

Vue d'ensemble
La CSBM et son financement
La dépense courante de
santé et son financement
Comparaisons
internationales
Éclairages
Annexes
Tableaux détaillés



Comptes partiels de la prévention entre 2012 et 2016

Juliette Grangier, Ursule Ngouana¹

Les comptes de la santé retracent chaque année la prévention dite « institutionnelle » (voir fiche 35), hors consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), dans la dépense courante de santé (DCS). La prévention institutionnelle est celle financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux. Estimée à 5,8 milliards d'euros en 2016, elle ne représente toutefois qu'une partie des dépenses de santé à visée préventive.

Les autres actes de prévention financés par l'Assurance maladie, les organismes complémentaires et les ménages sont disséminés dans la CSBM. Cet éclairage en propose une estimation basse pour les années 2012 à 2016, sur un champ partiel. Celui-ci couvre une grande partie des soins de ville (hors soins prodigués par les sages-femmes et auxiliaires médicaux et hors cures thermales), ainsi que l'ensemble des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux), les dépenses préventives réalisées à l'hôpital en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Cette estimation est complétée par une estimation partielle des dépenses préventives en santé sexuelle, périnatalité et santé de l'enfant pour l'année 2016.

Au sein de la CSBM peuvent être isolés, à ce stade des travaux, 9,1 milliards d'euros de dépenses préventives sanitaires « non institutionnelles » en 2016, dont 6,6 milliards d'euros pris en charge par l'Assurance maladie.

Dans les dépenses de prévention qui ont pu être estimées, la consommation de médicaments à titre préventif occupe la première place (42 %), suivie des consultations, visites et actes à visée préventive réalisés par les médecins (27 %).

Au total, les dépenses de prévention, qu'elles soient institutionnelles ou non, s'élèveraient au moins à 14,9 milliards d'euros en 2016, soit au moins 5,6 % de la dépense courante de santé. Sur le champ retenu ici, ces dépenses auraient diminué en moyenne de 1,0 % par an entre 2012 et 2016 : la prévention au sein de la CSBM aurait reculé de 1,9 % par an et la prévention institutionnelle augmenté de 0,3 %. La baisse des dépenses de prévention non institutionnelle s'explique en partie par des effets négatifs sur les dépenses de biologie et de médicaments, plus marqués que pour l'ensemble de la CSBM, les volumes restant globalement stables. Les dépenses de médicaments représentent la part la plus importante des dépenses préventives et ont diminué de 5,9 % par an entre 2012 et 2016. La baisse des dépenses de médicaments est liée notamment à la diffusion des génériques pour certains traitements, ainsi qu'à la baisse de la consommation de pilules de troisième et quatrième générations et des ventes des traitements visant à faire baisser le taux sanguin de cholestérol.

1. Les auteurs remercient Lorenza Luciano (DREES), Philippe Oberlin (DREES) et Sylvie Rey (DREES) pour leur aide.

Les comptes de la santé comptabilisent chaque année la prévention dite « institutionnelle » dans la dépense courante de santé (DCS) hors consommation de biens et services médicaux (CSBM). Celle-ci est financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux et ne représente qu'une partie des dépenses de santé à visée préventive. Les autres actes de prévention sanitaire financés par l'Assurance maladie et les ménages, comme ceux effectués par les médecins traitants lors de consultations médicales ordinaires, sont intégrés dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), avec la consommation de soins de médecins généralistes, mais n'y sont pas distingués. La prise en charge des facteurs de risque (prise en charge de la dépendance alcoolique, sevrage tabagique, traitement médicamenteux et suivi de l'hypertension artérielle, etc.) n'est pas non plus comptabilisée dans la prévention institutionnelle ; les soins concernés sont en revanche inclus dans la CSBM. Par exemple, les patchs anti-tabac font partie de la consommation de médicaments et les conseils du médecin pour arrêter de fumer sont comptabilisés dans la consommation de soins de médecins généralistes.

Parvenir à cartographier l'ensemble des dépenses de prévention sanitaire suppose donc d'identifier, d'isoler et de comptabiliser également les soins préventifs disséminés au sein de la CSBM. Une telle estimation est délicate, pour deux raisons :

- d'une part, elle doit s'appuyer sur une définition précise de la prévention, dont les frontières peuvent être discutées;
- d'autre part, les informations disponibles au sein du système d'information ne sont pas toujours suffisantes pour identifier finement ces actions de prévention.

En 2016, un groupe de travail, piloté par la DREES et la Direction générale de la santé (DGS), a été mis en place afin d'améliorer la méthodologie utilisée pour estimer les dépenses de prévention. Le champ retenu et la méthodologie adoptée ici pour estimer les dépenses de prévention, sont issus des travaux de l'Irdes de 2008 (*encadré 1*). Les travaux du groupe de travail piloté par la DREES ont abouti à une estimation des dépenses de prévention sur le champ de la santé sexuelle, périnatalité et santé de l'enfant (*encadré 3*).

Encadré 1 Champ de la prévention, sources et méthode

Les estimations des dépenses de prévention au sein de la CSBM produites par la DREES (en 2010, 2014 et 2018) s'appuient sur un périmètre et une méthode d'estimation développée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) en 2008 (Renaud et Sermet, 2008), qui ont été adaptés aux sources de données développées depuis 2008, en particulier le Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (Sniiram). En 2017, la DREES en collaboration avec la DGS, a mené des travaux pour améliorer et approfondir l'estimation des dépenses de prévention avec l'aide d'un groupe d'experts de différents organismes et de personnalités qualifiées. Ces travaux ont abouti à ce stade à la délimitation du périmètre de la prévention en santé sexuelle, périnatalité et santé de l'enfant en isolant finement des actes au sein de la CSBM (*encadré 3*).

Afin de produire une estimation comparable des dépenses de prévention au sein de la CSBM pour les années 2012 à 2016, le périmètre du champ de la prévention a été conventionnellement conservé à l'identique. Il s'agit de celui retenu dans la précédente étude sur le sujet publiée par la DREES en 2016 (Grangier, Guibert, 2016). Une définition plus large ou, au contraire, plus restrictive aurait eu un impact potentiellement important sur le montant obtenu. Ainsi, sont considérés comme relevant de la prévention les soins visant à :

- éviter la survenue d'une maladie ou d'un état de santé indésirable chez des personnes en bonne santé (*vaccins, contraception, suivi de grossesse normale, prévention des carences nutritionnelles, etc.*) ;
- dépister les maladies (*dépistage des cancers, examens bucco-dentaires, examens biologiques, dépistage néonatal, etc.*) ;
- prendre en charge les facteurs de risque, les addictions et les formes précoces des maladies (*traitements médicamenteux et suivi médical de l'hypertension artérielle, du diabète de type 2 et des hyperlipidémies non compliqués, aide au sevrage tabagique, sevrage d'alcool, surveillance des carcinomes in situ, etc.*).

Le champ de la prévention couvre alors la prévention primaire, secondaire et tertiaire¹ telle qu'elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'estimation des dépenses de prévention au sein de la CSBM englobe ces trois catégories de prévention.

La définition de la prévention retenue ici est à comprendre dans son acception restreinte : si un soin peut être réalisé à visée curative ou préventive selon les patients et que les données ne permettent pas de distinguer les situations, il n'a pas été pris en compte, afin de ne pas surestimer les dépenses de santé consacrées à la prévention.

Les postes de soins considérés couvrent, de la même manière que dans la précédente étude menée en 2016, les soins de ville (médecins, dentistes, analyses de biologie), les médicaments et les autres biens médicaux. Les dépenses relatives aux transports sanitaires sont toujours exclues². Comme les années précédentes, les dépenses relevant des soins de ville sont sous-estimées, puisque les soins prodigués par les sages-femmes et les auxiliaires médicaux, les cures thermales, les autres soins et contrats ne sont pas intégrés et que les soins prodigués par les

médecins ne le sont qu'en partie. En effet, seules les consultations et visites de certaines spécialités médicales pour lesquelles les données sont disponibles sont couvertes³, ainsi que les actes codés selon la classification commune des actes médicaux (CCAM), soit au total 81 % des dépenses du poste de médecins. Est donc exclue des soins prodigués par les médecins une partie des dépenses de consultations et visites (représentant 3 % du poste médecins), ainsi que les rémunérations d'actes non codés selon la CCAM et certains forfaits (16 % de ce même poste). L'estimation des dépenses hospitalières couvre uniquement le secteur MCO⁴, hors consultations externes des hôpitaux publics. Pour la biologie, les données ne sont pas disponibles pour 2016. Les niveaux de dépenses sont conventionnellement supposés stables par rapport à 2015.

La méthodologie utilisée par la DREES lors des travaux précédents a été maintenue (Grangier, Guibert, 2016). Pour les postes de soins dont les prestations se réfèrent à une nomenclature médico-économique détaillée dans le Sniiram, les dépenses préventives ont été directement repérées grâce à leur code dans la nomenclature correspondante. Cependant, pour les consultations et visites des médecins et la prescription de certains médicaments, l'estimation s'appuie sur un échantillon de suivi des patients du GERS, qui renseigne le diagnostic ayant motivé le recours au médecin et la prescription médicamenteuse. À partir de cette source, des clés de répartition entre soins préventifs et soins curatifs ont été calculées et appliquées ensuite aux dépenses issues du Système national inter-régimes (SNIR) ou de l'industrie pharmaceutique (GERS)⁵.

