

Vue d'ensemble

La CSBM et son financement

Dépenses et acteurs  
du système de santé

Comparaisons  
internationales

Éclairage

Annexes

Tableaux détaillés

# > Les dépenses de santé en 2015

En 2015, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à 194,6 milliards d'euros, soit plus de 2 900 euros par habitant. Elle représente désormais 8,9 % du PIB ; ce pourcentage, qui progressait depuis 2012, recule légèrement en 2015 (-0,04 point). Le rythme de croissance de la CSBM, inférieur à 3,0 % depuis 2010, est à nouveau moins dynamique en 2015 et s'établit à 1,8 %.

La CSBM est financée à 76,8 % par la Sécurité sociale. Dans un contexte de vieillissement de la population et de progrès technologique toujours accrus, cette part a progressé de 0,8 point entre 2011 et 2014 et de 0,2 point entre 2014 et 2015. Cette évolution est à rapprocher principalement de deux facteurs structurels : le dynamisme des postes de dépenses les plus pris en charge par la Sécurité sociale et la progression du nombre d'assurés exonérés du ticket modérateur.

Parallèlement, la part des organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances) diminue légèrement pour la deuxième année consécutive (-0,3 point en deux ans) et représente 13,3 % de la dépense en 2015.

Enfin, la part du reste à charge des ménages dans la CSBM poursuit aussi son mouvement de baisse régulière pour la quatrième année consécutive en 2015 (-0,8 point en quatre ans) et s'établit désormais à 8,4 % de la CSBM.

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) en France représente 11,1 % du PIB en 2014, dernière année disponible en comparaison internationale. La France se place ainsi en cinquième position au sein de l'OCDE, loin derrière les États-Unis et à un niveau très proche de la Suède, de l'Allemagne et des Pays-Bas.

## La dépense de santé progresse moins vite en 2015 qu'en 2014

En 2015, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM, encadré 1) est évaluée à 194,6 milliards d'euros, soit environ 2 930 euros par habitant. Elle représente 8,9 % du PIB, soit une part en léger recul après trois années de croissance de 2012 à 2014. La CSBM progresse en effet de 1,8 % en 2015, soit un rythme un peu moins rapide que le PIB (1,9 % en valeur, fiche 1).

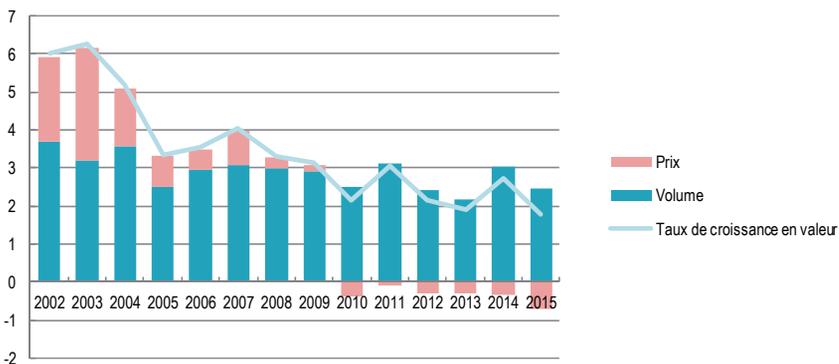
Au début des années 2000, la CSBM progressait à un rythme de l'ordre de 5,0 % à 6,0 % par an. Depuis 2008, la progression annuelle de la CSBM est généralement comprise entre 2,0 % et 3,0 % (graphique 1). Les niveaux de croissance les plus bas sont atteints ces dernières années (1,8 % à 2,2 % en 2010, 2012, 2013 et 2015) malgré une dynamique plus soutenue en 2011 et en 2014 (respectivement +3,0 % et +2,7 %) à la suite de phénomènes exceptionnels.

L'accélération de 2014 (+2,7 %) est liée à l'introduction de nouveaux traitements innovants contre le virus de l'hépatite C. En 2015, le ralentissement de la CSBM est à rapprocher à la fois de la baisse des prix des biens et services de santé (-0,7 %), qui tend à s'accroître ces dernières années<sup>1</sup>, et de la modération des volumes (+2,5 %).

<sup>1</sup> À la suite de l'accentuation des actions de maîtrise de la dépense en lien avec le resserrement progressif des taux d'ONDAM votés par le Parlement.

**Graphique 1** Taux de croissance de la CSBM

En %



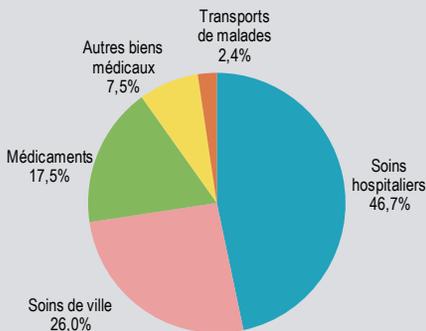
Source > DREES, Comptes de la santé.

**Encadré 1** La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

La consommation de soins et de biens médicaux représente la valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Elle comprend :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris la totalité des honoraires perçus par les médecins libéraux en établissement privé, pour 46,7 % du total (graphique) ;
- la consommation de soins de ville : en cabinets libéraux, ainsi que les soins en dispensaires, de laboratoires et cures thermales, pour 26,0 % du total ;
- la consommation de transports de malades, 2,4 % du total ;
- la consommation de médicaments en ambulatoire, qui représente 17,5 % de la dépense ;
- et la consommation d'autres biens médicaux (y compris optique médicale), pour 7,5 % de la dépense.

**Graphique** Structure de la CSBM en 2015



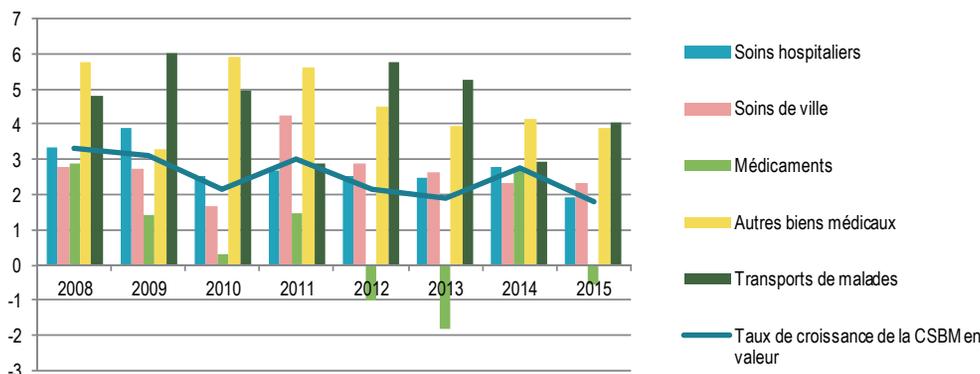
Source > DREES, Comptes de la santé.

En effet, en 2015, la dynamique des soins hospitaliers est moins soutenue et les dépenses de médicaments ont baissé. Au total, ce sont ainsi trois des cinq composantes de la CSBM qui progressent moins vite en 2015 qu'en 2014 : les soins hospitaliers, la consommation de médicaments en ambulatoire et celle d'autres biens médicaux (graphique 2). En revanche, le rythme de croissance des soins de ville<sup>1</sup> se stabilise en 2015 après trois années consécutives de ralentissement. Par ailleurs, les dépenses de transport retrouvent un rythme de croissance dynamique après la progression plus modérée de 2014.

<sup>1</sup> Dans les comptes de la santé, les soins de ville comprennent les soins en cabinets libéraux et en dispensaires, les analyses de biologie et les cures thermales. Ils n'incluent donc pas les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transport sanitaires, habituellement inclus dans le concept de soins de ville employé par les régimes d'assurance maladie.

**Graphique 2** Taux d'évolution des principales composantes de la CSBM, en valeur

En %



Source > DREES, Comptes de la santé.

