



Réalisée à partir des Comptes nationaux de la santé de 2002, cette étude présente une estimation de la répartition des dépenses de santé, d'une part, entre soins curatifs et soins préventifs et, d'autre part, entre les grands groupes de pathologies.

En 2002, la France a consacré 10,5 milliards d'euros à la prévention, soit 6,4 % de la dépense courante de santé, la moitié étant destinée à éviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable, un quart au dépistage des maladies et un autre quart à la prise en charge des facteurs de risque ou des formes précoces de maladie.

L'évaluation habituelle des dépenses de prévention des Comptes de la santé se limitait à 4,7 milliards d'euros.

À ce premier montant s'ajoute 5,8 milliards d'euros identifiés comme des dépenses de prévention au sein de la consommation de soins et de biens médicaux. La partie de la consommation de soins et de biens médicaux qui ne ressortit pas à la prévention a pu être répartie par pathologie. Ainsi, les maladies cardiovasculaires représentent le poste le plus important (12,6 %), devant les troubles mentaux et les maladies ostéo-articulaires (respectivement 10,6 % et 9 %).

Les affections de la bouche et des dents prédominent dans les dépenses de soins ambulatoires (28,3 %) et les maladies circulatoires et les troubles mentaux concentrent à eux deux plus du quart des dépenses hospitalières.

A. FENINA*, **Y. GEFFROY***,
C. MINC**, **T. RENAUD****,
E. SARLON**, **C. SERMET****

Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale
et du Logement

Ministère de la Santé et des Solidarités

*DREES

** IRDES

Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France¹

LES Comptes nationaux de la santé permettent chaque année d'évaluer la dépense nationale totale engagée au titre de la santé et d'en analyser les sources de financement et la répartition par catégorie de soins. Jusqu'ici, ils ne permettaient pas d'interpréter cette allocation d'un point de vue médical. Dans cet objectif, deux études méthodologiques ont été réalisées par l'IRDES à la demande de la DREES. La première, visant à vérifier la faisabilité en France de comptes de la santé par pathologie, a permis, par la réalisation d'un prototype pour l'année 1998, de mettre en place une méthodologie générale et de définir les sources à utiliser (Paris *et al.*, 2002). La deuxième, centrée sur les dépenses de prévention, a exploré les possibilités de différenciation de l'activité curative et préventive et a évalué son importance en termes de dépenses (Le Fur *et al.*, 2003). La troisième phase de ce travail, présentée dans cette étude, constitue la consolidation et la synthèse de ces études méthodologiques (encadré 1).

Réalisée à partir des Comptes de la santé de 2002, cette étude propose, dans une première partie, une réflexion sur les limites entre prévention et soins, elle analyse ensuite l'allocation des ressources entre soins curatifs et préventifs, puis réalise, dans une troisième partie, une approche des dépenses par pathologie après exclusion de la prévention. La nomenclature standard des Comptes de la santé identifie uniquement les dépenses de prévention qui sont isolables dans les

1. Une version peu différente de cet article fait l'objet d'une publication simultanée dans les *Questions en économie de la santé* de l'Irdes, n° 111, juillet 2006.

dépenses des administrations et des institutions, que ce soit de la prévention individuelle (médecine du travail, dépistage, etc.) ou collective (campagnes d'information, sécurité sanitaire de l'alimentation, etc.). La présente étude permet d'identifier également les actes ou soins préventifs réalisés en pratique quotidienne par les professionnels de santé, et dont les montants sont inclus dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Elle apporte des informations originales sur la prévention, en identifiant en particulier la part attribuable à l'action publique au travers des programmes de prévention ou de santé publique. Elle ventile, enfin, les dépenses de soins de la CSBM qui ne ressortissent pas à la prévention entre les grands groupes de pathologies issus de la Classification internationale des maladies (CIM10).

De la prévention aux soins

■ La prévention : une entité aux contours à définir...

Trois critères distincts ont été adoptés pour délimiter le champ de la prévention. Dans la mesure où ces critères

reflètent la question plus complexe des contours de la prévention et de ses frontières avec les soins, le champ et la nomenclature retenus ont été le fruit d'une réflexion menée avec un groupe d'experts² réunis pour l'occasion par l'IRDES.

Le critère de distinction principal repose sur la nature de l'action de prévention qu'elle cible, c'est-à-dire les objectifs et les moyens de cette action et le type de population. Il permet de hiérarchiser le champ de la prévention en trois grandes catégories homogènes, différenciant, d'une part, les mesures de prévention collective et individuelle à destination des bien portants, d'autre part les dépistages, et enfin la prise en charge des facteurs de risque et la surveillance des formes précoces de maladies.

