

ANNEXE 7
ONDAM
ET DÉPENSE
NATIONALE
DE SANTÉ

SOMMAIRE

PARTIE I : PÉRIMÈTRE ET SOUS-OBJECTIFS DE L'ONDAM	3
1. Périmètre et construction de l'ONDAM 2009	3
1.1. Un ONDAM en progression de 3,3 %	3
1.2. Un ONDAM qui prend en compte la progression des dépenses d'assurance maladie constatée en 2008	3
1.3. Un ONDAM équilibré entre ses différents sous-objectifs	4
2. ONDAM et comptes de branches	6
PARTIE II : ONDAM ET BESOINS DE SANTÉ PUBLIQUE	8
1. État de sante et niveau de dépenses : comparaisons au sein des pays de l'OCDE	8
1.1. La corrélation entre dépenses de santé et espérance de vie est en partie conditionnée par le niveau de richesse nationale.....	8
1.2. Au regard des dix dernières années, tous les pays de l'OCDE n'obtiennent pas les mêmes résultats sanitaires à financement équivalent.....	9
1.3. Un financement public des dépenses de santé élevé n'est pas incompatible avec une meilleure maîtrise de la dépense engagée et de bons indicateurs d'état de santé...	11
2. L'état de santé en France : constats et enjeux comportementaux et environnementaux	13
2.1. Les derniers éléments sur l'état de santé en France	13
2.2. Les facteurs comportementaux et environnementaux sont analysés de plus en plus finement.....	14
3. Le financement des plans de santé publique permet de répondre aux priorités de santé publique	15
3.1. Bilan des Plans qui se terminent en 2008	15
3.2. Les plans en cours.....	18
3.3. Les nouveaux plans.....	22
4. La réalisation de gains d'efficience passe par l'amélioration de l'organisation des soins	26
4.1. Sur l'offre de soins hospitalière.....	26
4.1.1. Le poids des dépenses hospitalières au regard des autres pays européens.....	26
4.1.2. La prise en compte du vieillissement ? Plusieurs scénarios sur la demande de soins MCO	28
• Le constat : des évolutions rapides et marquées de 1998 à 2004.....	28
• Les enseignements des projections : les choix organisationnels ont plus d'impact que les facteurs démographiques.....	28
• Les apports et les limites de l'exercice	30
4.1.3. Les hospitalisations évitables : des réponses organisationnelles.....	30
4.1.4. D'autres réponses organisationnelles.....	31

4.2. Les enjeux auxquels doit faire face l'offre de soins libérale	32
4.2.1. Répondre à la demande de soins en forte croissance des malades chroniques.....	32
4.2.2. Réduire les disparités territoriales	34
4.2.2.1 Les écarts de dépenses de soins de ville entre départements	34
4.2.2.2. Prescriptions d'IJ : un tiers à la moitié des écarts départementaux résultent de différences de pratiques et de comportements.....	43
4.2.2.3. Disparités épidémiologiques et déclarations d'affections de longue durée	43
4.2.2.4. Une réponse organisationnelle aux disparités territoriales : rôle et apport des ARS.....	44
4.2.3. Une prescription plus efficiente des médicaments.....	45

PARTIE III : L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ ET DE LEUR PRISE EN CHARGE	48
1. L'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).....	50
2. Les modes de prise en charge de la consommation de soins et de biens médicaux.....	52

PARTIE IV : RAPPEL DES AVIS DU COMITÉ D'ALERTE SUR L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ.....	55
--	-----------

Partie I : périmètre et sous-objectifs de l'ONDAM

Dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, il est proposé de fixer l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2009 à 157,6 milliards d'€, soit un taux de progression de 3,3 %. Dans un contexte économique international dégradé, l'ONDAM 2009 matérialise l'effort conséquent consacré au financement des dépenses de santé par la Nation.

1. Périmètre et construction de l'ONDAM 2009

1.1. Un ONDAM en progression de 3,3 %

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est proposé pour 2008 dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale à 157,6 milliards d'€, en progression de 3,3 % par rapport au niveau de dépenses attendues pour 2008. Il s'agit du taux initial de progression le plus élevé depuis 2005. L'effort de redressement des comptes de l'assurance maladie engagé en 2004 est poursuivi en 2009, sans que cela ne pénalise le financement des dépenses de santé.

Si l'on isole les économies sur les fonds surdotés de l'ONDAM (170 M€), le taux effectif de progression des dépenses liées à des prestations atteint même 3,4 %.

Par rapport à l'ONDAM initial voté pour 2008, ce sont 5,6 Mds d'€ de plus qui seront consacrés au remboursement des dépenses de santé des personnes assurées par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

1.2. Un ONDAM qui prend en compte la progression des dépenses d'assurance maladie constatée en 2008

L'année 2008 sera marquée par une exécution de l'ONDAM plus proche de l'objectif initial voté par le Parlement qu'en 2007 et probablement qu'en 2006. Ainsi, la Commission des comptes de la sécurité sociale, dans son rapport de septembre 2008, a estimé le dépassement prévisionnel de l'ONDAM 2008 à 750 M€, soit 0,5 % de dépassement de l'objectif initial voté. Le dépassement avait atteint 0,9 % de l'objectif voté en 2006 (1,3 Mds d'€) et 2,0 % en 2007 (2,9 Mds d'€). Cette meilleure maîtrise de la progression des dépenses a permis d'éviter au Comité d'alerte de déclencher la procédure prévue par la loi, dès lors qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM de plus de 0,75 %, alors qu'en 2007, la procédure d'alerte avait été activée pour la première fois.

L'ONDAM 2009 proposé par le Gouvernement est réaliste en ce qu'il est fixé au niveau de la progression des dépenses remboursées en 2008 sur le champ de l'ONDAM, estimé à 3,3 % par la Commission des comptes de la sécurité sociale. Ce taux de progression de 3,3 % est par ailleurs le taux proposé pour l'évolution pluriannuelle de l'ONDAM sur la période 2009 – 2012 dans le rapport annexé au premier projet de loi de programmation des finances publiques.

Avant économies, les dépenses du champ de l'ONDAM progresseraient de 4,7 % en 2009, incluant la progression tendancielle des dépenses, les provisions pour revalorisations des tarifs et l'introduction de nouvelles prises en charge répondant aux priorités de santé publique, ainsi que les effets reports d'économies lancées en 2008.

Le montant global des économies s'établit à 2,2 Mds d'€, soit un montant comparable aux économies constatées depuis 2006. En ce sens, l'ONDAM 2009 est un objectif crédible.

1.3. Un ONDAM équilibré entre ses différents sous-objectifs

En application des dispositions de la loi organique du 3 août 2005, l'ONDAM est décliné en six sous-objectifs, qui recouvrent les grands champs de la dépense remboursée d'assurance maladie. Leur intitulé est inchangé par rapport aux LFSS 2006, 2007 et 2008, afin d'assurer une meilleure lisibilité dans le temps de leur évolution.

Le rééquilibrage au sein de l'ONDAM entre le sous-objectif des soins de ville et ceux relatifs aux établissements de santé, entamé en 2008, est désormais effectif dans l'ONDAM proposé pour 2009. Ainsi, les taux de progression des dépenses de soins de ville et des dépenses liées aux établissements de santé sont identiques, à 3,1 %.

L'effort en termes de financement par l'assurance maladie des établissements et services médicaux sociaux reste fort, avec un taux de progression de 6,3 %, respectivement de 8,3 % pour les prises en charge des personnes âgées et 4,7 % pour celles concernant les personnes handicapées, permettant de mettre en œuvre le plan Solidarité Grand Âge et le nouveau plan Handicap annoncé par le Président de la République.

S'agissant enfin des dépenses relatives aux autres prises en charge, le taux de progression négatif de - 0,9 % s'explique par la diminution de la dotation initiale de l'assurance maladie au Fonds d'intervention pour la qualité et de la coordination des soins, du fait des excédents dont dispose actuellement ce fonds. Les deux autres composantes de ce sous-objectif sont en progression. Les dépenses relatives aux soins des français à l'étranger devraient progresser de 4 %. Le financement des établissements, structures et associations intervenant dans le domaine médico-social hors champ CNSA dans le domaine de l'addictologie ou de la prise en charge des malades précaires progressera pour sa part de 12 %, permettant la mise en œuvre des plans annoncés par le Gouvernement pour les publics concernés.

Les modifications de périmètre sont retracées dans les deux tableaux suivants :

Changements de périmètre dans l'ONDAM 2009

en M€	Dépenses de Soins de ville	Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	Autres dépenses relatives aux établissements de santé	Contribution de l'AM aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	Contribution de l'AM aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	Dépenses relatives aux autres prises en charge	TOTAL ONDAM
Remises conventionnelles	-344						-344
Débasage des IFSI		-19					-19
Transfert SSA		340	-340				0
Rebasage du FMESPP			100				100
Transfert des DM dans le forfait des EHPAD	-155			155			0
Rebasage du FIQCS						70	70
TOTAL ONDAM	-499	321	-240	155	0	70	-193

NB : les gels de 2008 du FMESPP et du FIQCS n'étant que temporaires, ils sont donc repris en base dans les transferts.

Impact des changements de périmètre sur la base 2009

en Md€	Construction		Base à champ 2009
	Base à champ 2008	Transferts	
1) Dépenses de Soins de ville	71,5	-0,499	71,0
Total ONDAM Établissements de santé	67,5	0,081	67,6
2) Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	48,9	0,321	49,2
3) Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,6	-0,240	18,4
Total ONDAM Établissements et services médico-sociaux	12,9	0,155	13,1
4) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	5,5	0,155	5,7
5) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,4	0,000	7,4
6) Dépenses relatives aux autres prises en charge	0,9	0,070	0,9
ONDAM TOTAL	152,8	-0,193	152,6

Les évolutions les plus notables sont :

- la réintégration au sein de l'ONDAM des remises versées au titre de la clause de sauvegarde acquittée par les laboratoires pharmaceutiques. Traitée comme des recettes (produits) en 2006, 2007 et 2008, il apparaît plus naturel de les considérer comme des diminutions des dépenses de médicaments en ville. Les remises versées viendront donc en diminution des dépenses de l'ONDAM relatif aux dépenses de soins de ville ;
- la poursuite du transfert entre les dépenses de soins de ville et la contribution aux établissements pour personnes âgées lié à la réintégration, au 1^{er} août 2008, du financement dispositifs médicaux dans les forfaits soins de ces établissements. Au 165 M€ transférés en 2008 s'ajoutent donc, 155 M€ au titre de 2009, afin de doter au total des deux années les établissements à hauteur de 320 M€, conformément aux engagements pris par le Gouvernement ;
- un transfert de 340 M€ au sein des deux sous-objectifs hospitaliers lié au passage à la tarification à l'activité, prévu en 2009, des établissements du service de santé des armées (SSA).

Le tableau ci-dessous récapitule les montants et les taux d'évolution de l'ONDAM 2009 par sous-objectifs :

en Md€	Construction		Taux d'évolution
	Base 2009	Sous-objectifs	
1) Dépenses de Soins de ville	71,0	73,2	3,1 %
Total ONDAM Établissements de santé	67,6	69,6	3,1 %
2) Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	49,2	50,9	3,5 %
3) Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,4	18,7	2,0 %
Total ONDAM Établissements et services médico-sociaux	13,1	13,9	6,3 %
4) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	5,7	6,2	8,3 %
5) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,4	7,7	4,7 %
6) Dépenses relatives aux autres prises en charge	0,9	0,9	- 0,9 %
ONDAM TOTAL	152,6	157,6	3,3 %

2. ONDAM et comptes de branches

Le passage de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie aux objectifs de dépenses fait intervenir plusieurs mécanismes.

Il est tout d'abord sujet à des effets de champ : au sein des objectifs de dépenses des branches sont pris en compte des postes de charges plus nombreux que ceux intégrés dans le champ de l'ONDAM, comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : composition de l'ONDAM et des comptes de branches pour l'exercice 2009

Objectif de la branche maladie, maternité, invalidité décès		Objectif de la branche AT-MP	
Hors ONDAM	ONDAM		Hors ONDAM
A. Gestion technique	A. Gestion technique	A. Gestion technique	A. Gestion technique
I. Prestations sociales : - prestations en espèce = IJ maternité - prestations invalidité décès - prestations extra-légales (action sanitaire et sociale*) - Actions de prévention - Autres prestations	I. Prestations légales maladie maternité, hors IJ maternité: - prestations en nature maladie maternité - prestations en espèce IJ maladie	I. Prestations pour incapacité temporaire : - prestations en nature (ville, établissements) - IJ suite à AT	- prestations pour incapacité permanente
II. Charges techniques	II. Charges techniques dont: - prise en charge de cotisations des professionnels libéraux - dotation aux fonds (FIQCS, FAC FMESPP)		II. Charges techniques - rentes AT - dotation au fond amiante
III. Diverses charges techniques			III. Diverses charges techniques
IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM			IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM
V. Charges financières			V. Charges financières
B. Gestion courante	B. Gestion courante - aide à la télétransmission		B. Gestion courante
C. Charges exceptionnelles			C. Charges exceptionnelles

source : Cour des comptes / actualisation DSS

(*) À partir de fin 2006, les dépenses extra-légales au titre du ticket modérateur des ALD 31/32 relevant du risque maladie, ont été comptabilisées dans l'ONDAM.

Le champ des prestations de l'ONDAM est plus limité que celui des prestations d'assurance maladie (il ne couvre pas les prestations en espèce maternité, par exemple) et surtout que celui des prestations de la branche AT-MP (il ne couvre pas les rentes...);

Il est à noter également qu'une part croissante des dépenses de l'ONDAM n'a pas le caractère de prestations : dotations aux fonds (FIQCS, FAC, FMESPP), prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé, aides à la télétransmission...

Dès lors, le rythme d'évolution des charges de l'ensemble des régimes de base maladie ou du régime général est tributaire des dynamiques variables pouvant affecter ces différents postes de charges. C'est l'une des raisons pour lesquelles ce rythme peut s'écarter sensiblement du taux d'évolution de l'ONDAM. Ceci est en particulier vrai pour la branche accidents du travail/maladies professionnelles dans laquelle le poids de l'ONDAM est limité à 30 % environ des charges et se réduit constamment avec la part croissante des dépenses liées aux fonds amiante. Pour la maladie, le poids de l'ONDAM reste très important. Ainsi, il représente environ 80 % des charges de la CNAMTS.

Ensuite, l'ONDAM et les objectifs de dépenses reposent sur des concepts de nature très différente. L'ONDAM est un concept de nature économique, alors que les dépenses des régimes sont retracées selon des règles comptables. Ainsi, le taux d'évolution de l'ONDAM est le taux d'évolution entre les dépenses prévisionnelles de soins, en droits constatés, au titre de l'année n et l'objectif pour l'année n+1. Or les dépenses prévisionnelles de soins au titre de l'année n font l'objet de révisions régulières, jusqu'en n+2, se rapprochant de plus en plus de la réalité économique définitive de la consommation de soins remboursés de l'année n. En revanche, les dépenses de prestations de l'année n figurant dans les comptes sont arrêtées une fois pour toute lors de la clôture des comptes. Des dotations aux provisions prennent en compte la prévision de dépenses de soins à financer au titre de l'exercice clos et non encore facturées, mais ces montants de dotations sont eux-mêmes, comptablement, définitifs. Ainsi le passage du taux d'évolution de l'ONDAM au taux d'évolution des prestations doit tenir compte du fait que des révisions de base de l'ONDAM ont pu intervenir depuis la clôture des comptes, s'écarter de la base comptable qui, elle, est définitive dans les comptes des régimes.

Enfin, les objectifs de dépenses sont des objectifs propres au régime général ou bien reposant sur l'addition des données de l'ensemble des régimes de base obligatoire, alors que l'ONDAM est construit d'emblée comme un objectif inter régimes. Or, les dépenses de prestations de chaque régime sont influencées par des facteurs socio-démographiques qui lui sont propres, ce qui peut conduire leur évolution individuelle à différer sensiblement de celle de l'ONDAM.

Ainsi le caractère économique, inter régimes et périodiquement actualisable de l'ONDAM diffère du caractère comptable, reposant sur l'addition des comptes de chaque régime et construit à partir des comptes définitivement clos de l'année précédente des objectifs de dépenses du PLFSS. L'exercice de prévision nécessaire à la construction d'objectifs de dépenses cohérents avec l'ONDAM repose donc sur de nombreux retraitements et conventions.

La fiche 15-2 du rapport de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale de septembre 2008 décrit en détail le passage des dépenses du champ de l'ONDAM aux prestations maladie-maternité des comptes de la CNAMTS.

Partie II : ONDAM et besoins de santé publique

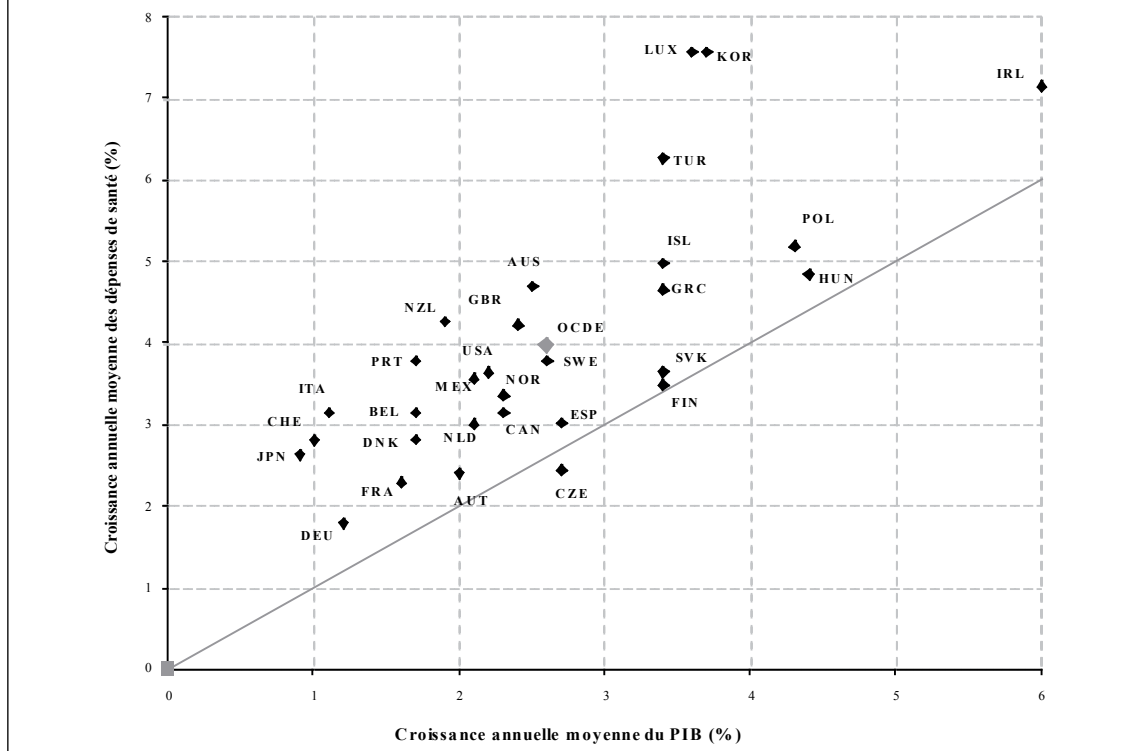
1. État de santé et niveau de dépenses : comparaisons au sein des pays de l'OCDE

Pour les pays de l'OCDE, l'espérance de vie à la naissance a augmenté en moyenne de près de dix ans entre 1960 et 2005 tandis que la mortalité infantile a été divisée par 7. La dispersion entre ces pays s'est nettement resserrée : par exemple, l'espérance de vie à la naissance était comprise entre 71,4 ans en Turquie et 82,1 ans au Japon en 2005, alors qu'en 1960 la différence était de 25 ans entre les deux extrêmes (Turquie et Norvège). Pour beaucoup ces progrès sont à mettre au titre des avancées des traitements médicaux, de l'amélioration continue des conditions de vie et de leur prise en charge financière. Ainsi, les dépenses de santé par habitant ont fait un bond de 48 % en termes réels entre 1995 et 2005 dans les pays de l'OCDE. Cette forte croissance, sur la même période, a été supérieure de 1,5 point à celle du PIB en termes réels, ce qui conduit à accroître naturellement la part du PIB consacré aux dépenses de santé qui atteint aujourd'hui 9 % pour l'ensemble de ces pays. Au-delà de ces progrès observables, les situations sont très variables d'un pays à l'autre, il apparaît donc nécessaire de comparer les pays de l'OCDE tant sur le plan de la croissance économique que des dépenses de santé engagées et des performances sanitaires. Si l'on perçoit assez clairement des liens étroits entre la croissance économique, le financement des dépenses de santé et l'espérance de vie à la naissance, les rapports entre ces différents indicateurs ne sont pas toujours strictement linéaires et il convient de ne pas occulter les possibilités de gains d'efficacités.

1.1. la corrélation entre dépenses de santé et espérance de vie est en partie conditionnée par le niveau de richesse nationale

Sur la période 1995-2005, dans les pays de l'OCDE, on observe une relation positive entre croissance économique et dépenses de santé : plus la croissance du PIB est forte, plus celle des dépenses de santé l'est et généralement à un rythme supérieur à celui de la richesse nationale. Ainsi, l'écart moyen mesuré entre ces deux indicateurs, croissance du PIB et des dépenses de santé, est de 1,5 point au bénéfice des dernières (Cf. graphique 1). C'est pourquoi, il est usuel de considérer la santé comme un bien de type supérieur dont le poids croît régulièrement au sein du PIB. Toutefois, tous les pays ne connaissent pas les mêmes évolutions : par exemple la Corée, la Turquie ou le Luxembourg se singularisent par une croissance des dépenses de santé très au dessus de celle du PIB, avec respectivement 3,9, 2,9 et 4 points d'écart. La plupart des pays connaissent des écarts proches de 1,5 point, équivalent à celui de la moyenne du groupe de pays OCDE. D'autres pays en revanche se situent en dessous de cet écart moyen comme l'Allemagne, la France, l'Espagne, la Finlande, la Tchécoslovaquie et la Hongrie. Ainsi en France, la croissance des dépenses de santé a été contenue pendant cette période à seulement 0,7 point de plus que la croissance économique. La France fait donc partie des pays de l'OCDE qui ont le mieux réussi à maîtriser l'évolution de ses dépenses de santé sur les dix dernières années.

Graphique 1 : croissance annuelle moyenne des dépenses de santé par habitant et du PIB, en termes réels, 1995-2005



Source : OCDE

1.2. Au regard des dix dernières années, tous les pays de l'OCDE n'obtiennent pas les mêmes résultats sanitaires à financement équivalent

Il convient toutefois de mesurer l'efficacité des dépenses engagées à l'aune de la performance sanitaire du pays et de l'état de santé de la population. À cette fin, on s'intéresse dans les paragraphes suivants à l'espérance de vie, mais il convient de souligner que celui-ci n'est qu'un indicateur parmi d'autres et qu'il ne donne qu'une vision partielle des questions posées par l'efficacité sanitaire⁽¹⁾. Néanmoins, qu'il s'agisse d'espérance de vie à la naissance et à 65 ans ou bien de mortalité prématurée et infantile, les valeurs atteintes sont à quelques réserves près globalement corrélées entre elles et donnent une vision assez homogène des évolutions récentes qu'ont connu les pays de l'OCDE.

Ainsi, au regard des dernières données publiées par l'OCDE, pour la plupart de ces pays, il existe bel et bien une corrélation positive entre dépenses de santé et espérance de vie : en deçà d'un niveau de dépense de santé de 2 000 \$ par habitant, son élévation contribue à accroître l'espérance de vie. Les économistes insistent sur l'existence d'effets de seuil⁽²⁾. Les pays les plus pauvres, où l'espérance de vie est peu élevée, investissent peu dans l'éducation sanitaire. La préférence est marquée pour la consommation immédiate, ce sont les pays qui se situent

(1) Mesurer l'état de santé reste une question difficile. Cette dernière décennie, les dépenses de santé ont visé en partie à améliorer la qualité de la vie et atténuer les souffrances des malades, notamment avec le développement des unités de soins palliatifs. C'est pourquoi des indicateurs de mortalité corrigés de l'incapacité ou la qualité de vie seraient certainement plus pertinents. Pour plus de précisions, sur les indicateurs de santé : cf. le document de travail de l'OCDE : « Health status determinants: lifestyle, environment, health care resources and efficiency », OECD Economics Department Working Paper, forthcoming Jourard I., C. André, C. Nicq and O. Chatal (2008).

