux (**CSBM**) a crû de 6 % par an en moyenne entre 2001 et 2003 tandis que le rythme de croissance du PIB était inférieur à 4 %. Parallèlement, le déficit de l'assurance maladie s'est fortement accru. Des réformes visant à ralentir le rythme de croissance de la dépense et à redresser les comptes de l'assurance maladie ont alors été engagées. Si les diverses mesures prises depuis 2005 semblent avoir ralenti la dynamique des dépenses, elles ont aussi modifié la structure de financement de la CSBM observée dans les Comptes de la santé.

Dans l'évolution annuelle du financement des dépenses de santé par chacun des grands acteurs économiques, on peut calculer la part due à la croissance de chaque poste de dépenses à structure de prise en charge constante. La différence entre la dépense théorique ainsi obtenue pour chacun des acteurs et la dépense effectivement observée dans les Comptes de la santé peut s'analyser en partie comme le résultat des mesures mises en œuvre. En partie seulement, car la différence observée peut aussi refléter une modification de la consommation due à des changements de comportement à la hausse comme à la baisse : épisode grippal plus ou moins important, augmentation du nombre d'assurés en **ALD**, moindre consommation de médicaments non remboursables, croissance des dépassements de tarifs pratiqués sur certains soins ou biens médicaux...

Dans le secteur des **soins hospitaliers**, le relèvement des TJP conjugué avec la hausse du forfait journalier de 2005 à 2007 puis en 2010, fait réaliser une économie à la Sécurité sociale ; c'est sur la part prise par les OC que s'est reportée la plus grande part de cette économie, la charge des ménages croissant de façon plus modérée. En 2007-2008, la progression de la prise en charge par les OC

et les ménages a été accentuée par la mise en place du ticket modérateur de 18 € sur le remboursement des actes « lourds » de plus de 91 euros (seuil passé à 120 € en 2011).

Dans le secteur des **soins de ville**, la mise en place de la participation forfaitaire de 1 € sur les consultations de médecins et sur les analyses de laboratoires s'est visiblement reportée sur les ménages. Son effet se conjugue avec celui dû à la mise en place du parcours de soins et aux pénalités en cas de non respect de ce dernier. En 2008, l'instauration d'une franchise de 1 € sur les actes des auxiliaires médicaux augmente la dépense des ménages tandis que la participation de 18 € sur les actes « lourds » augmente celle des OC. En 2011, la hausse de la consultation de généraliste alourdit la charge de la Sécurité sociale, celle des OC augmente avec la modification du TM de la participation de 18 € sur les actes lourds.

Dans la dépense de **médicaments**, tous les financeurs ont bénéficié de mesures prises dans le cadre du Plan Médicament. En revanche, certaines mesures ont allégé la charge de l'assurance maladie et alourdi celle des OC ou des ménages. Ainsi en 2006, l'économie réalisée par la Sécurité sociale avec le début des déremboursements des médicaments à service médical rendu insuffisant se reporte intégralement sur les ménages, tandis que les OC voient leur charge de médicaments allégée. En 2008, apparaît l'impact de la mise en place de la franchise de 0,50 € par boîte de médicaments, entièrement supportée par les ménages (1 milliard d'euros, dont 130 millions imputables selon notre décomposition à la hausse tendancielle de la consommation et 870 millions imputables à la franchise et aux déremboursements). Enfin, la baisse observée en 2010-2011 de la part des OC est due à la réapparition d'un taux de remboursement de 15 % sur certains médicaments, non pris en charge par certains organismes complémentaires.

Définitions

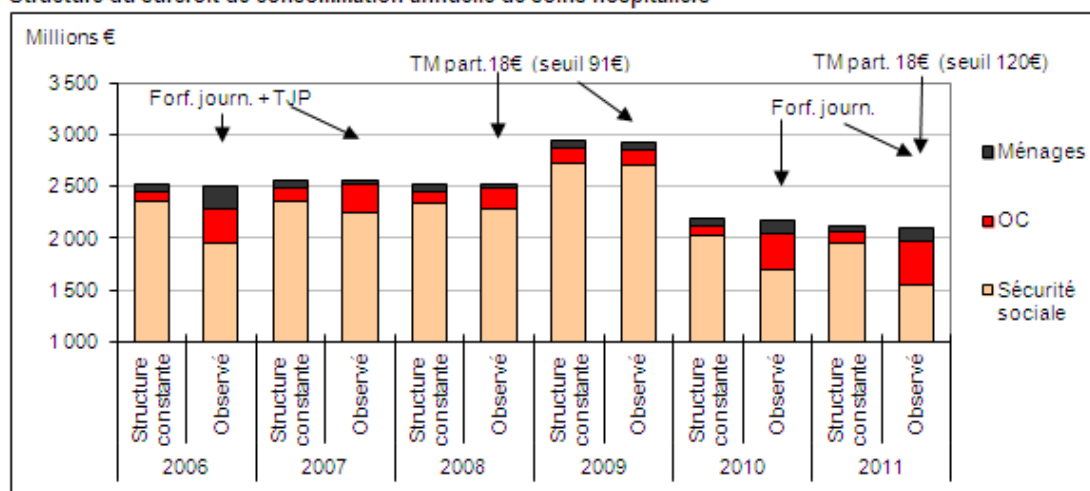
CSBM : consommation de biens et services médicaux.

Soins de ville : soins dispensés par les médecins, les dentistes, les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes), analyses médicales et cures thermales.

ALD : affection de longue durée.

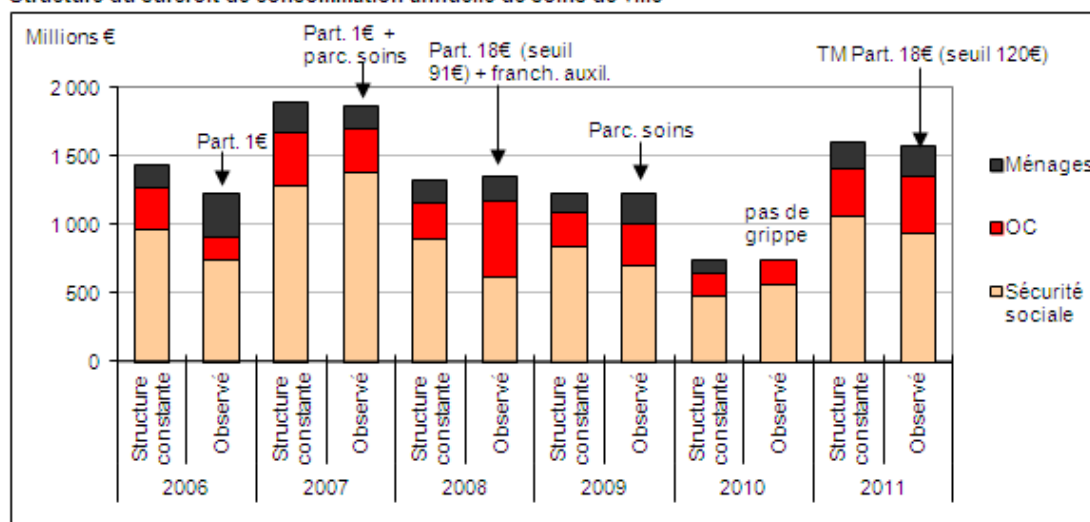
L'impact des principales mesures 4.2

Structure du surcroît de consommation annuelle de soins hospitaliers



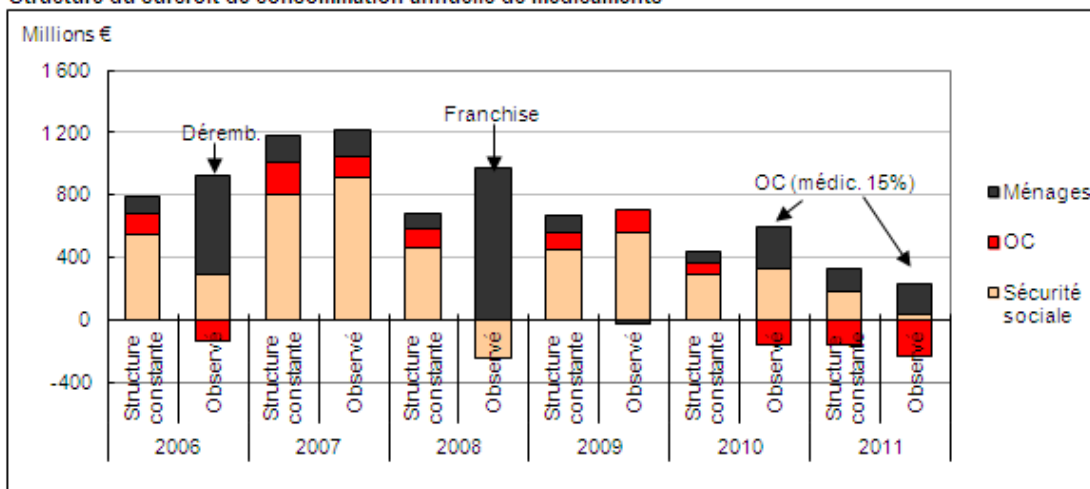
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Structure du surcroît de consommation annuelle de soins de ville



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Structure du surcroît de consommation annuelle de médicaments



Sources : DREES, Comptes de la santé.

4.3 Les financements publics

En 2011, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la **CSBM** est de 75,5 %, soit 135,8 milliards d'euros.

Les soins hospitaliers représentent plus de la moitié des dépenses de la branche maladie de la Sécurité sociale en 2011. Il faut d'ailleurs noter que le déficit des hôpitaux publics ne figure pas en tant que tel dans les Comptes de la santé, mais qu'il est imputé sur le compte de la Sécurité sociale (cf. *Annexe 2.2*).

Viennent ensuite les soins de ville (21,1 % de la dépense de la Sécurité sociale), qui se partagent presque également entre médecins et « autres soins de ville ». Les médicaments vendus dans les officines pharmaceutiques constituent le 3^{ème} poste important des dépenses de l'assurance maladie : 16,9 % en 2011.

La Sécurité sociale finance 73,9 % de la Dépense courante de santé (DCS) en 2011, soit 177,5 milliards d'euros. Parmi les dépenses venant s'ajouter à la CSBM, les plus importantes sont : les soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissements et les **SSAD**, les indemnités journalières (maladie, maternité et accidents du travail) ainsi que les coûts de gestion de la Sécurité sociale elle-même. La part de la Sécurité sociale dans les dépenses de prévention, qui avait augmenté en 2009 avec une prise en charge de dépenses exceptionnelles liées à la grippe H1N1, revient au niveau des années antérieures.

Si l'État intervient très peu dans le financement de la CSBM, il a une part nettement plus importante dans le financement de la dépense courante de santé (DCS) : le cumul des financements « État, collectivités locales et **CMU-C** organismes de base » représente en effet 11,6 milliards d'euros en 2011, soit 4,8 % de la DCS.

Parmi ces 11,6 milliards, 29 % sont consacrés aux dépenses de prévention (soit 2,5 % de moins qu'en 2009 en raison du recul des dépenses de prévention de la grippe H1N1) et 30 % à la recherche médicale et pharmaceutique. La formation des médecins, dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux en représente 15 % et les coûts de gestion du système de santé 6 %. Ceux-ci ont été revus à la baisse en base 2005 car ils comprennent désormais la seule part « Santé » et non plus la part « Action sociale » (incluse en base 2000).

Figurent également la dotation de l'État pour les hôpitaux militaires, les prestations versées aux invalides de guerre, les soins d'urgence, ainsi que les prestations versées au titre de l'Aide médicale de l'État (AME) pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis plus de 3 mois.

Pour bénéficier de l'AME, il faut en outre disposer de ressources inférieures à un plafond fixé selon la composition du foyer. Au 31 décembre 2011, on comptait 209 000 bénéficiaires de l'AME (soit 8,4 % de moins qu'en 2010), dont 197 000 en France métropolitaine et 12 000 dans les DOM. Cette forte diminution est liée essentiellement à la baisse des effectifs à Paris et en Guyane du fait de l'instauration d'un droit de timbre annuel de 30 euros pour l'accès à l'AME. Les prestations versées par l'État au titre de l'AME s'élèvent à 483 millions d'euros au titre de l'année 2011 auxquels s'ajoutent 126 millions au titre des années antérieures.

Figurent enfin les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU complémentaire affiliés aux régimes de base, le Fonds CMU étant classé en Comptabilité nationale en organismes divers d'administration centrale (ODAC). Leur montant s'est élevé à 1,6 milliard d'euros en 2011.

Définitions

Financements publics : Sécurité sociale, État (AME, invalides de guerre, soins urgents) et collectivités locales.

CSBM : consommation de soins et de biens médicaux.

SSAD : Services de soins à domicile.

CMU-C : la CMU complémentaire est un dispositif en faveur des ménages à revenus modestes qui permet une prise en charge plus complète que celle assurée par les régimes de base d'assurance-maladie.

Pour en savoir plus

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2011, prévisions 2012 », juillet 2012.

« Insertion socio-professionnelle, état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de l'AME : le rôle des réseaux d'entraide », B. Boisguérin, *Dossier Solidarité-Santé*, n° 19, DREES, 2011.

Les financements publics 4.3

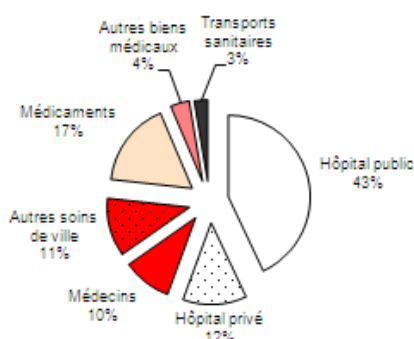
Financements publics en 2011

Dépenses par poste	Total 2011	Sécurité sociale		Etat, collectivités locales, CMU-C org. de base	
	en millions €	en millions €	en % du total	en millions €	en % du total
Hôpitaux du secteur public	63 779	58 398	91,6	826	1,3
Hôpitaux du secteur privé	19 803	17 153	86,6	82	0,4
Sous-total : Soins hospitaliers	83 582	75 551	90,4	908	1,1
Médecins	19 254	13 126	68,2	333	1,7
Auxiliaires	11 797	9 242	78,3	95	0,8
Dentistes	10 252	3 295	32,1	310	3,0
Laboratoires d'analyses	4 369	3 044	69,7	77	1,8
Sous-total : Soins de ville	45 672	28 708	62,9	815	1,8
Médicaments en ville	34 704	22 909	66,0	426	1,2
Autres biens médicaux en ville	12 180	5 079	41,7	93	0,8
Transports de malades	3 900	3 594	92,2	32	0,8
CSBM	180 037	135 841	75,5	2 274	1,3
Soins de longue durée	17 892	17 892	100,0	0	0,0
dont SSAD	1 398	1 398	100,0	0	0,0
dont Soins aux personnes âgées en établissements	7 963	7 963	100,0	0	0,0
dont Soins aux personnes handicapées en établissements	8 531	8 531	100,0	0	0,0
Indemnités journalières	12 968	12 968	100,0	0	0,0
Prévention	5 775	919	15,9	3 387	58,7
dont Prévention individuelle	3 417	486	14,2	1 516	44,4
dont Prévention collective	2 358	433	18,4	1 872	79,4
Subventions au système de soins	2 577	2 577	100,0	0	0,0
Recherche médicale et pharmaceutique	7 484	0	0,0	3 520	47,0
Formation	1 849	17	0,9	1 734	93,8
Coût de gestion de la santé	15 641	7 294	46,6	670	4,3
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ *	240 296	177 508	73,9	11 587	4,8

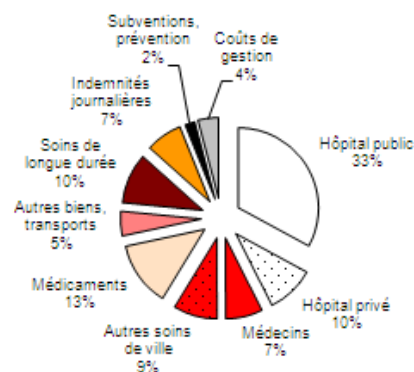
* corrigée du double-compte sur la recherche pharmaceutique.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

CSBM : structure de la dépense de la Sécurité sociale (2011) DCS : structure de la dépense de la Sécurité sociale (2011)

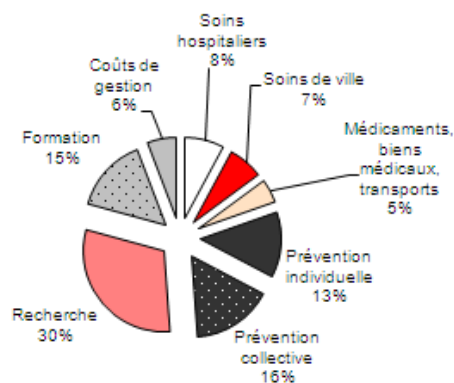


Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DCS : structure de la dépense de l'Etat, des collectivités locales et CMU-C org de base (2011)



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

4.4 La CSBM, la DCS et l'ONDAM

La **Consommation de soins et de biens médicaux** (CSBM) regroupe :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris les consultations externes des médecins hospitaliers publics, la totalité des honoraires des médecins libéraux perçus en établissement privé, mais hors soins de longue durée aux personnes âgées,
- la consommation de soins ville (y compris les soins en dispensaire),
- la consommation de transports de malades,
- la consommation de médicaments et autres biens médicaux.

La CSBM représente la valeur des soins et des biens et services médicaux consommés sur le territoire national par les assurés français pour la satisfaction de leurs besoins de santé individuels, et qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Elle est de 180 milliards d'euros en 2011.

Le champ de la CSBM diffère de celui de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). En premier lieu, la CSBM exclut de son champ l'ONDAM médico-social ainsi que les dépenses qui n'ont pas le caractère de prestation (dotations à des fonds divers, subventions au système de soins et dépenses remboursées effectuées à l'étranger par des assurés français). En second lieu, l'ONDAM comptabilise les seules dépenses de l'assurance-maladie alors que les Comptes de la santé fournissent une estimation de la consommation finale de soins de santé. L'approche des Comptes de la santé est donc plus large : outre les dépenses prises en charge par les régimes de base de Sécurité sociale, la CSBM comprend celles de l'État, des organismes complémentaires et des ménages eux-mêmes.