Les mesures de prévention collective et individuelle à destination des bien-portants

Cette première catégorie, qui s'apparente à la prévention primaire, regroupe l'ensemble des actions individuelles ou collectives qui visent à éviter l'apparition des maladies ou d'un état indésirable chez les personnes en bonne santé. Elles comprennent des mesures à visée

environnementale (mesures d'hygiène, sécurité sanitaire, lutte contre les expositions nocives environnementales ou professionnelles) ainsi que des mesures de prévention axées sur les comportements individuels : campagnes de sensibilisation et de promotion de l'hygiène de vie (nutrition, exercice physique, hygiène bucco-dentaire), campagnes antitabac et antialcool, éducation à la santé, etc. Elles incluent enfin des actions de prévention réalisées dans le cadre du système de soins : actions de prévention individuelle (vaccins, contraception, suivi de grossesse normale, prévention des carences...) réalisées par les bien-portants afin d'éviter une maladie et qui induisent un contact avec le système de soins (médecin, pharmacie, centre de santé) ; soins de PMI, planning familial, médecine scolaire, médecine du travail.

2. Le groupe d'experts était composé de : Dominique Baubeau (Drass Ile-de-France), Catherine Bismuth (Cnamts), Marc Brodin (Hôpital Bichat), Roland Cash (Consultant), Marcelle Delours (PMI de Paris), René Demeulemeester (INPES), Patrice Dosquet (ANAES), Nathalie Pelletier-Fleury (Inserm U537), Gérard de Pourville (Inserm U357).

2

E•1

La méthodologie : une approche descendante respectant le cadre des Comptes nationaux de la santé

Le principe du travail est de repérer les dépenses de prévention incluses dans la CSBM – pour évaluer le poids monétaire total de la prévention médicale en France – puis de défalquer ces dépenses de la CSBM, afin de produire des comptes par pathologie uniquement pour les dépenses de soins et de biens médicaux à vocation curative.

La méthodologie appliquée à l'estimation des dépenses de prévention puis à la ventilation des dépenses curatives par pathologie est identique dans ses grandes lignes. Le principe général est celui d'une estimation descendante basée sur les postes de soins de la CSBM, auxquels sont appliquées des clés de répartition calculées à partir de sources de données médico-économiques. Après avoir identifié les sources de données (encadré 2), permettant de couvrir les différents postes de soins et proposant suffisamment d'informations médicalisées pour mener à bien le repérage des actions de prévention ou des pathologies prises en charge, l'identification des dépenses proprement dites s'effectue séparément pour chaque poste ou sous-poste de soins, en appliquant une même procédure de travail. Cette procédure, permettant de distinguer les activités préventives et curatives et d'en répartir les dépenses correspondantes, est appliquée successivement à toutes les sources de données. Elle comprend trois étapes :

1. Le calage de la source de données. Ce calcul produit un pourcentage appelé « taux de couverture » qui, appliqué au montant du poste de soins, donne la valeur de la dépense qui sera ventilée entre dépenses préventives et curatives, puis par pathologie pour les dépenses curatives.

2. L'identification des motifs préventifs ou des pathologies traitées, réalisée à partir des informations cliniques disponibles (diagnostic, comorbidités, nature du

bien médical consommé, spécialité du médecin...). Lorsqu'il s'agit d'identifier les motifs préventifs, cela nécessite une expertise médicale approfondie. En revanche, pour les comptes par pathologie, cette étape est automatique dans la plupart des cas, puisqu'il suffit de s'appuyer sur la nature des diagnostics posés (lorsqu'ils sont connus). Une option importante concerne cependant le mode de rattachement lorsque plusieurs diagnostics ou motifs de recours sont associés à une même consommation de soins. Pour les soins hospitaliers de court et de moyen séjour, l'intégralité de la dépense est associée au diagnostic principal du séjour, considérant qu'il a réellement causé l'hospitalisation et consommé l'essentiel des ressources.

Au contraire, pour les soins ambulatoires ou les prescriptions de médicaments auxquels sont associés plusieurs diagnostics, il semble impossible de les hiérarchiser pour déterminer celui qui a motivé le recours. La dépense est alors répartie à parts égales entre tous les diagnostics.

3. La valorisation monétaire. Cette étape se fonde principalement sur les tarifs officiels des biens de santé (tarifs de convention des services et actes médicaux, prix officiels des médicaments).

Si les comptes par pathologie doivent être exhaustifs et donc s'appliquer, dans la mesure du possible, à la totalité de la CSBM hors prévention, l'analyse des dépenses de prévention ne concerne pas tous les postes de soins, car l'identification est soit inutile, compte tenu de la dimension exclusivement curative du poste de soins, soit impossible avec les sources de données dont nous disposons. Ainsi, en admettant que la prévention est négligeable dans certains types de dépenses, notamment les soins hospitaliers de moyen séjour et de psychiatrie, les transports sanitaires et les appareillages médicaux, les sources disponibles permettent de couvrir environ 89 % des dépenses de prévention potentielles de la CSBM au total.

Les sources de données utilisées

La plupart des sources sont communes aux travaux d'estimation des dépenses de prévention et de ventilation des dépenses par pathologie tenant compte du même canevas méthodologique.

Soins hospitaliers :

Soins de court séjour : PMSI-MCO 2002.

Soins de suite et de réadaptation : PMSI-SSR 2002, utilisé uniquement pour les comptes par pathologie.