(2) P.Y. Geoffard et T. Verdier (2000), Health and development with imperfect capital Markets, Séminaire ERUDITE, Paris XII.

dans la trappe de pauvreté⁽³⁾. Il faut atteindre un certain seuil d'espérance de vie pour que le processus de développement s'amorce.

À l'inverse, au-delà d'un certain niveau de dépenses, l'état de santé croît avec le PIB mais avec un taux marginal décroissant : l'impact de la croissance de la richesse sur la santé diminue quand le niveau de richesse s'élève. Le gain marginal sur l'espérance de vie est moindre et la relation entre dépense et espérance de vie devient moins systématique (Cf. graphique 2).

Une étude récente de l'OCDE⁽⁴⁾ montre que les dépenses de santé ne présentent pas le même degré d'efficacité dans tous les pays⁽⁵⁾ ; elle conclut en particulier :

- **Il n'y a pas de lien entre la performance relative sur le plan de l'efficacité et le niveau des dépenses de santé.** Parmi les pays les plus performants, l'on trouve à la fois des pays qui dépensent beaucoup pour la santé (notamment l'Australie et l'Islande) et des pays qui dépensent peu (la Corée). De même, à l'autre extrémité de l'échelle d'efficacité, on trouve à la fois des pays qui dépensent beaucoup et des pays qui dépensent peu. Il s'avère que certains pays obtiennent de meilleurs résultats que d'autres en matière de santé, pour des ressources consacrées au secteur de la santé similaires, une fois pris en compte les variables socio-économiques et les facteurs liés au mode de vie.
- Beaucoup de pays pourraient obtenir de meilleurs résultats sans dépenser plus ni accroître les autres ressources qu'ils consacrent à la santé. D'après les estimations empiriques, les gains d'efficacité potentiels pourraient être suffisamment importants pour relever l'espérance de vie à la naissance de près de trois ans en moyenne dans les pays de l'OCDE, à ressources constantes. Pour la France, ce gain potentiel se situerait entre 1 et 2,5 ans selon les analyses.

À cet égard, on peut ainsi s'interroger sur la situation de certains pays comme :

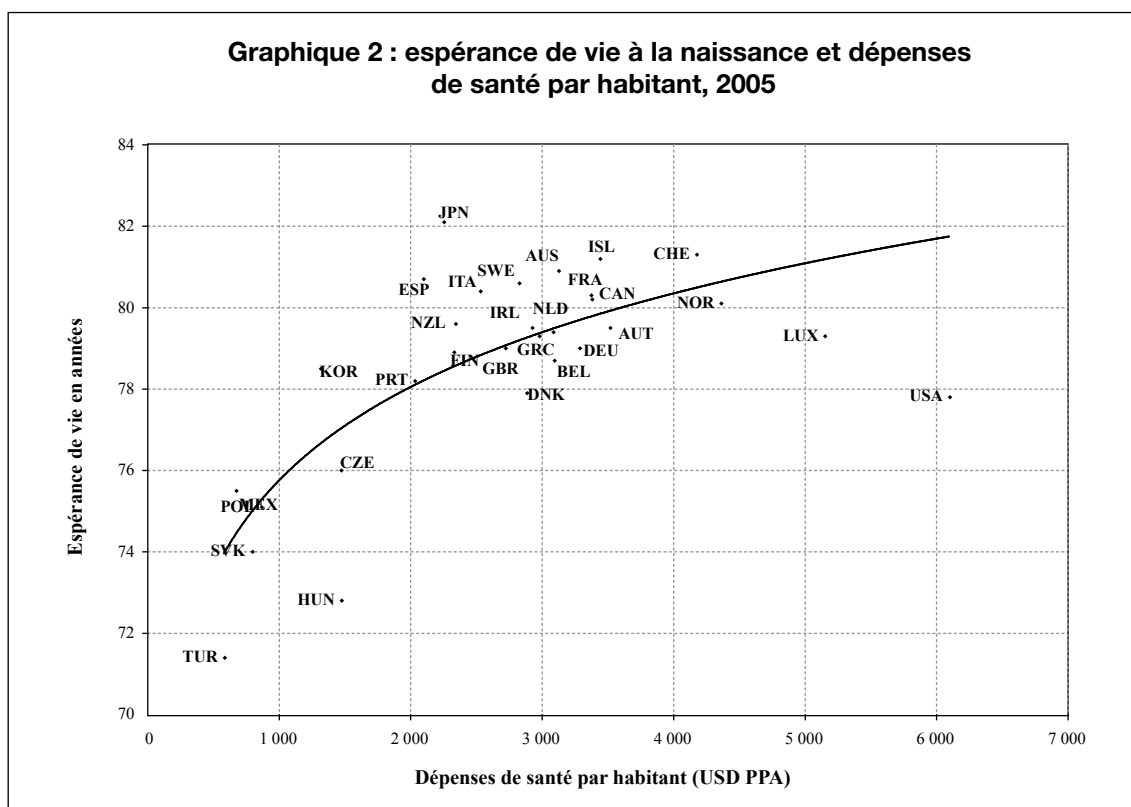
- *Le Danemark et la Suède* ; à niveau de dépense de santé comparable, la Suède a une espérance de vie de 2 ans supérieure à celle du Danemark.
- *La Norvège et la Suède* ont un niveau d'espérance de vie à peu près semblable mais la Norvège dépense près de 2.000\$ par tête de plus que la Suède.
- À espérance de vie équivalente, *la France* dépense presque 1.500\$ de plus que *l'Espagne*. En revanche, pour un niveau de dépenses quasi similaire à celui de *l'Allemagne*, son espérance de vie est plus élevée.
- À niveau de dépense 3 fois supérieur à celui du *Japon*, les *États-Unis* ont une espérance de vie à la naissance inférieure de 4 ans à ce pays.

(3) Lorsque le niveau de l'espérance de vie dépasse un certain niveau, en dessous on parle de « trappes de pauvreté ». Cf. « Santé et économie en Europe » Béatrice Majnoni d'Intignano.

(4) Joumard I., C. André, C. Nicq and O. Chatal (2008), « Health status determinants: lifestyle, environment, health care resources and efficiency », OECD Economics Department Working Paper, forthcoming.

(5) Elle se base pour cela sur les indicateurs de mortalité/longévité au regard desquels ils analysent deux types de variables de dépenses de santé : l'une sous l'angle des effectifs et l'autre sous la forme des montants de dépenses engagées. Ils se servent ensuite de deux techniques d'analyses : l'une dite de « panel » sur données rétrospectives sur la période 1981-2003, la seconde dites « d'enveloppement des données » portant sur la seule année 2004.

Graphique 2 : espérance de vie à la naissance et dépenses de santé par habitant, 2005



Source : OCDE

Dans les pays avancés, ce n'est plus tant le niveau des ressources engagées pour la santé que l'efficacité de l'allocation des ressources qui semble déterminante. Il est en effet souhaitable d'éviter la formation de rentes dans le système de santé ou l'éviction d'autres dépenses (éducation, recherche) qui contribuent aussi positivement à l'amélioration des indicateurs sanitaires.

1.3. Un financement public des dépenses de santé élevé n'est pas incompatible avec une meilleure maîtrise de la dépense engagée et de bons indicateurs d'état de santé

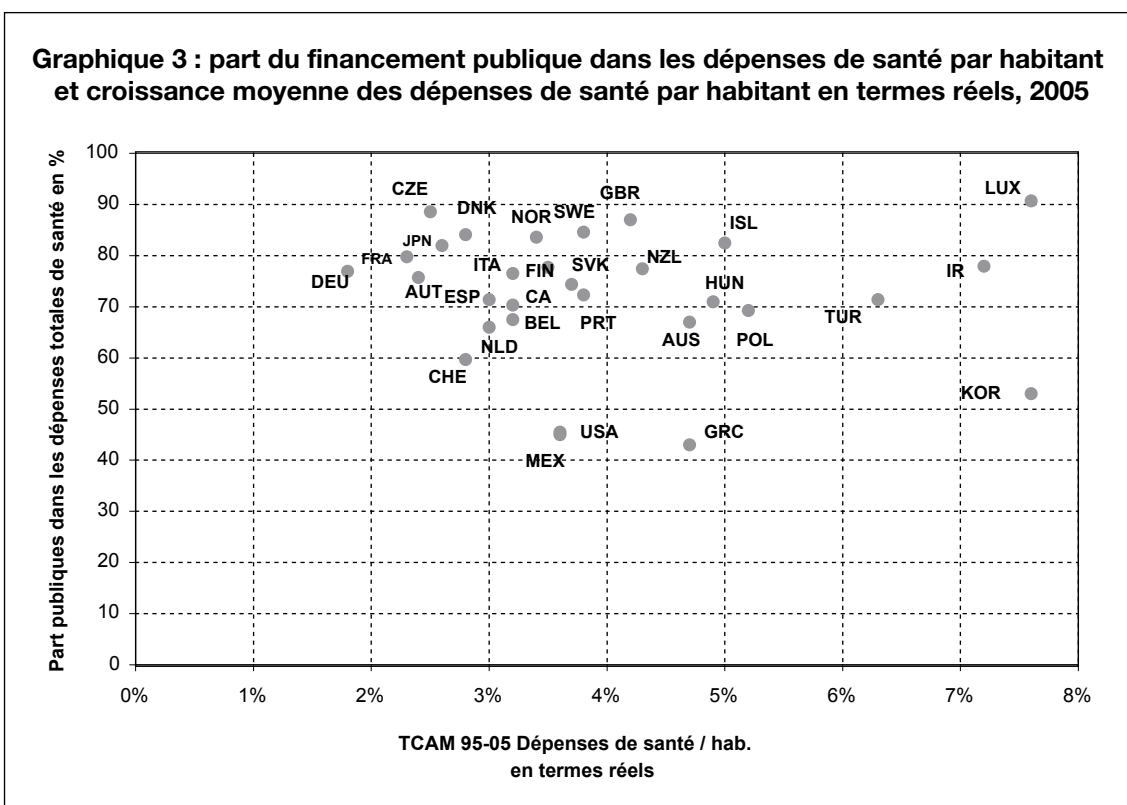
Les pays très performants et peu performants ne se différencient pas par le poids des dépenses publiques et des dépenses privées dans les dépenses totales. À titre d'exemple, pour les pays très performants, la proportion des dépenses publiques variait en 2003 entre un peu plus de 50 % (la Corée) et 82 % (l'Islande⁽⁶⁾). L'éventail est à peu près le même dans le cas des pays peu performants. L'OCDE rappelle toutefois qu'il convient d'être prudent sur ce type de conclusion, et propose de réaliser des travaux complémentaires afin d'approfondir ce sujet tant l'appréhension du financement des dépenses est très différente d'un pays à l'autre. En effet, si l'on constate que le financement public est majoritaire dans la plupart des pays de l'OCDE et qu'il témoigne plus d'une certaine convergence (73 % en moyenne pour les pays de l'OCDE en 2005), des pays font exception comme le Mexique, les États-Unis et la Grèce. Or il se trouve que précisément ces pays ont des taux de dévolution de leur dépense de santé relativement élevés en terme réel : entre + 4 % et + 5 %.

Si le lien n'apparaît pas évident entre le financement public et l'état de santé de la population, en règle générale, ce financement vise à rendre l'accès aux soins plus équitables en le rendant

(6) Joumard I., C. André, C. Nicq and O. Chatal (2008), « Health status determinants: lifestyle, environment, health care resources and efficiency », OECD Economics Department Working Paper, forthcoming.

indépendant de la capacité à payer de l'assuré, ce qui à terme est vraisemblablement porteur d'efficacité tant en terme de maîtrise des dépenses que de performance sanitaire.

Du point de vue de la maîtrise de dépenses. Comme vu précédemment, les pays pour lesquels le niveau de couverture des dépenses publiques de santé est faible sont moins nombreux et présentent des taux de croissance généralement importants des dépenses (États-Unis, Mexique, Grèce et Corée). En revanche, on peut noter qu'à niveau élevé de financement public, certains pays maîtrisent mieux la croissance de leurs dépenses que d'autres. C'est notamment le cas de l'Allemagne, de l'Autriche, de la France, du Japon, du Danemark et de la République Tchèque. Les autres pays qui connaissent des croissances de dépenses de santé relativement soutenues par rapport à celle du PIB malgré un financement public élevé, en l'occurrence le Luxembourg et la Turquie, font plutôt figure d'exception. Si le financement public ne suffit pas complètement à maîtriser la croissance des dépenses, il semble être toutefois une condition nécessaire.



Source : OCDE

Du point de vue des résultats atteints par le système de santé, les États-Unis avec un part de financement public inférieure à 50 %, particulièrement faible au regard des autres pays de l'OCDE, constitue l'exemple le plus frappant. Une publication⁽⁷⁾ récente de l'INED (Institut national d'études démographiques) a mis en évidence les écarts importants d'espérance de vie entre l'Europe et les États-Unis. Elle fait par exemple le constat qu'**aujourd'hui une femme Américaine bénéficie en moyenne d'une espérance de vie inférieure de plus de 3 ans par rapport à une Française, une Espagnole ou une Italienne.** Cette étude montre également que, depuis une quinzaine d'années « la progression de l'espérance de vie s'est nettement ralentie aux États-Unis », gagnant 5,2 années chez les hommes (contre 6 ans en Europe) et 3 ans chez les femmes (contre 5,2 ans).

(7) « Populations et sociétés », juin 2008, « forces et faiblesses de la démographie américaine face à l'Europe ».

L'Ined explique cet écart en invoquant les inégalités sociales: « les États-Unis ont beau être une nation-phare en matière d'innovations technologiques et médicales, tous les habitants n'en profitent pas au même degré et les inégalités sociales en matière de santé y demeurent importantes ». L'institut rappelle en effet que «contrairement à l'Europe et au Canada, le pays compte environ 16 % de non-assurés, ayant un accès difficile aux soins». Pour étayer leurs arguments, ils utilisent une enquête de santé menée en 2003 conjointement au Canada et aux États-Unis. Celle-ci indique que l'état de santé et de consommation de soins est comparable dans les deux pays quelles que soient les catégories sociales, sauf pour 20 % de la population dont les revenus sont les plus bas et au détriment des Américains. De surcroît, l'obésité est une fois et demie plus fréquente aux États-Unis qu'au Canada dans cette fraction la plus pauvre de la population et elle pourrait «en partie» expliquer ce «décrochage» de la progression de l'espérance de vie des Américaines par rapport aux Européennes.

2. L'État de santé en France : constats et enjeux comportementaux et environnementaux

Compte tenu de son niveau de développement, la France est un pays dans lequel la relation entre PIB et indicateurs sanitaires est moins directe et pour lesquels d'autres paramètres entrent en ligne de compte.

Pour les pays développés, si la croissance économique améliore l'espérance de vie moyenne des ménages, elle participe également au développement de pathologies graves et chroniques. Récemment, les études de coûts se sont multipliées et au-delà du fait que la plupart de ces études insistent sur la fragilité de ces estimations, toutes montrent à quel point les facteurs comportementaux et environnementaux pèsent financièrement dans les économies modernes.

2.1. Les derniers éléments sur l'état de santé en France

Selon le dernier bilan de l'état de santé de la population en France⁽⁸⁾, celui-ci apparaît globalement bon comparé aux autres pays développés, grâce notamment aux progrès de la médecine, tant en termes de prévention, de que des traitements et de la prise en charge financière qui ont entraîné une diminution de l'incidence et de la gravité des maladies et plus particulièrement infectieuses (tuberculose, infections sexuellement transmissibles, etc.). Ces progrès se traduisent en 2006 par une espérance de vie à la naissance en France parmi les plus élevée d'Europe avec 84,0 ans pour les femmes et 77,1 ans pour les hommes. En dix ans les hommes ont gagné 3,1 ans et les femmes 2,1 ans. Le taux de mortalité globale (taux brut de 8,4 pour 1 000) est l'un des plus faibles d'Europe⁽⁹⁾. En corollaire, on assiste un accroissement spectaculaire du nombre de centenaires : 20 115 en 2008 alors qu'ils n'étaient que 3760 en 1990.

Dans ses grandes lignes, ce bilan souligne les tendances suivantes :

- Les cancers constituent un problème majeur de santé publique pour les adultes. En termes de mortalité, les tumeurs sont devenues en 2004 la première cause de décès pour l'ensemble de la population : près d'un tiers de l'ensemble des décès et quatre décès prématurés sur dix, dépassant les maladies cardio-vasculaires (29 % des causes de décès).
- Les nouvelles problématiques liées aux maladies chroniques (atteintes sensorielles, douleur, qualité de vie, limitations fonctionnelles, etc.) apparaissent de plus en plus prévalentes à la

(8) L'état de santé de la population en France. Données du rapport 2007 de suivi des objectifs de la loi de santé publique. Études et résultats n°623. Février 2008.

(9) L'état de santé de la population en France. Données du rapport 2007 de suivi des objectifs de la loi de santé publique. Études et résultats n°623. Février 2008.

fois parce que le nombre de patients s'accroît mais aussi parce que la durée de vie de ces malades s'est allongée. En 2005, la prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux ou insuline est estimée à 3,8 % en France, soit 2,4 millions de personnes. Entre 2000 et 2005, son augmentation moyenne a été de 5,7 % par an⁽¹⁰⁾. Les maladies cardios-vasculaires et plus particulièrement l'hypertension artérielle progressent également rapidement. Ainsi, la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques est une question de premier ordre

- Mais la France se distingue des autres pays de l'Union européenne par l'importance de la mortalité prématurée, qui reste l'une des plus élevées (Cf. indicateur des Programmes de qualité et d'efficacité (PQE) Maladie n° 4⁽¹¹⁾).

2.2. Les facteurs comportementaux et environnementaux sont analysés de plus en plus finement

Les facteurs comportementaux et environnementaux jouent un rôle important dans l'atteinte des résultats sanitaires. Depuis le début des années 90, la consommation de fruits et légumes augmente, tandis que le tabagisme et la consommation d'alcool ont tendance à diminuer. On cherche aujourd'hui à évaluer de plus en plus à évaluer l'impact financier de ces facteurs sur les dépenses d'assurance-maladie. Dernièrement, plusieurs rapports ont été publiés sur les surcoûts suscités par ces facteurs :

Le coût de l'obésité

En France, la corpulence des femmes comme des hommes a fortement augmenté depuis 1981, avec une accélération depuis les années 1990. L'élévation de la prévalence de l'obésité et du surpoids depuis les années 1990 s'est traduite par une augmentation moyenne annuelle de 5 % par an entre 1992 et 2003, avec une prévalence de l'obésité qui est passée de 5 à 10 % pour les hommes et de 6 à 10 % pour les femmes. La France compte pas loin de 4 millions d'adultes de moins de 65 ans obèses en 2003. Le surpoids est également préoccupant. Il touche toujours beaucoup plus les hommes (35 %) que les femmes (21 %) et affecte par ailleurs plus fortement les classes sociales défavorisées (Cf. indicateur PQE-Maladie n°2.1 sur l'obésité infantile). Une étude de l'IRDES et CEMKA⁽¹²⁾ réalisée à partir de la base des données issues de l'enquête santé et protection sociale (SPS) et de l'appariement avec l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) pour l'année 2002 conclut que les montants de prestations en nature remboursées par l'assurance maladie ont représenté 2,1 milliards d'€ en 2002, respectivement 4,2 Mds d'€ si on étend le périmètre analysé aux personnes en surpoids et qui présentent au moins un facteur de risque⁽¹³⁾. Cette étude indique que la consommation moyenne de soins et de bien médicaux d'un individu obèse s'élève à environ 2 500 €, soit deux fois plus que celle d'un individu de poids normal et qu'à âge, sexe et niveau d'étude comparable, le surcoût pour l'assurance maladie est de 400 € par an.

Le coût de la dégradation de l'environnement

Bien que reposant sur une analyse partielle, ce coût représenterait entre 300 M€ et 1,3 Md€ par an pour l'assurance maladie. Un groupe d'étude piloté par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail (AFSSET) a cherché à mesurer l'impact financier pour l'assurance maladie de certaines pathologies liées à la pollution due à l'activité humaine⁽¹⁴⁾. Elle

(10) « Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2005 ? » Pratiques et Organisation des Soins volume 38 n° 1 / janvier-mars 2007 Kusnik-Joinville, Weill, Salanave, Ricordeau, Allemand.

(11) Les Programme de qualité et d'efficacité (PQE) figurent en annexe 1 du PLFSS.

(12) La Presse Médicale, n° 6 juin 2007, pp. 832-840.

(13) HTA, dyslipidémie, diabète type 2, infarctus ou antécédents d'infarctus, accident ischémique, artériopathie ou apnée du sommeil.

(14) Le champ des risques professionnels n'a pas été développé, compte tenu de l'existence d'un financement spécifique des accidents du travail et des maladies professionnelles par les entreprises.

a décidé de restreindre le champ d'investigation à deux pathologies : l'asthme et le cancer. Elle estime que le traitement de l'asthme imputable à la pollution atmosphérique a coûté entre 200 et 800 millions d'euros à l'assurance maladie en 2006, en estimant que 10 à 35 % des cas d'asthme étaient attribuables à l'environnement. Pour le cancer, à partir d'une fraction liée à l'environnement pour tous les cancers variant entre 1 et 5 %, le coût de la prise en charge des soins des cancers dus à la pollution est évalué entre 100 à 500 millions d'euros en 2004.

3. Le financement des plans de santé publique permet de répondre aux priorités de santé publique

3.1. Bilan des Plans qui se terminent en 2008

Le Plan psychiatrie santé mentale 2005-2008

Le plan psychiatrie et santé mentale a été mis en place pour renforcer la diversité et l'adaptation des réponses apportées aux personnes souffrant de troubles psychiques.

Les crédits de l'État sont destinés prioritairement à financer des actions de prévention du suicide, à soutenir les associations de malades et leurs familles, à poursuivre des études et recherches et à développer des formations pour les professionnels concernés en particulier par le repérage de la crise suicidaire, par le repérage de la souffrance psychique de l'enfant ou de l'adolescent ainsi que pour les professionnels de santé chargés de la prise en charge des auteurs d'infractions graves dans le cadre d'une injonction de soins. Ils sont aussi consacrés à la rémunération des médecins coordonnateurs intervenant dans ce dispositif.

Le bilan de mise en œuvre des **crédits assurance maladie**⁽¹⁵⁾ du plan à mi année 2008 fait apparaître un niveau de réalisation des actions relatives à l'offre de soins très satisfaisant, appuyé sur la délégation de la quasi-totalité des crédits sanitaires prévus ainsi que sur un cadrage national donné par voie de circulaire pour chacun des programmes d'action. Fin juillet 2008, l'allocation des « dotations sanitaires régionales et des crédits relatifs aux programmes spécifiques du plan a été réalisée à hauteur de **124 millions d'euros**. Les crédits du FMESPP délégués pour mettre en œuvre les actions de tutorat, d'investissement et de valorisation de l'activité en psychiatrie s'élèvent par ailleurs sur la période à 178 millions d'euros. Les principales actions relatives à l'adaptation de l'offre de prise en charge sanitaire (opérations d'investissement, actions de formation et de tutorat des nouveaux infirmiers, création d'équipes de psychiatrie à destination des personnes en situation de précarité et d'exclusion, centres de ressources pour auteurs de violences sexuelle, équipes de géronto psychiatrie, centres de ressources pour personnes autistes) sont ainsi soit réalisées soit en cours de mise en œuvre.

**Tableau 2 : plan psychiatrie santé mentale 2005-2008,
ventilation des crédits État et Assurance maladie**

Financier	En millions d'euros					
	2005	2006	2007	2008	Total 2005-2008	%
État(*)	9,095	10,8	9,6	10,964	40,5	25 %
Assurance maladie(**)	18,2	37,8	36,35	31,46	123,8	75 %
Total Plan	27,3	48,6	46,0	42,4	164,3	100 %

(*) dont INPES et non compris dépenses de rémunérations des médecins coordonnateurs, données non disponibles (sauf 2008)

(**) hors FMESPP

Source : DGS et DHOS

(15) Des crédits médico-sociaux ne sont pas retracés ici, mais contribuent également à la réalisation du plan.

Le Plan national maladies rares 2005-2008

Le plan national « maladies rares 2005-2008 » (PNMR) est l'un des 5 plans stratégiques nationaux inscrits dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Son objectif est d'assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge des malades atteints de maladies rares. Ce plan a permis d'améliorer de façon très significative l'organisation de la recherche, des connaissances et des soins en matière de maladies rares.

