



Études et Résultats

N° 593 • septembre 2007

Les comptes nationaux de la santé en 2006

En 2006, le montant total des dépenses de santé s'élève à 198,3 milliards d'euros, soit 3 138 euros par habitant et 11,1 % du produit intérieur brut (PIB). La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), en progression annuelle de 3,5 %, atteint 156,6 milliards d'euros (8,7 % du PIB). Le fait marquant de l'année 2006 est le ralentissement des prix de la CSBM (+ 0,8 %, après + 1,5 % en 2005), dû notamment à la baisse sensible des prix des médicaments (-3,7 %) qui accompagne la progression de la consommation des génériques. Les évolutions en volume connaissent également un léger ralentissement (+2,7 %, après + 2,9 % en 2005), imputable essentiellement aux soins hospitaliers.

Pour la première fois depuis 1998, les dépenses de santé en valeur augmentent moins vite que le PIB (respectivement + 3,5 % et + 4,3 %).

Le financement de la CSBM évolue de 2005 à 2006 : la part de la Sécurité sociale diminue de 0,2 point et le reste à charge des ménages augmente de 0,1 point.

La dépense totale de santé, agrégat retenu pour les comparaisons internationales, représentait 11,1 % du PIB en 2005 ; ce ratio situait la France en troisième position des pays membres de l'OCDE.

Annie FENINA, Yves GEFROY

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité
Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique

LES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ, comptes satellites de la Comptabilité nationale, évaluent chaque année le montant des différents postes de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) et son financement. Ils décrivent ensuite la dépense courante de santé qui comprend l'ensemble des dépenses effectuées dans le secteur de la santé (encadré 1). Ils permettent enfin d'analyser, selon les sources et méthodes de la base 2000, l'évolution des dépenses de santé de 1995 à 2006 (encadré 2).

En 2006, 198,3 milliards d'euros ont été dépensés pour la santé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, soit 3 138 euros par habitant. Cette dépense courante de santé, agrégat le plus large des Comptes, représente 11,1 % du PIB en 2006 (11,2 % en 2005). 156,6 milliards d'euros de cette dépense ont été affectés à la CSBM, soit 2 477 euros par habitant.

La consommation de soins et de biens médicaux progresse de +3,5 % en valeur et de +2,7 % en volume

En 2006, la CSBM progresse de 3,5 % en valeur. Ce taux poursuit l'inflexion des évolutions observées depuis 2004 (tableau 1). Après la nette progression observée de 2000 à 2003, la part de la CSBM dans le PIB semble se stabiliser (graphique 2) : elle diminue ainsi de 0,1 point entre 2005 (8,8 %) et 2006 (8,7 %), la croissance du PIB entre ces deux années (4,3 %) étant supérieure à celle de la CSBM (3,5 %). La part de la CSBM dans la consommation effective des ménages diminue également d'un dixième de point entre 2005 (12,2 %) et 2006 (12,1 %) (graphique 3). En volume, c'est-à-dire une fois déflatée par les indices de prix spécifiques du secteur de la santé, la croissance (+2,7 %) est la plus modérée depuis dix ans (graphique 1). En 2006, comme depuis 1997, la consommation de médicaments contribue le plus à la croissance en volume de la CSBM (1,2 point) ; viennent ensuite à égalité les soins hospitaliers et les soins ambulatoires (0,6 point), soit 2,4 points

pour ces trois postes sur un total de 2,7 points¹. De 1997 à 2004, la contribution des soins ambulatoires à la croissance en volume a été supérieure à celle de l'hôpital ; cette configuration s'inverse en 2005 et se poursuit en 2006 (graphique 4).

L'augmentation de 0,8 % des prix de la CSBM est de faible ampleur : il faut se reporter à 1998 pour trouver une hausse de prix similaire (graphique 1). De 2004 à 2006, ce sont les médicaments et, dans une moindre mesure, les autres biens médicaux qui, pour l'essentiel, sont à l'origine du fléchissement du prix de la CSBM.

Les dépenses de soins hospitaliers en 2006 augmentent de + 3,4 % en valeur et de + 1,4 % en volume

Avec 69,9 milliards d'euros en 2006, le secteur hospitalier (établissements hospitaliers publics et privés²) représente 47,9 % de la CSBM. En 2006, la croissance des dépenses de ce secteur est de 3,4 % en valeur et 1,4 % en volume ce qui constitue une décélération par rapport à 2005 (tableau 1).