Pour le versant comptes par pathologie, des procédures d'affectation directe des dépenses à des pathologies ont été effectuées pour les centres de dialyse (dépenses entièrement affectées aux maladies de l'appareil urinaire) et pour la psychiatrie hospitalière (dépenses entièrement affectées aux troubles mentaux). Les soins de long séjour et de sections de cures médicalisées ne sont plus comptabilisés dans la CSBM en base 2000.

Au total, le taux de couverture des soins hospitaliers est de 100 %.

Soins ambulatoires :

Activité des médecins libéraux : étude permanente de la prescription médicale (EPPM) 2002 produite par IMS-Health.

Actes techniques et exploratoires : enquête CCAM sur la fréquence des actes techniques de 2001 (CNAMTS). Pour le travail sur la prévention, cette enquête a été enrichie par des données sur les mammographies produites par l'Observatoire français de la sénologie.

Activité des sages-femmes : données du SNIR 2002 (CNAMTS), complétées par une publication de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé de 2004.

Activité des auxiliaires médicaux : enquête Santé et Protection sociale (ESPS) 2000 et 2002 (IRDES) pour les soins infirmiers et d'orthophonistes, enquête sur

l'activité des kinésithérapeutes 2001 (CNAMTS).

Analyses de biologie : données du codage de la biologie 2002 (CNAMTS).

Cures thermales : des données provenant de l'Union nationale des établissements thermaux (UNET) ont été employées dans la ventilation par pathologie, mais elles ne sont pas assez précises pour le repérage de la prévention.

Le versant prévention de l'étude s'est également appuyé sur l'enquête Fréquence des actes bucco-dentaires 2003 (CNAMTS) pour l'activité des dentistes.

Au total, les soins ambulatoires sont couverts à 85 %.

Médicaments :

Médicaments prescrits : EPPM 2002 (IMS-Health).

Médicaments acquis en automédication : ESPS 2002 (IRDES).

Dans le champ de la prévention (vaccins, médicaments antitabac, contraceptifs...) : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Au total, les dépenses de médicaments sont couvertes à 95 %.

Autres biens médicaux :

Aucune source de données n'est réellement adaptée, mais le rapport d'activité du Comité économique des produits de santé de 2000 a permis de traiter au total 55 % du poste. C'est aux pathologies de l'œil qu'est attribué l'essentiel des dépenses réparties (lunetterie notamment).

Transports de malades :

Analyse à dire d'experts qui est appliquée à l'intégralité des dépenses de transport médical (taux de couverture de 100 %).

Les dépistages

Cette deuxième grande catégorie de dépenses de prévention inclut toutes les actions servant à dépister la présence d'un trouble ou d'une maladie (examens biologiques, actes exploratoires, consultations de médecin), y compris les visites de contrôle chez les médecins et les dentistes, le suivi du post-partum, les consultations pour des motifs socio-économiques, etc.

La prise en charge des facteurs de risque et des formes précoces des maladies

Troisième catégorie, la prise en charge des facteurs de risque rassemble toutes les actions cherchant à réduire la portée des facteurs de risque, mais aussi à combattre les conduites addictives. On peut citer notamment la prise en charge des formes non compliquées des facteurs de risque cardiovasculaires (diabète de type 2, hypertension artérielle, hyperlipidémie, obésité), des comportements à risque (notamment sexuels) et

des addictions (tabagisme, alcoolisme, drogues), qu'il s'agisse de consultations de médecin ou bien de traitements médicamenteux. La prise en charge des formes précoces de maladies, quant à elle, rassemble les prises en charges précoces cherchant à éviter une aggravation de la maladie (surveillance des carcinomes *in situ*, traitement des primo-infections tuberculeuses) ou l'apparition d'un autre trouble connexe plus sévère (correction de la dyslexie, du strabisme et des troubles de l'odontogénèse chez les enfants, rééducation périnéale, etc.).

■ Des limites à tracer entre prévention et soins...

Cette dernière grande catégorie de dépenses et d'actions se situe à la limite entre prévention et soins et peut donc prêter à débat. On a en effet considéré que le diabète, l'hypertension artérielle (HTA) et l'hyperlipidémie, dans leurs formes non compliquées, ne sont pas traités pour eux-mêmes mais plutôt pour

éviter la survenue d'une maladie cardiovasculaire grave, ce qui justifie leur inclusion dans le champ de la prévention. Suivant cette logique, le sevrage des addictions (tabagisme, alcoolisme, drogues) cherchait davantage à prévenir les maladies futures, comme le cancer, qu'à réduire des effets néfastes à court terme. On peut également argumenter sur la prise en compte des dépenses de contraception (qu'il est difficile de situer dans un schéma bipolaire entre prévention et soins) ou de suivi de la grossesse normale (pour qui la frontière entre la prévention et les bonnes pratiques médicales est ténue).