Schématiquement, l'ONDAM correspond à la partie de la CSBM financée par la Sécurité sociale augmentée :

- des indemnités journalières (IJ) de maladie et d'accidents du travail ;
- des soins de longue durée (SLD) aux personnes âgées délivrés en institution (USLD, EHPA, EHPAD) ou réalisés à domicile par des SSAD ;
- des soins aux personnes handicapées ou en situation précaire hébergées en établissement ;

- des prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé et des dotations à des fonds divers (**FIQCS, FMESPP, FAC...**) ;

- des prises en charge des dépenses des assurés français à l'étranger et prestations diverses.

À l'exception des dépenses de l'ONDAM médico-social en faveur des personnes en situation précaire, des dotations à certains fonds et des prises en charge des dépenses des assurés français à l'étranger, ces ajouts appartiennent tous à la dépense courante de santé (DCS) des Comptes. Ils ne permettent cependant pas de la reconstituer en totalité puisque celle-ci inclut les indemnités journalières de maternité, les dépenses de prévention, de formation et de recherche, et les coûts de gestion du système de santé.

Depuis 1997, l'ONDAM est déterminé chaque année par le Parlement dans la loi de financement de la Sécurité sociale. Sa réalisation est évaluée à 166,6 milliards en 2011 lors de la CCSS de juillet 2012.

L'ONDAM est décomposé en six sous-objectifs :

- les dépenses de soins de ville : remboursements d'honoraires des professionnels de santé, médicaments, dispositifs médicaux, IJ hors maternité, prestations diverses ; prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé et aides à la télétransmission ; dotation au FAC ;
- les dépenses relatives aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO) des établissements de santé publics et privés et les dotations aux **MIGAC** ;
- les autres soins en établissement de santé : soins de suite et de réadaptation, soins de psychiatrie des établissements publics et privés, hôpitaux locaux, unités de SLD, et autres dépenses spécifiques comme la dotation au FMESPP ;
- l'ONDAM médico-social, décomposé en deux sous-objectifs : la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées ; et celle pour personnes handicapées ;
- les autres prises en charge : soins pour les assurés français à l'étranger, dotation nationale en faveur du FIQCS, dépenses médico-sociales non déléguées à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Définitions

FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

FAC : Fonds d'action conventionnelle.

MIGAC : Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

FMESPP : Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

Pour en savoir plus

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2011, prévisions 2012 », juillet 2012.

La CSBM, la DCS et l'ONDAM 4.4

Dépense courante de santé

en millions d'euros

	2011	dont Sécurité sociale
CSBM	180 037	135 841
Soins hospitaliers	83 582	75 551
Secteur public	63 779	58 398
Secteur privé	19 803	17 153
Autres soins et biens médicaux	96 455	60 290
Soins de ville	45 672	28 708
Médicaments	34 704	22 909
Autres biens médicaux	12 180	5 079
Transports de malades	3 900	3 594
Dépense Courante de Santé (DCS)	240 296	177 508
CSBM	180 037	135 841
Autres dépenses pour les malades	30 860	30 860
SSAD	1 398	1 398
Soins aux personnes âgées en étab. (2)	7 963	7 963
Soins aux pers. handicapées en étab. (2)	8 531	8 531
Indemnités journalières (3)	12 968	12 968
Prévention institutionnelle	5 775	919
Dépenses pour le système de soins	11 910	2 593
Subventions au système de soins (4)	2 577	2 577
Recherche médicale et pharmaceutique	7 484	0
Formation des professionnels de santé	1 849	17
Coût de gestion de la santé	15 641	7 294
Double compte : recherche pharmaceutique	-3 928	

(1) y compris le déficit des hôpitaux publics ainsi que le solde de leurs charges et produits divers.

(2) comprend les soins en USLD et les soins en EHPA et EHPAD ou encore en MAS et FAM.

Ces soins sont financés pour partie par l'assurance maladie (ONDAM hôpital et ONDAM médico-social) et pour partie par la CNSA (hors ONDAM pour 1,2 milliard d'euros en 2011).

(3) en Soins de ville dans l'ONDAM (sauf les IJ maternité non prises en compte dans l'ONDAM).

(4) dont prise en charge des cotisations PAM.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

ONDAM

en millions d'euros

	2011
ONDAM Ville - Hôpital	149 600
Soins hospitaliers	72 600
y c. FMESPP	300
y c. USLD (1)	1 000
Soins de ville	77 000
y c. indemnités journalières maladie et AT (1)	10 300
y c. cotis. sociales des professionnels de santé (1)	2 200
y c. aide à la télétransmission (1) et Fonds d'action conventionnelle (FAC)	300
ONDAM médico-social	15 800
contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en étab. et services pour personnes âgées (1) (2)	7 600
contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en étab. et services pour personnes handicapées (1)	8 300
Autres prises en charge	1 200
FIQCS (1) + Soins des ressortissants français à l'étranger + Etablissements médico-sociaux hors champ CNSA (3)	
ONDAM Assurance maladie	166 600

(1) dans la DCS pour les Comptes de la santé.

(2) contribution de l'assurance maladie aux EHPA, EHPAD, SSAD.

(3) structures et associations intervenant dans le domaine de l'addictologie ou de la prise en charge des malades précaires.

Sources : Rapport de la CCSS de juillet 2012.

Passage de la CSBM à l'ONDAM

en milliards d'euros

	2011
Part de la CSBM financée par la Sécurité sociale (1)	135,8
+ Prestations diverses	0,1
+ Indemnités journalières maladie et accidents du travail (hors IJ maternité)	10,3
+ Soins aux personnes âgées en établissement et SSAD (2)	8,5
+ Ondam personnes handicapées	8,3
+ Prise en charge des cotisations des professionnels de santé	2,2
+ Dotations à différents fonds (FMESPP, FAC, télétransmission)	0,6
+ Autres prises en charge (3)	1,2
Total	166,9
Ecart d'évaluation pour les hôpitaux publics et ajustements divers	-0,3
ONDAM (données provisoires - CCSS juillet 2012)	166,6

(1) y compris le déficit des hôpitaux publics ainsi que le solde de leurs charges et produits divers.

(2) uniquement la partie financée sur l'ONDAM.

(3) FIQCS + Soins des ressortissants français à l'étranger + Etablissements médico-sociaux hors champ CNSA.

Sources : DREES, Comptes de la santé ; CCSS de juillet 2012 pour l'ONDAM.

4.5 Le financement par les organismes complémentaires

La part des **organismes complémentaires** (OC) dans le financement de la Consommation de soins et de biens médicaux est orientée à la hausse en raison de la diffusion régulière de la couverture complémentaire au sein de la population (94 % des ménages disposaient d'une couverture complémentaire en 2008 selon l'enquête « Santé et protection sociale » de l'IRDES). Cette part atteint 24,6 milliards d'euros en 2011, soit 13,7 % de la CSBM contre 13,5 % en 2010. Cette progression est imputable aux soins hospitaliers, aux soins de ville (dépassements des médecins et des dentistes, relèvement du seuil d'application de la participation forfaitaire 18 €) ainsi qu'à la dynamique de croissance des biens médicaux pris en charge par les OC. En 2011, les versements des mutuelles représentent 54,5 % des versements des OC (61 % en 2000), ceux des sociétés d'assurance 27,4 % et ceux des institutions de prévoyance 18,1 %.

Entre 2005 et 2008, la part des OC dans le financement des dépenses de santé était passée de 13 % à 13,3 %. Cette progression résultait de deux évolutions de sens contraire : une part accrue des OC dans les soins hospitaliers, les soins de ville et les biens médicaux, et une réduction de leur prise en charge des médicaments. Depuis 2009, la part des OC augmente à nouveau : 13,5 % en 2010 puis 13,7 % en 2011 : ce sont les soins hospitaliers et les autres biens médicaux qui contribuent le plus à cette hausse.

La part des OC dans les dépenses hospitalières est passée de 3,6 % en 2000 à 5,4 % en 2011 (5,0 % 2010). Entre 2005 et 2007, elle avait progressé de 4 % à 4,6 % en raison de la hausse annuelle du forfait journalier hospitalier et de celle des tarifs journaliers de prestations (TJP) des hôpitaux publics. Elle a augmenté en 2008 avec de la prise en charge par les OC de la participation de 18 € sur les actes lourds (de plus de 91 €), puis en 2010 avec l'augmentation de 2 € du forfait journalier au 1^{er} janvier. À noter l'alourdissement du ticket modérateur « acte lourd » en 2011 avec le relèvement du seuil de 91 € à 120 €. À cette augmentation sur les soins hospitaliers, s'est ajoutée une forte hausse des prestations des OC sur les « autres biens médicaux » (optique, orthèses, matériels...) : depuis mai 2011, les produits de la LPP sont

remboursés à 60 % au lieu de 65 %. C'est le type de dépenses pour lequel la participation des OC a le plus progressé : 37 % en 2011 contre 26 % en 2000.

L'augmentation des postes « Soins hospitaliers » et « Autres biens médicaux » dans les prestations des OC a plus que compensé la baisse de leur prise en charge des médicaments. Avec les mesures de déremboursement intervenues depuis 2006 et l'instauration d'une franchise de 0,50 euros par boîte en 2008, la part des ménages a augmenté et donc diminué mécaniquement la part des autres financeurs. La part des OC pour les médicaments est ainsi passée de 17,6 % en 2005 à 15,1 % en 2011. Parmi les prestations versées par les OC, la 1^{ère} place revient encore aux médicaments, qui en représentent 21,3 % malgré le passage de 35 % à 30 % du taux de remboursement des médicaments à **SMR** modéré et malgré la non-prise en charge par certains organismes complémentaires des médicaments à SMR faible (remboursés à 15 %). Viennent ensuite les autres biens médicaux (18,4 %), les soins hospitaliers (18,2 %), les soins de dentistes (16,0 %) et les soins de médecins (15,0 %).

La structure de prestations par type d'OC montre le poids important des soins hospitaliers et des médicaments dans les versements des mutuelles et des sociétés d'assurance. Les institutions de prévoyance montrent quant à elles une prise en charge relativement plus élevée des soins dentaires et des biens médicaux tels que l'optique.

Si l'on ajoute la contribution nette des OC au Fonds CMU (1,5 milliard d'euros en 2011 – cf. *fiche 4.6*), la part des OC dans le financement de la CSBM passe de 13,7 % à 14,5 %.

Notons enfin que les OC prennent également en charge des suppléments de dépenses d'hospitalisation (chambres particulières, frais de long séjour...) et versent aux ménages des prestations annexes aux soins de santé (contraception, acuponcture, primes de naissance, ...). Ces compléments, qui ne font pas partie du champ de la CSBM, représentent 1,5 milliard d'euros en 2011 : 0,8 md pour les mutuelles, 0,4 md pour les sociétés d'assurance, 0,3 md pour les institutions de prévoyance).

Définitions

Organismes complémentaires : mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance.

SMR : service médical rendu.

Pour en savoir plus

« Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2009 », M. Garnero, *Etudes et résultats*, n° 789, DREES, février 2012.

Sites internet : www.mutualite.fr, www.ffsa.fr et www.ctip.fr ; www.irdes.fr, ESPS.

Le financement par les organismes complémentaires 4.5

Financements des organismes complémentaires en 2011

(en millions d'euros)

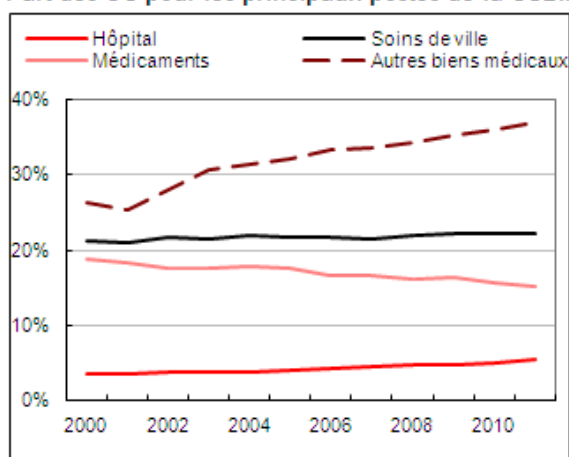
Dépenses par poste	Mutuelles *	Assurances *	Institutions de prévoyance *	Ensemble	Part prise en charge par les OC (en %)
CSBM	13 412	6 736	4 456	24 604	13,7
Soins hospitaliers	2 528	1 353	598	4 480	5,4
Soins de ville	5 410	2 772	2 007	10 190	22,3
Médecins	1 923	1 034	726	3 683	19,1
Dentistes	1 968	1 063	894	3 926	38,3
Auxiliaires médicaux	892	356	225	1 473	12,5
Laboratoires d'analyses	627	319	162	1 108	25,4
Médicaments	3 105	1 389	748	5 242	15,1
Autres biens médicaux **	2 271	1 164	1 083	4 518	37,1
Transports de malades	98	58	18	175	4,5
Hors champ de la CSBM					
Autres prestations liées à la santé	785	434	261	1 480	
Soins hospitaliers (suppléments, long séjour...)	608	360	178	1 147	
Prestations diverses	176	74	83	333	

* y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

** Optique, prothèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

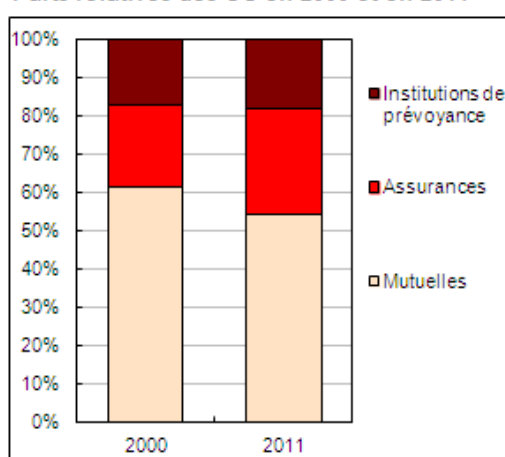
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Part des OC pour les principaux postes de la CSBM



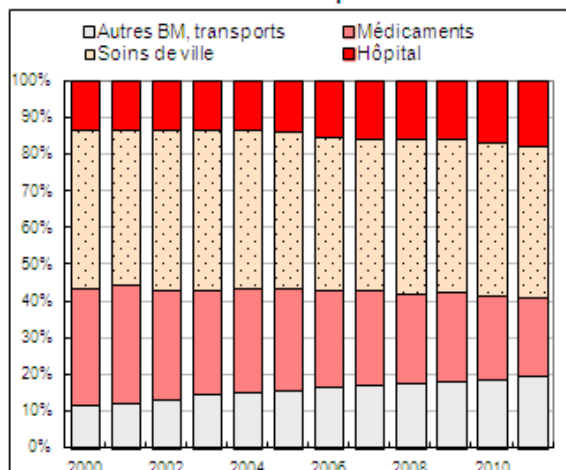
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Parts relatives des OC en 2000 et en 2011



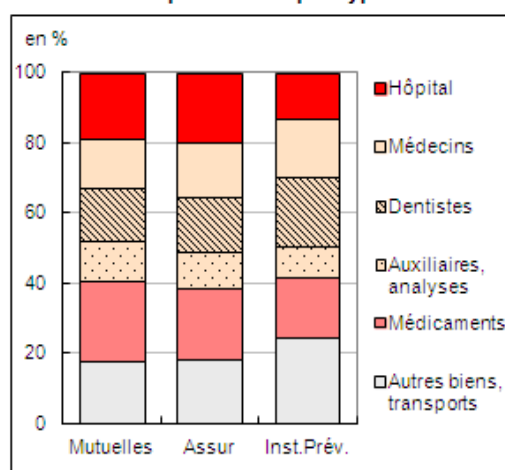
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Evolution de la structure des prestations des OC



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Structure des prestations par type d'OC en 2011



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

4.6 Le reste à charge des ménages

En 2011, le **reste à charge** des ménages est évalué à 17,3 milliards d'euros, soit 9,6 % de la **CSBM** comme en 2010.

De 1995 à 2004, la part des dépenses de santé restant à la charge des ménages était orientée à la baisse. De 2005 à 2008, elle a crû sensiblement passant de 9,0 % à 9,7 % de la CSBM en 2008. Cette progression a résulté de la croissance de certaines dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale, mais aussi de diverses mesures d'économies visant à limiter le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale : instauration de participations forfaitaires ou de franchises que les complémentaires santé ne sont pas incités à prendre en charge, et déremboursement de nombreux médicaments à service médical rendu insuffisant. Les années de 2009 à 2011 marquent l'arrêt de cette progression : la part des dépenses de santé restant à la charge des ménages s'est stabilisée à 9,6 % sur les trois années.

En 2005, il a d'abord été introduit une participation forfaitaire de 1 euro se déduisant du montant des remboursements pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin ou analyse de biologie médicale. En 2006, les taux de remboursement des patients pour les consultations de médecins ont été modulés, selon que les patients respectaient ou non le parcours de soins. Cette mesure a alourdi le reste à charge des ménages : en effet, les organismes complémentaires étaient fiscalement incités à ne pas prendre en charge cette baisse des remboursements par la Sécurité sociale. En outre, des déremboursements de médicaments ont généré 350 millions d'euros d'économies pour l'assurance maladie, alourdissant d'autant le reste à charge.

En 2007, le plafond de la participation forfaitaire qui était fixé à 1 euro par jour, a été porté à 4 euros et la pénalisation des assurés ne respectant pas le parcours de soins s'est accrue : le taux de remboursement est passé à 50 % au lieu de 70 % pour les soins effectués dans le cadre du parcours coordonné, puis à 30 % en 2009.

En 2008, l'instauration de franchises sur les médicaments (0,50 € par boîte), sur les actes

des auxiliaires médicaux (0,50 euros par acte) et sur les transports sanitaires (2 euros par transport), dont le montant total est plafonné à 50 euros par patient et par an, a constitué une économie de 890 millions pour l'ensemble des régimes.

Enfin en 2010, le forfait journalier hospitalier a été porté de 16 à 18 euros (et de 12 à 13,5 euros en psychiatrie), tandis que le taux de remboursement de certains médicaments à service médical rendu faible passait de 35 % à 15 % ; en outre, le taux de remboursement de 35 % est passé à 30 % en mai 2011. Si les organismes complémentaires ont assumé le surcoût du forfait journalier, certains d'entre eux ne prennent plus en charge les médicaments remboursés à 15 %, ce surcoût se reportant alors intégralement sur les ménages.