Dans le secteur hospitalier public, la consommation de soins en 2006 croît de 3,3 % en valeur et de 1,0 % en volume ce qui représente un ralentissement par rapport aux années précédentes (tableau 1). De 2003 à 2006 la hausse des prix se réduit progressivement : +4,9 %, +3,2 %, +2,9 %, et +2,2 %. L'effet sur les prix de la réduction du temps de travail, important de 2002 à 2004, s'atténue fortement en 2005 et disparaît quasiment en 2006.

Dans le secteur privé, en 2006, les hausses de +3,7 % en valeur et de +2,6 % en volume sont plus importantes que celles du secteur public. La hausse des prix se tasse depuis 2003 et atteint +1,0 % en 2006. Ceci est dû essentiellement à une inflexion de l'indice des prix des séjours.

Les établissements publics assuraient tendanciellement une part légèrement croissante des dépenses hospitalières de 77,5 % en 2000 à 77,8 % en 2004. Depuis deux ans, cette part diminue et atteint 77,5 %

1. Le solde correspond au transport de malades et aux autres biens médicaux.

2. Dans leur distinction entre hospitalisation publique et hospitalisation privée, les Comptes de la santé privilégient le critère économique. Font ainsi partie du secteur public les établissements publics hospitaliers et tous les établissements privés financés auparavant par la dotation globale. Le secteur hospitalier privé est constitué de l'ensemble des autres établissements. Le passage à la tarification à l'activité (T2A), qui suit des calendriers d'application différents pour les deux secteurs, ne remet pas en cause ce principe de distinction entre secteur public et secteur privé.

ENCADRÉ 1

Consommation et dépenses de santé

Les comptes de la santé se composent de différents agrégats.

La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) : 156,6 milliards d'euros en 2006

Elle comprend les soins hospitaliers, les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses, thermalisme), les transports sanitaires, les médicaments et les autres biens médicaux (optique, prothèses, petits matériels et pansements). La consommation médicale totale (159,7 milliards) ajoute à la CSBM la prévention individuelle (3,1 milliards).

La dépense courante de santé : 198,3 milliards d'euros en 2006

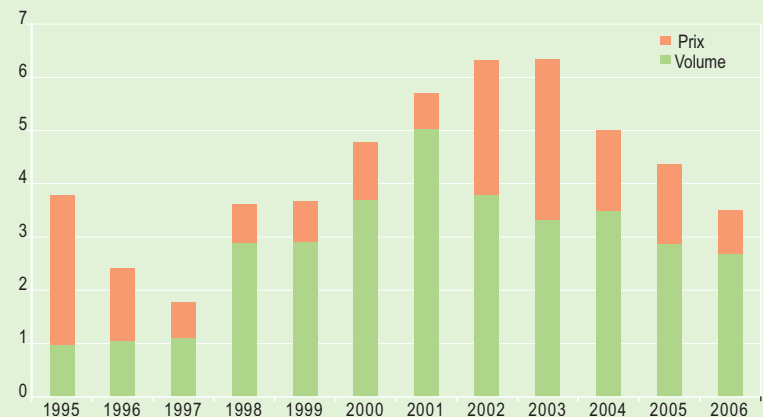
C'est l'ensemble des dépenses courantes (les dépenses en capital en sont exclues) effectuées par les financeurs du système de santé : Sécurité sociale, État, collectivités locales, organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) et ménages. Elle couvre un champ plus large que la consommation médicale totale puisqu'elle prend également en compte : les indemnités journalières (IJ), les subventions reçues par le système de santé, les dépenses de prévention collective, de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion de la santé.

La dépense totale de santé : 182,9 milliards d'euros en 2005

L'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), Eurostat et l'OMS utilisent un concept commun pour comparer les dépenses de santé de leurs membres : la dépense totale de santé. En France, elle est évaluée à partir de la dépense courante de santé en défalquant les IJ, une partie des dépenses de prévention, les dépenses de recherche et de formation médicales et en ajoutant les dépenses en capital du secteur de la santé ainsi que les dépenses liées au handicap et à la dépendance. Les comparaisons entre pays portent sur la part de leur dépense de santé exprimée en pourcentage de leur propre PIB.