■ ...et entre actions publiques et individuelles

Les deux autres critères sont plus fonctionnels, car ils visent à comprendre comment sont organisées ces actions de prévention. L'un sépare les dépenses de prévention individualisables et les dépenses non individualisables. Les dépenses

individualisables regroupent l'ensemble des dépenses affectées à la réalisation d'actes auprès des individus eux-mêmes : vaccinations, mammographies, consultations antitabac, etc. Les dépenses non individualisables concernent des actions collectives de prévention : campagnes médiatiques par exemple. Le deuxième critère distingue les dépenses de prévention qui sont initiées par des programmes de prévention ou de santé publique. Ce dernier critère s'est avéré délicat à mettre en œuvre car il nécessite à la fois de circonscrire précisément la notion de programme³ et de définir les actes qui seront affectés au programme⁴.

Estimation des dépenses de prévention

■ Les dépenses de prévention incluses dans la consommation de soins s'élèvent à 5,8 milliards d'euros

En 2002, les dépenses de prévention individuelle comptabilisées dans la CSBM s'élèvent à 5,8 milliards d'euros (tableau 1), soit 4,4 % de cet agrégat. Bien entendu, cette estimation est conditionnée par les contours du champ de la prévention qui ont été adoptés dans ce travail. En décomposant cette dépense totale selon la nature des

actions de prévention, on constate que :

- la prise en charge des facteurs de risque, des addictions et des formes précoces de maladies (comme le diabète, l'hypertension artérielle ou encore l'hyperlipidémie dans leurs formes non compliquées) génère les coûts les plus importants, avec une dépense s'élevant à 2,6 milliards d'euros, soit 45 % des dépenses de prévention isolées dans la CSBM ;
- les dépistages occasionnent une dépense de 2,1 milliards d'euros (36 %),
- les mesures cherchant à prévenir l'apparition d'une maladie chez les biens-portants une dépense de 1,1 milliard (19 %).

Si l'on adopte une conception plus restrictive de la prévention, en écartant la prise en charge des facteurs de risque et des formes précoces de maladies de l'estimation, la dépense de prévention extraite de la CSBM ne serait plus que de 3,2 milliards. Il n'est pas surprenant que les actions de prévention les plus incontestables (dépistages) soient également les moins bien représentées ici, car la plupart des dépenses de dépistage ou de prévention axées sur les comportements individuels sont déjà isolées dans les postes de prévention dans les Comptes nationaux de la santé.

L'ensemble des dépenses de prévention (5,8 milliards) sont engendrées pour moitié par des recours aux soins ambulatoires (2,9 milliards d'euros) et à 45 %

par des acquisitions de médicaments ou d'autres biens médicaux (2,6 milliards). Le poids de l'hôpital est donc marginal dans les coûts de prévention individuelle engagés dans le système de soins (4 %).

D'après le deuxième critère de distinction introduit, environ les deux tiers des dépenses de prévention de la CSBM seraient en outre directement ou indirectement liées à un programme de santé publique. Cette proportion semble importante et est sans doute liée au critère relativement extensif qui a été retenu ici. Elle diffère selon la nature des actions préventives : 97 % des dépenses induites par le traitement des facteurs de risque et des formes précoces de maladies relèvent d'un programme de prévention ou de santé publique identifiable.

A contrario, seules 28 % des dépenses de dépistage sont dans ce cas.

3. Dans notre acception, sont considérés tous les programmes de prévention et de santé publique au sens large qui avaient cours en 2002 et dont les objectifs font écho à une dimension de prévention retenue dans notre travail, quels qu'en soient les promoteurs, les modalités de financement et le cadre d'application précis.

4. Nous avons fait le choix de rassembler au sein des dépenses de prévention, les actes préventifs dans le cadre restrictif d'un programme de prévention et des actes similaires effectués dans le cadre d'un recours aux soins classiques (par exemple, les mammographies de dépistage réalisées soit *via* le FNPEIS (Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaire) soit directement.

4

T 01 estimation des dépenses de prévention incluses dans la consommation de soins et de biens médicaux des Comptes nationaux de la santé

Dépenses exclusivement individualisables (montants en millions d'euros)	A. Éviter l'apparition d'une maladie ou d'un état indésirable			B. Dépister les maladies	C. Prendre en charge les facteurs de risque et les formes précoces de maladies		Total prévention
	A.1	A.2	A.3	B	C.1	C.2	
	Mesures à visée environnementale	Mesures axées sur le comportement individuel	Actions de prévention réalisées dans le cadre du système de soins	Dépistages	Prise en charge des FR et comportements à risque	Prise en charge des formes précoces de maladies	
Programmes de prévention et de santé publique	0	0	769	586	2 420	88	3 862
Hors programmes de prévention et de santé publique	2	7	318	1 503	0	60	1 889
Ensemble (programmes et hors programmes)	2	7	1 087	2 089	2 420	147	5 751

Sources : DREES-IRDES, Estimation des dépenses de prévention et des dépenses par pathologie d'après les Comptes nationaux de la santé.

