

Dossier et éclairages
comptes nationaux

de la **santé**
2013

SOMMAIRE

Comptes nationaux de la santé 2013

Dossier	5
Régulation des tarifs et comportements d'offre de soins des généralistes : les leçons de l'encadrement du secteur 2.....	7
Éclairages.....	21
Les dépenses de santé et l'assurance maladie : qu'en pensent les Français ?.....	23
Les revenus des professionnels de santé libéraux en 2011	33
L'évolution de la dépense de soins de médecins libéraux entre 2006 et 2013.....	41
La situation économique et financière des hôpitaux publics en 2012 et en 2013.....	59
La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2012	71
L'évolution du marché du médicament remboursable en ville entre 2012 et 2013.....	81
Une estimation partielle des dépenses de prévention au sein de la consommation de soins et de biens médicaux en 2012	95

DOSSIER

Régulation des tarifs et comportements d'offre de soins des généralistes : les leçons de l'encadrement du secteur 2

Elise Coudin (Crest), Anne-Laure Samson (LEDa-Legos, Dauphine), Anne Pla (DREES)

Alors que les prix pratiqués par les médecins de secteur 1 sont fixés et régulés, les médecins de secteur 2 ont la possibilité de pratiquer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires pour les mêmes actes. Depuis le 1^{er} décembre 1989, l'accès au secteur 2 est restreint aux ex-chefs de cliniques et assistants des hôpitaux. Cet encadrement de l'accès au secteur 2 avait pour but de réguler la pratique des dépassements d'honoraires. Cette étude utilise cette réforme pour évaluer empiriquement l'impact du secteur de conventionnement sur l'offre de soins fournie par les médecins et sa composition, ainsi que sur leurs honoraires et leurs revenus. L'analyse porte uniquement sur les médecins généralistes, principale spécialité affectée par la réforme.

Les résultats suggèrent un impact fort de la régulation des tarifs sur l'offre de soins. La baisse très significative des tarifs pratiqués conduit, pour les médecins généralistes de secteur 1 qui auraient souhaité adhérer au secteur 2, à une activité nettement plus importante que ce qu'elle aurait été si ces derniers avaient effectivement pu adhérer au secteur 2. Les hommes réagissent plus fortement que les femmes : l'augmentation de leur activité est plus importante, avec une hausse significative de leurs revenus d'activité. La régulation des prix conduit à une plus grande accessibilité des médecins concernés, ceux-ci rencontrant un plus grand nombre de patients. Les hommes médecins assurent aussi davantage de gardes et d'astreintes que ce qu'ils auraient fait s'ils avaient été conventionnés en secteur 2. Lorsque leurs prix sont régulés, les médecins sont par ailleurs médecins traitants d'un plus grand nombre de patients et perçoivent davantage de rémunérations forfaitaires en plus du paiement à l'acte de leur activité libérale.

Introduction

La pratique des dépassements d'honoraires touche directement à l'organisation du système de santé. Même si les dépassements d'honoraires ne pèsent pas sur les comptes de la Sécurité sociale puisqu'ils sont à la charge des patients ou de leurs complémentaires, ils questionnent l'accès aux soins et l'équité entre les patients et peuvent influencer sur le volume d'offre de soins disponible. Selon la théorie économique, une régulation des prix pourrait en effet modifier le comportement d'offre des médecins s'ils arbitrent entre travail et loisir, en particulier en les incitant à augmenter leur offre de façon à disposer d'un revenu proche de celui qu'ils avaient avant régulation. On parle alors d'effet « revenu ». Il peut aussi y avoir « demande induite » lorsque les médecins, du fait de l'asymétrie d'information existant dans le secteur de la santé entre médecins et patients, incitent leurs patients à revenir les voir plus souvent ou concentrent leurs actes sur les plus rémunérateurs. Il n'existe toutefois pas de consensus selon les modèles sur cette analyse¹, ni même de résultats empiriques convergents quant à l'impact sur l'activité ou les revenus des médecins d'une régulation accrue des tarifs. Aux États-Unis, restreindre la pratique des dépassements dans le cadre du Medicare n'a pas modifié les comportements d'activité des médecins selon McKnight (2007). D'autres études américaines et canadiennes mettent au contraire en évidence des effets revenus : face à une régulation des prix, les médecins augmentent leur activité et en modifient la composition en fournissant plus d'actes complexes ou intensifs, et rémunérateurs (Yip, 1998, Rochaix, 1993, Nassiri et Rochaix, 2006).

Bien que la question des dépassements constitue aujourd'hui en France un enjeu majeur en termes de politique publique, l'encadrement de l'accès au secteur 2 intervenu en 1990, outil de régulation de la pratique des dépassements, n'a encore jamais été utilisé pour évaluer l'impact du secteur de conventionnement sur l'activité. D'ailleurs, en France, peu d'études ont été menées sur la pratique des dépassements d'honoraires et elles sont principalement descriptives. Elles se sont notamment intéressées aux déterminants du choix du secteur de conventionnement (Lancry, 1989, Carrère, 1991, et plus récemment, Bellamy et Samson, 2011, qui analysent également les facteurs explicatifs des montants de dépassements pratiqués par quatre spécialités médicales).

L'objectif de cette étude est de mesurer les effets de moyen-long terme de la régulation des tarifs sur l'activité des médecins généralistes, en utilisant l'encadrement de l'accès au secteur 2 en 1990. En particulier, nous analysons l'impact du secteur de conventionnement sur le volume de soins délivrés, la composition de l'activité, les honoraires et revenus des médecins et les caractéristiques de leur patientèle. Nous utilisons les données exhaustives de l'appariement entre données fiscales (issues de la DGFIP) et données d'activité et d'honoraires (issues des bases de l'assurance-maladie), réalisé par l'Insee pour le compte de la DREES (encadré données et variables) pour les années 2005 et 2008. Nous estimons les effets de cette régulation des prix sur les comportements d'offre de soins des médecins généralistes installés après 1990 et contraints par l'encadrement de l'accès au secteur 2 à pratiquer des tarifs régulés, en mobilisant les techniques de « régression par discontinuité ».

L'encadrement de l'accès au secteur 2 : un moyen d'estimer l'effet causal de moyen-long terme du secteur de conventionnement sur l'activité

Le "secteur 2" a été créé en 1980, juste avant les élections présidentielles, avec l'idée d'augmenter les revenus des médecins sans impacter les comptes de la Sécurité sociale (voir Lancry et Sandier, 1999). Le succès de ce contrat dès sa création a cependant engendré une préoccupation constante quant au nombre croissant de médecins, spécialistes et généralistes, installés en secteur 2. Aussi l'accès au secteur 2 a-t-il été encadré à partir du 1^{er} décembre 1989 : alors que les médecins installés avant cette date pouvaient librement choisir leur secteur de conventionnement, voire changer de secteur s'ils le souhaitaient², ceux installés après cette date ne peuvent prétendre au secteur 2 que s'ils ont eu l'expérience d'une pratique hospitalière et d'enseignement (ex-chefs de clinique ou assistants des hôpitaux³). En outre, les médecins ayant choisi le secteur 1 au moment de l'installation ne peuvent désormais plus en changer⁴ ensuite, et ce, quels que soient leurs titres.

Cet encadrement de l'accès au secteur 2 a provoqué une chute brutale du pourcentage de généralistes s'installant en secteur 2 entre 1989 et 1990, première année complète de mise en œuvre de la réforme (Graphique 1). Les statuts désormais requis pour l'adhésion à ce secteur ne concernent que très rarement les médecins généralistes, la plupart

¹ Voir en particulier pour une présentation des différents modèles économiques : McGuire et Pauly, 1991, Rizzo et Blumenthal, 1994, Thornton et Eakin, 1997, Evans, 1974, Delattre et Dormont, 2000, 2003, Glazer et McGuire, 1993.

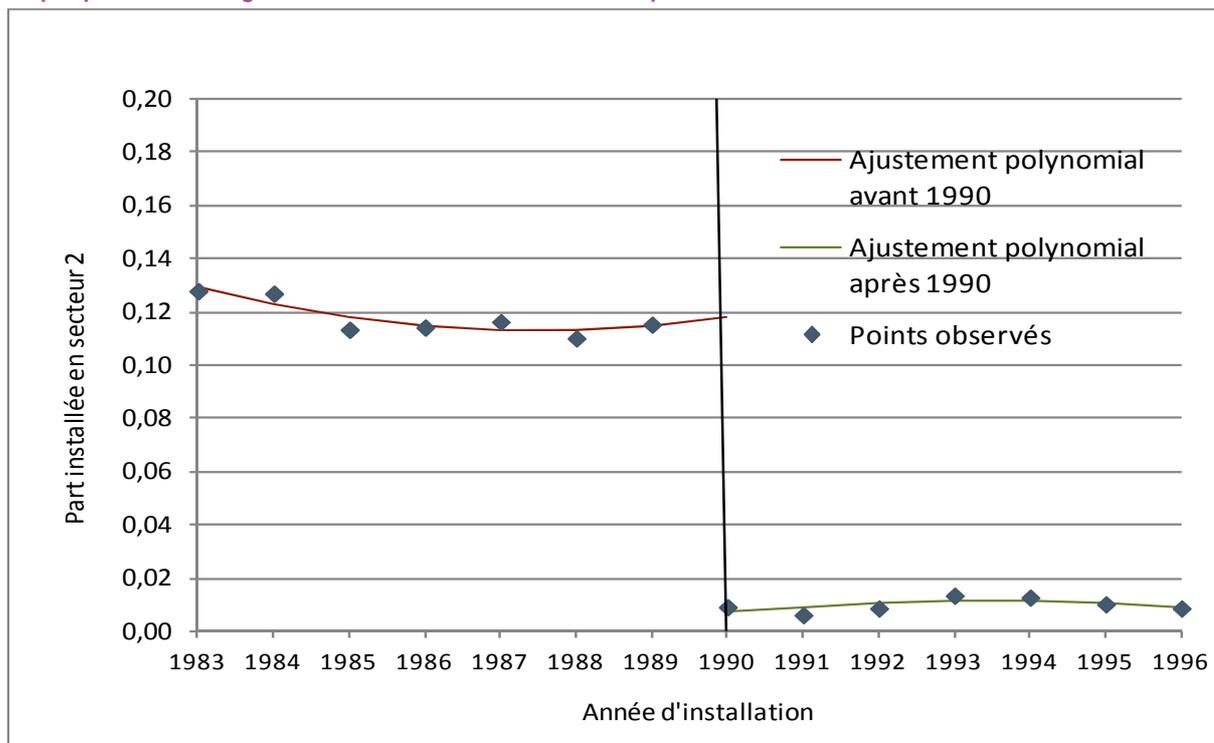
² Entre 1980 et 1989, les médecins pouvaient changer de secteur de conventionnement (passer du secteur 1 au secteur 2, et du secteur 2 au secteur 1) lors de périodes de négociations appelées « fenêtres conventionnelles ». La dernière fenêtre conventionnelle a eu lieu en décembre 1988.

³ Le secteur 2 n'est ouvert qu'aux ex- « chefs de clinique des Universités - assistants des Hôpitaux » ou « assistants des Hôpitaux généraux ou régionaux » qui ont eu une pratique hospitalière pendant au moins deux ans, voir la « convention médicale de mars 1990 », DGR 2474 / 90.

⁴ Les médecins en secteur 2 peuvent toujours choisir de passer en secteur 1, mais l'inverse n'est pas possible.

d'entre eux n'ont de fait plus eu la possibilité de prétendre au secteur 2 suite à la réforme. Ainsi, 11,2 % des généralistes installés en 1989 avaient choisi le secteur 2, contre seulement 0,9 % de ceux installés en 1990, et la proportion reste très faible par la suite. Au final, en 2013, 6,2 % des médecins généralistes libéraux conventionnés exercent en secteur 2 contre 16 % en 1990 (source : assurance-maladie).

Graphique 1 - Part de généralistes choisissant le secteur 2 par année d'installation



Note : Les ajustements polynomiaux sont obtenus à partir de spécifications quadratiques avant et après 1990.

Champ : Médecins généralistes libéraux, non retraités si âgés de plus de 60 ans, ayant perçu au moins 1 euro d'honoraires dans l'année, hors médecins à exercice particulier (MEP), installés entre 1983 et 1996. Observations regroupées pour 2005 et 2008.

Source : Insee-CNAMTS-DGFIP, exploitation DREES.

Cette chute de la part d'installations en secteur 2 juste après 1990 n'est pas le reflet d'une évolution des compétences ou des préférences des médecins généralistes : elle est uniquement attribuable à la réforme, qui peut être considérée comme un facteur exogène touchant de façon différente les installations avant et après 1990.

Aussi, afin d'identifier un effet causal du secteur de conventionnement sur l'activité, l'étude exploite cette discontinuité induite par l'encadrement de l'accès au secteur 2, en utilisant la méthode des « régressions par discontinuité » (RDD, cf. annexe). Cette méthode permet d'identifier et d'estimer l'effet causal moyen d'être en secteur 1 plutôt que d'être en secteur 2 pour le groupe de médecins généralistes de secteur 1 installés en 1990 qui auraient choisi de s'installer en secteur 2 en l'absence de réforme. Ce groupe représente 11 % des médecins installés en 1990 (voir graphique 1¹) ; il est très spécifique.

L'étude mesure ainsi les effets de la régulation des tarifs sur l'activité de ces 11 % de médecins installés chaque année entre 1990-1996. Par ailleurs, comme nous utilisons des données observées en 2005 et 2008, soit 15 à 18 ans après la date de la réforme, l'effet identifié est un effet de moyen-long terme.

Activité et rémunération des généralistes en libéral : un état des lieux

a) La rémunération des médecins libéraux

En France métropolitaine, on comptabilise 52 000 généralistes libéraux (hors médecins à exercice particulier, dits « MEP ») en exercice en 2013², parmi lesquels 93,8 % appartiennent au secteur 1 et 6,2 % au secteur 2³.

¹ 11,5 % des généralistes se sont installés chaque année en secteur 2 entre 1983 et 1989 alors qu'ils ne sont plus que 0,9 % à le faire chaque année entre 1990 et 1996. On estime donc qu'environ 11 % de médecins n'ont pas pu s'installer en secteur 2 suite à la réforme.

² D'après les données de l'assurance-maladie.

³ Les médecins de secteur 1 avec droit permanent au dépassement sont regroupés avec les médecins de secteur 2 et les très rares médecins non conventionnés sont exclus.

Dans le secteur 1, le tarif de chaque acte est fixé par les conventions médicales et les dépassements sont interdits¹. En 2008, le tarif d'une consultation chez un généraliste s'élevait à 22 €. En contrepartie de ces tarifs fixés, l'assurance-maladie prend en charge une grande partie des cotisations maladie, famille et vieillesse² des médecins de secteur 1.

Dans le secteur 2, appelé aussi secteur à « honoraires libres », les possibilités de dépassement sont permanentes : les tarifs pratiqués sont libres et choisis par les médecins eux-mêmes, avec « tact et mesure », sauf lorsqu'ils reçoivent un patient bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) pour lequel ils doivent appliquer les tarifs conventionnels³. En moyenne, le prix d'une consultation chez un généraliste de secteur 2 était de 34 € en 2008, mais avec une forte variabilité entre médecins (écart type de 12,6 €). À la différence des médecins de secteur 1, les cotisations sociales des médecins de secteur 2 ne sont pas prises en charge par les caisses⁴. Un nouveau « contrat d'accès aux soins » est proposé depuis janvier 2013 à tous les médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1, sous la condition qu'ils s'engagent à ne pas augmenter leurs tarifs et à maintenir leur part d'activité à tarif opposable en échange de certains avantages (prise en charge de cotisations sociales, bénéfice de certaines majorations réservées au secteur 1, ...).

Du côté des patients, ce sont les tarifs conventionnels qui servent de référence pour les remboursements effectués par l'assurance-maladie. Qu'ils consultent un médecin de secteur 1 ou de secteur 2⁵, celle-ci rembourse les patients à hauteur de 70 % du tarif conventionnel. Les 30 % restants, à savoir le ticket modérateur et la participation forfaitaire de 1 euro, ainsi que les éventuels dépassements, sont pris en charge par les patients eux-mêmes et par une assurance santé complémentaire à laquelle ils auraient souscrit (via des contrats individuels, des contrats collectifs souscrits par l'entreprise employeur ou au titre de la CMU-C). En 2010, 96 % de la population possédait une couverture complémentaire (Garnero et Le Palud, 2013). Toutefois, si ces complémentaires prennent quasiment toutes en charge la totalité du ticket modérateur, le niveau de prise en charge des dépassements varie très fortement selon le type de contrat⁶.

b) Quelles différences entre généralistes de secteur 1 et de secteur 2 ?

Les analyses sont conduites sur les données individuelles observées en 2005 et en 2008 relatives aux caractéristiques, à l'activité et aux revenus fiscaux des médecins installés entre 1983 et 1996 (encadré 1 - données et variables).

Toutes choses égales par ailleurs⁷, les femmes exercent moins fréquemment en secteur 1 (leur part dans la population des médecins généralistes de secteur 1 est inférieure de 7,4 % à celle dans la population de secteur 2, colonne 3 du tableau 1). À même niveau d'expérience, les médecins de secteur 1 sont plus jeunes (-0,9 an par rapport à ceux de secteur 2), signe d'un début de carrière plus précoce.

On observe par ailleurs des différences importantes en matière d'offre de soins et de rémunération. Les généralistes de secteur 1 effectuent environ 20 % de plus de soins que ceux de secteur 2 (+20 % de volume de soins, +22 % d'actes par an). Ce surcroît d'activité ne compense pas entièrement les plus faibles tarifs qu'ils pratiquent (-30,5 %). Au total, leurs honoraires totaux sont inférieurs à ceux des généralistes de secteur 2 (-8,7 %). Toutefois, et notamment en raison de la prise en charge d'une grande partie de leurs cotisations sociales, leurs revenus d'activité sont plus élevés que ceux des généralistes de secteur 2 (+6 %).

En matière de composition de l'activité, les généralistes de secteur 1 réalisent plus de consultations en cabinet et de visites à domicile que les généralistes de secteur 2, mais moins d'actes techniques. Ils suivent également plus de patients différents par an (+11,6 %). En outre, ils exercent plus fréquemment que les généralistes de secteur 2 en zone

¹ Seuls les dépassements occasionnels, pour exigence particulière du malade par exemple (consultation en dehors des heures d'ouverture du cabinet) sont autorisés. En pratique, ils sont rares : les dépassements des généralistes de secteur 1 étaient en moyenne de 0,2 € par consultation en 2008.

² Ainsi, le montant des cotisations maladie à la charge des médecins de secteur 1 n'est que de 0,11 % de leurs revenus conventionnés (contre 9,81 % pour les médecins de secteur 2), le montant de leurs cotisations vieillesse est fixé à 2 760 € (contre 4 140 € pour ceux de secteur 2) et le montant des cotisations famille est de 0,4 % des revenus conventionnés sur la partie inférieure à 35 352 € et 2,5 % des revenus conventionnés sur la partie supérieure à 35 352 € (contre 5,4 % des revenus conventionnés pour ceux de secteur 2).

³ Depuis la mise en œuvre de l'avenant 8, les assurés de l'aide à une complémentaire santé (ACS) bénéficient également de tarifs opposables.

⁴ Sauf pour ceux, peu nombreux, qui ont adhéré à l'option de « coordination ». Cette option ne concernait que 1300 praticiens en 2011 (et encore moins de généralistes), voir Cour des Comptes (2012). Nous négligeons ces exceptions dans le reste de l'étude.

⁵ Cette décision est laissée au libre choix des patients, qui ont connaissance du secteur de conventionnement des médecins en exercice.

⁶ Et dans le cadre des contrats responsables, la prise en charge de la participation forfaitaire de 1 euro par les assurances complémentaires n'est pas permise.

⁷ Ces chiffres sont issus de régressions par moindres carrés ordinaires qui contrôlent les différences de caractéristiques observables entre les médecins de secteur 1 et ceux de secteur 2, notamment d'expérience. Ils sont calculés sur le même champ que le reste de l'étude, voir encadré « données et variables ».

rurale (+12,4 %). La patientèle des généralistes de secteur 1 est plus jeune, moins féminine, et composée de plus de patients bénéficiaires de la CMUC et en affection longue durée (ALD).

ENCADRÉ 1 - DONNÉES ET VARIABLES

LES DONNÉES : UN APPARIEMENT DE DEUX SOURCES ADMINISTRATIVES

Cette étude est réalisée à partir d'un appariement, effectué par l'INSEE pour le compte de la DREES, de deux fichiers administratifs : un fichier sur l'activité des professionnels de santé libéraux géré par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et le fichier des déclarations d'imposition sur les revenus des particuliers géré par la Direction générale des finances publiques (DGFiP). Cette base associe ainsi pour chaque professionnel de santé exerçant tout ou partie de son activité en libéral des données relatives à son activité libérale et à ses honoraires, (source CNAMTS), et des données relatives à ses différentes sources de revenus (source DGFiP). Cette étude se restreint aux généralistes et examine en particulier leur année d'installation et de thèse, leur localisation, leur secteur de conventionnement, l'offre de soins qu'ils fournissent annuellement, leurs honoraires et revenus d'activité ainsi que la structure de ces volumes. Cette base renseigne aussi sur les principales caractéristiques socio-démographiques du médecin (âge, sexe), et celles de sa patientèle. Les données utilisées portent sur les années 2005 et 2008 pour lesquelles les données CNAMTS et DGFiP ont été appariées.

Le champ retenu pour l'étude rassemble l'ensemble des généralistes conventionnés, installés entre 1983 et 1996, exerçant en France métropolitaine, ayant perçu au moins un euro d'honoraires l'année considérée. Les médecins ayant un mode d'exercice particulier (MEP, tel que l'homéopathie ou l'acupuncture) sont exclus car la pratique de ces médecins peut différer de celle des généralistes et les taux de remboursement de leurs actes ne sont pas toujours identiques à ceux des autres actes. Parmi les médecins installés âgés de 60 ans ou plus, ceux qui perçoivent par ailleurs une pension de retraite sont aussi exclus.

LES VARIABLES EXPLIQUÉES

L'offre de soins

La principale mesure du *volume de soins* fourni par le médecin en un an correspond à l'indicateur synthétique qui tient compte à la fois du nombre d'actes mais aussi de leur technicité (et ainsi de leur tarif). Ce *volume de soins* s'obtient comme la somme du nombre d'actes de chaque type, pondéré par le prix conventionné de ce type d'acte. Il correspond donc aux honoraires sans dépassements, mais s'interprète comme une mesure d'activité et non de revenu. Le *nombre d'actes* pratiqués dans l'année est aussi considéré.