Les crédits de l'État sont destinés à :

- Développer une information pour les malades, les professionnels de santé et le grand public via le développement de la base de données INSERM sur les maladies rares, « Orphanet » afin que cette dernière devienne le « portail de référence des maladies rares » et le développement de la téléphonie sociale en matière de maladies rares, action assurée par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES).
- Développer le soutien aux associations de malades.
- Soutenir la recherche par la participation à des appels d'offre relatifs à des actions de santé publique sur le thème des maladies rares dans le cadre du GIS maladies rares.

Les crédits **Assurance maladie** constituent entre 2005 et 2008 plus de **137 millions d'euros** qui ont été attribués à 132 centres de référence, lesquels offrent désormais une garantie de prise en charge experte pour la totalité des maladies rares couvertes par ce plan (les cancers rares, les maladies infectieuses rares et les intoxications rares ne relèvent pas du PNMR). Cela représente 40 millions d'euros structurels par an à compter de 2008.

La recherche sur les maladies rares qui contribue aux avancées scientifiques dans d'autres domaines de la santé, comme l'a rappelé Madame la Ministre lors du Comité de suivi du PNMR du 13 mai dernier, a bénéficié par ailleurs d'un financement spécifique entre 2005 et 2008. Ainsi, en plus des 137 millions d'euros évoqués ci-dessus, 101 projets « maladies rares » ont été soutenus dans le cadre du Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) 2005-2008. S'ajoutent à cela, dans le cadre du programme pluriannuel Maladies Rares, 106 autres projets.

S'agissant plus spécifiquement des maladies orphelines, il est à noter que dans le cadre de ce plan, 30 médicaments orphelins ont d'ores et déjà reçu une AMM et leur financement est assuré dans le cadre de la T2A. (Facturation en sus).

Tableau 3 : plan national maladies rares 2005-2008, ventilation des crédits État et Assurance maladie

Financier	En millions d'euros					
	2005	2006	2007	2008	Total 2005-2008	%
État	0,5	0,5	1,11	1,13	3,2	1 %
Assurance maladie	90,0	118,4	134,9	137,2	480,5	99 %
Total Plan	90,5	118,9	136,0	138,3	483,7	100 %

Remarque : les crédits de fonctionnement ne sont pas comptés comme des mesures nouvelles mais comptabilisés chaque année du plan. Source : DGS et DHOS

Le Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008

La lutte contre les infections nosocomiales est une politique menée par le ministère de la santé de façon continue depuis 1988. En 2005, une nouvelle impulsion devait être donnée à cette politique. À travers la médiatisation d'épisodes infectieux dramatiques, les usagers percevaient un phénomène en cours d'aggravation. Ce constat fonde l'importance donnée à la transparence et à la communication envers les usagers dans le cadre du programme 2005-2008.

Le programme⁽¹⁶⁾ s'articule autour de 5 orientations :

1. Adapter les structures et faire évoluer le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales
2. Améliorer l'organisation des soins et les pratiques des professionnels
3. Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance et du signalement des infections nosocomiales
4. Mieux informer les patients et communiquer sur le risque infectieux lié aux soins
5. Promouvoir la recherche sur les mécanismes, l'impact, la prévention et la perception des infections nosocomiales.

Le financement du programme, débuté en 2007, a porté essentiellement sur les orientations suivantes :

1. « Adapter les structures et faire évoluer le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales ».

Il s'agit plus particulièrement de renforcer :

- les antennes régionales de lutte contre les Infections nosocomiales⁽¹⁷⁾ avec essentiellement un financement de mission intérêt général et d'aide à la contractualisation par la création de postes de médecin ou pharmacien ou infirmier formé en hygiène.
- des équipes d'hygiène hospitalière⁽¹⁸⁾ dans les établissements de santé –ODMCO public et privé

2. « Améliorer l'organisation des soins et les pratiques des professionnels » en créant 6 centres de référence de prise en charge des patients atteints d'infections ostéo-articulaires avec un financement de mission intérêt général et d'aide à la contractualisation.

Tableau 4 : programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008, ventilation des crédits État et Assurance maladie

Financier	En millions d'euros				
	2005/ 2006	2007	2008	Total 2005/2008	%
État	0	0,1	0,1	0,2	1 %
Assurance maladie	0	11,0	25,0	36,0	99 %
Total Plan	0	11,1	25,1	36,2	100 %

Source : DHOS

Le Programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles (IST) 2005-2008

La lutte contre le VIH/SIDA repose sur le programme national 2005-2008. Ce dernier s'appuie sur les évolutions épidémiologiques et scientifiques et sur le bilan de l'action publique déjà menée (programme pour la période 2001-2004). Il intègre pour la première fois la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST). Il répond aux objectifs fixés dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.

(16) Circulaire DHOS/DGS/E2/5C n°2004/599 du 13 décembre 2004 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005/2008 dans les établissements de santé

(17) Arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales

(18) décret 99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé circulaire DGS/DHOS/E2 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

Le programme de lutte contre l'épidémie 2005-2008 retient deux grands objectifs :

- Réduire l'incidence du VIH et des IST dans les populations et territoires prioritaires :
- Maintenir une faible incidence du VIH en population générale et lutter contre les chlamydiae, l'herpès et le HPV

Le programme 2005-2008 qui vient cette année à échéance est en cours d'évaluation par le ministère de la santé (direction générale de la santé) avec l'aide de ses partenaires institutionnels et associatifs. Cette évaluation servira de base à la définition des orientations stratégiques du futur programme pluriannuel.

Le niveau global des moyens financiers mobilisés pour la lutte contre le VIH et les IST a augmenté sur la durée du programme 2005-2008. **Les crédits de l'État** consacrés à cette lutte comprennent en premier lieu les crédits nationaux et déconcentrés du ministère de la santé. Ces crédits sont destinés à soutenir les actions d'information, de prévention, de soutien et d'accompagnement des associations nationales et locales, en direction des personnes atteintes, des publics prioritaires (personnes homosexuelles et personnes migrantes) et de la population générale. En second lieu, les crédits de l'État comprennent les dépenses des organismes publics œuvrant dans le domaine de la lutte contre le VIH (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites, GIP Esther). Depuis 2006, les crédits de l'État intègrent en outre les dépenses découlant de la recentralisation de certaines compétences de santé publique confiées aux départements, en application de la loi relative aux responsabilités et aux libertés locales du 13 août 2004.

En ce qui concerne **les crédits de l'assurance maladie**, ils correspondent aux moyens alloués aux appartements de coordination thérapeutique, au fonctionnement des centres de dépistage anonyme et gratuit, aux dépenses du FNPEIS, à la prise en charge hospitalière et des antirétroviraux.

Tableau 5 : le programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2005-2008, ventilation des crédits État et Assurance maladie

Financier	En millions d'euros					
	2005	2006	2007	2008	Total 2005/2008	%
État	99,4	123,3	120,2	121,3	464,2	10 %
Assurance maladie	1087,7	1091,3	1094,3	1100,0	4373,3	90 %
Total Plan	1187,1	1214,6	1214,5	1221,3	4837,5	100 %

Remarque : les crédits de fonctionnement ne sont pas comptés comme des mesures nouvelles mais comptabilisés chaque année du plan.

Source : DGS

3.2. Les plans en cours

Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010

Le « Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 », annoncé en mars 2006, poursuit l'action entreprise depuis dix ans contre la douleur, priorité des usagers des établissements de santé et des patients souffrant de maladies chroniques. L'action se développe en lien avec les plans cancer et maladies chroniques et avec les préoccupations liées à la fin de vie, aux soins palliatifs, aux personnes âgées ou dépendantes.

**Tableau 6 : plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010,
ventilation des crédits État et Assurance maladie**

Financier	En millions d'euros							
	2006	2007	2008	2009	Total financé 2006/2009	part financée %	Total 2006/2010	% État/AM
État	0,2	0,2	0,2	0,1	0,7	78 %	0,9	4 %
Assurance maladie	7,4	2,4	2,8	3,1	15,7	67 %	23,5	96 %
Total Plan	7,6	2,6	3,0	3,2	16,4	67 %	24,4	100 %

Source : DHOS - DGS

Les crédits Assurance maladie participent à hauteur de plus de 90 % au financement du plan. Ils sont destinés au renforcement et au développement des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle avec :

- La valorisation de l'activité de prise en charge de la douleur chronique rebelle
- Le renforcement en personnel des structures spécifiques de prise en charge
- L'amélioration des conditions d'accueil des personnes malades par l'aménagement et la rénovation de ces structures.

Les crédits de l'État sont destinés à financer des formations des professionnels de santé des EPHAD et des structures médico-sociales à la prise en charge des douleurs chroniques, à soutenir les associations et sociétés savantes œuvrant dans ce domaine et à participer à des actions de recherche notamment sur les stratégies de prise en charge non médicamenteuse de la douleur.

Le plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2007-2011

Jusqu'au début des années 2000, la France était le pays européen qui consommait le plus d'antibiotiques. Cette forte consommation a participé à l'apparition de taux de résistance bactérienne élevés en ville comme à l'hôpital.

Le Ministère de la santé a élaboré un plan d'action pluriannuel 2001-2005 avec comme objectif de maîtriser et de rationaliser la prescription des antibiotiques. Ce premier plan a servi de cadre à des actions telles que les campagnes de communication « les antibiotiques c'est pas automatique » de la Cnamts, qui ont permis une baisse significative de la consommation des antibiotiques.

La mise en place d'un nouveau Plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques a été décidée en 2007 afin de poursuivre les actions du plan 2001-2005.

Un bilan effectué en 2007 a permis de montrer que plus de 500 millions d'euros avaient été économisés en terme de consommation d'antibiotiques en ville pendant les périodes hivernales, soit, pour un euro investi, 14 euros économisés.

**Tableau 7 : plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2007-2011,
ventilation des crédits État et Assurance maladie**

Financier	En millions d'euros						
	2007	2008	2009	Total 2007-2009	part financée %	Total 2007-2011	% État/AM
État	0,0	0,1	0,0	0,1	99 %	0,1	0 %
Assurance maladie	8,6	8,6	8,6	25,8	60 %	43,0	100 %
Total Plan	8,6	8,7	8,6	25,9	60 %	43,1	100 %

Source : DGS

Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011

Le plan national pour « l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » a été annoncé par le ministre en charge de la Santé en avril 2007. Ce plan développe une approche transversale des maladies chroniques visant à limiter leur impact sur la qualité de vie. L'un des enjeux se situe autour de l'éducation à la santé et thérapeutique, de la coordination et de la qualité de la prise en charge des malades atteints de pathologies chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires, les maladies neurodégénératives, les maladies respiratoires, les maladies métaboliques, et de leur parcours de soins et de vie.

Le plan amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques comprend 15 mesures concrètes regroupées autour des 4 axes suivants :

- Aider chaque patient à mieux connaître la maladie pour mieux la gérer ;
- Elargir la pratique médicale vers la prévention ;
- Faciliter la vie quotidienne des malades ;
- Mieux connaître les conséquences de la maladie sur leur qualité de vie et soutenir les associations de patients.

Le coût prévisionnel total du plan sur cinq ans est de 726,7 millions d'euros dont 10,6 millions en crédits d'État et 716,4 millions de crédits de l'assurance maladie.

Tableau 8 : plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011, ventilation des crédits État et Assurance maladie

Financier	En millions d'euros						
	2007	2008	2009	Total 2007-2009	Part financée %	Total 2007-2011	%
État	0,6	0,9	1,9	3,4	32 %	10,6	1 %
Assurance maladie	132,9	151,0	151,0	434,9	60 %	726,7	99 %
Total Plan	133,5	151,9	152,9	438,3	59 %	737,3	100 %

Source : DGS

Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011

Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 a pour objet de fixer le cadre des structures de prise en charge, de prévention, de formation et de recherche en addictologie. Il met également l'accent sur la nécessaire coordination des différents intervenants des champs médicosocial, sanitaire, libéral, notamment réunis dans les réseaux de santé orientés en addictologie.

Pour le volet sanitaire, un financement théorique de 43 M€ est prévu pour chacune des 5 années du plan

Les crédits de l'État sont destinés au soutien des associations d'entraide et au développement de formations sur le repérage précoce intervention brève (RPIB) dans de nouvelles régions. Par ailleurs, par l'intermédiaire de ses opérateurs, la DGS finance également des campagnes de communication et des numéros d'appel spécifiques aux addictions. Enfin, sont financées en 2008 des études sur les thématiques du jeu pathologique et des traitements de substitution ainsi que sur le rôle des pharmaciens dans la mise en œuvre de la politique publique de réduction des risques et sur l'évaluation des outils de réduction des risques, qui se poursuivront pour partie en 2009.

En 2008, les 8,8 M€ accordés en mesures nouvelles au titre de l'ONDAM médico-social spécifique sont destinés à la mise en conformité des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), à la mise en œuvre des dépistages VHB et VHC dans ces structures ainsi qu'au fonctionnement des communautés thérapeutiques créées en 2007. En 2009, les crédits de l'ONDAM médico-social spécifique devraient permettre de renforcer les équipes des CSAPA, de mettre en conformité les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD) et de prendre en charge les frais d'analyses urinaires des patients sous méthadone dans les CSAPA.

Tableau 9 : plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, ventilation des crédits État et Assurance maladie

Financier	En millions d'euros						
	2007	2008	2009	Total 2007-2008	Part financée %	Total 2007-2011	État/AM %
État	29,5	27,0	27,3	83,8			0 %
Assurance maladie	45,2	38,7	85,6	169,5			0 %
Total Plan	74,7	65,7	112,9	253,3	66 %	385,0	100 %

Source : DHOS-DGS

Le plan Solidarité grand âge

Le plan solidarité grand âge présenté en juin 2006 prévoit sur la période 2007-2012 un effort global en faveur des personnes âgées, pour adapter l'offre de services à la diversité de leurs attentes et de leurs besoins. Il se décline en trois axes :

- Développer une politique de libre choix du domicile pour permettre aux personnes âgées de rester chez elles le plus longtemps possible

En 2007 ont été respectivement financées et installées

- 5 291 et 3 913 places de SSIAD
- 1 348 et 745 places d'accueil de jour
- 921 et 409 places d'hébergement temporaire

En 2008 et 2009 il est prévu de financer chaque année :

- 6 000 places de SSIAD
- 2 125 places d'accueil de jour
- 1 125 places d'hébergement temporaire

- Adapter la maison de retraite: des établissements en plus grand nombre et médicalisés en fonction de la dépendance et des soins requis de leurs résidents

En 2007, 6 540 places nouvelles ont été installées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. 148 311 places supplémentaires ont été médicalisées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, soit au titre de la médicalisation initiale (73 119 places), soit au titre des besoins supplémentaires en soins médicaux techniques (75 192 places).

En 2008 et 2009 il est prévu de financer chaque année 7 500 places d'EHPAD et de poursuivre la médicalisation des établissements avec prise en compte de la charge en soins de santé.

- Adapter l'hôpital aux personnes âgées.

Face au constat du manque de lits pour les personnes âgées, ce plan de santé publique se fixe pour objectif de développer la médecine gériatrique dans les hôpitaux et organiser l'accueil des personnes âgées à l'hôpital en tenant compte de leur fragilité et en préservant leur autonomie.

Par ailleurs, ce plan vise à organiser dans chaque territoire de santé une filière gériatrique comprenant toutes les unités nécessaires à la prise en charge des personnes âgées : unité de court séjour gériatrique, unité de soins de suite et de réadaptation, équipe mobile de gériatrie, pôle d'évaluation gériatrique comprenant un hôpital de jour et des consultations et de lits de soins de longue durée.

La maquette initiale de ce plan prévoit de consacrer 317 M € à cette mesure, soit environ 63 M€ par an. Le plan prévoit la création de :

- 1000 lits de court séjour supplémentaires, ce qui permet d'atteindre l'objectif de un lit pour 1000 habitants de plus de 75 ans
- 3000 lits des soins de suite et de réadaptation supplémentaires pour atteindre 3 lits pour 1000 habitants de plus de 75 ans
- 86 équipes mobiles gériatriques
- 950 places supplémentaires d'hôpital de jour de jour gériatrique pour atteindre l'objectif d'une place pour 2000 habitants de plus de 75 ans.

Les crédits accordés dans le cadre de la LFSS 2007

7,64 M€ Migac pour le développement de l'activité de court séjour gériatrique

3,255 M€ pour la création de places d'hôpital de jour

6,51 M€ (DAF) pour la création de lits de soins de suite

Les crédits accordés dans le cadre de la LFSS 2008

29,10 M€ en tarif (T2A à 100 %) pour le développement de l'activité de court séjour

13 ,43 M pour la création de places d'hôpital de jour

12,10 M€ (DAF) pour la création de lits de soins de suite et de réadaptation

Au vu des résultats des enquêtes DHOS, globalement, grâce à l'impulsion donnée dans les régions par ce plan de santé publique, les objectifs cible de création de lits et place sont d'ores et déjà atteints au niveau national même s'il existe encore des disparités régionales importantes que les trois prochains exercices du plan devraient corriger. L'organisation des filières de soins gériatriques dans les territoires de santé , objectif principal assigné au volet sanitaire du PSGA s'est notablement améliorée.

Tableau 10 : plan de « Le plan Solidarité grand âge » 2007-2011, ventilation des crédits État et Assurance maladie

Financier	En millions d'euros				
	2007	2008	2009	Total 2007-2008	% État/AM
État	0,0	0,0	0,0	0,0	0 %
Assurance maladie (*)	372,4	763,7	1202,8	2338,9	100 %
Total Plan	372,4	763,7	1202,8	2338,9	100 %

(*) inclut les crédits médico-sociaux et hospitaliers

Remarque : les crédits de fonctionnement ne sont pas comptés comme des mesures nouvelles mais comptabilisés chaque année du plan.

Source : DHOS-DGAS

3.3. Les nouveaux plans

Plan gouvernemental Santé des jeunes

Bien que les données concernant la tranche d'âge des moins de 25 ans indiquent, fort heureusement, que la majorité de ces jeunes est en bonne santé, certains sont concernés par des affections et des troubles susceptibles d'altérer plus ou moins gravement leur santé à

court, moyen ou long terme. Plusieurs études révèlent en effet une situation préoccupante en termes de souffrance psychique, de conduites à risque dans le domaine de l'alimentation et de la sexualité, de consommations de substances psychoactives. Pour les jeunes en situation précaire, marginalisés ou en voie d'insertion, des difficultés d'accès à la prévention et aux soins viennent aggraver la situation. Les réponses à ces constats reposent sur une prise de conscience des différents acteurs du monde de la santé, de l'insertion professionnelle, de l'insertion sociale et familiale, et sur une stratégie de mise en réseau de tous les interlocuteurs pour des actions adaptées, coordonnées, visant à la fois l'insertion et le bien-être du jeune.

Les objectifs du plan annoncé par la ministre de la santé le 27 février dernier s'articulent autour de quatre axes :

- Lutter contre les comportements à risque
- Répondre aux besoins des jeunes les plus vulnérables
- Développer les activités physiques et sportives
- Permettre aux jeunes de devenir acteurs de leur santé

Le coût estimé du plan est d'environ 27 millions d'euros en phase initiale. Près de 12 millions d'euros sont prévus ensuite chaque année.

Plan Autisme 2008-2010

Le « Plan autisme 2008-2010 », présenté le 16 mai 2008 par les ministres chargés de la solidarité et de la santé, doit permettre de construire dans la continuité du précédent plan une nouvelle étape en faveur des personnes présentant des troubles envahissants du développement dont l'autisme.

Ce plan, qui a pour ambition de réaliser dans les prochaines années un véritable saut qualitatif dans l'accompagnement et la prise en charge des personnes atteintes et de leurs familles, se traduit par un effort sans précédent en termes de moyens.

Les mesures du plan sont organisées en trois axes : le premier axe a pour objectif d'améliorer la connaissance de ces troubles, la formation des différents acteurs et les pratiques professionnelles ; cet objectif s'appuiera notamment sur l'élaboration d'un corpus actualisé et partagé des connaissances, l'élaboration de recommandations de pratiques professionnelles et le développement de la recherche. Les mesures du deuxième axe visent à améliorer le repérage et l'accès au diagnostic, pour les enfants concernés mais aussi en population adulte, ainsi que l'orientation des personnes et de leur famille et leur insertion en milieu ordinaire y compris en milieu scolaire. Enfin, il s'agit de promouvoir une offre d'accueil, de service et de soins, cohérente et diversifiée et de permettre l'expérimentation de nouveaux modèles de prise en charge encadrés et évalués (3^e axe). Ainsi, 4 100 places supplémentaires devraient être créées en 5 ans. **Le financement global du plan est de 187M€ sur la période.**

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies (2008-2011)

Succédant au plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 fixe trois orientations essentielles :

- Prévenir les premières consommations et les usages de produits illicites ainsi que les abus d'alcool, en ciblant les jeunes, mais aussi en mobilisant leurs parents et les adultes qui les entourent.
- Conduire une action résolue pour que l'offre des produits diminue de manière significative, notamment par la mutualisation et le partage des moyens de lutte entre tous les services en charge de l'application de la loi et les justices des États concernés.
- Diversifier davantage la prise en charge sanitaire des usagers de drogues et d'alcool, en ciblant particulièrement les populations les plus exposées et les plus vulnérables.

Ces orientations sont renforcées par :

- un développement de la recherche fondamentale et clinique pour que soins et prévention s'améliorent dans des proportions significatives,
- un développement de la coopération internationale,
- la mise en place d'un outil d'évaluation de l'efficacité des mesures du plan.

Le budget prévu pour l'exécution du nouveau plan s'élève à 87,5 M€ sur quatre ans.

Plan National de développement des soins palliatifs

La possibilité pour chacun de choisir son lieu de fin de vie, à domicile ou en institution, constitue l'un des objectifs phares du Programme de développement des soins palliatifs pour 2008-2012 annoncé le 13 juin par le président de la République. Ce plan prévoit d'investir 230 millions d'euros sur cinq ans.

Les crédits État comprennent les mesures suivantes :

- Une étude qui permettra de mieux appréhender l'apport d'une infirmière de nuit et du développement d'une culture palliative et d'accompagnement de fin de vie dans les EHPAD (axe 1, mesure VII).
- Deux jours de formation par an proposés à chaque aidant familial (axe 3, mesure XIV).
- Expérimentation de la prise en charge en hébergement temporaire des personnes âgées en soins palliatifs (axe 3, mesure XV).

Au titre des seules mesures impactant les établissements de santé, il est notamment prévu en 2009

- le développement des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et la collaboration entre les établissements de santé disposant d'une EMSP et les établissements médico-sociaux. 4,64M€ sont prévus pour financer cette mesure;
- le développement de lits identifiés de soins palliatifs (LISP) dans les structures assurant des soins de suite qui passe notamment par une augmentation de la présence de personnels au lit des patients et par la formation de ces personnels à la prise en charge des patients en soins palliatifs. 6,52 M€ sont affectés au financement de cette mesure ;
- le développement de LISP et d'unités de soins palliatifs (USP) au sein des structures de courts séjour pour un montant de 18,46 M€ ;
- le développement de la recherche dans le champ des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie pour 1,5 M€ ;
- l'organisation de la prise en charge des soins palliatifs pédiatriques pour 0,92 M€.

Au total, 33,86 M€ ont été inscrits pour 2009 dans le sous-objectif de l'ONDAM hospitalier.

Tableau 11 : plan National de développement des soins palliatifs 2008-2012, ventilation des crédits État et Assurance maladie

Financier	En millions d'euros		
	2008	2009	Total 2008-2011
État	0,1	nd	nd
Assurance maladie	0,3	33,9	nd
Total Plan	0,4	33,9	230,0

Source : DHOS-DGAS.

Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012

Déclarée comme priorité présidentielle, la maladie d'Alzheimer fait l'objet d'un plan intitulé « Alzheimer et maladies apparentées 2008 -2012 ». Celui-ci doit permettre de mettre en place,

sur l'ensemble du territoire, des mesures adaptées susceptibles d'améliorer la prise en charge des patients et la qualité de vie de leur entourage. Ainsi, ce plan vise-t-il plusieurs objectifs :

Le premier objectif comprend **une meilleure connaissance de la maladie**. Une fondation de coopération scientifique devrait voir le jour d'ici la fin de l'année afin de donner un nouvel élan à la recherche sur la maladie d'Alzheimer.