T • 02 **estimation des dépenses de prévention totales à partir des Comptes nationaux de la santé de l'année 2002**

Montants en millions d'euros	Dans la CMT			En plus de la CMT	Dans la DCS
	CSBM (prévention isolée dans la CSBM)	Hors CSBM (poste « prévention individuelle » des CNS)	Total prévention CMT	Poste « prévention collective des CNS »	Total prévention
A. Éviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable	1 096	2 121	3 217	2 233	5 450
B. Dépister les maladies	2 089	390	2 478	0	2 478
C. Prendre en charge les facteurs de risque et les formes précoces de maladies	2 567	0	2 567	0	2 567
Total « programmes de prévention et de santé publique »	3 862	2 511	6 373	2 233	8 606
Total « Hors programmes de prévention et de santé publique »	1 889	0	1 889	0	1 889
Total des dépenses de prévention (millions d'euros)	5 751	2 511	8 262	2 233	10 495
En % de					
la CSBM	4,4 %	-	-	-	-
la CMT	4,3 %	1,9 %	6,3 %	-	-
la DCS	3,5 %	1,5 %	5,0 %	1,4 %	6,4 %

CNS : Comptes nationaux de la santé. CMT : Consommation médicale totale. CSBM : Consommation de soins et biens médicaux. DCS : Dépense courante de santé
 Source : DREES-IRDES, Estimation des dépenses de prévention et des dépenses par pathologie d'après les Comptes nationaux de la santé.

■ En 2002, la prévention représentée, au total, 6,4 % de la dépense courante de santé en France

À cette estimation s'ajoutent les dépenses de prévention institutionnelle déjà isolées dans les postes « prévention collective » et « prévention individuelle » des Comptes de la santé, c'est-à-dire, pour 2002, 4,7 milliards d'euros. Les dépenses totales consacrées à la prévention en 2002 peuvent être ainsi évaluées à 10,5 milliards d'euros. Elles représentent 6,35 % de la dépense courante de santé (tableau 2).

La structure finale des dépenses par catégorie de prévention est logiquement différente de celle des dépenses comprises dans la CSBM, car les postes de prévention déjà inclus dans la nomenclature des Comptes de la santé sont surtout axés sur les mesures cherchant à prévenir l'apparition d'une maladie chez les bien-portants. Au total, celles-ci génèrent plus de la moitié de l'ensemble des dépenses engagées au titre de la prévention en France. L'autre moitié se répartit à parts égales entre les dépistages (2,5 milliards) et les autres formes de prévention (2,6 milliards).

Les quatre cinquièmes des dépenses consacrées à la prévention sont individualisables, c'est-à-dire relatives à des actions de prévention ciblées sur les individus et leurs comportements. Le cinquième restant se rattache à la collectivité dans son

ensemble, par le biais de la sécurité sanitaire, des mesures de prévention environnementales et de l'éducation à la santé.

Enfin, conformément aux priorités de santé définies par les pouvoirs publics, les actions de prévention d'initiative publique semblent prépondérantes, puisque 82 % des dépenses (8,6 milliards d'euros) seraient soit affectées à des fonds directement alloués ou à des actions préventives initiées par les programmes de prévention existants.

Répartition des dépenses de santé par pathologie
■ Les maladies de l'appareil circulatoire et les troubles mentaux concentrent chacun plus d'un dixième des dépenses curatives

Si l'on cherche à ventiler par pathologie les dépenses de soins proprement dites, c'est-à-dire la consommation de soins et de biens médicaux, déduction faite des dépenses de prévention identifiées précédemment, cette répartition a pu, compte tenu des sources disponibles, être effectuée pour un montant de 107,6 milliards d'euros sur un total de 123,8 milliards d'euros, soit 87 % de la consommation de soins et biens médicaux hors prévention. Les 16 milliards restants ne peuvent être répartis soit par