En baisse depuis 2010, le prix moyen de la CSBM recule à nouveau en 2015, de 0,7 %. En cumulé, le prix de la CSBM a diminué de 2,0 % en six ans, sous l'effet de la baisse du prix des médicaments<sup>1</sup>, que n'ont pas compensé les hausses de prix des soins de ville et des soins à l'hôpital. Le recul du prix des médicaments s'était en effet amplifié entre 2011 et 2013 (-4,4 % en 2013, après -3,1 % en 2012 et -2,0 % en 2011) du fait des baisses de prix toujours importantes et de la généralisation de médicaments très consommés. En 2014 et 2015, la baisse des prix reste importante (respectivement -3,7 % et -4,0 %) malgré les moindres tombées de brevet et la stabilisation du taux de pénétration des génériques.

L'augmentation en volume de la CSBM, qui se déduit de son évolution en valeur déflatée par son prix, atteint +2,5 % en 2015. Cette progression est moindre qu'en 2014, mais assez comparable à celles de 2012 et 2013. Les volumes des soins hospitaliers et des soins de ville progressent respectivement de 2,1 % et de 1,9 % par rapport à 2014. Leur évolution est un peu plus faible qu'en 2014 (respectivement +2,3 % et 2,0 %). Les volumes de médicaments croissent eux aussi moins rapidement en 2015 (+3,6 %) qu'en 2014 (+6,6 %), l'année 2015 n'ayant pas été marquée contrairement à 2014 par l'introduction de traitements innovants.

**Les soins hospitaliers progressent moins vite que les années précédentes**

La croissance totale des dépenses du secteur hospitalier s'établit, en 2015, à 1,9 % en valeur, soit le rythme de croissance le plus faible observé depuis 2002, qui est la première année à partir de laquelle des taux de croissance homogènes<sup>2</sup> peuvent être calculés (graphique 3). En volume, la croissance des dépenses hospitalières est légèrement supérieure (+2,1 %), dans un contexte de baisse des prix (-0,2 %).

Dans le **secteur public**, la consommation de soins s'élève à 70,1 milliards d'euros en 2015. Elle progresse de 2,2 % en valeur, en deçà de sa tendance en 2010-2014 (+2,7 % par an), en lien avec le ralentissement de la masse salariale hospitalière (fiche 18). La consommation de soins dans le **secteur privé**<sup>3</sup> (20,7 milliards d'euros) ralentit plus nettement (+1,1 % en 2015, après +2,4 % par an de 2010 à 2014), à la suite de la modération des honoraires et des frais de séjour. En particulier, les prix ont globalement baissé pour la troisième année consécutive dans le secteur privé hospitalier (-1,1 % après -0,3 % en 2013 et 2014) : en 2015, la légère hausse du prix des honoraires n'a pas compensé les baisses de prix des frais de séjours (contrecoup de l'introduction du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi [CICE]) et des biens médicaux de la liste en sus<sup>4</sup>. En effet, le CICE, mécanisme fiscal de réduction du coût du travail introduit en 2013, a permis aux cliniques privées de réduire leurs charges. Considérant que ces dernières sont en concurrence avec des établissements publics non éligibles au CICE, les pouvoirs publics ont atténué l'écart de compétitivité induit par le CICE en 2013 et 2014, puis l'ont totalement neutralisé en 2015, via des baisses tarifaires des séjours hospitaliers privés (fiche 23).

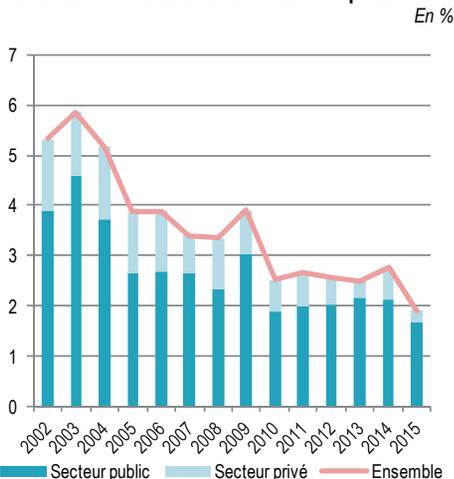
<sup>1</sup> Les indices de prix des médicaments, calculés par l'INSEE, n'intègrent toutefois les médicaments innovants que l'année suivant leur mise sur le marché au sein de l'échantillon retenu. Or ceux-ci sont généralement plus coûteux que la moyenne des médicaments déjà sur le marché.

<sup>2</sup> La base 2010 des comptes de la santé remonte jusqu'en 2001 avec une méthodologie comparable. Les premiers taux calculables suivant cette méthode sont donc ceux de 2002.

<sup>3</sup> Dans les comptes de la santé, suivant une logique de lieu d'exécution, le secteur hospitalier privé comprend l'ensemble des honoraires perçus par les professionnels libéraux y exerçant ainsi que les analyses médicales qui y sont effectuées.

<sup>4</sup> Il s'agit des médicaments et autres biens médicaux, souvent coûteux, qui sont facturés en sus de la tarification à l'activité.

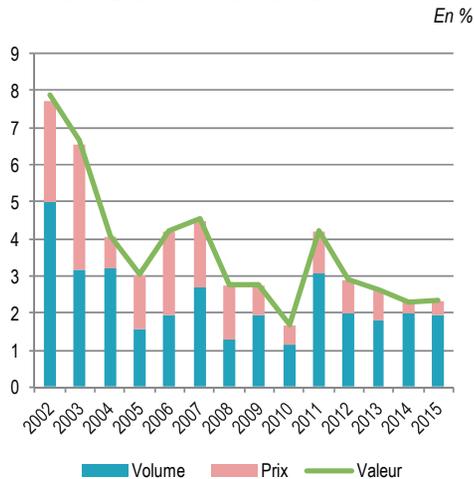
**Graphique 3** Contributions à l'évolution en valeur de la consommation de soins hospitaliers



**Note >** La contribution de chaque secteur à la croissance de la consommation de soins hospitaliers totale s'obtient en pondérant son taux de croissance par sa part au sein de cet agrégat.

**Source >** DREES, Comptes de la santé.

**Graphique 4** Taux d'évolution de la consommation de soins de ville



**Note >** La consommation de soins de ville inclut les soins des médecins, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, les soins dentaires, les analyses de biologie et les cures thermales.

**Source >** DREES, Comptes de la santé.

**En 2015, les auxiliaires médicaux expliquent la moitié de la croissance des soins de ville**

En 2015, la consommation de soins de ville s'élève à 50,5 milliards d'euros. Elle croît de 2,3 % en 2015, comme en 2014 (graphique 4). Les soins d'auxiliaires médicaux sont à l'origine de plus de la moitié de la croissance des soins de ville alors qu'ils ne représentent qu'un peu plus du quart de cet agrégat (28,4 %).

En effet, malgré un ralentissement en 2015, les volumes des soins d'auxiliaires médicaux sont très dynamiques (+4,3 %), qu'ils soient délivrés par les infirmiers ou les masseurs-kinésithérapeutes. Les évolutions des autres postes composant les soins de ville sont bien moindres : les volumes de soins de médecins et de sages-femmes progressent de 1,6 % au global et celui des soins dentaires de 0,3 %. Le volume des analyses de biologie, qui avait reculé en 2014, se stabilise en 2015. Les prix des soins de ville affichent également une progression modérée en 2015 (+0,4 %).

Les **soins d'auxiliaires médicaux** (14,4 milliards d'euros, fiches 7 à 9) sont composés de soins d'infirmiers<sup>1</sup> (qui représentent 52 % du total), de masseurs-kinésithérapeutes (pour 39 % du total) et d'autres auxiliaires médicaux (orthophonistes, orthoptistes et pédicures, pour 9 % du total). S'ils sont toujours très dynamiques en 2015 (+4,3 %), ils progressent cependant de moins en moins vite depuis 2012, où leur croissance atteignait 7,0 %. Le prix de ce poste agrégé est resté stable en 2015 comme en 2014, les dernières revalorisations de leurs actes datant de la mi-2012.