1. La prévention primaire intervient avant l'apparition de la maladie ; elle représente l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population. La prévention secondaire recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition de la pathologie afin de s'opposer à son évolution. La prévention tertiaire quant à elle vise à réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

2. Le montant de dépenses à visée préventive au sein de ce poste est vraisemblablement négligeable.

3. Les données sont disponibles pour les spécialités médicales suivantes : omnipraticiens, cardiologues, gynécologues médicaux et obstétriciens, gastro-entérologues, pneumologues, rhumatologues, neurologues, psychiatres, endocrinologues. Les autres spécialités non prises en compte sont : anesthésistes, chirurgiens, radiologues, internistes, neuropsychiatres, médecins de médecine physique et réadaptation fonctionnelle, stomatologues, néphrologues, gériatres, anatomocytopathologistes, dermatologues, oto-rhino-laryngologistes, ophtalmologues. Pour les pédiatres, les données sont disponibles pour les années 2012 à 2014 uniquement. Elles ont été extrapolées aux années 2015 et 2016. Au total, 89 % des honoraires de consultations et visites des praticiens libéraux sont couverts.

4. Le champ de la prévention ayant été conservé à l'identique des travaux de l'Irdes, les soins de rééducation ou encore liés à la santé mentale, ne sont pas, ici, par convention, considérés comme préventifs. Selon cette définition, les soins de prévention réalisés dans les secteurs de SSR (soins de suite ou réadaptation), psychiatrie et HAD (hospitalisation à domicile) sont supposés négligeables.

5. Pour mémoire, un calcul de ce type avait déjà été effectué en 2008 dans les travaux menés par l'Irdes.

En 2016, 9,1 milliards d'euros, sont consacrés à la prévention non institutionnelle

En 2016, la prévention non institutionnelle au sein de la CSBM représenterait 9,1 milliards d'euros de dépenses (*tableau 1*). Cette estimation prend en compte l'ensemble des dépenses préventives à l'hôpital, dans la consommation de médicaments et d'autres biens médicaux, et une partie du champ des soins de ville (hors soins prodigués par les sages-femmes et auxiliaires médicaux notamment) [*encadré 1*].

Les médicaments à visée préventive occupent la place la plus importante au sein des dépenses de prévention non institutionnelle (42 %), suivie des consultations, visites et actes réalisés par les médecins (27 %). Les dépenses de prévention non institutionnelle sont également constituées d'analyses de biologie (15 %), des soins réalisés par les dentistes (9 %), à l'hôpital (5 %) et de dispositifs médicaux (2 %) [*graphique 1*].

Les dépenses de prévention non institutionnelle au sein de la CSBM ont globalement diminué en moyenne de 1,9 % par an entre 2012 et 2016, principalement en raison de moindres dépenses de médicaments, qui ont, elles, baissé de 5,9 % par an en moyenne (*graphique 2*). Une partie importante de cette diminution est directement imputable à des baisses de prix. En volume, les dépenses sont quasi stables, voire en légère hausse au cours de la période (*encadré 2*). En revanche, les dépenses de prévention à l'hôpital, celles réalisées par les dentistes et celles de dispositifs médicaux à usage préventif ont augmenté durant cette période, respectivement de 5,2 %, 2,1 % et 7,1 % en moyenne annuelle.

À l'inverse des dépenses de prévention non institutionnelle, la CSBM augmente au total de 2,0 % en moyenne par an entre 2012 et 2016 en valeur, pour atteindre 196 milliards d'euros en 2016. En conséquence, la part de la CSBM consacrée à la prévention tend à reculer sur la période, passant de 5,4 % en 2012 à 4,6 % en 2016. Plus en détail, la part des dépenses de médicaments consacrés à la prévention passe de 2,7 % à 1,9 % de la CSBM, et la part des dépenses hors médicaments consacrées à la prévention reste stable à 2,7 %.

Tableau 1 Consommation de soins et de biens médicaux à visée préventive de 2012 à 2016

En milliards d'euros

	2012 Dépenses en milliards	2014 Dépenses en milliards	2016 Dépenses en milliards
0. Soins ambulatoires (1+2+3)	9,4	8,9	8,6
1. Soins de ville - champ partiel	4,4	4,5	4,6
Médecins - champ partiel	2,2	2,3	2,4
Consultations et visites	2,0	2,0	2,1
Actes CCAM	0,3	0,3	0,3
Dentistes	0,8	0,8	0,8
Analyses de biologie	1,4	1,3	1,4
2. Médicaments	4,8	4,2	3,8
3. Autres biens médicaux	0,2	0,2	0,2
4. Hôpital MCO ¹	0,4	0,5	0,5
TOTAL (0+4)	9,8	9,3	9,1

1. Hors consultations externes. Les honoraires des médecins exerçant en clinique privée sont comptabilisés dans les soins de ville. Par ailleurs, la prévention effectuée par les médecins est un minorant (81 % du champ des honoraires est couvert) [encadré 1].

Lecture > En 2016, les dépenses préventives représentent au moins 9,1 milliards d'euros. À champ constant, elles sont passées de 9,8 milliards en 2012 à 9,1 milliards en 2016.

Champ > Tous régimes.

Sources > Sniiram ; SNIR ; GERS ; PMSI-MCO ; calculs DREES.

Encadré 2 Diminution des dépenses de prévention dans la CSBM : quelle contribution des prix ?

En valeur, les dépenses de prévention non institutionnelle ont diminué en moyenne de 1,9 % par an entre 2012 et 2016. Cette diminution recouvre en partie les effets de prix en baisse. Il n'a pas été possible d'identifier précisément les effets prix spécifiques aux dépenses de prévention. Toutefois, en supposant que, pour chaque poste de soins, les prix de ces dépenses de prévention évoluent au même rythme que les prix de l'ensemble du poste (par exemple : les prix des médicaments préventifs évoluent comme les prix de l'ensemble des médicaments), les évolutions en volume des dépenses de prévention seraient quasi stables de 2012 à 2016 (-0,1 % en moyenne par an). Dans le même temps, la croissance de la CSBM en volume atteindrait 2,6 % par an au cours de la période.

Il est possible que les indices de prix utilisés ici ne reflètent pas l'intégralité des baisses de prix affectant les dépenses de prévention. En particulier, les prix des analyses de biologie spécifiques à la prévention sont en baisse entre 2012 et 2015 (voir *infra*), mais cette baisse n'est pas prise en compte dans l'indice des prix de l'ensemble du poste (voir fiche 12). De même, les prix des médicaments préventifs, notamment les antihypertenseurs et statines, pourraient diminuer plus vite que l'ensemble du poste, ces classes thérapeutiques faisant l'objet d'une attention particulière dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses.

Près de la moitié des dépenses de prévention relèvent de la consommation de médicaments

Les médicaments représentent 42 % des dépenses de prévention au sein de la CSBM en 2016 (*graphique 1*), soit 3,8 milliards d'euros. Cette dépense comprend des médicaments à usage préventif remboursés par l'Assurance maladie, mais aussi des médicaments non remboursés (par exemple, certains contraceptifs hormonaux) et de l'automédication (notamment des vitamines ou encore des produits anti-tabac).

Les traitements antihypertenseurs et hypolipémiants administrés à des patients ne présentant pas de complications² représentent une large majorité des médicaments à usage préventif (56 %, soit 2,1 milliards d'euros). Ces estimations des montants dédiés à la prévention sont issues de la cartographie des dépenses de santé mise au point par la CNAM³, qui estime la prise en charge de l'hypertension et de l'hyperlipidémie pour les patients ne souffrant pas de certaines pathologies indiquant des complications.

2. Traitements antihypertenseurs ou hypolipémiants sans maladie coronaire, ni accident vasculaire cérébral, ni insuffisance cardiaque (aigus ou chroniques), ni artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ni diabète, ni insuffisance rénale chronique terminale.

3. Pour plus de précisions sur la méthode, voir la méthodologie de repérage des pathologies et de répartition des dépenses par pathologie publiée par la CNAM, disponible en ligne :

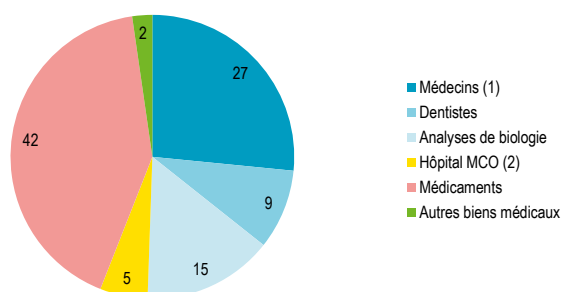
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/methodologie.php>

Les vaccins constituent le deuxième poste au sein des dépenses de médicaments à visée préventive, pour un montant de près de 500 millions d'euros, soit 13 % des dépenses de médicaments à visée préventive. Viennent ensuite les traitements du diabète non compliqué (7,4 %) et les vitamines et suppléments minéraux (7,4 %) dont les dépenses s'élèvent chacune à un peu plus de 280 millions d'euros. Les autres dépenses de médicaments à visée préventive sont constituées de produits anti-tabac (6,7 % du total), de contraceptifs hormonaux (6,6 %) et d'autres médicaments à indications préventives (traitement de la toxicomanie, antipaludéens, etc.). Ces derniers totalisent une centaine de millions d'euros.