Ces mesures expliquent la variation de la part du reste à charge des ménages dans les grands postes de la CSBM. Cette part est restée stable à un niveau extrêmement faible, de l'ordre de 3,2 %, pour l'hôpital. Pour les soins de ville, elle a augmenté de 11,8 % en 2000 à 13,3 % en 2006, mais reprend depuis 2007 sa baisse tendancielle due à la hausse du nombre de patients pris en charge à 100 % : elle est de 13 % en 2011. Pour les médicaments en revanche, la part des ménages qui avait reculé entre 2000 et 2005 (de 15,1 % à 13 %), a nettement augmenté entre 2005 et 2008 avec les déremboursements et la franchise ; après un léger recul en 2009, le reste à charge en médicaments s'accroît légèrement pour atteindre 17,7 % en 2011. Enfin, la part des ménages a diminué pour les autres biens médicaux (optique, matériels, orthèses...) en raison de l'augmentation du nombre de patients pris en charge à 100 %, conjugué à plus forte participation des organismes complémentaires dans ce type de dépenses. La France reste néanmoins l'un des pays où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante et le reste à charge le plus faible (*cf. graphique 14 de la vue d'ensemble*).

Définitions

Reste à charge des ménages : calculé par solde, il est égal au « Total des dépenses de soins et biens médicaux » diminué de la « Somme des apports des autres financeurs » (Sécurité sociale, État, organismes complémentaires).

Pour en savoir plus

« 55 années de dépenses de santé : une rétropolation de 1950 à 2010 », M.A. Le Garrec, A. Fenina, *Études et Résultats*, DREES, à paraître.

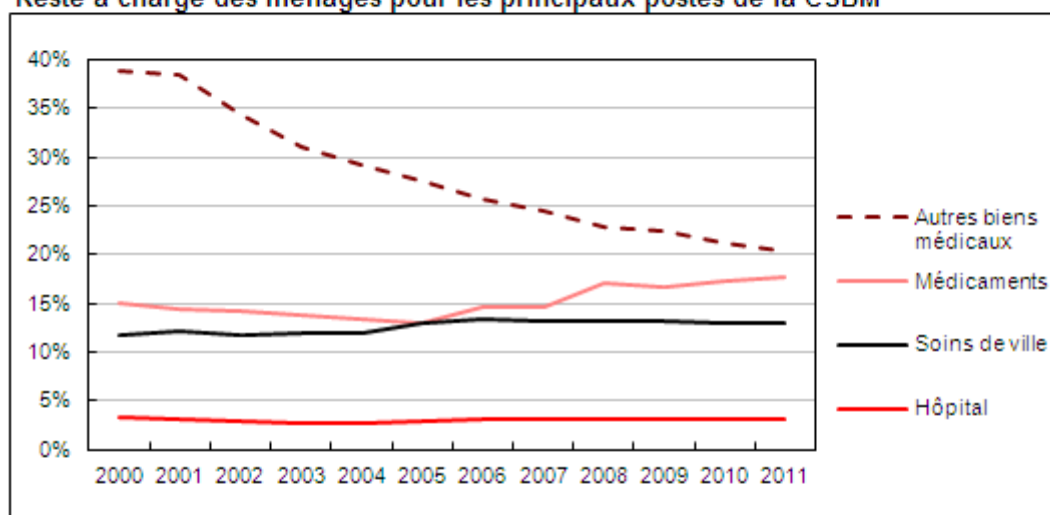
Le reste à charge des ménages 4.6

Reste à charge des ménages

	2000		2005		2008		2009		2010		2011	
	M€	% de la dépense	M€	% de la dépense	M€	% de la dépense	M€	% de la dépense	M€	% de la dépense	M€	% de la dépense
Ensemble	11 113	9,7	13 292	9,0	16 077	9,7	16 403	9,6	16 779	9,6	17 318	9,6
Hôpital	1 759	3,3	1 992	2,9	2 299	3,0	2 391	3,0	2 506	3,1	2 644	3,2
Soins de ville	3 391	11,8	4 850	13,0	5 524	13,1	5 744	13,2	5 739	13,0	5 959	13,0
Médicaments	3 623	15,1	3 979	13,0	5 733	17,2	5 711	16,8	5 980	17,3	6 127	17,7
Autres biens médicaux	2 320	38,8	2 405	27,5	2 428	22,8	2 463	22,4	2 454	21,2	2 490	20,4
Transports de malades	20	1,1	66	2,4	93	2,7	93	2,6	100	2,6	99	2,5

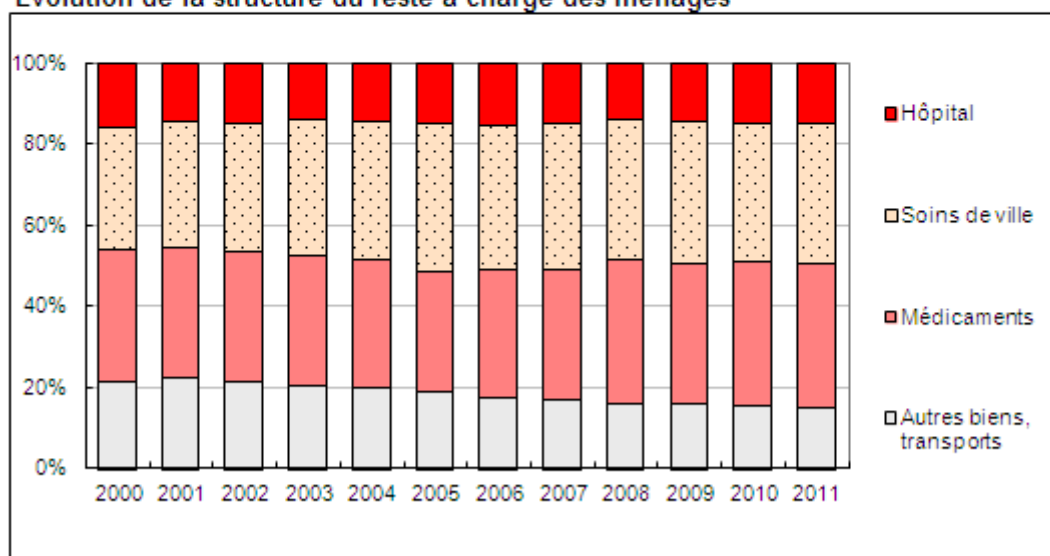
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Evolution de la structure du reste à charge des ménages



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

4.7 Le financement du Fonds CMU

La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000, est un dispositif en faveur des ménages à revenus modestes qui permet une prise en charge plus complète que celle assurée par les régimes de base d'assurance-maladie. Son fonctionnement associe les régimes de base et les organismes dispensant des couvertures complémentaires « santé » ; elle est attribuée sous condition de ressources. Ce dispositif a été complété en 2005 par la création de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) pour les personnes ayant des revenus légèrement supérieurs au plafond de ressources de la CMU-C.

Fin 2011, on compte 4,4 millions de bénéficiaires de la CMU complémentaire soit 2,0 % de plus qu'en 2010 et 763 000 bénéficiaires de l'ACS, soit 20,8 % de plus qu'en 2010. Les bénéficiaires de la CMU complémentaire peuvent recevoir leurs remboursements, sur option de leur part, soit de leur caisse primaire d'assurance-maladie, soit d'un organisme de couverture complémentaire maladie participant à la CMU : c'est le cas pour 15,7 % des bénéficiaires en 2011 (contre 15,1 % en 2010).

Depuis 2009, le Fonds CMU ne dispose plus d'aucune ressource provenant du budget de l'État ou de l'assurance-maladie. Les organismes complémentaires (OC) constituent désormais son unique source de financement. L'année 2011 a vu la transformation de la contribution des OC en taxe, dont le taux est passé de 5,9 % à 6,27 %. L'assiette de cette taxe est constituée du montant des primes ou cotisations santé émises ou recouvrées par les OC. Les OC ont versé 1,9 milliard d'euros au Fonds CMU en 2011.

Le Fonds CMU rembourse le coût de la CMU-C aux organismes concernés sous la forme d'un forfait fixé depuis le 1^{er} janvier 2009 à 370 euros par an et par bénéficiaire, ces organismes assurant la charge d'un éventuel surcoût. Les dépenses constatées dépassent nettement ce montant, en particulier pour les bénéficiaires gérés par le régime général. En

2011, les dépenses par bénéficiaire s'élèvent à 445 euros en moyenne. Seul le RSI est « bénéficiaire » ; la MSA équilibre son compte mais la CNAMTS supporte une charge de 257 millions d'euros au titre de la CMU-C en 2011. C'est la raison pour laquelle depuis 2009, le fonds CMU reverse tout ou partie de son excédent cumulé à la CNAM : ce versement s'élève à 129 millions d'euros en 2011.

Les organismes complémentaires qui participent à la CMU déduisent du montant dû au titre des taxes sur les contrats de couverture complémentaire maladie ce forfait de 370 euros par bénéficiaire ainsi que, depuis 2005, le crédit d'impôt lié à l'aide à l'ACS (157 millions d'euros en 2011 contre 135 millions en 2010).

Cependant, quelques OC ont un montant total de contribution inférieur à la base forfaitaire de prise en charge (nombre de bénéficiaires multiplié par 370 euros en 2010). Dans ce cas, le Fonds CMU leur rembourse la différence.

Au final, la contribution nette des organismes complémentaires s'élève à 1,5 milliard d'euros en 2011. La part réelle des organismes complémentaires dans le financement de la CSBM est ainsi plus élevée : 14,5 % au lieu de 13,7 %.

Le traitement de la CMU-C dans les Comptes de la santé ne vise pas à décrire l'ensemble des circuits financiers, mais simplement à identifier les financeurs directs des dépenses de santé. Les dépenses liées à la CMU-C sont traitées de la façon suivante dans le tableau de financement des Comptes de la santé :

- les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU-C affiliés aux organismes de base d'assurance-maladie figurent dans la colonne « État, collectivités territoriales et CMU-C org. de base » soit 1,6 milliard d'euros en 2011 ;
- les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU-C non affiliés aux organismes de base figurent dans les colonnes « mutuelles », « sociétés d'assurance » et « institutions de prévoyance ». Ces prestations ne peuvent être isolées du montant total des prestations versées par ces organismes complémentaires.

Pour en savoir plus

- « Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2011 », mai 2012, consultable sur www.cmu.gouv.fr.
- « Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale – Résultats 2011, prévisions 2012 », juillet 2012.
- « Garantir l'accès aux soins des catégories modestes : l'exemple de l'optique », CNAMTS, *Points de repère*, n°37, février 2012.

Le financement du Fonds CMU 4.7

Compte du Fonds CMU en 2011

(en millions d'euros)

Charges		Produits	
Total charges	1 940	Total produits	1 940
Versements aux régimes de base	1 370	Contribution des org. complémentaires	1 930
Déductions "Contrats CMU-C" (1)	275		
Déduction "ACS" (aide au paiement d'une complémentaire santé) (2)	157	Reprise sur provisions	10
Dotations aux provisions	11		
Gestion administrative	1		
Résultat (excédent)	126		

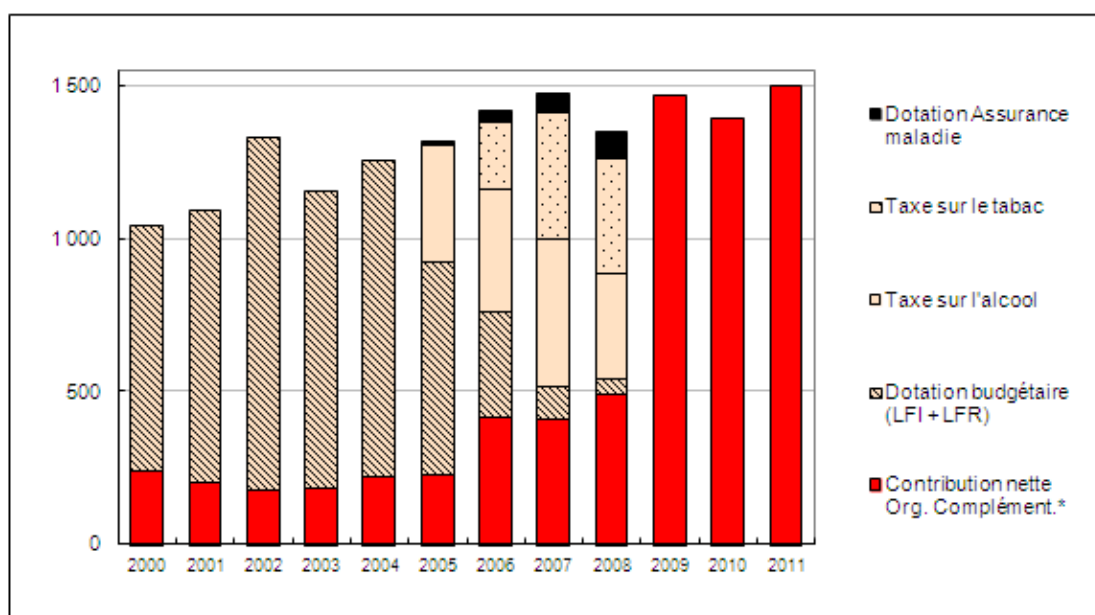
(1) Avoirs accordés aux OC (organismes complémentaires) pour les contrats CMU-C qu'ils gèrent.

(2) Avoirs accordés aux OC pour les déductions accordées à leurs clients au titre de l'ACS.

Sources : Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2011.

Evolution du financement net du Fonds CMU entre 2000 et 2011

(en millions d'euros)



* Contribution des OC nette des reversements du Fonds CMU (forfaits et ACS).

Sources : Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2011.

Annexes

1 Les agrégats des Comptes de la santé

1.1 Le passage à la base 2005 des Comptes nationaux

Les Comptes nationaux élaborés par l'Insee font l'objet d'un changement de base périodique, afin de corriger des erreurs éventuelles et d'intégrer les sources d'information les plus récentes. Cette révision porte sur les concepts et sur l'évaluation des séries ; à l'occasion de la publication de la nouvelle base dite « base 2005 », le niveau du PIB a été revu légèrement à la baisse.

Les Comptes de la santé, comptes satellites des Comptes nationaux, ont également fait l'objet de plusieurs modifications. Le contour et l'évaluation des deux principaux agrégats des comptes de la santé ont été revus. Les modifications portent d'une part sur les concepts et le champ des Comptes de la santé, et d'autre part sur les évaluations des séries. Elles concernent essentiellement :

- la redéfinition des contours des soins hospitaliers publics et privés et des soins de médecins ;
- la révision des coefficients de passage entre le régime général et le total « tous régimes » ;
- la révision de certains niveaux (analyses, médicaments, prothèses) ;
- la prise en compte des soins de longue durée aux personnes handicapées et non plus seulement aux personnes âgées ;
- l'intégration de nouvelles données sur les subventions au système de soins et les frais de gestion ;
- le traitement des échanges extérieurs.

Les données relatives à la base 2005 présentées dans ce rapport portent sur la période 2000-2011. Une rétopolation des Comptes de la santé sera présentée dans la revue « Études et Résultats ».

1.2 La Consommation de soins et biens médicaux (CSBM)

La CSBM, agrégat central des Comptes de la santé, représente la valeur totale des soins, des biens et services médicaux consommés sur le territoire national (y compris dans les DOM) par les assurés sociaux français et les personnes prises en charge au titre de l'Aide médicale d'État (AME) ou pour des soins urgents, pour la satisfaction de leurs besoins de santé individuels et qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé ; les soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissement et les SSAD en sont exclus.

La CSBM regroupe :

- les consommations de soins des hôpitaux publics et privés,
- les consommations de soins de ville,
- les consommations de transports de malades,
- les consommations de médicaments et autres biens médicaux (optique, prothèses, véhicules pour handicapés physiques – VHP –, petits matériels et pansements).

En base 2005, les consultations externes des médecins sont intégrées aux soins hospitaliers, ce qui modifie la frontière entre les soins de ville et les soins hospitaliers. Plusieurs autres modifications, de moindre ampleur, sont apportées aux autres soins de ville.

1.2.1 – Les soins de médecins : changement de frontière entre les soins hospitaliers et les soins de ville.

En base 2000, c'est l'optique « **Fonction de soins** » qui avait prévalu dans les définitions des soins hospitaliers par rapport aux soins ambulatoires. On avait ainsi choisi d'ajouter les consultations externes des médecins des hôpitaux publics aux soins de médecins en ambulatoire, et de rattacher les soins de médecins effectués dans le cadre d'une hospitalisation complète aux soins reçus en établissement privé.

Les soins étaient évalués de la façon suivante :

Secteur hospitalier public :	Production non marchande de santé des hôpitaux (INSEE-DGFIP) – Consultations externes
Secteur hospitalier privé :	Frais de séjour hors Médicaments et LPP + Honoraires perçus lors d'une hospitalisation complète (honoraires médicaux essentiellement mais aussi d'autres prestataires) + Médicaments et LPP (Stat. mensuelle CNAM)
Médecins en ambulatoire :	Honoraires totaux (Stat. mensuelle CNAM) – Honoraires perçus lors d'une hospitalisation privée complète + Consultations externes des hôpitaux du secteur public

En base 2005, c'est l'optique « **Lieu d'exécution des soins** » qui est retenue pour la construction des Comptes de la santé. Cette optique correspond à l'optique « Producteurs (ou prestataires) de soins » utilisée par l'INSEE en comptabilité nationale ou encore à la nomenclature HP (Health Producer) du système des comptes internationaux de la santé (SHA).

Les soins sont désormais évalués de la façon suivante :

Secteur hospitalier public :	Production non marchande de santé des hôpitaux (y compris consultations externes) (INSEE – DGFIP)
Secteur hospitalier privé :	Frais de séjour y compris Médicaments et LPP en sus des GHS + Total des Honoraires perçus en étab. privé (Stat mensuelle CNAM)
Médecine de ville :	Honoraires perçus dans les cabinets libéraux et les centres de santé (Stat mensuelle CNAM)

Les consultations externes de l'ordre de 2 milliards d'euros en 2009 effectuées dans les hôpitaux publics ne sont plus retranchées des soins hospitaliers comme elles l'étaient en base 2000.

Le niveau des honoraires de médecins perçus en établissement privé varie d'un milliard entre les deux bases : 2,7 milliards remboursés en 2009 pour les « Honoraires perçus lors d'une hospitalisation complète » contre 3,7 milliards pour les « Honoraires de médecins en établissement privé », qu'il s'agisse ou non d'une hospitalisation complète.