Le deuxième objectif du plan est de **mieux prendre en charge les malades et leurs familles autour de la survenue de la maladie**. Les structures de diagnostic vont être développées par la création de consultations mémoire et de centres mémoire de ressources et de recherche dans les zones non pourvues. Le Plan Alzheimer doit permettre de réduire les délais pour obtenir un rendez-vous et donc, un diagnostic. L'annonce et l'information sur l'accompagnement du malade seront améliorées grâce à la mise en place d'un dispositif spécifique d'annonce de la maladie. Des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) vont être expérimentées. Ces dernières seront la porte d'entrée unique des familles dans le dispositif de prise en charge. À l'issue du Plan, il est prévu la création de 1 000 coordonnateurs, professionnels travaillant dans le cadre de ces maisons et chargés d'accompagner les malades les plus dépendants en élaborant un plan de soins et d'accompagnement personnalisé et en organisant la prise en charge multidisciplinaire adaptée à chacun. Les premières expérimentations de ces maisons sont couplées avec le déploiement d'un numéro de téléphone national pour informer les familles et les orienter. Entre 2010 et 2012, l'implantation de ces maisons sera généralisée à l'ensemble du territoire. L'annonce de la maladie aux personnes jeunes fera l'objet d'un accompagnement spécifique. Un centre national de référence pour les malades jeunes, conçu sur le modèle des centres dédiés aux maladies rares sera créé.

Le troisième objectif du Plan consiste à **améliorer la qualité de vie des malades et des aidants** dans la durée une fois le diagnostic établi. La priorité est d'adapter le domicile ou l'établissement d'hébergement à la spécificité des malades d'Alzheimer. En établissement, 30 000 places feront l'objet d'un renforcement en personnel pour offrir aux patients des soins et des activités adaptés. Le Plan prévoit de créer des unités spécialisées Alzheimer dans les établissements de moyen séjour pour mieux gérer les ruptures. Pour aider les malades dans la durée à domicile, il faut soutenir les aidants. Le développement des structures de répit sera accompagné en réglant la question du transport du patient vers ces institutions.

Le quatrième objectif du Plan Alzheimer est son exigence éthique. La **préoccupation éthique et le respect dû à la personne** doivent être omniprésents dans la pratique des professionnels et les lieux de vie des malades. Des moyens spécifiques seront dédiés à cet effet.

Concernant les financements, c'est un montant de **1,7 Mds € qui sera dépensé en sus des coûts actuels pour la lutte contre la maladie d'Alzheimer**, dont cinq cents cinquante millions pour le volet sanitaire et un milliard d'euros pour le volet médico-social. Le suivi de ce plan est coordonné par Madame Florence Lustman, à qui le président de la République a confié cette mission.

Tableau 12 : plan Alzheimer 2007-2011, ventilation des crédits par catégorie de financeurs

Financier	En millions d'euros		
	2008	Total prévu 2008-2012	%
État	10	41	2 %
Assurance maladie(*)	275	1 516	90 %
Autres financements	10	133	8 %
Total Plan	295	1 690	100 %

(*) dont CNSA

(**) dont Agence Nationale pour la Recherche (ANR), INPES, etc.

Source : DHOS-DGAS-DGS

4. La réalisation de gains d'efficacité passe par l'amélioration de l'organisation des soins

Au-delà d'un certain niveau d'offre de soins, l'amélioration de l'état de santé d'une population ne dépend pas du seul niveau des dépenses mais passe par une meilleure organisation du système de soins, adaptée aux évolutions des maladies et des populations soignées.

Ainsi la réflexion menée dans la majorité des pays riches porte sur l'articulation entre les soins hospitaliers et les soins ambulatoires avec l'objectif de réaliser une meilleure adéquation entre les secteurs de prise en charge et les soins recherchés. Avec pour objectif d'orienter les soins ambulatoires vers le développement des politiques de prévention et de soins primaires, tandis que les hôpitaux se verraient confier les missions de soins aigus intensifs, de diagnostic et de surveillance.

4.1. Sur l'offre de soins hospitalière

Au cours des dernières années, dans le cadre des soins hospitaliers, la France s'est tournée vers des modes d'organisations et des structures de soins plus légers privilégiant alors le recours à l'hospitalisation à domicile, la chirurgie ambulatoire ou les soins de suite au détriment des séjours hospitaliers à la fois plus coûteux et qualitativement moins avantageux. Toutefois la France accuse un certain retard par rapport à d'autres pays. En témoigne le poids des dépenses hospitalières relativement aux autres dépenses en santé et l'organisation du secteur ambulatoire encore trop orientée sur les soins curatifs et insuffisamment sur les soins de prévention, le suivi des malades chroniques, et la permanence des soins.

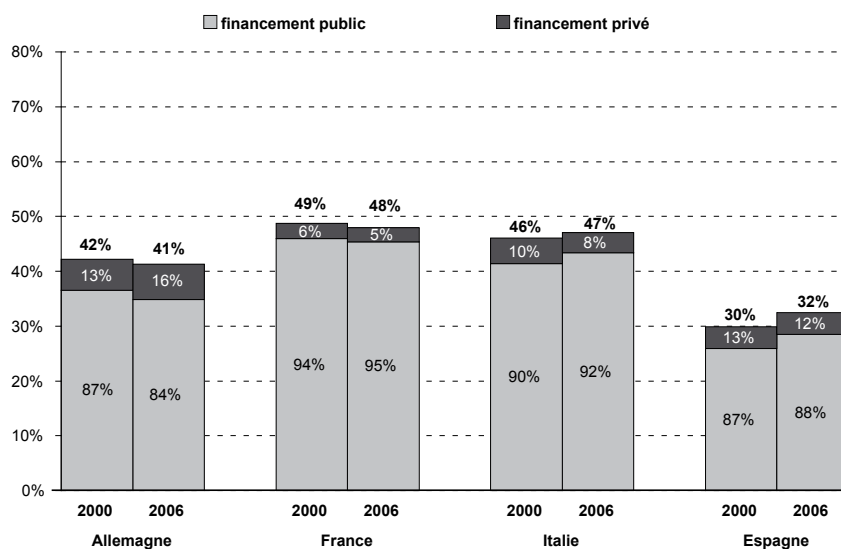
4.1.1. Le poids des dépenses hospitalières au regard des autres pays européens

En ce qui concerne les comparaisons de dépenses hospitalières entre différents pays, il convient de rester prudent, car malgré l'adoption d'une nomenclature commune, les spécificités de financement de chaque pays ne sont pas toujours prises en compte dans les statistiques de l'OCDE. Par exemple, le périmètre allemand inclut les consultations externes (consultations ambulatoires effectuées à l'hôpital) alors qu'en France, celles-ci sont exclues. Malgré certaines limites méthodologiques, en se restreignant au champ des pays européens on peut toutefois tenter de réaliser des comparaisons.

Sous ces réserves, le poids des dépenses hospitalières en France apparaît élevé. Ainsi, sur le champ de la dépense individuelle de santé⁽¹⁹⁾, la France consacre 48 % des dépenses de santé en 2005 en dépenses hospitalières, alors que l'Allemagne présente un taux nettement plus faible (41 %) bien qu'elle enveloppe un champ de dépenses plus large puisqu'elle inclut dans ses dépenses les consultations externes.

(19) Les dépenses de santé ont été approchées à partir de l'agrégat des «dépenses de soins individuels» de la nomenclature élaborée par l'OCDE. Cet agrégat, qui exclut les dépenses de prévention ainsi que de l'administration de la santé et l'assurance maladie, regroupe les dépenses des soins hospitaliers, des soins ambulatoires, des consommations de produits de santé. Cette définition est proche de celle de l'agrégat «consommation de soins et biens médicaux» retenu par les comptes de la santé élaborés par la DREES. La différence entre les deux réside dans la prise en compte dans la nomenclature de l'OCDE des soins de longue durée, alors que ceux-ci ne figurent dans les comptes de la santé que dans un agrégat plus large, les dépenses courantes de santé qui intègrent également les dépenses du champ médico-social.

Graphique 4 : poids des dépenses hospitalières publiques et privées dans les dépenses de soins individuels et répartition selon le mode financement (public ou privé)



Source : Eco Santé OCDE 2008, DREES pour la France.

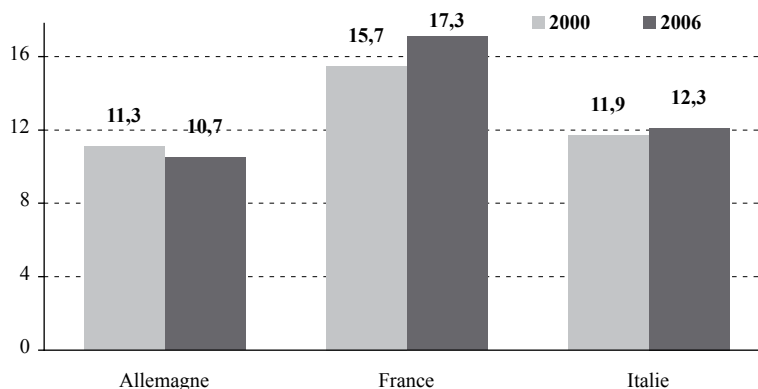
Champ : dépenses de santé publiques et privées.

Soins hospitaliers : soins délivrés en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour.

Lecture : en France, les dépenses hospitalières représentent 48 % des dépenses de santé en 2005 dont 95 % proviennent d'un financement public.

Le personnel hospitalier constitue la composante principale des dépenses hospitalières (elle représente près de trois quarts des charges de fonctionnement de l'hôpital public en France). À champ comparable, le nombre de personnel hospitalier par habitant augmente en France et en Italie entre 2000 et 2006 et diminue en revanche en Allemagne (à noter qu'elle n'inclut pas le personnel travaillant dans les unités de soins de longue durée (USLD)). La mise en place de la réduction du temps de travail (RTT) en 2002 en France explique la progression particulièrement dynamique des effectifs. La France emploie 17 ETP de personnel hospitalier contre 11 ETP en Allemagne pour 1000 habitants, sans que le différentiel de périmètre sur les USLD ne puisse vraisemblablement expliquer à lui seul cet écart. Le lien entre les capacités d'accueil et le nombre de personnel hospitalier n'est pas direct, il suggère plutôt que des modes alternatifs à la prise en charge en hospitalisation complète peuvent être développés, créant des capacités plus étendues avec un effectif de personnel comparable.

Graphique 5 : Personnel hospitalier pour 1000 habitants, en équivalent temps plein (ETP)



Source : Eco Santé OCDE 2008.

4.1.2. La prise en compte du vieillissement ? **Plusieurs scénarios sur la demande de soins MCO**

Le vieillissement de la population française va-t-il entraîner une augmentation du recours aux soins et notamment à l'hôpital ? Doit-on craindre un blocage de l'ensemble du système hospitalier si des changements d'organisation et de pratiques n'intervenaient pas ?

Pour éclairer ces questions, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a réuni pendant l'année 2007 un groupe d'experts pour les disciplines les plus concernées par la prise en charge des personnes âgées⁽²⁰⁾. Celui-ci a examiné, à partir du PMSI MCO, les évolutions récentes - entre 1998 et 2004 - des taux d'hospitalisation, des durées de séjour et des parts d'ambulatoire par âge en répartissant les pathologies en 41 grandes classes. Puis, en s'appuyant sur les projections de population de l'Insee, il a examiné trois scénarii d'évolution possibles à l'horizon 2030 : le statu quo (scénario 1) i.e. le maintien de ces paramètres à leur niveau actuel ; la poursuite à l'identique des tendances récentes (scénario 2) ; enfin, le groupe d'experts a formulé des hypothèses d'évolution de ces paramètres d'ici à 2030, en se fondant sur l'évolution prévisible des pathologies et des traitements et sur les modalités d'organisation de la prise en charge les plus performantes (scénario 3).

L'analyse rétrospective (partie 1) comme prospective (partie 2) montre qu'il existe des marges d'action importantes et que le vieillissement de la population ne conduit pas inéluctablement à augmenter l'offre hospitalière en MCO, même si les patients âgés les plus fragiles nécessiteront toujours un recours à des structures hospitalières lourdes similaires à celles qui assurent les soins aigus aujourd'hui.

Le constat : des évolutions rapides et marquées de 1998 à 2004

Le constat d'une grande adaptabilité a été fait sur une période courte et récente (1998 à 2004). Les niveaux constatés diffèrent sensiblement de ceux qui aurait été attendus du seul fait de l'évolution démographique. Le volume de journées réalisées en 2004 (58,4 millions d'équivalent journées dont 31,3 pour les 65 ans ou plus) est nettement inférieur à celui que l'on pouvait attendre si les principaux paramètres - taux d'hospitalisation, durées de séjour et parts d'ambulatoire par grandes pathologies - étaient restés à leur niveau de 1998 (66,7 millions d'équivalents-journées dont 34,5 pour les 65 ans ou plus). L'écart entre le projeté et le constaté en 2004 est de 8,3 millions d'équivalent journées, soit 14 % pour l'ensemble et 10 % pour les 65 ans ou plus. Dans le même temps, le nombre de lits d'hospitalisation complète a diminué de 10,5 % et le nombre de places en ambulatoire a augmenté de 26 %. Au total, le nombre de journées d'hospitalisation en MCO a donc baissé entre 1998 et 2004 (de 62 millions à 58,4 millions d'équivalents-journées) au lieu d'augmenter comme on aurait pu s'y attendre sous l'effet de l'accroissement et du vieillissement de la population sur cette période.

Cela illustre bien que l'évolution de l'hospitalisation ne dépend pas que des modifications structurelles de la population. Les modalités d'organisation et le progrès technique jouent aussi un rôle important ; le système hospitalier a fait montre d'une grande adaptabilité sur la période récente.

Les enseignements des projections : les choix organisationnels ont plus d'impact que les facteurs démographiques

Le scénario 1 illustre l'effet pur et mécanique de l'accroissement et du vieillissement de la population à organisation et comportements inchangés : il montre que cet effet est potentiellement massif et constituerait un véritable choc sur le système hospitalier. À l'horizon 2030, il entraînerait une croissance très importante du nombre d'équivalents-journées (+20,9 millions soit + 36 %) et partant du nombre de lits en hospitalisation complète de (+ 37,5 %) et dans une moindre mesure du nombre de places en ambulatoire (+ 17,8 % en 2030) par rapport à 2004.

(20) « L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030 » Études et résultats n° 654, septembre 2008. Marie-Claude Mouquet et Philippe Oberlin, DREES.

Tableau 13 : Équivalents-journées (en milliers)

	Données PMSI		Scénario 1 : pratiques inchangées (2004)			Scénario 2 : prolongation des évolutions récentes			Scénario 3 : évolution volontariste des pratiques		
	1998	2004	2010	2020	2030	2010	2020	2030	2010	2020	2030
Journées en HC ⁽¹⁾	58 419	53 481	57 323	64 633	73 512	52 690	52 341	53 246	50 602	47 507	45 755
Venues en ambulatoire	3 561	4 960	5 127	5 494	5 842	5 949	8 206	11 422	5 819	7 777	10 356
Total équivalents-journées	61 980	58 441	62 450	70 127	79 354	58 639	60 547	64 668	56 421	55 284	56 111

(1) HC : hospitalisation complète

Tableau 14 : Capacités d'hospitalisation

	1998	2004	Scénario 1 : pratiques inchangées (2004)			Scénario 2 : prolongation des évolutions récentes			Scénario 3 : évolution volontariste des pratiques		
			2010	2020	2030	2010	2020	2030	2010	2020	2030
Nombres de lits	214 535	194 111	208 057	234 587	266 815	180 443	179 249	182 349	173 294	162 696	156 695
Nombre de places	12 018	15 101	15 609	16 728	17 786	17 602	24 278	33 794	17 217	23 009	30 640
Évolution par rapport à 2004 (en %)	Lits		+ 7,2	+ 20,9	+ 37,5	- 7,0	- 7,7	- 6,1	- 10,7	- 16,2	- 19,3
	Places		+ 3,4	+ 10,8	+ 17,8	+ 16,6	+ 60,8	+ 123,8	+ 14,0	+ 52,4	+ 102,9

Le scénario 2 offre une première illustration de l'importance des choix d'organisation de prise en charge, puisqu'il montre que la seule poursuite des tendances récentes aboutirait à un diagnostic très différent du scénario de vieillissement pur. Ce scénario est toutefois très mécaniste et n'a d'intérêt qu'illustratif.

Le scénario 3, qui repose sur des hypothèses de diffusion du progrès médical et des modes d'organisation les plus performants, souligne que l'organisation des soins et les pratiques qui en découlent pourraient plus que compenser l'effet mécanique de l'accroissement et du vieillissement de la population : le nombre de lits d'hospitalisation complète en 2030 devrait, dans ce scénario, être inférieur de près de 20 % à celui de 2004, la baisse étant continue sur toute la période. Dans le même temps, le nombre de places en ambulatoire doublerait.

L'évolution des pathologies liées à l'âge pourrait être très différente de l'évolution constatée actuellement grâce aux améliorations thérapeutiques, à la meilleure prévention ou aux modifications de prise en charge. L'étude détaillée propose, pour chacune des 41 pathologies analysées, un scénario « optimal » d'action. Par exemple, pour les démences, elle retient l'hypothèse d'une augmentation des soins hospitaliers externes (consultations mémoire) et des prises en charge à domicile. Néanmoins les durées de séjours resteraient longues, les patients les plus graves nécessitant toujours une hospitalisation conventionnelle. Pour l'insuffisance cardiaque le nombre d'équivalents-journées d'hospitalisation a augmenté entre 1998 et 2004. Son traitement pourrait continuer à bénéficier d'améliorations, diminuant ainsi la durée des séjours et augmentant les prises en charge ambulatoires. Cela limiterait la croissance du nombre d'équivalents-journées qui serait en 2030 de 2,6 millions dans le scénario 3 contre 2,8 dans le scénario 1. Pour les tumeurs, l'étude envisage, pour les trois localisations les plus fréquentes (sein, prostate et côlon), une augmentation du nombre de séjours, due à une plus grande efficacité des traitements quel que soit le stade de la maladie ainsi que la proposition de traitements nécessitant un recours hospitalier à des personnes de plus en plus âgées. Cette stratégie oncogériatrique « volontariste », avec une politique de dépistage et de traitement quel que soit l'âge, se traduirait, en situation curative, par une chirurgie de plus en plus fréquente, avec une période préopératoire brève et, en postopératoire, un transfert plus précoce en soins de suite et réadaptation (SSR) et, en situation palliative, par des traitements essentiellement réalisés en hôpital de jour, avec des hospitalisations

courtes pour complications et, pour les patients en fin de vie, une augmentation des soins organisés au domicile. Cette forte progression du recours à l'hospitalisation (2,16 millions de séjours en 2030 dans le scénario 3 contre 1,3 en 2004, +67 %), s'accompagnerait toutefois d'une croissance modérée du nombre d'équivalents-journées (+ 10 % entre 2004 avec 6,87 millions et 2030 avec 7,58 millions dans le scénario 3 contre +33 % avec 9,16 millions dans le scénario 1), liée à la part importante prise par l'ambulatoire.

Les apports et les limites de l'exercice

Le raisonnement développé ici s'est affranchi des limites qui pourraient résulter de la disponibilité en personnels médical et paramédical ou en structures alternatives (HAD) ou d'aval (SSR, USLD, EHPAD). S'il apparaît possible de contenir le nombre de lits en MCO, cela suppose le développement d'autres types de prise en charge. La méthode mise en œuvre ne fournit donc pas, à ce stade, un bilan « net ». Elle ne met, pour le moment, pas en regard des gains susceptibles d'être réalisés en MCO, les transferts de charge qui en résulteraient pour les autres secteurs (soins de suite et de réadaptation en soins de ville) ce qui donnerait la mesure des redéploiements de moyens nécessaires. La qualité médiocre des systèmes d'information sur l'HAD et les SSR et l'absence de source sur le médico-social ne permettent pas pour l'instant de mener des travaux similaires et symétriques sur ces secteurs.

Une transposition des scénarii réalisés aux régions de France métropolitaine serait également envisageable. Il faut noter, en effet, que, toutes causes réunies, les taux d'hospitalisation, les durées moyennes de séjours et les parts d'ambulatoire par tranches d'âge varient beaucoup selon les régions. Par exemple, pour les personnes de 75 ans ou plus, ces trois indicateurs sont plus élevés en Alsace que dans toutes les autres régions.

4.1.3. Les hospitalisations évitables : des réponses organisationnelles

Depuis 2007 le Ministère de la Santé a engagé, conjointement avec la CNAMTS et la HAS, des travaux de réflexion approfondie pour rechercher des principes d'utilisation plus efficiente de l'offre de soins hospitalière et de ses alternatives, applicables sur tout le territoire national, afin d'améliorer l'orientation du patient vers le niveau de service le plus adapté à son état de santé.

Dans un premier temps, une société d'études en santé s'est vu confier un travail d'identification des pathologies ou des séjours d'hospitalisation de médecine, pour lesquels il existe une alternative ambulatoire développée dans d'autres pays. Les résultats de cette étude, remis en février 2008, font apparaître des solutions alternatives qui concernent plus les soins spécialisés que les soins primaires, ceux-ci ayant plutôt un rôle majeur et reconnu dans la prévention des hospitalisations.

Pour les situations analysées, les alternatives organisationnelles à l'hospitalisation classique retenues soulignaient l'intérêt d'une offre ambulatoire présentant les caractéristiques suivantes :

- Multi-disciplinarité des intervenants (généralistes, spécialistes, paramédicaux voire médecines alternatives) ;
- Offre de services multiples (prévention, diagnostic, thérapeutique, éducation) ;
- Offre de prestations globales ne séparant pas l'approche sanitaire de l'approche sociale et visant le bien-être du patient dans son ensemble ;
- Structuration autour d'un professionnel de santé pivot interlocuteur du patient (qui peut être un médecin traitant mais plus souvent une infirmière praticienne) ;
- Importance de la place du patient considéré comme un acteur de sa prise en charge ;
- Décloisonnement ville/hôpital, avec intervention d'infirmières spécialisées au domicile du patient ;
- Financement des professionnels de santé dans le cadre d'un contrat sur objectifs, le plus souvent définis à partir des recommandations médicales imposées et dont le suivi est évalué.

4.1.4. D'autres réponses organisationnelles

Depuis 2003, la Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MEAH) a lancé 1250 opérations auprès de 580 établissements⁽²¹⁾ publics et privés partenaires, sur 24 thèmes allant de la réduction des temps de passage aux urgences à l'amélioration de la fonction restauration, en passant par la dynamisation du recouvrement des produits hospitaliers ou la réorganisation du temps de travail des médecins.

Les travaux de la MeaH ont fait apparaître d'importantes marges d'amélioration de l'efficacité dans l'organisation hospitalière, que ce soit dans le domaine du soin ou de l'organisation des fonctions support. Ces progrès sont de nature à améliorer la prise en charge des patients mais également porteurs d'économies pour l'assurance maladie.

Deux exemples de chantiers illustrent les marges d'efficacité existant dans la gestion du temps médical comme dans celle des blocs.

Gestion et organisation du temps médical

Des établissements développent des projets d'amélioration de l'organisation du temps médical (clarification des règles de décompte, optimisation ou mise en place de gestion et d'évaluation/ allocation du temps additionnel, connaissance des organisations, adéquation activité-ressources, contractualisation).

C'est ce qu'illustre le parcours du Centre Hospitalier d'Apt, qui a réalisé 300 000 euros (1,5 % du budget annuel de l'établissement) d'économies grâce aux actions suivantes :

- mutualisation des astreintes entre le service de médecine et le SMUR ;
- fin des « doublures » de nuit aux urgences ;
- recours à des compétences médicales internes au profit du service des Urgences plutôt qu'à l'intérim ;
- régularisation des modalités d'indemnisation des astreintes pour l'ensemble des praticiens et récupération en « temps » d'astreintes effectués par 3 praticiens ;
- réduction des coûts des remplacements en anesthésiologie, en pédiatrie et à la pharmacie.

Gestion et organisation des blocs opératoires

Pour mieux gérer et mieux organiser leurs blocs opératoires, les établissements portent leurs efforts sur trois axes de travail :

- la planification : ouvrir des salles et affecter le temps disponible aux spécialités chirurgicales en fonction des besoins ;
- la programmation : inscrire un patient sur un créneau horaire et veiller à la disponibilité des personnels et matériels nécessaires ;
- la régulation : gérer le bon déroulement du programme en faisant face aux aléas.

À Narbonne par exemple, le Centre Hospitalier s'est doté d'outils d'organisation et de management de ses blocs. Des instances comme le conseil de bloc, la cellule de supervision et le chef de bloc ont été dynamisées. Le programme opératoire a été formalisé. L'activité fait l'objet d'un suivi à l'aide d'indicateurs de performance et a augmenté de 17 % à effectifs constants. Ce travail a également permis de remettre à plat les vacations opératoires, d'améliorer l'adéquation activité-ressources et d'offrir aux chirurgiens de nouvelles plages opératoires.