L'analyse retient aussi le nombre de patients différents vus dans l'année, qui est lié à l'accessibilité du médecin. Enfin, le nombre d'actes est décomposé selon leur type : consultations au cabinet, visites à domicile et actes techniques.

Honoraires et revenus

La rémunération des généralistes est aussi appréhendée au travers de deux variables : le montant annuel total des honoraires, qui inclut donc les dépassements, et le prix moyen de l'acte, défini comme le total annuel des honoraires rapporté au nombre d'actes pratiqués dans l'année.

D'autres sources de rémunération, qui peuvent venir en complément du paiement à l'acte, sont aussi examinées, à savoir les forfaits et l'exercice éventuel d'une activité salariée complémentaire à l'activité libérale. Les forfaits incluent principalement le forfait pour chaque patient classé en ALD suivi en tant que médecin traitant¹, les forfaits pédiatriques² et les forfaits de garde et d'astreinte, de nuit ou de week-end. Ils incluent aussi les forfaits pour l'informatisation, la télétransmission et certains forfaits annexes relatifs au nouveau système de « paiement à la performance », mais ces derniers sont tous négligeables par rapport aux trois premiers.

Enfin, pour rendre compte de la rémunération globale des médecins, l'ensemble de leur revenu d'activité, est aussi retenu. Celui-ci est défini comme la somme des honoraires nets (les honoraires nets des charges professionnelles telles que les cotisations sociales, le loyer du cabinet, le salaire du secrétariat, ...) et des éventuels revenus salariaux.

Autres variables

Sont aussi étudiées : la *part des généralistes installés en zone rurale* pour illustrer les comportements de localisation ; les *caractéristiques de la patientèle* (part de femmes, d'enfants de moins de 15 ans, de seniors de plus de 65 ans, de bénéficiaires de la CMUC, de patients en affection longue durée (ALD)), et enfin *la part de patients que le médecin suit en tant que médecin traitant*.

¹ La France a mis en place en juillet 2005 le système du médecin traitant pour mieux réguler le système de soins ambulatoires : les patients doivent aller voir leur « médecin traitant » avant d'aller consulter un spécialiste s'ils veulent être remboursés par l'Assurance-maladie. Chaque médecin traitant perçoit un forfait annuel de 40 € pour le suivi d'un malade en ALD.

² Différents forfaits existent selon l'âge des enfants (moins de 2 ans, de 2 à 6 ans, de 6 à 16 ans).

L'observation des caractéristiques des médecins généralistes et de leurs comportements d'offre de soins fait donc ressortir des différences importantes selon le secteur de conventionnement : en particulier une différence dans l'offre de soins proposés. Toutefois cette comparaison descriptive entre médecins de secteur 1 et de secteur 2 ne permet pas de conclure sur l'effet du secteur de conventionnement, puisqu'elle mélange des médecins installés avant 1990 pour lesquels le choix du secteur de conventionnement reflète leur intérêt propre, et des médecins installés après 1990 contraints dans leur choix. Il est donc nécessaire d'aller plus loin dans l'analyse, pour mettre en évidence un quelconque effet causal du secteur de conventionnement sur les comportements d'offre de soins observables des médecins. Pour cela on s'appuie sur la discontinuité engendrée par la réforme de 1989 sur l'accès au secteur 2.

Tableau 1 : comparaison descriptive des généralistes de secteurs 1 et 2 installés entre 1983 et 1996.

	Moyenne du Secteur 1	Moyenne du Secteur 2	Estimation MCO: S1 versus S2
Nombre d'observations	42 326	3 211	
Part des Femmes	0,270	0,294	-0,074***
Age	48,858	51,598	-0,904***
Offre de soins (en Log)			
Volume de soins annuel	11,652	11,247	0,209***
Nombre d'actes par an	8,471	8,053	0,217***
Nombre d'Actes Techniques	2,325	2,418	-0,314***
Nombre de Consultations	8,261	7,816	0,134***
Nombre de Visites	5,933	4,009	1,093***
Nombre de Patients différents vus par an	7,249	6,981	0,116***
Nombre d'actes par Patient	1,489	1,379	0,076***
Honoraires et Revenus annuels (en Log et en €2008)			
Prix des actes	3,238	3,577	-0,305***
Honoraires annuels totaux	11,679	11,599	-0,087***
Montant annuel des Forfaits	8,274	6,851	0,812***
pour Gardes et Astreintes (en 2008 uniquement)	4,378	1,713	0,822***
pour Patients spécifiques (en 2008 uniquement)	7,197	4,496	1,642***
Revenu d'activité annuel	11,139	10,95	0,063***
Part du revenu salarial dans le revenu d'activité	0,683	0,858	-0,075***
Part des libéraux exclusifs	0,930	0,879	0,005
Autres			
Part des patients ayant déclaré le MG comme médecin traitant	0,357	0,244	0,077***
Part des femmes dans la patientèle	0,556	0,611	-0,052***
Part des moins de 15 ans dans la patientèle	0,217	0,157	0,045***
Part des plus de 65 ans dans la patientèle	0,157	0,161	-0,008***
Part des patients CMUC	0,094	0,048	0,053***
Part des patients en ALD	0,145	0,133	0,013***
Part des généralistes installés en zone rurale	0,177	0,060	0,124***

Lecture : *** signifie que les coefficients sont significatifs au seuil de 1%. La colonne 3 reporte les résultats de régressions par moindres carrés ordinaires (MCO), qui expliquent la variable indiquée sur chacune des lignes, par une indicatrice valant 1 si le médecin appartient au secteur 1 et des variables de contrôle X : X=sexe, expérience, expérience au carré et année quand la variable expliquée est l'âge ; X= expérience, expérience au carré et année quand la variable expliquée est le sexe ; X= sexe, expérience, expérience au carré, parts des patients femmes, des - de 15 ans, des + de 65 ans, des CMUC et des ALD, année et type de commune quand il s'agit des variables expliquées relatives à l'offre de soins, aux honoraires et aux revenus ; X= sexe, expérience, expérience au carré, année et type de commune quand il s'agit des variables expliquées Autres, à l'exception de la pratique en zone rurale, pour laquelle X= sexe, expérience, expérience au carré et année.

Champ : Médecins généralistes libéraux installés entre 1983 et 1996, non retraités si âgés de plus de 60 ans, ayant perçu au moins 1 euro d'honoraires dans l'année, hors MEP. Observations de 2005 et 2008.

Source : Appariement INSEE-CNAMTS-DGFIP, exploitation DREES.

La régulation des tarifs conduit les médecins généralistes à augmenter leur activité

Les effets du secteur de conventionnement sont estimés sur plusieurs variables, les principales se rapportant à l'offre de soins, son volume et sa composition (encadré Données et variables). Sont aussi examinés les honoraires et les revenus des médecins, puis d'autres dimensions, comme la localisation du médecin et la composition de la patientèle. Les résultats détaillés sont reportés dans les tableaux 2 (ensemble des généralistes) et 3 (hommes et femmes séparément).

a) Une meilleure accessibilité

Tout d'abord, les généralistes qui ont été contraints par la réforme à s'installer en secteur 1 effectuent selon les modèles¹ 46 % à 51 % de *volume de soins* en plus que ce qu'ils auraient fait en secteur 2, soit 54 % à 61% de plus *d'actes*. L'augmentation de l'activité est beaucoup plus forte pour les hommes (+52 % à +69 %) que pour les femmes (+22 % à +47 %).

Ce plus grand volume de soins réalisés peut résulter d'une meilleure réponse à la demande se traduisant par une offre plus accessible, mais aussi de mécanismes de demande induite faisant l'objet d'une littérature importante depuis les travaux d'Evans 1974. Dans un contexte de paiement à l'acte et de prix régulés, comme le revenu dépend directement du nombre d'actes délivrés par les médecins, ces derniers seraient incités à augmenter leur activité pour augmenter leurs revenus, conduisant à une potentielle sur-prescription d'actes. Cependant, dans le cas présent, plus des deux tiers du surcroît d'offre de soins s'oriente vers de nouveaux patients. *Le nombre de patients vus dans l'année* augmente en effet d'environ 40 %, et ce pour les hommes comme pour les femmes. Ainsi, la régulation des prix semble accroître l'accessibilité des généralistes². Cette accessibilité renforcée concerne non seulement des patients occasionnels mais aussi de nouveaux patients réguliers. En effet la *part des patients dont le généraliste est le médecin traitant* est significativement plus élevée (+7 % à 10 %). Enfin, cette plus grande offre de soins concerne principalement les actes cliniques (consultations et visites), alors que le nombre d'actes techniques, pourtant souvent plus lucratifs, reste le même ou diminue. On constate par ailleurs que si les consultations au cabinet sont plus nombreuses pour les généralistes hommes ou femmes, seuls les généralistes hommes pratiquent plus de visites à domicile.

b) Des revenus plus élevés pour les hommes uniquement

La régulation des prix peut aussi jouer sur la composition de la rémunération du médecin. Avec des prix pratiqués inférieurs d'environ 40 % à ce qu'ils auraient facturé en secteur 2, les médecins pourraient être incités à augmenter, en compensation, leurs rémunérations forfaitaires complémentaires tirées de l'exercice libéral, ou au contraire à diversifier leurs sources de revenus en se tournant plus fréquemment vers l'exercice salarié.

Or il apparaît que lorsque leurs prix sont régulés, les médecins n'exercent pas plus souvent une activité salariée que ce qu'ils auraient effectué en secteur 2. En revanche, ils recourent beaucoup plus fréquemment aux rémunérations forfaitaires (+132 % à +165 %). Ceci vient en partie du fait qu'ils sont plus souvent médecins traitants de leurs patients, ce qui leur permet de bénéficier par exemple de forfaits pour chaque patient suivi en ALD. Pour l'année 2008 uniquement, on dispose d'informations détaillées sur le type de forfait : les hommes, mais pas les femmes, assurent plus de gardes et d'astreintes (les montants des forfaits relatifs aux gardes et astreintes sont plus élevés pour eux). Les hommes comme les femmes perçoivent également plus de forfaits liés au suivi de patients spécifiques : forfaits pédiatriques, pour patients en ALD suivis par le médecin traitant. Ainsi, lorsque leurs prix sont régulés, les médecins généralistes ne se tournent pas plus vers des activités salariées, mais se concentrent plutôt sur leur activité libérale en profitant des mécanismes de rémunération basés sur la capitation qui lui sont complémentaires.

Au final, du fait de leur plus forte activité et de forfaits plus élevés, on estime que les *honoraires totaux* sont de 19 % à 36 % plus élevés chez les hommes en secteur 1 par rapport à ce qu'ils auraient été si ces médecins avaient pu s'installer en secteur 2. Chez les femmes, les honoraires totaux ne sont pas significativement plus élevés car celles-ci n'ont pas accru leur activité autant que les hommes. Ainsi, alors que *le revenu d'activité* des hommes est plus élevé (+22 % à +33 %), il est toujours plus faible pour les femmes³. En effet, il semble que les hommes réagissent plus fortement que les femmes aux effets revenus (voir Rizzo et Zeckhauser, 2007).

c) Pas ou peu d'effet identifié de la régulation sur la localisation des médecins et les caractéristiques de leur patientèle

La régulation des prix ne semble pas avoir d'effet sur les décisions de localisation des médecins, mesurées ici par la *part des médecins exerçant en zone rurale*, pour les femmes en tout cas⁴. La densité médicale étant plus faible en zone rurale, les médecins ont plus de marge de manœuvre pour y augmenter leur activité et pourraient donc choisir de s'y installer plus fréquemment. Ce n'est pas le cas.

¹ Trois spécifications sont en effet reportées dans les tableaux 2 et 3 (encadré méthode), dont les résultats convergent, mais avec des amplitudes légèrement variables.

² Il peut également y avoir une redirection des patients de l'hôpital vers les soins de ville.

³ L'effet sur le revenu d'activité des femmes est significativement négatif pour deux spécifications sur trois.

⁴ Pour les hommes, les tests d'ajustement des modèles rejettent à 5 % les spécifications utilisées, on ne peut donc pas conclure.

La régulation des prix influe en revanche légèrement sur les *caractéristiques des patients suivis*. Les généralistes suivent moins de femmes. Parmi eux, les hommes suivent plus d'enfants (ce qui est cohérent avec l'augmentation du montant des forfaits), plus de patients CMUC ; les femmes suivent moins de seniors et moins de patients en ALD.

Tableau 2 - Effet du secteur sur les comportements des généralistes installés en secteur 1 mais qui auraient choisi le secteur 2 en l'absence de réforme.

		Type de spécification		
		linéaire	quadratique	linéaire par morceaux
Offre de soins (en Log)				
Volume de soins annuel	Est	0,459***	0,471***	0,51***
	(Sd)	(0,076)	(0,101)	(0,087)
Nombre d'actes par an	Est	0,537***	0,552***	0,611***
	(Sd)	(0,114)	(0,163)	(0,145)
Nombre d'Actes Techniques	Est	-0,272	-0,587*	-0,336
	(Sd)	(0,251)	(0,342)	(0,243)
Nombre de Consultations	Est	0,498***	0,72***	0,731***
	(Sd)	(0,14)	(0,243)	(0,204)
Nombre de Visites	Est			1,509***
	(Sd)			(0,125)
Nombre de Patients différents vus par an	Est	0,397***	0,388***	0,42***
	(Sd)	(0,122)	(0,142)	(0,136)
Honoraires et Revenus annuels (en Log et en €2008)				
Prix des actes	Est	-0,416***	-0,386***	
	(Sd)	(0,049)	(0,056)	
Honoraires annuels totaux	Est	0,121 ^p	0,166 ^p	0,196**
	(Sd)	(0,078)	(0,112)	(0,098)
Montant annuel des Forfaits	Est	1,323***	1,65***	1,621***
	(Sd)	(0,233)	(0,246)	(0,219)
Revenu d'activité annuel	Est	0,085	0,000	0,089
	(Sd)	(0,089)	(0,094)	(0,107)
Part des libéraux exclusifs	Est	0,024	0,035	0,031
	(Sd)	(0,043)	(0,027)	(0,022)
Autres				
Part des patients ayant déclaré le MG comme médecin traitant	Est	0,104***	0,069***	0,097***
	(Sd)	(0,022)	(0,02)	(0,02)
Part des femmes dans la patientèle	Est	-0,035***	-0,024***	-0,028***
	(Sd)	(0,006)	(0,008)	(0,008)
Part des moins de 15 ans dans la patientèle	Est		0,066***	
	(Sd)		(0,018)	
Part des plus de 65 ans dans la patientèle	Est			
	(Sd)			
Part des patients CMUC	Est			
	(Sd)			
Part des patients en ALD	Est			-0,022*
	(Sd)			(0,013)
Part des généralistes installés en zone rurale	Est			
	(Sd)			
Fisher première étape		1427	957	929
Nombre d'observations		33701	33701	33701

Lecture : ce tableau reporte les résultats de régressions par discontinuité fuzzy, pour trois spécifications de tendance selon l'année d'installation avant et après 1990, année de l'encadrement du secteur 2. *** signifie que le coefficient estimé est significativement différent de zéro à 1%, ** à 5%, * à 10% et p à 15%.

Est. représente le coefficient estimé et (Sd) l'écart-type. « Rejeté » signifie que la spécification de tendance est rejetée à 5% par un test d'ajustement du modèle (voir l'encadré Méthode). Les écarts-types sont clusterisés par année d'installation.

Les généralistes installés en 1990 et contraints de s'installer en secteur 1 en raison de l'encadrement du secteur 2 ont un volume d'activité plus élevé de 51% que s'ils étaient en secteur 2 (spécification linéaire par morceaux).

Champ : médecins généralistes libéraux installés entre 1985 et 1994 ayant perçu au moins un euro d'honoraires dans l'année. Les médecins âgés de plus de 60 ans et percevant une retraite sont exclus. Les médecins pratiquant un mode d'exercice particulier (MEP) sont exclus. Années d'observation 2005 et 2008.

Source : Appariement INSEE-CNAMTS-DGFIP, exploitation DREES.

Tableau 3 - Effet du secteur sur les comportements des généralistes installés en secteur 1 mais qui auraient choisi le secteur 2 en l'absence de réforme, par sexe

		Hommes			Femmes		
		Type de spécification			Type de spécification		
		linéaire	quadratique	linéaire par morceaux	linéaire	quadratique	linéaire par morceaux
Offre de soins (en Log)							
Honoraires sans dépassement	Est	0,515***		0,686***	0,47***	0,223***	0,322***
	(Sd)	(0,119)		(0,152)	(0,119)	(0,032)	(0,047)
Nombre d'actes par an	Est				0,6***	0,377***	0,472***
	(Sd)				(0,129)	(0,055)	(0,048)
Nombre d'Actes Techniques	Est	-0,201	-0,374	-0,107			
	(Sd)	(0,157)	(0,469)	(0,269)			
Nombre de Consultations	Est			0,668**	0,891***	0,866***	0,918***
	(Sd)			(0,332)	(0,109)	(0,172)	(0,118)
Nombre de Visites	Est	1,883***	2,908***	2,547***		-0,905	-0,04
	(Sd)	(0,283)	(0,24)	(0,151)		(0,679)	(0,319)
Nombre de Patients différents vus par an	Est	0,453**	0,42*	0,498**	0,371***	0,389***	0,362***
	(Sd)	(0,197)	(0,247)	(0,224)	(0,082)	(0,042)	(0,081)
Honoraires et Revenus annuels (en Log et en €2008)							
Prix des actes	Est				-0,475***	-0,422***	-0,431***
	(Sd)				(0,034)	(0,076)	(0,045)
Honoraires annuels totaux	Est	0,19 ^p	0,342*	0,36**	0,125	-0,046	0,04
	(Sd)	(0,119)	(0,18)	(0,151)	(0,117)	(0,046)	(0,081)
Montant annuel des Forfaits	Est	1,224***	2,198***	1,939***	1,672***	0,748*	1,225***
	(Sd)	(0,332)	(0,481)	(0,386)	(0,458)	(0,421)	(0,29)
Revenu d'activité annuel	Est	0,218**	0,282*	0,325**	-0,041	-0,36***	-0,182*
	(Sd)	(0,099)	(0,156)	(0,136)	(0,137)	(0,076)	(0,095)
Part des libéraux exclusifs	Est	-0,002		-0,008	0,053	0,11*	0,091
	(Sd)	(0,041)		(0,059)	(0,089)	(0,063)	(0,085)
Autres							
Part des patients ayant déclaré le MG comme médecin traitant	Est	0,08***	0,079**	0,099***	0,15***	0,037	0,093***
	(Sd)	(0,026)	(0,032)	(0,036)	(0,053)	(0,027)	(0,017)
Part des femmes dans la patientèle	Est	-0,032**	-0,02	-0,029 ^p	-0,054***	-0,043***	-0,044***
	(Sd)	(0,016)	(0,02)	(0,02)	(0,013)	(0,01)	(0,014)
Part des moins de 15 ans dans la patientèle	Est	0,046***	0,095***	0,079***	0,018	0,018 ^p	0,009
	(Sd)	(0,015)	(0,026)	(0,014)	(0,02)	(0,012)	(0,023)
Part des plus de 65 ans dans la patientèle	Est			-0,021		-0,104***	-0,058***
	(Sd)			(0,031)		(0,031)	(0,017)
Part des patients CMUC	Est		0,142***	0,08***			
	(Sd)		(0,02)	(0,017)			
Part des patients en ALD	Est	0,004	-0,008	-0,012		-0,064***	-0,036***
	(Sd)	(0,008)	(0,024)	(0,014)		(0,023)	(0,011)
Part des généralistes installés en zone rurale	Est				0,055	0,087	
	(Sd)				(0,12)	(0,123)	
Fisher première étape		1309	1036	1077	125	72.3	94.2
Nombre d'observations		24336	24336	24336	9365	9365	9365

Lecture : ce tableau reporte les résultats de régressions par discontinuité fuzzy, pour trois spécifications de tendance selon l'année d'installation avant et après 1990, année de l'encadrement du secteur 2. *** signifie que le coefficient estimé est significativement différent de zéro à 1%, ** à 5%, * à 10% et p à 15%.

Est. représente le coefficient estimé et (Sd) l'écart-type. « Rejeté » signifie que la spécification de tendance est rejetée à 5% par un test d'ajustement du modèle (voir l'encadré Méthode). Les écarts-types sont clusterisés par année d'installation. Les hommes généralistes installés en 1990 et contraints de s'installer en secteur 1 en raison de l'encadrement du secteur 2 ont un volume d'activité plus élevé de 68,6% que s'ils étaient en secteur 2 (spécification linéaire par morceaux).

Champ : médecins généralistes libéraux installés entre 1985 et 1994 ayant perçu au moins un euro d'honoraires dans l'année. Les médecins âgés de plus de 60 ans et percevant une retraite sont exclus. Les médecins pratiquant un mode d'exercice particulier (MEP) sont exclus. Années d'observation 2005 et 2008.

Sources : Appariement INSEE-CNAMTS-DGFIP, exploitation DREES.

L'ensemble de ces effets sont des effets de long terme. En effet, l'évaluation est faite sur les années 2005 et 2008. Or, puisque les médecins entrés en activité après 1990 appartiennent essentiellement au secteur 1, il est très probable que les médecins de secteur 2 exerçant entre 1990 et 2005-2008 aient adapté leurs comportements (en termes de fixation des prix et d'activité) à ceux des médecins de secteur 1, plus qu'ils ne l'auraient fait si la proportion de nouveaux arrivants de secteur 2 était restée constante. Des analyses complémentaires, notamment obtenues à partir d'un panel de médecins généralistes¹ observés chaque année entre 1990 et 2008, montrent notamment que l'effet de la régulation des tarifs sur l'activité des médecins diminue au cours du temps. Cette diminution des effets est probablement le signe d'une adaptation des comportements des médecins de secteur 2 à ceux de secteur 1, joint à des effets d'expérience. Dès lors, les effets de long terme ici mesurés sont vraisemblablement sous-estimés par rapport aux effets de court terme que nous obtiendrions si l'étude couvrait une période plus proche de 1990.

¹ Source : assurance-maladie, panel MILOU.

Conclusion

L'objectif de l'étude n'est pas d'effectuer une évaluation complète de la régulation des tarifs, car on n'identifie ici que des effets locaux, mesurés sur les seuls médecins généralistes installés en 1990, contraints à s'installer en secteur 1 mais qui auraient choisi le secteur 2 s'ils avaient pu.