Les dépenses de médicaments à visée préventive ont diminué en moyenne de 5,9 % par an entre 2012 et 2016 (graphique 2). Cette baisse concerne la quasi-totalité des postes, mais s'explique principalement par la diminution des dépenses liées aux traitements du risque cardio-vasculaire (antihypertenseurs et hypolipémiants), aux contraceptifs hormonaux et aux antipaludéens. Les dépenses d'antihypertenseurs et hypolipémiants hors complications ont diminué de 8 % en moyenne par an. D'une part, le nombre de personnes traitées a diminué (CNAM, 2018), d'autre part, la diffusion de génériques pour les antihypertenseurs et les statines permet de réduire le coût individuel des traitements. En effet, la part de prescriptions dans le répertoire des génériques pour les antihypertenseurs et les statines a considérablement progressé entre 2012 et 2016⁵. Ces classes de médicaments largement prescrits font l'objet d'une attention particulière dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses. Après une chute des ventes des pilules de troisième et quatrième générations en 2013, affectées par une polémique relative à leurs effets secondaires, la diminution importante des ventes de contraceptifs hormonaux s'est poursuivie jusqu'en 2016 (13 % par an entre 2012 et 2016)⁶. La moindre consommation de contraceptifs hormonaux s'est en partie reportée sur les préservatifs et les dispositifs intra-utérins, comptabilisés au sein des autres biens médicaux (voir *infra*). Enfin, les dépenses de vitamines et suppléments minéraux reculent de 8 % par an en moyenne entre 2012 et 2016.

Graphique 1 Structure des dépenses de prévention non institutionnelle en 2016

En %



(1) Hors consultations et visites de certaines spécialités et hors rémunérations d'actes non codés selon la CCAM et certains forfaits.

(2) Hors consultations externes. Les honoraires des médecins exerçant en clinique privée sont comptabilisés dans les soins de ville.

Lecture > En 2016, les dépenses liées aux médicaments à usage préventif représentent 42 % de la dépense globale de prévention, celles liées aux consultations, visites ou actes des médecins représentent 27 % de la dépense.

Champ > Tous régimes.

Sources > Sniiram ; SNIR ; GERS ; PMSI-MCO ; calculs DREES.

Près d'un quart des dépenses de prévention concernent les soins prodigués par les médecins

Les actions préventives des médecins (consultations, visites et actes) représentent 27 % des dépenses non institutionnelles à visée préventive en 2016 (2,4 milliards d'euros). Les consultations et visites à visée préventive (2,1 milliards d'euros) ont lieu principalement chez les médecins généralistes, les gynécologues et les pédiatres. Il s'agit notamment de consultations de routine ou de surveillance : suivi médical des enfants, examens gynécologiques, examens pour la pratique d'un sport ou la délivrance d'un certificat médical, etc. Les consultations pour un suivi de l'hypertension (sans complication) représentent également un motif répandu, ainsi que le suivi de la contraception et les vaccinations.

Les actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) réalisés à titre préventif chez le médecin représentent 310 millions d'euros et concernent principalement les échographies réalisées dans le cadre du suivi d'une grossesse, ainsi que les frottis effectués pour prévenir le cancer du col de l'utérus. Cependant, ce montant ne considère que les actes explicitement réalisés à titre préventif ; il sous-estime vraisemblablement l'activité de prévention des médecins, qui peut transiter par d'autres canaux. En effet, certains actes médicaux peuvent avoir ou non une visée préventive selon l'état de santé du patient. Par exemple, les mammographies peuvent être réalisées selon les cas pour

5. Programme de qualité et d'efficacité « maladie », annexé au PLFSS pour 2018, Objectif n°3 : Améliorer la qualité de la prise en charge par le système de soins ; volet « Optimisation des prescriptions ».

6. Santé publique France, Baromètre Santé 2016 – Contraception : Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf>.

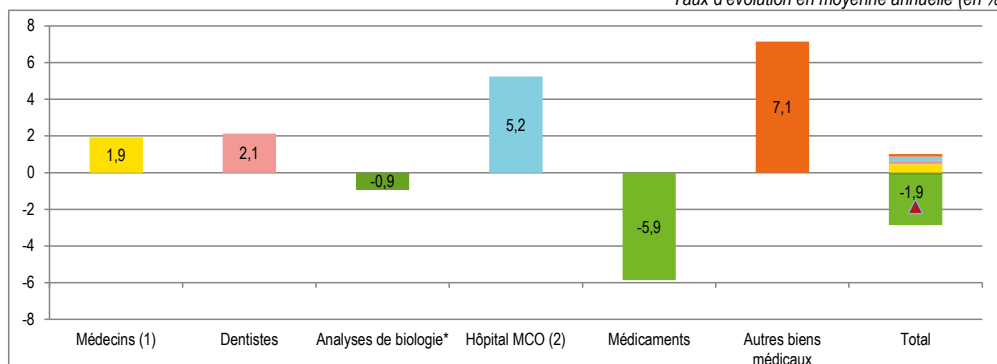
du dépistage ou pour surveiller l'évolution d'une pathologie. Faute de pouvoir les isoler, l'ensemble de ces actes, d'un coût potentiel non négligeable, ont été par convention systématiquement exclus de l'estimation, comme dans les travaux antérieurs.

Les dépenses de consultations, visites et actes à visée préventive sont en hausse entre 2012 et 2016 (+1,9 % en moyenne par an). En 2015 et 2016, les examens de routine des adultes et les consultations de suivi de l'hypertension sans complication représentent près de la moitié des motifs de ces consultations préventives.

Les dépenses de prévention représentent au moins 9,2 % de l'ensemble des dépenses des médecins⁷ en 2016, cette proportion étant stable au cours du temps (tableau 1).

Graphique 2 Évolution des dépenses à visée préventive au sein de la CSBM entre 2012 et 2016

Taux d'évolution en moyenne annuelle (en %)



(1) Hors consultations et visites de certaines spécialités et hors rémunérations d'actes non codés selon la CCAM et certains forfaits.

(2) Hors consultations externes. Les honoraires des médecins exerçant en clinique privée sont comptabilisés dans les soins de ville.

* Faute de données 2016 disponibles, les dépenses d'analyses biologiques 2015 ont été reportées en 2016.

Lecture > Entre 2012 et 2016, les dépenses à visée préventive au sein de la CSBM ont reculé en moyenne au total de 1,9 % par an. L'histogramme « Total » présente le cumul des contributions à la croissance des différents postes de soins à cette évolution.

Champ > Tous régimes.

Sources > Sniiram ; SNIR ; GERS ; PMSI-MCO ; calculs DREES.

494 millions de dépenses préventives à l'hôpital

Les soins à l'hôpital en MCO à visée préventive représentent environ 500 millions d'euros en 2016, soit 5 % des dépenses préventives en 2016 et 0,6 % de l'ensemble des dépenses hospitalières. Ce montant porte uniquement sur l'hôpital en MCO, hors consultations externes des hôpitaux publics et hors honoraires des médecins en clinique privée ; c'est donc un minorant. Les dépenses de prévention à l'hôpital concernent principalement la prise en charge de l'alcoolisme (les séjours pour sevrage totalisent 24 % des dépenses hospitalières à visée préventive), les séjours motivés par des antécédents familiaux ou personnels de tumeurs (13 %), les tumeurs *in situ* (11 %), la surveillance et les conseils diététiques (10 %), et les antécédents familiaux ou personnels d'autres maladies (10 %). La part élevée des dépenses liées à la prise en charge de l'alcoolisme s'explique en partie par la durée des séjours pour sevrage (environ 14 jours) entraînant un coût d'environ 2 000 euros par séjour. Les antécédents familiaux ou personnels de tumeurs constituent le motif de recours le plus fréquent, mais avec un coût par séjour plus faible (près de 500 euros).

Les dépenses à visée préventive à l'hôpital en MCO augmentent de 5,2 % en moyenne par an entre 2012 et 2016, tirées par le dynamisme des dépenses liées à la surveillance et aux conseils diététiques, et à la généralisation, en avril 2012, du dépistage de la surdité néonatale chez les nourrissons⁸, qui a donné lieu à une hausse du tarif des séjours associés à une naissance à partir de 2013⁹.

Les autres postes de soins totalisent un quart des dépenses préventives

Les **analyses de biologie** à visée préventive représentent 1,4 milliard d'euros en 2015, soit 15 % de la dépense globale de prévention. Elles concernent pour l'essentiel des actes de biochimie courante (exploration lipidique, exploration thyroïdienne, dépistage d'une carence ou d'une surcharge en fer, etc.), mais aussi des actes d'hématologie, coagulation

7. Les dépenses préventives dans les consultations et visites de certaines spécialités (anesthésistes, chirurgiens, radiologues, internistes, neuropsychiatres, médecine physique et réadaptation fonctionnelle, stomatologues, néphrologues, anatomocytopathologistes, gériatres), dans les actes non codés selon la CCAM et certains forfaits n'ont pu être estimées. Les éléments de consommation pris en compte (93 % des consultations et visites, actes codés selon la CCAM) couvrent 81 % de la consommation de soins de médecins (dont honoraires en cliniques privées). Si l'on rapporte la dépense identifiée comme préventive au champ partiel couvert, la part de la prévention dans l'activité des médecins s'élève à 10,6 % en 2016.

8. Arrêté du 23 avril 2012 relatif à l'organisation du dépistage de la surdité permanente néonatale, JORF n°0105 du 4 mai 2012, page 7915, texte n° 48.

9. Circulaire DGOS/R1 n°2013-144 du 29 mars 2013 relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé.

et immunohématologie courante. Ces dépenses ont globalement diminué entre 2012 et 2015 (-1,3 % en moyenne par an). Cette baisse est due à un effet prix : les coûts unitaires de l'ensemble des actes de biologie diminuent en moyenne de 5 % par an entre 2012 et 2014 (voir Grangier et Guibert, 2016), tandis que le nombre d'actes augmente de 3 %. Les analyses à visée préventive représentent, en 2015, au moins 31,4 % de l'ensemble du poste des analyses de laboratoire de la CSBM. Cette part atteignait 32,5 % en 2012.