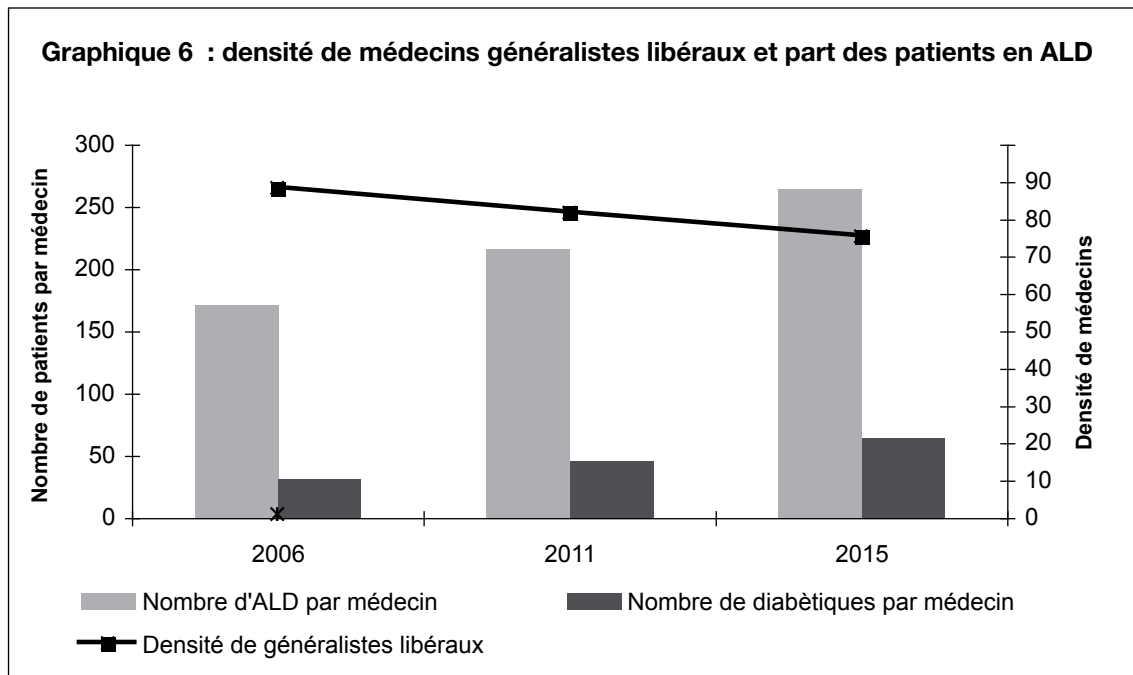
Sur les 23 établissements, le taux moyen d'occupation des salles est passé de 61 % à 73 %, ce qui représente un gain de 157 heures par mois et par établissement. Les économies de ressources générées par le chantier peuvent être estimées au total à 13 millions d'euros.

(21) Sources : rapport d'activité 2007

4.2. Les enjeux auxquels doit faire face l'offre de soins libérale

4.2.1. Répondre à la demande de soins en forte croissance des malades chroniques

Selon les dernières projections de médecins publiées par la DREES à l'horizon 2025⁽²²⁾, la densité de médecins en activité pour 100 000 habitants diminuera retrouvant ainsi un niveau proche de celui des années 1980. En parallèle, selon les estimations de la CNAMTS, le nombre de patients en ALD devrait croître, passant de 14 % à 19 % de la population d'ici à l'horizon 2015. Compte tenu de ces évolutions, le nombre de patients par médecin libéraux devrait augmenter de 17 % entre 2006 et 2015 et celui du nombre de patients en ALD dans la patientèle de 54 %.



Source : CNAMTS, INSEE.

Sur la base d'un scénario tendanciel supposant le maintien de la part du numerus clausus dévolu à chaque région, et celui des comportements de mobilité observés dans le passé, la Drees a régionalisé les projections de médecins⁽²³⁾. La densité médicale régionale diminuerait dans 19 régions sur 22⁽²⁴⁾, avec notamment une diminution assez marquée dans les régions Languedoc-Roussillon, Île de France, Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Ces quatre régions sont celles qui connaissent aujourd'hui les densités médicales les plus élevées et les trois régions méridionales connaissent aussi une proportion plus grande de patients en ALD.

Un mode d'exercice médical regroupé permettrait sous certaines conditions d'optimiser la productivité médicale

Un nombre plus réduit de médecins avec une demande de soins croissante nécessite d'optimiser au mieux les ressources médicales disponibles en visant une meilleure productivité et des rendements d'échelles accrus et plus particulièrement sur les soins de premier recours.

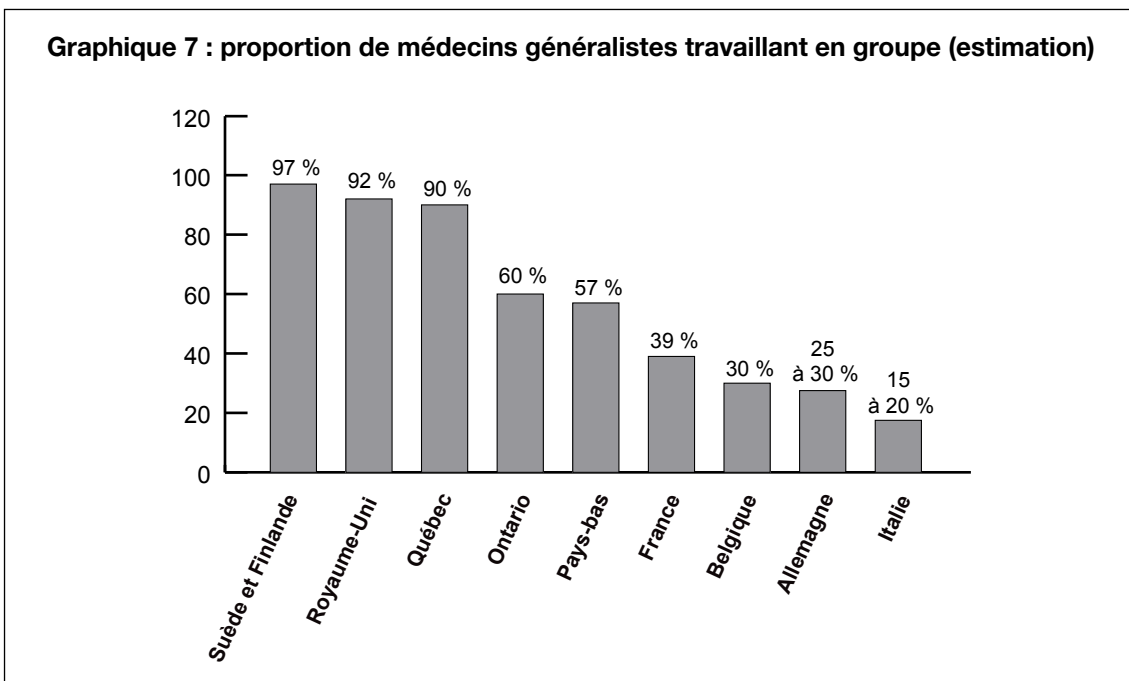
(22) « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national » Bessière, Breuil-Genier, Darriné, Drees, Études et résultats n°352, novembre 2004.

(23) « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections » Bessière, Breuil-Genier, Darriné, Drees, Études et résultats n°353, novembre 2004

(24) Elle augmenterait en Auvergne, Champagne-Ardenne et Limousin car ces régions devraient connaître une diminution de population selon les projections démographiques de l'Insee.

Parmi les solutions envisagées, l'exercice médical en groupe semble être une piste intéressante. Il est recommandé à la fois parce qu'il favorise a priori la continuité des soins dans le temps, et qu'il permet d'améliorer la productivité de chaque professionnel qu'il soit administratif et/ou médical grâce à des pratiques de coopération et de délégation plus étendue. C'est enfin un moyen pour mutualiser les dépenses et les investissements des médecins qui souhaitent s'installer ou s'agrandir. Enfin, une logique de travail en équipe se substitue à la pratique isolée, favorisant les échanges entre pairs, ce qui est amélioré la qualité des services de soins. Selon une enquête réalisée par la DREES⁽²⁵⁾, Les médecins généralistes libéraux travaillent entre 55 et 59 heures, gardes et astreintes comprises. Cette durée varie selon les régions, l'âge et le sexe du professionnel, mais le mode d'exercice joue également, ainsi pour ceux qui exercent en groupe cette durée moyenne est inférieure de deux à quatre heures.

En France, ce mode d'exercice reste minoritaire par rapport à d'autres pays dans lesquels il est très développé (Finlande, Suède, Royaume-Uni, Canada), il est toutefois en progression surtout chez les jeunes médecins.⁽²⁶⁾



Source : IRDES

Dans les pays où ce mode d'exercice est majoritaire, il concerne principalement des regroupements pluridisciplinaires plutôt que des regroupements des seuls médecins. Ces pays privilégient généralement l'offre de soins primaires qu'il s'agisse d'action de promotion de la santé, prévention et/ou prise en charge des malades chroniques. Cette organisation se traduit par un rôle accru des professionnels paramédicaux et des personnels administratifs. Généralement, la délégation auprès des professionnels paramédicaux porte sur différents actes, cela concerne soit le suivi des patients chroniques stables (pathologies cardiovasculaires, diabète) soit la délégation de certains actes de prévention comme les vaccinations ou de dépistages de certains cancers. La coopération concerne aussi les recours de première ligne (orientation, consultation paramédicale, suivi des dossiers, etc...). Ces opérations permettent au final d'offrir de services de meilleure qualité à la population en termes de prévention et de suivi des maladies chroniques.

(25) Étude et Résultat n°610. novembre 2007. L'exercice de la médecine générale libérale.

(26) Sources : Bourgueil et al. (2005), « Comparaisons internationales sur la médecine de groupe, l'importance des relations confraternelles et les réseaux de professionnels de santé dans le domaine des soins primaires – Synthèse », Irdes, mars. HAS (2007), Rapport sur les « enjeux économiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé », déc.

Néanmoins, des inconvénients existent au développement de ces pratiques : elles n'appellent pas nécessairement à une diminution des coûts dans la mesure où elles peuvent se traduire par un risque de surcharge de travail, les professionnels sollicités apportant une nouvelle offre de service mais n'allégeant pas celle qui existe déjà. Un exercice pluridisciplinaire peut générer des actes inutiles par l'usage de « compéragage » inutiles et inefficaces. A ce jour, selon le rapport IRDES, il apparaît que la qualité des soins n'est pas amoindrie lorsque les médecins exercent en groupe avec d'autres professionnels, notamment les infirmières. Les améliorations les plus manifestes portent notamment sur le suivi des pathologies chroniques (par exemple : diabète, asthme, broncho-pneumopathie chronique obstructive, insuffisance cardiaque, insuffisance coronarienne). Ce suivi repose principalement sur les infirmières et sur un système d'information de qualité, conditions essentielles pour l'amélioration de la performance et le suivi optimal des patients. Toutefois, il n'existe pas de conclusion tranchée, car cela nécessite des mesures d'efficacité sur le long terme qui sont rarement mises en œuvre. C'est précisément ce que visent les expérimentations en cours sur les nouveaux modes de rémunérations des médecins visées par l'article 44 de la LFSS de 2008 et qui se donnent un horizon de 5 ans pour en réaliser le bilan.

4.2.2. Réduire les disparités territoriales

Les écarts de consommations de soins de premiers recours se traduisent par des disparités de comportement sur la prescription médicale. Les écarts des consommations médicales entre département peuvent être objectivés par des facteurs épidémiologiques, socio-économiques, d'offre de soins ou des particularismes locaux.

4.2.2.1 Les écarts de dépenses de soins de ville entre départements

Les résultats présentés ci-dessous proviennent de l'actualisation d'une étude de la DREES publiée en mars 2005 dans les dossiers solidarité et santé sur les indicateurs départementaux de dépenses de santé⁽²⁷⁾. L'objectif de la présente étude est de quantifier, pour chaque département métropolitain les écarts par rapport à la moyenne des remboursements de soins de ville du régime général qui ne peuvent pas s'expliquer par les caractéristiques observables de la demande de soins. Une analyse spécifique est en outre menée sur les soins infirmiers, tenant compte des caractéristiques départementales de l'offre.

Encadré méthodologique

Les dépenses prises en compte sont issues des données de la Statistique Mensuelle de la CNAMTS, exprimées en dépenses remboursées par bénéficiaire du Régime Général en 2006. Les postes de dépenses étudiés sont le total des soins de ville⁽²⁸⁾, et les dépenses de soins infirmiers sur lesquelles une étude plus approfondie a été menée.

Les variables permettant de caractériser la demande sont la structure par âge et sexe de chaque département⁽²⁹⁾, l'indicateur comparatif de mortalité (ICM) calculé par l'Inserm⁽³⁰⁾ et la proportion de personnes en affection de longue durée (ALD) corrigée de la structure démographique départementale. Cette dernière variable explique bien les remboursements

(27) Études sur les dépenses de santé. Dossiers Solidarité et Santé n° 1 – janvier - mars 2005.

(28) Incluant la rétrocession hospitalière

(29) Les variables démographiques utilisées pour l'étude sont les proportions de bénéficiaires du régime général de moins de 20 ans, de femmes de 20 à 49 ans, d'hommes de 20 à 49 ans, de femmes de 50 à 69 ans, d'hommes de 50 à 69 ans, et de personnes de 70 ans et plus.

(30) L'indicateur comparatif de mortalité est un indice de surmortalité à structure démographique donnée. Un indice supérieur à 100 indique une mortalité plus élevée que la moyenne et inversement.

versés par l'assurance maladie compte tenu de l'exonération du ticket modérateur dont bénéficient les personnes en ALD, et c'est bien une variable de demande dans la mesure où l'exonération dépend de critères médicaux. Toutefois, elle peut aussi refléter des différences locales de gestion des entrées et sorties en ALD.

Les équations estimées ont permis d'estimer les effets respectifs de chacune de ces variables de demande sur les remboursements par bénéficiaires versés par l'assurance maladie et donc d'estimer une dépense « théorique » qui tient compte des caractéristiques de la demande de soins. La confrontation de cette dépense départementale théorique par bénéficiaire à la dépense réellement observée permet au final d'identifier les départements pour lesquels les remboursements versés par l'assurance maladie apparaissent élevés ou faibles au regard des caractéristiques de la demande de soins, et de quantifier ces écarts.

Un écart positif ne peut toutefois pas s'interpréter sans précaution comme une dépense excessive. En effet, seules certaines caractéristiques de la demande de soins sont prises en compte dans la modélisation, et en outre, certaines caractéristiques de l'offre de soins peuvent légitimement influencer sur la dépense de soins de ville, en particulier quand les soins peuvent être délivrés soit en ville, soit en établissement ou institution. C'est particulièrement le cas pour les soins infirmiers qui se concentrent aux âges élevés et qui peuvent être délivrés soit par des infirmières libérales, et donc compter dans les dépenses de ville, soit dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou par des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), et donc ne pas être inclus dans le champ des soins de ville considérés ici. C'est pourquoi, concernant spécifiquement les soins infirmiers une équation de dépense est estimée en incluant dans les variables explicatives, outre les variables de demande précitées, la densité d'infirmière libérale et les capacités d'accueil en EHPAD et SSIAD par département.

a - Quantifier les écarts départementaux de remboursements de soins de ville en tenant compte des caractéristiques de la demande de soins

L'observation des dépenses remboursées par le régime général de l'assurance maladie fait apparaître de fortes disparités d'un département à l'autre. Ainsi, les dépenses de soins de ville par bénéficiaire s'établissent en 2006 à 1 510 euros en Corse⁽³¹⁾ ou à 1 340 euros dans les Bouches-du-Rhône, mais à seulement 750 euros à Paris ou 780 euros dans le Maine-et-Loire (tableau 1). Naturellement, ces disparités de dépenses renvoient pour partie à des disparités dans les besoins de soins. Les départements ayant une population plus âgée (Corse, Côte d'Azur) ou dont la population a un état de santé moins bon que la moyenne nationale (dans le nord de la France) ont des besoins de soins supérieurs aux départements dont la population est plus jeune et en meilleure santé que la moyenne (région parisienne). Pour autant, une partie des disparités départementales de dépenses de santé ne peuvent pas s'expliquer par les différences de demande de soins, et peuvent renvoyer à des différences d'offre de soins, lesquelles peuvent à leur tour induire dans une certaine mesure la demande de soins. Les disparités de dépenses peuvent aussi être liées à des caractéristiques ou à des comportements locaux difficiles à mesurer.

(31) Dans cette étude, les deux départements corses sont réunis.

**Tableau 15 : caractéristiques régionales de la demande de soins
et disparités de remboursements de soins de ville en 2006**

Département	Num Dept	Proportion de bénéficiaires âgés de plus de 70 ans	Indice synthétique d'exonéra- tion pour ALD à structure démogra- phique donnée	ICM : indicateur comparatif de mortalité à structure démogra- phique donnée	Dépense de ville observée par bénéficiaire (€)	Dépense de ville estimée par bénéficiaire (€)	Écart «dépense observée - dépense estimée» par bénéficiaire (€)	Nombre de bénéficiaires du régime général (en milliers)	écart total (M€)
Corse	20	12,7 %	13,1	105	1 508	1 241	266	230	61
Bouches-du-Rhône	13	11,3 %	11,7	100	1 338	1 122	216	1852	401
Gard	30	11,3 %	11,9	100	1 197	1 029	169	556	94
Var	83	14,8 %	10,7	99	1 299	1 144	155	843	131
Alpes-de-haute-Provence	04	13,6 %	11,8	101	1 263	1 115	147	123	18
Haute-Garonne	31	8,7 %	11,5	93	1 003	863	140	1095	153
Alpes-Maritimes	06	15,0 %	14,2	89	1 206	1 069	136	1020	139
Hautes-Pyrénées	65	13,8 %	13,3	100	1 130	1 000	129	183	24
Isère	38	9,7 %	11,9	94	978	853	125	1086	136
Landes	40	13,6 %	9,9	98	1 130	1 016	114	259	29
Pas-de-Calais	62	7,8 %	13,0	125	1 012	903	109	1251	136
Hérault	34	10,9 %	11,9	98	1 126	1 048	78	904	70
Aube	10	11,4 %	10,2	103	924	848	76	255	19
Vosges	88	12,5 %	15,0	108	905	833	73	332	24
Gers	32	12,7 %	11,3	95	1 079	1 010	69	126	9
Moselle	57	9,2 %	10,8	115	999	939	60	909	54
Tarn-et-Garonne	82	11,6 %	10,9	94	1 088	1 034	54	173	9
Nord	59	8,7 %	11,2	119	956	905	50	2472	124
Yvelines	78	8,8 %	12,5	89	824	776	48	1315	64
Bas-Rhin	67	9,8 %	11,6	104	1 005	956	48	1018	49
Vendée	85	11,3 %	12,7	98	893	846	47	489	23
Tarn	81	13,3 %	11,0	92	1 057	1 021	36	293	11
Meurthe-et-Moselle	54	10,6 %	13,6	107	940	907	33	666	22
Sarthe	72	11,2 %	10,6	95	838	804	33	470	16
Ain	01	9,1 %	11,2	96	887	860	28	463	13
Essonne	91	8,4 %	11,9	94	847	821	26	1119	29
Oise	60	8,6 %	12,5	112	913	888	25	696	17
Savoie	73	10,9 %	13,4	97	917	893	24	349	8
Haute-Marne	52	12,0 %	11,9	105	998	975	23	155	3
Pyrénées-Atlantiques	64	13,0 %	12,7	97	1 066	1 047	19	547	10
Drome	26	11,3 %	10,8	97	992	974	17	403	7
Loire	42	12,5 %	10,1	99	969	953	16	666	10
Pyrénées-Orientales	66	13,6 %	11,1	100	1 250	1 235	15	357	5
Aisne	02	10,8 %	12,9	122	997	987	9	457	4
Deux-sèvres	79	10,9 %	11,7	93	893	885	8	279	2
Aude	11	13,1 %	11,4	98	1 111	1 109	2	258	1
Dordogne	24	14,7 %	11,5	102	1 002	1 001	1	304	0
Somme	80	9,8 %	11,8	116	975	975	0	501	0
Vaucluse	84	11,3 %	12,7	101	1 083	1 083	0	459	0
Vienne	86	10,8 %	12,5	96	855	857	-2	349	-1
Corrèze	19	14,6 %	12,1	97	1 056	1 060	-4	183	-1
Loiret	45	10,7 %	12,4	98	904	909	-5	577	-3
Ariège	09	14,4 %	12,1	101	1 111	1 116	-5	115	-1
Charente	16	12,7 %	11,6	99	927	933	-6	277	-2
Ardèche	07	12,3 %	11,7	99	972	979	-7	253	-2
Haute-Vienne	87	13,1 %	14,8	98	995	1 003	-8	310	-2

Département	Num Dept	Proportion de bénéficiaires âgés de plus de 70 ans	Indice synthétique d'exonération pour ALD à structure démographique donnée	ICM : indicateur comparatif de mortalité à structure démographique donnée	Dépense de ville observée par bénéficiaire (€)	Dépense de ville estimée par bénéficiaire (€)	Écart « dépense observée - dépense estimée » par bénéficiaire (€)	Nombre de bénéficiaires du régime général (en milliers)	écart total (M€)
Charente-Maritime	17	13,7 %	12,2	98	1 000	1 010	-10	475	-5
Ardennes	08	10,9 %	12,2	115	961	972	-10	252	-3
Haute-Savoie	74	9,2 %	11,7	93	831	842	-11	590	-6
Haute-Saone	70	11,1 %	12,3	103	963	974	-11	186	-2
Rhône	69	10,2 %	11,6	92	893	906	-13	1630	-21
Orne	61	11,9 %	11,4	99	931	949	-18	239	-4
Gironde	33	10,8 %	10,6	98	1 034	1 053	-19	1219	-23
Val-d'Oise	95	7,7 %	15,3	99	857	879	-21	1105	-24
Calvados	14	10,3 %	11,7	101	843	865	-21	597	-13
Côtes-d'Armor	22	12,6 %	11,9	106	990	1 014	-23	437	-10
Seine-Maritime	76	10,3 %	11,2	106	928	952	-24	1164	-28
Indre-et-Loire	37	12,4 %	11,6	93	916	940	-24	500	-12
Meuse	55	11,5 %	10,7	112	935	959	-24	156	-4
Mayenne	53	9,1 %	12,9	92	783	807	-24	233	-6
Saone-et-Loire	71	12,9 %	12,4	100	937	962	-24	457	-11
Lot-et-Garonne	47	13,6 %	12,8	95	1 036	1 061	-25	241	-6
Eure	27	9,6 %	11,2	113	876	902	-26	499	-13
Doubs	25	10,7 %	12,1	97	860	886	-26	478	-13
Jura	39	12,2 %	10,8	98	878	908	-30	219	-7
Loire-Atlantique	44	9,6 %	12,1	99	802	832	-31	1121	-34
Eure-et-Loir	28	10,3 %	12,0	102	904	939	-34	358	-12
Loir-et-Cher	41	13,1 %	11,1	99	941	976	-35	271	-9
Côte-d'Or	21	10,9 %	10,7	97	918	955	-36	442	-16
Finistère	29	11,6 %	9,5	112	1 011	1 052	-41	692	-28
Maine-et-Loire	49	9,7 %	13,0	96	785	828	-43	649	-28
Ille-et-Vilaine	35	8,4 %	12,1	99	816	859	-43	818	-35
Seine-et-Marne	77	7,7 %	12,6	107	907	956	-49	1136	-56
Territoire de Belfort	90	10,4 %	13,0	106	840	892	-52	126	-7
Haut-Rhin	68	10,4 %	12,5	106	885	937	-52	652	-34
Val-de-Marn	94	9,8 %	13,4	91	869	922	-54	1232	-66
Morbihan	56	11,6 %	11,7	108	981	1 038	-57	551	-31
Marne	51	9,6 %	13,1	106	909	970	-61	468	-29
Aveyron	12	13,6 %	11,7	95	1 028	1 091	-63	194	-12
Puy-de-Dôme	63	11,1 %	12,6	104	976	1 040	-64	540	-35
Lot	46	14,5 %	11,1	92	996	1 062	-66	125	-8
Hautes-Alpes	05	12,0 %	10,7	92	999	1 065	-66	106	-7
Manche	50	11,2 %	11,5	101	860	933	-73	383	-28
Cantal	15	13,1 %	12,2	104	994	1 069	-76	103	-8
Creuse	23	15,0 %	11,6	106	1 078	1 161	-83	87	-7
Yonne	89	13,3 %	13,4	113	1 040	1 124	-84	286	-24
Haute-Loire	43	11,5 %	10,4	105	941	1 026	-85	170	-14
Hauts-de-Seine	92	10,3 %	14,2	86	812	910	-98	1477	-144
Indre	36	14,6 %	10,4	106	1 011	1 112	-101	187	-19
Cher	18	13,8 %	12,0	109	940	1 045	-105	264	-28
Allier	03	14,9 %	10,8	104	1 012	1 121	-108	284	-31
Lozère	48	11,2 %	12,3	104	1 025	1 143	-118	53	-6
Paris	75	8,8 %	13,2	78	746	883	-137	2661	-365
Seine-st-Denis	93	7,9 %	12,9	98	869	1 008	-139	1482	-206
Nièvre	58	15,8 %	9,8	108	1 043	1 186	-143	178	-25