Toutefois, les résultats permettent de donner quelques éléments de réponse sur les conséquences de cette régulation. Restreindre la pratique des dépassements impacte positivement les patients pour qui le coût de la consultation diminue ; il y a donc un transfert monétaire des médecins vers les patients. Toutefois, cette restriction des dépassements s'accompagne d'une très forte hausse de l'activité des médecins, qui pèse sur les dépenses de l'Assurance Maladie. Au total, le coût financier global pour la collectivité, qui peut être évalué à partir des honoraires totaux, s'accroît. La régulation des tarifs a conduit en effet à une augmentation des honoraires annuels totaux, significative pour les hommes uniquement. Contrairement à ce qu'on pourrait anticiper, ces résultats suggèrent donc qu'une régulation des tarifs peut conduire *in fine* à une augmentation du coût financier global pour la collectivité (hors prise en compte des effets bénéfiques éventuels d'une meilleure prise en charge de la population). Cette augmentation est ici de faible ampleur puisque les effets positifs mesurés ne concernent cependant que 11 % des médecins installés dans les années 1990, ceux qui ont été contraints de s'installer en secteur 1 mais auraient choisi le secteur 2 s'ils avaient pu, et parmi eux uniquement les hommes. La contrepartie est une augmentation de l'offre, grâce à une activité accrue et à la participation plus fréquente aux dispositifs assurant la continuité et la permanence des soins.

Les jeunes générations se démarquent très sensiblement de leurs aînés : féminisation importante (55 % des jeunes omnipraticiens qui viennent de s'installer en 2010 sont des femmes, contre 27 % pour ceux installés autour de l'année 1990¹), souhait d'une charge moins importante de travail... Ces conclusions ne peuvent donc pas être généralisées directement aux jeunes omnipraticiens qui s'installent actuellement, et encore moins aux médecins spécialistes. Elles fournissent toutefois des enseignements riches sur les effets d'une régulation des prix au moment où une nouvelle tentative pour limiter la progression des dépassements d'honoraires, et donc le prix des actes, est mise en place. Il est en effet proposé, depuis 2012, aux médecins de secteur 2 de signer un contrat d'accès aux soins (CAS) : en contrepartie d'un engagement du médecin à limiter ses dépassements, l'Assurance-maladie prend en charge une partie de ses cotisations sociales et le fait bénéficier de certaines revalorisations tarifaires auparavant réservées aux médecins de secteur 1. Toutefois, la régulation des prix induite par le CAS est moins stricte que la régulation des prix en secteur 1, et par conséquent elle ne donnera certainement pas lieu à des effets d'ampleur comparable sur l'activité des médecins.

¹ Source : assurance-maladie, généralistes hors MEP s'étant installés en libéral entre 2006 et 2010 comparés à ceux qui se sont installés au moment de la réforme, entre 1984 et 1995.

Annexe méthodologique : stratégie empirique

Nous utilisons la méthode des « régressions par discontinuité » (RDD) dans un cadre dit « fuzzy » (voir Hahn, Todd et Van Der Klaaw (2001), Imbens et Lemieux (2008)), qui est adaptée à l'évaluation d'effets de traitement hétérogènes. L'idée générale de la méthode est de comparer la valeur moyenne d'une variable d'intérêt (ici une composante de l'offre de soins) calculée sur l'ensemble des médecins installés juste avant après la date de la réforme, à celle calculée sur l'ensemble des médecins installés juste avant ; et de rapporter cette différence à la différence entre la proportion de médecins en secteur 1 juste après la réforme et celle de médecins installés en secteur 1 juste avant ; autrement dit, à la proportion de médecins installés juste à la date de la réforme qui ont été « contraints » de s'installer en secteur 1 alors qu'ils se seraient installés en secteur 2, s'ils avaient eu le choix. Ce rapport permet d'identifier l'effet moyen sur une variable d'intérêt (ici une composante de l'offre) du fait d'être en secteur 1 plutôt qu'en secteur 2 pour ce groupe de médecins « contraints ».

Bien qu'ils ne soient pas observés directement, ces médecins sont, en théorie, les seuls pour lesquels la valeur moyenne de la variable change selon qu'ils s'installent avant ou après la date de la réforme. Pour tous les autres (médecins souhaitant toujours s'installer en secteur 1, médecins souhaitant toujours s'installer en secteur 2 et ayant les titres pour le faire), la valeur moyenne de la variable d'intérêt est supposée inchangée, et s'annule donc lorsque l'on fait la différence.

Régression par discontinuité « fuzzy ».

Soit W_i a variable de traitement, ici le secteur, qui vaut 1 si le médecin i est en secteur 1 et pratique des prix régulés, 0 s'il est en secteur 2 et peut faire des dépassements d'honoraires. Soit Y_i une variable d'intérêt (activité, honoraires...). En suivant le modèle causal de Rubin, on note $Y_i(1)$, la valeur potentielle de cette variable d'intérêt pour le médecin s'il est en secteur 1, et $Y_i(0)$ s'il est en secteur 2. L'effet du traitement pour le médecin i (soit l'effet d'être en secteur 1 plutôt qu'en secteur 2) est alors égal à $Y_i(1) - Y_i(0)$. Il dépend du médecin et n'est pas observable car seule l'une des deux valeurs potentielles est observée. La régression par discontinuité « fuzzy » fournit un cadre pour identifier un effet local moyen du traitement pour le groupe des médecins « contraints », c'est-à-dire les les médecins qui sous la nouvelle législation se sont installés en secteur 1 alors qu'ils se seraient installés en secteur 2 sous l'ancienne, voir Hahn, Todd et Van Der Klaaw (2001), Imbens et Lemieux (2008), Lee et Lemieux (2010). On cherche à estimer

$$\tau = E[Y_i(1) - Y_i(0) | X = 1990 \text{ et le médecin } i \text{ est « contraint »}]$$

Où X , appelée variable d'assignation, est l'année d'installation ; τ est l'effet moyen d'être en secteur 1 plutôt qu'en secteur 2. Il est qualifié de local car il ne s'applique qu'aux médecins généralistes installés en 1990 (date de la mise en œuvre de l'encadrement de l'accès au secteur 2), contraints de s'installer en secteur 1 alors qu'ils auraient choisi le secteur 2 s'ils en avaient eu la possibilité. On peut le réécrire comme

$$\tau = \frac{\lim_{x \rightarrow 1990+} E[Y | X = x] - \lim_{x \rightarrow 1990-} E[Y | X = x]}{\lim_{x \rightarrow 1990+} P[W = 1 | X = x] - \lim_{x \rightarrow 1990-} P[W = 1 | X = x]}$$

Du fait de l'encadrement de l'accès au secteur 2, la probabilité de s'installer en secteur 1 connaît une discontinuité à la date de la mise en œuvre de la réforme, et le dénominateur de l'expression ci-dessus est strictement positif, ce qui permet d'identifier τ . Le cadre est qualifié de « fuzzy » car ce dénominateur est une différence de probabilités, par opposition au cadre « sharp » où tout le monde est traité après la réforme et personne ne l'est avant. En pratique, un estimateur de τ peut être obtenu en estimant

$$Y_i = \tau W_i + h(X_i) + \epsilon_i, i = 1, \dots, n$$

Où W_i est instrumenté par $1_{x_i \geq 1990}$, n est le nombre de médecins installés localement autour de 1990 (par exemple de 5 ans avant à 5 ans après), et $h(x)$ est une fonction de tendance très flexible en x et continue à la date de la réforme, voir Hahn, Todd et Van Der Klaaw (2001). Comme l'année d'installation est une variable discrète, il est indispensable que cette fonction continue soit bien spécifiée. C'est la raison pour laquelle nous reportons les résultats avec trois spécifications différentes de $h(x)$: linéaire, quadratique et linéaire par morceaux.

Conditions de validité.

La stratégie d'identification par régression par discontinuité repose sur les hypothèses suivantes.

- *Continuité* : les espérances des valeurs potentielles des différentes variables d'intérêt conditionnellement à l'année d'installation sont continues au point de discontinuité :

$$E(Y_i(0)|X_i = x) \text{ et } E(Y_i(1)|X_i = x) \text{ sont continues en } x = 1990.$$

Cette condition implique que si la législation ne changeait pas (que ce soit sous l'ancienne ou la nouvelle), les moyennes des variables d'intérêt seraient continues, afin que la discontinuité permette bien d'identifier l'effet du traitement et pas autre chose.

- *Assignement local aléatoire* : l'effet du traitement $\Delta_i = Y_i(1) - Y_i(0)$ et le statut potentiel du traitement $W_i(x)$ sont localement indépendants de l'année d'installation :

$$\Delta_i, W_i(x) \perp X_i \text{ proche de } X_i = 1990$$

Cette condition implique que les médecins ne peuvent pas manipuler le seuil de 1990 : ils ne peuvent pas parfaitement décider de leur date d'installation, et s'installer avant 1990 pour éviter les nouvelles règles. Ils peuvent effectivement accroître leurs efforts pour le faire, mais il faut toujours une marge d'incertitude sur la date à laquelle ils finiront finalement par s'installer, voir Lee et Lemieux (2010).

La continuité et l'absence de manipulation ne sont pas directement testables. Pourtant, si les médecins étaient capables de manipuler parfaitement leur date d'installation, on devrait s'attendre à une hausse du nombre de médecins installés juste avant la date de l'encadrement de l'accès au secteur 2 et à une baisse juste après, tout comme à un rajeunissement des médecins installés juste avant la date de la réforme et un vieillissement juste après. Nos tests ne permettent pas de rejeter la continuité de l'âge à l'installation ni de la durée entre la thèse et l'installation. De même les caractéristiques des médecins (genre, statut familial) sont distribuées de manière continue avant et après la réforme. Nous ne trouvons donc pas d'indice en faveur d'une manipulation.

Les deux autres conditions de validité sont :

- Absence de « défis » : il n'y a pas de médecins qui avec les nouvelles règles ont choisi de s'installer en secteur 2 et se seraient installés en secteur 1 sinon. Cette hypothèse non vérifiable n'est pas restrictive dans notre cas. Elle est classique dans la littérature d'évaluation lorsque les effets du traitement sont supposés hétérogènes.
- Comme X est discrète, $h(x)$ doit être correctement spécifiée, voir Lee et Card (2008). Nous portons donc une attention particulière à la qualité de l'ajustement des modèles estimés. Nous effectuons des tests de spécification dans l'esprit de Lee et Card (2008) et Lemieux et Milligan (2008), qui comparent les carrés des résidus des modèles estimés à ceux d'un modèle totalement flexible / sans restriction. Nous n'interprétons les résultats des estimations que lorsque la spécification n'est pas rejetée à 5 % et lorsque les résultats sont cohérents entre les spécifications non rejetées. Enfin, pour tenir compte dans les résultats d'inférence d'erreurs de spécification restantes, les écart-types de nos estimateurs sont toujours calculés en cluster par année d'installation selon les recommandations de Lee et Card 2008.

Pour plus de détails sur la stratégie empirique utilisée et les différentes conditions de validité, le lecteur peut se reporter à Coudin, Pla et Samson (2014). De nombreux tests de robustesse de nos résultats y sont également présentés. Par exemple, nous testons la sensibilité de nos résultats au choix de la fenêtre d'estimation (ici les médecins installés entre 1985 et 1994, soit 5 ans avant et après la réforme), en utilisant des échantillons restreints aux médecins s'installant 4 ans avant et après la réforme (entre 1986 et 1993) ou 6 ans avant et après la réforme (entre 1984 et 1995). Nous effectuons par ailleurs plusieurs analyses permettant de vérifier la robustesse de nos résultats à d'éventuels comportements de manipulation.

Pour en savoir plus

BELLAMY V., SAMSON A.-L., 2011 : « Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins », Comptes nationaux de la santé – 2010, DREES.

CARRERE M.-O., 1991 : "The reaction of private physicians to price deregulation in France", *Social Science and Medicine*, 33 (11), p. 1221-1228.

COUDIN E., PLA A., SAMSON A.-L., 2014 : "GPs response to price regulation : evidence from a nationwide French reform", Document de travail CREST, 2014-14, Working Paper LEGOS-Dauphine n°2014-04.

COUR DES COMPTES, 2012 : « La Sécurité Sociale : Rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, » Rapport, Cour des Comptes.

DELATTRE E., DORMONT B., 2000 : « Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français. Étude microéconométrique sur données de panel, » *Économie et Prévision*, 1(142), 137–161.

DELATTRE E., DORMONT B., 2003 : "Fixed-fees and physician-induced demand: a panel data study on French physicians", *Health economics*, 12, 741–754.

EVANS R., 1974 : "Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications," in *The Economics of Health and Medical Care*, ed. by E. Perlman, p. 162–173. MacMillan, New-York.

GARNERO M., LE PALUD V., 2013 : « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2013, » *Études et Résultats* n°837, DREES.

GLAZER J., MCGUIRE T., 1993 : "Should physicians be permitted to 'balance bill' patients?," *Journal of Health Economics*, 12(3), 239–258.

GRUBER J., KIM J., MAYZLIN D., 1999 : "Physician fees and procedure intensity: the case of cesarean delivery" *Journal of Health Economics*, 18, 473–490.

HAHN J., TODD P., VAN DER KLAUW W., 2001 : "Identification and Estimation of Treatment Effects with a Regression-Discontinuity Design" *Econometrica*, 69(1), 201–09.

HASSENTEUFEL P., 1997 : *Les médecins face à l'État : une comparaison européenne*. Presses de Sciences Po.

IMBENS G. W., LEMIEUX T., 2008 : "Regression discontinuity designs: A guide to practice" *Journal of Econometrics*, 142(2), 615–635.

LANCRY J., 1989 : « Le secteur 2 de la médecine libérale: un élément de marché? », *Revue d'Économie Politique*, 6, 854-870.

LANCRY J., SANDIER S., 1999 : "Rationing Health Care in France" *Health Policy*, 50,23–38.

LEE D.S., CARD D., 2008 : "Regression discontinuity inference with specification error" *Journal of Econometrics*, 142(2), 655–674.

LEE D.S., LEMIEUX T., 2010 : "Regression Discontinuity Designs in Economics" *Journal of Economic Literature*, 48(2), 281–355.

LEMIEUX T., MILLIGAN K., 2008 : "Incentive effects of social assistance: A regression discontinuity approach" *Journal of Econometrics*, 142(2), 807–828.

MCGUIRE T. G., PAULY M. V., 1991 : "Physician response to fee changes with multiple payers" *Journal of Health Economics*, 10, 385–410.

MCKNIGHT R., 2007 : "Medicare balance billing restrictions: Impacts on physicians and beneficiaries" *Journal of Health Economics*, 26, 326–341.

NASSIRI A., ROCHAIX L., 2006 : "Revisiting physicians' financial incentives in Quebec: a panel system approach" *Health Economics*, 15, 49–64.

RIZZO J., ZECKHAUSER R., 2007 : "Pushing incomes to reference points: why do male doctors earn more?" *Journal of Economic Behavior and Organization*, 63, 514–536.

RIZZO J. A., BLUMENTHAL D., 1994 : "Physician labor supply: Do income effects matter?" *Journal of Health Economics*, 13(4), 433–453.

ROCHAIX L., 1993 : "Financial incentives for physicians: the Quebec experience" *Health Economics*, 2, 163–176.

THORNTON J., EAKIN B. K., 1997 : "The Utility-Maximizing Self-Employed Physician" *The Journal of Human Resources*, 32(1), pp. 98–128.

YIP W., 1998 : "Physician response to Medicare fee reductions: Changes in the volume of coronary artery bypass graft (CABG) surgeries in Medicare and private sectors" *Journal of Health Economics*, 17, 675–699.

ÉCLAIRAGES

Les dépenses de santé et l'assurance maladie : qu'en pensent les Français ?

Rosalinda Coppoletta et Vincent Le Palud (DREES)

La part de Français trouvant « normal que l'on dépense de plus en plus pour la santé » est en baisse depuis 2011, même si elle reste nettement majoritaire, d'après le Baromètre d'opinion de la DREES : elle atteint 55 % en 2013, contre 70 % en 2010. Les Français sont toutefois plus inquiets qu'avant des inégalités en matière de santé. Ces inégalités sont citées en 2013 en tête des inégalités les moins acceptables, par 22 % des répondants, devant les inégalités de logement, de revenus et de situations liées à l'origine ethnique.

Dans ce contexte, une grande majorité des Français demeurent très attachés à un système d'assurance maladie public et universel, et à garder une solidarité forte envers les personnes atteintes de maladies graves. Ainsi, en 2013, « le système d'assurance maladie doit rester essentiellement public » pour 93 % des Français, et seul un Français sur cinq (19 %) pense que « le système marcherait mieux sans le monopole de la Sécurité sociale ».

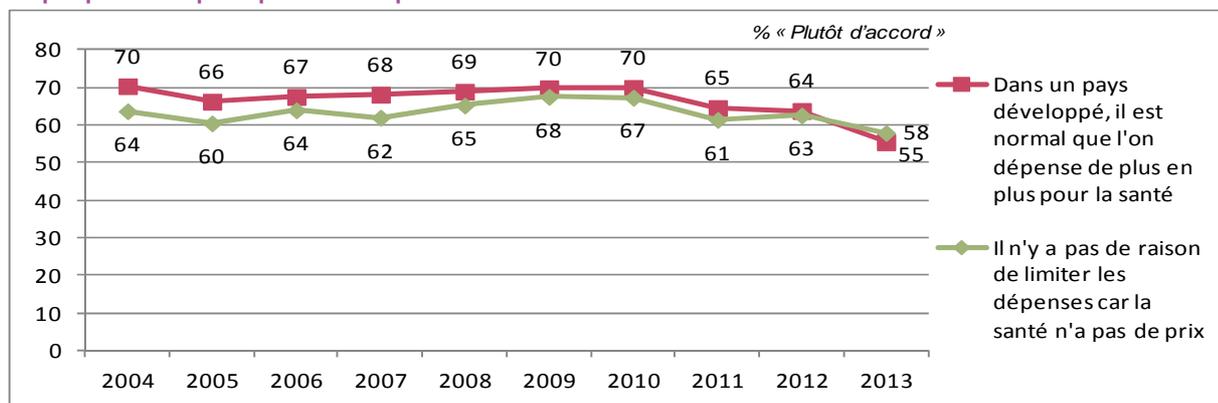
Quand on leur demande de se prononcer sur différentes pistes susceptibles de réduire le déficit de la Sécurité sociale, les Français sont plus favorables aux mesures qui touchent les professionnels de santé qu'à celles qui modifient leurs cotisations ou leurs prestations. Ils sont notamment en grande majorité opposés à la réduction de la prise en charge des longues maladies, seuls 17 % des Français y étant favorables en 2013.

Depuis 2011, la part des Français trouvant normal que l'on dépense de plus en plus pour la santé est en baisse

De 1950 à 2013, la part de la consommation de soins et biens médicaux dans le PIB a été multipliée par 3,5, passant de 2,6 % à 8,8 % du PIB, suite notamment à l'extension progressive du champ de couverture de l'assurance maladie à l'ensemble de la population et au développement des capacités hospitalières jusqu'au milieu des années 1980. Cette augmentation a cependant été freinée ces dernières années, en lien avec la recherche d'une meilleure régulation du système dans un contexte de croissance économique ralentie : les dépenses de santé en euros constants ont ainsi progressé de seulement 0,7 % par an entre 2009 et 2013, contre 2,1 % par an entre 2000 et 2009. Ce ralentissement est sensible dans presque tous les pays de l'OCDE, de nombreux pays ayant mis en œuvre des politiques visant à réguler voire à infléchir la dépense de soins depuis la récession de 2008-2009 (cf. OCDE, 2014¹).

Dans le même temps, les opinions des Français² sur la légitimité d'une augmentation des dépenses de santé ont évolué depuis 2010, probablement en lien avec la crise économique actuelle et les débats récents autour du poids des dépenses publiques dans le PIB. Entre 2010 et 2013, la part des Français trouvant « normal que l'on dépense de plus en plus pour la santé dans un pays développé » a chuté de quinze points, passant de 70 % à 55 % (graphique 1). Dans le même temps, la part de Français déclarant qu'« il n'y a pas de raison de limiter les dépenses car la santé n'a pas de prix » a également baissé de dix points sur la période, même si plus d'un Français sur deux est toujours de cet avis (contre deux Français sur trois jusqu'en 2010).

Graphique 1 – La perception des dépenses de santé



Lecture • En 2013, 55 % des Français sont « plutôt d'accord » avec l'affirmation « Pour chacune des opinions suivantes en matière de dépenses de santé, dites-moi si vous êtes d'accord ou pas avec elle ? » « Il n'y a pas de raison de limiter les dépenses car la santé n'a pas de prix ».

Champ • Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans et plus, s'étant prononcées sur cette question (1 % ne se prononcent pas en 2013).

Source • Baromètre d'opinion DREES, 2004-2013.

ENCADRÉ - LE BAROMÈTRE D'OPINION DE LA DREES

Le [Baromètre d'opinion de la DREES](#) est une enquête de suivi de l'opinion des Français sur la santé, les inégalités, et la protection sociale (assurance maladie, retraite, famille, handicap-dépendance, pauvreté-exclusion). Commandée par la DREES tous les ans depuis 2000 (sauf en 2003), elle est réalisée par l'institut BVA depuis 2004, après l'avoir été par l'IFOP de 2000 à 2002. L'enquête est effectuée en face-à-face en octobre-novembre auprès d'un échantillon d'environ 4 000 personnes représentatives de la population habitant en France métropolitaine et âgées de plus de 18 ans. L'échantillon est construit selon la méthode des quotas (par sexe, âge, profession de la personne de référence, après stratification par région et catégorie d'agglomération).

Précautions d'interprétation des enquêtes d'opinion

Les réponses à une enquête d'opinion sont particulièrement sensibles à la formulation des questions, ou à leur place dans le questionnaire. Ces enquêtes d'opinion permettent néanmoins des comparaisons entre sous-catégories (selon le revenu, l'âge, etc.) ou dans le temps. Elles peuvent notamment capter l'évolution de la distribution des réponses, au fil des années, lorsque la formulation des questions et l'organisation du questionnaire restent les mêmes. De telles variations donnent une information sur la manière dont les opinions évoluent dans le temps, en fonction de la conjoncture, des actions politiques mises en œuvre et du débat médiatique. Toutefois, de trop petites variations (de l'ordre d'un ou deux points de pourcentage) peuvent ne refléter que des imperfections de mesure.