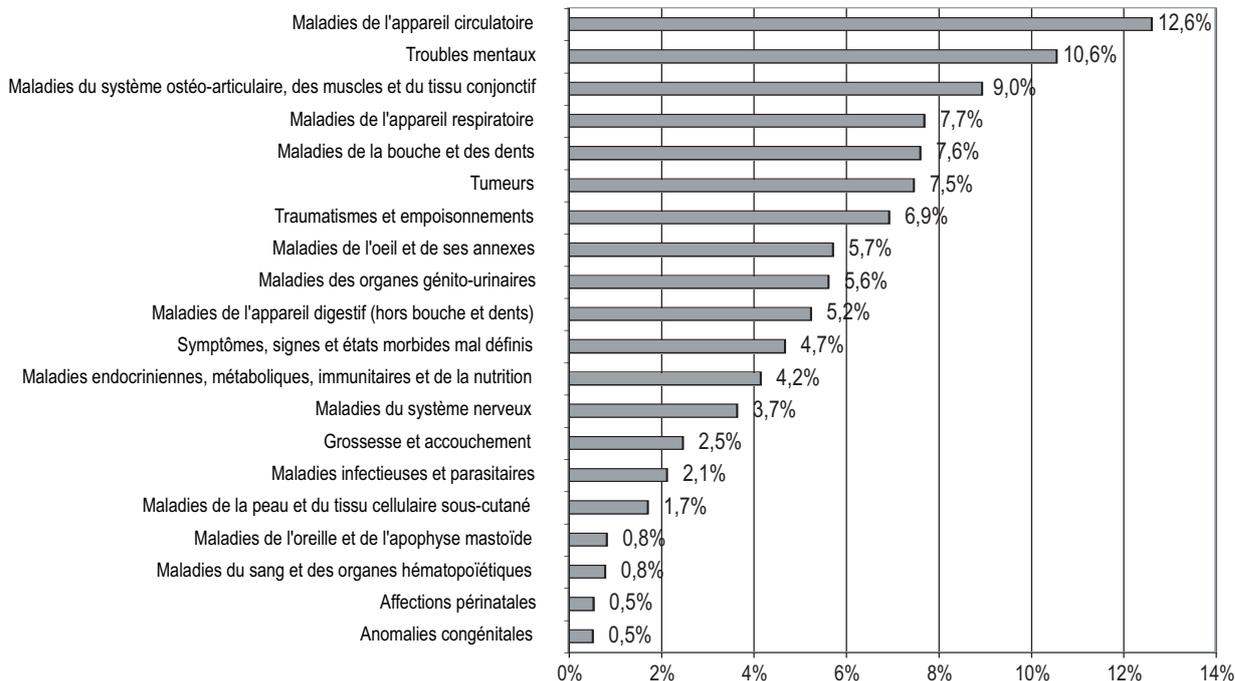
manque de données (notamment pour une part importante de la rubrique « Autres biens médicaux »), soit parce que les données disponibles ne permettent pas d'affecter les montants à une catégorie de la nomenclature.

La Classification internationale des maladies dans sa 10^e révision (CIM10) s'impose comme un choix naturel quant à la nomenclature des pathologies, car elle est consensuelle et toujours employée pour coder les diagnostics dans les sources de données. La nomenclature utilisée ici pour ventiler les dépenses par pathologie est donc conforme à la CIM10, à une exception près : les codes du chapitre XXI (« Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs généraux de recours aux soins ») sont rattachés aux pathologies qui les ont occasionnés et reclassés dans les 19 premiers chapitres de la CIM10. Ainsi, les recours pour antécédents personnels ou familiaux de maladies sont rattachés à la maladie en question.

Le groupe de pathologies le plus important en termes de dépenses engagées est celui des maladies de l'appareil circulatoire, avec 13,6 milliards d'euros, soit 12,6 % des dépenses réparties de l'année 2002 (graphique 1). Il est suivi par les troubles mentaux (10,6 % des dépenses réparties et 11,4 milliards d'euros), les affections ostéo-articulaires (9,0 %), puis les maladies de l'appareil

G
•01

répartition des dépenses de santé hors prévention, par grande catégorie diagnostique



Note de lecture : au sein des 107,6 milliards d'euros de soins hors prévention qui ont pu être répartis entre les différentes pathologies, les maladies de l'appareil circulatoire représentent 12,6 % des dépenses

Source : DREES-IRDES, Estimation des dépenses de prévention et des dépenses par pathologie d'après les Comptes nationaux de la santé.

6

respiratoire (7,7 %) et les affections de la bouche et des dents (7,6 %). Viennent ensuite les tumeurs et les traumatismes (respectivement à 7,5 % et 6,9 %).

La part relativement importante des dépenses de soins relatives aux troubles mentaux mérite toutefois d'être tempérée, dans la mesure où, en l'absence de données permettant de les ventiler, la totalité des dépenses liées à l'activité des hôpitaux psychiatriques est affectée à la rubrique « Troubles mentaux »⁵.

■ Les parts des secteurs hospitalier et ambulatoire varient beaucoup selon les pathologies

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. Ainsi, les dépenses pour les complications de la grossesse et de l'accouchement, les anomalies congénitales et les affections périnatales sont très majoritairement

hospitalières (à plus de 85 %). Le traitement des tumeurs se fait aussi principalement par des soins hospitaliers (77 %).

Les dépenses pour les affections de la bouche et des dents concernent au contraire massivement des soins ambulatoires (94 %), plus précisément des soins de dentiste. Les soins ambulatoires sont également importants pour les maladies du sang et des organes hématopoïétiques (45 %). Les affections ophtalmologiques ont quant à elles une structure de dépense particulière, concentrée sur les autres biens médicaux, en l'occurrence les dépenses de lunetterie (69 % du total). Le poste des médicaments et autres biens médicaux est également prépondérant pour les maladies endocriniennes et métaboliques, les maladies de l'oreille et les maladies de l'appareil circulatoire (plus de 40 % des dépenses).