La consommation de **soins de médecins généralistes de ville**<sup>2</sup> (8,7 milliards d'euros, fiche 3) progresse de 0,6 % en 2015 : la consommation en volume stagne (+0,1 %), malgré l'effet en année pleine de l'extension aux personnes de plus de 80 ans (au lieu des 85 ans ou plus) de la majoration personnes âgées (MPA), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2014<sup>3</sup>. La croissance des prix<sup>4</sup> est, quant à elle, restée faible depuis 2012 et atteint +0,5 % en 2015.

En revanche, la consommation de **soins de spécialistes en ville** (11,2 milliards d'euros, fiche 4) est en forte augmentation (+3,1% en 2015). La croissance des volumes s'établit à 1,5 % en moyenne annuelle entre 2007 et 2014 et atteint +2,6 % en 2015. Cette progression est portée par l'augmentation du nombre d'actes techniques, notamment de scanners et d'IRM (dont les volumes ont connu une croissance de 10 % en moyenne annuelle de 2006 à 2015).

<sup>1</sup> Les soins infirmiers ne comprennent pas les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD, 1,6 milliard d'euros en 2015) qui ont été regroupés avec les soins de longue durée compte tenu de leur nature.

<sup>2</sup> Cette dépense comprend les honoraires des médecins en cabinets libéraux et en dispensaires (tarifs opposables, dépassements et forfaits médecin traitant), à l'exclusion des honoraires perçus lors de consultations en établissements privés (retracés dans la dépense hospitalière). Sont également exclus de cet agrégat les contrats et la rémunération sur objectifs de santé publique (retracés dans le poste « autres soins et contrats »), ainsi que les prises en charge de cotisations par l'assurance maladie dont bénéficient ces professionnels (retracés dans les subventions au système de soins).

<sup>3</sup> Par convention, l'indice IPC intègre les nouveaux forfaits (tels que la majoration personnes âgées - MPA) en « effet volume » bien qu'ils induisent une augmentation de la rémunération des consultations des professionnels, à tarif des lettres clef inchangé.

<sup>4</sup> Jusqu'en 2015 inclus, l'indice INSEE de prix des médecins est commun aux généralistes et aux spécialistes.

De même, la consommation de **soins de sages-femmes en ville** (270 millions d'euros en 2015, fiche 6) est particulièrement rapide (+15,8 % en 2013 et +11,1 % en 2014 et 2015) sous l'effet de la montée en charge du programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation (PRADO), qui instaure la visite à domicile d'une sage-femme après la sortie de la maternité.

Le montant de la consommation de **soins dentaires** s'élève à 10,7 milliards d'euros en 2015, soit une hausse de 1,2 % en valeur par rapport à 2014. Ce léger rebond fait suite à une croissance de moins en moins soutenue de 2011 à 2014. Il est porté par le dynamisme de la dépense remboursable, tandis que la part non remboursable s'infléchit<sup>1</sup> (fiche 10). Son prix progresse de 0,9 % en 2015 : la revalorisation de certains soins conservateurs et chirurgicaux et la rénovation de la CCAM dentaire sont entrées en vigueur en juin 2014 et poursuivent donc leurs effets en 2015. Les volumes de soins dentaires sont en revanche stables en 2015 (+0,3 %).

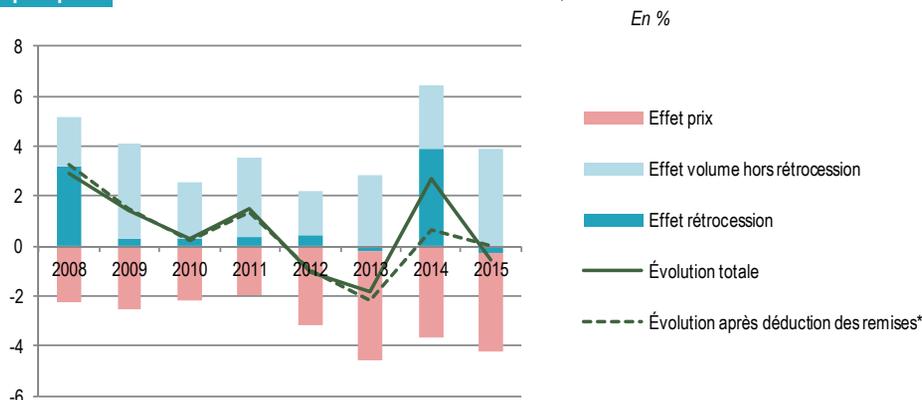
Après trois années de recul (-0,6 % en moyenne annuelle entre 2011 et 2014), la consommation **d'analyses et de prélèvements en laboratoires** se stabilise à 4,3 milliards d'euros. Ces diminutions découlaient des baisses successives de cotation d'actes, des impacts des mouvements de grève de 2012 et de l'effet de la recommandation de la Haute Autorité de santé visant à réduire les dosages de vitamine D. En 2015, la consommation d'analyses et de prélèvements se stabilise en l'absence de nouvelle modification des cotations (fiche 12).

Enfin, **les autres soins et contrats** regroupent les rémunérations forfaitaires versées par l'assurance maladie à certains professionnels de santé (permanence des soins pour les médecins, rémunérations sur contrat, spécifiques à chaque profession, rémunération sur objectif de santé publique [ROSP] des médecins) et les honoraires des autres professionnels de santé. En 2015, les autres soins et contrats s'élèvent à 637 millions d'euros, soit 3,3 % de plus qu'en 2014. La ROSP<sup>2</sup>, versée majoritairement aux généralistes, en constitue le principal poste (fiche 3).

### Une baisse de la dépense de médicaments

En 2015, les nouvelles baisses du prix du médicament font plus que compenser sa croissance en volume : la consommation de médicaments en ville, qui s'élève à 34,0 milliards d'euros, diminue de 0,5 %. Cette relative stabilité résulte de deux effets de grande ampleur mais de sens contraire : d'une part, une nouvelle diminution des prix (-4,0 %) et, d'autre part, une hausse des volumes (+3,6%, graphique 5).

**Graphique 5** Évolution de la consommation de médicaments, en valeur



\* Par convention et faute de détail (entre ville et hôpital), l'ensemble des remises<sup>3</sup> est déduit ici de la consommation de médicaments en ville. En toute rigueur, une part d'entre elles vient en fait en réduction de la dépense hospitalière.

**Champ** > Consommation de médicaments en ambulatoire.

**Source** > DREES, Comptes de la santé.

Auparavant très dynamique (+4,9 % par an entre 2001 et 2010), la progression des volumes de vente de médicaments est revenue à environ 3 % par an entre 2010 et 2013, à la suite notamment des modifications de

<sup>1</sup> Toutefois, sa dynamique réelle est difficile à appréhender : les actes hors nomenclature dentaire (par exemple orthodontie pour les assurés de plus de 16 ans, implants dentaires) se développent et échappent à la statistique publique, faute de remontée de ces dépenses aux caisses d'assurance maladie.

<sup>2</sup> Depuis 2012, la ROSP médecins vient compléter la rémunération des praticiens (généralistes et certains spécialistes) en fonction du degré de réalisation d'objectifs, liés principalement à la qualité des soins et de prescription.

<sup>3</sup> Les laboratoires pharmaceutiques versent aux caisses de Sécurité sociale des remises. Leurs montants, qui viennent réduire la dépense de santé, sont retracés dans les subventions au système de soins (fiche 31).

comportements de prescription, des déremboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant, et des actions de communication ciblées (sur les antibiotiques par exemple). En 2014, la forte hausse des volumes (+6,6 %) est principalement due au dynamisme des produits rétrocedés, en raison de l'arrivée de traitements innovants contre le virus de l'hépatite C. En 2014, ces traitements ont en effet généré à eux seuls plus de 1,1 milliard d'euros de dépenses nouvelles, portant le montant total de la rétrocession à 2,9 milliards d'euros avant remises, contre 1,6 milliard en 2013. Hors rétrocession, la croissance des volumes de spécialités pharmaceutiques en ville de 2014 serait restée proche des 3 % (+2,5 %).