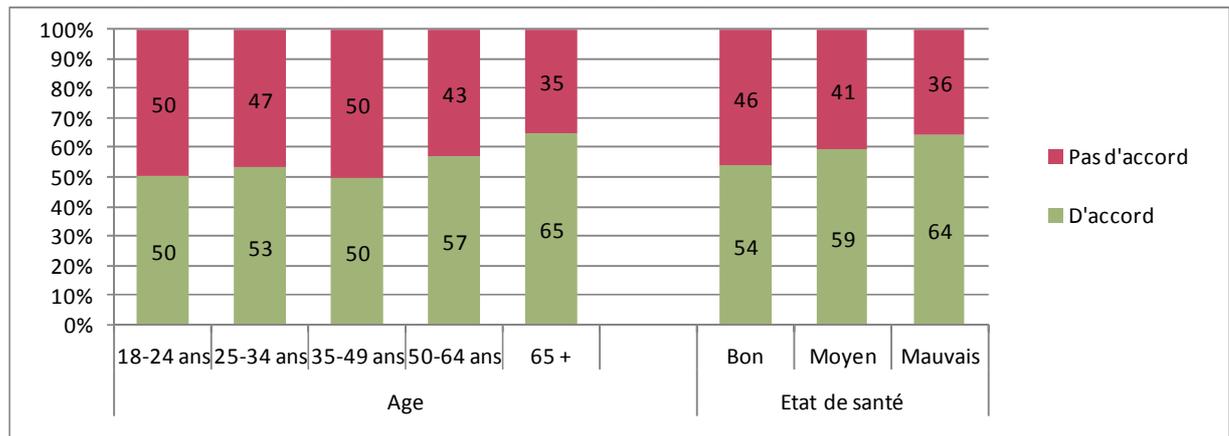
¹ Voir également la fiche F4 sur « Les risques maladie-soins de santé et invalidité en Europe » dans « La protection sociale en France et en Europe en 2012 » (2014).

² Pour simplifier la lecture, on utilisera le terme « les Français » pour désigner les habitants de France métropolitaine.

Les personnes en bonne santé davantage favorables à la limitation des dépenses de santé

Les personnes plus âgées sont plus nombreuses à trouver « normal » que « dans un pays développé » l'on « dépense de plus en plus pour la santé » : 65 % des personnes âgées de 65 ans et plus sont de cet avis, contre 50 % des 18-24 ans (graphique 2). De même, cet avis est plus répandu parmi les personnes se déclarant en « mauvaise » ou « très mauvaise » santé (64 %) que parmi les personnes qui jugent leur état de santé « très bon » ou « bon » (54 %). Ce dernier constat, confirmé par une analyse toutes choses égales par ailleurs, pourrait s'expliquer par le fait que certains répondants préféreraient que les restrictions budgétaires portent sur une autre catégorie de personnes qu'eux-mêmes. En revanche, le revenu n'influence que peu l'opinion sur ces questions.

Graphique 2 – Les jeunes et les personnes en bonne santé sont moins d'accord avec l'affirmation « Dans un pays développé, il est normal que l'on dépense de plus en plus pour la santé »



Note • L'état de santé déclaré est regroupé en trois catégories, à partir de la question « Comment est votre état de santé général ? » qui a cinq modalités de réponse (« très bon », « bon », « moyen », « mauvais », « très mauvais »).

Lecture • En 2013, 53 % des Français de 25 à 34 ans sont « plutôt d'accord » avec l'affirmation « Dans un pays développé, il est normal que l'on dépense de plus en plus pour la santé » tandis que 47 % ne sont « plutôt pas d'accord ».

Champ • Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans et plus, s'étant prononcées sur cette question (1 % ne se prononcent pas en 2013).

Source • Baromètre d'opinion DREES 2013.

Les Français demeurent très majoritairement attachés à un système d'assurance maladie public et universel

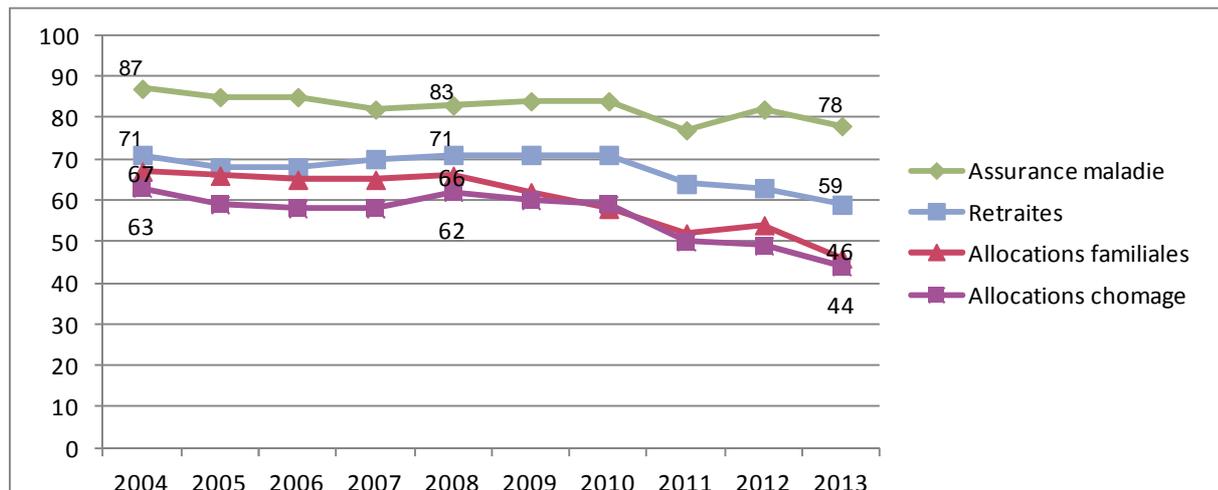
Des Français toujours en grande majorité attachés à l'universalité de l'assurance maladie

En France, l'assurance maladie obligatoire est universelle, c'est-à-dire qu'elle couvre l'ensemble (ou presque) de la population. C'est le cas dans tous les pays de l'OCDE, à l'exception des États-Unis et du Mexique (OCDE, 2013a). En France, cette universalité est garantie depuis 2000 par la couverture maladie universelle (CMU), qui offre une assurance maladie obligatoire à toute personne résidant en France et qui n'est couverte par aucun autre régime obligatoire de nature professionnelle. Au 31 décembre 2013, 2,3 millions de personnes résidant en France étaient couverts par la CMU. Les remboursements de l'assurance maladie obligatoire peuvent être complétés par une assurance maladie complémentaire (AMC). En 2010, 96 % de la population résidant en France bénéficiait d'une AMC, dont 6 points de pourcentage bénéficiait d'une AMC gratuite financée essentiellement par la taxe sur les contrats d'assurance complémentaire destinée aux personnes à faibles revenus - la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

Parmi les différents risques de la protection sociale, c'est pour l'assurance maladie que la volonté de conserver un système universel est la plus forte. En effet, 78 % des Français pensent que l'assurance maladie doit bénéficier « à tous, sans distinction de catégorie sociale et de statut professionnel (chômeurs, salariés du secteur privé, fonctionnaires, agriculteurs, commerçants, etc.) », les 22 % restants se prononçant pour un ciblage des remboursements de soins sur les seuls cotisants ou les plus modestes (graphique 3). À titre de comparaison, les Français sont davantage partagés sur ce principe d'universalité concernant les retraites (59 %), les allocations familiales (46 %) et les allocations chômage (44 %).

Ce souhait d'universalité est en baisse depuis 2009 pour l'ensemble des risques de la protection sociale au profit d'un ciblage sur certaines catégories de population. Cependant, la baisse est beaucoup moins marquée pour l'assurance maladie que pour les allocations chômage, les allocations familiales ou les retraites, pour lesquelles les proportions de personnes favorables à un système universel ont baissé de dix à vingt points en cinq ans.

Graphique 3 - Le jugement sur l'universalité du système de protection sociale : les prestations suivantes doivent bénéficier « à tous sans distinction »



Note • Réponses à la question « A votre avis, l'assurance maladie devrait-elle bénéficier... ». Les modalités de réponse proposées étaient : « uniquement à ceux qui cotisent », « uniquement à ceux qui ne peuvent pas ou n'ont pas les moyens de s'en sortir seuls » et « à tous sans distinction de catégories sociales et de statut professionnel (chômeurs, salariés du secteur privé, fonctionnaires, agriculteurs, commerçants, etc.) ». Cette question était également posée pour : « Les retraites », « Les allocations familiales » et « Les allocations chômage ».

Lecture • En 2013, 78 % des personnes interrogées pensent que l'assurance maladie devrait bénéficier « à tous sans distinction de catégories sociales et de statut professionnel ».

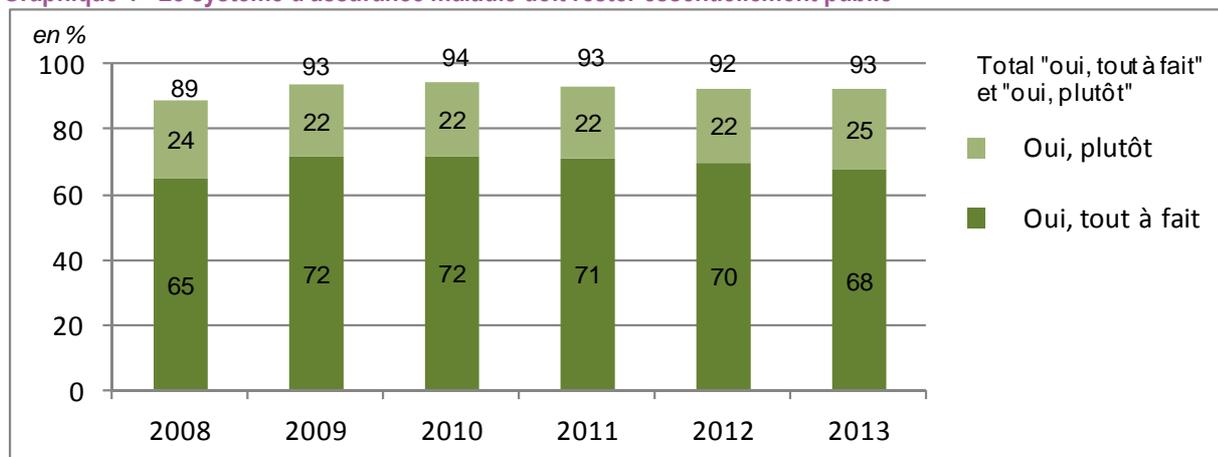
Champ • Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans et plus, s'étant prononcées sur cette question (entre 0,4 % et 1 % ne se prononcent pas, selon les sous-questions, en 2013).

Source • Baromètre d'opinion DREES, 2004-2013.

Les Français très largement en faveur de l'assurance maladie publique et du monopole de la Sécurité sociale

En France, en 2013, 77,4 % des dépenses de santé ont été prises en charge par des financements publics, dont 76,0 % par la Sécurité sociale. La France se situe ainsi au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE, pour lesquels 72,2% des dépenses de santé sont couvertes par le secteur public en 2011 (OCDE, 2013b). Les complémentaires santé facultatives prennent en charge, quant à elles, 13,8 % des dépenses de santé. Ainsi, seuls 8,8 % de ces dernières sont financées directement par les ménages. L'hypothèse d'une privatisation du système d'assurance maladie est presque unanimement rejetée par les Français : 93 % des Français pensent que « le système d'assurance maladie doit rester essentiellement public » et une nette majorité répondent même à cette question sans aucune réserve (la modalité « oui tout à fait » recueille 68 % des réponses des personnes interrogées, et seulement 25 % de « oui plutôt ») [graphique 4]. Cette opinion est très stable depuis 2008 - première fois où la question était posée. L'opinion des Français sur ce type de question est très similaire en matière de retraites¹ : 91 % sont en faveur d'un système de retraites « essentiellement public ».

Graphique 4 - Le système d'assurance maladie doit rester essentiellement public



Note • Cette question a été posée pour la première fois en 2008. Les personnes ne se prononçant pas, en faible proportion, ont été exclues du calcul.

Lecture • En 2013, 93 % des Français répondent « oui tout à fait » ou « oui plutôt » à la question « Pensez-vous que le système d'assurance maladie doit rester essentiellement public ? ».

Champ • Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans et plus, s'étant prononcées sur cette question (1 % ne se prononcent pas en 2013).

Source • Baromètre d'opinion DREES, 2008-2013.

¹ La question n'est pas posée pour les risques famille et chômage.

En outre, seul un Français sur cinq (19 %) pense en 2013 que « s'il n'y avait pas le monopole de la Sécurité sociale, ça marcherait mieux ». Cette opinion a peu évolué en dix ans, même si on peut noter une certaine baisse depuis 2007, où 25 % des Français pensaient que le système pourrait mieux fonctionner sans monopole.¹

Une sensibilité accrue aux inégalités de santé, considérées comme les moins acceptables

Le principe de l'assurance maladie obligatoire est de garantir des soins pour tous et une solidarité entre malades et bien portants. Elle opère ainsi une double redistribution : une redistribution entre les bas et hauts revenus, les ménages modestes cotisant moins mais bénéficiant des mêmes prestations (Duval, Lardellier, 2012) ; et une redistribution entre classes d'âge des actifs vers les retraités, les retraités cotisant moins en moyenne et consommant plus de soins de santé (Duval, Lardellier, Legal, 2011). De son côté, l'assurance maladie complémentaire obéit à d'autres logiques : la plupart des contrats individuels² par exemple fixent leurs tarifs en fonction de l'âge des assurés, ce qui diminue la solidarité entre classes d'âge (Le Palud, 2014).

Ce caractère solidaire et redistributif de l'assurance maladie obligatoire n'empêche pas l'existence d'inégalités d'accès aux soins. Ces inégalités se traduisent notamment par un renoncement aux soins pour raisons financières qui touche plus les personnes les plus précaires : par exemple, les chômeurs renoncent deux fois plus à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois que les actifs occupés (28 % contre 14 %), d'après l'enquête sur la santé et la protection sociale 2010 de l'IRDES³. Ce renoncement aux soins pour raisons financières est lié aux restes à charge, c'est-à-dire aux dépenses de santé restant à payer après remboursement par l'assurance maladie.

Les Français sont de plus en plus nombreux à considérer ces inégalités d'accès aux soins comme les moins acceptables. À la question « Il existe plusieurs types d'inégalités. Parmi les suivantes, quelles sont celles qui sont les moins acceptables aujourd'hui dans la société française... ? », 22 % des Français répondent en 2013 « les inégalités d'accès aux soins » et 9 % citent cet item quand on les interroge sur les inégalités « les plus répandues ». Ces inégalités d'accès aux soins occupent la première position des inégalités les moins acceptables pour la première fois en 2012 et 2013, devant les inégalités de logement, de revenus et de situations liées à l'origine ethnique (voir Coppoletta, Le Palud, 2014) mais les Français ne les jugent pas les plus répandues.

Une solidarité forte envers les personnes atteintes de maladies graves soutenue par la plupart des Français

En France, l'assurance maladie prend en charge à 100 % les soins liés à différentes catégories de la population, et notamment ceux des personnes en affection de longue durée (ALD), dont la gravité et le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé ou coûteux. Le diabète et la maladie d'Alzheimer font par exemple partie des ALD parmi les plus connues. La solidarité entre malades et bien portants mise en œuvre par l'assurance maladie s'exprime notamment dans la concentration des remboursements sur les personnes en ALD. En 2008, celles-ci percevaient 62 % des remboursements du régime général de l'assurance maladie alors qu'elles ne représentaient que 15 % des bénéficiaires de ce régime (Baillot, 2011). Pour autant, les malades en ALD supportent, en termes absolus, un reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire plus élevé que le reste de la population. Ainsi, en 2009, parmi les 5 % d'assurés du régime général ayant le reste à charge le plus élevé⁴, 33 % sont en ALD alors qu'ils ne représentent que 16 % de l'ensemble de la population (HCAAM, 2013a).

En 2013, trois quarts des Français (72 %) pensent qu'il faut « maintenir le système de solidarité actuel », lorsqu'on leur demande « Aujourd'hui, on dit que le système d'assurance maladie de base est solidaire parce que les personnes malades ne cotisent pas plus que les personnes bien portantes. Avec laquelle de ces propositions êtes-vous le plus d'accord ? ». Un quart (24 %) déclarent qu'il faut « maintenir une solidarité forte seulement avec les personnes qui sont atteintes de maladies graves », et seuls 4 % souhaiteraient « que les personnes qui risquent de coûter plus cher à l'assurance maladie payent des cotisations plus élevées ». Ces opinions sont très stables depuis 2004.

¹ Néanmoins, 4 % des personnes interrogées ne se prononcent pas sur cette question (contre 1 % sur la plupart des autres questions concernant la santé), ce qui montre que l'alternative au monopole peut ne pas être très claire pour les enquêtés.

² Un contrat de complémentaire santé peut être souscrit soit à titre individuel, soit à titre collectif par l'intermédiaire de l'employeur ou de la branche professionnelle de l'assuré.

³ Pour le non-recours aux soins pour raisons financières, voir également les travaux du HCAAM (2013b).

⁴ Plus de 1600 euros en 2009.

Réduction du déficit de l'Assurance Maladie : les Français plus favorables aux mesures qui concernent les professionnels de santé qu'à celles qui accroissent leurs cotisations ou réduisent leurs prestations

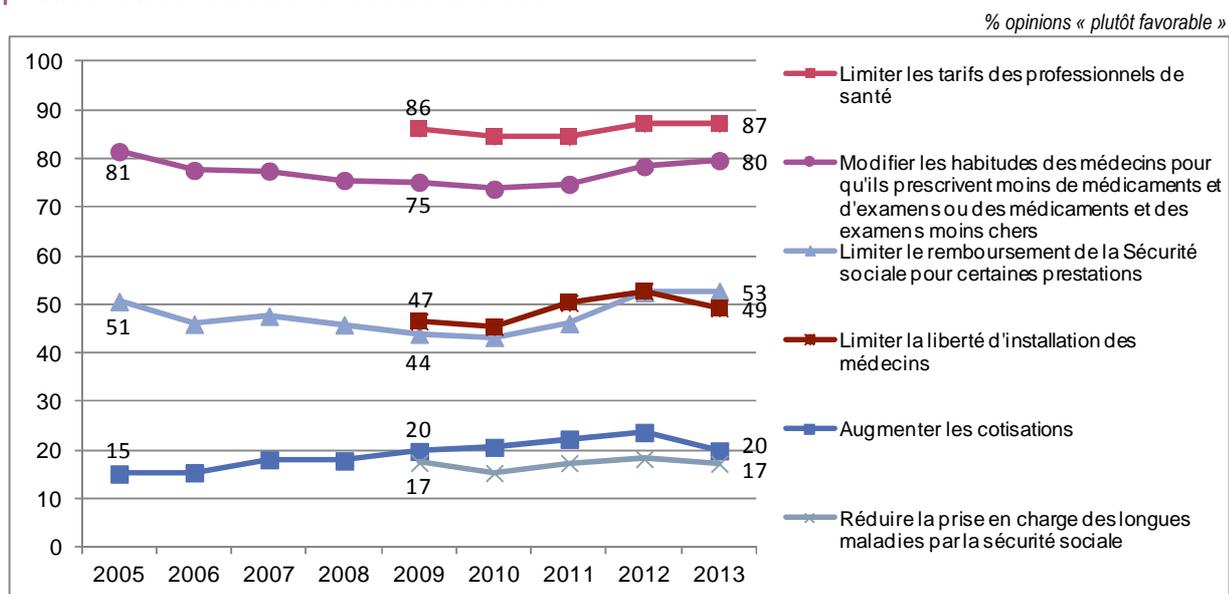
Comment maîtriser la progression des dépenses de santé tout en conservant un système d'assurance maladie universel et sans accroître les inégalités d'accès aux soins ? Certaines réformes couramment évoquées dans le débat public sont reprises dans le Baromètre d'opinion de la DREES afin de mesurer l'avis des personnes interrogées sur les pistes potentielles pour concilier ces exigences du système. Les répondants ont ainsi été interrogés sur « différentes mesures qui viseraient à réduire le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale s'il devenait trop important ».

On pourrait *a priori* penser que le questionnement des personnes enquêtées sur des réformes potentielles de l'assurance maladie se heurterait au fait qu'ils ne sont pas spécialistes de ce sujet et exprimeraient de ce fait moins souvent une opinion à ce propos. Cependant, la non-réponse, dans le Baromètre d'opinion de la DREES en général et pour cette question en particulier, est faible : elle varie de 0,9 % à 2,4 % selon les questions se rapportant à ce thème¹. Cela peut être un signe que les items de réponse leur paraissent assez concrets pour qu'elles puissent exprimer un avis. Les Français préfèrent alors en général les mesures qui portent sur les professionnels de santé que celles qui les affectent directement.

Les Français majoritairement opposés à la réduction de la prise en charge des longues maladies

Interrogés sur « différentes mesures qui viseraient à réduire le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale s'il devenait trop important », la mesure qui recueille le moins d'avis favorables (17 %) serait de « réduire la prise en charge des longues maladies » (graphique 5).

Graphique 5 - Les réformes concernant les professionnels de santé plus populaires que celles relatives aux prestations et aux cotisations des assurés sociaux



Note • Taux des réponses « plutôt favorable » à la question « Voici différentes mesures qui viseraient à réduire le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale s'il devenait trop important. Pour chacune de ces mesures, dites-moi si vous y seriez plutôt favorable ou plutôt opposé ? », déclinée pour chacun des 6 types de réponse listées dans le graphique. Trois des six sous-questions n'étaient pas posées avant 2009.

Lecture • En 2013, 49 % des Français sont plutôt favorables à « limiter la liberté d'installation des médecins ».

Champ • Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans et plus, s'étant prononcées sur cette question (entre 0,9 % et 2,4 % ne se prononcent pas, selon les sous-questions, en 2013).

Source • Baromètre d'opinion DREES, 2005-2013.

S'ils devaient choisir entre « limiter le remboursement de certaines prestations » (dont le détail n'est pas explicité) et augmenter les cotisations, les Français préféreraient nettement plus souvent la première solution. En effet, pour limiter le déficit, un Français sur deux serait plutôt favorable en 2013 à « limiter le remboursement de la Sécurité sociale pour certaines prestations » contre un Français sur cinq (20 %) favorable à « augmenter les cotisations ». Ces opinions ont un peu fluctué depuis 2005 (première année où la question a été posée).