Au total, les soins de médecins isolés dans la CSBM correspondent aux seuls soins des médecins de ville (cabinets libéraux et centres de santé) : ils diminuent de plus de 3 milliards en 2009 par rapport au niveau de la base 2000.

1.2.2 – Les autres soins de ville (soins ambulatoires en base 2000)

Dans la même optique, en base 2005, le poste « Analyses » de la CSBM reprend les seules dépenses d'analyses et de prélèvements effectués par les laboratoires ; les actes des anatomo-cytopathologistes (actes en P) qui étaient ajoutés aux dépenses d'analyses en base 2000, restent désormais dans les honoraires des médecins. Le niveau des « Analyses » diminue ainsi de 250 millions d'euros en 2009 par rapport à la base 2000, celui des médecins augmentant *a contrario* du même montant.

Le niveau de la consommation de soins d'infirmiers diminue de 1,3 milliard en 2009 par rapport à la base 2000 en raison du rattachement des Services de soins à domicile (SSAD) aux soins de longue durée aux personnes âgées comptabilisés dans la Dépense courante de santé.

Le niveau de la consommation de médicaments diminue de 1,4 milliard en 2009 par rapport à la base 2000. Cette diminution est essentiellement due à :

- une révision du coefficient de passage des remboursements du régime général aux remboursements « tous régimes » ;
- une révision des montants retenus pour l'automédication et les médicaments non remboursables.

Enfin, le niveau de la consommation des « autres biens médicaux » augmente de 370 millions d'euros en 2009 par rapport à la base 2000 avec une révision à la hausse du coefficient de dépassement de tarif pour les dépenses de Prothèses-Orthèses.

Globalement, le niveau de la CSBM de l'année 2009 a été revu à la baisse de 4,8 milliards d'euros entre la base 2000 et la base 2005. Cette baisse résulte principalement du transfert des dépenses de SSAD et des révisions des coefficients « tous régimes ».

1.3 Les autres dépenses courantes de santé

Ces autres dépenses comprennent :

- les autres dépenses pour les malades : soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissement, SSAD et indemnités journalières ;
- les dépenses de prévention institutionnelle ;
- les dépenses pour le système de soins : subventions, formation et recherche médicale ;
- les coûts de gestion du système de santé.

Les modifications conceptuelles relatives au passage à la base 2005 concernent le traitement des soins de longue durée. Les subventions au système de soins et les coûts de gestion de la santé ont également bénéficié de nouvelles évaluations.

1.3.1 – Les autres dépenses pour les malades

Les indemnités journalières (IJ) n'ont pas été révisées par rapport à la base 2000. Elles comprennent seulement les indemnités versées par les régimes d'assurance sociale (hors fonction publique) ; sont ainsi exclues les indemnités versées par les organismes complémentaires.

Les soins de longue durée ont en revanche été revus en base 2005. En effet, pour traiter de façon homogène les personnes âgées et les personnes **handicapées** hébergées en établissement, les soins de longue durée délivrés à ces dernières sont en effet intégrés dans la Dépense Courante de Santé (DCS) en base 2005 : ils représentent 8,5 milliards d'euros en 2011.

Les dépenses de **SSAD** (services de soins à domicile) sont ajoutées aux soins aux personnes âgées et non plus à la consommation de soins infirmiers de la CSBM comme c'était le cas en base 2000. En effet, ces soins sont effectués à plus de 80 % par des aides-soignants et à moins de 20 % par des infirmiers. Il y a donc un transfert de 1,4 milliard d'euros à ce titre de la CSBM vers la DCS en 2011.

Ces choix, qui assurent un traitement cohérent des dépenses de soins de longue durée, ne permettent cependant pas de lever la difficulté (rencontrée par plusieurs pays) d'identification précise des soins de longue durée assurés par des professionnels de santé au sein des dépenses de soins. Dans l'optique plus large retenue au niveau international de « Long term health care¹ », il est également difficile d'identifier au sein des services offerts aux personnes âgées dépendantes ou handicapées ceux qui relèvent de l'aide à la vie quotidienne (AVQ²) et qui doivent être rattachés au Long term health care, de ceux qui correspondent aux aides instrumentales à la vie quotidienne (AIVQ) (cf. fiche 3.5).

1.3.2 – Les dépenses de prévention institutionnelle

Il s'agit des seules dépenses de prévention « institutionnelle » : elles ne comprennent pas les dépenses de prévention réalisées par chacun lors de consultations médicales ordinaires, incluses dans la CSBM. Leur niveau n'est pas notablement revu en base 2005.

1.3.3 – Les dépenses en faveur du système de soins

Ces dépenses regroupent :

- les subventions au système de soins ;
- la recherche médicale et pharmaceutique ;
- la formation des personnels médicaux.

Les subventions ont fait l'objet d'une nouvelle évaluation en base 2005, à la suite de la création de nouveaux fonds par rapport à la base 2000.

Outre la prise en charge par l'assurance maladie de certaines cotisations sociales des professionnels de santé (2,2 milliards d'euros en 2011), les subventions au système de soins comprennent désormais la dotation versée par l'assurance maladie au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) qui contribue à l'amélioration du système de soins de ville (250 millions d'euros en 2011), ainsi que l'aide à la télétransmission (147 millions d'euros en 2011).

Ne sont pas comprises dans ce poste la dotation au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) qui est affectée pour l'essentiel à l'investissement et non à la dépense courante, ni les dotations à d'autres organismes tels que l'INPES, l'INVs, l'EPRUS ou encore l'ANAP, l'ATIH, le CNG déjà comptabilisées dans les dépenses de prévention institutionnelle ou dans les coûts de gestion.

Les dépenses de formation et de recherche conservent leur niveau de la base 2000.

1.3.4 – Les coûts de gestion du système de santé

L'introduction de la LOLF a entraîné une révision des coûts de gestion engagés par l'État : ceux-ci sont évalués à 0,7 milliard d'euros pour l'année 2011.

Les coûts de gestion de l'assurance maladie (CNAM) représentent 7,2 milliards d'euros en 2011.

¹ Long term health care : soins et services prodigués aux patients qui ont besoin d'une assistance constante car ils souffrent de déficiences chroniques et subissent une perte de leur autonomie et de leur capacité d'accomplir certains actes de la vie quotidienne.

² Activités de la vie quotidienne : les AVQ consistent à se lever, se laver, s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes.
Activités instrumentales de la vie quotidienne : les AIVQ représentent les tâches domestiques (courses, lessive, ménage, préparation des repas) ou administratives (gestion du budget, loisirs, accompagnement à l'extérieur).

Ont également été pris en compte les financements d'opérateurs publics contribuant au pilotage du système de santé (HAS, ATIH, CNG, ANAP) ou à la compensation des accidents médicaux (ONIAM). Ces financements s'élèvent à 0,2 milliard d'euros pour l'année 2011.

Enfin, l'exploitation de données sur les organismes complémentaires recueillies par l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) pour le compte de la DREES a conduit à une révision des coûts de gestion des sociétés d'assurance (+1,2 milliard d'euros en 2009). Les coûts de gestion des organismes complémentaires sont évalués à 7,7 milliards d'euros pour l'année 2011.

En base 2005, le montant total des coûts de gestion du système de santé s'élève ainsi à 15,6 milliards d'euros pour l'année 2011.

1.4 La dépense courante de santé (DCS)

C'est l'agrégat global des Comptes de la santé, puisqu'il regroupe tous les agrégats présentés ci-dessus et en constitue le total. La dépense courante de santé est donc la somme de toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé.

Une partie des dépenses de recherche est déjà comptabilisé dans la CSBM : le PHRC (programme hospitalier de recherche clinique) qui figure dans la dépense hospitalière, ainsi que de la recherche de l'industrie pharmaceutique qui figure dans la dépense de médicament. Afin d'éliminer les doubles comptes, ces dépenses sont retranchées du total des dépenses courante de santé.

La dépense de santé est dite « courante » parce qu'elle n'intègre pas les dépenses en capital des établissements de santé et des professionnels libéraux (formation brute de capital fixe : FBCF).

Plus précisément, la dépense courante de santé comprend la CSBM, les dépenses de prévention, les autres dépenses pour les malades, les dépenses en faveur du système de soins (hors double compte sur la recherche) et les coûts de gestion.

Entre la base 2000 et la base 2005, le niveau de la DCS a été revu à la hausse de 5,7 milliards d'euros en 2009 : cette révision résulte de deux effets contraires, la diminution de la CSBM et l'intégration des soins aux personnes handicapées.

1.5 La dépense totale de santé (DTS)

Depuis 2006, le questionnaire des données de santé à transmettre aux organisations internationales, est commun à l'OCDE, à Eurostat et à l'OMS. Depuis cette date, le champ couvert par ces données a été élargi aux dépenses liées au handicap et à l'investissement du secteur privé.

Dans les comparaisons internationales présentées dans ce document, on se référera au ratio « Dépense totale de santé/PIB ».

La définition internationale de la dépense totale de santé inclut la dépense courante de santé diminuée des indemnités journalières, d'une partie des dépenses de prévention (sécurité sanitaire de l'alimentation, prévention liée à l'environnement), du coût de la formation et de la recherche médicale et augmentée de l'investissement des secteurs publics et privés (FBCF) ainsi que de certaines dépenses liées au handicap (dépenses de la Sécurité sociale et des départements liées à l'accueil des personnes handicapées) et à la dépendance (une partie des dépenses d'APA³ correspondant à des aides pour les activités essentielles de la vie quotidienne comme se lever, se laver, se déplacer, à l'exclusion par exemple des aides pour le ménage ou la préparation des repas).

Le passage de la CSBM à la DTS est présenté dans le tableau 1.

1.6 La révision des Comptes

Comme l'ensemble de la Comptabilité nationale, les Comptes de la santé reposent sur un système d'évaluation triennal glissant. Chaque année n, on estime un compte provisoire pour l'année n-1, fondé sur les informations disponibles, puis un compte semi-définitif de l'année n-2 qui est une révision du compte provisoire intégrant des données plus complètes. Enfin le compte définitif de l'année n-3 révise le compte semi-définitif.

Ainsi en 2012, on estime un compte provisoire pour 2011, un compte semi-définitif pour 2010 et on arrête un compte définitif pour 2009.

³ APA : Allocation personnalisée pour l'autonomie.

Pour le compte provisoire 2011, les Comptes de la santé ont été arrêtés avec les données disponibles au 30 juin 2012.

Tableau 1 - Passage de la dépense courante de santé à la dépense totale de santé OCDE

	Valeur (en milliards d'euros)			Evolution (en %) 2011/2010
	2009	2010	2011	
CSBM	171,1	175,4	180,0	2,7
DCS (Dépense courante de santé)	228,7	234,3	240,3	2,6
- Indemnités Journalières	- 11,9	- 12,7	- 13,0	2,4
- Prévention environnementale et alimentaire	- 1,4	- 1,3	- 1,3	-4,5
- Recherche nette	- 3,4	- 3,5	- 3,6	0,8
- Formation	- 1,8	- 1,8	- 1,8	0,2
+ FBCF	8,0	7,9	7,9	0,6
+ Dépenses liées à la dépendance et au handicap	2,8	3,0	3,4	14,0
DTS (Dépense totale de santé)	221,0	225,8	232,0	2,8
PIB	1 885,8	1 937,3	1 996,6	3,1
DTS en % de PIB	11,72%	11,65%	11,62%	-0,03%

Source : DREES, Comptes de la santé.

2 La production des établissements de santé

2.1 Définition du secteur public et du secteur privé hospitalier

Les soins hospitaliers sont produits par le secteur public hospitalier et le secteur privé hospitalier. Dans les Comptes de la santé, la distinction entre les deux secteurs repose sur leur mode de financement et la nature de leur activité (commerciale ou pas), et non sur leur statut juridique.

- On désigne par « **secteur hospitalier public** » l'ensemble des hôpitaux publics, des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) et autres établissements privés qui étaient pour l'essentiel financés par une dotation globale hospitalière de 1983 à 2004, et qui, depuis 2005, sont financés par diverses dotations versées par les régimes de Sécurité sociale. Dès lors, leur production reste, au sens de la Comptabilité nationale, une production de services non marchands mesurée par les coûts, de même que la consommation, qui en est l'exacte contrepartie.

Les établissements regroupés sous ce terme sont :

- les établissements publics de santé ;
 - les établissements privés participant au service public hospitalier (établissements à but non lucratif) ;
 - les anciens établissements à prix de journée préfectoral ayant opté pour le régime de la dotation globale le 1^{er} janvier 1998 mais ne participant pas au service public hospitalier (également à but non lucratif).
- Le « **secteur privé** » désigne les établissements de soins privés anciennement hors dotation globale. Depuis le 1^{er} mars 2005, ils sont financés par la tarification à l'activité (T2A) pour la totalité de l'activité MCO (court séjour : Médecine, Chirurgie, Obstétrique). Ce secteur est constitué :
 - des établissements privés à but lucratif ;
 - des anciens établissements à prix de journée préfectoral ayant opté au 1^{er} janvier 1997 pour le régime conventionnel. Ces établissements, d'un poids moindre, se spécialisent dans les moyens séjours (Soins de suite et de réadaptation) et longs séjours ;
 - de quelques établissements privés à but non lucratif non PSPH.

Dans les Comptes nationaux, depuis le passage en « base 2000 », les soins hospitaliers de longue durée ont été transférés du domaine de la santé à celui de l'action sociale. Ils restent intégrés à la dépense courante de santé, ainsi qu'à la dépense totale de santé afin de permettre des comparaisons internationales.

2.2 Les établissements de santé du secteur public

Sauf indication contraire, le terme « secteur public » désigne les établissements de soins anciennement sous dotation globale, quel que soit leur statut juridique public ou privé. Un changement important des modalités de financement s'est produit avec la réforme de la Tarification à l'activité (T2A). Le passage de la dotation globale à la T2A, qui a débuté en 2004, s'est étendu progressivement jusqu'en 2008. Pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO), le financement par la T2A (10 % en 2004, 50 % en 2007 et 100 % en 2008) a été complété jusqu'en 2008, année de sa suppression totale, par une dotation annuelle complémentaire (DAC), qui représente une fraction de l'ancienne dotation globale hospitalière. Pour les activités hors MCO (psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, long séjour), sont créées plusieurs dotations différenciées.

Les Comptes de la santé s'attachent avant tout à estimer la Consommation finale de soins hospitaliers. Par convention, dans le secteur non-marchand de la santé (au sens de la Comptabilité nationale), celle-ci est égale à la production évaluée au coût des facteurs de production (salaires, consommations intermédiaires, impôts sur la production, consommation de capital fixe⁴...) diminuée des Ventes résiduelles (honoraires et prescriptions en activité libérale, chambre particulière, repas ou lit pour accompagnant, conventions internationales, par exemple). Elle ne comprend pas la production des unités de long séjour, exclues depuis la base 2000 du champ de la santé.

Compte de production des hôpitaux publics

Emplois	Ressources
Consommations intermédiaires (1)	Production non marchande (2)
Coûts salariaux	<i>dont Paiements partiels</i>
Impôts sur la production	Ventes résiduelles
Consommation de capital fixe	

(1) déduction faite de la rétrocession de médicaments.

(2) Production non marchande = ex-DGH (ex-Dotation globale hospitalière)
+ Paiements partiels
+ Prestations prises en charge par l'État
+ Solde des produits et charges divers (financiers, exceptionnels)
+ Déficit.

La production non marchande des hôpitaux publics inclut donc implicitement leur déficit.

2.3 Le passage des comptes des hôpitaux publics au compte du secteur public hospitalier en comptabilité nationale

Les comptes des hôpitaux publics ont fait l'objet d'une analyse détaillée dans l'éclairage « Les hôpitaux du secteur public hospitalier de 2006 à 2009 : quelques aspects comptables » du Rapport sur les Comptes de la santé 2010 paru en septembre 2011.

Le secteur public hospitalier des comptes de la santé comprend les hôpitaux publics et les hôpitaux privés participant au service public hospitalier (PSPH).

⁴ La consommation de capital fixe correspond à la dépréciation subie par le capital fixe au cours de l'année considérée par suite d'usure normale ou d'obsolescence prévisible ; évaluée par l'Insee, elle est proche de la dotation aux amortissements.

Le compte des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires)

En Comptabilité générale (CG⁵), le résultat net des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires) s'est établi à -0,2 milliard d'euros en 2009 et -0,4 milliard en ne considérant que leurs budgets principaux. En 2009, les charges des hôpitaux publics (budgets principaux) se sont élevées à 59,6 milliards et leurs produits à 59,2 milliards.

Les principales charges des budgets principaux des hôpitaux publics sont les charges de personnel : 34,9 milliards d'euros en 2009, dont 19,9 milliards pour les rémunérations du personnel non médical, 5,5 milliards pour celles du personnel médical et 8,9 milliards de cotisations sociales. Les achats se sont élevés à 10,8 milliards, dont 5,2 milliards de produits pharmaceutiques et produits à usage médical. Les impôts, taxes et assimilés (3,5 milliards) et les autres services extérieurs (2,1 milliards) ont constitué les autres rubriques importantes de dépenses.

Les produits de l'activité hospitalière constituent la ressource principale des budgets principaux des hôpitaux publics : 51,7 milliards d'euros en 2009, dont 47,1 milliards ont été à la charge de l'assurance maladie (AM) et 3,7 milliards à la charge des patients ou des organismes complémentaires.

Les produits à la charge de l'AM comprennent le produit des groupes homogènes de soins (GHS, 23,8 milliards) et différentes dotations (Dotation annuelle de financement, 10,6 milliards, Missions d'intérêt général, 5,2 milliards et Aide à la contractualisation 1,6 milliard). Sont également financés par l'AM une partie des consultations et actes externes (2,2 milliards), les médicaments et dispositifs médicaux implantables facturés en sus et les forfaits annuels urgences.

Les produits restant à la charge des patients ou des organismes complémentaires comprennent une partie de la médecine et des spécialités (1 milliard), une partie du coût des consultations et actes externes (0,5 milliard), ainsi que le forfait journalier (0,7 milliard).

Les produits des hôpitaux proviennent également de certaines ventes et activités annexes, pour 4,8 milliards d'euros en 2009. Ils comprennent les remboursements de frais par les comptes de résultat prévisionnel annexes (1,5 milliard) et la rétrocession de médicaments (2,1 milliards).