En 2015, la rétrocession diminue de 3,1 % et son montant s'élève à 2,8 milliards d'euros. Les volumes hors rétrocession progressent en revanche de 3,6 %, portés notamment par le dynamisme des médicaments non remboursables (+6,3 % en volume après -3,8 % par an entre 2012 et 2014). Leur croissance est à rapprocher des déremboursements de médicaments à service médical rendu jugé insuffisant à compter du 1<sup>er</sup> mars 2015, en particulier les anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente. Les dépenses d'autres médicaments non remboursables sont également dynamiques (fiche 13).

Contrairement aux volumes, le prix des médicaments diminue de 4,0 % en 2015, à la suite de la baisse du prix des spécialités remboursables (-4,5 %). Leur prix recule depuis de nombreuses années, et ce de façon plus marquée depuis 2012 avec l'intensification des politiques de baisses de prix menées, afin de respecter des taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de plus en plus contraints, et avec la diffusion croissante des médicaments génériques. Plus précisément, les prix des médicaments remboursables diminuent sous l'effet de l'augmentation du nombre de spécialités génériquées et pour celles-ci, de la substitution croissante des génériques aux princeps (fiche 15). En particulier, en 2012 et 2013, plusieurs spécialités très consommées ont été génériquées. L'impact de la générication est toutefois moins marqué depuis 2014 du fait de moindres tombées de brevets et d'un taux de pénétration des génériques stable. En revanche, le prix des spécialités non remboursables continue de progresser en 2015 (de +0,6 % et de +2,3 % par an en moyenne depuis 2008).

L'année 2015 a en outre été marquée sur ce champ par la réforme de la rémunération des pharmaciens, qui a modifié la marge officinale avec l'introduction d'honoraires de dispensation (HDD). Ce nouveau mode de rémunération, introduit le 1<sup>er</sup> janvier 2015, consiste en un forfait de 0,82 euro par boîte de médicaments délivrée (revalorisé à 1,02 euro au 1<sup>er</sup> janvier 2016), et 0,51 euro supplémentaire en cas d'ordonnance « complexe », c'est-à-dire listant au moins cinq spécialités remboursables différentes. En 2015, plus de 2,1 milliards de HDD ont ainsi été versés aux pharmaciens. Cette réforme a eu pour effet de déplacer une partie de la marge des médicaments les plus coûteux vers les médicaments les moins chers. Au niveau macroéconomique, toutefois, ce report d'une partie de la marge vers un HDD est quasiment neutre sur la dépense totale de médicaments et sur la répartition de son financement (fiche 13).

### En 2015, le prix de l'optique diminue pour la première fois depuis 2002

La consommation d'« autres biens médicaux » atteint 14,7 milliards d'euros en 2015, soit 3,9 % de plus qu'en 2014 (graphique 6). Elle comprend 6,1 milliards d'euros pour l'optique (fiche 17), 2,8 milliards d'euros pour les prothèses, orthèses, et véhicules pour handicapés physiques (VHP) et 5,8 milliards d'euros de matériels, aliments et pansements (fiche 16).

Les dépenses d'autres biens médicaux que l'optique restent très dynamiques : en 2015, les prothèses, orthèses et VHP progressent de 7,0 %, et les matériels, aliments et pansements, de 5,4 %. Entre 2010 et 2014, la croissance de ces deux postes était relativement proche, d'environ 6 % par an.

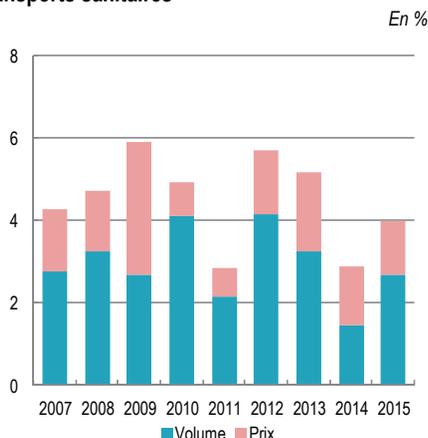
En revanche, la dépense d'optique médicale, qui progressait fortement dans les années 2000, a nettement ralenti depuis 2013. La modération de la dépense de ces trois dernières années s'explique par le ralentissement à la fois des prix et des volumes. En 2015, le prix de l'optique diminue pour la première fois depuis 2001 (-0,3 %). Plusieurs éléments peuvent expliquer ces tendances. Confrontés à des dépenses d'optique dynamiques, certains organismes complémentaires ont limité leurs garanties effectives ces dernières années notamment en introduisant des bonus fidélité ou des reports de forfait dans leur contrat. La réforme des contrats « responsables », entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2015, accentue ce phénomène : parmi les nouveaux critères à respecter pour bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la réglementation, les contrats doivent désormais rembourser les dépenses d'optique au maximum tous les deux ans. Par ailleurs, le développement récent des réseaux de soins et la libéralisation de la vente d'optique médicale par internet instaurée par la loi Hamon du 17 mars 2014 pourraient contribuer à expliquer la modération des prix du secteur.

**Graphique 6** Taux d'évolution des dépenses d'autres biens médicaux



Source > DREES, Comptes de la santé.

**Graphique 7** Taux d'évolution des dépenses de transports sanitaires



Source > DREES, Comptes de la santé.

### Les transports de malades progressent plus rapidement en 2015 qu'en 2014

Les dépenses de transports de malades<sup>1</sup> s'élèvent à 4,6 milliards d'euros en 2015, soit une hausse de 4,0 % en valeur et de 2,7 % en volume par rapport à 2014 (graphique 7). Cette évolution plus dynamique qu'en 2014 (+2,9 %), retrouve la tendance de moyen terme des dépenses de transport sanitaire (+4,2 % en moyenne annuelle entre 2010 et 2014).

En 2015, la reprise d'une croissance plus soutenue de la dépense est à mettre en lien avec la reprise des volumes (+2,7 %), les prix augmentant de 1,3 %, à la suite de la revalorisation tarifaire des VSL intervenue au 1<sup>er</sup> janvier (fiche 11).

### Le reste à charge des ménages en santé diminue de nouveau en 2015 et s'établit à 8,4 %

La Sécurité sociale est l'acteur majeur du financement de la CSBM, avec une prise en charge de 76,8 % de la dépense en 2015, soit 149,5 milliards d'euros (tableau 1). Sur les quinze dernières années, la part de la Sécurité sociale dans le financement a atteint un point haut en 2004 (77,4 %), puis a diminué pour atteindre 75,8 % en 2011. Entre 2011 et 2014, elle a progressé de 0,8 point et progresse de nouveau de près de 0,2 point en 2015, à 76,8 % (fiche 25).

Les prises en charge de l'État au titre des prestations versées aux invalides de guerre, des soins urgents<sup>2</sup> ainsi que de l'aide médicale de l'État<sup>3</sup> et des organismes de base au titre de la CMU-C représentent au global 1,4 % de la CSBM en 2015.

La part des organismes complémentaires (OC [mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances], fiche 27) a augmenté jusqu'en 2013. La hausse était principalement portée par la prise en charge par ces organismes des autres biens médicaux, et notamment de l'optique. Cependant, cette prise en charge s'est stabilisée depuis 2012. La part des organismes complémentaires dans la CSBM diminue légèrement en 2014 et en 2015. La faible croissance des prestations versées par les OC en 2015 s'explique en partie par la réforme de la couverture santé des travailleurs frontaliers suisses : un certain nombre de ces travailleurs, qui auparavant étaient intégralement couverts par une assurance santé privée (dite « au 1<sup>er</sup> euro »), ont été obligés de s'affilier à la Sécurité sociale. Cela a représenté une perte d'activité pour les OC et des prestations moindres. La réforme des « contrats responsables » a également réduit la prise en charge des OC pour les soins de médecins notamment.

Enfin, le reste à charge des ménages en santé, qui atteignait 9,3 % en 2011, diminue depuis lors. Il ressort à 8,4 % de la CSBM en 2015 (fiche 28).

<sup>1</sup> Les dépenses de transport de malades recouvrent différents types de transports : service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), ambulances, véhicules sanitaires légers (VSL), taxis, véhicules personnels ou autres moyens de transport (transports en commun notamment).

<sup>2</sup> Destinés aux étrangers en situation irrégulière résidant en France, ces soins sont limités aux soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital.

<sup>3</sup> Destinée aux étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis plus de trois mois.

La hausse de la part de la Sécurité sociale et la baisse du reste à charge des ménages proviennent, d'une part, de phénomènes de fond liés notamment au vieillissement de la population tels que la progression des effectifs de personnes en affection de longue durée (ALD), la déformation de la consommation de soins vers les soins les mieux remboursés..., d'autre part, des effets des différentes mesures législatives portant sur l'assurance maladie (mesures de régulation, remboursement de nouveaux actes et traitements innovants...).

**Tableau 1** Structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux

En %

	2001	2004	2007	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sécurité sociale <sup>(1)</sup>	77,0	77,4	76,9	76,3	75,8	75,9	76,2	76,7	76,8
État et CMU-C org. de base	1,3	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4
Organismes complémentaires <sup>(2)</sup>	12,1	12,7	13,0	13,4	13,6	13,7	13,7	13,4	13,3
dont mutuelles	7,4	7,4	7,6	7,5	7,4	7,4	7,3	7,1	7,0
dont sociétés d'assurances	2,4	2,8	3,0	3,5	3,6	3,7	3,7	3,7	3,7
dont Institutions de prévoyance	2,3	2,5	2,4	2,4	2,5	2,5	2,6	2,6	2,6
Ménages	9,7	8,7	8,8	9,0	9,3	9,1	8,8	8,6	8,4
<b>Total</b>	<b>100,0</b>								

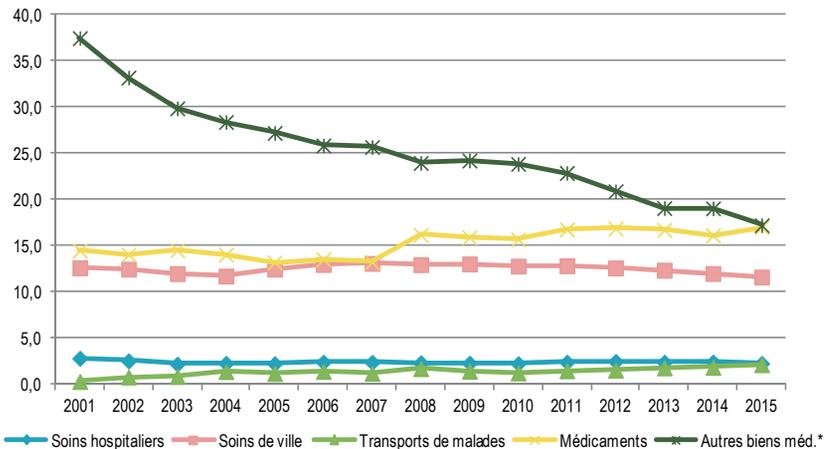
(1) Y compris le déficit des hôpitaux publics et les régimes Alsace Moselle et CAMIEG.

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

Source > DREES, Comptes de la santé.

**Graphique 8** Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM

En %



\* Y compris optique médicale.

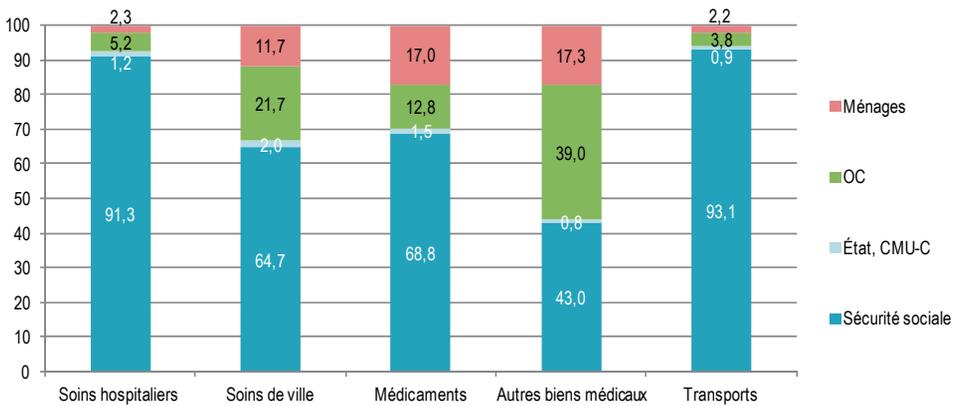
Source > DREES, Comptes de la santé.

**Les niveaux de prise en charge par la Sécurité sociale varient fortement d'un poste de dépense à l'autre**

Les **soins hospitaliers** se caractérisent par une part particulièrement élevée de la Sécurité sociale dans leur financement : 91,3 % en 2015 (graphique 9). À l'inverse, les organismes complémentaires (OC) prennent en charge une part réduite de ces dépenses (5,2 % en 2015). Le reste à charge des ménages s'établit quant à lui à 2,3 % sur ce poste de dépenses en 2015 (graphique 8). Ces parts sont stables depuis 2010.

**Graphique 9** Structure de financement des grands postes de la CSBM en 2015

En %



Source > DREES, Comptes de la santé.

Deux tiers des **soins de ville** sont pris en charge par la Sécurité sociale (64,7 % en 2015). Cette part augmente depuis 2012, en raison notamment de l'introduction de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) : l'assurance maladie assure l'intégralité du financement de ce supplément de rémunération des médecins. Cette croissance est accentuée en 2015 par le ralentissement des dépassements d'honoraires des médecins et le recul de celui des dentistes.

Les organismes complémentaires financent 21,7 % des soins de ville en 2015. Leur part dans le financement des soins dentaires (soins et prothèses, 40,3 % en 2015) a augmenté depuis plusieurs années (+5 points depuis 2006). En revanche, la prise en charge par les OC des soins de médecins (19,4 % en 2015) a reculé par rapport à 2014 (20,2 %). Depuis 2015, la législation sur les « contrats responsables » impose en effet aux OC de plafonner les remboursements de certains dépassements d'honoraires de médecins.

Le reste à charge en soins de ville, qui s'établissait à 12,8 % en 2010 et 2011, diminue depuis 2012 en l'absence de mesure tarifaire notable affectant la participation des ménages. Il s'établit à 11,7 % de la dépense en 2015.

La part de la Sécurité sociale dans la dépense de **médicaments** diminue en 2015 pour atteindre 68,8 %. Malgré le passage, en 2011, à 30 % du taux de remboursement auparavant à 35 %, cette part augmentait depuis 2009, en lien avec la déformation de la structure des médicaments : la part des médicaments remboursés à 100 % (parmi lesquels figurent les plus coûteux) dans les ventes de médicaments progresse tendanciellement. En particulier, l'introduction des traitements contre l'hépatite C a fait augmenter le taux de prise en charge des médicaments par la Sécurité sociale en 2014. En 2015, ce taux diminue, à la fois du fait de déremboursements de médicaments à service médical rendu jugé insuffisant (anti-arthrosiques notamment) à compter du 1<sup>er</sup> mars et du dynamisme des autres médicaments non remboursables.

Symétriquement, la part de la dépense de médicaments prise en charge par les OC a diminué de 3,0 points depuis 2010. En 2015, les déremboursements et l'intégration de travailleurs frontaliers suisses dans l'assurance maladie obligatoire française induisent également une baisse de la prise en charge par les OC des médicaments.

Le reste à charge sur les médicaments a augmenté de 15,7 % en 2010 à 17,0 % en 2015. En particulier, en 2015, en conséquence de la baisse de la prise en charge par l'assurance maladie et par les OC, le reste à charge sur les médicaments repart à la hausse (+0,9 point).

C'est pour les **autres biens médicaux** que la contribution de la Sécurité sociale est la plus faible, avec 43,0 % de la dépense en 2015, mais cette part a progressé de 2,2 points depuis 2011. Sur les dernières années, la croissance de cette part est due à un effet de structure : l'optique (dont le taux de prise en charge par la Sécurité sociale est de 3,8 % en 2015) croît moins vite que les autres biens médicaux hors optique (dont le taux est de 71,1 %).

À l'inverse, les autres biens médicaux sont le poste où les OC interviennent proportionnellement le plus puisqu'ils financent, en 2015, 39,0 % de cette dépense. L'optique y tient une place prépondérante, et représente plus des trois quarts des remboursements d'autres biens médicaux de ces organismes. Sur ce champ, la part des OC a peu augmenté depuis 2012, après avoir crû pendant de nombreuses années (elle s'établissait à 32,7 % en 2006 et à environ 26 % en 2000). Outre la limitation des garanties les plus généreuses, les OC ont également mis en place des réseaux de soins qui leur permettent de modérer certaines de leurs prestations, notamment en optique.

En parallèle, le reste à charge des ménages sur ce poste s'est progressivement réduit, passant de 23,9 % en 2010 à 17,3 % en 2015, soit une diminution de 6,6 points en cinq ans.

Enfin, c'est pour les **transports de malades** que la Sécurité sociale prend en charge la part la plus importante des dépenses, à hauteur de 93,1 % des montants engagés en 2015. La proportion importante du nombre de patients en affection de longue durée (ALD) ayant recours à ces services explique la part prépondérante de la Sécurité sociale. Le reste à charge des ménages sur ce poste est donc très faible (2,2 % en 2015), de même que la part des organismes complémentaires (3,8 %).

### En 2015, la dépense courante de santé progresse moins vite que le PIB en valeur

La dépense courante de santé (DCS) s'établit à 262,0 milliards d'euros en 2015, soit 12,0 % du PIB (encadré 2, fiche 31).

En 2015, le taux de croissance de la DCS est particulièrement bas (+1,5%). Il progresse moins vite que le PIB en valeur, rompant ainsi avec les années 2012-2014 et avec la période précédant la crise où la DCS croissait nettement plus rapidement que ce dernier.

L'évolution de la DCS est fortement liée à celle de la consommation de soins et de biens médicaux, qui en représente les trois quarts. En 2015 comme en 2014, la dépense courante de santé progresse un peu plus lentement que la CSBM (+1,5 % contre +1,8 %). Cette moindre croissance est notamment liée à la décroissance des coûts de gestion (-1,3 %), de la prévention institutionnelle (-1,0 %) et des autres dépenses en faveur des malades (-1,8 %, portées par la baisse des indemnités de l'ONIAM<sup>1</sup>).

Les dépenses en faveur du système de soins sont également peu dynamiques (+0,7 %) : les dépenses de recherche sont stables ; celles de formation médicale et les subventions décroissent. Les remises conventionnelles (qui viennent diminuer la dépense courante de santé) reculent aussi, après avoir connu un niveau exceptionnellement haut en 2014.

En revanche, les soins de longue durée et les indemnités journalières croissent plus rapidement que la CSBM (respectivement +2,1 % et +2,3 %). La dynamique des soins de longue durée est à rapprocher de facteurs démographiques structurels (vieillesse de la population). La croissance des indemnités journalières est en revanche portée par les effets de la grippe saisonnière, plus importante qu'en 2014.

#### Encadré 2 La dépense courante de santé

La dépense courante de santé (DCS) au sens français est la somme de toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. La dépense de santé est dite « courante » parce qu'elle n'intègre pas les dépenses d'investissement en capital (formation brute de capital fixe, FBCF) des établissements de santé et des professionnels libéraux. Outre la CSBM, la DCS (tableau 2) comprend :

- les soins de longue durée (7,7 %) : les **soins aux personnes âgées** (fiche 32) regroupent les soins délivrés au sein des unités de soins de longue durée, dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou non (EHPA[D]) et ceux délivrés à domicile par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Les **soins de longue durée aux personnes handicapées** (fiche 33) correspondent aux soins dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) ;
- les indemnités journalières (maladie, maternité et accidents du travail, 5,2 %, fiche 35) ;
- les autres dépenses en faveur des malades (0,2 %) : dépenses d'indemnisation de l'ONIAM et soins aux personnes en difficulté sociale ;
- les dépenses de prévention institutionnelle (2,2 %, fiche 35), composée de la prévention individuelle primaire, qui vise à éviter l'apparition ou l'extension des maladies (vaccins...), la prévention individuelle secondaire, qui tend à repérer les maladies avant leur développement (dépistages...), la prévention collective à visée comportementale (lutte contre les addictions, éducation à la santé...) et environnementale (lutte contre la pollution, sécurité sanitaire de l'alimentation, prévention des risques professionnels...). Elle est dite « institutionnelle » car financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux ;
- les dépenses en faveur du système de soins (4,7 %) : la recherche médicale et pharmaceutique et la formation des professionnels de la santé, ainsi que les subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles ;
- les coûts de gestion du système (5,8 %, fiche 37).

<sup>1</sup> Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

**Tableau 2** Dépense courante de santé (au sens français)

	Valeur (en milliards d'euros)		Taux d'évolution 2005-2015 en moyenne annuelle (en %)	Taux d'évolution 2014-2015 (en %)
	2005	2015		
<b>1- CSBM</b>	<b>148,0</b>	<b>194,6</b>	<b>2,8</b>	<b>1,8</b>
<b>2- Soins de longue durée</b>	<b>12,1</b>	<b>20,1</b>	<b>3,7</b>	<b>2,1</b>
SSIAD	0,9	1,6	4,0	1,3
Soins aux pers. âgées en étab.	4,6	9,0	5,0	2,2
Soins aux pers. handicapées en étab.	6,7	9,5	2,6	2,2
<b>3- Indemnités journalières</b>	<b>10,7</b>	<b>13,7</b>	<b>1,8</b>	<b>2,3</b>
<b>4- Autres dépenses en faveur des malades</b>	<b>0,3</b>	<b>0,6</b>	<b>6,7</b>	<b>-1,8</b>
<b>5- Prévention institutionnelle</b>	<b>5,0</b>	<b>5,8</b>	<b>1,0</b>	<b>-1,0</b>
<b>6- Dépenses en faveur du système de soins</b>	<b>9,6</b>	<b>12,2</b>	<b>1,8</b>	<b>0,7</b>
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1,9	2,5	2,1	4,0
Recherche médicale et pharmaceutique	6,6	7,5	0,9	0,1
Formation médicale	1,1	2,2	5,2	-0,6
<b>7- Coût de gestion de la santé</b>	<b>11,9</b>	<b>15,1</b>	<b>1,7</b>	<b>-1,3</b>
<b>Dépense courante de santé (1+...+7)</b>	<b>197,5</b>	<b>262,0</b>	<b>2,0</b>	<b>1,5</b>

Source > DREES, Comptes de la santé.

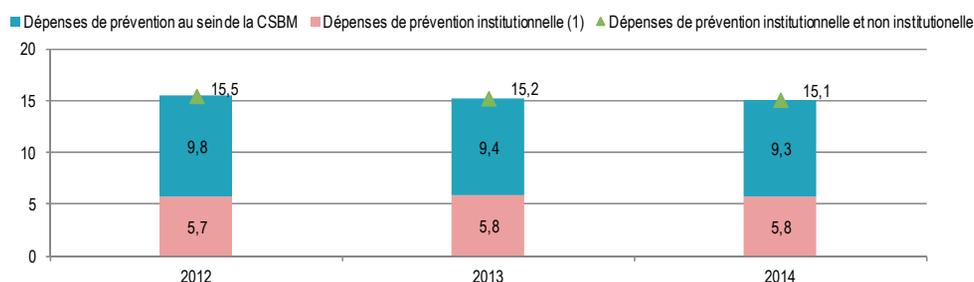
### La prévention sanitaire : 15,1 milliards d'euros

La DREES, en collaboration avec la direction générale de la santé (DGS) et la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), s'est engagée dans l'estimation des dépenses de prévention en France.

Les dépenses de prévention s'élevaient à 15,1 milliards d'euros en 2014 (graphique 10, éclairage « Une estimation partielle des dépenses de prévention sanitaire ») : 5,8 milliards pour la prévention institutionnelle et 9,3 milliards d'euros pour la prévention retracée dans la CSBM. Ces dépenses de prévention disséminées représentent au moins 4,8 % de la CSBM. En leur sein, la consommation de médicaments à titre préventif occupe la place la plus importante des dépenses de prévention (45 %), suivie des consultations, visites et actes réalisés par les médecins (25 %).

### Graphique 10 Dépenses de prévention institutionnelle et non institutionnelle entre 2012 et 2014

En milliards d'euros



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

**Note** > Graphique issu de l'éclairage « Une estimation partielle des dépenses de prévention sanitaire »

**Champ** > Tous régimes.

**Sources** > Comptes de la santé, SNIIRAM ; SNIR ; GERS ; EPPM – IMS-Health ; PMSI-MCO ; calculs DREES.

Les dépenses de prévention ont diminué de 1,2 % par an entre 2012 et 2014 : si la prévention institutionnelle a augmenté de 1,1 % par an, la prévention au sein de la CSBM a reculé de 2,6 % par an. Cela s'explique notamment par la diminution des dépenses de médicaments consommés à titre préventif. En particulier, les dépenses liées aux traitements du risque cardio-vasculaire (antihypertenseurs et hypolipémiants) ont baissé, en raison de la diffusion des génériques et de la réduction du nombre de personnes traitées.

Par ailleurs, les ventes de contraceptifs hormonaux ont reculé, à la suite de la polémique sur les pilules de troisième et quatrième générations. La consommation s'est en partie reportée sur les dispositifs intra-utérins.

Enfin, les ventes d'antitabac reculent entre 2012 et 2014, en parallèle d'une diminution du volume de tabac vendu sur cette période et de l'essor des cigarettes électroniques, qui peuvent apparaître pour certains utilisateurs comme un moyen de sevrage<sup>1</sup>.

### L'Union européenne des 15 dépense 10,5 % de son PIB pour la santé

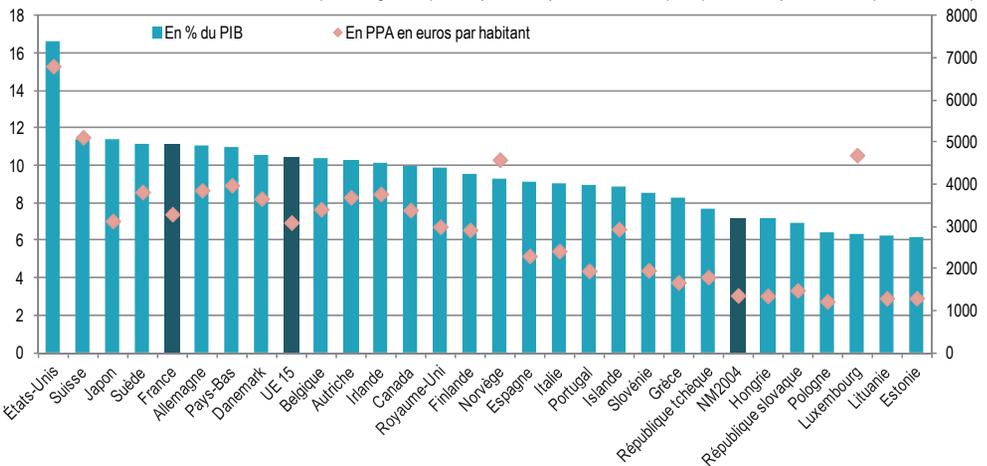
Avec une dépense courante de santé au sens international (DCSi, voir encadré 3) représentant 16,6 % du PIB en 2014, les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE, en lien notamment avec des dépenses plus élevées dans les secteurs des soins ambulatoires et des produits pharmaceutiques. Plus de cinq points derrière les États-Unis, la Suisse et le Japon détiennent 11,4 % de leur PIB pour la santé.

En France, la DCSi s'établit à 11,1 % du PIB, soit un niveau très proche de la Suède, de l'Allemagne et des Pays-Bas et supérieur à la moyenne de l'UE 15 (10,5 % - fiche 40). Dans les pays du sud de l'Europe, les dépenses de santé sont en revanche plus faibles que la moyenne de l'UE 15. Par ailleurs, la plupart des pays d'Europe centrale comme la Hongrie ou la Pologne détiennent nettement moins : en moyenne, les membres de l'UE ayant adhéré à partir de 2004 et pour lesquels les données sont disponibles (NM 2004) consacrent 7,2 % de leur PIB à la santé (graphique 11).

La hiérarchie des pays est sensiblement modifiée lorsqu'on s'appuie sur la dépense courante de santé par habitant exprimée en parité de pouvoir d'achat (PPA<sup>2</sup>). Pour cet indicateur, la France se situe juste au-dessus de la moyenne UE 15, à un niveau proche de la Belgique, du Canada ou du Japon. Les écarts relatifs de pouvoirs d'achat entre les pays font que la dépense en PPA ressort à des niveaux plus élevés aux États-Unis, chez quelques-uns de nos voisins européens (Suisse, Norvège, Pays-Bas, Suède, Allemagne, Autriche, Danemark, Luxembourg et Belgique). En PPA, les dépenses de santé par habitant sont deux fois plus élevées aux États-Unis qu'en France.

### Graphique 11 Dépense courante de santé au sens international en 2014

En % du PIB (axe de gauche) et en parité de pouvoir d'achat (PPA) en euros par habitant (axe de droite)



Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

### Encadré 3 Le système international des comptes de la santé

Pour permettre une comparaison internationale des dépenses de santé, le *System of Health Accounts* (SHA) a été développé. Il est piloté par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et Eurostat.

L'agrégat le plus pertinent pour les comparaisons internationales est la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Celui-ci correspond à la dépense de consommation finale de biens et de services de santé. Il comprend les dépenses hospitalières, celles de soins de ville, de transports et de biens médicaux ainsi que les dépenses de soins de longue durée (dans une acception plus large que celle des comptes de la santé), les autres dépenses en faveur des malades, les subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles et une partie de la prévention institutionnelle et des coûts de gestion (annexe 1 du panorama).

<sup>1</sup> Lermenier-Jeannot A., « Tabagisme et arrêt du tabac en 2015 », OFDT, février 2016.

<sup>2</sup> Les parités de pouvoir d'achat (PPA) sont un taux de conversion qui vise à éliminer les différences de niveaux de prix entre pays. Les PPA expriment le rapport entre la quantité d'unités monétaires nécessaire dans des pays différents pour se procurer le même panier de biens et de services.

## Depuis la crise, une moindre progression des dépenses de santé

Entre 2007 et 2009, les dépenses de santé rapportées au PIB ont crû en moyenne de 5,6 % en UE 15, du fait de la contraction du PIB dans de nombreux pays, alors que les dépenses de santé continuaient à progresser en termes réels au même rythme qu'avant la crise.

La croissance des dépenses de santé, en part de PIB comme à prix constant, marque le pas en 2010, dans un contexte de réduction ou de ralentissement des financements publics qui constituent la principale ressource des systèmes de santé. Certains pays d'Europe en particulier ont connu une diminution des dépenses de santé en termes réels entre 2009 et 2014 (les pays du sud de l'Europe, le Danemark et les Pays baltes).

Ainsi, entre 2011 et 2014, les dépenses de santé progressent de moins de 1 % par an dans l'UE 15 en termes réels, soit un rythme trois fois plus faible qu'avant la crise, de 2003 à 2007 (graphique 12), mais supérieur à la croissance du PIB (+0,2 % par an en termes réels entre 2011 et 2014). Parmi les NM 2004, la progression des dépenses de santé est légèrement plus soutenue en termes réels que dans l'UE 15, mais l'écart est moindre qu'avant crise et la part des dépenses dans le PIB y diminue du fait d'une croissance économique généralement plus dynamique.

Aux États-Unis, le ralentissement de la croissance réelle de la DCSi est beaucoup moins marqué. La DCSi y croît ainsi de 2,4 % par an entre 2011 et 2014. La part de la DCSi dans le PIB est stable depuis 2009. En revanche, cette part diminue au Canada, la croissance réelle des dépenses étant divisée par trois par rapport à la période précédant la crise (fiche 40).

### Graphique 12 Évolution annuelle moyenne réelle de la dépense courante de santé au sens international

Évolution annuelle moyenne de la DCSi en PPA en euros constants 2010, en %



Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Note > Les évolutions annuelles suivantes sont exclues du calcul en raison de ruptures de série : France 2005-2006, Italie 2013-2014, Royaume-Uni 2012-2013, Suède 2010-2011, Suisse 2009-2010, Japon 2010-2011. Les moyennes UE 15 et NM 2004 sont corrigées des ruptures de série.

### Un reste à charge des ménages en santé de 15 % en moyenne dans l'Union européenne des 15, mais de fortes disparités

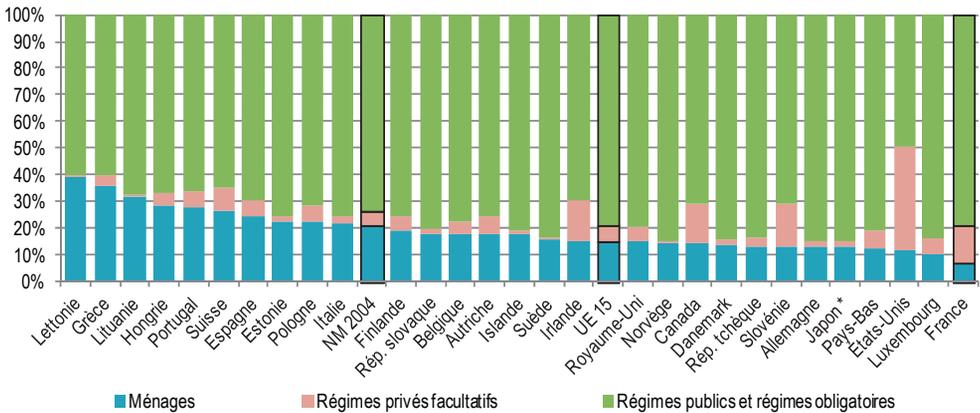
En moyenne, en 2014, dans les pays de l'UE 15, 15 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) restent à la charge des ménages (graphique 13). Le reste à charge est plus élevé dans les nouveaux États membres de l'UE (NM 2004), où il atteint 21 %. Il est également plus élevé en Suisse (27 %). Par rapport aux autres pays développés comparés ici, la France est celui où le reste à charge des ménages est le plus limité (7 % de la DCSi).

La part des régimes publics ou obligatoires atteint 85 % en Norvège, en Allemagne et au Japon. Dans ces pays, le poids des assurances privées dans le financement de la DCSi est faible. Aux États-Unis, le niveau de la dépense est particulièrement élevé (du fait d'honoraires de médecins et de prix des produits de santé bien supérieurs à ceux pratiqués dans les autres pays) et, plus que partout ailleurs, couverte par des assurances privées facultatives, les régimes publics ou obligatoires y représentant moins de 50 % du total.

Entre 2007 et 2014, la part du reste à charge des ménages dans les DCSi est relativement stable. C'est le cas notamment en France, au Danemark, en Belgique et en Norvège. Toutefois, dans les pays les plus durement touchés par la crise et où des ajustements budgétaires drastiques ont été adoptés, comme le Portugal et l'Espagne, le reste à charge des ménages a fortement augmenté depuis cinq ans (fiche 47).

### Graphique 13 Financement des dépenses courantes de santé au sens international en 2014

En % des dépenses courantes de santé au sens international



\* Données 2013 pour la répartition des dépenses privées.

**Note >** En France, pour le moment, l'ensemble des assurances privées est dans l'item « régimes privés facultatifs ».

**Champ >** Les pays européens pour lesquels les données sont disponibles dont ceux de l'UE 15, et des NM 2004 (cf. glossaire), le Japon, les États-Unis et le Canada.

**Source >** OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

### Une recherche d'efficacité accrue à l'hôpital, une régulation du marché pharmaceutique

Au cours des dernières décennies, les progrès des technologies médicales et la mise en œuvre des techniques de récupération rapide après chirurgie ont permis notamment le développement de la chirurgie ambulatoire, à des rythmes toutefois variables selon les pays. Ces innovations contribuent à réduire les dépenses hospitalières en raccourcissant la durée des séjours, dont les coûts sont en partie reportés sur les soins de suite et les services de proximité, qui prennent le relais après les interventions. La recherche d'une efficacité accrue s'est ainsi traduite, dans de nombreux pays, par une réduction du nombre de lits, des taux d'occupation plus élevés et des durées d'hospitalisation plus courtes (fiche 45).

Par ailleurs, en ce qui concerne le marché pharmaceutique, de nombreux pays ont mis en place des incitations financières tant au niveau du prescripteur que de la distribution afin que soient privilégiés les traitements les moins coûteux. La maîtrise de la dépense, qui s'est concrétisée par des baisses de prix fabricants dans la plupart des pays européens depuis 2008, a des effets, en particulier en France où le chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) par habitant réalisé sur les seules ventes en officines recule plus vite que les volumes. L'action sur les prix montre aussi son efficacité aux Pays-Bas, qui a recours aux appels d'offres et réduit ainsi sa dépense malgré une reprise de la hausse du volume consommé. L'Espagne maîtrise aussi la consommation (baisse des prix des génériques en particulier), le recul du CAHT étant essentiellement la conséquence du recul du volume de médicaments consommés (fiche 44).

### Une spécialisation de la médecine, une extension du rôle des sages-femmes et des infirmiers

Les progrès des technologies médicales conduisent à une spécialisation toujours plus grande de la médecine. Dans tous les pays, sauf l'Irlande et le Portugal, les généralistes sont moins nombreux que les spécialistes. En France et au Canada, le nombre de généralistes est quasi-équivalent au nombre de spécialistes (fiche 42).

Au cours des dernières décennies, certains pays ont redéfini le contour des pratiques professionnelles afin de répondre à une demande de meilleure reconnaissance des auxiliaires médicaux et des sages-femmes, et de concourir à une plus grande autonomie de ces professions par rapport au corps médical.

En Europe, les sages-femmes sont désormais autorisées à prescrire certains médicaments dans une minorité croissante de pays (Autriche, Belgique, Chypre, Espagne, Estonie, France et, sur autorisation, en Irlande). Dans trois pays, elles sont autorisées à prescrire des contraceptifs (France, Suède, Norvège).

En France, la loi de santé de 2016 comporte également plusieurs dispositions visant à étendre les compétences des sages-femmes, notamment la pratique de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse, la prescription et différents actes relatifs à la prévention (vaccinations, prévention des risques liés au tabagisme).

Aux États-Unis, au Canada et au Royaume-Uni notamment, a été organisé le transfert de certaines activités médicales à des infirmiers « praticiens ». Au Royaume-Uni, ces derniers ont étendu leurs compétences dans plusieurs domaines, notamment la promotion de la santé (dépistage, conseil diététique, bilan de santé) ou le suivi de maladies chroniques (asthme, maladies cardiovasculaires). Les personnels infirmiers assurent aussi des consultations de « premier recours ». Ils sont également autorisés à prescrire des médicaments d'une liste prédéfinie, soit de façon indépendante (comme en Irlande et aux États-Unis) ou complémentaire avec les médecins (également aux États-Unis), voire d'administrer des médicaments selon des modalités de protocoles prédéfinis.

En France, des protocoles de coopération entre médecins et infirmiers, issus de la mise en œuvre de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) en 2009, permettent à ces derniers de pratiquer certains actes techniques comme des prises en charge globales dans le cadre du suivi de patients chroniques. En 2016, la loi de santé crée un cadre légal de l'infirmier de pratique avancée (IPA). Les domaines d'intervention de l'IPA pourraient comporter «des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ; des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et para-clinique ; des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales »<sup>1</sup> (fiche 42).

---

<sup>1</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 119.