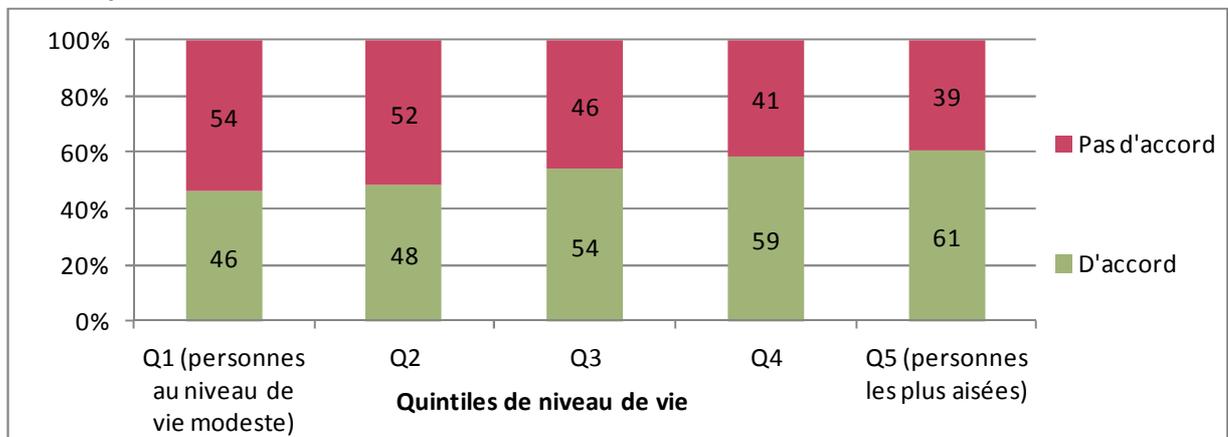
¹ Pour les autres questions utilisées dans cette étude, la non-réponse varie de 0,4 % à 3,8 %.

Trois des mesures les plus citées touchent les professionnels de santé : « limiter les tarifs des professionnels de santé »¹ (87 % d'opinions favorables), « modifier les habitudes des médecins pour qu'ils prescrivent moins de médicaments et d'examen, ou des médicaments et des examens moins chers » (80 %) et « limiter la liberté d'installation des médecins » (49 %). Le classement reste presque inchangé en cinq ans, les Français demeurant toujours davantage favorables aux solutions dont ils considèrent qu'elles ne les touchent pas directement.

Les plus aisés plus favorables à limiter le remboursement de certaines prestations

Les opinions des Français sur les leviers potentiels pour réduire le déficit sont très liées aux caractéristiques socio-démographiques des répondants. Ainsi, par exemple, les personnes faisant partie des 20 % les plus aisés en niveau de vie (cinquième quintile) sont davantage en faveur de la limitation du remboursement de certaines prestations : 61 % d'opinions favorables contre 46 % parmi les personnes les moins aisées (personnes du premier quintile de niveau de vie)² [graphique 6]. Ces opinions peuvent néanmoins être influencées par d'autres facteurs, comme le lieu d'habitation, le sexe, l'âge, etc., qu'il convient donc de prendre en compte à l'aide d'une analyse économétrique toutes choses égales par ailleurs.

Graphique 6 – Les personnes des ménages modestes souhaitent moins souvent limiter le remboursement de certaines prestations de l'assurance maladie



Note • Réponses « plutôt favorable » à la question « Voici différentes mesures qui viseraient à réduire le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale s'il devenait trop important. Pour chacune de ces mesures, dites-moi si vous y seriez plutôt favorable ou plutôt opposé ? » pour le thème « Limiter le remboursement de la Sécurité sociale pour certaines prestations », par quintile de revenu par unité de consommation (niveau de vie).

Lecture • En 2013, 61 % des Français faisant partie du cinquième quintile de revenus (c'est-à-dire des 20 % des Français les plus aisés) sont « plutôt favorable » à « limiter le remboursement de la Sécurité sociale pour certaines prestations », contre 46 % de ceux faisant partie des 20 % les plus modestes.

Champ • Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans et plus, s'étant prononcées sur cette question (1 % ne se prononcent pas en 2013).

Source • Baromètre d'opinion DREES 2013.

Toutes choses égales par ailleurs, augmenter les cotisations est une solution plus souvent citée par les jeunes, alors que les 35-49 ans sont plus souvent pour limiter les tarifs des professionnels de santé (cf. tableau en annexe). La limitation du remboursement de certaines prestations est davantage citée par les hommes que par les femmes (+8 points). Cette mesure est également plus souvent citée par les personnes aisées, définies ici comme celles du cinquième quintile de niveau de vie (13 points de plus que pour le premier quintile), et à l'inverse elles sont moins favorables à réduire la prise en charge des maladies longues (-6 points).

Les personnes en bonne santé, quant à elles, sont davantage favorables à modifier les habitudes de prescription (+6 points par rapport aux personnes en mauvaise santé, toutes choses égales par ailleurs) et à réduire la prise en charge des maladies longues (+6 points) que ne le sont les personnes en mauvaise santé.

Enfin, les personnes résidant dans la grande région Méditerranée³ sont moins favorables à la réduction de la prise en charge des maladies longues (-12 points) que celles habitant en Île-de-France. Limiter la liberté d'installation des médecins est aussi plus cité dans le bassin parisien (dont l'Île-de-France) et le Sud-ouest que dans le reste de la France.

¹ L'item qui rencontre le plus d'opinions favorables, à savoir « limiter les tarifs des professionnels de santé », n'a pas forcément d'effet direct sur la réduction du déficit de la branche maladie mais plutôt sur les dépassements d'honoraires et sur les restes à charge, sauf s'il s'agit d'une limitation des tarifs réglementaires remboursés par la Sécurité sociale.

² Le niveau de vie est égal au revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation (uc). Le premier adulte du ménage correspond à une uc, les autres personnes de 14 ans ou plus à 0,5 uc et les enfants de moins de 14 ans à 0,3 uc.

³ Les « grandes régions » du baromètre correspondent aux régions suivantes : « Région parisienne » : Île-de-France ; « Bassin parisien est » : Picardie, Champagne-Ardenne, Bourgogne ; « Bassin parisien ouest » : Centre, Haute-Normandie, Basse-Normandie ; « Nord » : Nord-Pas-de-Calais ; « Est » : Alsace, Lorraine, Franche-Comté ; « Ouest » : Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes ; « Sud-ouest » : Aquitaine, Midi-Pyrénées, Limousin ; « Centre est » : Auvergne, Rhône-Alpes ; « Méditerranée » : Languedoc-Roussillon, PACA

Pour en savoir plus

Baillot A., « Une estimation du coût du dispositif des affections de longue durée en soins de ville pour le régime général d'assurance maladie », dans « Comptes nationaux de la santé 2010 », Collection *Études et statistiques*, DREES, septembre.

BVA, 2014, « Principaux résultats du baromètre DREES 2013 », *Document de travail*, DREES, janvier.

Coppoletta, R., 2014, « Les attentes des Français en matière de protection sociale », dans « La protection sociale en France et en Europe en 2012 », DREES, juin.

Coppoletta, R. et Le Palud, V., 2014, « Qualité et accessibilité des soins : qu'en pensent les Français ? », *Études et Résultats*, n°866, DREES, février.

Després C., Dourgnon P., Fantin R. et Jusot F., 2011, « Le renoncement aux soins pour raisons financières une approche économétrique », *Questions d'économie de la santé*, n°170, Irdes, novembre.

Dourgnon P., Guillaume S. et Rochereau T., 2012, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 », rapport, Irdes.

Duval J, Lardellier R., Legal R. : « La redistribution opérée par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances maladies complémentaires selon l'âge », dans « Comptes nationaux de la santé 2010 », Document de travail, Série Statistiques, n°161, DREES, septembre.

Duval J. et Lardellier R., « La redistribution verticale opérée par l'assurance maladie », dans « Comptes nationaux de la santé 2011 », Document de travail, Série Statistiques, n°172, DREES, septembre.

Grobon, S., 2014, « Inquiets de la montée des inégalités, les Français restent attachés à leur système de protection sociale – Synthèse des résultats du Baromètre d'opinion DREES 2013 », DREES, janvier.

HCAAM, 2013a, « [Rapport annuel du HCAAM 2013](#) », décembre.

HCAAM, 2013b, « La généralisation de la couverture complémentaire en santé », Avis et rapport du HCAAM, juillet.

Le Garrec, M.-A., Koubi M., Fenina A., 2013, « 60 années de dépenses de santé », *Études et résultats*, n°831, DREES, février.

Le Palud, V., 2014, « Comment les organismes complémentaires fixent leurs tarifs », *Études et Résultats*, n°850, DREES, février.

OCDE, 2013a, « [Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE](#) ».

OCDE, 2013b. « Base de données de l'OCDE sur la santé 2013. Comment la France se positionne ».

OCDE, 2014, « [Panorama de la société 2014 : Les indicateurs sociaux de l'OCDE](#) ».

Solard, G. et Duc, C., 2014, « Les opinions et les souhaits des Français en matière de retraite en 2013 », dans « Les retraités et les retraites - édition 2014 », Collection *Études et statistiques*, DREES, avril.

Zaidman, C. et Roussel, R. (dir.), 2014, « La protection sociale en France et en Europe en 2012 », Collection *Études et statistiques*, DREES, juin.

Zaidman, C. et Roussel, R. (dir.), 2014, « Comptes nationaux de la santé 2013 – édition 2014 », Collection *Études et statistiques*, DREES, septembre.

Annexe : Propension à se déclarer plutôt favorable à différentes mesures de réduction des dépenses de santé, en fonction de plusieurs caractéristiques sociodémographiques

Écart de probabilité (exprimé en points de pourcentages) par rapport à la probabilité de la situation de référence

	1 Augmenter les cotisations	2 Limiter le remboursement de certaines prestations	3 Réduire la prise en charge des maladies longues	4 Limiter la liberté d'installation des médecins	5 Modifier les habitudes de prescriptions	6 Limiter les tarifs des professionnels de santé
Femme	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Homme	+2,2 (*)	+7,8 (***)	(ns)	+5,4 (***)	+2,7 (*)	(ns)
18-34 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
35-49 ans	-7,9 (***)	(ns)	(ns)	(ns)	+2,9 (*)	+3,9 (**)
50-64 ans	-8,9 (***)	+4,0 (*)	-3,7 (*)	(ns)	+6,3 (***)	+3,0 (*)
65 ans et plus	-5,1 (***)	(ns)	(ns)	(ns)	+4,3 (**)	(ns)
Niveau de vie (quintiles)						
Q1 – 20 % les plus modestes	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Q2	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)
Q3	(ns)	+6,5 (***)	-5,0 (**)	(ns)	+3,5 (*)	(ns)
Q4	(ns)	+10,8 (***)	-3,8 (**)	(ns)	(ns)	(ns)
Q5 – 20 % les plus aisés	+5,8 (***)	+13,1 (***)	-6,4 (***)	(ns)	+6,2 (***)	-4,0 (**)
Mauvaise santé	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Santé moyenne	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)
Bonne santé	(ns)	(ns)	+6,3 (**)	(ns)	+6,4 (**)	(ns)
Île-de-France	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Bassin parisien Est	-12,0 (***)	+8,4 (**)	-6,4 (**)	(ns)	(ns)	+8,2 (***)
Bassin parisien Ouest	-8,8 (***)	+5,7 (*)	(ns)	(ns)	(ns)	+5,5 (**)
Nord	-15,3 (***)	-8,9 (**)	-7,1 (**)	-7,9 (**)	-6,5 (**)	(ns)
Est	(ns)	+7,8 (**)	(ns)	-6,7 (**)	(ns)	+5,5 (**)
Ouest	-6,5 (***)	+6,6 (**)	-4,5 (**)	-5,5 (*)	(ns)	+3,8 (**)
Sud-Ouest	-8,1 (***)	+8,5 (***)	(ns)	(ns)	+13,4 (***)	+5,5 (***)
Sud-Est	(ns)	(ns)	-4,9 (**)	-5,5 (*)	(ns)	(ns)
Méditerranée	-6,4 (***)	(ns)	-11,6 (***)	-5,7 (*)	(ns)	+3,5 (*)

*** Significatif au seuil de 1 %, ** significatif au seuil de 5 %, * significatif au seuil de 10 %, ns : non significatif

Note • Les chiffres du tableau indiquent les écarts de probabilité (exprimés en points de pourcentages) par rapport à la probabilité pour les individus de la situation de référence de répondre « plutôt favorable » à la question « Voici différentes mesures qui viseraient à réduire le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale s'il devenait trop important. Pour chacune de ces mesures, dites-moi si vous y seriez plutôt favorable ou plutôt opposé ? » déclinée pour chacun des thèmes listés en haut de colonne. Les quintiles de niveau de vie des personnes sont notés Q1 à Q5. Les écarts de probabilités sont obtenus à partir des résultats de régressions logistiques.

Lecture • La proportion d'hommes plutôt favorables à augmenter les cotisations pour réduire le déficit de l'assurance maladie est supérieure de 2,2 points de pourcentage à celles des femmes, toutes choses égales par ailleurs. Cet écart est statistiquement significatif au seuil de 10 %.

Champ • Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans et plus, s'étant prononcées sur chacune de ces questions (4 % ne se prononcent pas pour une des six questions en 2013).

Source • Baromètre d'opinion DREES 2013.

Les revenus des professionnels de santé libéraux en 2011

Anne PLA (DREES)

En 2011, les revenus d'activité des médecins libéraux, sommes des revenus tirés de l'activité libérale et de ceux tirés d'une éventuelle activité salariée complémentaire, varient du simple au double selon les spécialités. Ils sont également variables en fonction du secteur de conventionnement. La hiérarchie des revenus selon la spécialité est restée pratiquement stable depuis 2005. Entre ces deux dates, les revenus ont cependant augmenté plus fortement pour les spécialistes, en particulier ceux de secteur 2, que pour les généralistes. La dispersion des revenus des médecins spécialistes s'est en outre accrue, les hausses intervenues sur la période étant en grande partie « tirées » par les plus hauts revenus.

Les revenus complets d'activité des autres professions de santé libérales en 2011 sont également présentés. Depuis 2008, si les revenus d'activité en euros constants des chirurgiens-dentistes et des infirmiers ont augmenté, ceux des masseurs-kinésithérapeutes ont cependant légèrement reculé.

Le revenu des médecins libéraux en 2011

Au 1^{er} janvier 2014, on recense 219 830 médecins en France¹, parmi lesquels 130 300 exercent une activité libérale (59 %), qu'ils peuvent dans certains cas combiner avec une activité salariée. Ces médecins peuvent percevoir divers types de rémunération : bénéfiques non commerciaux pour l'exercice libéral, salaires, et même dividendes si le médecin exerce dans certains types de sociétés. La somme de toutes ces rémunérations constitue leur revenu d'activité (encadré 1).

En 2011, les médecins pratiquant une activité libérale et exerçant en France métropolitaine ont déclaré en moyenne à l'administration fiscale 106 100 euros tirés de leur activité (tableau 1). Cette moyenne cache des disparités importantes en fonction de la spécialité exercée. Les anesthésistes et les radiologues, avec plus de 189 000 euros déclarés en moyenne en 2011, ont des revenus deux fois plus élevés que les dermatologues, les pédiatres ou les psychiatres, spécialités situées au bas de l'échelle des revenus, à un niveau proche de celui des généralistes. Chirurgie et ophtalmologie (respectivement 177 000 et 160 000 euros) sont les deux autres spécialités procurant les revenus d'activité les plus élevés en moyenne.

Tableau 1 – Les revenus des professionnels de santé libéraux en 2011

	Effectifs	Part des secteur 2 (en %)	% activité mixte	Revenu d'activité			dont rev enu libéral			dont rev enu salarié		
				Ensemble	secteur 1	secteur 2	Ensemble	secteur 1	secteur 2	Ensemble	secteur 1	secteur 2
Omnipraticiens	57 493	10,6	27,2	82 020	83 120	72 520	78 160	79 360	67 860	3 860	3 760	4 660
Radiologues	5 658	13,4	32,9	189 770	186 250	212 980	172 750	169 200	196 250	17 010	17 060	16 730
Anesthésistes	3 173	35,7	15,8	189 660	170 660	224 500	182 970	163 310	219 020	6 690	7 340	5 490
Chirurgiens	5 972	79,2	45,7	176 840	152 310	183 370	150 790	103 530	163 380	26 050	48 780	19 990
Ophtalmologues	4 438	55,6	36,6	159 810	126 210	187 250	152 320	121 310	177 640	7 490	4 900	9 610
Cardiologues	4 200	19,2	54,0	143 550	143 800	142 500	124 510	124 540	124 400	19 040	19 260	18 100
Stomatologues	952	43,5	36,9	141 570	129 320	157 890	131 110	120 370	145 400	10 470	8 950	12 490
Gastro-entérologues	2 018	38,9	54,9	125 770	121 270	132 960	109 140	103 140	118 710	16 630	18 130	14 250
Oto-rhino-laryngologistes	2 122	57,5	61,0	118 700	111 720	123 810	100 350	93 830	105 130	18 350	17 900	18 680
Autres médecins	4 134	31,0	54,4	113 310	119 320	101 630	94 430	101 760	80 190	18 880	17 560	21 440
Pneumologues	1 100	18,1	61,1	109 990	111 760	101 670	92 410	94 400	83 040	17 580	17 360	18 630
Gynécologues	5 160	56,0	43,3	104 630	85 830	119 790	88 370	69 150	103 850	16 260	16 670	15 940
Rhumatologues	1 752	45,6	50,7	94 830	91 320	99 100	84 730	84 400	85 130	10 100	6 910	13 970
Dermatologues	3 094	41,9	35,0	86 230	80 910	93 800	81 280	77 750	86 310	4 950	3 160	7 490
Pédiatres	2 499	33,7	52,7	86 160	81 020	96 270	74 570	69 500	84 550	11 590	11 510	11 730
Psychiatres et neuropsychiatres	5 880	29,6	48,3	84 470	83 300	87 350	69 690	68 820	71 800	14 780	14 470	15 550
Total spécialistes	52 152	41,0	44,1	133 460	125 060	145 610	118 180	109 760	130 350	15 280	15 290	15 260
Ensemble des médecins	109 645	25,1	35,1	106 140	98 560	129 260	96 930	90 550	116 370	9 210	8 010	12 890
Dentistes	34 264		8,6	102 700			101 180			1 530		
Infirmiers	61 702		11,6	47 710			47 130			580		
Masseurs-kinésithérapeutes	47 887		11,0	44 510			43 630			880		
Sages-femmes	2 964		39,0	30 000			25 880			4 120		

Champ : France métropolitaine, professionnels de santé conventionnés, âgés de moins de 70 ans, installés avant 2011, ayant déclaré au moins un euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2011. Les revenus ne sont calculés que sur les professionnels retrouvés dans le fichier fiscal, les effectifs tiennent compte en revanche des non appariés.

Sources : CNAMTS (Effectifs et part du secteur 2), INSEE-DGFIP-CNAMTS - Exploitation DREES (Revenus et activité mixte).

Les revenus sont également variables en fonction du secteur de conventionnement. Seuls les médecins ayant choisi le secteur 2 au moment de leur installation en libéral² peuvent fixer le prix de leurs consultations ou de leurs actes techniques librement, « avec tact et mesure », et pratiquer des dépassements d'honoraires. Leur part au sein des spécialités est très variable : si 10 % des omnipraticiens ont fait ce choix³, c'est le cas de 41 % des spécialistes, et notamment de 79 % des chirurgiens.

Les omnipraticiens en secteur 2 déclarent des revenus inférieurs à leurs confrères en secteur 1 en raison d'une activité moindre (voir dossier sur le gel du secteur 2). En revanche, les médecins spécialistes installés en secteur 2 déclarent en moyenne 20 000 euros de plus que leurs confrères en secteur 1 (soit 15 % de plus). Cet écart atteint 48 % pour les

¹ Source : Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), calculs DREES.

² Le terme « secteur 2 » désigne dans cet article à la fois les médecins de secteur 2 et ceux de secteur 1 avec droit au dépassement permanent.

³ Pour les médecins généralistes, l'accès au secteur 2 a été très fortement restreint par la convention nationale de 1990 qui imposait que seuls les anciens chefs de clinique et assistants des hôpitaux puissent choisir de s'installer en secteur 2, statut presque exclusivement accessible aux spécialistes. Depuis lors, seule une part marginale de généralistes s'installe chaque année en secteur 2. Dans la suite, la distinction entre secteurs de conventionnement sera donc essentiellement réalisée sur les seuls spécialistes.

ophtalmologues, 40 % pour les gynécologues et 32 % pour les anesthésistes. Quelques spécialités qui se distinguent par des taux d'installation en secteur 2 parmi les plus faibles (cardiologues et pneumologues notamment) présentent cependant des revenus plus élevés en moyenne en secteur 1 qu'en secteur 2. Les médecins libéraux installés en secteur 1, s'ils ne peuvent jouer sur les tarifs pratiqués, peuvent en effet moduler leur activité pour accroître leurs revenus : pour la plupart des spécialités, l'activité réalisée est plus importante que celle de leurs confrères de secteur 2, un constat déjà établi sur les revenus 2008 (Bellamy et Mikol, 2012). En 2011, les spécialistes de secteur 2 ont ainsi réalisé 30 % d'actes en moins par rapport à leurs collègues de secteur 1, mais avec un « prix moyen¹ » de l'acte nettement plus élevé (71 euros contre 45 euros en secteur 1).

Les revenus d'activité des médecins libéraux déclarés en 2011 proviennent à 90 % de leur activité libérale, le reste provenant de leur activité salariée. Même si ces revenus salariés sont relativement faibles (un peu plus de 9 200 euros en moyenne par médecin), ce mode d'exercice « mixte » associant exercice libéral et activité salariée est relativement fréquent : c'est le cas de 27 % des généralistes et de 44 % des spécialistes en 2011. Les anesthésistes sont les moins nombreux à avoir une activité mixte (16 %) ; dans toutes les autres spécialités au moins un médecin sur trois complète son activité libérale par une activité salariée. Ce complément salarial est plus important pour les spécialistes (15 300 euros) que pour les généralistes (3 900 euros) et dépend très peu du secteur de conventionnement du médecin.

ENCADRÉ 1 - LES DONNÉES : UN APPARIEMENT DE DEUX SOURCES ADMINISTRATIVES

Cette étude est réalisée à partir d'un appariement, effectué par l'INSEE pour le compte de la DREES, de deux fichiers administratifs : un fichier sur l'activité des professionnels de santé libéraux géré par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et le fichier des déclarations d'imposition sur les revenus des particuliers géré par la Direction générale des finances publiques (DGFIP). Cette base associe ainsi à chaque professionnel de santé exerçant tout ou partie de son activité en libéral des données relatives à son activité libérale correspondant à ses honoraires perçus (données issues de la CNAMTS), et des données relatives à ses différentes sources de revenus et à la composition de son ménage (tirées des informations de la DGFIP). Cet appariement a été réalisé pour trois années de revenus : 2005, 2008 et 2011.