Outre le budget principal, la comptabilité des hôpitaux comprend des budgets annexes : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD, 4,2 milliards de produits), unités de soins de longue durée (USLD, 1,8 milliard de produits), écoles et instituts de formation des personnels paramédicaux et de sages-femmes (0,7 milliard de produits), maisons de retraite (0,6 milliard de produits) et autres budgets annexes (AU – autres activités –, DNA –dotation non affectée – SIDPA – services de soins infirmiers à domicile – ; au total 0,9 milliards de produits).

Le compte des hôpitaux PSPH

En 2009, les PSPH ont totalisé 9,2 milliards d'euros de charges et autant de produits. Leurs charges se répartissent de manière assez semblable à celles des hôpitaux publics. Par contre, les produits de l'activité hospitalière occupent une part plus importante (91 % des produits pour les PSPH contre 87 % pour les hôpitaux publics).

Le passage de la comptabilité générale à la comptabilité nationale

Le passage du résultat de la comptabilité générale au besoin de financement de la Comptabilité nationale (CN) nécessite plusieurs retraitements des comptes, dont les plus importants sont la non prise en compte des provisions et dotations aux amortissements (et reprises sur provisions et amortissements). En 2009 (dans le compte semi définitif), les charges non reprises en CN se sont élevées à 4,8 milliards et les produits non repris à 0,6 milliard. *A contrario*, la comptabilité nationale doit intégrer des éléments du bilan tels que la consommation et formation de capital fixe pour le calcul de la capacité de financement. Ces postes ont représenté en 2009 (dans le compte semi définitif) 5,3 milliards en emplois (essentiellement la variation des immobilisations corporelles et incorporelles nettes de la CG) et 0,4 milliard en ressources (essentiellement des apports et des subventions d'équipements). En 2009 (dans le compte semi définitif), la contribution du secteur public hospitalier (y

⁵ Comptabilité générale (CG) : la CG est organisée de manière à suivre l'évolution du résultat et du patrimoine de chaque établissement, à travers ses créances et ses dettes. Cette optique « patrimoniale » explique l'organisation du plan comptable en 7 classes : les comptes de capital (classe 1), les comptes d'immobilisations (classe 2), les comptes de stocks et en-cours (classe 3), les comptes de tiers (classe 4), les comptes financiers (classe 5), les comptes de charges (classe 6) et les comptes de produits (classe 7).

compris PSPH mais hors hôpitaux militaires) au déficit des administrations publiques au sens de Maastricht s'est établi à -0,5 milliard d'euros.

Le compte du secteur public hospitalier en comptabilité nationale en 2009 (compte semi-définitif)

Comptes de production et d'exploitation

en milliards d'euros

EMPLOIS			RESSOURCES		
P2	consommation intermédiaire (1)	17,2	P11	production marchande	11,3
			dont	<i>P11BM-sociale</i> . branche marchande	6,4
				<i>P11BNM-éduc.</i> . branche non-marchande	0,1
				<i>P11BNM-santé</i> . branche non-marchande	4,8
B1	valeur ajoutée brute	54,2	P12	production pour emploi final propre	0,2
dont	<i>D11 salaires</i>	32,8			
	<i>D12 cotisations sociales employeurs</i>	12,1	P13	P13 production non-marchande (3)	60,0
	<i>D29 impôts à la production</i>	3,9	dont	<i>P13-éduc</i> (yc. paiements partiels : 0,01)	0,3
	<i>D39 subventions d'exploitation</i>	-0,3		<i>P13-santé</i> (yc. paiements partiels : 4,1)	59,7
	B2 excédent brut d'exploitation (solde) (2)	5,7	Total		71,4
Total		71,4			

Comptes d'affectation des revenus primaires et de distribution secondaire des revenus

EMPLOIS			RESSOURCES		
D41	intérêts versés	0,5	B2	excédent brut d'exploitation	5,7
D71	primes nettes d'assurance-dommage	0,2	D41	intérêts reçus	0,1
D731	transferts courants Etat, Colter	0,0	D72	indemnités d'assurance dommage	0,1
D63	transferts sociaux en nature (4)	55,9	D731	transferts courants Etat, Colter	0,8
dont	<i>D631 santé</i>	55,6	dont	<i>D731-Etat</i> . AME	0,3
	<i>D632 éducation</i>	0,3		<i>D731-Colter</i> . IFSI	0,5
D759	transferts courants divers	0,7	D732	transferts courants ASSO (= dotation assurance maladie)	55,4
B8	épargne brute (solde)	5,1	D759	transferts courants divers	0,2
Total		62,4	Total		62,4

Compte de capital

EMPLOIS			RESSOURCES		
P51	FBCF	5,9	B8	épargne brute	5,1
P52	variation de stocks	0,0	D92	transferts en capital (aide à invest.)	0,4
K21	acquisition de terrains	0,0			
B9	capacité (+) ou besoin (-) de financement	-0,5	Total		5,5
Total		5,5			

(1) Hors achats de médicaments rétrocédés

(2) Pour les branches non marchandes, l'EBE est égal à la Consommation de capital fixe (évaluée en 2009 à 4,5 milliards)

(3) Production non marchande = charges correspondantes (C), rémunérations, subventions nettes d'impôts à la production et consom. de capital fixe

(4) Transfert aux ménages (égal à la production non-marchande déduction faite des paiements partiels)

Sources : INSEE, Comptes nationaux (2009 semi définitif).

Les soins hospitaliers publics, tels qu'ils figurent dans les Comptes de la santé, comprennent la production non marchande de santé du secteur public hospitalier (hors hôpitaux militaires, y compris PSPH) et celle des hôpitaux militaires. Pour les hôpitaux militaires, inclus dans le compte de l'État, les lignes de compte du programme 178 (Préparation et emploi des forces) sous-action 80 (Fonction santé) ont permis d'évaluer leur production à 0,46 milliard en 2009 (montant correspondant à 0,41 milliard de dotation de l'assurance maladie et 0,05 milliard de paiements partiels des ménages – dans le compte semi définitif).

Au total, la consommation hospitalière s'est élevée à 60,3 milliards d'euros en 2009 (dans le compte semi définitif); elle se décompose en 55,8 milliards de financement de l'assurance maladie, 0,4 milliard de financement de l'État (au titre de l'aide médicale d'État, des soins d'urgence et des invalides de guerre) et 4,1 milliards de contribution des ménages ou des organismes complémentaires.

Passage de la Comptabilité nationale au tableau de financement des Comptes de la santé 2009

en milliards d'euros

Financements	Sécurité sociale	Etat (AME, AC, soins urgents)	CMU-C org. de base	Mutuelles	Assurances	Institutions de prévoyance	Ménages	Total
Hôpitaux du secteur public	55,8	0,4	0,3	1,3	0,7	0,3	1,5	60,3
Données sources de la Comptabilité nationale	calcul par solde	D731	Paiements partiels (dont hôpitaux militaires)					P13+militaires

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005 - 2009 (compte semi définitif).

2.4 Les établissements de santé du secteur privé

Sauf indication contraire, le terme « secteur privé » désigne les établissements de soins privés à but lucratif, ainsi que quelques établissements de soins privés à but non lucratif.

La réforme de la tarification à l'activité (T2A) leur a été appliquée à compter du 1^{er} mars 2005 sur la totalité de l'activité MCO.

Dans les Comptes de la santé, les soins hospitaliers du secteur privé comprennent les frais de séjour (MCO y compris médicaments et DMI facturés en sus des GHS, psychiatrie et soins de suite et de réadaptation) et les honoraires des professionnels de santé libéraux.

3 Des indices spécifiques au secteur de la santé

3.1 Les indices de prix et de volume en comptabilité nationale ⁶

Les flux qui sont représentés dans les comptes nationaux correspondent aux transactions économiques mesurées en termes monétaires. L'utilisation de l'unité monétaire comme étalon de référence permet d'agréger des opérations élémentaires qui portent sur des objets hétérogènes. Elle masque cependant certains phénomènes économiques importants. Si l'on considère une transaction ayant porté sur un bien, la valeur monétaire de cette transaction synthétise deux réalités distinctes, d'une part le nombre d'unités physiques du bien échangées au cours de la transaction, et d'autre part le prix de chaque unité physique du bien, c'est-à-dire la valeur pour laquelle s'échangerait une unité du même bien. C'est ce que l'on résume par l'équation : Valeur = Quantité x Prix.

Ainsi, si l'on observe au cours du temps le montant de transaction d'un bien déterminé, la différence de valeur enregistrée résulte soit d'une variation des quantités, soit d'une variation des prix.

Ce raisonnement micro-économique ne peut s'appliquer sans précaution au niveau macro-économique. Dans ce dernier cas il faut en effet définir au préalable les modalités d'agrégation de produits non homogènes, l'agrégation par les quantités physiques ne pouvant être retenue. Quel sens aurait en effet la sommation d'un nombre de boîtes de médicaments avec celui de séances de dialyse ? Ceci conduit à retenir un concept synthétique, le volume qui n'est autre que l'agrégation de la valeur des biens à l'année de base (ou année de référence). C'est ce que l'on résume par l'équation : Valeur = Volume x $\frac{\text{Prix de l'année observée}}{\text{Prix de l'année de base}}$

Depuis la base 2000, les indices sont chaînés et l'année de base ou année de référence est l'année N-1.

L'effet volume et l'effet prix en comptabilité nationale et dans les Comptes de la santé

En comptabilité nationale, les variations de volume ne représentent donc pas que de simples variations de quantités.

⁶ Cette présentation s'appuie sur celle établie par l'INSEE dans « Système élargi de comptabilité nationale », n°198-199 des collections de l'INSEE, série C, mai 1976.

Pour chaque type de dépenses de santé coexistent généralement plusieurs prestations de soins ou plusieurs types de biens médicaux dont les caractéristiques bien que voisines, sont distinctes et dont la répartition peut se modifier au cours du temps. Or cette évolution n'est pas sans incidence sur le calcul des indices de volume.

Prenons l'exemple de deux médicaments utilisés à des fins identiques, mais de marques et de prix différents, et dont la consommation relative se déforme.

Année	Médicament 1			Médicament 2			Total		
	Quantités	Prix	Valeur	Quantités	Prix	Valeur	Quantités	Prix	Valeur
N - 1	1 000	5,00 €	5 000	900	6,00 €	5 400	1 900	5,47 €	10 400
N	800	5,50 €	4 400	1 200	6,50 €	7 800	2 000	6,10 €	12 200

Si l'on considérait que les médicaments constituaient un produit homogène :

- l'évolution de la valeur de la consommation serait : 12 200 / 10 400, soit +17,3 % ;
- l'évolution du **volume** serait celles des quantités : 2 000 / 1 900, soit **+5,3 %** ;
- l'évolution des **prix** se déduirait de celles du volume et de la valeur :

Indice de Prix = Indice de Valeur / Indice de Volume, soit **+11,4 %**.

Mais en réalité, les deux médicaments ne sont pas exactement identiques, et la consommation se déplace du médicament 1 vers le médicament 2 dit « de meilleure qualité » ; son prix est un peu supérieur parce que plus récent, il intègre par exemple une amélioration pour être mieux toléré.

Pour distinguer « l'effet prix » de « l'effet volume » dans la variation de la valeur de la dépense totale de médicaments, on distingue en fait les deux types de médicaments dans les calculs.

On mesure séparément la valeur des médicaments à prix constants et par addition, on en déduit la valeur totale de ces médicaments à prix constants :

- valeur à prix constants du médicament 1 : 800 x 5 = 4 000 € ;
- valeur à prix constants du médicament 2 : 1 200 x 6 = 7 200 € ;
- d'où une valeur totale à prix constants (càd un volume) de 11 200 M€ ;
- la variation en **volume** est alors de 11 200 / 10 400, soit **+7,7 %** ;
- la variation des **prix** est de 12 200 / 11 200, soit **+8,9 %**.

Cette prise en compte de la variation de nature d'un poste de dépense correspond à ce que l'on appelle souvent l'effet « qualité ». Ce terme « qualité » se réfère uniquement aux caractéristiques particulières du bien et ne prétend pas mesurer la qualité perçue par l'utilisateur. Il vaut donc mieux parler de variation de « nature » plutôt que de qualité.

En reprenant l'exemple précédent, on peut dire que la nature moyenne de la consommation de médicaments a varié entre les deux années puisqu'il y a maintenant plus de consommation du médicament 2 que du médicament 1.

La variation de prix apparente (+11,4 %) résulte en partie de ce changement de nature, mais si l'on veut se référer à une consommation de nature constante au cours du temps, il faut corriger cette variation de prix de l'incidence du changement de nature de la consommation, ce qui revient ici à ramener la hausse de prix de +11,4 % à +8,9 %.

La variation du volume intègre ainsi l'effet « qualité » : elle est de 7,7 % alors que la simple hausse des quantités est de 5,3 %.

La construction des indices

L'exemple ci-dessus permet de comprendre comment sont construits en comptabilité nationale, et dans les comptes de la santé, les indices de volume et de prix d'un poste de la nomenclature regroupant plusieurs produits élémentaires.

Notations

i désigne un produit élémentaire, q une quantité, p un prix, v un volume et V une valeur.

L'indice 0 est relatif à l'année de base considérée. La pratique étant de chaîner les indices, cet indice désigne donc simplement l'année n-1, l'absence d'indice étant relatif à l'année n.

Les indices de volume sont des indices de Laspeyres et les indices de prix des indices de Paasche.

Valeurs

L'indice de la valeur globale s'écrit :

$$I \text{ Val} = \frac{V}{V_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i}$$

Volumes

L'indice de volume est un indice de valeur à prix constants qui s'écrit :

$$I \text{ Vol} = \frac{v}{v_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p_0^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} = \sum_i \left(\frac{q_0^i \cdot p_0^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} \right) \cdot \left(\frac{q^i}{q_0^i} \right)$$

Prix

L'évolution des prix s'en déduit :

$$I \text{ Px} = \frac{P}{P_0} = \frac{V}{V_0} / \frac{v}{v_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} * \frac{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i}{\sum_i q^i \cdot p_0^i} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q^i \cdot p_0^i}$$

Cas particuliers

Dans certains cas les prix ne sont pas directement observables ; c'est le cas des services non marchands pour lesquels la gratuité est la règle. Dans ce cas, on choisit une approche par les coûts de production (méthode input) ou une mesure directe de la quantité de service fournie (méthode output). Dans les Comptes de la santé, ces deux approches sont utilisées pour le calcul de l'indice de volume (et par conséquent de l'indice de prix qui s'en déduit) de la production de soins par les hôpitaux publics.

Dans d'autres cas les prix de l'année de base sont inconnus : c'est notamment le cas des nouveaux médicaments. Dans ce cas on ne comptabilise pas ce nouveau produit pour l'évaluation de l'indice de prix. Cette méthode revient à comptabiliser tout nouveau produit dans l'indice de volume.

3.2 L'indice de volume de la production dans le secteur non marchand de la santé

Appartenant au secteur non marchand au sens de la Comptabilité nationale, les établissements du secteur public hospitalier voient leur production évaluée au coût des facteurs de production qu'ils mettent en œuvre pour fournir les services de santé. Jusqu'à la base 1995, le partage de l'évolution de cette production entre volume et prix était opéré en calculant un indice de prix des facteurs de production, et en en déduisant une évolution en volume (méthode input).

Depuis la base 2000, sur la recommandation d'Eurostat, l'INSEE a souhaité que le calcul des volumes se fasse par une méthode de mesure directe de la production (méthode output). Cette seconde méthode est en effet plus proche de l'idée intuitive de volume et elle permet d'améliorer la comparabilité entre les États membres de l'Union européenne.

On élabore désormais un indice de volume de la production en pondérant par leurs coûts relatifs les indices de variation des divers indicateurs d'activité hospitalière fournis par l'enquête Statistique annuelle des établissements (SAE) réalisée par la DREES, ainsi que des indicateurs d'activité obtenus par le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), et en particulier ceux du court séjour. L'indice de volume est directement lié à l'activité réelle des établissements. Cette nouvelle méthode est cohérente avec la mise en place progressive de la tarification à l'activité des hôpitaux, qui conduit à la production directe de données d'activité économiquement significatives.

Cette méthode « output » appliquée au compte provisoire 2011 donne le résultat suivant :

TYPES DE SEJOUR	Evaluation de la structure 2009 du montant des dépenses	INDICES de VOLUME en 2011
Médecine, chirurgie, obstétrique	0,799	1,034
Hospitalisation supérieure à 1 jour	0,783	1,033
Hospitalisation inférieure à 1 jour	0,160	1,030
Lutte contre les maladies mentales	0,122	1,015
Soins de suite et de réadaptation	0,079	1,009
INDICE de VOLUME	1,000	1,030

Sources : DREES, Comptes de la santé.

Les indices de volume des quatre grandes catégories de types de séjour sont eux-mêmes le résultat d'indices de quantité de sous rubriques de dépenses (par exemple les 600 GHM en version 9 du PMSI) pondérés par la part financière de chaque sous rubrique.

Comparaison des évolutions en volume obtenues par les méthodes « input » et « output »

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Méthode "input"	1,005	1,008	1,013	1,010	1,015	1,026	1,020	1,016	1,015	1,016	1,010
Méthode "output"	1,005	1,008	1,013	1,011	1,015	1,023	1,017	1,013	1,026	1,030	1,030
Ecart entre "output" et "input"	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	-0,003	-0,004	-0,003	0,011	0,014	0,020

Sources : DREES, Comptes de la santé.

La méthode « output » était utilisée dans les Comptes nationaux et dans les Comptes de la santé uniquement pour le compte définitif jusqu'en 2011. À partir de 2012, la méthode « output » est désormais utilisée dès le compte provisoire, c'est-à-dire pour le compte provisoire de l'année 2011.

La méthode output est exposée de façon détaillée dans le document de travail, série Études et Recherche n° 118 de la DREES publié en mars 2012 : « Le partage volume-prix à l'hôpital dans les Comptes nationaux de la santé », M. Koubi, A. Fenina.

3.3 Le prix des soins dans les cliniques privées

À la différence du secteur public, la croissance en volume se déduit de la croissance en valeur, corrigée de l'évolution des prix.

L'indice de prix utilisé pour les cliniques privées résulte de l'augmentation réglementaire des tarifs des actes pratiqués (tarifs des GHS pour les activités MCO et tarifs PSY-SSR) et de la contribution demandée aux assurés (forfait journalier).