GRAPHIQUE 1

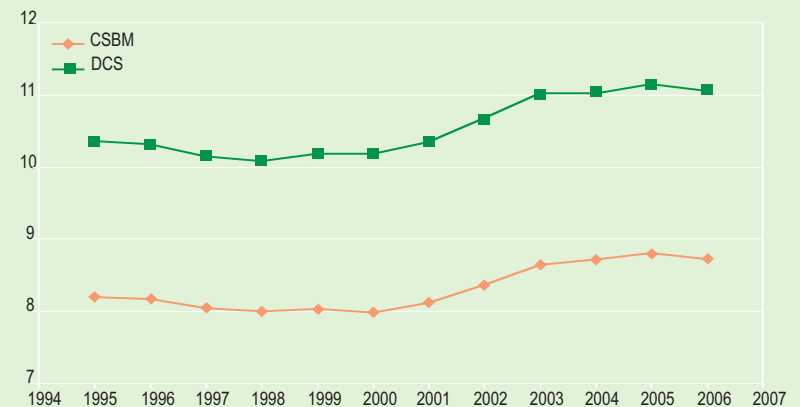
Taux de croissance en valeur, prix et volume de la consommation de soins et biens médicaux



Sources • DREES, Comptes de la santé.

GRAPHIQUE 2

Part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et de la dépense courante de santé (DCS) dans le PIB



Sources • DREES, Comptes de la santé.

TABLEAU 1

Consommation de soins et de biens médicaux

	Valeurs en milliards d'euros 2006	Taux d'évolution annuels moyens									
		en valeur (en %)					en volume (en %)				
		1995-2000	2000-2005	2004	2005	2006	1995-2000	2000-2005	2004	2005	2006
1- Soins hospitaliers	69,9	2,0	5,1	4,7	5,0	3,4	0,5	1,5	1,5	2,1	1,4
publics	54,2	2,8	5,1	4,7	4,7	3,3	1,1	1,3	1,5	1,7	1,0
privés	15,7	-0,5	5,0	4,7	6,0	3,7	-1,3	2,1	1,6	3,2	2,6
2- Soins ambulatoires	42,8	3,1	5,5	4,4	3,2	4,6	2,5	4,0	3,5	1,7	2,1
dont médecins	19,8	3,2	4,6	3,0	3,2	4,0	2,4	1,4	1,9	0,5	-0,5
dont dentistes	9,1	2,3	5,5	4,7	1,1	4,1	1,8	7,0	4,4	0,1	2,3
dont auxiliaires médicaux	9,5	4,0	7,1	6,5	5,2	6,8	3,1	5,3	5,0	5,2	6,8
dont analyses	4,1	3,2	7,3	6,7	3,7	4,1	3,7	6,9	6,7	3,7	4,1
3- Transports de malades	3,1	5,0	8,4	8,0	7,0	9,2	3,1	6,3	7,5	4,9	5,8
4- Médicaments	31,9	5,1	5,9	5,7	4,2	1,5	5,0	7,0	7,0	5,5	5,4
5- Autres biens médicaux	8,9	9,0	8,2	7,9	5,9	4,9	8,1	6,9	6,2	4,8	4,7
Consommation de soins et de biens médicaux (1 + 5)	156,6	3,3	5,6	5,1	4,4	3,5	2,3	3,7	3,6	2,9	2,7

Sources • DREES, Comptes de la santé.

ENCADRÉ 2

Les Comptes de la santé depuis 1995

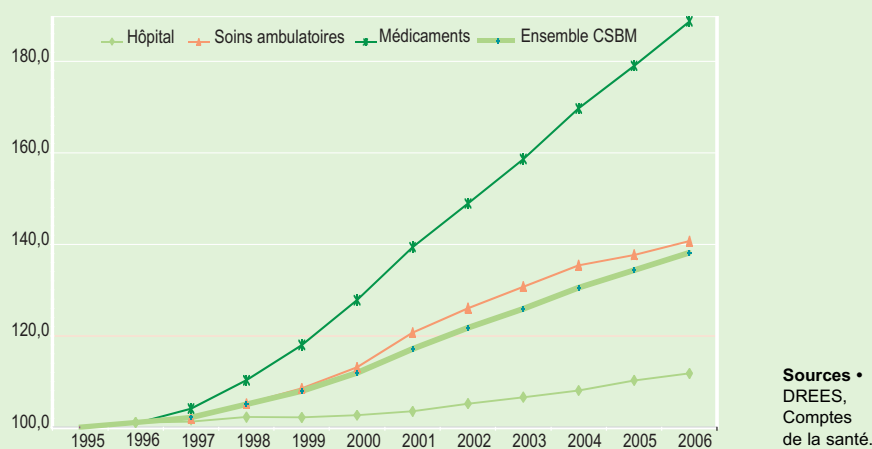
La part de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) dans le PIB était de 8,2% en 1995. Stabilisée autour de ce niveau jusqu'en 2001 (8,1%), elle atteint 8,8% en 2005. Cette progression de 0,7 point entre 2001 et 2005 résulte d'abord de la progression de la CSBM. Elle découle aussi de la croissance inférieure du PIB à celle de la CSBM durant cette période. Ce schéma s'inverse en 2006 avec la croissance de la CSBM (+3,5%) moindre que celle du PIB (+4,3%). La part de la CSBM dans le PIB se rétracte d'un dixième de point pour s'établir à 8,7%.