Plus précisément, les données issues des déclarations de revenus de la DGFIP fournissent des informations sur l'ensemble des revenus déclarés individuellement par le professionnel de santé (revenu salarié, bénéfice non commercial (BNC), ...) ainsi que sur certains revenus déclarés au niveau du foyer (dividendes, etc.). Le « revenu libéral » auquel on s'intéresse ici correspond au revenu tiré de l'activité libérale du médecin, dont la source provient des honoraires perçus. Celui-ci est généralement déclaré sous la forme de « BNC », mais peut être également déclaré sous forme de salaire ou de dividendes pour les professionnels de santé installés en société soumise à l'impôt sur les sociétés (principalement, les sociétés d'exercice libéral – SEL). Un travail méthodologique a donc été nécessaire pour reconstituer ce revenu libéral sur les trois années disponibles, afin de rendre comparable les revenus libéraux des professionnels de santé indépendamment du cadre juridique dans lequel ils exercent (Bellamy, 2014). Le revenu salarié ne désigne donc dans cette étude que le revenu issu d'une activité non libérale (activités exercées à l'hôpital, en PMI ou en centre de santé, par exemple). **Le revenu d'activité est la somme du revenu libéral et du revenu salarié.**

Le champ retenu pour l'étude rassemble l'ensemble des professionnels de santé, conventionnés, exerçant en France métropolitaine, ayant perçu au moins un euro d'honoraires et ayant déclaré au moins un euro de revenu libéral, après corrections, à l'administration fiscale sur l'année d'exercice. Ont été exclus les professionnels de santé s'étant installés dans l'année d'exercice pour éviter les années incomplètes, ceux âgés de plus de 70 ans l'année d'exercice, ceux ayant déclaré un nombre d'actes ou un nombre de patients nul.

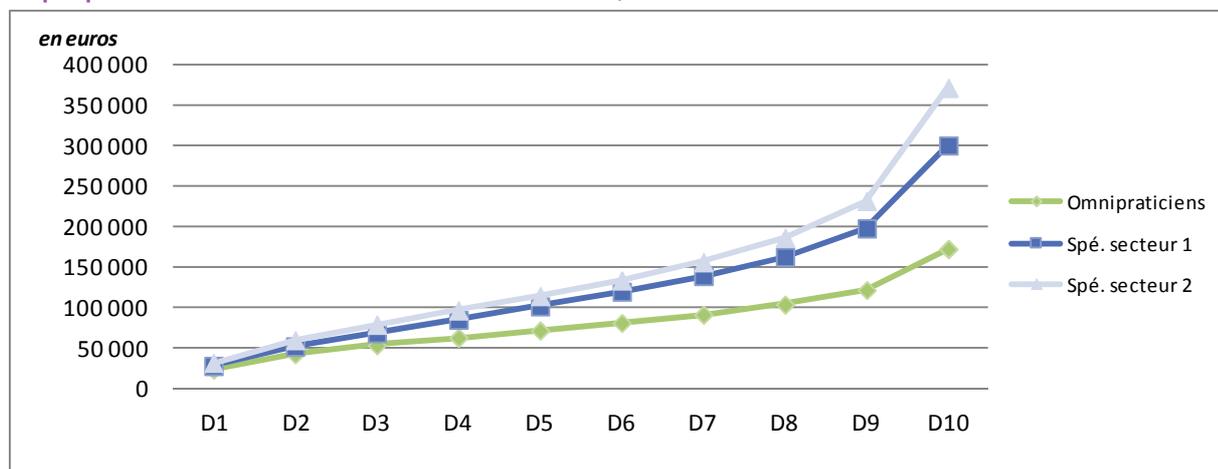
Il faut noter que les médecins remplaçants ne sont pas identifiés dans les données de la CNAMTS utilisées pour l'appariement ; tous les actes et tous les honoraires sont comptabilisés au nom du médecin titulaire du cabinet, même si par la suite il y a rétrocession à un autre médecin. Ceci peut expliquer un décalage entre les honoraires du médecin comptabilisés par la CNAMTS et les revenus effectivement déclarés par ce médecin si le taux de rétrocession est important.

En 2005, l'appariement n'a été construit que pour les médecins de France métropolitaine. En 2008, l'appariement a été élargi aux chirurgiens-dentistes, aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes de France métropolitaine. Pour 2011, l'appariement a été élargi aux départements d'outre-mer (DOM) et aux sages-femmes.

¹ Le prix moyen de l'acte est calculé en rapportant les honoraires moyens des médecins au nombre d'actes moyen.

Lorsque l'on classe les médecins par décile de revenus d'activité déclarés¹, on observe une dispersion très forte des montants correspondants (graphique 1). Les 10 % des généralistes déclarant les revenus d'activité les plus faibles perçoivent en moyenne 23 300 euros alors que les revenus des 10 % des généralistes les mieux payés s'établissent en moyenne à 171 900 euros. L'écart est plus important pour les spécialistes de secteur 1 et s'accroît encore pour les spécialistes de secteur 2. Ainsi le rapport entre le revenu moyen perçu par les 10 % des médecins les mieux rémunérés et celui perçu par les 10 % les moins bien rémunérés atteint 7,4 pour les médecins généralistes, 10,8 pour les spécialistes de secteur 1 et 11,8 pour les spécialistes de secteur 2.

Graphique 1 – Revenus d'activité des médecins en 2011, en fonction du décile de revenu d'activité



Champ : France métropolitaine

Sources : INSEE-DGFIP-CNAMTS – Exploitation DREES.

Les médecins libéraux du premier décile qui déclarent des revenus très faibles ont des caractéristiques très particulières : ce sont majoritairement des femmes quelle que soit la catégorie observée (56 % contre 28 % parmi l'ensemble des spécialistes de secteur 2 par exemple) et la moyenne d'âge y est nettement plus élevée (47 % de médecins âgés de 60 ans ou plus contre 27 % en moyenne chez les spécialistes de secteur 2). Les femmes ou les praticiens âgés peuvent être en effet plus fréquemment amenés à réduire leur activité de façon temporaire ou non (maternité, cessation progressive d'activité avant la retraite...), entraînant mécaniquement une baisse de leurs revenus. Dans de nombreux cas, cette moindre activité les conduit à devoir faire appel à des remplaçants pour maintenir une ouverture assez large du cabinet ; les données font en effet souvent apparaître, chez les médecins de ce groupe, des honoraires perçus en décalage important avec les revenus déclarés aux impôts², signe de la présence de médecins remplaçants à qui ces honoraires sont ensuite rétrocédés (encadré 1).

Sur les huit premiers déciles de revenus d'activités, les écarts de revenus entre spécialistes de secteur 1 et de secteur 2 restent stables, s'établissant à un peu plus de 13 % en faveur des spécialistes de secteur 2. L'écart est en revanche beaucoup plus prononcé en haut de l'échelle de distribution des revenus : il atteint notamment 24 % dans le dernier décile. Alors qu'en bas ou au milieu de la distribution, les spécialistes de secteur 1 sont en mesure de compenser des tarifs plus bas que ceux du secteur 2 par une quantité d'actes plus importante, ce levier ne joue plus dans le haut de la distribution où leurs confrères de secteur 2 pratiquent à la fois une activité intense et des dépassements très élevés (Bellamy et Mikol, 2012).

¹ Les déciles de revenus correspondent aux seuils délimitant les 10 %, 20 %, 30 %... de revenus les plus faibles. Ainsi le premier décile (D1) désigne le revenu au-dessous duquel se situent 10 % des médecins. Par abus de langage, on utilise aussi ici le terme « premier décile » pour désigner le groupe des 10 % de médecins ayant eu les revenus d'activité les plus faibles sur l'année. Le « deuxième décile » de médecins désigne le groupe des 10 % de médecins avec des revenus d'activité compris entre le 1er et le 2ème décile de revenus, et ainsi de suite.

² Le rapport entre la moyenne des spécialistes du 1^{er} décile et la moyenne globale des spécialistes n'est que de 1 à 2 pour le nombre d'actes effectués ou les honoraires, mais il passe de 1 à 4 pour les revenus d'activité.

Comparaison des revenus 2011 des médecins à ceux de 2005

Des données de revenus comparables à celles présentées ici sur l'année 2011 étant disponibles en 2005, il est donc possible de mesurer l'évolution du niveau des revenus des médecins entre 2005 et 2011¹. Entre ces deux dates, diverses mesures tarifaires ont été mises en place, parmi lesquelles les revalorisations successives du tarif de la consultation (qui atteint 23 euros au 1^{er} janvier 2011) et de certains actes techniques, ou l'entrée en vigueur en 2005 du « parcours de soins coordonnés » qui affirme le rôle du médecin traitant et prévoit des majorations de tarifs de consultations dans certains cas, ainsi que des valorisations forfaitaires pour le suivi de patients en affection longue durée (Bellamy, 2011). Pour les médecins généralistes, la mise en place en 2009 du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (« CAPI ») a également accru les sources de revenus en instituant des rémunérations par forfaits en fonction de la pratique des médecins (en matière de dépistage, de suivi des maladies chroniques, de prescription de médicaments génériques...)². Ces rémunérations sous forme de forfaits et majorations³ représentent une part de plus en plus importante de la rémunération des omnipraticiens : elle atteint 12,8 % en 2011, et sa part continue de progresser sur les années les plus récentes (Le Garrec, 2014).

Entre 2005 et 2011, en euros constants⁴, le revenu d'activité des médecins a augmenté en moyenne annuelle de 1,1 % (tableau 2). L'augmentation a été plus forte pour les spécialistes (+1,3 %) que pour les généralistes (+0,7 %) ; elle est plus forte sur les trois dernières années de la période (+1,3 % par an entre 2008 et 2011, après seulement +1,0 % par an entre 2005 et 2008). Cette évolution est très contrastée suivant les spécialités : les anesthésistes enregistrent ainsi la hausse la plus importante de leurs revenus (+2,8 % par an entre 2005 et 2011), suivis par les ophtalmologues (+2,5 %). En revanche, les gynécologues, les pédiatres ou les psychiatres enregistrent une baisse de leurs revenus d'activité en euros constants entre 2005 et 2011. Ces évolutions moyennes ne concernent cependant pas tous les médecins de ces spécialités, les gynécologues et les pédiatres par exemple installés en secteur 2 voyant plutôt leurs revenus se maintenir sur la période.

Tableau 2 – Taux de croissance annuel moyen du revenu d'activité entre 2005 et 2011 (en euros constants)

	TCAM 2005-2008			TCAM 2008-2011			TCAM 2005-2011		
	Secteur 1	Secteur 2	Ensemble	Secteur 1	Secteur 2	Ensemble	Secteur 1	Secteur 2	Ensemble
Omnipraticiens	0,9	-0,4	0,8	0,6	0,5	0,7	0,8	0,1	0,7
Anesthésistes	3,6	2,8	3,7	0,8	2,4	1,8	2,1	2,6	2,8
Cardiologues	0,6	0,4	0,6	1,4	2,9	1,7	1,0	1,7	1,1
Chirurgiens	2,0	0,2	0,7	0,3	1,3	1,2	1,1	0,8	1,0
Dermatologues	1,4	-0,2	0,7	1,2	2,9	2,0	1,3	1,3	1,3
Radiologues	-0,2	-1,2	-0,2	1,0	1,9	1,1	0,4	0,3	0,5
Gynécologues	0,0	0,0	0,1	-1,8	0,3	-0,3	-0,9	0,1	-0,1
Gastro-entérologues	3,5	2,6	3,2	0,9	1,1	1,0	2,2	1,8	2,1
Oto-rhino-laryngologistes	2,4	1,9	2,1	1,7	1,1	1,4	2,1	1,5	1,8
Pédiatres	-0,2	-0,7	-0,4	-1,0	0,9	-0,2	-0,6	0,1	-0,3
Pneumologues	1,8	-0,1	1,5	2,1	1,6	2,0	1,9	0,7	1,7
Rhumatologues	3,0	1,8	2,5	-0,1	1,0	0,4	1,4	1,4	1,5
Ophthalmologues	2,2	1,7	2,1	1,0	3,7	2,9	1,6	2,7	2,5
Psychiatres et neuropsychiatres	-1,1	-1,7	-1,2	-0,4	0,0	-0,3	-0,7	-0,8	-0,7
Stomatologues	-0,3	1,2	0,4	1,5	1,2	1,4	0,6	1,2	0,9
Autres médecins	1,5	0,0	1,0	1,8	1,1	1,5	1,6	0,6	1,3
Total spécialistes	1,1	1,0	1,1	1,0	2,0	1,5	1,0	1,5	1,3
Ensemble des médecins	0,9	1,2	1,0	0,8	2,4	1,3	0,8	1,8	1,1
Dentistes						1,2			
Infirmiers						0,6			
Masseurs-kinésithérapeutes						-1,4			

Champ : France métropolitaine.

Source : INSEE-DGFIP-CNAMTS - Exploitation DREES.

¹ Les données de l'année 2008 sont également disponibles sous la même forme, permettant aussi d'effectuer des comparaisons intermédiaires (2005-2008 ou 2008-2011).

² Ce dispositif a été généralisé en 2012 par la « rémunération sur objectifs de santé publique » (ROSP) ouverte à tous les médecins (et non plus aux seuls médecins traitants).

³ Y compris forfaits liés à la permanence des soins de ville et en établissement.

⁴ C'est-à-dire en contrôlant de l'inflation, qui a été de +1,6% par an en moyenne entre ces deux dates.

Des hausses plus importantes en haut de l'échelle des revenus

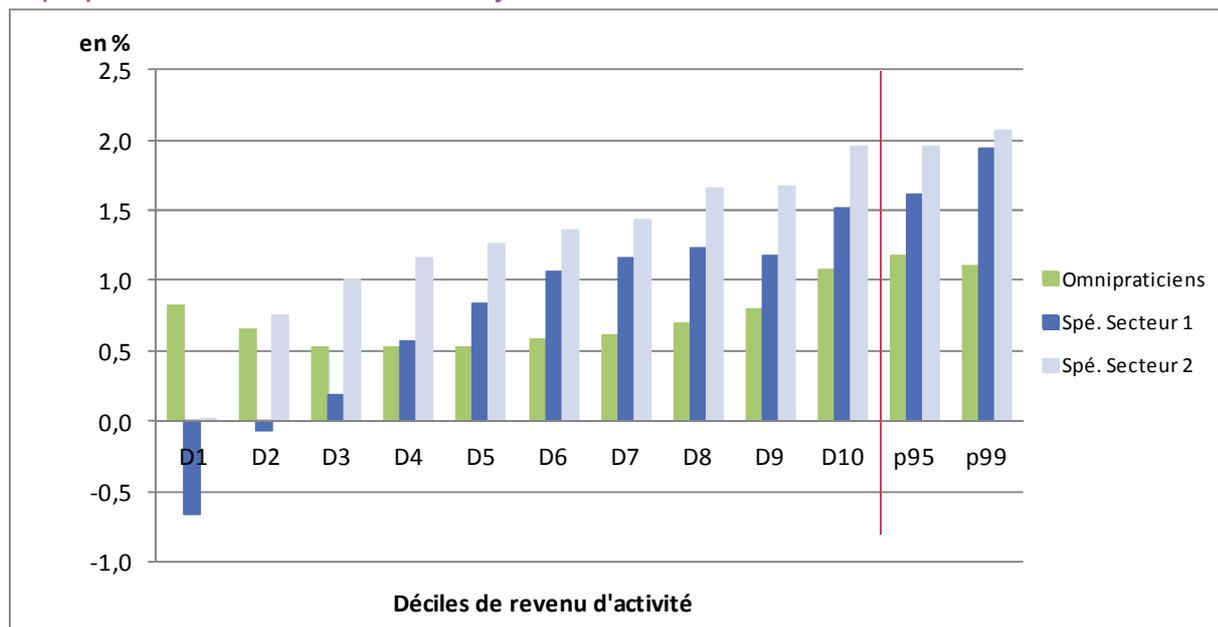
Les médecins peuvent être classés en 2005 et en 2011 selon leur décile de revenu d'activité, ce qui permet de comparer les évolutions de revenus entre 2005 et 2011 au sein de l'échelle des rémunérations¹. Pour les médecins généralistes, la progression se retrouve à tous les niveaux de la distribution des revenus et est relativement homogène même si elle est un peu plus forte pour les plus hauts revenus (graphique 2). Elle atteint +1,1% par an pour les 10 % des médecins ayant déclaré les plus hauts revenus contre 0,7 % en moyenne.

Pour les spécialistes de secteur 1 comme de secteur 2, en revanche, l'ampleur des évolutions s'accroît le long de la distribution des revenus et est en outre systématiquement plus élevée pour les spécialistes de secteur 2 que pour ceux de secteur 1. Le revenu moyen des 10 % des spécialistes de secteur 1 ayant déclaré le plus faible revenu a diminué significativement sur la période (cette baisse étant concentrée sur la période 2005-2008), alors qu'à l'opposé, le revenu moyen des 10 % de spécialistes de secteur 2 les mieux rémunérés a augmenté de 2 % par an entre 2005 et 2011.

La dispersion des revenus des médecins autres qu'omnipraticiens s'est ainsi accrue entre 2005 et 2011, les hausses intervenues sur la période étant en grande partie « tirées » par les plus hauts revenus alors que les plus faibles stagnent ou régressent même dans le cas des spécialistes de secteur 1. Le rapport entre le revenu moyen des 10 % les mieux rémunérés et celui des 10 % les moins rémunérés s'élève ainsi entre les deux dates, passant de 9,5 à 10,8 pour les spécialistes de secteur 1 et de 10,5 à 11,8 pour les spécialistes de secteur 2 mais l'évolution est nettement plus faible si l'on rapporte le revenu moyen des 10% les mieux rémunérés au revenu médian (le rapport passe de 2,6 à 2,7 pour les spécialistes de secteur 1 entre 2005 et 2011 et de 2,9 à 3,0 pour ceux de secteur 2). Chez les généralistes en revanche, le rapport inter-décile est resté pratiquement stable (7,4 en 2011 et 7,3 en 2005).

Cette évolution des revenus des spécialistes libéraux est en ligne avec la hausse régulière des honoraires constatée sur la période pour quasiment toutes les spécialités ; cette hausse s'infléchit cependant en 2012 (Le Garrec, 2014). La politique de modération tarifaire mise en place par l'Assurance-maladie dans le cadre de l'avenant n°8 de la convention nationale de 2011 devrait d'ailleurs prolonger cette inflexion².

Graphique 2 – taux de croissance annuel moyen du revenu d'activité entre 2005 et 2011



Champ : France métropolitaine

Sources : INSEE-DGFIP-CNAMTS – Exploitation DREES

Note de lecture : pour les 10 % d'omnipraticiens ayant déclaré les plus hauts revenus d'activité, le revenu moyen a augmenté de 1,1 % par an entre 2005 et 2011 (en euros constants).

¹ Par exemple, l'évolution du dernier décile entre 2005 et 2011 mesure l'écart entre le revenu moyen des 10 % les mieux rémunérés en 2011 et celui des 10 % les mieux rémunérés en 2005.

² Un nouveau « contrat d'accès aux soins » est en effet proposé depuis janvier 2013 à tous les médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1, sous la condition qu'ils s'engagent à ne pas augmenter leurs tarifs et à maintenir leur part d'activité à tarif opposable en échange de certains avantages (prise en charge de cotisations sociales, bénéfice de certaines majorations réservées au secteur 1...).

ENCADRÉ 2 - LES REVENUS DES MÉDECINS DES DOM EN 2011

L'appariement est disponible pour la première fois en 2011 sur les professionnels de santé exerçant dans les DOM. Néanmoins, les taux d'appariement entre les deux sources administratives CNAMTS et DGFIP y sont plus faibles qu'en France métropolitaine. Si en métropole seuls 3,5 % des professionnels de santé libéraux présents dans le SNIIR-AM ne sont pas retrouvés dans la source fiscale, ils sont 21 % en Guadeloupe-Martinique, 26 % en Guyane et 15 % à la Réunion. Ce sont les professionnels de santé les plus âgés, au-dessus de 60 ans, ainsi que les femmes qui sont un peu plus souvent absents de l'appariement. Les professionnels de santé présents dans la source fiscale mais ayant déclaré des revenus d'activité nuls en 2011 sont également plus nombreux dans les DOM qu'en métropole (4 % en moyenne contre 2 %) ; ces professionnels sont exclus de notre champ d'étude.

Pour ces raisons, les revenus présentés ici sont plus fragiles que les résultats relatifs à la métropole. Des analyses suggèrent cependant qu'ils restent bien représentatifs des revenus l'ensemble des professionnels des DOM. En effet, les honoraires moyens des professionnels de santé des DOM qui ont pu être retrouvés dans la source fiscale sont du même ordre de grandeur que ceux de l'ensemble des professionnels des DOM recensés de façon exhaustive dans les données de l'assurance-maladie. De même, la hiérarchie des honoraires par spécialité et par DOM est respectée lorsqu'on se restreint aux seuls individus présents dans l'appariement CNAMTS -DGFIP. Les écarts d'honoraires mesurés entre l'ensemble des DOM et la France métropolitaine pour les seuls professionnels « appariés » (i.e. présents dans l'appariement CNAMTS -DGFIP) sont également très proches des écarts estimés sur l'ensemble des professionnels étudiés. On peut donc faire l'hypothèse raisonnable que les revenus des professionnels de santé « appariés » sur ces territoires – dont la distribution reflète en grande partie celle des honoraires – sont aussi du même ordre de grandeur que les revenus de l'ensemble des médecins des DOM. Cependant, compte-tenu de la faiblesse des effectifs en jeu pour certaines spécialités, **les revenus moyens sont présentés de façon très agrégée**, en comparant uniquement, pour les médecins, **ceux des omnipraticiens et ceux de l'ensemble des spécialistes par secteur de conventionnement**. Les comparaisons réalisées avec la France métropolitaine sur ces deux derniers groupes sont donc à interpréter avec prudence, compte-tenu des structures différentes en termes de répartition par spécialité.

Sur cette base, on constate que, quel que soit le type de professionnel observé, le revenu est supérieur dans les DOM à celui déclaré en France métropolitaine, en particulier chez les médecins, avec 108 600 euros déclarés en 2011 par les omnipraticiens, 148 000 euros par les spécialistes de secteur 1 et 167 000 euros par leurs confrères de secteur 2. C'est en Guyane que les revenus déclarés sont les plus élevés en moyenne, notamment pour les omnipraticiens.