Les dépenses relatives aux **soins dentaires de nature préventive** représentent 800 millions d'euros en 2016. Elles concernent très largement (à 91 %) des soins de détartrage et de polissage des dents¹⁰. Les dépenses relatives aux soins dentaires de nature préventive ont augmenté en moyenne de 2,1 % par an entre 2012 et 2016.

Enfin, les **autres biens médicaux à usage préventif** sont estimés à 200 millions d'euros en 2016. Ils incluent, par ordre décroissant de la dépense, la prévention des escarres, certains dispositifs de contention veineuse, les dispositifs contraceptifs non hormonaux, ainsi que les aliments sans gluten. Ces dépenses ont augmenté en moyenne de 7,1 % par an entre 2012 et 2016. Les progressions les plus rapides ont été celles des dispositifs de contention veineuse et de contraception non hormonale temporaire. L'augmentation des dépenses de contraception non hormonale (stérilets, diaphragmes) peut être expliquée par la baisse de la contraception hormonale qui a suivi les polémiques autour des pilules de troisième et quatrième générations.

44 % des dépenses de prévention relève de la prise en charge des facteurs de risque et des formes précoces de maladies

Les actions de prévention peuvent être différenciées selon leur place dans le parcours de soins. La prévention la plus précoce (hors prévention institutionnelle), qui vise à éviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable chez des personnes en bonne santé, représente 31 % des dépenses de prévention non institutionnelle (colonne notée A du tableau 2), soit environ 2,9 milliards d'euros de dépenses en 2016. Ce type de prévention est réalisé pour l'essentiel au cours de consultation et visites chez les médecins (consultations de suivi de la contraception par exemple), et par la consommation de médicaments (vaccins, contraceptifs et vitamines).

Le dépistage des maladies, deuxième stade de la prévention, représente 24 % des dépenses de prévention non institutionnelle (colonne B). Ces dépenses comprennent pour l'essentiel des analyses de biologies (marqueurs tumoraux, biochimie¹¹ courante, hématologie, etc.) et des visites chez les dentistes (bilans bucco-dentaires).

Enfin, la prise en charge des facteurs de risque et des comportements à risque (traitement d'hypertension et obésité sans gravité, alcoolisme, toxicomanie, etc.) et la prise en charge de certaines formes précoces de maladies (dysplasie¹², tumeur *in situ*, etc.) représentent la part la plus importante des dépenses de prévention (44 %), soit au total un peu plus de 4 milliards d'euros en 2016 (colonnes C1 et C2). Ces dépenses constituées de soins médicaux et médicamenteux correspondent pour l'essentiel au suivi de l'hypertension, de l'hyperlipidémie et du diabète non compliqué.

Tableau 2 Part de chaque domaine de prévention dans la consommation de soins et de biens médicaux à visée préventive

En milliards d'euros

	A. Éviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable	B. Dépister les maladies	C1. Prendre en charge des facteurs de risque et des comportements à risque	C2. Prendre en charge des formes précoces des maladies	Total
Médecins	1,5	0,1	0,8	0,0	2,4
Dentistes	0,0	0,8	0,0	0,0	0,8
Analyses de biologie	0,1	1,1	0,1	0,0	1,4
Médicaments	1,0	0,0	2,8	0,0	3,8
Autres biens médicaux	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2
Hôpital	0,1	0,1	0,2	0,1	0,5
Total	2,9	2,2	4,0	0,1	9,1

Lecture > En 2016, les dépenses préventives visant à éviter la survenance d'une maladie ou d'un état indésirable s'élèvent à 2,9 milliards d'euros.

Champ > Tous régimes.

Sources > Sniiram ; SNIR ; GERS ; PMSI-MCO ; calculs DREES.

¹⁰. Les examens buccodentaires simples sont très minoritaires (3 %).

¹¹. Examens d'analyse des molécules contenues dans les fluides corporels (sang, urines, etc.).

¹². Anomalie de développement de certains organes.

Le taux de remboursement des dépenses préventives reste stable entre 2012 et 2016

Parmi les 9,1 milliards d'euros de dépenses préventives non institutionnelles identifiées pour l'année 2016, 6,6 milliards d'euros sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (tableau 3). Le taux de remboursement moyen atteint 73 % au total, contre 78 % en moyenne pour l'ensemble des dépenses de la CSBM. Toutefois, hormis les médicaments, les dépenses en faveur de la prévention bénéficient d'un taux de prise en charge par la Sécurité Sociale plus élevé que la prise en charge globale au sein de la CSBM, et ce, parfois dans des proportions importantes. Les dépenses relatives aux médicaments comprennent les médicaments à usage préventif remboursés par l'Assurance maladie, mais aussi des médicaments non remboursés (par exemple, certains contraceptifs hormonaux) et de l'automédication (notamment des vitamines ou encore des produits anti-tabac), ce qui explique leur taux de remboursement plus faible que pour les autres postes de soins. À l'inverse, les dépenses de soins dentaires préventifs sont nettement mieux prises en charge que l'ensemble des soins dentaires, en raison du périmètre des actes retenus pour la prévention : détartrages, bilans bucco-dentaires, etc.

Tableau 3 Remboursement de soins et biens médicaux à visée préventive par l'assurance maladie obligatoire en 2016

En milliards d'euros pour le montant remboursé ; en % pour le taux de remboursement

	Montant remboursé	Taux de remboursement moyens des actes de prévention	Taux de remboursement moyens des postes de la CSBM
1. Soins de ville - champ partiel	3,4	74	65
Médecins - champ partiel ¹	1,7	71	69
Dentistes	0,6	72	33
Analyses de biologie	1,1	81	70
2. Médicaments	2,6	68	72
3. Autres biens médicaux	0,2	82	44
4. Hôpital MCO ²	0,5	92	91
TOTAL	6,6	73	78

1. Hors consultations et visites de certaines spécialités et hors rémunérations d'actes non codés selon la CCAM et certains forfaits.

2. Hors consultations externes. Les honoraires des médecins exerçant en clinique privée sont comptabilisés dans les soins de ville.

Champ > Tous régimes.

Sources > Sniiram ; SNIR ; GERS ; PMSI-MCO ; calculs DREES.

Encadré 3 Une estimation partielle des dépenses de prévention en santé sexuelle, périnatalité et santé de l'enfant

En 2017, la DREES a mené en collaboration avec la Direction générale de la santé (DGS) des travaux pour améliorer et approfondir l'estimation des dépenses de prévention avec l'aide d'un groupe d'experts réunissant différents organismes et personnalités qualifiées. Ces travaux ont permis d'aboutir à une délimitation du périmètre de la prévention en santé sexuelle, périnatalité et santé de l'enfant en isolant finement des actes au sein de la CSBM. Ces dépenses s'ajoutent ainsi aux dépenses de prévention institutionnelle à destination de la mère et de l'enfant, notamment la protection maternelle et infantile (PMI) et la médecine scolaire. Les actions de prévention sélectionnées par les experts couvrent le suivi de la contraception, de la grossesse et le suivi des enfants jusqu'à l'âge de 15 ans :

- les dépenses de prévention en contraception comprennent les consultations effectués par un médecin ou une sage-femme, les actes médicaux liés à la contraception (pose ou retrait de stérilet par exemple) et la consommation de contraceptifs ;
- les dépenses de prévention liées à la grossesse comprennent les consultations de suivi de la grossesse compliquée ou non, le dépistage prénatal, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, la surveillance biologique et échographique, la supplémentation en fer, en acide folique et en vitamine D au cours de la grossesse. Conventionnellement, le séjour hospitalier lié à l'accouchement n'est pas inclus dans les dépenses de prévention, ni en particulier le suivi postnatal de la mère et de l'enfant effectué au cours du séjour.
- le suivi de l'enfant correspond au dépistage néonatal, aux consultations de suivi (hors pathologie) chez le médecin et à la prévention des maladies infectieuses (vaccinations) chez des enfants de 0 à 15 ans.

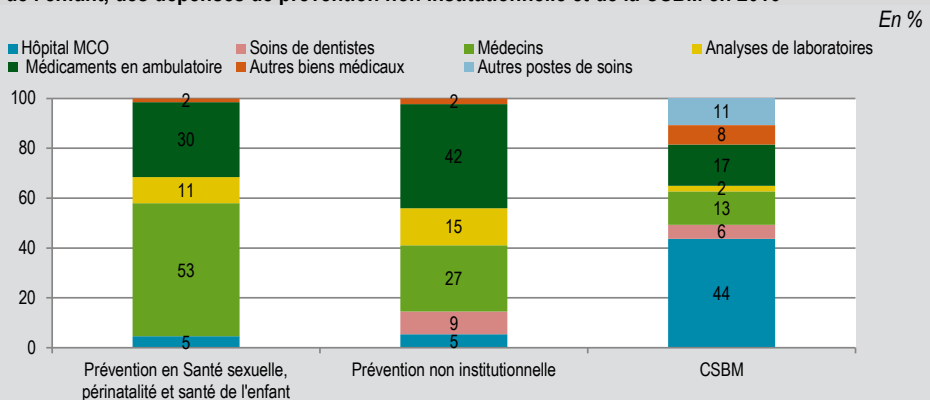
Les estimations présentées ici sont issues des mêmes sources que l'ensemble de dépenses de prévention (encadré 1). Il s'agit de données agrégées qui ne permettent pas d'identifier le parcours de soins et en particulier les grossesses. En effet, reconstituer l'ensemble du suivi de la grossesse à partir des données détaillées du Système national des données de santé (SNDS) nécessiterait un travail spécifique (Piffaretti *et al.*, 2018). Ainsi, pour des raisons d'indisponibilité des données exploitées, certaines de ces dépenses n'ont pu être prises en compte dans les estimations partielles présentées ici¹. Il s'agit notamment du suivi des femmes enceintes effectué par des sages-

femmes. Concernant les analyses de biologie, seuls sont qualifiés de préventifs les examens spécifiques à la grossesse qui ne sont pas réalisés auprès d'une autre population. Les dépistages néonataux inclus dans le séjour hospitalier, à l'exception du dépistage de la surdité néonatale, ne sont pas retenus, car ces actes ne peuvent pas être isolés dans la prise en charge de l'accouchement. Les suppléments minéraux consommés par les femmes enceintes et les vaccins administrés aux enfants n'ont pas pu être estimés, car les données ne permettent pas d'identifier la consommation des femmes enceintes et des enfants au sein de l'ensemble des ventes de médicaments ou de vaccins. Les dépenses des Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) ne sont pas prises en compte car elles relèvent de la prévention institutionnelle.