Au-delà des tendances générales de la CSBM, des fluctuations importantes de ses composantes en volume marquent la période (graphique ci-dessous). Par exemple, le taux de croissance des soins ambulatoires (+1,0% en 1996) augmente régulièrement jusqu'en 2001 (6,7%), puis diminue pour atteindre (+1,7% et +2,1%) en 2005 et 2006. C'est également en 2001 que le poste médicament connaît son plus fort taux de croissance (+9,1%). Mais, si ce taux était particulièrement faible en début de période (+0,8% en 1996), il se maintient à des niveaux élevés au cours de ces dernières années (+5,4% en 2006).

Les soins hospitaliers avaient, dans la seconde moitié des années 1990, un taux de croissance peu soutenu (+0,6% en moyenne). Dès 2002, il augmente (+1,6%). Le rythme se ralentit par la suite pour atteindre +1,4% en 2006 après le rebond de 2005 (+2,1%).

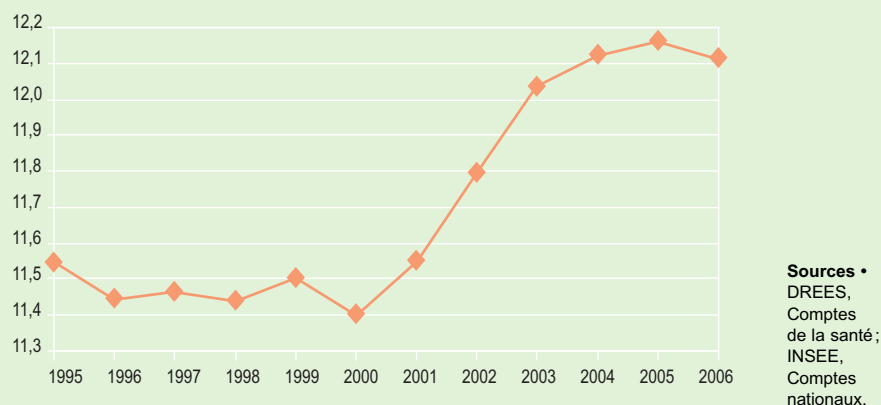
La plupart des progressions en volume des composantes de la CSBM connaissent leur apogée en 2001. À cette date, les évolutions de prix jusqu'alors très modérées s'accroissent. De ces mouvements en volumes et en prix, il résulte que les variations de valeurs de 2001 à 2004 sont les plus fortes de ces dix dernières années. En retrait sur les années précédentes, à la fois en prix et en volume, les années 2005 et 2006 se rapprochent progressivement des variations de valeur de la fin des années 1990 (évolutions égales en moyenne à +2,9% entre 1995 et 1999).

Évolution en volume des différentes catégories de dépenses de santé (1995 = 100)



GRAPHIQUE 3

Part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dans la consommation effective des ménages



en 2006. Cette évolution s'explique notamment par la plus forte croissance des volumes d'activité dans le secteur privé (+2,6% contre +1,0% dans le secteur public, en 2006).

La consommation de soins ambulatoires croît de 4,6% en valeur et de 2,1% en volume

En 2006 la consommation de soins ambulatoires est de 42,8 milliards d'euros, soit 27,3% de la CSBM. Sa croissance en valeur et en volume progresse par rapport à celles de 2005 (tableau 1). Les prix augmentent de 2,5% en 2006 après 1,5% en 2005.