Il faut toutefois noter que les tarifs des consultations du médecin traitant sont différents entre la métropole et les DOM, et également au sein des différents DOM : fixé à 23 euros en France métropolitaine, le tarif de la consultation est de 25,20 euros en Guadeloupe et en Martinique et de 27,40 euros en Guyane et à la Réunion. Les tarifs de consultation de spécialiste présentent des disparités similaires. De même, les tarifs conventionnels des autres professionnels de santé libéraux sont systématiquement majorés dans les DOM. Ces tarifs supérieurs à la métropole procurent ainsi des honoraires plus élevés aux professionnels de santé des DOM et peuvent expliquer en partie les revenus supérieurs observés par rapport à la France métropolitaine. Il s'agit toutefois de noter que les prix sont plus élevés dans les DOM qu'en métropole – de 13 % en Guyane, de 10 % en Martinique, de 8 % en Guadeloupe et de 6 % à La Réunion en 2010¹.

	Effectifs DOM	Revenus d'activité (en euros)					Rappel : métropole
		Ensemble DOM	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion	
Omnipraticiens	1 395	108 620	91 740	86 990	140 860	118 080	82 020
Spécialistes de secteur 1	670	147 990	137 300	125 540	141 600	159 640	125 060
Spécialistes de secteur 2	195	167 080	157 810	155 140	n.s.	187 040	145 610
Dentistes	707	104 230	94 580	107 090	95 020	107 010	102 700
Infirmeries	2 689	65 090	68 800	61 590	67 460	64 950	47 710
Masseurs-kinésithérapeutes	1 330	44 780	40 100	51 720	56 780	43 420	44 510
Sages-femmes	160	37 260	44 820	37 560	53 130	32 150	30 000

n.s. non significatif : le nombre de professionnels est insuffisant (<10).

Champ : France, professionnels de santé libéraux conventionnés, âgés de moins de 70 ans, installés avant 2011, ayant déclaré au moins un euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2011. Les revenus ne sont calculés que sur les professionnels retrouvés dans le fichier fiscal, les effectifs tiennent compte en revanche des non appariés.

Source : INSEE-DGFIP-CNAMTS - Exploitation DREES (revenus), CNAMTS (effectifs).

¹ Berthier J.P., Lhéritier J.L., Petit G., « Comparaison des prix entre les DOM et la métropole en 2010 », Insee Première, n°1304 – juillet 2010.

Les revenus des autres professionnels de santé en 2011

Les chirurgiens-dentistes ont déclaré en 2011 en moyenne 102 700 euros de revenus d'activité (tableau 1), soit une progression de 1,2 % par an (en euros constants) entre 2008 et 2011¹(tableau 2). Il se partage entre 101 180 euros de revenu libéral et 1 530 euros de revenu salarié (tableau 1). Plus encore que pour les médecins, la dispersion des revenus est très importante chez les chirurgiens-dentistes, cette spécialité regroupant dans notre étude les spécialistes en orthopédie dento-faciale (O.D.F.) aux revenus très élevés avec les autres chirurgiens-dentistes. Le rapport entre le revenu moyen des 10 % les mieux rémunérés et celui des 10 % les moins rémunérés s'élève à 13 en 2011, comme en 2008. Rappelons que contrairement aux médecins, tous les chirurgiens-dentistes peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires, mais pas sur tous les types d'actes : si les consultations et les soins dentaires sont toujours facturés au tarif opposable, en revanche le tarif est libre sur les prothèses dentaires notamment, activité qui contribue le plus aux honoraires perçus par l'ensemble de cette profession (Bellamy et Badara M'Baye, 2013).

Les infirmiers exerçant une activité libérale ne représentent qu'une petite partie de l'ensemble des infirmiers, 1 sur 6 environ², mais leur effectif est en forte progression depuis une dizaine d'années, en lien avec l'augmentation générale du nombre d'infirmiers depuis le relèvement important des quotas de places offertes en instituts de formation au début des années 2000. Sur la seule période 2008-2011, les infirmiers libéraux ont vu leur nombre croître de 15 %³. Cette hausse n'a pas empêché la progression des revenus moyens sur la période : les infirmiers libéraux déclarent en moyenne 47 710 euros de revenus d'activité en 2011, soit une augmentation de +0,6 % par an en euros constants par rapport aux revenus déclarés en 2008.

Les masseurs-kinésithérapeutes exercent en grande majorité en libéral (80 % d'entre eux d'après le répertoire Adeli). Comme les infirmiers, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes libéraux exclusifs ou mixtes ont augmenté entre 2008 et 2011 (+9 % d'après le SNIIR-AM), suivant un mouvement régulier tout au long des années 2000. Leurs revenus moyens enregistrent cependant une baisse sur la période : ils ont déclaré en moyenne en 2011 44 510 euros de revenu d'activité (dont 880 euros de revenus salariés), soit un peu moins qu'en 2008 (-1,4 % par an en moyenne).

Enfin, les sages-femmes libérales sont encore peu nombreuses (environ 3 500 en 2011 d'après le SNIIR-AM), mais le mode d'exercice libéral se répand progressivement au sein de cette profession⁴. Avec 30 000 euros de revenus d'activité perçus en moyenne en 2011, elles déclarent des revenus nettement plus bas que ceux des infirmiers ou des masseurs-kinésithérapeutes, en lien avec des honoraires perçus inférieurs de près d'un tiers à ceux de ces deux autres professions de santé (d'après le SNIIR-AM). Lorsqu'elles exercent une activité libérale, une activité salariée la complète près de quatre fois sur dix, une proportion plus forte que pour les infirmiers ou les masseurs-kinésithérapeutes.

Pour en savoir plus

Bellamy V. « Les revenus des médecins libéraux : Une analyse à partir des déclarations de revenus 2008 », *Document de travail, série Sources et méthodes*, n°45 – juin 2014, DREES.

Bellamy V., Samson A.L., 2011, « Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins », *Comptes nationaux de la santé 2010*, DREES.

Bellamy V., Mikol F., 2012, « Les revenus d'activité des médecins libéraux », *Comptes nationaux de la santé 2011*, DREES.

Bellamy V., Badara M'Baye A., 2013, "Les revenus des chirurgiens-dentistes en 2008", *Études et résultats*, n°849, août 2013, DREES.

¹ Les revenus des chirurgiens-dentistes, des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes ne sont disponibles que pour les années 2008 et 2011. Les revenus des sages-femmes ne sont disponibles que pour 2011.

² Sicart D., « Les professions de santé au 1er janvier 2014 », DREES, Document de travail, Séries statistiques, n°189, juillet 2014.

³ Source : SNIIR-AM (Système national d'informations inter-régimes de l'assurance-maladie).

⁴ Cavillon M., « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », DREES, *Études et Résultats*, n°791, mars 2012.

L'évolution de la dépense de soins de médecins libéraux entre 2006 et 2013

Marie-Anne LE GARREC¹ (DREES)

Dans les Comptes nationaux de la santé, trois rubriques comprennent des soins de médecins : la dépense hospitalière publique, la dépense hospitalière privée et les soins de ville (cabinets libéraux ou centres de santé tels que dispensaires). Cet éclairage s'intéresse à **la seule activité libérale des médecins**, exercée en clinique privée ou en cabinet de ville, excluant leur activité dans les hôpitaux publics ou les centres de santé. Son champ est restreint aux dépenses des assurés du régime général de France métropolitaine (soit 80 % environ de la dépense totale en soins de médecins libéraux).

Sur ce champ restreint, les médecins généralistes (qui représentent 52 % des effectifs des médecins libéraux) génèrent environ 37 % de la dépense de soins de médecins contre 63 % pour les spécialistes (48 % des effectifs) en 2013. Cette différence de répartition entre effectifs et honoraires reflète notamment les différences de nature d'activité, de poids relatif des différents modes de rémunération (à l'acte ou forfaitaire) et de pratiques de dépassement entre les deux catégories de praticiens.

L'activité des omnipraticiens s'exerce presque exclusivement en ville. La majorité d'entre eux exerçant en secteur 1, les dépassements représentent une faible part de la dépense (3,7 %) ; en revanche, leurs rémunérations forfaitaires ont presque doublé entre 2006 et 2013, où elles atteignent 11,2 % de la dépense. La dépense de soins de médecins spécialistes se répartit, en revanche, en 68 % en cabinet de ville et 32 % en clinique privée. 42 % d'entre eux ayant opté pour le secteur 2 (honoraires libres) pratiquent des dépassements de 57 % en moyenne par rapport au tarif opposable. Après avoir régulièrement augmenté jusqu'en 2011, le taux moyen de ces dépassements se réduit légèrement en 2012 et 2013.

Enfin, si l'assurance maladie prend en charge les deux tiers de la dépense de médecine de ville en 2013, la part des organismes complémentaires approche les 20 % et celle des ménages les 12 %. Les dépassements d'honoraires constituent 52 % de ce reste à charge.

¹ L'auteur remercie la DSES de la CNAMTS pour la fourniture de données détaillées.

Au 1^{er} janvier 2014, le répertoire partagé des professions de santé (RPPS) recense deux catégories de médecins : 87 000 médecins salariés et 127 000 médecins libéraux ou mixtes (France métropolitaine). Les médecins « mixtes » sont des médecins libéraux qui ont une activité annexe salariée soit dans un hôpital, soit dans un dispensaire.

Cette étude porte uniquement sur l'activité exercée par les **médecins libéraux dans les cliniques privées et dans les cabinets de ville** en France métropolitaine. Elle concerne donc 60 000 omnipraticiens et 54 000 médecins spécialistes libéraux (source CNAMTS- SNIR¹). Son champ est restreint aux dépenses présentées au remboursement auprès du régime général (soit 80 % environ de la dépense totale en soins de médecins en clinique privée et en cabinet de ville – cf. encadré 1).

ENCADRÉ 1 - LE CHAMP DE L'ÉTUDE

Dans les Comptes nationaux de la santé, la dépense de soins de médecins est retracée dans trois postes : la dépense hospitalière publique, la dépense hospitalière privée et les soins de ville (cabinets libéraux ou centres de santé tels que dispensaires).

Si l'on ne peut isoler les soins de médecins dans l'ensemble de la dépense hospitalière publique, on peut en revanche le faire dans la dépense en clinique privée et dans la dépense en ville. Ainsi, en 2013, la consommation de soins de médecins est estimée à 4,9 milliards d'euros en clinique privée et à 20,5 milliards en cabinet de ville et en dispensaires (tableau 1). Elle représente 14 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

Outre la dépense présentée au remboursement (y compris dépassements), la consommation de soins de médecins comprend d'autres dépenses non remboursables (soins de médecins non conventionnés, acupuncture...) et la dépense non présentée au remboursement.

Tableau 1 – Consommation de soins de médecins

En millions d'euros

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 *	2013 *
CSBM	153 664	159 894	165 051	170 152	174 139	178 867	182 653	186 749
Consommation de soins de médecine de ville (y compris Sages-femmes)								
1 cabinets libéraux	17 075	17 845	18 175	18 498	18 320	19 036	19 473	19 867
2 centres de santé	270	292	307	316	316	345	354	376
3 sages-femmes	127	127	137	148	160	172	189	221
	17 472	18 263	18 619	18 962	18 797	19 553	20 016	20 464
Consommation de soins de médecins en établissements privés								
4 cliniques privées	3 812	3 894	4 100	4 273	4 480	4 626	4 769	4 906
Consommation totale de soins de médecins libéraux								
1+4	20 887	21 738	22 275	22 771	22 801	23 662	24 242	24 774

* Y compris ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique).

Champ : tous régimes, France entière.

Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

Cette étude est réalisée sur un champ plus restreint, pour lequel on dispose de données détaillées de dépenses et d'effectifs. Elle porte sur la dépense présentée au remboursement (c'est-à-dire y compris dépassements) de soins de médecins libéraux conventionnés, en cabinet de ville et en clinique privée, effectuée en France métropolitaine par les assurés du régime général, soit 20 milliards d'euros en 2013. Ce champ restreint représente 80 % de la dépense totale de soins de médecins identifiable dans les Comptes de la santé (tableau 2).

Tableau 2 – Dépense présentée au remboursement de soins de médecins libéraux

En millions d'euros

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 *	2013 *
Régime général - France métropolitaine								
cabinets libéraux	13 763	14 312	14 595	14 789	14 824	15 386	15 549	15 883
cliniques privées	3 231	3 327	3 532	3 679	3 888	3 996	4 073	4 166
Total	16 994	17 639	18 127	18 468	18 712	19 382	19 622	20 049

* Y compris ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique).

Champ : régime général, France métropolitaine.

Sources : CNAMTS, DSES.

¹ Le champ du RPPS diffère de celui du SNIR car il comprend les praticiens ayant une activité mixte (libérale et salariée).

Elle est réalisée à partir de données fournies par l'assurance maladie (CNAMTS - DSES) :

- la statistique annuelle du régime général des années 2006 à 2013, qui présente les prestations versées, la base de remboursement et la dépense totale présentée au remboursement (c'est-à-dire y compris dépassements), en date de remboursement ; cette statistique est ventilée par lieu d'exécution des soins (cabinet libéral, clinique privée ou centre de santé), par spécialité et par secteur de conventionnement des médecins ;
- les données du SNIR (système national inter-régimes) pour la démographie médicale.

La dépense de soins de médecins libéraux progresse de 2,4 % par an en moyenne entre 2006 et 2013

Sur le champ retenu pour l'étude, la dépense présentée au remboursement de soins de médecins est passée de 17 milliards d'euros en 2006 à 20 milliards d'euros en 2013 (graphique 1). Elle a ainsi augmenté de 18 %, soit 2,4 % par an en moyenne. La structure de la consommation s'est légèrement déformée : la part des généralistes a reculé d'un point entre 2006 et 2013 (de 38,4 % de la dépense à 37,3 %), au profit de celle des spécialistes. Cette déformation a des causes multiples : des différences marquées entre les deux catégories de praticiens concernant la nature de leur activité, leur dynamique démographique, le poids relatif des secteurs de conventionnement, mais également un environnement épidémiologique plus ou moins favorable... En effet, les honoraires des médecins dépendent du nombre d'actes effectués (contexte épidémiologique, évolution démographique), de la nature des actes effectués (actes cliniques, c'est-à-dire consultations et visites, ou actes techniques) ainsi que des modes de rémunérations (à l'acte ou forfaitaires).

a) Une progression de la dépense irrégulière pour les généralistes...

La dépense en soins d'omnipraticiens libéraux est passée de 6,5 milliards en 2006 à 7,5 milliards d'euros en 2013, soit une hausse de 15 % en sept ans. Cette hausse n'est pas linéaire : on observe par exemple un recul sensible en 2010 (-1,9 %), suivi d'une nette reprise en 2011 (+4,7 %). Ces évolutions comprennent des effets « volume » (nombre d'actes) et des effets « prix » (revalorisation, nouveaux modes de rémunération). Ainsi, le recul de 2010 est essentiellement attribuable à l'absence d'épisode grippal qui a entraîné une diminution du nombre de consultations, tandis que la reprise de 2011 est surtout due à la revalorisation de la consultation de généraliste dont le tarif a augmenté de 4,5 %, passant de 22 à 23 euros le 1^{er} janvier 2011. La progression de 2012 est quant à elle en partie attribuable à l'introduction de la ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique – cf. encadré 3). Celle de 2013 comprend notamment la « majoration personnes âgées » (5 euros par consultation d'une personne âgée de plus de 85 ans) avec l'entrée en vigueur de l'avenant 8 à la convention nationale des médecins à compter du 1^{er} juillet.

Graphique 1 – Évolution de la dépense de soins de médecins libéraux présentée au remboursement *



* Dépense présentée au remboursement, y compris dépassements ; y compris ROSP en 2012 et 2013.

Sources : CNAMTS, régime général – France métropolitaine.

b) ...mais constante pour les spécialistes et amplifiée par celle des dépassements jusqu'en 2011

La dépense en soins de spécialistes est passée, quant à elle, de 10,5 milliards en 2006 à 12,5 milliards en 2013. Sa croissance est régulière, comprise entre 2 % et 3,5 % par an, à l'exception de l'année 2012 où la dépense est restée atone (graphique 1). Cette croissance est liée à celle des effectifs de médecins spécialistes (cf. encadré 2), mais également à celle des dépassements d'honoraires. Entre 2006 et 2013, les dépassements des spécialistes sont

passés de 1,5 milliard d'euros à 2,1 milliards (régime général), soit une hausse de 38 %. Cette hausse des dépassements représente 28 % de la hausse totale des honoraires de spécialistes sur cette période.

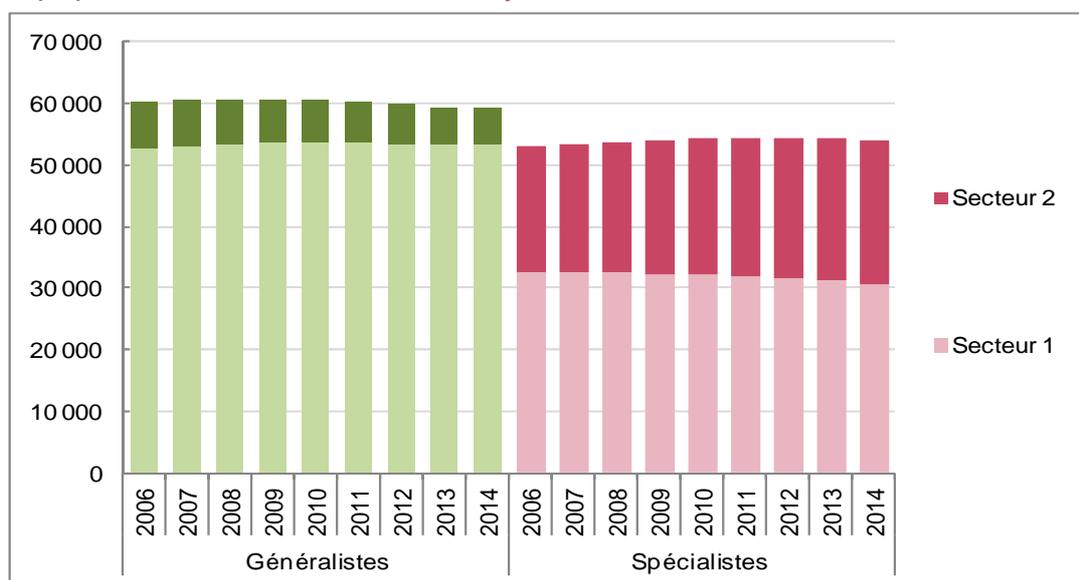
Toutefois, on observe une inflexion de cette tendance en 2012 : en effet, le rythme de croissance des dépassements de spécialistes qui variait entre 4 % et 7 % par an entre 2007 et 2011 ralentit à +2,4 % en 2012 et +3,3 % en 2013 (cf. fiche A.6 – Consommation de soins de médecins).

ENCADRÉ 2 - LES EFFECTIFS DE MÉDECINS LIBÉRAUX

Après avoir très légèrement augmenté entre 2006 et 2010 (+0,6 %), le nombre d'omnipraticiens libéraux en France métropolitaine a diminué de 2,5 % entre le 1er janvier 2010 et le 1er janvier 2014, passant de 61 300 à 59 800 (graphique 2). Ce recul concerne surtout les généralistes exerçant en secteur 2, dont les effectifs diminuent de 24 % entre 2006 et 2014 (passant de 7 500 à 5 700), alors que les effectifs sont quasi-stables en secteur 1 (cf. annexe 1 pour la définition des secteurs de conventionnement).

En effet, pour les généralistes, l'accès au secteur 2 a été très fortement restreint par la convention de 1990 qui impose que seuls les anciens chefs de clinique et assistants des hôpitaux puissent choisir de s'installer en secteur 2. De fait, ces statuts concernent presque exclusivement les spécialistes. Ainsi, la majorité des généralistes de secteur 2 sont ceux qui se sont installés avant 1990 : ils partent aujourd'hui progressivement à la retraite, d'où la baisse importante des effectifs de cette seule catégorie.

Graphique 2 – Nombre de médecins libéraux au 1er janvier, selon leur secteur de conventionnement *



* dont secteur 1 avec DP : moins de 20 généralistes et moins de 200 spécialistes au 1/1/2014.

Sources : CNAMTS, SNIR – France métropolitaine.

En revanche, sur la même période, le nombre de spécialistes libéraux a augmenté de 1,9 % entre 2006 et 2010 et n'a que très peu reculé depuis, passant de 54 700 au 1er janvier 2010 à 54 300 au 1er janvier 2014. Contrairement aux omnipraticiens, c'est le nombre de spécialistes de secteur 1 qui baisse de 6 % entre 2006 et 2014 alors qu'en secteur 2, il augmente de 14 %. En effet, parmi les jeunes médecins spécialistes, 6 sur 10 choisissent de s'installer en secteur 2¹.

Aujourd'hui, 4 spécialistes sur 10 exercent en secteur 2 tandis que cette proportion n'est que de 1 sur 10 pour les omnipraticiens. Par conséquent, les médecins spécialistes représentent aujourd'hui 80 % des effectifs du secteur 2 à honoraires libres, et génèrent près de 87 % du montant des dépassements d'honoraires en 2013.

Plus de trente ans après la création du secteur 2, les dépassements d'honoraires ont triplé. Tous régimes confondus, et pour l'ensemble des médecins libéraux, le montant total des dépassements est passé de 900 millions d'euros en 1990 à 1,4 milliard en 2000 et 2,7 milliards d'euros en 2013 (2,4 milliards pour le seul régime général). La progression ralentit toutefois depuis 2012 et la création en 2013 d'un nouveau « contrat d'accès aux soins » destiné aux médecins à honoraires libres devrait à terme réduire le montant des dépassements : les médecins souscripteurs de ce contrat s'engagent en effet à stabiliser leurs tarifs et à réduire progressivement leurs dépassements (cf. Annexe 1 pour la définition des secteurs de conventionnement et du Contrat d'accès aux soins).

¹ Voir « Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins », V. Bellamy, A.L. Samson, in « Comptes de la santé 2010 », DREES, 2011.

Les soins de médecins croissent toutefois moins vite que les autres dépenses de santé

Sur la période 2006-2013, la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), agrégat central des Comptes la santé a augmenté de 2,8 % par an en moyenne, c'est-à-dire plus rapidement que la consommation de soins de médecins (+2,4 % par an en moyenne). Les soins de médecins (en ville et en cliniques privées) représentent ainsi 13,5 % de la CSBM en 2013 contre 13,8 % en 2006.