Selon ces premières estimations partielles, les dépenses de prévention non institutionnelle en santé sexuelle, périnatalité et santé de l'enfant au sein de la CSBM s'élevaient à environ 830 millions d'euros en 2016, soit 9 % des dépenses de prévention non institutionnelle et 0,5 % de la CSBM. Ce montant, sous-estimé car partiel, s'ajoute aux dépenses institutionnelles : 658 millions d'euros pour le planning familial et 580 millions d'euros pour la médecine scolaire en 2016 (voir fiche 35).

Au total, plus de la moitié des dépenses non institutionnelles en santé sexuelle, périnatalité et santé de l'enfant correspondent à des consultations de médecins et à des actes techniques (pose et retrait de stérilets) réalisées en ville (53 % du total de ces dépenses) dans le cadre du suivi de la grossesse, de la contraception, et de la santé de l'enfant. Elles sont suivies des dépenses de médicaments (30 %), à savoir les contraceptifs hormonaux, et des actes d'analyses biologiques (11 %). Les actes de consultations à l'hôpital (dépistage néonatal de la surdité) représentent 5 % du total des dépenses, et la liste des produits et prestations (consommation de stérilets) 2 % (graphique 3).

Graphique 3 Structures comparées des dépenses de prévention en santé sexuelle, périnatalité et santé de l'enfant, des dépenses de prévention non institutionnelle et de la CSBM en 2016



Lecture > En 2016, 53 % des dépenses de prévention en santé sexuelle, périnatalité et santé de l'enfant concernent les consultations et visites de médecins en ville.

Champ > Tous régimes.

Sources > Sniiram ; SNIR ; GERS ; PMSI-MCO ; calculs DREES.

Au sein des dépenses de prévention non institutionnelle en santé sexuelle, périnatalité et santé de l'enfant, les dépenses au titre de la contraception représentent un peu moins de 420 millions d'euros en 2016, soit 51 % du total de ces dépenses. Il s'agit des ventes de contraceptifs hormonaux et des actes de surveillance de contraceptifs pratiqués en ville par des médecins généralistes, ou par des gynécologues.

Le suivi de la grossesse représente un peu moins de 200 millions d'euros, soit 24 % du total. Ces dépenses concernent les examens de surveillance d'une grossesse effectués en ville par les médecins. Ce montant, évalué à partir de l'échantillon de suivi des patients du GERS (encadré 1), sous-estime les dépenses de suivi de la grossesse, car les consultations des sages-femmes ne sont pas prises en compte dans cette enquête, ni le suivi des femmes enceintes lorsqu'il est effectué à l'hôpital. Or, selon l'enquête nationale périnatale 2016, pour environ un quart des femmes, une sage-femme est la responsable principale de la surveillance de la grossesse dans les six premiers mois (Blondel *et al.*, 2017).

Les actes de suivi de la santé de l'enfant (jusqu'à 15 ans) représentent près de 205 millions d'euros, soit 25 % des dépenses de périnatalité et santé de l'enfant. Il s'agit essentiellement du suivi des enfants réalisé par les médecins pédiatres en ville. Les dépenses liées au dépistage néonatal, à l'exception de la surdité, n'ont pas pu être identifiées. Le suivi dentaire n'est pas non plus inclus à ce stade.

1. Jusqu'ici, les données utilisées pour estimer les dépenses de prévention sont des données agrégées qui ne permettent pas d'identifier le parcours de soins et en particulier les grossesses.

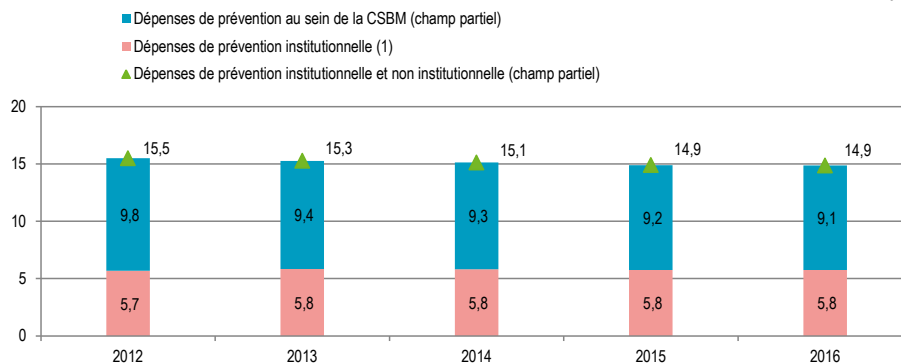
La prévention sanitaire, institutionnelle ou non, s'élève au moins à 14,9 milliards d'euros en 2016

Ainsi, sur le champ partiel des soins de ville (hors soins prodigués par les sages-femmes et auxiliaires médicaux), des soins de l'hôpital, des médicaments et des dispositifs médicaux, la prévention non institutionnelle représente 9,1 milliards d'euros de dépenses en 2016. Ce montant vient compléter les dépenses de prévention institutionnelle (voir fiche 35), qui s'établissent à 5,8 milliards en 2016. Au total, les dépenses de prévention, qu'elles soient institutionnelles ou disséminées au sein de la CSBM, atteignent donc au minimum 14,9 milliards d'euros en 2016, compte tenu des facteurs de sous-estimation évoqués précédemment.

Les dépenses de prévention dans la CSBM ont globalement diminué en moyenne de 2,2 % par an entre 2012 et 2016, tandis que les dépenses de prévention institutionnelle ont très légèrement augmenté, de 0,3 % par an en moyenne (graphique 4). Cette très faible hausse ne compense toutefois pas la baisse des dépenses de prévention au sein de la CSBM. En conséquence, les dépenses totales de prévention reculent en moyenne de 1,3 % par an entre 2012 et 2016 sur le champ étudié, notamment en raison des baisses des prix des médicaments et des analyses biologiques observées ces dernières années.

Graphique 4 Dépenses de prévention institutionnelle et non institutionnelle (champ partiel) entre 2012 et 2016

En milliards d'euros



(1) Hors dépenses comptabilisées dans la CSBM (voir fiche 35)

Champ > Tous régimes.

Sources > Comptes de la santé, Sniiram ; SNIR ; GERS ; PMSI-MCO ; calculs DREES.

Pour en savoir plus

> Voir fiche 35 « La prévention institutionnelle », dans cet ouvrage.

> Blondel, B., Gonzalez, L., Raynaud, P. (dir.) (2017). Enquête nationale périnatale 2016 : Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. (Rapport). Paris, France : DREES.

> CNAM (2018, juillet). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019*. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2019.

> Cour des comptes (2011). La prévention sanitaire, Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale (art. L.O. 132-3-1 du Code des juridictions financières).

> Grangier, J., Guibert, G. (2016). Une estimation partielle des dépenses de prévention sanitaire. Dans *Les dépenses en santé en 2015*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

> Piffaretti, C., Looten, V., Rey, S. et al. (2018). Management of pregnancy based on healthcare consumption of women who delivered in France in 2015: Contribution of the national health data system (SNDS), *J Gynecol Obstet Hum Reprod* (2018); <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2018.05.014>

> Renaud, T., Sermet, C. (2008). *Les dépenses de prévention en France*, Irdes.



L'opinion des Français sur l'accès aux soins et l'Assurance maladie

Kim Antunez (DREES)

En 2017, sept Français sur dix disent être en bonne santé et un sur quatre se déclare même en très bonne santé. Depuis dix ans, ces proportions sont assez stables, même si de plus en plus de Français considèrent que l'état de santé de la population s'est détérioré. Pourtant, en dix ans, les préoccupations des Français vis-à-vis du cancer, du sida, des risques d'épidémie et des risques alimentaires ont un peu diminué. Depuis deux à trois ans toutefois, l'inquiétude portant sur les risques alimentaires s'est accrue.

Les Français sont très sensibles aux inégalités d'accès aux soins : c'est l'inégalité la plus souvent citée comme étant la moins acceptable et cette sensibilité s'est accrue depuis deux à trois ans. Les Français sont ainsi très attachés au caractère universel et public du système d'Assurance maladie : deux tiers approuvent son caractère universel et la quasi-totalité considère qu'il doit rester essentiellement public. Près de six Français sur dix, en particulier les plus modestes et ceux en moins bonne santé, trouvent toutefois que leur reste à charge est trop élevé.