3.4 Le prix des soins de médecins

L'indice des prix à la consommation (IPC) publié par l'INSEE mesure l'évolution des prix des biens et services consommés par les ménages. Dans le cas des soins de médecins, il retrace l'évolution des prix payés par les ménages, majorations et dépassements inclus avant remboursement par l'assurance-maladie et les organismes complémentaires. Le champ retenu concerne tous les soins des médecins libéraux, y compris les honoraires de médecins des cliniques privées.

3.5 Le prix des médicaments

Le partage volume-prix s'opère à partir de l'indice des prix à la consommation (IPC) calculé par l'INSEE. Par construction, cette méthode revient à comptabiliser tout nouveau produit apparu en cours d'année dans les seuls volumes.

Dans le cas des médicaments, on considère un médicament comme nouveau s'il contient une nouvelle molécule (ou une nouvelle association de molécules), ou s'il correspond à une présentation nouvelle d'anciennes molécules (par exemple, le passage d'une présentation sous forme de comprimés à une présentation sous forme de sirop). À l'inverse, on ne considère pas un médicament comme un produit nouveau mais comme un substitut à des produits existants lorsqu'il s'agit d'un médicament générique ou si, par exemple, la présentation passe de 20 à 30 comprimés par boîte.

Les médicaments remboursables représentent près de 90 % des dépenses en médicaments. La baisse de prix des médicaments remboursables, et donc de l'ensemble des prix des médicaments est à mettre directement en rapport avec les politiques publiques, notamment le développement des génériques. Comme le médicament générique est commercialisé à un prix inférieur à celui du princeps (-20 % en moyenne), son arrivée sur le marché a pour effet direct de faire baisser l'indice des prix. À cet effet mécanique peut s'ajouter la diminution du prix des princeps que les laboratoires peuvent décider pour maintenir leur part de marché, notamment pour les médicaments soumis à tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) : l'assurance-maladie rembourse alors le princeps sur la base du prix du médicament générique. Depuis plusieurs années, l'évolution de l'indice des prix des médicaments remboursés est orientée à la baisse, ce qui traduit l'augmentation de la part de marché des médicaments génériques mais aussi les baisses de prix décidées pour limiter les dépenses de l'assurance-maladie.

Le déremboursement, d'un médicament n'a pas d'effet direct sur l'indice des prix. Cependant, à l'occasion d'un déremboursement total, le volume des ventes peut diminuer. Les laboratoires peuvent, pour compenser cette baisse, décider une hausse des prix. Celle-ci provoque une augmentation du prix des médicaments non remboursés.

Le calcul du prix des médicaments est exposé de façon détaillée dans l'*Insee Première* n° 1408 publié en juillet 2012 : « Les prix des médicaments de 2000 à 2010 », T. Aunay.

3.6 Le prix des autres biens médicaux

Le prix des « petits matériels et pansements » est également calculé à partir l'indice des prix à la consommation (IPC) de l'INSEE. Il intègre l'indice de prix des « autres produits pharmaceutiques » (pansements, bandelettes réactives pour diabétiques...) pour 34 %, celui du matériel médico-chirurgical pour 34 % également, ainsi que ceux des nutriments spécifiques, des gaz industriels (oxygénothérapie), de la location de matériel à des particuliers,...

Ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense ; ces poids résultent de la décomposition effectuée par la CNAM à un niveau fin sur les remboursements de petits matériels et pansements⁷.

De même, le prix des « orthèses, prothèses et VHP » s'obtient à partir de l'IPC : indices de prix des orthèses, des articles chaussants à maille (bas de contention), des appareils orthopédiques et autres prothèses, des prothèses auditives, du matériel électro-médical (stimulateurs cardiaques), des VHP.... Comme pour les petits matériels et pansements, ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense.

Enfin, pour l'optique, l'IPC fournit un indice de prix élémentaire des lunettes correctrices.

⁷ « Les dispositifs médicaux : situation et évolution en 2007 », CNAM, *Points de repère*, n° 15, mai 2008.

4 Liste des sigles utilisés

A

AcBUS : Accord de bon usage des soins
ACP : Autorité de contrôle prudentiel
ACS : Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne
ADELI : Automatisation DEs Llistes (système d'information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue)
AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AIVQ : Activités instrumentales de la vie quotidienne
ALD : Affection de longue durée
AME : Aide médicale de l'État
AMM : Autorisation de mise sur le marché
AMO : Assurance maladie obligatoire
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
ANR : Agence nationale de la recherche
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
APA : Allocation personnalisée d'autonomie
ARS : Agence régionale de santé
ASIP : Agence des systèmes d'information partagés de santé
ASMR : Amélioration du service médical rendu (médicament)
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT/MP : Accidents du travail – Maladies professionnelles
AVQ : Activités de la vie quotidienne

C

CAHT et CATTC : chiffre d'affaires hors taxes et chiffre d'affaires toutes taxes comprises
CAPI : Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CCAM : Classification commune des actes médicaux
CCSS : Commission des comptes de la Sécurité sociale
CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CEPS : Comité économique des produits de santé
CIP : Code d'identification des présentations (des médicaments)
CMU-C : Couverture maladie universelle – complémentaire
CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNETH : Conseil national des exploitants thermaux
CNG : Centre national de gestion
CNRS : Centre national de la recherche scientifique
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux
CTIP : Centre technique des institutions de prévoyance

D

DCS : Dépense courante de santé
DGFIP : Direction générale des finances publiques
DGH : Dotation globale hospitalière
DGTPE : Direction générale du trésor et de la politique économique
DIS : Diplôme interuniversitaire de spécialité
DMI : Dispositifs médicaux implantables
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DTS : Dépense totale de santé

E

EHPA : Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPAS : Échantillon Permanent des Assurés sociaux de la caisse nationale d'assurance maladie
EPHMRA : European Pharmaceutical Marketing Research Association (code des classes thérapeutiques pour les médicaments)
EPRUS : Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
ETP : Équivalent temps plein

F

FAC : Fonds d'action conventionnelle
FFI : Médecin « faisant fonction d'interne »
FFSA : Fédération française des sociétés d'assurances
FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FNMF : Fédération nationale de la mutualité française
FNPEIS : Fonds national de prévention et d'éducation en information sanitaire
FSE : Forfait « sécurité et environnement hospitalier »

G

GERS : Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistique (médicament)
GHM : Groupe homogène de malades
GHS : Groupe homogène de séjours
GIR : Groupes Iso Ressources (codification de la dépendance)

H

HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute autorité de santé
HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCSP : Haut conseil en santé publique

I

ICM : Indice comparatif de mortalité
IFSI : Institut de formation aux soins infirmiers
IGN : Institut géographique national
IJ : indemnités journalières
INES : INsee-dreES (modèle de micro-simulation sur les revenus des ménages développé par l'INSEE et la DREES)
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS : Institut national de veille sanitaire
IP : Institution de prévoyance
IPC : Indice des prix à la consommation (INSEE)
IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
ISBLSM : Institutions sans but lucratif au service des ménages

L

LEEM : Les entreprises du médicament
LPP : Liste des produits et prestations (des biens médicaux)

M

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique
MECSS : Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
MIGAC : Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MIRES : Mission interministérielle « Recherche et Enseignement supérieur »
MSA : Mutualité sociale agricole

N

NGAP : Nomenclature générale des activités professionnelles

O

OC : Organismes complémentaires d'assurance maladie

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

ODMCO : Objectif de dépenses de maternité, chirurgie, obstétrique

OGD : Objectif global de dépenses

OMAR : Outil de Microsimulation pour l'Analyse des Restes-à-charge

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie

ONIAM : Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des infections iatrogènes et des infections nosocomiales

ONDPS : Observatoire national des professions de santé

OQN : Objectif quantifié national

P

PIB : Produit intérieur brut

PJP (ex) : Établissement hospitalier à prix de journée préfectoral

PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale

PMI : Protection maternelle et infantile

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information (Système d'information sur l'activité des établissements hospitaliers)

PQE : Programmes de qualité et d'efficience (annexes au PLFSS)

PSCE : Enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise de l'IRDES

PSPH : Établissement de santé « participant au service public hospitalier »

R

RAC : Reste à charge

RG : Régime général (de l'assurance maladie)

RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé

RSI : Régime social des indépendants

S

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé

SMR : Service médical rendu (par un médicament)

SMUR : Service médical d'urgence

SNIIRAM et **SNIR** : Système national d'information inter-régime de l'assurance maladie

SPS : Enquête Santé et Protection sociale de l'IRDES

SSAD : Services de soins à domicile

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile

SSR : Soins de suite et de réadaptation

T

T2A : Tarification à l'activité

TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité

TJP : Tarif journalier de prestations (des hôpitaux)

TM : Ticket modérateur

U

UFR : Unité de formation et de recherche

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

USLD : Unité de soins de longue durée

V

VHP : Véhicule pour handicapé physique

VSL : Véhicule sanitaire léger.

Tableaux détaillés

2000 - 2011

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX
valeur (millions d'euros courants)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	54 085	56 237	59 233	62 700	65 941	68 487	71 051	73 644	76 208	79 203	81 426	83 582
• Secteur public	42 013	43 835	46 009	48 713	51 027	52 774	54 618	56 482	58 187	60 470	62 111	63 779
• Secteur privé	12 072	12 402	13 224	13 987	14 914	15 714	16 432	17 162	18 021	18 733	19 315	19 803
2. SOINS DE VILLE	28 632	29 993	32 314	34 730	36 175	37 372	38 822	40 739	42 066	43 300	44 056	45 672
• Médecins	13 233	13 527	14 582	15 591	16 006	16 485	17 075	17 840	18 236	18 618	18 470	19 188
• Auxiliaires Médicaux	5 787	6 068	6 626	7 184	7 615	8 071	8 553	9 273	9 856	10 439	11 007	11 532
- infirmiers	2 682	2 744	3 006	3 319	3 516	3 747	3 990	4 356	4 704	5 150	5 509	5 829
- masseurs-kinésithérapeutes	2 584	2 799	3 025	3 218	3 415	3 607	3 809	4 128	4 308	4 409	4 570	4 726
- autres	511	524	596	647	684	717	753	788	844	880	928	977
• Dentistes	6 693	7 286	7 665	8 202	8 585	8 740	9 016	9 315	9 558	9 737	9 993	10 252
• Analyses	2 626	2 812	3 136	3 443	3 661	3 769	3 869	3 993	4 099	4 189	4 260	4 369
• Cures Thermales (forfait soins)	293	300	305	309	308	307	309	319	317	316	327	331
3. TRANSPORTS DE MALADES	1 891	2 063	2 252	2 431	2 631	2 816	3 053	3 231	3 377	3 592	3 787	3 900
4. MÉDICAMENTS	23 989	25 822	27 105	28 068	29 632	30 688	31 491	32 696	33 393	34 076	34 518	34 704
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	5 976	6 640	7 230	7 703	8 289	8 753	9 332	10 042	10 667	10 978	11 595	12 180
• Optique	3 236	3 585	3 741	3 901	4 106	4 242	4 444	4 634	4 783	4 963	5 130	5 329
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	1 144	1 215	1 343	1 390	1 489	1 556	1 681	1 801	1 932	1 994	2 122	2 248
• Petits matériels et pansements	1 597	1 840	2 146	2 412	2 694	2 954	3 207	3 607	3 952	4 020	4 342	4 603
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	114 574	120 755	128 134	135 633	142 668	148 116	153 748	160 352	165 710	171 149	175 382	180 037
6. MÉDECINE PREVENTIVE	2 316	2 403	2 511	2 708	2 882	2 914	3 012	3 166	3 295	3 437	3 391	3 417
• Prévention individuelle primaire	1 947	2 019	2 121	2 281	2 430	2 412	2 493	2 597	2 707	2 822	2 791	2 798
• Prévention individuelle secondaire	369	383	390	427	452	502	519	569	588	615	601	619
CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE	116 890	123 158	130 645	138 341	145 551	151 030	156 760	163 517	169 006	174 585	178 773	183 454

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX

indices de valeur

(indices de valeur : base 100 année précédente)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	102,9	104,0	105,3	105,9	105,2	103,9	103,7	103,6	103,5	103,9	102,8	102,6
• Secteur public	103,3	104,3	105,0	105,9	104,8	103,4	103,5	103,4	103,0	103,9	102,7	102,7
• Secteur privé	101,8	102,7	106,6	105,8	106,6	104,6	104,6	104,4	105,0	104,0	103,1	102,5
2. SOINS DE VILLE	104,5	104,8	107,7	107,5	104,2	103,3	103,9	104,9	103,3	102,9	101,7	103,7
• Médecins	103,6	102,2	107,8	106,9	102,7	103,0	103,6	104,5	102,2	102,1	99,2	103,9
• Auxiliaires Médicaux	106,2	104,8	109,2	108,4	106,0	106,0	106,0	108,4	106,3	105,9	105,4	104,8
- infirmiers	105,7	101,9	109,5	110,4	106,0	106,6	106,5	109,2	108,0	109,5	107,0	105,8
- masseurs-kinésithérapeutes	106,5	108,3	108,1	106,4	106,1	105,6	105,6	108,4	104,3	102,4	103,6	103,4
- autres	106,8	102,5	113,6	108,6	105,7	104,9	105,0	104,7	107,1	104,2	105,4	105,3
• Dentistes	104,3	108,9	105,2	107,0	104,7	101,8	103,2	103,3	102,6	101,9	102,6	102,6
• Analyses	107,1	107,1	111,5	109,8	106,3	102,9	102,7	103,2	102,7	102,2	101,7	102,6
• Cures Thermales (forfait soins)	96,6	102,4	101,8	101,3	99,6	99,8	100,5	103,1	99,4	99,9	103,4	101,4
3. TRANSPORTS DE MALADES	108,0	109,1	109,1	108,0	108,2	107,0	108,4	105,8	104,5	106,4	105,4	103,0
4. MÉDICAMENTS	109,3	107,6	105,0	103,6	105,6	103,6	102,6	103,8	102,1	102,0	101,3	100,5
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	113,7	111,1	108,9	106,5	107,6	105,6	106,6	107,6	106,2	102,9	105,6	105,0
• Optique	114,1	110,8	104,4	104,3	105,3	103,3	104,8	104,3	103,2	103,8	103,4	103,9
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	108,4	106,2	110,5	103,5	107,1	104,5	108,0	107,1	107,3	103,2	106,4	105,9
• Petits matériels et pansements	117,1	115,2	116,6	112,4	111,7	109,7	108,6	112,5	109,6	101,7	108,0	106,0
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...5)	105,2	105,4	106,1	105,9	105,2	103,8	103,8	104,3	103,3	103,3	102,5	102,7
6. MEDECINE PREVENTIVE	103,1	103,7	104,5	107,9	106,4	101,1	103,4	105,1	104,1	104,3	98,7	100,8
• Prévention individuelle primaire	103,1	103,7	105,0	107,5	106,5	99,2	103,4	104,2	104,2	104,2	98,9	100,3
• Prévention individuelle secondaire	103,0	103,7	101,7	109,6	105,8	111,2	103,3	109,6	103,5	104,6	97,7	103,0
CONSOMMATION MEDICALE TOTALE	105,2	105,4	106,1	105,9	105,2	103,8	103,8	104,3	103,4	103,3	102,4	102,6

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX
indices de prix

(indices des prix : base 100 année précédente)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	102,3	103,1	103,7	104,4	103,2	101,3	101,5	102,0	100,5	100,8	99,9	99,9
• Secteur public	102,8	103,5	103,6	104,7	103,2	101,1	101,8	102,1	100,4	100,9	99,8	99,7
• Secteur privé	100,8	101,9	104,0	103,4	103,4	102,2	100,5	101,5	100,9	100,5	100,5	100,5
2. SOINS DE VILLE	100,5	100,7	102,6	103,4	100,9	101,3	102,1	101,8	101,5	100,8	100,5	101,1
• Médecins	100,6	100,6	106,1	105,3	101,2	102,4	103,8	103,0	101,5	100,2	100,3	102,1
• Auxiliaires Médicaux	100,2	99,2	104,5	103,2	101,3	100,0	100,0	100,8	101,7	101,8	100,3	100,0
• Dentistes	101,2	103,2	95,4	100,9	100,3	101,0	101,8	101,3	101,8	101,2	101,2	101,1
• Analyses	98,3	98,4	102,1	101,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
• Cures Thermales	103,0	101,6	103,0	102,5	101,5	102,0	102,7	106,4	103,2	102,7	102,1	101,7
3. TRANSPORTS DE MALADES	101,7	103,3	102,1	101,9	100,6	102,0	103,3	101,5	101,5	103,3	100,8	100,7
4. MÉDICAMENTS	99,6	98,9	98,8	99,6	98,8	98,8	96,3	97,5	97,7	97,4	97,8	98,0
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	100,5	101,0	101,1	101,7	101,4	101,0	100,6	100,5	101,6	101,2	100,5	100,5
• Optique	100,5	101,0	101,4	102,5	102,2	101,7	100,2	100,7	101,6	101,1	100,2	100,0
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	100,8	100,8	100,6	100,4	100,7	100,4	100,2	100,1	100,5	100,2	100,8	100,2
• Petits matériels et pansements	100,0	101,1	100,8	101,2	100,7	100,5	101,4	100,4	102,1	102,0	100,8	101,3
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...5)	101,2	101,5	102,2	102,9	101,6	100,8	100,5	100,9	100,3	100,2	99,7	99,9