Source : Drees à partir de données de la Cnamts – Champ : régime général – Lecture : à structure démographique, indicateur comparatif de mortalité et proportion de personnes en ALD comparables, les remboursements de soins de ville par bénéficiaire versés par le régime général sont supérieurs à la moyenne de 216 € dans le département.

b - Il existe une corrélation apparente entre les écarts départementaux de remboursements de soins de ville et la densité de médecins libéraux

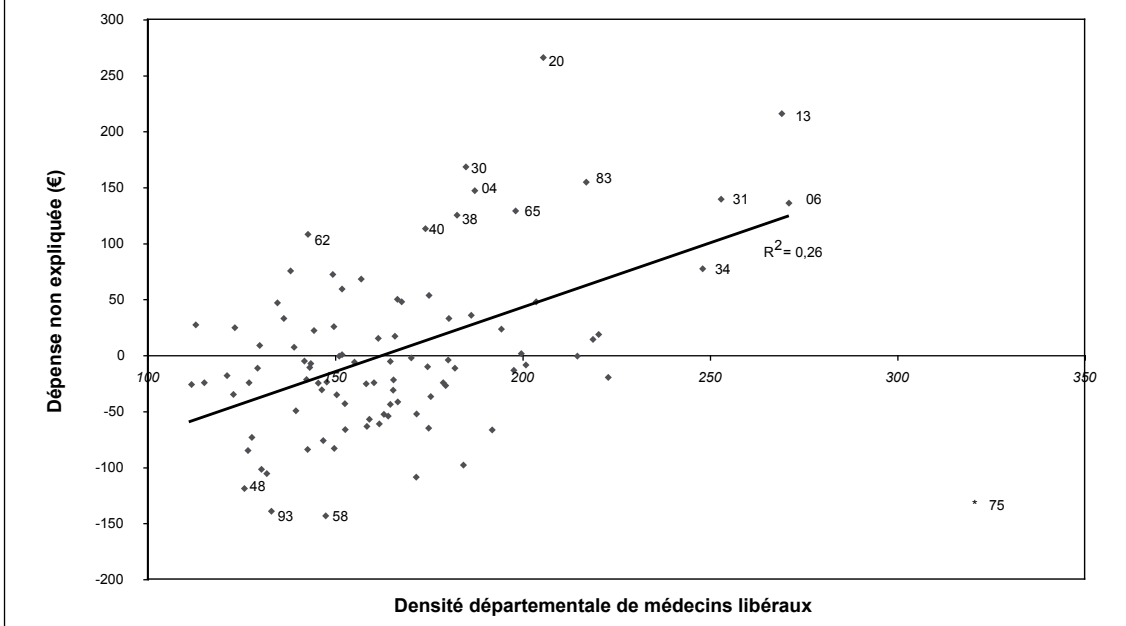
Il apparaît ainsi que les remboursements élevés observés dans certains départements, au premier rang desquels la Corse ou les Bouches-du-Rhône, ne peuvent pas entièrement s'expliquer par les caractéristiques d'âge, d'état de santé des habitants de ces départements ou de proportion de personnes en ALD (tableau 1). En effet, en Corse, la dépense remboursée de soins de ville est supérieure de 270 euros à la dépense théorique par bénéficiaire de l'assurance maladie. Dans les Bouches-du-Rhône, cet écart est de 220 euros. Dans certains départements comme la Nièvre, au contraire, les dépenses réelles apparaissent inférieures de 140 euros à la dépense théorique. En passant de la dépense par bénéficiaire à la dépense totale, c'est-à-dire en tenant compte du nombre d'assurés du régime général par département, la hiérarchie des départements en fonction du montant total de dépense inexpliquée par les caractéristiques de la demande se modifie logiquement. L'écart de dépenses de ville par rapport à la moyenne se limite à 60 millions d'euros en Corse compte tenu du faible poids démographique de la région, mais représente 400 millions dans les Bouches-du-Rhône.

Ces écarts ne peuvent toutefois pas s'interpréter sans précaution comme des dépenses excessives ou insuffisantes au regard des caractéristiques de la demande de soins. En effet, rien ne permet d'identifier quelle serait la dépense de soins optimale. Le modèle estimé ne prend ainsi pas en compte l'offre hospitalière de soins, et il est possible qu'il existe certaines substitutions entre soins de ville et soins hospitaliers expliquant une partie des écarts.

Toutefois, le graphique 1 met en évidence l'existence d'une corrélation apparente entre la part des dépenses de soins de ville inexpliquée par le modèle et la densité de médecins libéraux. Celle-ci ne peut évidemment s'interpréter simplement en termes de causalité. Dans l'absolu, ce type de corrélation ne permet pas de conclure qu'une offre médicale libérale importante conduit à des dépenses excessives, elle pourrait aussi bien traduire un rationnement des soins dans les départements les moins bien dotés. Toutefois dans un contexte de densité médicale élevée en France par rapport à nos voisins européens, cette corrélation pourrait s'interpréter comme l'indice d'une certaine inefficience de la dépense dans les départements les mieux dotés en médecins libéraux. Cette influence de la densité médicale sur les dépenses de santé a déjà été documentée dans un certain nombre d'études, tant macro que micro-économiques. Des comparaisons internationales montrent que les dépenses de santé sont plus sensibles à la densité médicale dans les systèmes de paiement à l'acte, comme en France, qui peuvent inciter les professionnels de santé libéraux à moduler leur activité pour atteindre un objectif de revenu⁽³²⁾. A contrario, des travaux prenant en compte les choix de localisation des médecins ou les modifications de leur environnement concluent à des élasticités relativement faibles.

(32) Mahieu (2000) « Les déterminants des dépenses de santé : une approche macro-économique » Insee, document de travail G2000/01 Delattre, Dormont (2005) « La régulation de la médecine ambulatoire en France : quel effet sur le comportement des médecins libéraux », Dossiers Solidarité et Santé n°1, janvier-mars 2005. Rochaix (2005) « Le mode de rémunération des médecins », Revue d'Économie Financière, n° 76.

Graphique 8 : dépense non expliquée de soins de ville et densité de médecins libéraux



Source : DREES

Note de lecture : dans les Bouches-du-Rhône (département 13) où il y a 269 médecins libéraux pour 100 000 habitants, les remboursements annuels de soins de ville de l'assurance maladie excèdent de 216 euros par personne couverte la dépense « théorique » de ce département compte tenu des caractéristiques démographiques et d'état de santé prises en compte dans le modèle estimé.

Par ailleurs, des facteurs locaux non observables peuvent influencer la demande de soins et, par suite, les dépenses de santé. Ainsi, à indicateur comparatif de mortalité et proportion de personnes en ALD comparables, l'occurrence des pathologies peut varier entre les départements, par exemple en raison d'habitudes alimentaires ou de conditions de vie différentes. Les coûts de traitements étant variables selon les pathologies, cela pourrait introduire des variations dans la demande de soins non entièrement prises en compte par les variables utilisés dans ce travail⁽³³⁾. La régulation locale du système de soins peut aussi varier entre les départements (contrôles des prescriptions, des arrêts de travail, de la bonne utilisation de l'ordonnancier bi-zone, pénétration des génériques...) entraînant des variations de dépenses non directement liées à la demande de soins ou à la densité médicale.

Au total, s'il existe bien une corrélation apparente importante entre la dépense inexpliquée par les facteurs de demande pris en compte et la densité médicale, cette dernière ne saurait expliquer l'ensemble des écarts. Ainsi, malgré des densités médicales relativement proches, les départements de la côte d'Azur et de la région parisienne présentent des remboursements de soins de ville par tête respectivement supérieurs et inférieurs à la dépense théorique compte tenu des caractéristiques observables de la demande.

Il semblerait donc que les disparités départementales de dépenses de santé ne traduisent pas seulement des besoins de soins différents, mais aussi reflètent des disparités d'offre de soins et de comportements. Les ordres de grandeur présentés ici suggèrent qu'il existe des gains de productivité potentiels importants. La mobilisation d'une partie de ces gains de productivité pourrait contribuer à contenir la croissance des dépenses de l'ONDAM. La corrélation observée ici entre dépense et densité médicale suggère que cette mobilisation passe vraisemblablement par une action sur la répartition de l'offre de soins.

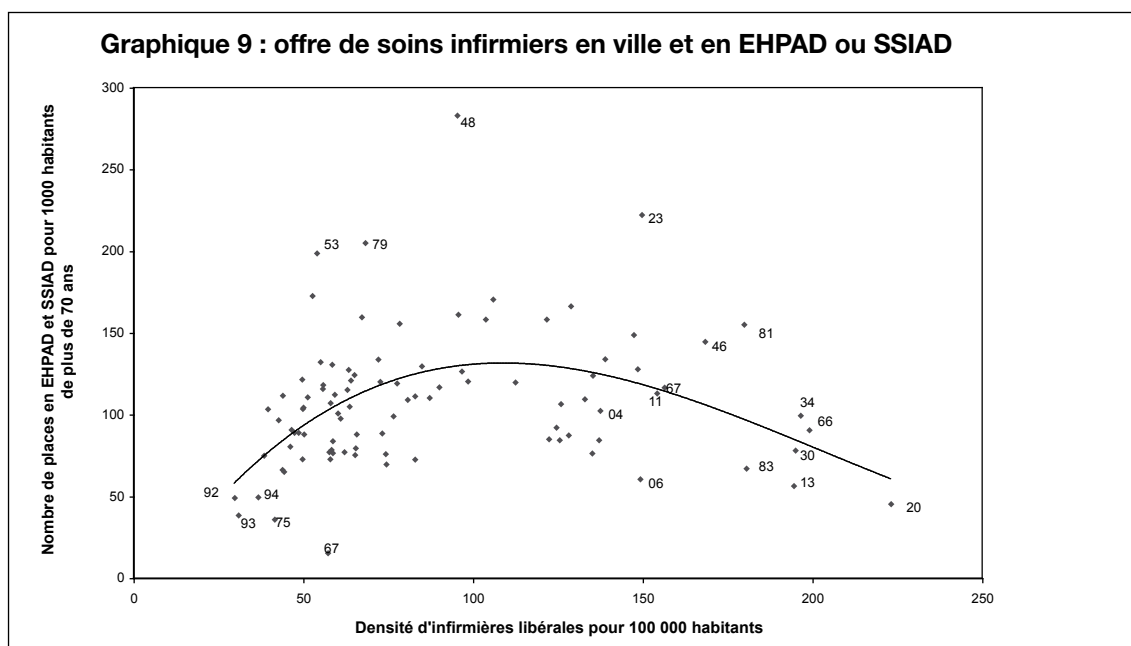
(33) Par exemple, il y a plus de cancers de l'estomac en Haute-Normandie qu'en Picardie, malgré un meilleur ICM et des structures démographiques et des proportions de personnes en ALD proches (source : eco-santé).

c - L'influence de l'organisation de l'offre de soins : les soins infirmiers

Naturellement, l'organisation de l'offre locale de soins, et en particulier la répartition entre les soins en ville et en établissement de santé est un élément de différenciation non pris en compte ici, et qui peut dans une certaine mesure expliquer les disparités départementales de remboursements de soins de ville.

Toutefois, ces substitutions influencent vraisemblablement les écarts de manière plus ou moins prononcée selon le type de soins considéré. En particulier, elles peuvent être d'importance en ce qui concerne les soins infirmiers. En effet, ceux-ci, qui concernent surtout les personnes âgées, peuvent soit relever d'un exercice libéral et compter dans les soins de ville, soit être fournis dans des établissements de santé, comme les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou de manière plus marginale par des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

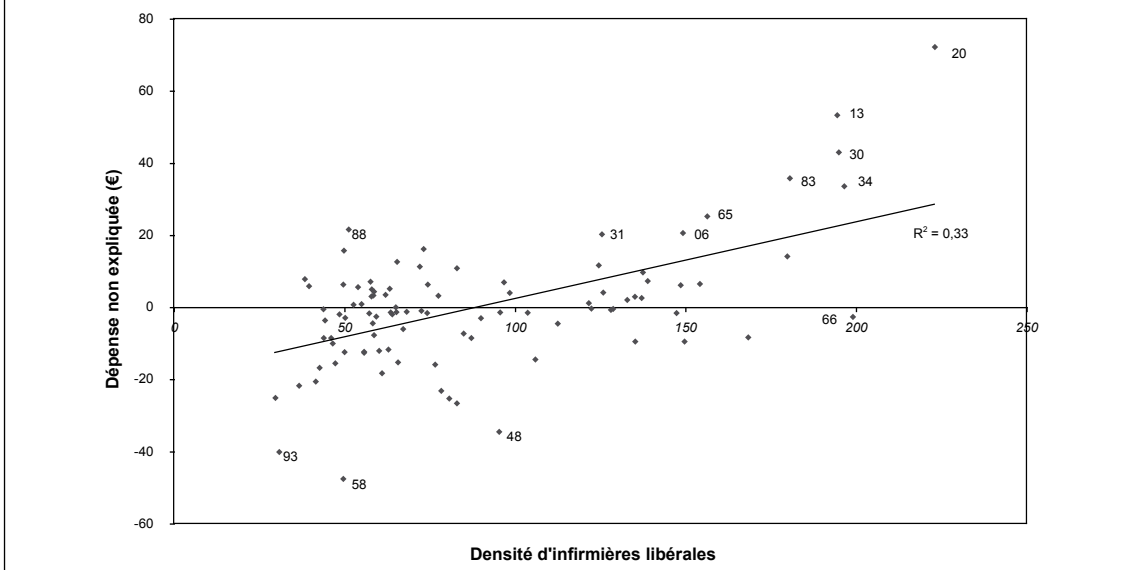
Le graphique 2 illustre ainsi les disparités d'offre de soins infirmiers entre les départements. Les EHPAD et les SSIAD concernant le plus souvent des personnes âgées, les capacités départementales sont analysées ici en rapportant l'offre à la population de plus de 70 ans. Généralement, les départements où la densité d'infirmières libérales est élevée ont peu de capacité d'accueil en EHPAD ou SSIAD, c'est notamment le cas de tous les départements méditerranéens. En conséquence, il est logique que les soins infirmiers se fassent en libéral et augmentent les remboursements de soins de ville de l'assurance maladie. À l'inverse, certains départements (Lozère, Mayenne, Deux-Sèvres) ont une capacité d'accueil importante en EHPAD ou en SSIAD et une offre libérale modeste, ce qui peut expliquer des dépenses de ville en soins infirmiers relativement basses. Les graphiques 3 et 4 illustrent ainsi respectivement les liens entre d'une part la dépense de soins infirmiers non expliquée par le modèle tenant compte uniquement des variables de demande et d'autre part l'offre de soins infirmiers en libéral et en établissement (EHPAD ou SSIAD). De nombreux départements présentent enfin une offre relativement faible à la fois en libéral et en EHPAD ou SSIAD (Paris et sa petite couronne, Bas-Rhin...) alors que d'autres départements ont une offre de soins infirmiers importante dans les deux dimensions (Tarn, Lot...), si bien que l'offre de soins infirmiers peut apparaître quelque peu déséquilibrée. Ainsi, bien que les soins en libéral ou en établissement soient en grande partie substituables, le graphique 2 ne met pas en évidence de relation clairement décroissante entre les deux types d'offre.



Source : DREES

Note de lecture : dans les Bouches-du-Rhône (département 13), il y a 194 infirmières libérales pour 100 000 habitants et 57 places en EHPAD ou SSIAD pour 1000 habitants de plus de 70 ans (34).

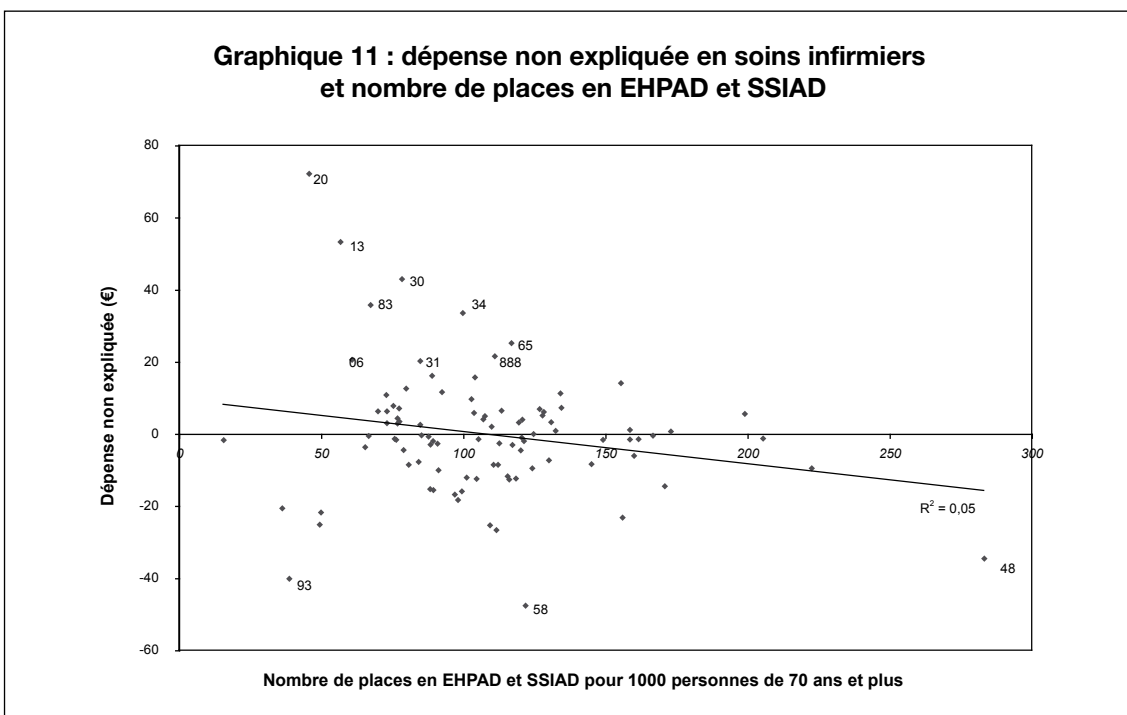
Graphique 10 : dépense non expliquée de soins infirmiers et densité d'infirmières libérales



Source: DREES

Note de lecture : dans les Bouches-du Rhône (département 13) où, il y a 194 infirmières libérales pour 100 000 habitants, les remboursements de soins infirmiers en soins de ville de l'assurance maladie excèdent de 53 euros par personne couverte la dépense « théorique » de ce département compte tenu des caractéristiques démographiques et d'état de santé prises en compte dans le modèle estimé, mais sans tenir compte des caractéristiques de l'offre de soins infirmiers.

Graphique 11 : dépense non expliquée en soins infirmiers et nombre de places en EHPAD et SSIAD



Note de lecture : dans les Bouches-du-Rhône (département 13) où, il y a 57 places en EHPAD ou SSIAD pour 1000 habitants de plus de 70 ans, les remboursements de soins infirmiers en soins de ville de l'assurance maladie excèdent de 53 euros par personne couverte la dépense « théorique » de ce département compte tenu des caractéristiques démographiques et d'état de santé prises en compte dans le modèle estimé, mais sans tenir compte des caractéristiques de l'offre de soins infirmiers.

(34) Les places en EHPAD ou en SSIAD concernent quasi entièrement des personnes de 70 ans ou plus, c'est pourquoi l'offre est rapportée à cette population cible. Les infirmières libérales soignent elles aussi très majoritairement des personnes de 70 ans ou plus, mais leurs soins s'adressent aussi à la population plus jeune, c'est pourquoi l'offre libérale est rapportée à la population totale du département.

Tableau 16 : les disparités de remboursements de soins infirmiers

Département	Dépenses de ville par personne en soins infirmiers	densité d'infirmières libérales pour 100 000 personnes	Nombre de places en EHPAD pour 1000 personnes de plus de 70 ans	Nombre de places en SSIAD pour 1000 personnes de plus de 70 ans	Dépense « théorique » compte tenu de la demande	Dépense « théorique » compte tenu de la demande et de l'offre	écart entre la dépense observée et la dépense « théorique » compte tenu de la demande	écart entre la dépense observée et la dépense « théorique » compte tenu de la demande et de l'offre
Corse	169	223	31	14	97	142	72	27
Bouches-du-Rhône	135	194	43	14	81	111	53	23
Gard	101	195	61	17	58	107	43	-6
Var	115	180	56	11	79	108	36	7
Hérault	101	196	82	18	67	104	34	-3
Hautes-Pyrénées	76	156	95	22	51	85	25	-8
Vosges	37	51	96	15	16	40	22	-3
Alpes-Maritimes	94	149	45	16	74	86	21	8
Haute-Garonne	57	125	68	17	37	65	20	-8
Lozère	42	95	248	35	76	41	-34	0
Seine-st-Denis	23	31	27	11	63	26	-40	-2
Nièvre	38	50	101	21	85	31	-48	6

Source : Drees à partir de données de la Cnamts – Champ : régime général

Lecture : dans les Bouches-du-Rhône, les remboursements de soins infirmiers en soins de ville de l'assurance maladie excèdent de 53 euros par personne couverte la dépense « théorique » de ce département compte tenu des caractéristiques démographiques et d'état de santé ; quand on ajoute dans le modèle estimé les caractéristiques de l'offre de soins infirmiers, l'écart entre dépense « théorique » et observée est ramené à 23 € par personne.

Pour tenir compte de ces disparités importantes de l'offre de soins infirmiers, la dépense de soins infirmiers est alors estimée à partir d'une deuxième modélisation, incluant à la fois les variables de demande et d'offre de soins, et dont les résultats sont synthétisés dans le tableau 2. Ce tableau se limite à une douzaine de départements pour lesquels le premier modèle excluant les variables d'offre mettait en évidence un écart (positif ou négatif) important entre dépense observée et théorique. Cette deuxième modélisation permet logiquement de mieux expliquer les dépenses de ville en soins infirmiers que la première, qui ne tenait pas compte de l'offre de soins. On constate ainsi (deux dernières colonnes du tableau 2) que la dépense inexpliquée par la modélisation est considérablement réduite grâce à l'introduction des variables d'offre de soins, au risque toutefois de « légitimer » artificiellement une dépense importante par une offre libérale en excès. Toutefois, malgré l'introduction des variables d'offre, les dépenses de soins infirmiers très élevées en Corse (169 euros par personne) et dans les Bouches-du-Rhône (135 euros) ne peuvent entièrement s'expliquer. Un écart inexpliqué important demeure (+ 27 euros en Corse et + 23 euros dans les Bouches-du-Rhône). Inversement, les dépenses très basses de la Lozère (42 euros) ou de la Nièvre (38 euros) s'expliquent bien par une offre de soins infirmiers concentrée sur les EHPAD.

En début du mois de septembre 2008, les syndicats représentatifs des infirmiers libéraux ont signé un avenant à la convention infirmière qui se caractérise par des mesures de régulation de l'offre de soins. Les parties signataires se sont ainsi accordées sur des mesures d'adaptation incitatives et sur la définition d'un dispositif de régulation globale de l'offre de soins infirmiers au sein de chaque région comprenant l'ensemble des structures de soins impliquées par ces professionnels qu'il s'agisse de l'offre sanitaire et médico-sociale, libérale, des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), ou des places d'hospitalisation à domicile (HAD).

Le dispositif de régulation comprend des mesures d'incitation à l'installation et au maintien en exercice libéral dans les zones « très sous dotées ». Ces mesures font l'objet d'une option

conventionnelle à adhésion individuelle, appelée « contrat santé solidarité », conclue entre les professionnels de santé et l'assurance maladie et portant sur un soutien matériel à l'installation et des mesures d'accompagnement. Cette option, définie en annexe de l'avenant, vise à inciter les infirmières libérales à s'installer ou à exercer en cabinet de groupe ou en maisons médicales pluridisciplinaires et à recourir à des collaborations libérales et des remplacements dans les zones très sous dotées. L'objectif est de leur permettre in fine dans ces zones d'alléger leur charge de travail et de les rendre plus disponible à la formation conventionnelle continue.