Même si huit Français sur dix pensent que le système actuel permet à tout le monde d'être soigné quel que soit son revenu, certaines inégalités d'accès aux soins sont pointées. Plus de la moitié d'entre eux estiment que la qualité des soins dépend du niveau de revenus et six sur dix pensent que les délais d'attente dépendent du lieu d'habitation. Les Français sont également critiques concernant l'accessibilité géographique des soins. Plus d'un tiers pensent qu'il n'y a pas assez de médecins généralistes à proximité de chez eux. Cela se vérifie particulièrement dans les territoires ruraux.

D'après le Baromètre d'opinion de la DREES (encadré 1), sept Français sur dix se déclarent en bonne santé, un quart s'estimant même en très bonne santé. Ces proportions demeurent stables depuis une dizaine d'années (graphique 1), tout comme les indicateurs objectifs d'état de santé de la population en France (Fourcade *et al.*, 2017).

Encadré 1 Le Baromètre d'opinion de la DREES

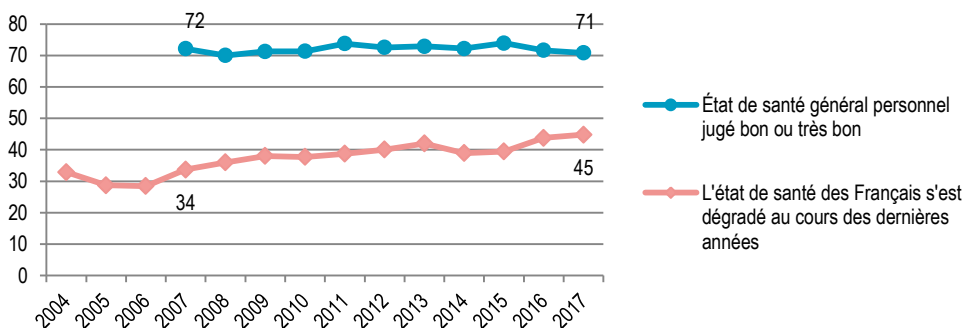
Le Baromètre d'opinion de la DREES est une enquête de suivi de l'opinion des Français sur la santé, les inégalités et la protection sociale (Assurance maladie, retraite, famille, handicap-dépendance, pauvreté-exclusion). Commandée par la DREES tous les ans depuis 2000 (sauf en 2003), elle est réalisée par l'institut BVA depuis 2004, après l'avoir été par l'IFOP de 2000 à 2002. L'enquête est effectuée en face à face d'octobre à décembre auprès d'un échantillon d'au moins 3 000 personnes représentatives de la population habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus. L'échantillon est construit selon la méthode des quotas (par sexe, âge, profession de la personne de référence, après stratification par région et catégorie d'agglomération).

Précautions d'interprétation des enquêtes d'opinion

Les réponses à une enquête d'opinion sont particulièrement sensibles à la formulation des questions ou à leur place dans le questionnaire. L'usage privilégié d'une telle enquête est ainsi, avant tout, en comparaison : entre catégories de population (selon le revenu, l'âge, etc.) ou dans le temps (en fonction de la conjoncture, des actions politiques mises en œuvre et du débat médiatique). Les petites variations doivent par ailleurs être interprétées avec prudence : elles peuvent ne refléter que des imperfections de mesure. Dans cette étude, enfin, par souci de simplification, les pourcentages d'opinions sont calculés en excluant les réponses « ne se prononce pas », qui sont la plupart du temps marginales. Elles ne sont commentées que dans les cas où elles représentent une part importante des réponses ou si elles ont évolué significativement dans le temps.

Graphique 1 Autant de Français qu'avant s'estiment en bonne santé, mais de plus en plus jugent que l'état de santé général de la population se dégrade

En %



Note > Réponses aux questions « Comment est votre état de santé général ? » (modalités de réponse proposées : « Très bon », « Bon », « Moyen », « Mauvais » et « Très mauvais ») et « Selon vous, au cours des dernières années, l'état de santé des Français s'est... ? » (modalités de réponse proposées : « Beaucoup amélioré », « Un peu amélioré », « Est resté identique », « Un peu détérioré » et « Beaucoup détérioré »). Pour les deux questions, les personnes qui ne se prononcent pas (exclues du champ du graphique) représentent moins de 2 % des répondants en 2017, proportion qui a chuté de 5 points entre 2008 et 2009 pour la question sur l'évolution de l'état de santé des Français à la suite d'un changement de méthode de relance des enquêteurs.

Lecture > En 2017, 71 % des personnes interrogées trouvent bon ou très bon leur état de santé général.

Champ > Personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2004-2017.

Trois Français sur dix considèrent néanmoins leur santé comme étant au mieux « moyenne ». Un quart des Français estiment également être limités depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement. Le sentiment d'être en mauvaise santé est particulièrement présent chez les personnes appartenant aux ménages les plus modestes : 42 % des personnes dont le niveau de vie du ménage appartient au quartile inférieur se sentent en moyenne ou mauvaise santé, contre 18 % pour les ménages dont le niveau de vie appartient au quartile supérieur.

Les Français sont davantage inquiets de l'état de santé de la population en général, et le sont de plus en plus. En 2017, trois quarts des Français sont préoccupés par l'état de santé de leurs concitoyens et 45 % pensent qu'il s'est détérioré au cours des dernières années. Cette proportion a augmenté de 11 points en dix ans alors que, dans le même temps, les préoccupations concernant plusieurs sujets de santé publique ont paradoxalement plutôt eu tendance à s'atténuer (encadré 2).

Les personnes en difficulté financière ou en mauvaise santé sont, là encore, les plus pessimistes à ce sujet. Ainsi, 51 % des personnes dont le niveau de vie du ménage appartient au quartile inférieur estiment que l'état de santé global s'est dégradé, contre 36 % des ménages dont le niveau de vie appartient au quartile supérieur. Des écarts importants s'observent également selon l'état de santé des personnes interrogées : 51 % des personnes qui se déclarent en moyenne ou mauvaise santé estiment que l'état de santé global s'est dégradé contre 42 % chez les personnes qui s'estiment en bonne santé.

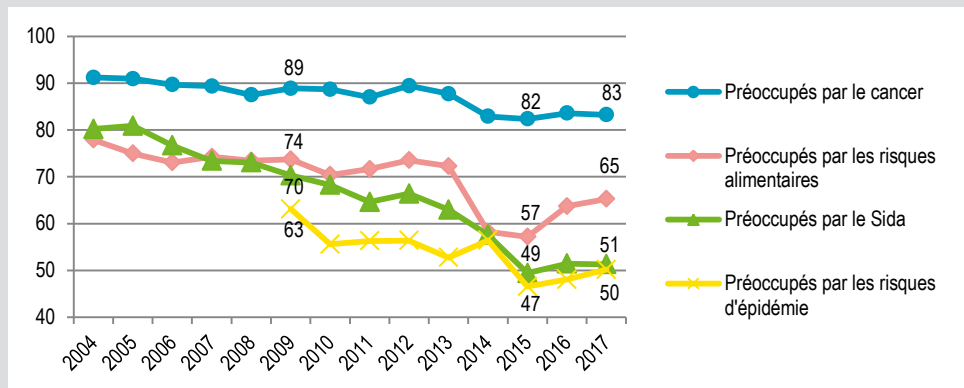
Encadré 2 La préoccupation des Français concernant les sujets de santé publique

Le pessimisme croissant des Français concernant la santé de leurs concitoyens s'accompagne paradoxalement d'une baisse tendancielle de la préoccupation de certains sujets de santé publique depuis une dizaine d'années (graphique 2). La proportion de personnes se déclarant préoccupées par les risques d'épidémie a diminué de 16 points entre 2009 et 2015, de 21 points pour le sida et de 17 points pour les risques alimentaires. La proportion de personnes se déclarant préoccupées par le cancer a, quant à elle, diminué de 7 points entre 2009 et 2015.

On observe néanmoins depuis 2015 une stabilité de ces préoccupations, voire un rebond concernant la préoccupation vis-à-vis des risques alimentaires (+8 points en deux ans). En 2017, huit Français sur dix sont préoccupés par le cancer, deux Français sur trois par les risques alimentaires et un Français sur deux par le sida ou encore les risques d'épidémie.

Graphique 2 Un rebond des préoccupations liées à certains sujets de santé publique depuis 2015

En %



Note > Réponses à la question « Et pour les sujets suivants, dites-moi s'ils vous préoccupent vous personnellement ? », posée pour les sujets suivants : le cancer, les risques alimentaires, le sida et les risques d'épidémie. Les modalités de réponse proposées sont : « Beaucoup », « Assez », « Peu » et « Pas du tout ». Pour chaque préoccupation, les personnes qui ne se prononcent pas (exclues du champ du graphique) représentent moins de 1 % des répondants en 2017, proportions restées stables dans le temps.

Lecture > En 2017, 83 % des personnes interrogées sont beaucoup ou assez préoccupées par le sujet du cancer.

Champ > Personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2004-2017.