La consommation de soins de médecins s'accroît de 4,0% en valeur ce qui accentue un mouvement à la hausse entamé dès 2004 (tableau 1). En volume, le ralentissement observé depuis 2005 aboutit à une baisse de l'activité en 2006 (-0,5%), surtout chez les généralistes. La variation des prix des soins de médecins en 2006 (+4,6%) confirme l'accélération de l'année précédente. Les fortes augmentations de l'année 2002 dues à la revalorisation des tarifs des généralistes et dans une moindre mesure de 2003 (hausse des tarifs des spécialistes) avaient été suivies en 2004 par une quasi stabilisation des prix. Les années 2005 et 2006 ont été caractérisées par la mise en place de la rémunération médecin traitant (RMT), d'un montant de 40 euros par patient souffrant d'une affection de longue durée, mais aussi par le remplacement progressif de la nomenclature générale des activités professionnelles (NGAP) par celle de la classification commune ses actes médicaux (CCAM), qui se sont traduits par une augmentation de l'indice des prix des actes de médecins. En 2005, la Convention médicale du 12 janvier a par ailleurs créé diverses majorations des tarifs de base dont l'application a porté la hausse des prix des soins de médecins à +2,7%.

En août 2006, le tarif de la consultation des généralistes a été augmenté de 20 à 21 € et en octobre le tarif des visites est passé à 21 € pour les généralistes et à 23 € pour les spécialistes. Au cours du premier

semestre 2006 sont également intervenues de nombreuses modifications tarifaires particulières. Il s'agit de créations ou d'augmentations de majoration pour de nombreux actes des généralistes et spécialistes: majoration provisoire conventionnelle des anatomo-cytopathologistes, majoration de coordination des spécialistes, revalorisations des majorations pour les patients de moins de seize ans, création d'une majoration pour les consultations d'enfants de deux à six ans etc.

La consommation de soins de dentistes progresse, en valeur (+4,1%), à un rythme proche de celui de 2004, après le net ralentissement observé en 2005 (tableau 1). La nouvelle convention dentaire signée en 2006 a prévu des hausses de tarifs pour les soins conservateurs et pour les consultations; ces hausses contribuent à la progression des prix de +1,8% en 2006, qui confirme l'accélération de 2005.

Les soins d'auxiliaires médicaux et les analyses de laboratoire progressent respectivement de 6,8% et 4,1%, en valeur comme en volume, les prix étant demeurés stables.

Augmentation de la consommation de médicaments de 1,5% en valeur et de 5,4% en volume

En 2006, les médicaments représentent 20,4% de la CSBM, soit 31,9 milliards d'euros. Les volumes consommés progressent de +5,4%, soit presque le même rythme qu'en 2005 (+ 5,5%), ce qui, couplé à leur poids important dans la CSBM, en fait, comme à l'accoutumée, les plus importants contributeurs à la croissance en volume de la CSBM. Cette progression toujours forte des volumes s'explique en grande partie par la mise sur le marché de nouvelles spécialités qui contribuent chaque année à une part essentielle de la croissance du marché.

Leurs prix, dont l'évolution suit celle des médicaments remboursables, sont en diminution continue, sous l'effet notamment du développement des génériques. D'une part, le nombre de classes thérapeutiques qui comportent des génériques ne

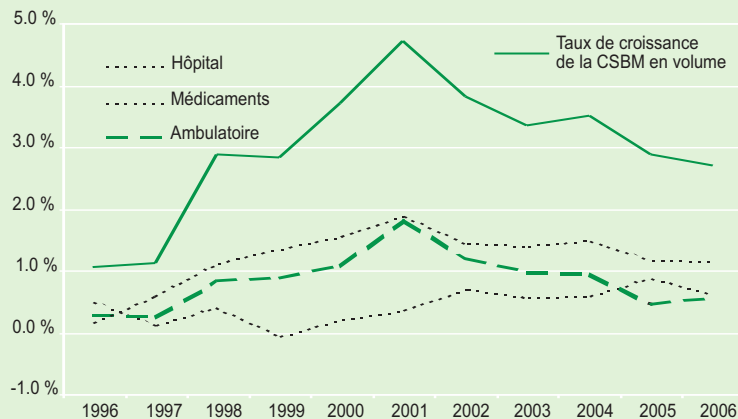
cesse d'augmenter: 64 en 2002, 84 en 2006, sur un total de 348 classes thérapeutiques³. D'autre part, lorsqu'ils peuvent se substituer à des princeps, les génériques représentent plus de 50% des choix en 2006, contre 43% en 2003. La part des génériques dans l'ensemble du marché des médicaments remboursables progresse: 4,1% en 2002, 9,0% en 2006. Les prix des génériques étant inférieurs à ceux des médicaments princeps, leur place croissante sur le marché tend à faire baisser les prix. Cette baisse peut être accentuée par la diminution du prix des princeps que les laboratoires peuvent décider

pour maintenir leur part de marché, notamment pour les médicaments soumis au tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) qui conduit l'assurance maladie à rembourser le princeps sur la base du prix du médicament générique.