4.2.2.2. Prescriptions d'IJ : un tiers à la moitié des écarts départementaux résultent de différences de pratiques et de comportements

Dans le Points de repère n°11⁽³⁵⁾, la CNAMTS explore les disparités géographiques de consommation d'indemnités journalières maladie. Celles-ci représentent un poste de dépenses important : 5,4 Mds d'€ en 2007, l'équivalent de 10 % des soins de ville.

Les IJ sont inégalement distribuées entre les départements avec des écarts plus élevés pour les arrêts de longue durée, **la consommation moyenne d'indemnités journalières (IJ) varie de 1 à 2 pour les arrêts courts (moins de trois mois), de 1 à 4 pour les arrêts de plus de trois mois**. L'étude passe en revue les déterminants possibles des variations géographiques de consommation d'IJ maladie.

Pour les IJ de moins de trois mois, outre le nombre de contrôles effectués par l'assurance maladie qui jouent négativement sur les niveaux, le contexte économique, tant par les secteurs d'activité, les catégories socioprofessionnelles représentées que par le taux de chômage, explique très largement les différences entre le département : une part plus importante d'entreprises du tertiaires et d'employés réduisent le recours aux arrêts de travail, et un niveau plus bas de taux de chômage s'accompagne d'un nombre d'arrêts maladie plus élevé. Le caractère pro-cyclique entre le contexte économique et les arrêts de travail de courte durée a été confirmé par d'autres analyses⁽³⁶⁾. Selon les résultats de la modélisation CNAMTS ces déterminants expliquent un peu plus de 2/3 des disparités géographiques.

Pour les IJ longues, la différence d'état de santé de la population d'âge actif (part des affections de longue durée dans la population) se révèle le facteur explicatif principal des disparités de recours entre les départements (32 % de la dispersion), en second lieu apparaît l'âge moyen du médecin pour 14 % des écarts. Le contexte économique départemental ne semble en revanche pas déterminant dans la consommation d'IJ maladies longues.

Au total, la CNAMTS conclut qu'une fois pris en compte les facteurs exogènes « objectifs », un tiers à la moitié des écarts départementaux des IJ de courtes et de longues durées semblent renvoyer à des différences de pratiques et de comportements locales.

4.2.2.3. Disparités épidémiologiques et déclarations d'affections de longue durée

En 2006, les ALD représentent 64 % des dépenses d'assurance maladie. L'analyse détaillée de la géographie des ALD a montré des liens significatifs entre données épidémiologiques et pathologies graves pour le diabète, le cancer du poumon, la cirrhose du foie avec des fréquences plus élevées dans la moitié nord du territoire métropolitain. Toutefois, pour d'autres pathologies, comme l'hypertension artérielle sévère ou les affections psychiatriques, la relation entre données

(35) « Les disparités géographiques de consommation d'indemnités journalières maladie ». Points de repère n°11. Novembre 2007. Aude Expert. CNAMTS.

(36) « Les indemnités journalières ». Études et résultats N° 592, septembre 2007. François Lè et Denis Raynaud, DREES. Et « Une évolution des dépenses de soins de ville en accélération en 2007 ». Études et résultats N° 646, juillet 2008, François Lè et Michel Duée, DREES.

épidémiologiques et fréquence des admissions en ALD est plus fragile, ce qui conduit la CNAMTS à conclure que les critères d'admission en ALD laissent probablement une marge d'interprétation plus importante pour ces pathologies⁽³⁷⁾.

Pour certaines affections de longues durées (ALD) on constate également des disparités importantes entre régions. C'est le cas du diabète, du cancer du poumon, de la cirrhose du foie, pathologies dont les fréquences sont plus élevées dans la moitié nord du territoire métropolitain. Pour ces pathologies, la répartition des ALD est fortement corrélée à la disparité des facteurs comportementaux qu'il s'agisse de la consommation d'alcool pour les cirrhoses alcooliques, de la consommation de tabac pour le cancer du poumon ou de l'obésité pour le diabète. Or ces facteurs de risques pour certaines régions se cumulent et conduisent à des taux de morbidité et mortalités aggravés.

- La consommation d'alcool est ainsi particulièrement élevée en Bretagne, Haute-Normandie, Nord- Pas-de-Calais et dans le centre de la France.
- Il existe une forte consommation tabagique du nord, de l'est de la France et des zones portuaires pour les hommes. En Ile de France, Lorraine, façade Atlantique, arc méditerranéen et Corse pour les femmes.
- L'obésité est plus marquée dans le Nord, la Picardie, la Champagne-Ardenne.

De même, des taux de décès par maladies cérébro-vasculaires particulièrement élevés sont observés dans les départements d'Outre-mer (spécialement à la Réunion et en Guyane) ainsi qu'une prévalence du diabète au moins deux fois plus élevée. Le diabète est cependant également lié à des facteurs génétiques notamment plus fréquents dans les départements d'outre-mer.

Dans l'ensemble les déclarations d'ALD se caractérisent par des disparités importantes. À structure d'âge et sexe identique, le taux départemental de patients en ALD, toutes causes confondues, varie de 9,5 à 16,6 %. Les taux d'ALD les plus élevés sont ainsi observés dans les départements d'outre-mer, en Corse et dans le pourtour méditerranéen. Toutefois ces dispersions ne coïncident pas particulièrement avec les données sur l'espérance de vie où à l'inverse la partie nord du pays est plus fragilisée.

4.2.2.4. Une réponse organisationnelle aux disparités territoriales : rôle et apport des ARS

L'année 2008 a fait l'objet de nombreuses discussions sur les disparités géographiques injustifiées dans l'offre et la demande de soins (cf les débats lors des États Généraux de l'organisation de la Santé ou les conclusions du rapport Flajolet,). Dès lors, la réduction de ces disparités interrégionales ou infra régionales constituera un objectif important des futures agences régionales de santé. Compétentes en matière de politique de santé publique et de régulation de l'offre de soins dans les domaines ambulatoires, hospitalier et médico-social, les ARS devront définir un plan régional stratégique transversal définissant les objectifs prioritaires de la région en matière de santé. S'agissant de l'offre de soins et de prévention, l'ARS définira un SROS ambulatoire indicatif identifiant des zones de densité différenciées et les besoins d'offre de soins et de prévention supplémentaires dans le secteur libéral. Sur la base de ce diagnostic partagé, l'ARS pourra utiliser des financements spécifiques pour promouvoir l'installation de professionnels de santé dans des zones sous-denses ou la mise en place de structures de prévention dans des zones où le besoin se fait sentir. Afin de réduire les disparités géographiques dans la demande de soins et de prévention, les ARS pourront solliciter plusieurs leviers. D'une part, leurs actions sur l'amélioration de la répartition de l'offre de soins aura un effet indirect sur les disparités en termes de demande de soins, en raison de « l'effet offre » sur la demande de soins. D'autre part, les ARS pourront influencer l'évolution de la demande de soins grâce à la promotion de la

(37) « Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée ». Point de repère n°1. Août 2006. Nathalie Vallier, Benoît Salanave, Alain Weill.

qualité des pratiques des professionnels de santé, à des actions de communication auprès des professionnels de santé mais aussi des patients, en coordination avec l'assurance maladie.

Les agences sont la première pierre d'une recomposition plus large de notre système sanitaire qui doit contribuer à doter la France d'un système de santé performant, capable de s'adapter aux réalités de l'allongement de la vie et au défi du financement. Elles réconcilient l'organisation des soins et la maîtrise de la dépense avec pour objectif de mieux organiser pour dépenser moins et apporter plus aux patients.

4.2.3. Une prescription plus efficiente des médicaments

En 2005, selon l'OCDE, la France se situe en niveau au 3^e rang de la dépense pharmaceutique par habitant (550\$ en parité de pouvoir d'achat) juste derrière les États-Unis et le Canada. Au sein des pays européens la France est le 1^{er} consommateur de médicaments⁽³⁸⁾ avec un chiffre d'affaires par habitant très supérieur à la moyenne européenne.

La spécificité française provient en grande partie de la structure de la consommation pharmaceutique :

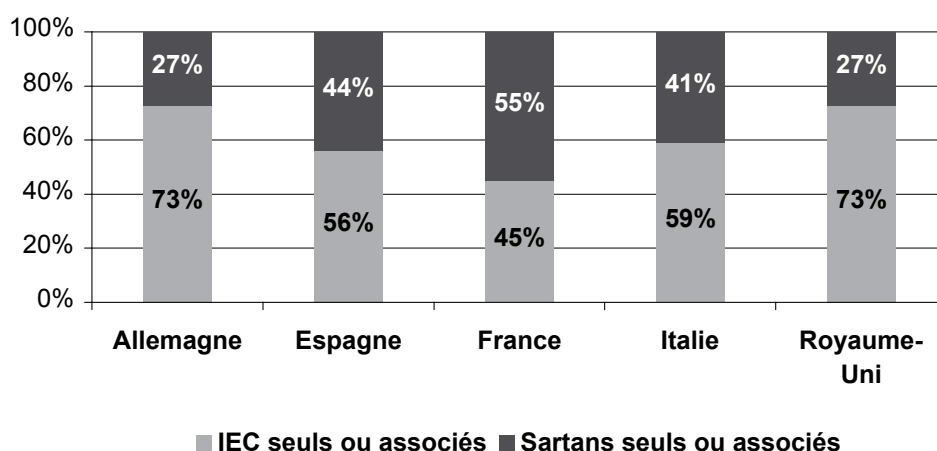
- Une consommation en volume parmi les plus élevées sur l'ensemble des médicaments et/ou certaines classes de médicaments. En 2006, si l'on compare la France au Royaume-Uni, l'Allemagne, l'Espagne ou l'Italie, la consommation de médicaments par habitant est la plus élevée en volume : le nombre d'unités standardisées par habitant est 45 % supérieur à la moyenne des cinq pays.⁽³⁹⁾
- Un poids élevé de produits plus récents et plus coûteux, dont l'usage serait en principe réservé aux traitements de dernière intention. Par exemple, les sartans dans le traitement de l'hypertension, les β 2-stimulants + corticoïdes pour celui de l'asthme, ou les molécules de dernières générations pour le recours aux antibiotiques. Dans une étude récente⁽⁴⁰⁾, l'assurance maladie a mesuré l'effet sur l'augmentation des dépenses des médicaments 2007 des molécules mises sur le marché depuis moins de 3 ans. En 2007, ces « nouveaux » médicaments contribuent à hauteur 85 % de la croissance totale sur l'année. Au sein de cette progression, un tiers est liée à des innovations thérapeutiques importantes (ASMR de niveaux 1, 2 ou 3), notamment Lucentis® et Gardasil® ; 45 % correspond à des molécules qui ne présentent pas ou peu d'amélioration du SMR par rapport aux spécialités déjà disponibles sur le marché (ASMR 4 et 5) ; et le quart restant provient des médicaments sortis de la réserve hospitalière, anticancéreux pour la plupart (Tarceva®, Sutent® et Nexavar®). Cette étude insiste sur la spécificité française de privilégier le choix de médicaments innovants quels que soit les gains terme d'efficacité supplémentaires. Et cela au détriment de molécules plus anciennes dont les résultats sont parfois similaires et qui plus est ont souvent déjà fait l'objet d'une générication. En 2007, parmi ces médicaments, on trouve notamment Lyrica® entré sur le marché en juin 2006 et Spiriva®.

(38) Fiche 9-2 de la CCSS de septembre 2007.

(39) Fiche 9-2 de la CCSS de septembre 2007.

(40) Source : Point d'information du 13 mars 2008, « Dépenses de médicaments en 2007 : quels sont les principaux moteurs de la croissance ». CNAMTS.

Graphique 12 : Antihypertenseurs – parts respectives des IEC et des Sartans en 2006 en pourcentage d'unités standard



Source : CNAMTS sur données IMS-HEALTH 2006

- Le développement du marché des génériques est encore en retrait par rapport aux autres pays européens. Si la pénétration des génériques dans le répertoire a fortement progressé ces deux dernières années, la prescription des génériques ou de médicaments génériques est encore limitée : ainsi, 50 % des prescriptions de statines (resp. anti-ulcéreux) se font dans le répertoire en France contre 83 % en Allemagne (resp. Grande-bretagne). Qu'il s'agisse des médicaments de l'hypertension artérielle, des statines ou des inhibiteurs de pompe à protons, la France se distingue par une érosion rapide de la prescription dans le répertoire généricable.

Trois mesures de la LFSS pour 2008 ont pour objectif de concourir à la diminution de la surconsommation de médicaments

L'article 41 sur la nouvelle **mission médico-économique de la Haute Autorité** de santé intègre en amont de l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques la préoccupation de la juste prescription. En effet, cet article précise que la HAS émet dans le cadre de ses missions, « des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces ». Dans sa lettre de priorités pour 2008, la Ministre a souhaité que la HAS investisse sans délai cette nouvelle mission médico-économique. Ainsi, la HAS doit examiner les stratégies thérapeutiques les plus efficaces pour les pathologies comme l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie (statines) ou l'ulcère (inhibiteurs de la pompe à protons). Des premières conclusions sur l'intérêt relatif des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) versus sartans dans la prise en charge de l'hypertension artérielle sont attendues pour septembre 2008. Ces recommandations ont pour but d'établir des recommandations hiérarchisées en fonction de l'efficacité dans chacune des indications listées, sous la forme la plus opérationnelle possible (arbre décisionnel, chemin clinique...) afin d'en faciliter la lecture et l'utilisation pour le médecin prescripteur.

Outre ces recommandations de bonne pratique qui viseront à améliorer la prescription de l'ensemble des médecins, l'outil de la **mise sous accord préalable**, visant à modifier le comportement des plus gros prescripteurs a également été renforcé. Cette procédure issue de la Loi de réforme de 2004, qui permettait jusqu'alors de subordonner à l'acceptation du contrôle médical uniquement les prescriptions d'arrêt de travail et de transports des forts prescripteurs, a vu son champ élargi dans l'article 37 de la LFSS pour 2008 aux prescriptions d'actes, produits ou prestations (pris individuellement ou par groupes) et à la réalisation des actes des praticiens, ainsi qu'aux médecins prescrivant systématiquement des transports en ambulance et jamais en VSL. Un décret simple publié le 1^{er} juillet 2008 précise la notion de groupe

d'actes, produits et prestations en s'appuyant sur les nomenclatures existantes pour déterminer les regroupements possibles. S'agissant des médicaments par exemple, la notion de principe actif et de classe thérapeutique ont été retenus.

Un **contrat individuel** sera proposé aux médecins volontaires par l'UNCAM, sur la base de l'article 44. Parmi d'autres objectifs relatifs à la santé publique (dépistage, vaccination, prévention de la iatrogénie chez les personnes âgées, suivi des malades chroniques), certains indicateurs porteront sur l'efficacité de la prescription (comme le taux de prescription dans le répertoire ou la conformité aux recommandations relatives aux traitements médicamenteux).

Partie III : L'évolution des dépenses de santé et de leur prise en charge

L'évolution des dépenses de santé jusqu'en 2007 peut être appréhendée au moyen de trois agrégats des comptes nationaux de la santé⁽⁴¹⁾ (Cf. Tableau 1)

**Tableau 17 : les agrégats significatifs des comptes nationaux de la santé
(en millions d'euros)**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007 (p)
11. Consommation de soins et de biens médicaux (csbm)	115 121	121 730	129 548	137 883	144 863	151 208	156 521	163 840
• soins aux particuliers	85 777	89 792	95 689	101 908	106 673	111 311	115 750	120 956
- soins hospitaliers	52 669	54 763	58 024	61 502	64 390	67 580	69 941	72 654
publics	40 802	42 567	45 095	47 851	50 103	52 431	54 235	56 352
privés	11 866	12 196	12 929	13 651	14 287	15 149	15 706	16 301
- soins ambulatoires	31 223	32 961	35 407	37 963	39 643	40 908	42 727	45 062
- transports de malades	1 886	2 067	2 258	2 443	2 640	2 823	3 082	3 240
• médicaments	23 631	25 502	26 928	28 555	30 188	31 466	31 942	33 351
• autres biens médicaux	5 713	6 436	6 931	7 420	8 002	8 432	8 829	9 533
12. Soins aux personnes âgées en établissements	2 931	3 096	3 417	3 733	4 118	4 729	5 200	5 651
13. Indemnités journalières (maladie, maternité, accidents du travail)	8 162	8 763	9 617	10 416	10 459	10 343	10 400	10 712
14. Subventions (prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé)	1 613	1 648	1 719	1 783	1 957	2 113	1 997	2 007
1. Dépenses pour les malades	127 828	135 237	144 300	153 816	161 397	168 393	174 118	182 209
21. Prévention individuelle	2 316	2 403	2 511	2 660	2 798	2 960	3 118	3 301
- Prévention primaire	1 947	2 019	2 121	2 232	2 343	2 409	2 520	2 676
- Prévention secondaire	369	383	390	428	456	552	598	626
22. Prévention collective	1 779	1 823	2 233	2 361	2 083	2 273	2 613	2 436
2. Dépenses de prévention	4 095	4 226	4 744	5 021	4 881	5 233	5 731	5 737
31. Recherche médicale et pharmaceutique	5 422	5 761	6 275	6 475	6 610	6 621	6 877	7 003
32. Formation des personnels de santé	817	838	894	931	979	1 014	1 057	1 160
3. Dépenses en faveur du système de soins	6 239	6 599	7 170	7 406	7 589	7 635	7 934	8 163
4. Coût de gestion de la santé	11 372	11 723	12 114	12 622	12 910	13 684	13 911	14 328
5. Double compte : recherche pharmaceutique *	-2 641	-2 773	-3 108	-3 301	-3 311	-3 398	-3 775	-3 942
6. Formation brute de capital fixe	3 467	3 424	3 803	4 625	5 114	5 341	5 546	5 665
7. Dépenses liées à la dépendance et au handicap	7 520	7 828	9 001	9 351	10 048	10 676	11 586	12 524
Dépense courante de santé (1+2+3+4+5)	146 893	155 012	165 220	175 564	183 466	191 547	197 920	206 495
Dépense totale de santé (11+12+14+2 ** +4+6+7)	145 182	152 703	162 944	173 595	182 728	191 739	199 001	208 481

* Les montants consacrés à la recherche pharmaceutique, sont comptés deux fois : avec les ventes de médicaments et avec la recherche. Ce double compte est donc neutralisé grâce à cette ligne.

** Seule une partie des dépenses de prévention est comptabilisée dans la dépense totale de santé.
p : données provisoires pour 2007. – Source : Drees, comptes nationaux de la santé.

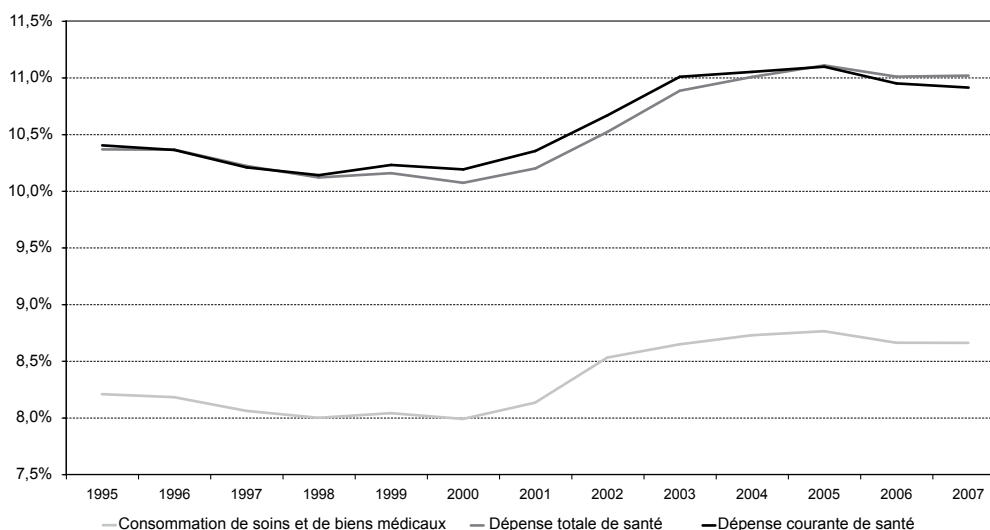
(41) Les comptes nationaux de la santé, élaborés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), constituent un compte satellite des comptes nationaux de l'Insee. Cela signifie que le montant des dépenses de santé des comptes nationaux de la santé est cohérent avec le montant de la consommation des ménages en soins de santé des comptes nationaux de l'Insee. Pour une présentation plus complète des comptes nationaux de la santé, on pourra se référer à :
- Annie FENINA, Yves GEFROY, Michel DUEE. « Les comptes nationaux de la santé en 2007 », Études et Résultats, n° 653, Drees, septembre 2008 ;
- Annie FENINA, Yves GEFROY, Michel DUEE « Comptes nationaux de la santé 2005 – 2006 – 2007 », document de travail, série Statistiques », Drees, septembre 2008.

Tout d'abord, **la consommation de soins et de biens médicaux** constitue la valeur totale des biens et services de santé consommés sur le territoire national par les résidents et les non-résidents pour la satisfaction de leurs besoins individuels de soins et qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Elle s'est élevée en 2007 à 163,8 milliards d'euros, soit 8,7 % du produit intérieur brut.

Ensuite, **la dépense courante de santé** est un agrégat plus large qui ajoute à la consommation de soins et de biens médicaux, d'une part des dépenses individualisables qui ne prennent pas la forme de biens et de services de santé concourant au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé – principalement, les indemnités journalières de maladie et de maternité et les soins apportés aux personnes âgées hébergés en établissements -, d'autre part, les dépenses comptabilisées comme relevant de la prévention des maladies, et revêtant un caractère soit individuel – comme les dépistages et les vaccinations –, soit collectif – comme les campagnes d'information et d'éducation à la santé –, et enfin les dépenses afférentes au fonctionnement et au développement du système de santé : formation des personnels de santé, recherche médicale et pharmaceutique, coûts de gestion de la santé. La dépense courante de santé s'est élevée en 2007 à 206,5 milliards d'euros, soit 10,9 % du produit intérieur brut.

Enfin, **la dépense totale de santé** est un agrégat proche du précédent, dont la définition a été proposée initialement par l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) et qui est aussi aujourd'hui adoptée par l'Union européenne et l'Organisation mondiale de la santé afin de permettre des comparaisons internationales des systèmes de santé. Pour tenir compte des différences de données disponibles entre pays développés, la dépense totale de santé est définie comme la dépense courante de santé, diminuée des indemnités journalières, d'une partie des dépenses de prévention (sécurité sanitaire de l'alimentation et prévention liée à l'environnement), des dépenses de formation des personnels de santé et de recherche médicale et pharmaceutique, et augmentée de l'investissement brut des producteurs de biens et services de santé et de certaines dépenses liées à la prise en charge des personnes handicapées ou âgées dépendantes. Elle a atteint 208,5 milliards d'euros en 2007, soit 11,0 % du produit intérieur brut.

Graphique 13 : évolution des agrégats significatifs des comptes nationaux de la santé (en % du produit intérieur brut)



Source : Drees, comptes nationaux de la santé.

(42) En application du nouveau manuel du système international des comptes de la santé (système « SHA » - « System of Health Accounts » - d'Eurostat et de l'OCDE), la dépense totale de santé s'est récemment substituée à la dépense nationale de santé qui était auparavant l'agrégat de référence utilisé pour les comparaisons internationales. Les deux agrégats diffèrent principalement par l'inclusion dans la dépense totale de santé de certaines dépenses liées à la prise en charge des personnes handicapées ou âgées dépendantes, alors qu'elles n'étaient pas comptées dans la dépense nationale de santé.

Le *graphique 1* met clairement en évidence les évolutions parallèles de ces trois agrégats significatifs. Cela s'explique par le fait que la **consommation de soins et de biens médicaux**, qui en est le plus grand commun dénominateur, joue un rôle directeur dans ces évolutions, compte tenu de son poids déterminant – respectivement 79 % de la dépense courante de santé et de la dépense totale de santé. C'est pourquoi, bien que la nouvelle loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale fasse explicitement référence à la dépense nationale de santé, les commentaires qui suivent porteront essentiellement sur l'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux et sur son financement.

Il est important de souligner que l'approche qui sous-tend l'analyse de l'évolution des dépenses de santé et de leur évolution est sensiblement différente de celle relative à l'évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam). Elle englobe l'ensemble des dépenses de santé, c'est-à-dire non seulement la fraction qui est prise en charge par les régimes d'assurance maladie comme c'est le cas de l'Ondam, mais également les composantes des dépenses de santé qui font l'objet d'une prise en charge par les administrations publiques centrales (y compris CMU et AME) ou par des organismes privés dispensateurs de couvertures complémentaires maladie – mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance – ou qui restent en dernière instance à la charge directe des ménages.