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX
indices de volume

(indices de volume-base 100 année précédente)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	100,6	100,8	101,6	101,4	101,9	102,5	102,2	101,7	103,0	103,1	102,9	102,7
• Secteur public	100,5	100,8	101,3	101,1	101,5	102,3	101,7	101,3	102,6	103,0	103,0	103,0
• Secteur privé	101,1	100,8	102,5	102,3	103,1	103,1	104,0	102,9	104,1	103,4	102,6	102,0
2. SOINS DE VILLE	104,0	104,0	105,0	103,9	103,2	102,0	101,8	103,1	101,7	102,1	101,2	102,5
• Médecins	102,9	101,7	101,6	101,5	101,4	100,5	99,8	101,4	100,7	101,9	98,9	101,8
• Auxiliaires Médicaux	106,0	105,7	104,5	105,1	104,6	106,0	106,0	107,5	104,5	104,0	105,1	104,8
• Dentistes	103,1	105,4	110,3	106,0	104,4	100,8	101,4	102,0	100,8	100,7	101,4	101,5
• Analyses	109,0	108,8	109,2	108,2	106,3	102,9	102,7	103,2	102,7	102,2	101,7	102,6
• Cures Thermales	93,8	100,7	98,8	98,8	98,1	97,8	97,9	96,9	96,3	97,3	101,3	99,7
3. TRANSPORTS DE MALADES	106,2	105,6	106,9	106,0	107,5	104,9	105,0	104,2	103,0	103,0	104,5	102,2
4. MÉDICAMENTS	109,7	108,8	106,2	104,0	106,8	104,8	106,5	106,5	104,5	104,7	103,6	102,6
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	113,2	110,0	107,7	104,7	106,1	104,5	106,0	107,1	104,6	101,6	105,1	104,5
• Optique	113,4	109,7	102,9	101,7	103,0	101,6	104,5	103,5	101,6	102,7	103,2	103,9
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	107,5	105,4	109,8	103,1	106,3	104,1	107,9	107,0	106,7	103,1	105,5	105,7
• Petits matériels et pansements	117,0	114,0	115,7	111,0	110,9	109,1	107,1	112,0	107,3	99,7	107,2	104,6
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...5)	104,0	103,8	103,8	102,9	103,6	103,0	103,3	103,4	103,1	103,1	102,8	102,8

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX
valeur (millions d'euros 2005)

(en millions d'euros 2005)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1. SOINS HOSPITALIERS	63 195	63 704	64 705	65 594	66 818	68 487	70 005	71 170	73 281	75 550	77 706	79 845
• Secteur public	49 212	49 605	50 251	50 811	51 570	52 774	53 657	54 336	55 764	57 436	59 132	60 888
• Secteur privé	13 983	14 099	14 454	14 783	15 248	15 714	16 348	16 834	17 517	18 114	18 574	18 957
2. SOINS DE VILLE	31 441	32 658	34 197	35 521	36 658	37 372	38 039	39 211	39 908	40 758	41 273	42 324
• Médecins	15 429	15 685	15 931	16 172	16 397	16 485	16 456	16 692	16 810	17 130	16 936	17 241
• Auxiliaires Médicaux	6 274	6 630	6 926	7 278	7 615	8 071	8 553	9 198	9 610	9 996	10 503	11 004
• Dentistes	6 735	7 101	7 834	8 308	8 671	8 740	8 860	9 036	9 107	9 169	9 297	9 434
• Analyses	2 678	2 914	3 182	3 443	3 661	3 769	3 869	3 993	4 100	4 190	4 260	4 369
• Cures Thermales	325	328	324	320	314	307	301	292	281	273	277	276
3. TRANSPORTS DE MALADES	2 086	2 202	2 355	2 496	2 684	2 816	2 956	3 081	3 172	3 268	3 417	3 493
4. MÉDICAMENTS	22 792	24 801	26 338	27 396	29 269	30 688	32 694	34 807	36 370	38 087	39 450	40 462
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	6 378	7 015	7 547	7 899	8 377	8 753	9 277	9 933	10 387	10 560	11 093	11 593
• Optique	3 532	3 873	3 984	4 052	4 175	4 242	4 435	4 592	4 665	4 790	4 941	5 133
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	1 178	1 242	1 364	1 406	1 495	1 556	1 678	1 796	1 917	1 976	2 085	2 204
• Petits matériels et pansements	1 668	1 900	2 199	2 441	2 707	2 954	3 164	3 545	3 805	3 794	4 067	4 256
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...5)	125 892	130 380	135 142	138 906	143 806	148 116	152 971	158 202	163 118	168 223	172 939	177 717

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX
indices de volume (base 100 en 2005)

(indices de volume - base 100 en 2005)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1. SOINS HOSPITALIERS	92,3	93,0	94,5	95,8	97,6	100,0	102,2	103,9	107,0	110,3	113,5	116,6
• Secteur public	93,3	94,0	95,2	96,3	97,7	100,0	101,7	103,0	105,7	108,8	112,0	115,4
• Secteur privé	89,0	89,7	92,0	94,1	97,0	100,0	104,0	107,1	111,5	115,3	118,2	120,6
2. SOINS DE VILLE	84,1	87,4	91,5	95,0	98,1	100,0	101,8	104,9	106,8	109,1	110,4	113,2
• Médecins	93,6	95,1	96,6	98,1	99,5	100,0	99,8	101,3	102,0	103,9	102,7	104,6
• Auxiliaires Médicaux	77,7	82,1	85,8	90,2	94,3	100,0	106,0	114,0	119,1	123,8	130,1	136,3
• Dentistes	77,1	81,2	89,6	95,1	99,2	100,0	101,4	103,4	104,2	104,9	106,4	107,9
• Analyses	71,1	77,3	84,4	91,4	97,1	100,0	102,7	105,9	108,8	111,2	113,0	115,9
• Cures Thermales	105,8	106,7	105,4	104,1	102,2	100,0	97,9	95,0	91,4	88,8	90,1	89,8
3. TRANSPORTS DE MALADES	74,1	78,2	83,6	88,6	95,3	100,0	105,0	109,4	112,6	116,0	121,3	124,0
4. MÉDICAMENTS	74,3	80,8	85,8	89,3	95,4	100,0	106,5	113,4	118,5	124,1	128,6	131,9
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	72,9	80,1	86,2	90,2	95,7	100,0	106,0	113,5	118,7	120,6	126,7	132,4
• Optique	83,3	91,3	93,9	95,5	98,4	100,0	104,5	108,2	110,0	112,9	116,5	121,0
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	75,7	79,8	87,7	90,4	96,1	100,0	107,8	115,4	123,2	127,0	134,0	141,6
• Petits matériels et pansements	56,5	64,3	74,4	82,6	91,6	100,0	107,1	120,0	128,8	128,4	137,7	144,1
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...+5)	85,0	88,0	91,2	93,8	97,1	100,0	103,3	106,8	110,1	113,6	116,8	120,0

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ
valeur (millions d'euros courants)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
11. DÉPENSES DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	114 674	120 755	128 134	135 633	142 868	148 116	153 748	160 352	165 710	171 149	175 382	180 037
• Soins aux particuliers	84 609	88 293	93 758	99 852	104 747	108 676	112 925	117 614	121 651	126 095	129 269	133 154
- soins hospitaliers	54 085	56 231	59 233	62 700	65 941	68 481	71 051	73 644	76 205	79 203	81 426	83 582
• Secteur public	42 010	43 000	40 009	40 710	51 027	52 774	54 610	50 402	50 107	00 470	02 111	00 779
• Secteur privé	12 072	12 402	13 224	13 937	14 914	15 714	16 432	17 162	18 021	18 733	19 315	19 803
- Soins de ville	28 632	29 993	32 314	34 730	36 175	37 372	38 822	40 739	42 066	43 300	44 056	45 672
- Transports de malades	1 691	2 063	2 252	2 431	2 631	2 816	3 053	3 231	3 377	3 592	3 787	3 900
• Médicaments	23 989	25 822	27 105	28 068	29 632	30 688	31 491	32 696	33 393	34 076	34 518	34 704
• Autres biens médicaux	5 976	6 640	7 230	7 703	8 289	8 753	9 332	10 042	10 667	10 978	11 595	12 180
12. SOINS DE LONGUE DURÉE	8 278	8 788	9 443	10 307	11 113	12 209	13 004	13 916	15 218	16 619	17 253	17 892
- SSAD	602	640	705	763	837	911	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334	1 398
- Soins aux personnes âgées en établissements	2 931	3 096	3 417	3 839	4 118	4 635	5 082	5 534	6 310	7 213	7 665	7 963
- Soins aux personnes handicapées en établissements	4 744	5 051	5 322	5 655	6 156	6 663	6 904	7 276	7 697	8 035	8 255	8 531
13. INDICIMENTS JOURNALIERS	0 199	0 033	9 703	10 306	10 426	10 412	10 407	10 003	11 455	11 936	12 050	12 900
1. DÉPENSES POUR LES MALADES	131 051	138 376	147 280	156 326	164 208	170 738	177 238	185 074	192 384	199 704	205 293	210 698
21 - PREVENTION INDIVIDUELLE	2 316	2 403	2 511	2 708	2 882	2 914	3 012	3 166	3 295	3 437	3 391	3 417
- Prévention primaire	1 947	2 019	2 121	2 231	2 430	2 412	2 493	2 597	2 707	2 822	2 791	2 798
Prévention secondaire	369	383	390	427	452	502	519	569	588	615	601	619
22 - PREVENTION COLLECTIVE	1 779	1 823	2 233	2 316	2 088	2 140	2 251	2 301	2 424	3 041	2 386	2 358
2. DÉPENSES DE PRÉVENTION	4 095	4 226	4 744	5 025	4 970	5 054	5 263	5 467	5 720	6 477	5 778	5 775
31. SUBVENTIONS AU SYSTÈME DE SOINS	1 618	1 679	1 792	1 874	2 057	2 270	2 277	2 074	2 193	2 226	2 397	2 577
32. DÉPENSES DE RECHERCHE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE	5 422	5 761	6 275	6 475	6 610	6 621	7 035	7 243	7 401	7 451	7 427	7 484
33. DÉPENSES DE FORMATION	807	830	873	908	967	1 080	1 320	1 542	1 660	1 784	1 844	1 849
3. DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	7 846	8 270	8 940	9 257	9 634	9 971	10 633	10 859	11 251	11 461	11 668	11 910
4. COUT DE GESTION DE LA SANTÉ	11 286	11 665	12 071	12 770	13 174	13 372	13 763	14 123	14 600	15 094	15 419	15 641
5. DOUBLE COMPTE : RECHERCHE PHARMACEUTIQUE	- 2 711	- 2 848	- 3 187	- 3 384	- 3 397	- 3 460	- 3 850	- 4 056	- 4 131	- 4 060	- 3 900	- 3 528
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	151 567	159 689	169 847	179 993	188 590	195 675	203 047	211 467	219 823	228 676	234 258	240 296

DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ indices de valeur

(indices de valeur - base 100 année précédente)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
11. DÉPENSES DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	105,2	105,4	106,1	105,9	105,2	103,8	103,8	104,3	103,3	103,3	102,5	102,7
• Soins aux particuliers	103,6	104,4	106,2	106,5	104,9	103,8	103,9	104,2	103,4	103,7	102,5	103,0
- Soins hospitaliers	102,9	104,0	105,3	105,9	105,2	103,9	103,7	103,6	103,5	103,9	102,8	102,6
• Secteur public	103,3	104,3	105,0	105,9	104,8	103,4	103,5	103,4	103,0	103,9	102,7	102,7
• Secteur privé	101,8	102,7	106,6	105,8	106,6	105,4	104,6	104,4	105,0	104,0	103,1	102,5
- Soins ambulatoires	104,5	104,8	107,7	107,5	104,2	103,3	103,9	104,9	103,3	102,9	101,7	103,7
- Transports de malades	108,0	109,1	109,1	108,0	108,2	107,0	108,4	105,8	104,5	106,4	105,4	103,0
• Médicaments	109,3	107,6	105,0	103,6	105,6	103,6	102,6	103,6	102,1	102,0	101,3	100,5
• Autres biens médicaux	113,7	111,1	108,9	106,5	107,6	105,6	106,6	107,6	106,2	102,9	105,6	105,0
12. SOINS DE LONGUE DURÉE	106,0	106,2	107,5	109,1	107,8	109,9	106,5	107,0	109,3	109,2	103,8	103,7
- SSAD	106,9	106,2	110,1	108,3	109,6	108,8	111,7	108,7	109,5	108,3	101,8	104,8
- Soins aux personnes âgées en établissements	107,8	105,6	110,3	113,8	105,9	112,5	109,7	108,9	114,0	115,3	105,4	103,9
- Soins aux personnes handicapées en établissements	104,8	106,5	105,4	106,3	108,9	108,2	103,6	105,4	105,7	104,4	102,7	103,4
13. INDEMNITES JOURNALIERES	109,4	107,7	109,8	107,0	100,4	99,9	100,7	103,0	106,0	104,2	106,1	102,4
1. DÉPENSES POUR LES MALADES	105,5	105,6	106,4	106,1	105,0	104,0	103,8	104,4	103,9	103,8	102,8	102,7
21 - PREVENTION INDIVIDUELLE	103,1	103,7	104,5	107,9	106,4	101,1	103,4	105,1	104,1	104,3	98,7	100,8
- Prévention primaire	103,1	103,7	105,0	107,5	106,5	99,2	103,4	104,2	104,2	104,2	98,9	100,3
- Prévention secondaire	103,0	103,7	101,7	109,6	105,8	111,2	103,3	109,6	103,5	104,6	97,7	103,0
22 - PREVENTION COLLECTIVE	105,1	102,5	122,5	103,7	90,1	102,5	105,2	102,2	105,4	125,4	78,5	98,8
2. DÉPENSES DE PREVENTION	104,0	103,2	112,3	105,9	98,9	101,7	104,1	103,9	104,6	113,2	89,2	100,0
31 - SUBVENTIONS AU SYSTEME DE SOINS	100,1	103,8	106,7	104,6	109,8	110,4	100,3	91,1	105,6	101,6	107,7	107,5
32 - DÉPENSES DE RECHERCHE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE	108,9	106,3	108,9	103,2	102,1	100,2	106,3	103,0	102,2	100,7	99,7	100,8
33 - DÉPENSES DE FORMATION	104,9	102,9	105,1	104,0	106,5	111,6	122,3	116,8	107,7	107,4	103,4	100,2
3. DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTEME DE SOINS	106,5	105,4	108,1	103,5	104,1	103,5	106,6	102,1	103,6	101,9	101,8	102,1
4. COUT DE GESTION DE LA SANTE	104,0	103,4	103,5	105,8	103,2	101,5	102,9	102,6	103,4	103,4	102,2	101,4
5. DOUBLE COMPTE : RECHERCHE PHARMACEUTIQUE	109,3	105,1	111,9	106,2	100,4	101,9	111,3	105,4	101,9	98,3	96,0	100,7
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	105,3	105,4	106,4	106,0	104,8	103,8	103,8	104,1	104,0	104,0	102,4	102,6

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2000

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	39 224	553	786	257	188	1 005		42 013
Hôpitaux du secteur Privé	10 539	53	463	138	125	754		12 072
Sous-total : Soins hospitaliers	49 763	606	1 249	395	313	1 759		54 085
Médecins (3)	9 659	233	1 531	573	445	851		13 292
Auxiliaires (3)	4 748	55	507	164	108	439		6 021
Dentistes	2 378	66	1 233	467	470	2 079		6 693
Laboratoires d'analyses	1 977	40	322	176	90	21		2 626
Sous-total : Soins de ville	18 762	394	3 593	1 379	1 113	3 391		28 632
Transports de malades	1 793	10	48	13	7	20		1 891
Total : Prestataires de soins	70 319	1 010	4 890	1 787	1 433	5 170		84 609
Officines pharmaceutiques	15 532	349	2 848	951	686	3 623		23 989
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	2 048	43	964	266	337	2 320		5 976
Total : Biens médicaux	17 580	392	3 812	1 217	1 022	5 943		29 966
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	87 898	1 402	8 702	3 003	2 456	11 113		114 574
SSAD	602							602
Soins aux personnes âgées en établissements	2 931							2 931
Soins aux personnes handicapées en établissements	4 744							4 744
Indemnités journalières	8 199							8 199
DÉPENSES POUR LES MALADES	104 375	1 402	8 702	3 003	2 456	11 113		131 051
Prévention individuelle	386	915					1 015	2 316
Prévention collective	330	1 417					31	1 779
TOTAL : PRÉVENTION	717	2 331					1 047	4 095
SUBVENTIONS AU SYSTEME DE SOINS	1 618							1 618
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 662					2 760	5 422
FORMATION	10	716				40	41	807
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	6 670	501	2 397	1 193	525		0	11 286
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-2 711	-2 711
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	113 390	7 612	11 099	4 196	2 981	11 153	1 136	151 567

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2001

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	40 893	651	777	284	226	1 003		43 835
Hôpitaux du secteur Privé	10 855	56	457	153	151	730		12 402
Sous-total : Soins hospitaliers	51 748	707	1 234	438	377	1 733		56 237
Médecins (3)	9 863	237	1 464	569	464	990		13 587
Auxiliaires (3)	5 004	50	531	166	122	433		6 307
Dentistes	2 621	143	1 310	508	509	2 196		7 286
Laboratoires d'analyses	2 130	41	340	183	97	21		2 812
Sous-total : Soins de ville	19 618	472	3 645	1 426	1 192	3 640		29 993
Transports de malades	1 952	11	49	13	12	25		2 063
Total : Prestataires de soins	73 319	1 190	4 928	1 877	1 582	5 398		88 293
Officines pharmaceutiques	16 963	373	2 982	961	797	3 745		25 822
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	2 334	60	1 020	281	390	2 556		6 640
Total : Biens médicaux	19 298	433	4 002	1 243	1 186	6 301		32 462
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	92 616	1 623	8 930	3 119	2 768	11 699		120 755
SSAD	640							640
Soins aux personnes âgées en établissements	3 096							3 096
Soins aux personnes handicapées en établissements	5 051							5 051
Indemnités journalières	8 833							8 833
DÉPENSES POUR LES MALADES	110 237	1 623	8 930	3 119	2 768	11 699		138 376
Prévention individuelle	391	959					1 052	2 403
Prévention collective	330	1 461					32	1 823
TOTAL : PRÉVENTION	722	2 420					1 084	4 226
SUBVENTIONS AU SYSTEME DE SOINS	1 679							1 679
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 861					2 900	5 761
FORMATION	10	740				41	38	830
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	6 839	542	2 496	1 239	547		3	11 665
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-2 848	-2 848
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	119 486	8 186	11 426	4 358	3 315	11 740	1 178	159 689