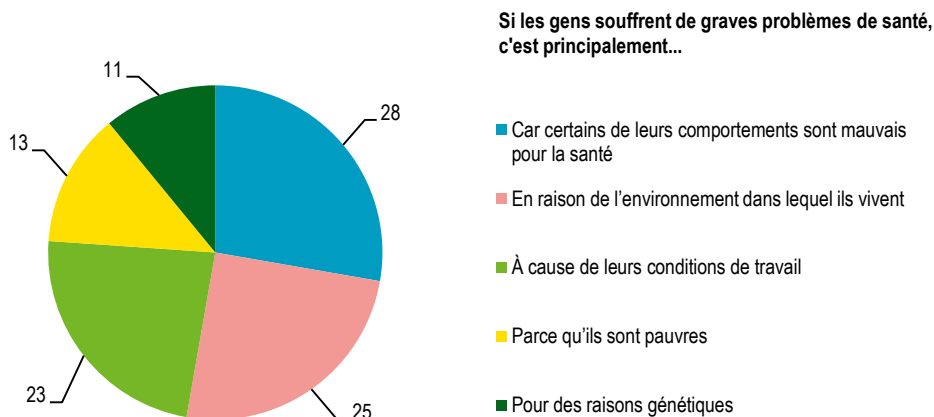
Quand on les interroge sur les principales causes des graves problèmes de santé, près de trois enquêtés sur dix citent le comportement des individus (graphique 3). Un quart des Français met en avant l'environnement de vie et un autre quart les conditions de travail. Enfin, un Français sur dix cite comme cause principale à ces difficultés la pauvreté et les raisons génétiques.

Les causes supposées des graves problèmes de santé diffèrent particulièrement selon le niveau d'études des enquêtés. Par rapport à la moyenne, les personnes ayant un niveau équivalent ou supérieur au baccalauréat sont plus nombreuses à citer l'environnement de vie (29 %), alors que les personnes moins diplômées citent davantage la pauvreté (15 %) et les conditions de travail (28 %). 35 % des ouvriers citent également les conditions de travail comme cause principale des

graves problèmes de santé. Les facteurs mis en avant sont également liés aux préoccupations déclarées par les enquêtés. Par exemple, les personnes se déclarant préoccupées par l'environnement ont davantage tendance à citer l'environnement de vie comme étant la première cause de graves problèmes de santé (27 % d'entre eux contre 17 % pour les autres). De même, les personnes préoccupées par la pauvreté vont plus souvent évoquer cet aspect en priorité (14 % contre 10 % pour les autres) plutôt que les comportements individuels (27 % contre 34 % pour les autres).

Graphique 3 Les principales causes des graves problèmes de santé selon les Français

En %



Note > Réponses à la question « Les problèmes de santé peuvent avoir plusieurs causes. Pensez-vous que si les gens souffrent de graves problèmes de santé, c'est principalement... ». Les personnes qui ne se prononcent pas (exclues du champ du graphique) représentent moins de 3 % des répondants en 2017.

Lecture > En 2017, 28 % des personnes interrogées pensent que si les gens souffrent de graves problèmes de santé, c'est principalement car certains de leurs comportements sont mauvais pour la santé.

Champ > Personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2017.

Un attachement à l'universalité de l'Assurance maladie, mais un reste à charge en santé jugé trop important

En France, la couverture maladie a été instaurée après la Seconde Guerre mondiale ; elle fonctionnait à cette époque comme une assurance sociale obligatoire qui couvrait les travailleurs et leurs ayants droits. Au fur et à mesure des années, elle est devenue plus universelle. En 2000, la couverture maladie universelle (CMU) a étendu le champ de la couverture maladie à l'ensemble des résidents en situation régulière. Son remplacement en 2016 par la protection universelle maladie (PUMa) parachève le mouvement, avec un assouplissement des conditions d'attribution. En accord avec cette évolution historique de la branche maladie, une grande majorité de Français (67 %) pensent que l'Assurance maladie doit bénéficier à tout le monde sans distinction, contre 46 % pour le système de retraite, 39 % pour les allocations familiales et 37 % pour les allocations chômage. Près d'un Français sur cinq s'orienterait plutôt vers un système combinant un socle minimal et des prestations accrues pour les cotisants. Enfin, moins d'un Français sur cinq se prononce pour un ciblage des remboursements de soins soit sur les seuls cotisants (11 %), soit pour les plus modestes (5 %).

En 2017 en France, 77,8 % des dépenses de santé ont été prises en charge par des financements publics (voir fiche 25). Les Français approuvent ce mode de financement de l'Assurance maladie : 95 % d'entre eux pensent que « le système d'Assurance maladie doit rester essentiellement public », proportion en hausse de 6 points depuis 2008 – première fois où la question était posée. Toutefois, cela n'empêche pas six Français sur dix de juger que la Sécurité sociale coûte trop cher à la société (encadré 3).

Encadré 3 Les mesures préconisées par les Français pour réduire le déficit de la Sécurité sociale

En 2017, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) représente 8,7 % du PIB (voir fiche 1). Cette part a été multipliée par 3,5 depuis 1950, mais elle tend à se stabiliser depuis une dizaine d'années, en raison notamment des mesures de maîtrise des dépenses qui ont été mises en place.

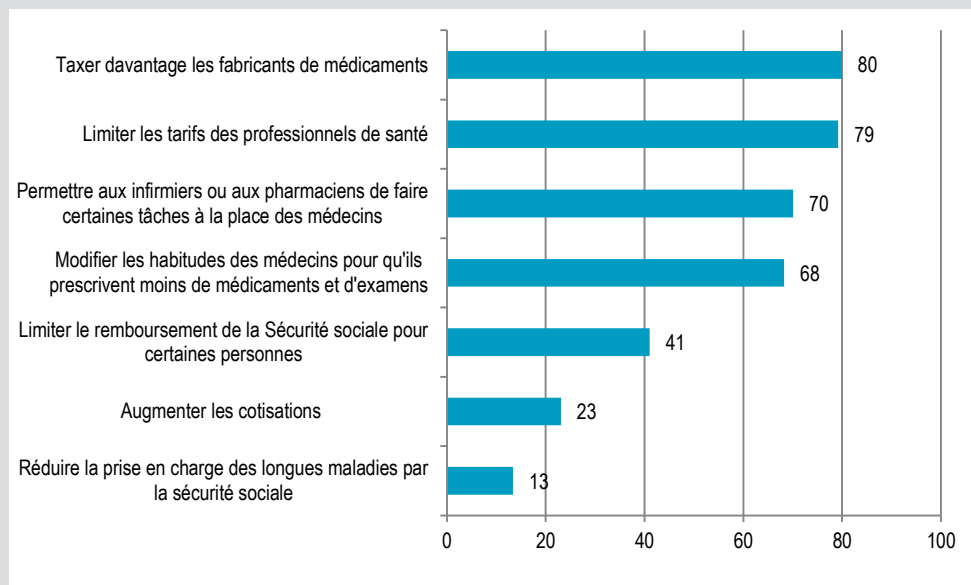
En 2017, deux tiers des Français déclarent qu'« il n'y a pas de raison de limiter les dépenses [de santé] car la santé n'a pas de prix » : cette part a augmenté de 9 points depuis 2013. Parallèlement, près de six Français sur dix trouvent que la Sécurité sociale coûte trop cher à la société, mais cette part a diminué de 10 points en trois ans.

Les personnes qui considèrent leur état de santé comme au mieux « moyen » sont plus nombreuses que les autres à défendre l'absence de limitation des dépenses de santé : c'est le cas de 73 % d'entre elles, contre 65 % des personnes déclarant en bonne santé. Il en est de même concernant les Français les plus modestes : 73 % pour ceux dont le niveau de vie du ménage appartient au quartile inférieur, contre 54 % pour le quartile supérieur.

Dans le cadre du Baromètre d'opinion de la DREES, les personnes interrogées ont été invitées à se prononcer sur sept mesures susceptibles de réduire le déficit de la Sécurité sociale. Les mesures qui arrivent en tête des préférences des Français concernent l'offre de soins : les prix ou tarifs pratiqués, l'organisation des soins, les pratiques des professionnels de santé (graphique 4). Les mesures les moins populaires sont celles qui portent directement sur les assurés (comme limiter les remboursements ou augmenter les cotisations).

Graphique 4 Huit Français sur dix souhaitent taxer davantage les fabricants de médicaments et limiter les tarifs des professionnels de santé

En %



Note > Réponses à la question « Voici différentes mesures qui viseraient à réduire le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale s'il devenait trop important. Pour chacune de ces mesures, dites-moi si vous y seriez plutôt favorable ou plutôt opposé(e) ». Pour chaque mesure, les personnes qui ne se prononcent pas (exclues du champ du graphique) représentent moins de 2 % des répondants en 2017, proportions restées stables dans le temps.

Lecture > En 2017, 23 % des personnes interrogées sont plutôt favorables au fait d'augmenter les cotisations.

Champ > Personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2004-2017.

Les organismes complémentaires santé prennent en charge, quant à eux, 7 % des dépenses de santé¹. Enfin, 10 % de ces dernières sont financées en France directement par les ménages (contre 16 % en moyenne dans l'UE-15) : il s'agit

1. En 2017, 95 % des personnes interrogées dans le Baromètre d'opinion de la DREES indiquaient être couvertes par une mutuelle ou une assurance complémentaire maladie. Cette proportion est quasi stable depuis une dizaine d'années, même si depuis 2016 tout

de leur « reste à charge » en santé. En 2017, près de six Français sur dix déclarent que ce reste à charge est trop élevé². Deux tiers des Français estiment toutefois que s'ils étaient hospitalisés, les frais qu'ils auraient à payer après remboursement seraient plutôt faibles ou totalement remboursés.