Par ailleurs, la consommation de soins et de biens médicaux diffère de l'Ondam non seulement par la masse des financements qu'elle agrège, mais également par la liste des prestations qu'elle regroupe. À cet égard, la consommation de soins et de biens médicaux est un agrégat plus restreint, dans la mesure où elle n'inclut pas les indemnités journalières de maladie et d'accidents du travail ni les soins aux personnes handicapées et âgées hébergées en institution. Compte tenu de l'importance des inflexions observées dans les évolutions récentes de ces deux catégories de dépenses, un bref commentaire additionnel à l'analyse de l'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux leur sera consacré dans les développements qui suivent.

1. L'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

En 2007, la consommation de soins et de biens médicaux a progressé en valeur au même rythme que le PIB (+ 4,7 %). Cette identité de taux d'évolution intervient après une période de resserrement de l'écart de croissance entre dépenses de santé et PIB qui avait commencé à partir de 2004.

L'évolution en valeur de la consommation de soins et biens médicaux est plus forte en 2007 (+ 4,7 %) qu'en 2006 (+ 3,5 %). Malgré cette accélération, l'évolution en 2007 reste toutefois inférieure à ce qui a été observé au début de la décennie (plus de 6 % par an en moyenne de 2001 à 2003). Ce sont les soins hospitaliers qui contribuent le plus à cette évolution (1,7 point), suivis des soins ambulatoires (1,5 point).

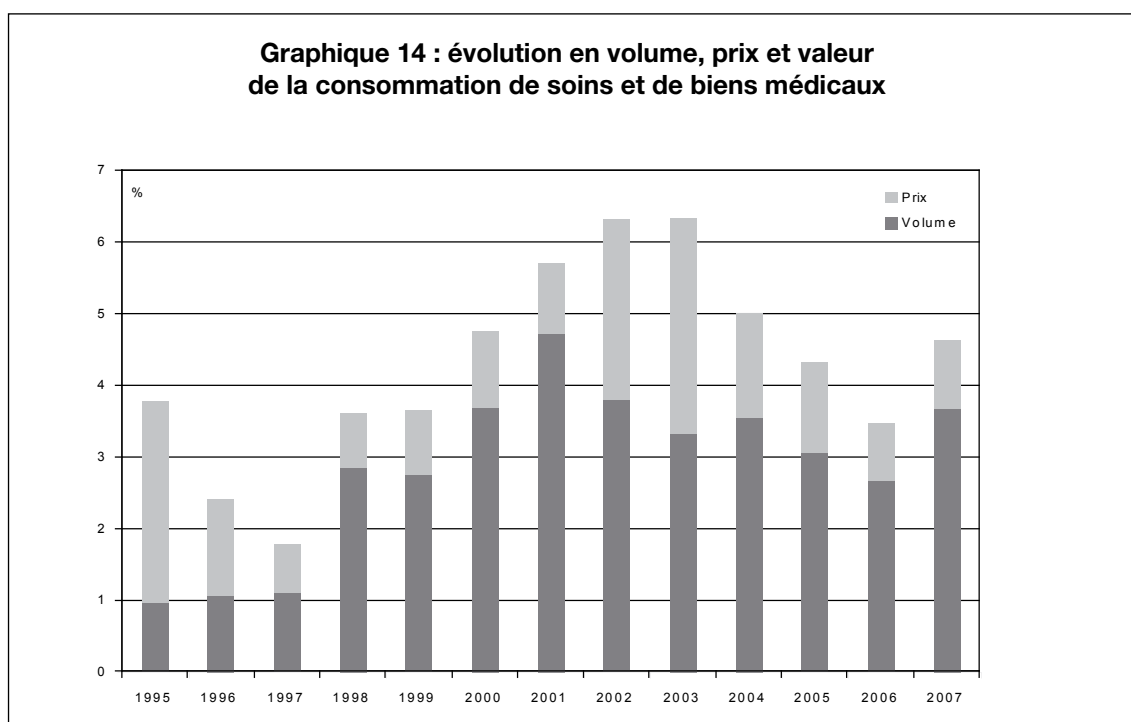
La variation des prix de la CSBM reste faible et proche de celle de 2006 (+ 1,0 % après + 0,8 %). Comme en 2006, les prix de la CSBM sont freinés par la diminution des prix des médicaments (- 2,5 % après 3,7 %), conséquence de la progression des génériques sur le marché du médicament, et des baisses de prix d'un certain nombre de spécialités. À l'inverse, les prix des soins de médecins restent dynamiques (+ 3,4 % après + 4,6 %) en raison des revalorisations des tarifs des généralistes intervenus mi-2006 et mi-2007.

L'accélération de l'évolution en valeur de la CSBM s'explique donc essentiellement par celle des volumes (+ 3,7 % en 2007 après + 2,7 %) qui retrouvent un rythme de progression équivalent à celui de 2004 (+ 3,6 %) après deux années de ralentissement. L'accélération de la croissance en volume concerne tous les grands postes de dépenses, hormis les transports de malade. En particulier, les médicaments progressent toujours à un rythme soutenu (+ 7,1 % en 2007 après + 5,4 %) et les soins de médecins progressent à nouveau en volume (+1,8 %) après la diminution de 2006 (- 0,4 %).

Tableau 18 : évolution en volume, prix et valeur de la consommation de soins et de biens médicaux (en %)

	Évolution en volume				Évolution en prix				Évolution en valeur			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
1. Soins hospitaliers (court et moyen séjour, psychiatrie)	1,5	2,5	1,5	1,9	3,1	2,4	2,0	1,9	4,7	5,0	3,5	3,9
Publics	1,5	2,3	1,2	1,8	3,2	2,3	2,2	2,0	4,7	4,6	3,4	3,9
Privés	1,6	3,2	2,6	2,1	3,0	2,7	1,0	1,6	4,7	6,0	3,7	3,8
2. Soins ambulatoires	3,5	1,7	1,9	3,3	0,9	1,5	2,5	2,1	4,4	3,2	4,4	5,5
Médecins	1,9	0,5	-0,4	1,8	1,1	2,7	4,6	3,4	3,0	3,2	4,2	5,3
Auxiliaires médicaux	5,0	5,2	6,8	7,4	1,4	0,0	0,0	0,9	6,5	5,2	6,8	8,4
Dentistes	4,4	0,1	1,6	2,4	0,3	1,0	1,8	1,3	4,7	1,1	3,4	3,8
Analyses	6,7	3,7	3,2	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	6,7	3,7	3,2	3,5
Cures thermales (forfait soins)	-1,8	-1,9	-2,7	-1,3	1,5	2,0	2,7	6,4	-0,3	0,1	-0,1	5,0
3. Transports de malades	7,5	4,9	5,8	3,8	0,5	1,9	3,2	1,3	8,0	7,0	9,2	5,1
4. Médicaments	7,0	5,5	5,4	7,1	-1,2	-1,2	-3,7	-2,5	5,7	4,2	1,5	4,4
5. Autres biens médicaux	6,2	4,2	4,5	7,4	1,5	1,1	0,2	0,5	7,9	5,4	4,7	8,0
Consommation de soins et de biens médicaux (1+...+5)	3,6	3,1	2,7	3,7	1,5	1,3	0,8	1,0	5,1	4,4	3,5	4,7

Source : Drees, comptes nationaux de la santé.



Sources : Drees, comptes de la santé

En dehors de la consommation de soins et de biens médicaux, il est utile de mentionner brièvement les évolutions les plus marquantes qu'ont connues en 2007 les autres composantes des dépenses de santé. À cet égard, on citera la progression toujours soutenue des soins prodigués aux personnes âgées hébergées en établissements (+ 8,7 %, après + 10,0 % en 2006), liée notamment à l'adaptation des évolutions des modes de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

L'année 2007 a été marquée par ailleurs par une nette progression des indemnités journalières (+ 3,0 % en valeur). Celles-ci ne sont pas incluses dans la CSBM mais font partie de la dépense courante de santé. Cette progression fait suite à trois années de stabilité, en raison notamment de l'impact de la politique de contrôle des arrêts de travail mise en place par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (Cnamts). Le dynamisme des créations d'emploi de 2006 puis de 2007 a mécaniquement induit une reprise à la hausse des indemnités journalières de maladie, dont les premiers signes s'étaient observés dès la seconde moitié de l'année 2006

2. Les modes de prise en charge de la consommation de soins et de biens médicaux

Les comptes nationaux de la santé permettent également de répartir les dépenses de santé entre les différents organismes et institutions qui participent à leur prise en charge - régimes obligatoires d'assurance maladie, État et collectivités locales, organismes dispensateurs de couvertures complémentaires maladie (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance) -, le solde constituant la participation financière directe des ménages à ces dépenses (reste à charge). Le tableau 3 suivant présente l'évolution de la structure du financement de la consommation de soins et de biens médicaux de 1995 à 2007.

Tableau 19 : Structure du financement de la consommation de soins et de biens médicaux

	(en %)					
	1995	2000	2004	2005	2006	2007
Sécurité sociale de base (1)	77,1	77,1	77,1	77,0	76,8	76,6
CMU-C organismes de base et AME	1,1	1,2	1,4	1,3	1,4	1,4
Mutuelles (2)	7,3	7,7	7,6	7,7	7,8	7,9
Sociétés d'assurance (2)	3,3	2,7	3,1	3,1	3,2	3,2
Institutions de prévoyance (2)	1,6	2,4	2,6	2,5	2,4	2,5
Ménages	9,6	9,0	8,3	8,4	8,4	8,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) y compris déficit des hôpitaux publics

(2) y compris prestations CMUc versées par ces organismes

Source : Drees, comptes nationaux de la santé.

En 2007, la part financée par la Sécurité sociale est de 76,6 %. La part prise en charge par les organismes complémentaires est en légère progression.

De 1995 à 2004, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM était globalement stable, autour de 77 %. Cette stabilité était le résultat de deux évolutions contraires : la structure de la CSBM se déformait vers des produits non remboursés ou moins bien remboursés (médicaments non remboursables, optique) mais le nombre des assurés sociaux bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur était en nette progression. Le reste à charge des ménages était orienté à la baisse (8,5 % en 2007 contre 9,0 % en 2000), sous l'effet d'un financement accru des organismes complémentaires et, dans une moindre mesure, de la création de la CMU complémentaire.

Outre la poursuite de la déformation de consommation vers des produits les moins bien remboursés ou non remboursés, la diminution de la part prise en charge par la Sécurité sociale

depuis 2005 découle de diverses mesures d'économies visant à limiter le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale. Tout d'abord, il a été introduit au 1^{er} janvier 2005 une participation forfaitaire d'un euro se déduisant du montant des remboursements pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin ou analyse de biologie médicale ; cette participation forfaitaire a généré environ 400 millions d'euros d'économies pour l'Assurance maladie, qui se sont reportés sur le reste à charge des ménages. Les effets de cette participation forfaitaire sur la structure du financement avaient toutefois été modérés par la mise en place concomitante de la rémunération médecin traitant (RMT), financée entièrement par l'assurance-maladie. En 2006, les taux de remboursement des patients pour les consultations de médecins ont été modulés, selon qu'ils respectent ou non le parcours de soins. Ainsi, le taux de remboursement passe de 70 % dans le cadre du parcours de soins, à 60 % pour une consultation hors parcours de soins (ou pour les patients n'ayant pas désigné de médecin traitant) ; cette mesure s'est traduite par une économie d'environ 150 millions d'euros pour la Cnamts, qui se sont reportés sur le reste à charge des ménages, puisque les organismes complémentaires étaient fiscalement incités à ne pas prendre en charge cette baisse des remboursements par la Sécurité sociale. À l'inverse, la montée en charge de la rémunération médecin traitant (dont le montant double entre 2005 et 2006, passant de 109 à 213 millions d'euros selon la Cnamts) et l'augmentation de la rémunération des astreintes des médecins dans le cadre de la permanence des soins, qui sont toutes deux financées entièrement par la Cnamts, modèrent la baisse du financement par la Sécurité sociale.

La progression de la part des organismes complémentaires s'explique quant à elle par la hausse du forfait journalier à l'hôpital, ainsi que par les fortes hausses des tarifs journaliers de prestations (TJP) dans les hôpitaux publics. Ces tarifs, qui servent de base au calcul des tickets modérateurs, sont déconnectés des tarifs opposables des GHS et peuvent donc être modulés par les établissements, avec l'autorisation des ARH⁽⁴³⁾.

En 2007, plusieurs mesures ont été mises en place par le plan d'économie déclenché à la suite de la procédure d'alerte. Ainsi, la majoration du ticket modérateur à la charge des assurés ne respectant pas le parcours de soins (pas de passage préalable par le médecin traitant ou patients n'ayant pas choisi de médecin traitant) a été augmentée à partir du mois de septembre, passant à 20 % au lieu de 10 % précédemment : le taux de remboursement passe ainsi de 60 % à 50 % en ce cas, au lieu de 70 % pour les soins effectués dans le cadre du parcours coordonné. Ceci c'est traduit, pour le Régime général, par une économie de 75 millions d'euros en année pleine en 2007, sommes qui sont essentiellement reportées sur le reste à charge des ménages. Le plafond de la participation forfaitaire qui était fixé à 1 euro par jour, a été porté à 4 euros ; cette mesure devrait rapporter une économie de 140 millions d'euros en année pleine, et de 80 millions en 2007.

Par ailleurs, la participation des assurés de 18 euros pour les actes « lourds » (cotés K50 ou supérieurs à un coût de 91 euros) a rapporté environ 50 millions d'euros à la Cnamts, essentiellement au titre des dépenses en cliniques privées. En effet, cette participation s'applique également aux soins ambulatoires, mais n'est entrée réellement en vigueur qu'en décembre et n'a donc eu que peu d'effet pour 2007.

L'augmentation nette des dépassements de médecins pèse également sur le reste à charge des ménages. Le montant moyen des dépassements par médecin autorisé à les pratiquer (secteur II et droit permanent au dépassement – DP) progresse chaque année : de 43 700 € par médecin en 2000, ils sont passés à 72 200 € en 2005. Les années 2005 et 2006 avaient toutefois marquées une décélération par rapport aux années antérieures et particulièrement par rapport à l'année 2002 qui a connu une très forte hausse (+ 15,1 %).

L'impact de ces nouvelles mesures a cependant été partiellement compensé par d'autres facteurs. Tout d'abord, l'effet des facteurs de baisse tendancielle du reste à charge des ménages

(43) Pour plus d'informations, on pourra se référer au rapport d'information de la Mecss sur la répartition du financement de l'assurance maladie depuis 1996 et sur les transferts de charges entre l'assurance maladie obligatoire, les assurances complémentaires et les ménages (<http://www.senat.fr/rap/r07-385/r07-3851.pdf>).

évoqués précédemment (notamment la progression toujours vive des dépenses au titre des affections de longue durée) se poursuit. Par ailleurs, les augmentations de tarif, notamment pour les généralistes, ont été financées essentiellement par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires, tendant ainsi à diminuer la part du reste à charge des ménages. Finalement, la part financée par la Sécurité sociale diminue encore légèrement, tandis que le reste à charge des ménages progresse modérément en 2007, d'un peu moins de 0,1 point.

La structure du financement varie de façon sensible selon la catégorie de soins et de biens médicaux. Ainsi, en 2007, la part du financement public est déterminante en matière de soins hospitaliers (92,4 %). Cette part est également largement majoritaire dans les domaines des soins ambulatoires (66,8 %) et des médicaments (69,0 %), bien que, pour ceux-ci, celle des financeurs privés et des ménages y soit significative : 17,6 % pour les organismes complémentaires et 13,5 % pour les ménages. Pour les autres postes de dépenses, on peut signaler que les transports restent le poste le mieux pris en charge par la Sécurité sociale (93,7 % en 2007). À l'inverse, les autres biens médicaux restent le poste le moins bien remboursé par l'assurance-maladie (43,5 % en 2007), même si cette prise en charge progresse régulièrement depuis plusieurs années.

Partie IV : Rappel des avis du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de santé

Avis n° 6 du Comité d'alerte sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie publié le 30 mai 2008

Des informations recueillies par le Comité d'alerte et des auditions qu'il a organisées, il ressort que l'objectif de dépenses maladie fixé pour 2008 (152,0 Md€) sera dépassé de quelques centaines de millions. Ce dépassement serait la conséquence du surcroît de dépenses de soins de ville constaté en 2007 par rapport aux estimations de la rentrée 2007, et de la non réalisation d'une partie des économies intégrées dans la construction de l'ONDAM pour 2008.

Comme il est habituel au mois de mai, où les informations disponibles sur l'année en cours sont encore très peu nombreuses, la prévision des dépenses pour 2008 comporte de nombreuses incertitudes portant sur la tendance de fond des dépenses, le montant des économies retenues pour le calcul de l'ONDAM qui seront effectivement réalisées et même sur le constat des dépenses de l'année 2007, qui n'est pas encore définitif. La fourchette des estimations qui nous ont été présentées est large : le dépassement serait compris entre 500 et 900 M€ (soit 0,3 à 0,6 % du montant des dépenses), c'est-à-dire qu'il serait très proche du seuil d'alerte (0,75 % des dépenses soit 1,1 Md€ en 2008) dans certains scénarios.

Cette situation, si elle ne justifie pas dès aujourd'hui le déclenchement de la procédure d'alerte définie par l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, ne laisse que très peu de marge et doit conduire à la plus grande vigilance. Un petit supplément de dépense ou un retard dans la mise en oeuvre des économies prévues entraînerait le franchissement du seuil d'alerte.

Le comité suivra de très près les évolutions des prochains mois et se réserve d'intervenir à l'été si nécessaire.

Le Comité d'alerte⁽⁴⁴⁾

(44) Le comité est composé de Jean-Philippe Cotis, Michel Didier et François Monier.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a fixé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à 152,0 Md€. Ce montant représentait une augmentation de 2,8 % par rapport aux dépenses de l'année 2007 telles qu'elles étaient estimées à la rentrée 2007 dans le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale. Les taux de progression étaient respectivement de 1,9 % pour les soins de ville et de 3,1 % pour les versements de l'assurance maladie aux établissements de santé.

L'ONDAM 2008

En MD€	Montants objectifs pour 2008	ONDAM 2008 Estimations 2007 de septembre 2007
Soins de ville	70,6	1,9 %
Établissements de santé	67,6	3,1 %
Médico -social	12,9	6,4 %
Autres prises en charge	0,9	2,0 %
ONDAM total	152,0	2,8 %

La prévision des dépenses d'assurance maladie pour l'année 2008 doit tenir compte des éléments suivants :

1/ Une révision à la hausse des dépenses de soins de ville en 2007

L'année 2007 a été marquée par un dépassement très important de l'objectif national d'assurance maladie portant intégralement sur les soins de ville. Au printemps 2008, ce dépassement est estimé à 3,1 Md€ pour les soins de ville et à 3 Md€ pour l'ensemble des dépenses⁽⁴⁵⁾. Son ampleur avait été assez bien appréciée en cours d'année. Elle se révèle néanmoins plus élevée que prévu pour les soins de ville : par rapport aux estimations présentées à la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2007, qui ont servi de base à la construction de l'ONDAM pour 2008, le supplément de dépenses est de 330 M€. Des écarts de sens inverse sont en revanche constatés sur les établissements de santé (-170 M€) et sur « les autres prises en charge » (-50 M€), si bien que le « surdépassement » total constaté par rapport aux estimations de septembre est limité à 110 M€.

Du fait de la révision à la hausse de l'année 2007, le montant retenu comme objectif pour les soins de ville en 2008 (70,6 Md€) correspond désormais à une augmentation de 1,4 %, au lieu de 1,9 % lors de la fixation de l'ONDAM.

2/ Une évolution modérée des soins de ville sur les derniers mois

Les dépenses mensuelles de soins de ville sont connues jusqu'en février 2008 en date de soins et jusqu'en avril en date de remboursement. Les deux séries retracent un ralentissement de la croissance des dépenses depuis la mi-2007. Sur les quatre premiers mois de 2008, l'augmentation des remboursements de soins de ville est de 1,5 % par rapport à la même période de 2007 en données corrigées des jours ouvrables⁽⁴⁶⁾ avec même une légère baisse pour les produits de santé (-0,3 %, dont -2,2 % pour les seuls médicaments) et une progression de 2,7 % pour les autres soins.

Cette inflexion reflète pour l'essentiel l'incidence de deux types de mesures dont les effets se conjuguent au début de 2008 : le plan d'alerte annoncé à l'été 2007 et la mise en place des franchises en janvier 2008.

(45) Constat provisoire fondé sur les comptes 2007 des régimes d'assurance maladie, qui comportent une part de provisions. Ces estimations sont susceptibles d'être révisées quand les versements des régimes relatifs à des soins prodigués en 2007 seront connus avec précision

(46) Ces corrections, qui doivent prendre en compte un nombre de jours ouvrés plus élevé sur les premiers mois de 2008 que sur la même période de 2007, paraissent toutefois fragiles. En données brutes, les soins de ville augmentent de 3,6 % sur les quatre premiers mois de 2008.

Le plan d'économies consécutif à l'alerte de mai 2007 a été mis en oeuvre progressivement au second semestre 2007. L'augmentation du ticket modérateur pour les consultations hors parcours de soins, le relèvement du plafond journalier de la participation forfaitaire, l'annulation des crédits DMP non utilisés et les baisses de tarifs ont eu les effets escomptés. En revanche, le rendement des mesures de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude est très difficile à mesurer. Au total, le montant des économies certaines générées par le plan est estimé à 950 M€ en année pleine⁽⁴⁷⁾, contre 1 225 lors de la présentation du plan. Compte tenu de la date de mise en œuvre des mesures, leur incidence a été très limitée sur l'année 2007 (250 M€), ce qui montre la faible marge qui existe en cours d'année pour ramener la dépense vers l'objectif en cas de dérapage. L'impact du plan porte principalement sur 2008 : l'effet « report » des mesures y est estimé à 700 M€ (en plus des 250 M€ constatés dès 2007).

Les franchises mises en place au 1^{er} janvier 2008 devraient se traduire par une économie de 850 M€ pour l'assurance maladie. Leur effet se réduirait un peu au fil des mois à mesure qu'une partie des assurés atteindront le plafond annuel de 50 €.

3/ Les scénarios pour les soins de ville

Pour les soins de ville, l'objectif a été fixé sur la base d'une augmentation tendancielle de la dépense de 5 % en volume, d'un montant d'économies de 2,9 Md€ et de provisions pour des dépenses nouvelles de 800 M€ couvrant principalement des revalorisations de tarifs.

Le coût des revalorisations devrait être inférieur d'environ 150 M€ à ce qui était prévu, en raison de décalages dans le temps. Quant aux économies, leur rendement est à présent estimé entre 2,2 et 2,4 Md€, soit un abattement de 500 à 700 M€ par rapport aux hypothèses de construction de l'ONDAM.

Au total, compte tenu de la révision à la hausse des dépenses 2007 de 330 M€ (effet base), l'objectif fixé pour les soins de ville pourrait être dépassé de 700 M€ à 900 M€ en 2008.

4/ Les incertitudes sur les établissements de santé

L'ONDAM hospitalier a été construit sur la base d'une croissance de l'activité de 1,7 % (comme l'année précédente) et d'une augmentation des tarifs de 0,5 %.

La visibilité sur les dépenses des établissements est faible en raison de retards dans les facturations en 2007 et de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) à 100 % qui modifie le profil des versements de l'assurance maladie sur les premiers mois de 2008.

La question se pose de l'extrapolation à 2008 de la sous-exécution de l'objectif en 2007 (-170 M€). Pour le reste, les principaux risques sur la réalisation de l'objectif 2008 portent sur le volume de l'activité et sur les produits pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation dans le cadre de la T2A (liste en sus).

L'hypothèse ici retenue est que les versements de l'assurance maladie aux établissements de santé en 2008 seront conformes à l'objectif ou légèrement inférieurs (soit un écart à l'objectif de -200M€ à 0).

On rappelle que le sous-objectif « ONDAM médico-social », qui représente les contributions de l'assurance maladie à la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) pour l'accompagnement des personnes âgées et handicapées, est une enveloppe fermée, non susceptible de dépassement.

Au total, pour l'ensemble des dépenses, l'objectif fixé pour 2008 serait dépassé d'un montant estimé entre 500 et 900 M€, ces prévisions étant à ce stade entachées de fortes incertitudes.

(47) Dont 800 M€ sur les soins de ville et 150 sur les établissements (développement de la chirurgie ambulatoire).