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2002

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	42 950	629	833	338	231	1 028		46 009
Hôpitaux du secteur Privé	11 607	57	491	182	154	733		13 224
Sous-total : Soins hospitaliers	54 557	686	1 325	519	384	1 761		59 233
Médecins (3)	10 461	275	1 458	611	598	1 240		14 643
Auxiliaires (3)	5 490	57	549	178	142	454		6 870
Dentistes	2 699	167	1 502	595	669	2 033		7 665
Laboratoires d'analyses	2 368	56	386	181	109	35		3 136
Sous-total : Soins de ville	21 018	556	3 896	1 565	1 517	3 762		32 314
Transports de malades	2 127	12	52	11	7	42		2 252
Total : Prestataires de soins	77 703	1 254	5 272	2 096	1 908	5 565		93 798
Officines pharmaceutiques	18 044	433	3 094	984	717	3 834		27 105
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	2 650	62	1 161	340	529	2 488		7 230
Total : Biens médicaux	20 694	495	4 255	1 323	1 247	6 322		34 336
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	98 397	1 749	9 527	3 419	3 155	11 887		128 134
SSAD	705							705
Soins aux personnes âgées en établissements	3 417							3 417
Soins aux personnes handicapées en établissements	5 322							5 322
Indemnités journalières	9 703							9 703
DÉPENSES POUR LES MALADES	117 543	1 749	9 527	3 419	3 155	11 887		147 280
Prévention individuelle	385	1 032					1 094	2 511
Prévention collective	367	1 833					33	2 233
TOTAL : PRÉVENTION	752	2 865					1 127	4 744
SUBVENTIONS AU SYSTEME DE SOINS	1 792							1 792
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 049					3 226	6 275
FORMATION	11	782				43	37	873
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	6 941	574	2 611	1 358	581		6	12 071
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 187	-3 187
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	127 038	9 019	12 138	4 777	3 736	11 930	1 209	169 847

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2003

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	45 514	626	898	356	237	1 083		48 713
Hôpitaux du secteur Privé	12 455	57	530	191	158	597		13 987
Sous-total : Soins hospitaliers	57 969	682	1 427	547	395	1 680		62 700
Médecins (3)	11 083	268	1 526	684	639	1 453		15 653
Auxiliaires (3)	5 959	68	570	197	139	498		7 431
Dentistes	2 895	178	1 637	691	672	2 129		8 202
Laboratoires d'analyses	2 607	61	413	206	116	41		3 443
Sous-total : Soins de ville	22 544	575	4 145	1 778	1 566	4 121		34 730
Transports de malades	2 291	15	54	13	9	50		2 431
Total : Prestataires de soins	82 804	1 273	5 627	2 338	1 970	5 851		99 862
Officines pharmaceutiques	18 802	440	3 161	999	776	3 890		28 068
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	2 897	61	1 338	421	598	2 388		7 703
Total : Biens médicaux	21 699	501	4 500	1 420	1 373	6 278		35 771
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	104 503	1 774	10 127	3 758	3 343	12 128		135 633
SSAD	763							763
Soins aux personnes âgées en établissements	3 889							3 889
Soins aux personnes handicapées en établissements	5 655							5 655
Indemnités journalières	10 386							10 386
DÉPENSES POUR LES MALADES	125 196	1 774	10 127	3 758	3 343	12 128		156 326
Prévention individuelle	372	1 193					1 143	2 708
Prévention collective	389	1 893					34	2 316
TOTAL : PRÉVENTION	762	3 086					1 177	5 025
SUBVENTIONS AU SYSTEME DE SOINS	1 874							1 874
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 057					3 418	6 475
FORMATION	11	816				45	35	908
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	7 329	588	2 755	1 492	598		8	12 770
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 384	-3 384
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	135 172	9 321	12 882	5 250	3 941	12 173	1 255	179 993

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2004

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	47 717	610	959	402	230	1 109		51 027
Hôpitaux du secteur Privé	13 233	54	566	217	153	691		14 914
Sous-total : Soins hospitaliers	60 950	664	1 526	619	383	1 799		65 941
Médecins (3)	11 361	270	1 583	735	669	1 449		16 067
Auxiliaires (3)	6 230	72	616	238	164	541		7 862
Dentistes	2 986	195	1 712	705	705	2 282		8 585
Laboratoires d'analyses	2 753	68	462	225	124	29		3 661
Sous-total : Soins de ville	23 330	605	4 373	1 902	1 663	4 301		36 175
Transports de malades	2 460	17	61	22	11	59		2 631
Total : Prestataires de soins	86 739	1 287	5 960	2 543	2 057	6 160		104 747
Officines pharmaceutiques	19 961	455	3 253	1 181	815	3 967		29 632
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	3 202	62	1 453	492	656	2 423		8 289
Total : Biens médicaux	23 164	517	4 706	1 673	1 471	6 390		37 921
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	109 903	1 804	10 666	4 216	3 528	12 551		142 668
SSAD	837							837
Soins aux personnes âgées en établissements	4 118							4 118
Soins aux personnes handicapées en établissements	6 158							6 158
Indemnités journalières	10 426							10 426
DÉPENSES POUR LES MALADES	131 443	1 804	10 666	4 216	3 528	12 551		152 945
Prévention individuelle	385	1 314					1 184	2 882
Prévention collective	379	1 673					35	2 088
TOTAL : PRÉVENTION	764	2 987					1 219	4 970
SUBVENTION AU SYSTEME DE SOINS	2 057							2 057
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 171					3 439	6 610
FORMATION	12	874				47	34	967
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	7 327	592	2 940	1 674	621		20	13 174
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 397	-3 397
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	141 603	9 428	13 606	5 891	4 149	12 598	1 315	188 590

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 2005

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	49 175	611	1 042	447	247	1 251		52 774
Hôpitaux du secteur Privé	13 892	53	616	264	146	741		15 714
Sous-total : Soins hospitaliers	63 067	664	1 658	712	394	1 992		68 487
Médecins (3)	11 530	272	1 672	773	636	1 663		16 546
Auxiliaires (3)	6 503	75	661	248	165	665		8 317
Dentistes	2 978	198	1 757	687	685	2 435		8 740
Laboratoires d'analyses	2 764	69	504	219	125	87		3 769
Sous-total : Soins de ville	23 776	614	4 594	1 927	1 612	4 850		37 372
Transports de malades	2 623	19	67	27	13	66		2 816
Total : Prestataires de soins	89 466	1 298	6 319	2 666	2 018	6 909		108 676
Officines pharmaceutiques	20 861	452	3 346	1 254	795	3 979		30 688
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	3 472	67	1 590	557	663	2 405		8 753
Total : Biens médicaux	24 333	519	4 936	1 811	1 457	6 383		39 440
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	113 799	1 817	11 255	4 477	3 476	13 292		148 116
SSAD	911							911
Soins aux personnes âgées en établissements	4 635							4 635
Soins aux personnes handicapées en établissements	6 663							6 663
Indemnités journalières	10 412							10 412
DÉPENSES POUR LES MALADES	136 421	1 817	11 255	4 477	3 476	13 292		170 738
Prévention individuelle	412	1 294					1 208	2 914
Prévention collective	415	1 688					36	2 140
TOTAL : PRÉVENTION	828	2 982					1 244	5 054
SUBVENTIONS AU SYSTEME DE SOINS	2 270							2 270
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 096					3 524	6 621
FORMATION	12	985				49	33	1 080
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	7 222	613	3 076	1 778	657		25	13 372
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 460	-3 460
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	146 753	9 494	14 331	6 255	4 133	13 341	1 367	195 675

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 2006

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	50 649	652	1 162	507	262	1 387		54 618
Hôpitaux du secteur Privé	14 380	61	697	304	157	833		16 432
Sous-total : Soins hospitaliers	65 029	713	1 859	811	419	2 220		71 051
Médecins (3)	11 743	317	1 747	807	660	1 864		17 137
Auxiliaires (3)	6 876	85	702	243	167	727		8 800
Dentistes	3 070	254	1 799	702	693	2 499		9 016
Laboratoires d'analyses	2 825	77	522	236	123	87		3 869
Sous-total : Soins de ville	24 513	732	4 770	1 988	1 643	5 176		38 822
Transports de malades	2 837	23	77	31	14	70		3 053
Total : Prestataires de soins	92 378	1 468	6 706	2 830	2 076	7 466		112 925
Officines pharmaceutiques	21 161	464	3 276	1 228	758	4 605		31 491
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	3 736	76	1 773	624	717	2 406		9 332
Total : Biens médicaux	24 897	540	5 048	1 852	1 475	7 011		40 823
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	117 275	2 008	11 754	4 682	3 552	14 477		153 748
SSAD	1 017							1 017
Soins aux personnes âgées en établissements	5 082							5 082
Soins aux personnes handicapées en établissements	6 904							6 904
Indemnités journalières	10 487							10 487
DÉPENSES POUR LES MALADES	140 765	2 008	11 754	4 682	3 552	14 477		177 238
Prévention individuelle	415	1 353					1 244	3 012
Prévention collective	405	1 808					38	2 251
TOTAL : PRÉVENTION	820	3 161					1 282	5 263
SUBVENTION AU SYSTEME DE SOINS	2 277							2 277
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 097					3 938	7 035
FORMATION	13	1 223				51	33	1 320
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	7 108	641	3 319	1 888	781		25	13 763
DOUBLE-COMPTÉ recherche pharmaceutique							-3 850	-3 850
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	150 983	10 131	15 074	6 570	4 333	14 528	1 428	203 047

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 2007

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	52 300	666	1 250	563	296	1 407		56 482
Hôpitaux du secteur Privé	14 977	64	754	340	178	848		17 162
Sous-total : Soins hospitaliers	67 277	731	2 004	903	474	2 255		73 644
Médecins (3)	12 364	320	1 796	838	679	1 907		17 904
Auxiliaires (3)	7 484	88	703	252	179	822		9 528
Dentistes	3 183	291	1 838	745	736	2 522		9 315
Laboratoires d'analyses	2 859	78	564	254	141	96		3 993
Sous-total : Soins de ville	25 890	776	4 901	2 089	1 735	5 347		40 739
Transports de malades	2 996	26	82	35	16	76		3 231
Total : Prestataires de soins	96 163	1 533	6 988	3 027	2 225	7 679		117 614
Officines pharmaceutiques	22 076	455	3 371	1 260	765	4 767		32 696
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	4 131	79	1 847	740	791	2 454		10 042
Total : Biens médicaux	26 207	534	5 219	2 000	1 556	7 222		42 738
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	122 370	2 067	12 206	5 027	3 781	14 900		160 352
SSAD	1 106							1 106
Soins aux personnes âgées en établissements	5 534							5 534
Soins aux personnes handicapées en établissements	7 279							7 279
Indemnités journalières	10 803							10 803
DÉPENSES POUR LES MALADES	147 092	2 067	12 206	5 027	3 781	14 900		185 074
Prévention individuelle	434	1 449					1 283	3 166
Prévention collective	444	1 817					41	2 301
TOTAL : PRÉVENTION	878	3 265					1 323	5 467
SUBVENTIONS AU SYSTEME DE SOINS	2 074							2 074
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 116					4 127	7 243
FORMATION	14	1 439				53	35	1 542
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	7 193	670	3 416	1 974	846		24	14 123
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-4 056	-4 056
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	157 252	10 557	15 622	7 001	4 628	14 954	1 453	211 467

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 2008

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	53 848	694	1 282	630	307	1 425		58 187
Hôpitaux du secteur Privé	15 718	68	786	386	188	874		18 021
Sous-total : Soins hospitaliers	69 566	762	2 069	1 016	495	2 299		76 208
Médecins (3)	12 571	316	1 869	907	684	1 953		18 299
Auxiliaires (3)	7 864	87	764	278	187	929		10 110
Dentistes	3 214	276	1 923	833	796	2 516		9 558
Laboratoires d'analyses	2 862	74	603	289	145	126		4 099
Sous-total : Soins de ville	26 512	753	5 159	2 307	1 811	5 524		42 066
Transports de malades	3 111	26	90	41	17	93		3 377
Total : Prestataires de soins	99 189	1 541	7 317	3 364	2 323	7 916		121 651
Officines pharmaceutiques	21 838	419	3 339	1 299	764	5 733		33 393
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	4 487	79	1 946	853	873	2 428		10 667
Total : Biens médicaux	26 326	498	5 285	2 152	1 638	8 161		44 060
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	125 515	2 039	12 603	5 517	3 961	16 077		165 710
SSAD	1 211							1 211
Soins aux personnes âgées en établissements	6 310							6 310
Soins aux personnes handicapées en établissements	7 697							7 697
Indemnités journalières	11 455							11 455
DÉPENSES POUR LES MALADES	152 188	2 039	12 603	5 517	3 961	16 077		192 384
Prévention individuelle	464	1 488					1 343	3 295
Prévention collective	468	1 910					47	2 424
TOTAL : PRÉVENTION	932	3 398					1 390	5 720
SUBVENTION AU SYSTEME DE SOINS	2 190							2 190
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 191					4 210	7 401
FORMATION	15	1 553				56	37	1 660
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	7 315	693	3 536	2 120	915		21	14 600
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-4 131	-4 131
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	162 640	10 873	16 139	7 636	4 876	16 132	1 527	219 823

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 2009

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	55 934	740	1 340	657	311	1 487		60 470
Hôpitaux du secteur Privé	16 356	71	815	399	189	904		18 733
Sous-total : Soins hospitaliers	72 290	810	2 155	1 056	500	2 391		79 203
Médecins (3)	12 689	320	1 905	956	695	2 116		18 682
Auxiliaires (3)	8 366	87	807	293	201	939		10 692
Dentistes	3 230	283	1 927	905	834	2 558		9 737
Laboratoires d'analyses	2 921	74	604	295	164	131		4 189
Sous-total : Soins de ville	27 207	764	5 243	2 448	1 894	5 744		43 300
Transports de malades	3 313	28	92	47	20	93		3 592
Total : Prestataires de soins	102 810	1 602	7 490	3 551	2 413	8 229		126 095
Officines pharmaceutiques	22 397	412	3 429	1 360	767	5 711		34 076
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	4 560	81	2 014	926	933	2 463		10 978
Total : Biens médicaux	26 957	493	5 443	2 286	1 701	8 174		45 054
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	129 766	2 095	12 933	5 837	4 114	16 403		171 149
SSAD	1 311							1 311
Soins aux personnes âgées en établissements	7 273							7 273
Soins aux personnes handicapées en établissements	8 035							8 035
Indemnités journalières	11 936							11 936
DÉPENSES POUR LES MALADES	158 321	2 095	12 933	5 837	4 114	16 403		199 704
Prévention individuelle	528	1 523					1 386	3 437
Prévention collective	631	2 361					49	3 041
TOTAL : PRÉVENTION	1 159	3 883					1 435	6 477
SUBVENTIONS AU SYSTEME DE SOINS	2 226							2 226
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 344					4 108	7 451
FORMATION	16	1 675				57	36	1 784
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	7 423	721	3 661	2 338	933		18	15 094
DOUBLE-COMPTÉ recherche pharmaceutique							-4 060	-4 060
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	169 145	11 718	16 594	8 175	5 047	16 460	1 537	228 676

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 2010

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	57 215	781	1 482	743	337	1 552		62 111
Hôpitaux du secteur Privé	16 779	78	871	437	198	954		19 315
Sous-total : Soins hospitaliers	73 994	859	2 353	1 180	534	2 506		81 426
Médecins (3)	12 638	316	1 878	954	687	2 062		18 535
Auxiliaires (3)	8 879	89	811	322	214	954		11 268
Dentistes	3 283	296	1 954	1 000	863	2 597		9 993
Laboratoires d'analyses	2 967	76	621	312	159	125		4 260
Sous-total : Soins de ville	27 767	777	5 263	2 588	1 922	5 739		44 056
Transports de malades	3 478	30	103	55	20	100		3 787
Total : Prestataires de soins	105 238	1 667	7 719	3 824	2 477	8 345		129 269
Officines pharmaceutiques	22 724	416	3 265	1 374	759	5 980		34 518
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	4 880	84	2 098	1 084	995	2 454		11 595
Total : Biens médicaux	27 603	500	5 363	2 458	1 753	8 434		46 113
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	132 842	2 167	13 082	6 282	4 230	16 779		175 382
SSAD	1 334							1 334
Soins aux personnes âgées en établissements	7 665							7 665
Soins aux personnes handicapées en établissements	8 255							8 255
Indemnités journalières	12 658							12 658
DÉPENSES POUR LES MALADES	162 753	2 167	13 082	6 282	4 230	16 779		205 293
Prévention individuelle	486	1 514					1 392	3 391
Prévention collective	472	1 867					47	2 386
TOTAL : PRÉVENTION	958	3 381					1 439	5 778
SUBVENTIONS AU SYSTEME DE SOINS	2 397							2 397
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 492					3 935	7 427
FORMATION	16	1 732				58	37	1 844
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	7 374	695	3 894	2 455	973		28	15 419
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 900	-3 900
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	173 498	11 467	16 976	8 737	5 203	16 837	1 540	234 258

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 2011

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	58 398	826	1 643	879	389	1 643		63 779
Hôpitaux du secteur Privé	17 153	82	885	474	209	1 001		19 803
Sous-total : Soins hospitaliers	75 551	908	2 528	1 353	598	2 644		83 582
Médecins (3)	13 126	333	1 923	1 034	726	2 112		19 254
Auxiliaires (3)	9 242	95	892	356	225	987		11 797
Dentistes	3 295	310	1 968	1 063	894	2 721		10 252
Laboratoires d'analyses	3 044	77	627	319	162	139		4 369
Sous-total : Soins de ville	28 708	815	5 410	2 772	2 007	5 959		45 672
Transports de malades	3 594	32	98	58	18	99		3 900
Total : Prestataires de soins	107 853	1 755	8 037	4 183	2 624	8 701		133 154
Officines pharmaceutiques	22 909	426	3 105	1 389	748	6 127		34 704
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	5 079	93	2 271	1 164	1 083	2 490		12 180
Total : Biens médicaux	27 988	519	5 375	2 553	1 832	8 617		46 883
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	135 841	2 274	13 412	6 736	4 456	17 318		180 037
SSAD	1 398							1 398
Soins aux personnes âgées en établissements	7 963							7 963
Soins aux personnes handicapées en établissements	8 531							8 531
Indemnités journalières	12 968							12 968
DÉPENSES POUR LES MALADES	166 701	2 274	13 412	6 736	4 456	17 318		210 898
Prévention individuelle	486	1 516					1 416	3 417
Prévention collective	433	1 872					53	2 358
TOTAL : PRÉVENTION	919	3 387					1 468	5 775
SUBVENTIONS AU SYSTEME DE SOINS	2 577							2 577
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 520					3 964	7 484
FORMATION	17	1 734				60	38	1 849
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	7 294	670	3 992	2 633	1 025		27	15 641
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 928	-3 928
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	177 508	11 587	17 405	9 369	5 481	17 378	1 569	240 296

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

Série
Statistiques

ISSN : 1621-4366 (électronique)

Internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr>

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL