

N° 188 • septembre 2002

À la demande de la DREES, le CREDES a mis au point et testé une méthode de construction de comptes de la santé par pathologie pour les dépenses de soins de l'année 1998. Il s'agit de répondre à deux types de questions : à quelles pathologies les dépenses de santé sont-elles allouées ? Pour une pathologie donnée, comment se répartissent les dépenses entre soins hospitaliers, soins ambulatoires et médicaments ? La première version de ce prototype, réalisé pour l'année 1998, permet de répartir 83 % des dépenses par grand chapitre de la classification internationale des maladies (CIM 10). Les maladies de l'appareil cardiovasculaire occasionneraient 10,7 % de la dépense totale de santé, suivies des troubles mentaux (9,4 %), puis de six catégories diagnostiques qui s'échelonnent respectivement entre 6,3 % et 5,2 % de la consommation de soins et de biens médicaux : les affections de la bouche et des dents, les maladies respiratoires, les affections ostéo-articulaires, les traumatismes, les tumeurs et, enfin, les maladies génito-urinaires.

Des Comptes de la santé par pathologie Un prototype sur l'année 1998*

Les Comptes de la santé permettent, chaque année, de reconstituer la dépense nationale totale effectuée au titre de la santé, d'en analyser les sources de financement, la répartition par catégorie de soins et de mettre en perspective, sur une longue période, les évolutions de ces dépenses. Ainsi, en 2001, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élevait à 128 milliards d'euros (838 milliards de francs), soit 8,7 % du PIB. Les soins hospitaliers représentaient 44,9 % de la CSBM, les soins ambulatoires 26,4 % et le médicament 21,4 %.

En revanche, les Comptes de la santé ne permettaient pas jusqu'ici d'interpréter cette allocation d'un point de vue médical : quelles pathologies sont prises en charge, et selon quels vecteurs de soins ?

L'idée d'une approche médicalisée des comptes, initiée à la Commission des Comptes de la santé il y a une quinzaine d'années, n'avait pu aboutir jusqu'à cette date faute de systèmes d'information adaptés. L'enrichissement des sources administratives par le recueil de données médicales (PMSI, codage de la biologie et

**Valérie PARIS, Thomas RENAUD,
Catherine SERMET**
Centre de recherche, d'étude et de documentation en
économie de la santé - CREDES

* Une version peu différente de cet article fait l'objet d'une publication simultanée dans la collection du CREDES *Questions d'économie de la santé*, n° 56, septembre 2002.



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des Affaires sociales,
du travail et de la solidarité

Ministère de la Santé,
de la famille
et des personnes handicapées

du médicament), auxquels s'ajoutent les panels informatisés de médecins libéraux des organismes privés et des enquêtes ponctuelles axées sur l'activité de certains pro-

fessionnels de santé, autorisent aujourd'hui une première décomposition de l'ensemble des consommations de soins selon les problèmes de santé en cause.

E•1

Les sources utilisées

Les principales sources utilisées pour le secteur hospitalier proviennent du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Le PMSI Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) couvre la quasi-totalité du court séjour. Le PMSI Soins de suite et réadaptation (SSR) est également disponible depuis peu, assorti d'une échelle de coût provisoire, utilisée ici à titre expérimental. En revanche, le PMSI psychiatrique est en cours d'élaboration et ses données ne seront pas disponibles avant un ou deux ans. Pour l'heure, les dépenses des services et établissements psychiatriques sont entièrement affectées au chapitre « Troubles mentaux ». Enfin, il n'existe pas de source récente permettant de répartir les dépenses de long séjour, ni les soins en sections médicalisées. À défaut, et bien qu'il s'agisse de données anciennes, l'enquête nationale sur les hospitalisés menée par le CREDES en 1991-1992 est utilisée pour le long séjour et sa clef de répartition par pathologie est étendue aux sections médicalisées. Les coûts des séances d'hémodialyse non recensées par le PMSI ont été évalués et affectés à l'insuffisance rénale. Au total, le secteur hospitalier est couvert à hauteur de 92 % des dépenses.

Dans le secteur ambulatoire, plusieurs sources permettent de répartir les soins de médecins par pathologie. L'Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) d'IMS-Health couvre environ 70 % des dépenses totales de médecins en recueillant des données pour treize spécialités de médecine libérale. Parmi les spécialités restantes, les dépenses générées par des actes techniques peuvent être réparties à l'aide de l'enquête CCAM¹. Le SNIR² et TANDEM³ sont utilisés pour des affectations directes de coûts à des chapitres précis. Par exemple, les soins de dentistes sont entièrement affectés au chapitre « Maladies de la bouche et des dents ». Les dépenses de soins de sages-femmes ont été réparties, sur avis d'expert, entre la grossesse et les complications de la grossesse. Les dépenses de soins d'auxiliaires médicaux sont assez mal couvertes par les sources existantes. Néanmoins, une enquête récente de la CNAMTS portant sur les nouvelles pratiques de kinésithérapie nous permet de répartir les dépenses de kinésithérapeutes. Malgré des effectifs faibles, l'enquête Santé protection sociale (ESPS) du CREDES est employée pour la répartition des dépenses de soins d'infirmiers et d'orthophonistes. Les dépenses d'orthoptie sont affectées dans leur intégralité aux « Maladies de l'œil ».

Le panel BKL-Thalès est utilisé pour répartir les dépenses d'analyses de laboratoire prescrites par les médecins généralistes. Bien que ne comportant aucune information diagnostique, les données issues du codage de la biologie⁴ devraient permettre de réaliser une affectation directe des dépenses d'analyses de laboratoire pour certaines spécialités, en réalisant une procédure de rattachement de certaines analyses à des diagnostics. Cette opération n'est pas effectuée à l'heure actuelle et le taux de couverture du poste « analyses de laboratoire » n'est que de 57 %. In fine, les dépenses de soins ambulatoires sont couvertes à 76 %.

Le champ des médicaments est couvert par l'enquête EPPM à hauteur de 70 % environ des dépenses. Ce poste des comptes comprend par ailleurs deux autres montants identifiables : les médicaments prescrits par les spécialistes non enquêtés par EPPM et les acquisitions réalisées sans prescription (automédication). Pour les premiers, une part des dépenses peut être répartie, par spécialité, à l'aide des données du codage du médicament et d'une procédure de rattachement à des pathologies. Quant à l'automédication, elle est couverte par l'enquête ESPS. Les dépenses de médicaments sont couvertes à 78 %.

Les dépenses pour cure thermale sont partiellement réparties par pathologie grâce aux données de l'UNET (Union nationale des établissements thermaux) qui recouvrent 45 % des curistes. Les dépenses de transports médicaux sont réparties à dire d'experts selon la méthode Delphi sur un échantillon de neuf experts. Enfin, les dépenses d'optique (affectation directe aux maladies de l'œil), de certains appareils d'assistance respiratoire à domicile (affectation directe aux maladies respiratoires) et, ponctuellement, de quelques appareillages spécifiques peuvent être réparties ; le reste du poste des comptes « Autres biens médicaux » rejoint la catégorie des dépenses non attribuables puisqu'il n'est couvert par aucune source. Au total, 56 % des dépenses de l'ensemble de ce dernier poste sont réparties.

1. Classification commune des actes médicaux : enquête sur la fréquence et la nature des actes techniques par spécialité réalisée en 2000 par la CNAMTS.

2. Système national interrégimes : relevé national par spécialité médicale des honoraires et des prescriptions des professionnels.

3. Traitement et analyse des dépenses mensuelles.

4. Il s'agit des données de remboursement des analyses de laboratoire par catégorie d'actes pour les assurés du régime général de la CNAMTS, appelées par commodité « codage de la biologie ». Ce recueil a été mis en place en 1997 en application des lois et décrets sur le codage des actes.

Dans ce but, la DREES a lancé, avec le concours du CREDES, une étude de faisabilité d'un système de « comptes de la santé par pathologie », qui a débouché sur l'élaboration d'un prototype construit sur les données de 1998.

La réalisation de ces comptes par pathologie répond en priorité à l'objectif de ventiler les dépenses de santé selon les grandes catégories de diagnostics. Elle permettra également, à l'avenir, d'évaluer la part des soins affectée à la prévention (soins aux biens portants) et à la surveillance générale de l'état de santé.

La méthodologie retenue : une approche descendante et le rattachement des dépenses au groupe de pathologies qui leur est directement lié

La production de ces comptes par pathologie s'appuie sur un certain nombre d'options méthodologiques.

En premier lieu, seules les dépenses relatives à la « consommation de soins et biens médicaux » (CSBM) font l'objet d'une décomposition : ainsi, la ventilation par pathologie ne concerne que les coûts relatifs aux soins. Les coûts indirects liés aux maladies (indemnités journalières...), comme les coûts de recherche et d'enseignement, ne sont pas pris en compte.

Ensuite, la méthodologie retenue pour le calcul est une approche descendante : partant des dépenses connues dans les comptes, elle recherche des clefs de répartition pour ventiler ces dépenses par catégorie diagnostique. Une approche ascendante, consistant à reconstituer les coûts pour chaque pathologie puis à les sommer, n'aurait présenté aucune garantie d'exhaustivité ni de cohérence avec les dépenses issues des Comptes de la santé.

Par ailleurs, contrairement à l'optique choisie dans la plupart des études d'évaluation du coût d'une maladie, les coûts des complications ne sont pas rattachés ici à la maladie qui les génère. Ce qui est envisageable dans le cas d'une seule pathologie ne l'est en effet plus dans le cadre d'un exercice exhaustif de comptes par pathologie, où il paraît impossible de chaîner avec rigueur toutes les pathologies et leurs complications. En effet, dans la plupart des sources mobilisées, seul le

motif ou le diagnostic relatif à la consommation de soins observée est indiqué, sans référence à l'affection qui peut éventuellement en être à l'origine. Nous privilégions donc une approche par appareil à une approche étiologique (par cause). Par conséquent, une maladie et ses complications peuvent être, *a priori*, classées dans des chapitres différents.

Enfin, la Classification internationale des maladies 10^e révision (CIM 10) étant majoritairement employée pour coder les diagnostics dans les différentes sources utilisées, son choix comme nomenclature de base des pathologies a paru s'imposer. Dans la plupart des cas, l'affectation à un code fin de la CIM est possible mais certaines sources ne permettent l'affectation des dépenses qu'au niveau du chapitre de la CIM. Par construction, les résultats par chapitre sont donc plus complets que les résultats par pathologie.

Le regroupement proposé respecte globalement les chapitres de la CIM mais rassemble dans les chapitres des appareils concernés les diagnostics issus de chapitres plus généraux. À titre d'exemple, dans ce regroupement *ad hoc* le motif « Mise en observation pour suspicion de tumeur maligne » du chapitre 21 « Facteurs influant sur l'état de santé ou autres motifs de recours aux services de soins » de la CIM 10 est rattaché au chapitre des tumeurs. En outre, comme le montre cet exemple, ce regroupement permet de replacer une partie des consommations relevant du dépistage ou de la prévention (primaire ou secondaire), initialement isolées dans le chapitre 21 de la CIM, dans les chapitres relatifs aux pathologies concernées.

Une construction en trois étapes : du recensement des sources aux comptes synthétiques

La construction des comptes comporte trois étapes principales : le recensement des sources disponibles et utilisables, la définition des clefs de répartition par pathologie, la réalisation du tableau synthétique « comptes par pathologie ».

Dans un premier temps, toutes les sources existantes associant des consommations de soins ou de biens médicaux à des diagnostics ou des motifs de

recours (encadré 1) ont été inventoriées. Pour chaque poste des comptes (soins hospitaliers aigus, de longue durée, soins de médecins, médicaments...), a ensuite été calculé un taux de « couverture théorique » du poste par chacune des sources utilisées. Ainsi, par exemple, le PMSI Médecine-Chirurgie-Obstétrique couvre 90 % des dépenses en soins hospitaliers aigus.

La méthodologie mise en œuvre consiste à définir une clef de répartition des dépenses par pathologie pour chaque poste des comptes (soins hospitaliers aigus, soins de longue durée...) : source par source, le montant total des consommations observées est réparti en fonction des différentes catégories diagnostiques (encadré 2).

Chaque source fournit, à l'issue de ce processus, une clef de répartition par catégorie diagnostique (chapitres CIM ou catégories plus fines) où les motifs qu'il n'est pas possible de rattacher à un diagnostic précis sont classés dans les « Autres motifs » et les soins pour lesquels aucun diagnostic n'est saisi dans les « Dépenses non réparties ».

La dernière étape est la sommation des dépenses par pathologie qui permet d'aboutir à un coût total par chapitre de la CIM 10 et, dans certains cas, à un coût total par pathologie. Elle rendra également possible, à terme, une différenciation des coûts engagés au titre de la pré-

vention ou du dépistage par opposition aux coûts de traitement. Les résultats ont en outre été passés au crible d'une comparaison bibliographique avec les analyses micro-économiques de coûts de prise en charge effectuées pour quelques pathologies particulières (asthme, Sida, dépression...).

Environ un dixième des dépenses associées aux maladies cardiovasculaires d'une part, aux troubles mentaux d'autre part

Compte tenu des sources disponibles, la répartition des dépenses a pu être estimée pour 83 % de la consommation de soins et biens médicaux, 17 % n'ayant, à ce jour, pas pu être attribués à un chapitre ou à une pathologie donnée (graphique 1).

La catégorie diagnostique la plus importante en termes de dépenses engagées est celle des maladies de l'appareil circulatoire, avec 11,83 milliards d'euros, soit 10,7 % de la CSBM de l'année 1998 (graphique 1). Elle est suivie par les troubles mentaux (9,4 % de la CSBM), les affections de la bouche et des dents (6,3 %), puis les maladies de l'appareil respiratoire et les affections ostéo-articulaires (toutes deux au même niveau, 6,2 %). Viennent ensuite les traumatismes et les tumeurs (respectivement à 5,6 % et 5,3 %).

E•2

La méthode de répartition des dépenses

Selon les sources, la méthode d'affectation d'une consommation à une pathologie diffère. Dans le cas le plus simple, une consommation de soins est associée à un seul diagnostic, ce qui conduit à affecter toute la dépense à ce diagnostic. Il arrive toutefois fréquemment que plusieurs diagnostics soient associés à une même consommation. Dans ce cas, s'il existe un diagnostic principal dont on peut considérer qu'il génère la majeure partie des coûts de prise en charge, toute la dépense est rattachée à ce diagnostic. Sinon, la dépense est répartie à parts égales entre tous les diagnostics.

Dans certains cas, l'affectation d'un coût à une pathologie est régie par des traitements particuliers :
- *Quand le diagnostic associé aux soins appartient au chapitre « Facteurs influant sur l'état de santé ou autres motifs de recours aux services de soins », il convient, si possible, d'affecter ce code CIM non informatif à une pathologie précise. Cette « procédure de rattachement » a fait l'objet d'un travail spécifique de la part d'un médecin.*

- *Trois sources de données portant sur la prescription d'analyses biologiques, la prescription de médicaments et la réalisation d'actes techniques en cabinet, ne comportaient aucune information sur le diagnostic associé. Chaque fois que la nature de l'acte ou du bien médical le permettait, la même procédure de rattachement médical a été mise en œuvre pour disposer d'une structure de dépenses par pathologie. Bien évidemment, dans le cas de ces trois sources le reliquat d'actes ou de prescriptions non rattachés est assez important (par exemple, une prescription d'antalgiques ne permet en rien d'inférer la maladie traitée). Ce reliquat est affecté à la rubrique « Dépenses non réparties ».*

Les clefs de répartition obtenues sont appliquées telles quelles, non pas à la dépense totale du poste des comptes concerné, mais uniquement à la part couverte par la ou les sources. Ainsi, les clefs de répartition obtenues à partir du PMSI Médecine-Chirurgie-Obstétrique sont appliquées à 90 % de la dépense des soins hospitaliers de court séjour.

La part relativement importante des troubles mentaux mérite toutefois d'être tempérée, dans la mesure où elle est sans doute surestimée. Par exemple, en l'absence de données permettant de les ventiler, la totalité des dépenses liées à l'activité des hôpitaux psychiatriques a été affectée au chapitre « Troubles mentaux », alors que ces établissements traitent des cas relevant d'autres chapitres de la CIM10 (encadré 3).

La répartition des dépenses entre secteur hospitalier et secteur ambulatoire (soins ambulatoires et médicaments) apparaît en outre très variable selon les différentes catégories diagnostiques (graphique 2).

Certaines pathologies ont une prise en charge essentiellement hospitalière. Pour les tumeurs, 83 % des dépenses engagées le sont au titre des soins hospitaliers. De même, les dépenses pour les complications de la grossesse et de l'ac-

couchement, les anomalies congénitales et les affections périnatales sont très majoritairement hospitalières : pour chacune de ces trois catégories, plus de 90 % des dépenses relèvent de soins hospitaliers. Enfin, les maladies de l'appareil urinaire, les troubles mentaux, les traumatismes et les maladies de l'appareil digestif s'intègrent également dans ce groupe puisque entre deux tiers et trois quarts de leurs dépenses respectives concernent des soins hospitaliers.

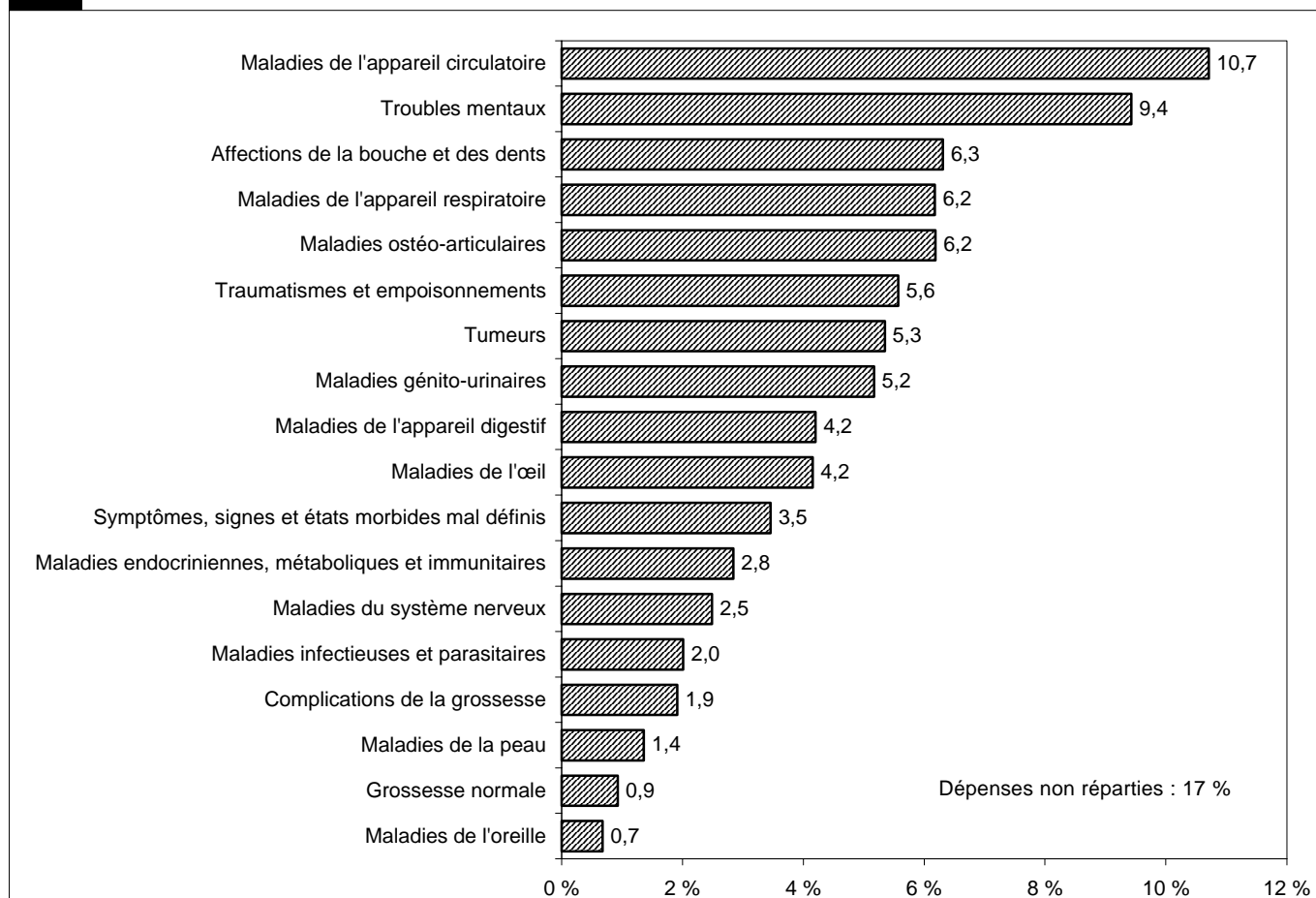
Les dépenses affectées aux maladies de l'appareil circulatoire, aux maladies du système ostéo-articulaire ainsi qu'aux symptômes, signes et états morbides mal définis se répartissent à peu près également entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire. Toutefois, à l'intérieur même du secteur ambulatoire, la répartition entre soins et médicaments est également très variable selon la catégorie diagnostique. Les soins ambulatoires re-

présentent par exemple 37 % de la dépense totale pour les maladies ostéo-articulaires, contre 17,5 % pour le médicament. En revanche, ils sont minoritaires pour les maladies de l'appareil circulatoire, ne représentant que 14 % de la dépense totale alors que le médicament y contribue à hauteur de 33 %.

Pour cinq catégories de maladies, la répartition des dépenses entre secteur hospitalier et secteur ambulatoire est schématiquement d'un tiers / deux tiers. Il s'agit des maladies de l'oreille, des affections dermatologiques, des maladies infectieuses et parasitaires, des maladies endocriniennes et métaboliques et des maladies de l'appareil respiratoire.

Conformément à l'intuition, les dépenses pour les affections de la bouche et des dents relèvent massivement du secteur ambulatoire : 94,5 % de la dépense de cette catégorie est relative à des soins ambulatoires (soins de dentistes).

G.01 répartition des dépenses de santé par grande catégorie diagnostique



Source : CREDES.

Données : BKL-Thalès, CNAMTS, CREDES, DREES, IMS-Health, UNET.

Notons enfin que les affections ophtalmologiques ont une structure de dépense particulière, concentrée sur les dépenses de lunetterie (58 % du total).

Une répartition hétérogène entre dépenses hospitalières, soins ambulatoires et dépenses de médicaments

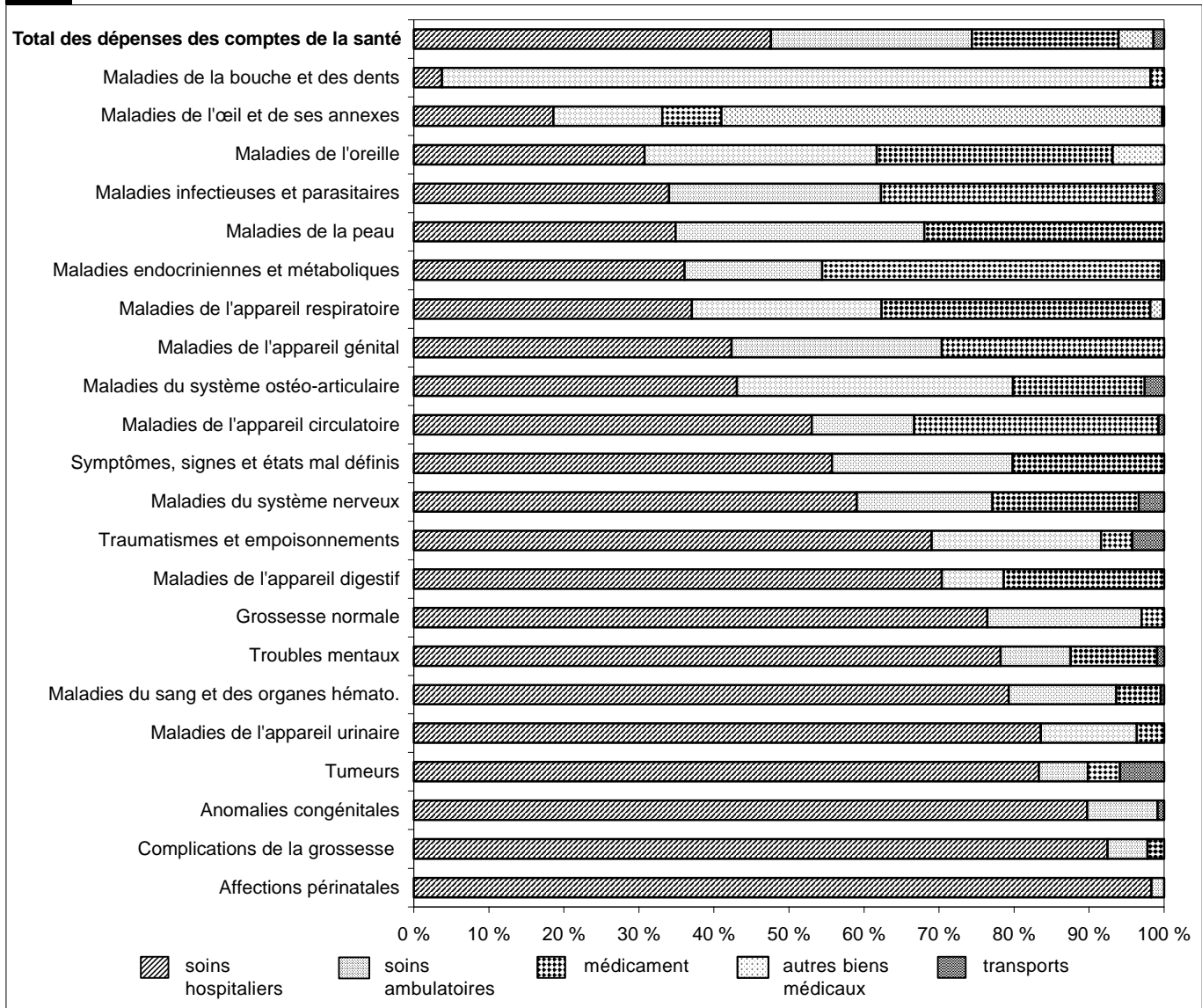
Au sein du poste « soins hospitaliers », une part élevée des dépenses est rattachée aux troubles mentaux avec, en 1998, 15,5 % de la dépense hospitalière (tableau 1). Cette évaluation est toutefois excessive pour plusieurs raisons, liées d'une part aux données ori-

ginales des Comptes de la santé (dépenses des secteurs psychiatriques intégralement comptabilisées dans les dépenses hospitalières), et d'autre part à notre méthode de répartition (affectation globale de la totalité des dépenses des hôpitaux psychiatriques à ce chapitre, cf. encadré 3).

Les maladies de l'appareil circulatoire, avec environ 12 % des dépenses hospitalières, sont en deuxième position, suivies par les tumeurs qui en représentent 9,4 %. Viennent ensuite les traumatismes et empoisonnements et les maladies de l'appareil digestif qui représentent respectivement 8 % et 6 % des dépenses de soins hospitaliers.

Une rapide comparaison, sur le champ spécifique des soins aigus de court séjour, confirme l'existence de coûts de prise en charge hétérogènes pour les différentes maladies pour un même nombre de journées d'hospitalisation. Les maladies cardiovasculaires induisent ainsi 14,4 % des dépenses de court séjour alors qu'elles n'occasionnent que 12,1 % du nombre total de journées d'hospitalisation et de séances. Il en va de même pour les maladies de l'appareil digestif (10,6 % des dépenses et seulement 9,2 % des journées d'hospitalisation), les traumatismes et empoisonnements (9,1 % contre 8,3 %) et les maladies du système ostéo-articulaire (8 % contre 7 %). Bien entendu, il existe,

G.02 répartition des dépenses par poste dans chaque grande catégorie diagnostique



Source : CREDES.
Données : BKL-Thalès, CNAMTS, CREDES, DREES, IMS-Health, UNET.

a contrario, des catégories diagnostiques pour lesquelles la dépense est, de façon relative, plus faible que le nombre de jours d'hospitalisation occasionnés : c'est le cas des grossesses sans complications (2,3 % de la dépense totale contre 4,4 % du nombre total de jours d'hospitalisation) ou même avec complications (5,6 % contre 7 %). Il en va de même pour les maladies de l'appareil urinaire.

Les dépenses de soins ambulatoires sont, quant à elles, largement dominées, à 22,3 %, par les affections de la bouche et des dents. Les maladies du système ostéo-articulaire, qui viennent ensuite, ne représentent que 8,5 % de la dépense totale. Suivent les maladies respiratoires avec 5,8 % et les maladies cardiovasculaires, 5,5 %. Aucune autre catégorie ne dépasse 5 % de la dépense expliquée.

En ce qui concerne, enfin, les dépenses de médicaments, ce sont les maladies de l'appareil circulatoire qui pèsent le plus lourd. Elles occasionnent 17,8 % des dépenses de médicament de l'année 1998, et les maladies de l'appareil respiratoire 11,3 %. Ces deux grandes pathologies arrivent, en termes de dépenses pharmaceutiques, loin devant les maladies endocriniennes et du métabolisme (6,6 %), les troubles mentaux et les maladies ostéo-articulaires (toutes deux à 5,5 %).

Des limites importantes dont l'interprétation doit tenir compte

Un certain nombre de limites sont clairement apparues au cours de la construction de ce prototype de comptes de

la santé par pathologie pour l'année 1998. Elles tiennent tout d'abord aux carences des sources de données, ainsi qu'aux problèmes de ventilation qui leur sont liés, notamment concernant les troubles mentaux (encadré 3).

Le deuxième type de limite tient à la procédure de rattachement appliquée à plusieurs reprises à des consommations initialement dépourvues de diagnostic associé (médicaments, analyses biologiques, actes techniques), qui est, par nature, empreinte d'une certaine subjectivité.

Par ailleurs, le codage en CIM ne traduit pas toujours la réalité de certaines prises en charges. Ainsi, et c'est particulièrement vrai en psychiatrie ou pour la prise en charge des personnes âgées, certaines hospitalisations relèvent davan-

T.01 dépenses par grande catégorie diagnostique et par poste des Comptes de la santé

en %

Comptes de la santé par pathologie Catégorie ad hoc	Soins hospitaliers et sections médicalisées	Soins ambulatoires	Transport des malades	Médicament	Autres biens médicaux	Total	
						En pourcentage	En valeur (en millions d'euros)
1. Maladies infectieuses et parasitaires	1,4	2,1	1,7	3,8	0,0	2,0	2 219
2. Tumeurs	9,4	1,3	22,3	1,2	0,0	5,3	5 906
3. Maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme et troubles immunitaires	2,2	1,9	0,7	6,6	0,0	2,8	3 137
4. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0,6	0,2	0,1	0,1	0,0	0,4	429
5. Troubles mentaux	15,5	3,3	6,3	5,5	0,0	9,4	10 406
6. Maladies du système nerveux et des organes des sens	5,1	4,7	6,7	5,2	53,4	7,3	8 082
a) Maladies du système nerveux	3,1	1,7	5,9	2,5	0,0	2,5	2 749
b) Maladies de l'œil et de ses annexes	1,6	2,3	0,7	1,7	52,4	4,2	4 589
c) Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	0,4	0,8	0,0	1,1	1,0	0,7	743
7. Maladies de l'appareil circulatoire	11,9	5,5	5,7	17,8	0,0	10,7	11 827
8. Maladies de l'appareil respiratoire	4,8	5,8	0,9	11,3	2,2	6,2	6 818
9. Maladies de l'appareil digestif (dont bouche et dents)	6,7	23,6	0,9	5,2	0,0	10,5	11 625
a) Maladies de la bouche et des dents	0,5	22,3	0,0	0,6	0,0	6,3	6 970
b) Autres maladies de l'appareil digestif	6,2	1,3	0,0	4,6	0,0	4,2	4 638
10. Maladies des organes génito-urinaires	6,5	3,7	21,4	3,8	0,0	5,2	5 706
a) Maladies de l'appareil urinaire	4,5	1,2	0,0	0,5	0,0	2,6	2 844
b) Maladies de l'appareil génital	1,9	2,3	0,0	3,3	0,0	2,2	2 387
11. Complications de la grossesse et de l'accouchement et des suites de couches	3,7	0,4	0,0	0,2	0,0	1,9	2 113
11 bis. Grossesse normale	1,5	0,7	0,0	0,1	0,0	0,9	1 028
12. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1,0	1,7	0,0	2,2	0,0	1,4	1 502
13. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	5,6	8,5	11,4	5,5	0,0	6,2	6 832
14. Anomalies congénitales	0,8	0,1	0,2	0,0	0,0	0,4	456
15. Affections périnatales	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	626
16. Symptômes, signes et états morbides mal définis	4,0	3,1	0,0	3,6	0,0	3,5	3 818
17. Traumatismes et empoisonnements	8,1	4,7	16,7	1,2	0,0	5,6	6 152
18. Motifs non attribuables et autres motifs de recours	1,5	4,5	4,0	4,3	13,2	2,8	3 118
Total des dépenses réparties	92	76	99	78	56	83	91 813
Total des dépenses non réparties	8	24	1	22	44	17	18 617
Total des dépenses des comptes de la santé	100	100	100	100	100	100	110 429

Source : CREDES.

Données : BKL-Thalès, CNAMTS, CREDES, DREES, IMS-Health, UNET.

tage de problèmes médico-sociaux que de pathologies *stricto sensu*, situations que ne traduit pas correctement le codage effectué.

Enfin, l'utilisation du seul diagnostic principal pour définir les clefs de répartition en matière hospitalière induit certainement un biais qu'il est difficile d'évaluer. Ainsi, par exemple, un coma lié à un hématome intracrânien sera codé comme coma en diagnostic principal et comme hématome intracrânien en diagnostic secondaire. Une telle hospitalisation sera classée dans le chapitre des symptômes, alors que la pathologie d'origine est neurologique. L'utilisation du seul diagnostic principal sous-estime aussi très probablement le poids de certaines pathologies, en particulier chez les personnes âgées.

La limite la plus manifeste de cet exercice est donc liée à l'interprétation possible de ses résultats, l'impossibilité matérielle de relier les consommations consécutives aux complications d'une maladie à ladite maladie étant un réel obstacle à l'utilisation de ces agrégats en termes de santé publique. La tentation d'interpréter ces résultats en termes de processus de soins ou de « coûts des pathologies » au sens habituel que lui ont donné les études médico-économiques doit donc être repoussée. Il faut aussi insister sur le fait que ces comptes de la santé par pathologie ne font que refléter, avec toutes les limites évoquées plus haut, la situation actuelle de la répartition des dépenses de santé. Il s'agit donc d'un « état des lieux » et non d'une éventuelle approche quantitative de besoins de soins ou de financement.

Pour la première fois, pourtant, ces résultats donnent une idée de l'emploi des ressources injectées dans le système de santé pour les différentes pathologies, apportant ainsi aux données par financeur ou par producteur un éclairage nouveau. Ces comptes devraient déboucher, dans un avenir proche, sur une nouvelle évaluation des dépenses de médecine préventive, prenant en compte de manière plus satisfaisante les actes de prévention effectués en cabinet libéral ou à l'hôpital et non repérés comme tels dans les Comptes de la santé. ●

E•3

Les carences des sources de données

Nous avons pu le constater, la couverture des postes des comptes demeure lacunaire. Certains postes ne sont pas ou peu couverts, et pour mener à bien l'exercice sur l'année 1998, nous avons dû recourir à un certain nombre d'hypothèses, qui confèrent un statut expérimental aux résultats présentés ici. Ainsi, nous avons :

- utilisé des données anciennes (1992 pour les soins de longue durée, en extrapolant cette clef de répartition aux dépenses de soins en sections de cure des maisons de retraite) ;
- mobilisé des données d'enquête en population générale reposant sur de faibles effectifs de consommations (soins infirmiers ambulatoires et soins d'orthophonistes) ;
- recouru à des dires d'experts (transports médicaux, soins de sages-femmes) ;
- appliqué, à titre expérimental, l'échelle provisoire des coûts du PMSI-SSR, en cours de construction et non encore validée ;
- considéré le motif de recours à une séance de médecin comme une approximation du motif de la prescription de biologie associée à cette séance (analyses de laboratoire prescrites par des généralistes).

Enfin, pour certains postes aucune source n'a pu être identifiée. C'est le cas de la plupart des dispositifs médicaux du poste « Autres biens médicaux ».

Finalement, et malgré l'application des hypothèses ci-dessus, il reste encore 17 % des dépenses de soins et biens médicaux qui ne peuvent être affectées à une catégorie diagnostique et rien ne permet de supposer que ce résidu se répartisse de la même façon que l'ensemble des dépenses ventilées.

Il va sans dire que la construction régulière de comptes par pathologie ne peut reposer que sur des sources d'information fiables et pérennes, qui sont une condition préalable à leur mise en routine.

Le problème particulier des troubles mentaux

Les troubles mentaux, avec 9,4 % de la CSBM, constituent, d'après nos estimations, la deuxième catégorie diagnostique en termes de dépenses engagées. Il s'agit même de la première pour le seul secteur hospitalier. Or, comme nous l'avons déjà écrit, son poids est probablement surestimé à plusieurs égards :

- En l'absence de source adéquate, la totalité des dépenses hospitalières psychiatriques a fait l'objet d'une affectation globale aux troubles mentaux. Ce choix contraint n'est pas totalement pertinent à deux titres. Premièrement, certaines affections souvent traitées en hôpital psychiatrique ne se classent pas dans le chapitre « troubles mentaux » selon la CIM10 (par exemple les tentatives de suicides). Deuxièmement, l'activité de MCO des établissements psychiatriques – aussi minime soit-elle – est également affectée aux troubles mentaux du fait de cette affectation globale.

- Cette affectation globale induit, par construction, un effet mécanique de surestimation de la catégorie « troubles mentaux » dans son classement relatif par rapport aux autres catégories diagnostiques. En effet, il est probable que la quasi-totalité des dépenses dues à des troubles mentaux soient bien affectées à cette catégorie alors que la plupart des autres chapitres sont sous-estimés du fait des 17 % de dépenses non attribuables¹.

En outre, rappelons que les Comptes de la santé surestiment la part hospitalière des dépenses pour troubles mentaux. En effet, les secteurs psychiatriques étant financés par dotation globale, leurs dépenses sont intégralement affectées aux dépenses d'hospitalisation, alors que ces secteurs ont pour mission de prendre en charge leurs patients de façon transversale, aussi bien dans le cadre de soins hospitaliers que d'un suivi ambulatoire.

1. Cette explication vaut d'ailleurs également pour les maladies de la bouche et des dents.

Pour en savoir plus

- MIDY F., PARIS V., RENAUD T., SERMET C., 2002 (à paraître), « Des comptes de la santé par pathologie. Un prototype sur l'année 1998 », *Rapport CREDES*.
- FENINA A., « Les comptes de la santé en 2001 », *Études et Résultats n° 187, septembre 2002, DREES*.
- HODGSON T. A., COHEN A. J., 1999, « Medical Expenditure for Major Diseases », *Health Care Financing Review, 21 (2)*.
- MATHERS C., VOS T., STEVENSON C., 1999, « The Burden of Disease and Injury in Australia », *Australian Institute of Health and Welfare*.
- MOORE R., MAO Y., ZHANG J., CLARKE K., 1997, « Le fardeau économique de la maladie au Canada », *Santé Canada*.

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées

11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

Internet : www.sante.gouv.fr/htm/publication

Tél. : 01 40 56 81 24



- un hebdomadaire :

Études et Résultats

consultable sur Internet

abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES

télécopies : 01 40 56 80 38

www.sante.gouv.fr/htm/publication

- trois revues trimestrielles :

Revue française des affaires sociales

revue thématique

dernier numéro paru :

« Sans-logis et squatters : auto-organisation et mobilisation collective »

n° 2, avril-juin 2002

Dossiers Solidarité et Santé

revue thématique

dernier numéro paru :

« Études diverses », n° 2, avril-juin 2002

Cahiers de recherche de la MiRe

- des ouvrages annuels :

Annuaire des statistiques sanitaires et sociales

Données sur la situation sanitaire et sociale en France

- et aussi...

Chiffres et indicateurs départementaux, édition 1998

Indicateurs sociosanitaires

comparaisons internationales - évolution 1980-1994

(Allemagne, Canada, États-Unis, France, Québec, Royaume-Uni)

Chiffres repères sur la protection sociale dans les pays de l'Union européenne

STATISS, les régions françaises

Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS

consultable sur Internet :

www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm



Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française

29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

tél. : 01 40 15 70 00

Internet : www.ladocfrancaise.gouv.fr