Au delà de cette tendance à long terme, le tassement des prix de l'année 2006 est particulièrement marqué (3,7%) en raison des mesures du plan médicament, qui intervient de diverses manières sur le montant des dépenses. Certaines mesures visent à réduire les prix des médicaments; en 2006, on peut notamment citer des baisses de prix de produits extérieurs

■ GRAPHIQUE 4

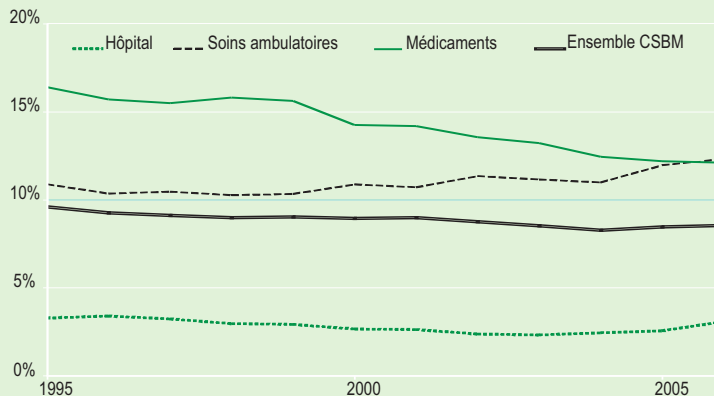
Principales contributions à la croissance de la CSBM en volume



Sources • DREES, Comptes de la santé.

■ GRAPHIQUE 5

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



Sources • DREES, Comptes de la santé.

3. Clerc, M.-É., 2007, « Les ventes des médicaments remboursables en 2006 », *Études et Résultats*, DREES, n° 590, septembre.

■ TABLEAU 2

Structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux

	1995	2000	2004	2005	2006
Sécurité sociale de base	77,1	77,1	77,3	77,2	77,0
État, Collectivités Locales et CMU-C	1,1	1,2	1,4	1,3	1,4
Mutuelles	7,3	7,7	7,4	7,4	7,4
Sociétés d'assurance	3,3	2,7	3,1	3,1	3,2
Institutions de prévoyance	1,6	2,4	2,6	2,5	2,4
Ménages	9,6	9,0	8,3	8,5	8,6
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sources • DREES, Comptes de la santé.

au répertoire des génériques, la montée en charge des « conditionnements de trois mois » (pour les médicaments prescrits lors des traitements de longue durée), ou encore la baisse de 20 % des prix de 62 médicaments appartenant à la classe des veinotoniques (et dont la prise en charge a parallèlement été ramenée provisoirement à 15 %). D'autres mesures sont liées à une politique de régulation, comme le déremboursement⁴ de 156 médicaments ayant un service médical rendu (SMR) insuffisant. Enfin, certaines mesures tendent à ralentir la progression des volumes, comme les actions de maîtrise médicalisée sur les antibiotiques, les psycholéptiques, les hypolipémiants et les statines.

Les soins hospitaliers, les soins ambulatoires et les médicaments, représentent 95,6 % de la CSBM. D'autres évolutions sont significatives, même si le poids des postes concernés est moindre. Ainsi, en 2006, l'augmentation en valeur des dépenses liées aux « autres biens médicaux » est de +4,9 % dont une progression de l'optique (2,2 %) et une hausse plus soutenue des « petits matériels et pansements » (8,6 %). La

croissance de ce dernier poste ralentit depuis 2000, en effet le taux d'évolution en valeur était en moyenne de 31 % par an entre 1995 et 2000.

Le financement de la dépense de soins et biens médicaux reste globalement stable

Depuis 1995, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM est globalement stable, autour de 77 %. Cette stabilité est le résultat de deux évolutions divergentes : la structure de la CSBM se déforme en faveur des produits les moins bien remboursés ou non remboursés (médicaments non remboursés ou faiblement remboursés, optique) mais le nombre des assurés sociaux qui bénéficient d'une exonération du ticket modérateur est en nette progression. Le reste à charge des ménages était quant à lui orienté à la baisse jusqu'en 2004 (graphique 5), sous l'effet d'un financement accru par les organismes complémentaires (en particulier les institutions de prévoyance) et, dans une moindre mesure, de la création de la CMU complémentaire. Ce reste à charge est très faible pour les trans-

ports de malades et les soins hospitaliers (moins de 3 %), mais demeure élevé pour certaines dépenses comme l'optique ou les soins dentaires.