Les opinions sur l'importance du reste à charge ne sont pas sans lien avec l'importance des dépenses de santé dans le budget des ménages. Les populations en mauvaise santé ou disposant de faibles ressources ont en effet davantage de difficultés à assumer ces dépenses restant à leur charge et peuvent alors juger que leurs dépenses sont insuffisamment prises en charge. C'est pourquoi les personnes jugeant leur état de santé moyen ou mauvais sont nombreuses à estimer leur reste à charge trop élevé (62 %, contre 56 % pour les personnes en bonne santé). Des écarts importants s'observent entre les personnes selon que le niveau de vie de leur ménage se situe dans la moitié inférieure ou supérieure de la distribution (63 %, contre 56 %).

Les Français pensent que « tout le monde peut être soigné », mais dans des conditions parfois inégales selon le revenu ou le lieu d'habitation

Les Français sont très sensibles à la problématique de l'accès aux soins³. En 2017, parmi les inégalités jugées les moins acceptables, 28 % d'entre eux citent celles de l'accès aux soins, proportion en hausse de 5 points depuis 2014. C'est le type d'inégalités le plus souvent cité, juste devant celles liées à l'origine ethnique (24 % des Français les considèrent comme étant les moins acceptables), et nettement devant celles liées au revenu (14 %) et au logement⁴ (11 %).

Huit Français sur dix pensent que le système actuel permet à tout le monde d'être soigné quel que soit son revenu (*graphique 5*). Ce sentiment a sensiblement augmenté depuis 2004, gagnant 14 points de pourcentage. L'opinion est également majoritaire, mais dans une moindre mesure, concernant les inégalités territoriales : sept Français sur dix pensent que tout le monde peut être soigné quel que soit le lieu où il habite, une proportion stable depuis 2010.

Le constat est davantage critique au sujet de la qualité des soins et les délais d'attente⁵. Plus d'un Français sur deux pense que la qualité des soins diffère selon le lieu d'habitation (61 %) et le niveau de revenu (55 %) en 2017. S'agissant des délais d'attente, 63 % des Français pensent qu'ils dépendent du lieu d'habitation et une proportion moindre de Français (38 %) pensent qu'ils dépendent des revenus.

Concernant l'accès aux différents professionnels de santé, 36 % des Français pensent qu'il n'y a pas assez de médecins généralistes à proximité de chez eux, 54 % qu'il n'y a pas assez de médecins spécialistes et seulement 6 % qu'il n'y a pas assez de pharmacies. Le sentiment d'une insuffisance de médecins généralistes à proximité est plus prégnant en territoire rural⁶ où il concerne un habitant sur deux. Il est par ailleurs particulièrement corrélé à l'indicateur objectif d'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes (Castell, Dennevault, 2017). Dans les communes appartenant au premier quartile d'APL (c'est-à-dire où l'accessibilité spatiale aux médecins généralistes est peu élevée), 63 % des enquêtés indiquent qu'il n'y a pas assez de médecins généralistes près de chez eux contre 31 % dans les communes appartenant au dernier quartile.

employeur du secteur privé a désormais l'obligation de proposer à ses salariés une complémentaire santé collective. Cette proportion est également cohérente avec celle qui ressort de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) de 2014.

2. Cette statistique se rapporte ici à l'ensemble des Français, y compris ceux qui n'ont pas exprimé leur opinion. Pour cette question, la proportion de Français qui ne se prononcent pas est particulièrement élevée (13 % en 2017). Ainsi, trois Français sur dix trouvent que le reste à charge est trop faible.

3. Un « Plan du Gouvernement pour l'égal accès aux soins dans les territoires » a été lancé par le gouvernement en octobre 2017. Il propose des solutions afin d'améliorer l'accès aux soins des Français.

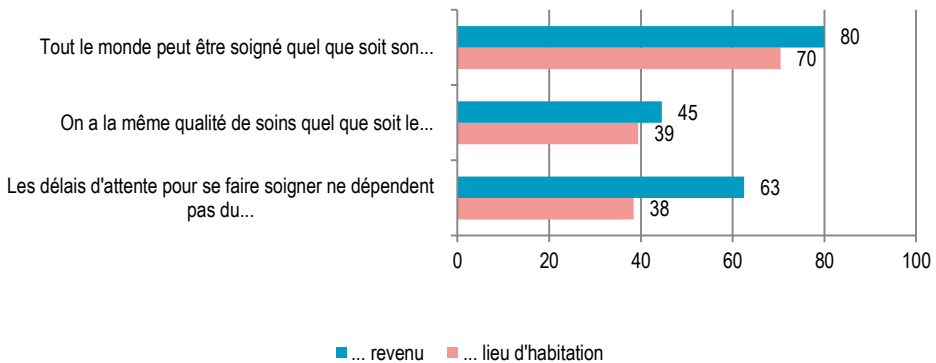
4. Les autres types d'inégalités proposés concernaient la scolarité, le fait d'avoir un emploi, le type d'emploi et l'héritage familial.

5. Les délais d'attente sont toutefois un sujet de préoccupation moins important en France que dans les autres pays européens. D'après l'Eurobaromètre spécial « Sécurité des patients et qualité des soins de santé » de 2009, 22 % des Français contre 29 % des Européens estiment que « l'absence de liste d'attente pour être vu et traité par un médecin » constitue un des trois critères les plus importants pour avoir un système de soin de bonne qualité loin derrière « un personnel médical bien formé » (48 % contre 52 % dans l'UE-27) ou encore « la proximité d'un hôpital ou un médecin » (40 % contre 22 %).

6. Les territoires ruraux correspondent aux communes ne présentant pas de zone de bâti continu comptant au moins 2 000 habitants (selon le zonage en unités urbaines de l'Insee).

Graphique 5 Les inégalités d'accès aux soins selon le lieu d'habitation sont davantage soulignées que celles selon le revenu

En %



Note > Réponses à la question « Êtes-vous d'accord ou pas avec les opinions suivantes ? En France... ». Les modalités de réponse proposées sont : « Plutôt d'accord » et « Plutôt pas d'accord ». Pour chaque question, les personnes qui ne se prononcent pas (exclues du champ du graphique) représentent moins de 1 % des répondants en 2017, proportions restées stables dans le temps.

Lecture > En 2017, 80 % des personnes interrogées sont d'accord avec le fait que tout le monde peut être soigné quel que soit son revenu.

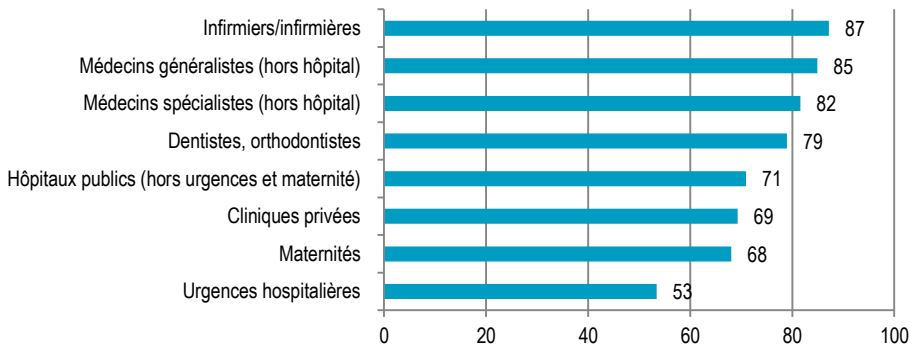
Champ > Personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2017.

Au-delà des questions d'accès, une grande majorité de Français sont satisfaits des soins prodigués par les différents professionnels de santé (*graphique 6*). Plus de huit Français sur dix ayant eu recours à ces professions sont satisfaits des infirmiers, médecins généralistes et médecins spécialistes. À l'inverse, à peine plus d'un Français sur deux ayant fréquenté les urgences hospitalières est satisfait de « la qualité des soins ou des services offerts » par ce type d'établissement.

Graphique 6 Huit Français sur dix sont satisfaits des soins prodigués par les infirmiers, médecins généralistes et spécialistes, dentistes

En %



Note > Réponses à la question « En général, concernant la qualité des soins ou des services offerts par les prestataires suivants, diriez-vous que vous êtes très satisfait(e), plutôt satisfait(e), ni satisfait(e) ni insatisfait(e), plutôt insatisfait(e), très insatisfait(e) ? ». Pour chaque professionnel de santé, les personnes qui ne les connaissent pas, ne sont jamais allés les voir ou ne se prononcent pas sont exclues du champ du graphique (proportion pouvant aller de moins de 1 % pour les médecins généralistes à 22 % pour les maternités).

Lecture > En 2017, 85 % des personnes interrogées sont très ou plutôt satisfaites de la qualité des soins ou des services offerts par les médecins généralistes.

Champ > Personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2017.

Pour en savoir plus

- > **Antunez, K., Papuchon, A.** (2018, mars). « En 2017, des Français moins inquiets et davantage demandeurs d'intervention publique », *Synthèse des résultats de l'enquête 2017 du Baromètre d'opinion de la DREES sur la santé, la protection sociale et les inégalités*. DREES.
- > **Beffy, M., Rousset, R., et al.** (dir.) (2017, septembre). *Les dépenses de santé en 2016, résultats des comptes de la santé – édition 2017*. Paris, France : coll. Panoramas de la Drees – santé. Fiche 38 « L'opinion des Français sur l'état de santé et le système de soins ».
- > **Castell, L., Dennevault, C.** (2017, octobre). Qualité et accessibilité des soins de santé : qu'en pensent les Français ? DREES, *Études et Résultats*, 1035.
- > **Fourcade, N., von Lennep, F., Grémy, I., Bourdillon, F.** (dir.) (2017). L'état de santé de la population en France – rapport 2017. Paris, France : DREES et Santé publique France.