■ Une part élevée des troubles mentaux et des maladies circulatoires dans les dépenses hospitalières, des affections de la bouche et des dents dans les dépenses ambulatoires

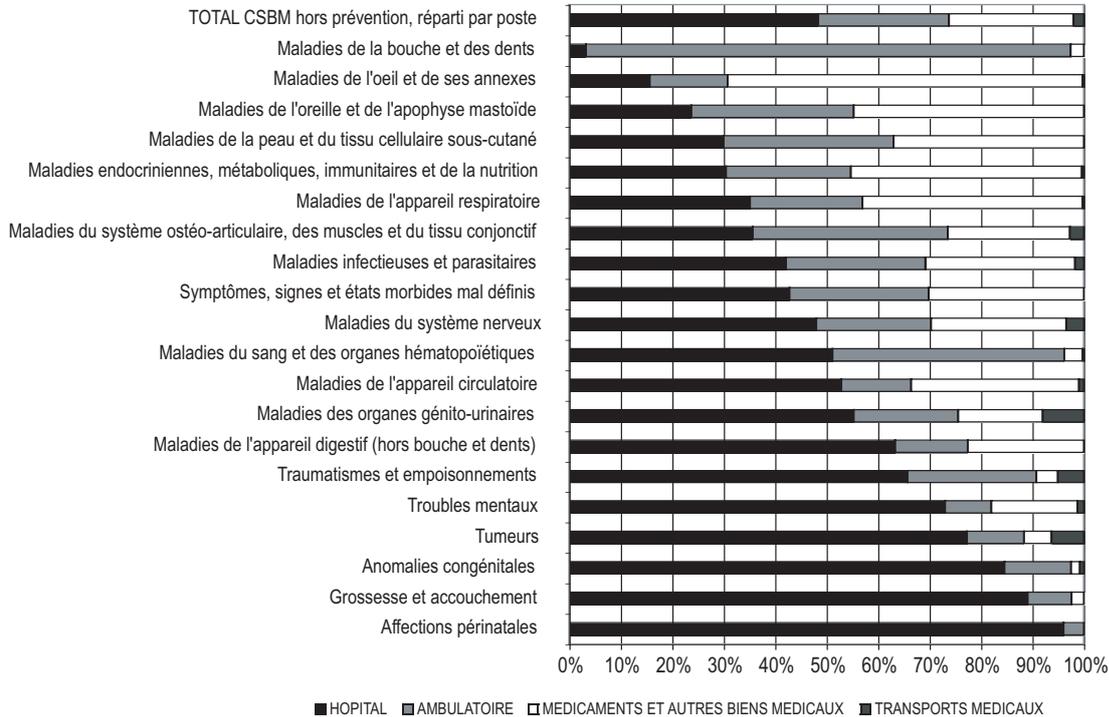
Au sein de chaque type de dépense, la répartition par pathologie s'avère très

différente. Ainsi, pour le poste « soins hospitaliers », une part élevée des dépenses est rattachée aux troubles mentaux avec, en 2002, 15,9 % de la dépense hospitalière. Cette évaluation apparaît toutefois surestimée pour les raisons mentionnées précédemment. Les maladies de l'appareil circulatoire, avec 13,8 % des dépenses hospitalières, sont en deuxième position, suivies par les tumeurs qui en représentent 11,9 %. Viennent ensuite les traumatismes et empoisonnements et les maladies de l'appareil digestif qui représentent respectivement 9,4 % et 6,9 % des dépenses de soins hospitaliers.

Les dépenses de soins ambulatoires sont, quant à elles, largement dominées par les affections de la bouche et des dents (28,3 %). Les maladies du système ostéo-articulaire en représentent environ 13,4 %. Suivent les traumatismes, les maladies respiratoires et les maladies cardiovasculaires avec 6,6 % à 6,8 %.

5. Ces établissements traitent également des cas relevant d'autres catégories diagnostiques, comme les maladies du système nerveux et les traumatismes ou empoisonnements.

répartition des dépenses de soins hors prévention par poste, dans chaque grande catégorie diagnostique



Source : DREES-IRDES, Estimation des dépenses de prévention et des dépenses par pathologie d'après les Comptes nationaux de la santé.

Aucune autre catégorie ne dépasse 5 % des dépenses ambulatoires ainsi réparties. Enfin, en ce qui concerne les dépenses de médicaments, ce sont les maladies de l'appareil circulatoire qui pèsent le plus lourd, avec 17 % des dépenses de médicaments de l'année 2002. Viennent ensuite les maladies de l'œil (16,3 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (13,6 %).

■ Des limites dont l'interprétation doit tenir compte

Malgré l'intérêt et les informations qu'apporte cette analyse des dépenses de santé, un certain nombre de limites demeurent dans cette nouvelle version des comptes de la santé par pathologie. Elles tiennent tout d'abord aux carences des sources de données et aux problèmes de ventilation qui en découlent. Le deuxième type de limite tient à la nécessité d'inférer une pathologie pour certaines consommations de soins qui sont initialement dépourvues de diagnostic ou de motif associé (médicaments, analyses biologiques, actes techniques). Par ailleurs, le codage en CIM10 ne traduit pas toujours la réalité de certaines prises

en charge, notamment lorsque des hospitalisations relèvent davantage de problèmes médico-sociaux que de pathologies *stricto sensu* (en psychiatrie). Enfin, l'utilisation du seul diagnostic principal pour définir les clefs de répartition en matière de soins hospitaliers peut induire une sous-estimation du poids de certaines pathologies, en particulier chez les personnes âgées ou en soins de suite et de réadaptation.