L'année 2005 avait été marquée par une légère baisse de la part prise en charge par la Sécurité sociale, et symétriquement une hausse du reste à charge des ménages (tableau 2). Ces évolutions s'expliquaient essentiellement par la mise en place de la participation forfaitaire d'un euro déduite, depuis le 1^{er} janvier 2005, du montant des remboursements pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin ou lors d'une analyse de biologie médicale. Les effets de cette participation forfaitaire sur la structure du financement avaient été atténués par la mise en place de la rémunération médecin traitant (RMT), financée entièrement par l'Assurance maladie.

En 2006, on observe principalement une légère baisse de la part de la Sécurité sociale (de 77,2 % en 2005 à 77,0 % en 2006), qui retrouve ainsi son niveau de 2001, et une légère croissance du reste à charge des ménages (à 8,56 % contre 8,48 % en 2005). Cette évolution est liée tout d'abord à la modulation des taux de remboursement des patients pour les consultations de médecins, selon qu'elles sont ou non dans le parcours de soins. Ainsi, le taux de remboursement passe de 70 % dans le cadre du parcours de soins, à 60 % pour une consultation hors parcours de soins (ou pour les patients n'ayant pas désigné de médecin traitant) ; cette mesure s'est traduite par une économie estimée à 150 millions d'euros pour la Cnamts. Une autre mesure ayant contribué à diminuer la part financée par la Sécurité sociale est la hausse de 1 euro du forfait journalier au 1^{er} janvier 2006 (de 10 à 11 euros pour les hospitalisations en psychiatrie, et de 14 à 15 euros dans les autres cas), pour un montant global estimé à environ 100 millions d'euros, principalement pris en charge par les organismes complémentaires.

À l'inverse, la montée en charge de la rémunération médecin traitant

4. Depuis le 1^{er} mars 2006, l'Assurance maladie ne rembourse plus 156 médicaments « au service médical rendu insuffisant ». Cette décision a été prise par le ministère de la Santé et des Solidarités, sur recommandation de la Haute autorité de santé (HAS).

(dont le montant double entre 2005 et 2006) et la forte augmentation de la rémunération des astreintes des médecins dans le cadre des permanences de soins, qui sont toutes deux financées entièrement par la Cnamts, modèrent la baisse du financement par la Sécurité sociale.

La dépense courante de santé représente 11,1 % du PIB

En 2006, la dépense courante de santé (encadré 1 et graphique 2) est de 198,3 milliards d'euros (3,5 % par rapport à 2005). Elle représente 11,1 % du PIB contre 11,2 % en 2005, la croissance du PIB ayant été plus forte. Son évolution est fortement liée à celle de la CSBM, qui en représente près des quatre cinquièmes.

À côté de la CSBM, les coûts de gestion de la santé, qui comprennent les frais de gestion de différents organismes (Sécurité sociale, organismes complémentaires, ministère de la Santé, etc.) atteignent 14 milliards d'euros en 2006 (7,1 % de la dépense courante de santé). Les dépenses de recherche et de formation médicales se chiffrent à 7,8 milliards d'euros. Les dépenses de prévention que l'on peut isoler dans les comptes de la santé progressent de 11,7 %, pour atteindre 5,8 milliards d'euros en 2006. Elles incluent les dépenses de prévention individuelle (vaccination, médecine du tra-

vail, dépistage, etc.) ou collective (éducation à la santé, sécurité sanitaire de l'alimentation, etc.).

Cette rubrique ne comprend toutefois qu'une partie des dépenses de prévention, car elle ne peut saisir les actes de prévention réalisés à l'occasion des consultations médicales ordinaires comptabilisées dans la CSBM. L'ensemble des dépenses de prévention a été estimé par une étude conjointe de l'IRDES et de la DREES à 10,5 milliards d'euros en 2002, soit 6,4 % de la dépense courante de santé⁵ ; les dépenses de prévention isolées cette année-là dans les Comptes s'élevaient à 4,7 milliards d'euros.

Les indemnités journalières (IJ) versées par la Sécurité sociale représentent 5,2 % de la dépense courante de santé. En 2006, elles s'élèvent à 10,3 milliards d'euros, en diminution de -0,6 % par rapport à l'année précédente. Cette baisse, qui intervient après celle de 2005 (-1,1 %) confirme le net retournement de tendance initié en 2004 après plusieurs années de forte hausse (+8,6 % en moyenne entre 1999 et 2003). La diminution en 2006 est cependant nettement moins marquée que celle observée en 2005, en raison notamment de la reprise de l'emploi salarié qui tire mécaniquement à la hausse le volume d'indemnités journalières. Ce repli important depuis trois ans est lié à la politique de contrôles

accrus des arrêts de travail de la part de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et aux engagements de maîtrise médicalisée de la part des médecins. L'évolution des indemnités journalières maladie, en particulier celles de plus de 3 mois, est également influencée par la part des personnes de plus de 55 ans dans la population active, qui sont plus exposés à des problèmes de santé nécessitant des arrêts de travail de longue durée⁶. Le ralentissement des dépenses d'indemnités journalières depuis 2004 peut donc s'expliquer en partie par la possibilité, depuis le 1^{er} janvier 2004, de départ en retraite anticipée pour carrière longue, instituée par la réforme des retraites : selon les données de la Cnav, ces départs en retraite ont concerné au total 370 000 personnes entre 2004 et 2006, et ont donc ralenti le vieillissement de la population active.

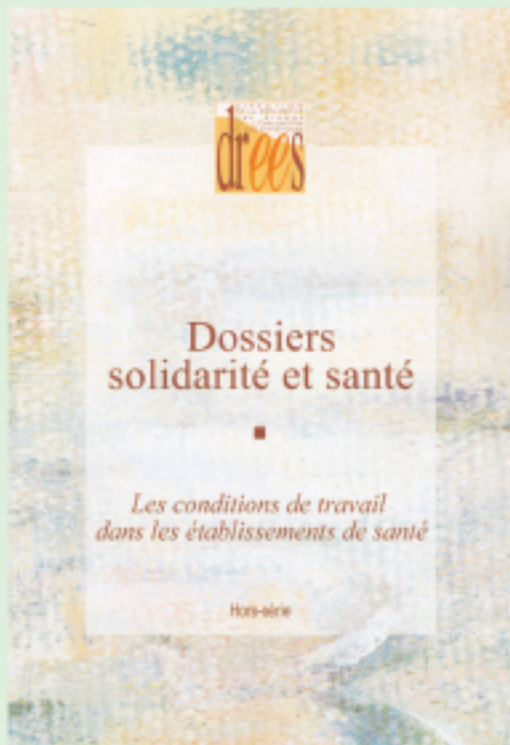
La dépense totale de santé s'élève à 11,1 % du PIB en 2005

La dépense totale de santé évaluée par l'OCDE (encadré 1) s'élève à 11,1 % du PIB en 2005⁷. Ce taux place la France, en termes de poids de la santé dans la création de richesse nationale, à la troisième place après les États-Unis (15,3 %) et la Suisse (11,6 %) et à un niveau proche de l'Allemagne. ■

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

6. Lê F., Raynaud D., 2007, « Les indemnités journalières », *Études et Résultats*, DREES, n° 596, septembre.

7. Dernière année pour laquelle les comparaisons internationales sont possibles.



DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ

Hors-série • 2007

LES CONDITIONS DE TRAVAIL DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Prix : 11,80 euros

Les Dossiers solidarité et santé
sont diffusés par la Documentation
Française
29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

Renseignements et commande au :
01 40 15 70 00

Commande en ligne :
www.ladocumentationfrancaise.fr

Derniers numéros parus :

- Les revenus sociaux en 2005
N° 4, octobre-décembre 2006
- Perspectives et comportement
en matière de retraite
N° 3, juillet-septembre 2006
- Études diverses
N° 2, avril-juin 2006
- Les professions de santé et leurs pratiques
N° 1, janvier-mars 2006
- Les revenus sociaux en 2004

au sommaire de ce numéro

CONDITIONS DE TRAVAIL ET RELATIONS AVEC LE PUBLIC DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ EN 2003

*Romuald LE LAN, avec la collaboration de David BATES, Perrine BAUER,
Aude BOLLEYN et Céline CLÉMENT*

LES RELATIONS HIÉRARCHIQUES EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Nicolas JOUNIN et Loup WOLFF

PERCEPTIONS DU TRAVAIL ET IDENTITÉ PROFESSIONNELLE CHEZ LES MÉDECINS SALARIÉS ET LIBÉRAUX

Anne VEGA

LES INFIRMIÈRES LIBÉRALES ET LES AUTRES PROFESSIONNELS DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL : UNE COOPÉRATION JAMAIS ACQUISE, TOUJOURS À CONSTRUIRE ET À RECONSTRUIRE

Alain VILBROD et Florence DOUGUET