Les Comptes par pathologie apportent aux financeurs et aux acteurs du monde de la santé un éclairage nouveau sur les ressources injectées dans le système de santé pour les différentes pathologies. Toutefois, l'impossibilité de relier à une maladie les consommations consécutives aux complications qu'elle provoque doit être prise en compte dans l'interprétation des résultats en termes de santé publique. La tentation de les interpréter en termes de processus de soins ou de « coûts des pathologies » au sens habituel des études médico-économiques doit à cet égard être évitée. Cependant, la médicalisation des Comptes de la santé peut être considérée comme une première étape d'une démar-

che globale permettant à terme un calcul d'efficacité du système de santé. La confrontation de ces dépenses avec d'autres indicateurs de performance du système de santé peut ainsi ouvrir des voies de recherche et améliorer la compréhension du fonctionnement du système. ●

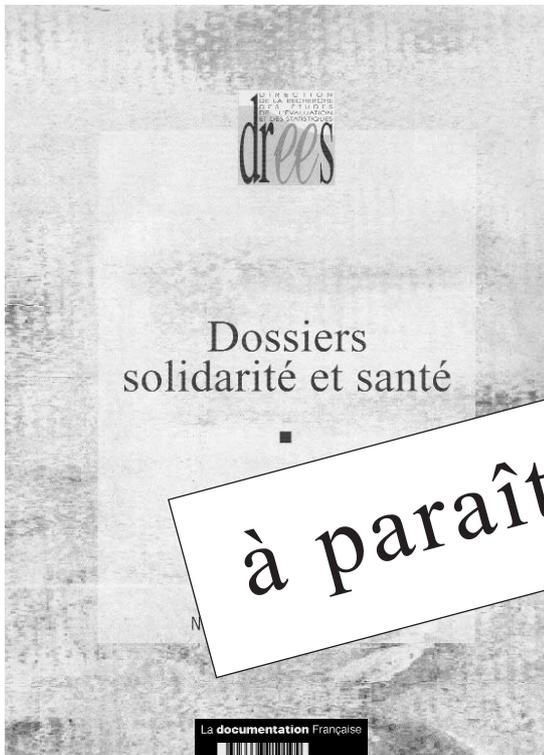
Pour en savoir plus

A. Fenina, Y. Geffroy, 2006, « Les Comptes de la santé en 2005 », *Études et Résultats*, n° 505, DREES, juillet.

P. Le Fur, V. Paris, C. Pereira, T. Renaud, C. Sermet, 2003, « Les dépenses de prévention dans les Comptes nationaux de la santé : une approche exploratoire », *Questions d'économie de la santé*, n° 68, IRDES, Juillet.

C. Minc, T. Renaud, E. Sarlon, C. Sermet, à paraître, « Les dépenses de prévention en France, Estimation à partir des Comptes nationaux de la santé de 2002 », IRDES.

V. Paris, C. Sermet, T. Renaud, 2002, « Des comptes de la santé par pathologie, un prototype pour l'année 1998 », *Questions d'économie de la santé*, n° 56, IRDES, septembre.



ÉTUDES DIVERSES

Prix : 11,60 euros (4 numéros par an)

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

8

Renseignements,
commande et abonnement annuel au :
01 40 15 70 00

Commande en ligne :
www.ladocfrancaise.gouv.fr

Derniers numéros parus :

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

au sommaire de ce numéro

L'ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ CONTINUE D'AUGMENTER

Emmanuelle CAMBOIS, Aurore CLAVEL et Jean-Marie ROBINE

L'INCAPACITÉ ET LE HANDICAP DANS L'ENQUÊTE SANTÉ 2002-2003 : DIVERSITÉ DES APPROCHES ET USAGES DES INDICATEURS

Emmanuelle CAMBOIS et Jean-Marie ROBINE

LA MOBILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES ET HANDICAPÉES HÉBERGÉES EN ÉTABLISSEMENTS

François CHAPIREAU

L'ÉVOLUTION DES OPINIONS DES FRANÇAIS EN MATIÈRE DE SANTÉ, DE HANDICAP, DE FAMILLE, DE RETRAITE, DE PAUVRETÉ ET DE PROTECTION SOCIALE ENTRE 2000 ET 2005

Pierre BOISSELOT

L'IMPACT DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS PATRONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE SUR L'EMPLOI : UNE NOUVELLE ÉVALUATION

Marie HENNION et Christian LOISY

LES DISPARITÉS DÉPARTEMENTALES D'ORGANISATION CONCERNANT LA MISE EN ŒUVRE DU RMI UN AN APRÈS LA DÉCENTRALISATION

Marie AVENEL et Cécile NABOS