Des rémunérations forfaitaires croissantes pour les médecins généralistes libéraux

a) 98 % de la dépense en soins de généralistes dans les cabinets de ville

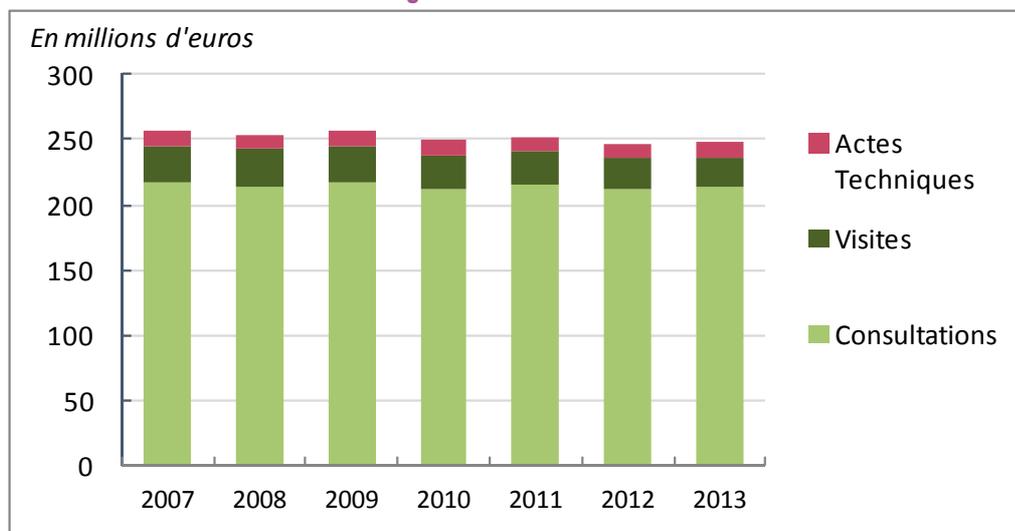
L'activité libérale des médecins généralistes s'exerce presque intégralement dans leur cabinet de ville (98,3 % en 2013), et seulement pour 1,7 % en clinique privée. C'est pourquoi la suite de l'analyse porte sur la seule dépense de soins de médecins généralistes libéraux dans leur cabinet de ville.

Parallèlement à la diminution des effectifs d'omnipraticiens, l'activité, mesurée par le nombre d'actes, diminue :

- 213,4 millions de consultations dans leur cabinet en 2013 contre 216,0 millions en 2006 ;
- 23,2 millions de visites de patients à domicile en 2013 contre 30,4 millions en 2006 ;
- 10,8 millions de coefficients d'actes techniques en 2013 contre 11,8 millions en 2007¹.

Pour les consultations, la baisse n'est pas linéaire : on observe une diminution sensible du nombre de consultations en 2010 (-2,5 %) due à l'absence d'épisode grippal, puis une nouvelle baisse en 2012 (-1,6 %), année où la consommation totale de soins est assez faible d'une manière générale, et enfin une stagnation en 2013 (graphique 3). En revanche, on observe une chute de 24 % du nombre de visites à domicile entre 2006 et 2013, tandis que le nombre de consultations en cabinet recule de 1,2 % seulement. Il s'agit d'une tendance de fond de la pratique des médecins.

Graphique 3 – Nombre d'actes des médecins généralistes libéraux



Sources : CNAMTS, régime général – France métropolitaine.

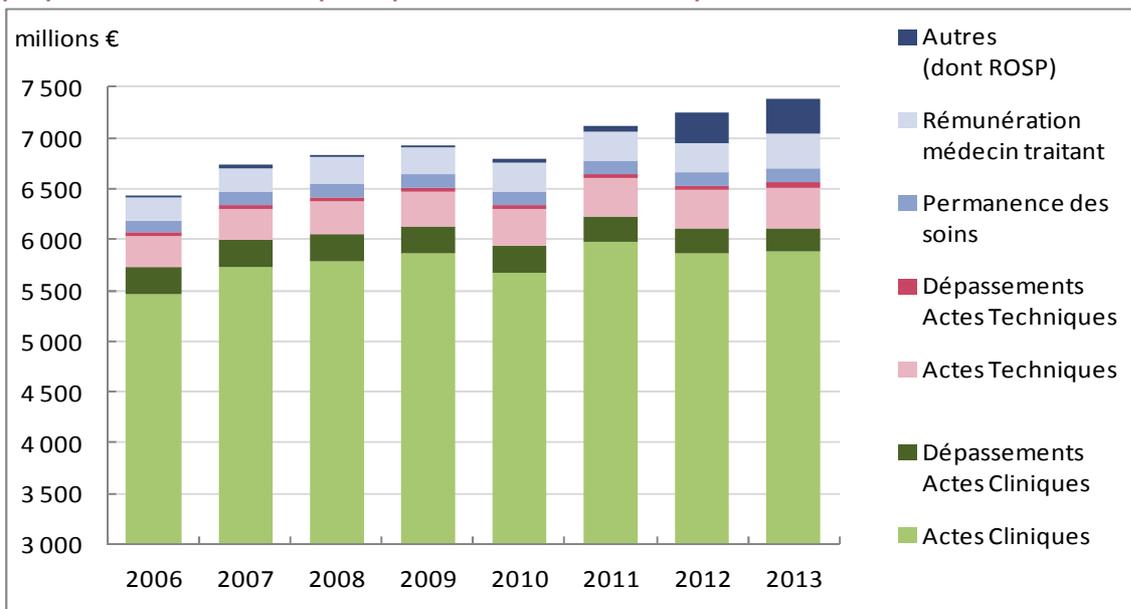
b) La part des rémunérations forfaitaires a presque doublé en 7 ans

La rémunération de l'activité des généralistes se déforme peu à peu elle aussi. L'activité clinique (consultations et visites) ne représente plus que 82,7 % de la dépense en 2013 contre 89 % en 2006, et les actes techniques 6 % contre 5,2 % en 2006, tandis que les rémunérations forfaitaires ont presque doublé passant de 5,8 % de la dépense en 2006 à 11,2 % en 2013² (graphique 4).

¹ L'analyse de l'évolution du nombre de coefficients d'actes techniques est toutefois perturbée par le passage de la NGAP (nomenclature générale des activités professionnelles) à la CCAM (classification commune des actes médicaux) intervenu en 2005, dont les effets sont particulièrement importants en 2006 et se prolongent de façon atténuée les années suivantes.

² La ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) versée en 2013 au titre de l'année 2012 est intégrée aux honoraires 2012 ; même chose pour la ROSP 2013 versée en 2014.

Graphique 4 – Structure de la dépense présentée* de soins d'omnipraticiens libéraux en cabinet de ville



* Dépense présentée au remboursement = Dépense au tarif opposable + Dépassements.

Note : la ROSP versée en 2013 (respectivement 2014) au titre de l'activité 2012 (resp. 2013) est ici ajoutée à la dépense 2012 (resp. 2013).

Sources : CNAMTS, régime général, France métropolitaine – traitement DREES.

La part de ces rémunérations forfaitaires dans la dépense totale de soins de généralistes a lentement progressé entre 2006 et 2011, passant de 5,8 % à 6,6 %. Puis elle a connu deux accélérations successives : en 2012 avec l'introduction de la « rémunération sur objectifs de santé publique » (ROSP – cf. encadré 3), et en 2013 avec le nouveau « forfait médecin traitant ».

À compter du 1^{er} janvier 2012, la ROSP s'est en effet substituée au contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) et à la différence du CAPI, elle ne concerne plus les seuls médecins traitants volontaires, mais s'étend à tous les praticiens. Tous régimes confondus, les montants versés pour la ROSP sont estimés à 282 millions d'euros au titre de l'année 2012 et 341 millions au titre de l'année 2013 (dont environ 85 % versés par le seul régime général). Ces montants ont été intégrés aux données CNAMTS de l'année à laquelle ils se rapportent. Versée en 2014, la ROSP 2013 s'élève en moyenne à 5 774 € par médecin généraliste ; elle représente 4,8 % du total des honoraires perçus par les généralistes en 2013. La ROSP est plébiscitée par les médecins généralistes : en 2013, seuls 5 % d'entre eux n'adhèrent pas au dispositif.

On observe également une montée en puissance des rémunérations dites de « médecin traitant ». Ces rémunérations ont progressé de 37 % entre 2006 et 2012, passant de 216 millions d'euros (soit 3,3 % des honoraires totaux) à 297 millions, soit 4,1 % des honoraires 2012 (régime général). Sur la seule année 2013, elles ont augmenté de 20 % pour atteindre 357 millions d'euros, soit 4,8 % des honoraires des médecins généralistes. Cette hausse est due à l'entrée en vigueur de l'avenant 8 à la convention nationale des médecins à compter du 1^{er} juillet 2013, qui comprend une revalorisation des tarifs du secteur 1 avec notamment la création d'un « forfait médecin traitant » (5 euros par an et par patient non ALD – cf. encadré 3).

Les omnipraticiens perçoivent 90 % du montant total des rémunérations forfaitaires. Les dépassements des omnipraticiens libéraux pèsent en revanche peu dans la dépense totale (3,7 % en 2013) car seuls 10 % d'entre eux exercent en secteur 2. Leur nombre diminuant régulièrement, le montant de leurs dépassements a lui aussi fortement diminué : il s'élève à 272 millions en 2013, contre 315 millions en 2006 (régime général), soit une baisse de 14 %. Le taux moyen de dépassement par rapport au tarif opposable, calculé sur les seuls actes cliniques et techniques en excluant les rémunérations forfaitaires (non sujettes à dépassement par définition), atteint 46 % en 2013 pour les 10 % d'omnipraticiens qui exercent en secteur 2.

ENCADRÉ 3 – LES RÉMUNÉRATIONS FORFAITAIRES DES MÉDECINS

Les rémunérations forfaitaires des médecins sont de natures très diverses (tableau 3).

Elles peuvent être liées :

- aux pratiques des médecins : contrat de bonnes pratiques, forfait CAPI (contrat d'amélioration des pratiques individuelles), ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) par exemple ;
- à la permanence des soins : rémunération pour astreinte ou pour garde, permanences des samedis, dimanches, jours fériés, permanences de nuit... ;
- à leur localisation géographique : forfait zone déficitaire, forfait option démographie ;
- à leur patientèle : rémunération médecin traitant, forfait médecin coordonnateur, forfait médecin traitant...

Tableau 3 : Montant des rémunérations forfaitaires des médecins en 2013
en millions d'euros

2013	Permanence des soins	Rémunérations médecin traitant	Autres rémunérations forfaitaires *	TOTAL	Structure
Omnipraticiens	136,8	356,8	344,8	838,4	90,3%
Spécialistes	0,5	1,4	88,4	90,4	9,7%
Ensemble	137,3	358,2	433,2	928,7	100,0%

* y compris ROSP 2013 versée en 2014.

Sources : CNAMTS, régime général, France métropolitaine - traitement DREES.

Les rémunérations forfaitaires les plus importantes

Permanence des soins : depuis la loi HPST de 2009, les ARS (agences régionales de santé) encadrent les dispositifs de permanence des soins ambulatoires (PDSA) ; les médecins libéraux sont désormais rémunérés par des forfaits d'astreinte lorsqu'ils assurent des permanences de nuit ou de week-end.

Le « **forfait CAPI** » mis en place en 2009 pour les médecins traitants : souscrit pour une durée de 3 ans, le « contrat d'amélioration des pratiques individuelles » leur procurait une rémunération conditionnée à l'atteinte d'objectifs de santé publique. En 2011, 16 000 médecins traitants adhéraient au CAPI, soit un tiers des praticiens éligibles. La prime annuelle moyenne s'élevait à environ 3 000 euros.

Ce dispositif a été remplacé au 1^{er} janvier 2012 par la « **rémunération sur objectifs de santé publique** » (ROSP) ouverte à tous les médecins (et non plus aux seuls médecins traitants) ; elle constitue une rémunération à la performance accessible à tous les médecins libéraux, basée sur l'atteinte d'objectifs de santé publique. Elle est calculée sur une base de 29 indicateurs contre 15 pour le forfait CAPI. La ROSP 2013 versée début 2014 s'élève en moyenne à 4 000 euros par praticien toutes spécialités confondues, mais à plus de 5 700 euros pour les médecins généralistes (source CNAMTS).

Les médecins traitants perçoivent plusieurs types de rémunération forfaitaire pour le suivi régulier de leurs patients et leur rôle dans la coordination des soins :

- la « **rémunération médecin traitant** » (RMT) rémunère le suivi de patients en ALD ; s'élevant à 40 € par an et par patient, elle est versée trimestriellement, en fonction de la date anniversaire d'entrée dans l'ALD du patient ;
- le « **forfait médecin traitant** » (FMT) mis en place à partir du 1^{er} juillet 2013 (avenant 8 à la convention médicale) est une rémunération forfaitaire annuelle de 5 € par an et par patient âgé de 16 ans ou plus, non ALD ; il rémunère la mission du médecin traitant pour l'ensemble de sa patientèle et non plus les seuls patients en ALD ; il est également versé trimestriellement ;
- divers forfaits de coordination des soins.

Une activité technique croissante pour les médecins spécialistes en cabinet libéral

En moyenne, le partage de la dépense de soins de médecins spécialistes libéraux est de 68 % pour les cabinets de ville et de 32 % pour les cliniques privées en 2013. Mais cette proportion varie sensiblement avec la spécialité exercée : en 2013, les anesthésistes, les chirurgiens et les gastro-entérologues ont perçu respectivement 83 %, 67 % et 62 % de leurs honoraires en clinique privée. Inversement, la quasi-totalité de l'activité des dermatologues et des rhumatologues est réalisée dans un cabinet de ville.

De même, le contenu de l'activité varie fortement avec la spécialité : les psychiatres ont évidemment une activité clinique très importante, tandis que pour les chirurgiens, c'est l'activité technique qui prédomine. Il reste néanmoins possible de dégager quelques tendances communes à la plupart des spécialités.

a) En ville, l'activité technique des spécialistes augmente au détriment de leur activité clinique

Entre 2006 et 2013, dans les cabinets de ville des médecins spécialistes, on observe un recul de l'activité clinique par rapport à l'activité technique dans de nombreuses spécialités.

Les médecins spécialistes effectuent très peu de visites à domicile, et, comme pour leurs confrères généralistes, le nombre de ces visites s'effondre : il passe de plus de 91 000 visites en 2006 à 42 000 en 2013, soit un recul de 54 %. Le nombre de consultations recule également puisqu'il passe de 89,8 millions en 2006 à 79,5 millions en 2013, soit une baisse de 11 % (graphique 5). Mais ce recul reflète souvent un phénomène de substitution : aux actes moins rémunérateurs (les consultations) se sont substitués des actes techniques médicaux nettement mieux rémunérés depuis l'avenant 12 de la convention médicale de 2005¹.

Graphique 5 – Nombre d'actes des spécialistes libéraux en cabinet de ville



Sources : CNAMTS, régime général, France métropolitaine

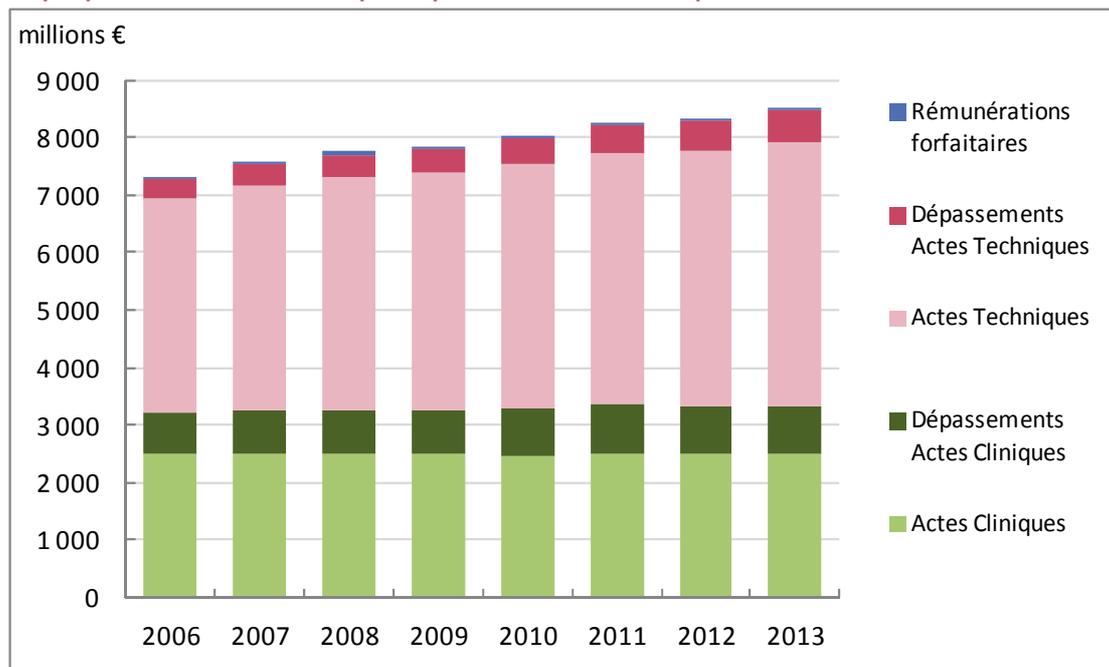
Ainsi, les actes techniques progressent-ils fortement en valeur : ils représentent 60,3 % des honoraires totaux (y compris dépassements) en 2013 contre 55,5 % en 2006. *A contrario*, l'activité clinique passe de 43,7 % de la dépense en 2006 à 39,3 % en 2013. Les rémunérations forfaitaires pèsent très peu dans la dépense de soins de spécialistes libéraux : 0,3 % des honoraires totaux (graphique 6).

La croissance des dépassements d'honoraires des spécialistes ralentit en 2012-2013

Tous secteurs de conventionnement confondus, les honoraires totaux des médecins spécialistes perçus dans leur cabinet de ville s'élèvent en 2013 à 8,5 milliards d'euros, dont 1,4 milliard de dépassements (régime général, France métropolitaine).

Ces dépassements sont principalement le fait des 43 % de spécialistes exerçant en secteur 2 (y compris 0,3 % de spécialistes de secteur 1 avec DP). Ces praticiens ont perçu 3,4 milliards d'honoraires en 2013, dont 1,3 milliard de dépassements. Par rapport à la dépense au tarif opposable correspondante qui s'élève 2,2 milliards, leur taux de dépassement moyen est ainsi de 58,5 % en 2013 contre 56,2 % en 2006. Il faut noter que bien que le nombre de spécialistes de secteur 2 ait augmenté, ce taux de dépassement qui n'avait cessé de progresser jusqu'en 2011, recule légèrement depuis deux ans : de 60,3 % en 2011 à 59 % en 2012 puis 58,5 % en 2013.

¹ Publié en mars 2006, l'avenant 12 de la convention médicale de janvier 2005 comporte plusieurs mesures de revalorisation tarifaire d'actes de la CCAM notamment pour les ORL, les rhumatologues, les dermatologues et les radiologues.

Graphique 6 – Structure de la dépense présentée de soins de spécialistes libéraux en cabinet de ville

Sources : CNAMTS, régime général, France métropolitaine – traitement DREES.

Cette tendance à la baisse devrait selon toute probabilité se poursuivre, avec le nouveau contrat d'accès aux soins (CAS) signé par 10 700 praticiens fin 2013. Ceux-ci s'engagent d'une part à ne pas pratiquer de dépassements supérieurs à 100 % du tarif opposable¹, et d'autre part, à diminuer progressivement leurs dépassements. Ils s'engagent également à ne pas pratiquer de dépassement pour leurs patients bénéficiaires de l'ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé). Ce nouveau dispositif vise à réduire le montant global des dépassements dans les années à venir. Un indicateur de suivi de ce dispositif a d'ailleurs été introduit dans les Programmes de qualité et d'efficience (PQE) du PLFSS, avec un objectif de réduction des dépassements.

Ce nouveau contrat d'accès aux soins (CAS) suscite toutefois encore assez peu d'engouement chez les spécialistes de secteur 2 qui pratiquent les plus forts dépassements. En effet, parmi les 8 000 spécialistes de secteur 2 signataires d'un CAS au 1^{er} mars 2014, seulement 22 % sont des spécialistes de plateaux techniques à taux de dépassement élevés (cf. ci-dessous) : chirurgiens, anesthésistes, gynécologues-obstétriciens ; et parmi les ophtalmologistes de secteur 2, seuls 20 % d'entre eux ont signé un CAS.

c) En ville, des taux de dépassements d'honoraires importants sur les consultations, qui se réduisent à partir de 2012

Dans les cabinets de ville, les dépassements sont plus importants sur l'activité clinique que sur l'activité technique : en effet, ils atteignent en moyenne 78,3 % du tarif opposable sur les consultations et 40,6 % sur les actes techniques (tableau 4). Toutefois, il existe de grandes disparités entre spécialités en matière de dépassements : ainsi, en secteur 2, le taux de dépassement moyen s'établit-il à 115 % pour une consultation de gynécologie et 100 % pour une consultation d'ophtalmologie, mais à 46 % pour une consultation de cardiologie ou de gastro-entérologie. De même, les dépassements sur l'activité technique pratiquée en ville varient-ils entre 23 % pour des actes de pneumologie et 132 % de stomatologie, en passant par 62 % pour des actes chirurgicaux.

Alors qu'il avait augmenté de 10 points entre 2006 et 2011, passant de 70 % à 80 %, le taux moyen de dépassement des spécialistes de secteur 2 sur les consultations recule depuis deux ans : il passe à 79,5 % en 2012 puis à 78,3 % en 2013. Il recule également, mais de façon moins importante, sur les actes techniques.

¹ Voir le communiqué de presse de l'assurance maladie du 25 octobre 2012 : « Améliorer l'accès aux soins et limiter les dépassements d'honoraires pour tous : un accord majeur entre l'assurance maladie, les syndicats de médecins et l'UNOCAM ».

Tableau 4 - Taux de dépassement des médecins spécialistes de secteur 2 dans leur cabinet de ville

Secteur 2 et Secteur 1 DP	Dépense au tarif opposable		Dépassements		Taux de dépassement	
	Actes Cliniques	Actes Techniques	Actes Cliniques	Actes Techniques	Actes Cliniques	Actes Techniques
2006	954 541	726 513	666 179	279 085	69,8%	38,4%
2011	1 001 917	1 009 874	801 560	410 659	80,0%	40,7%
2012	1 004 959	1 058 456	798 925	425 358	79,5%	40,2%
2013	1 028 077	1 130 048	805 177	458 385	78,3%	40,6%

Sources : CNAMTS, régime général, France métropolitaine – traitement DREES.

Les cliniques privées accueillent l'activité technique des spécialistes libéraux

a) En clinique privée, l'activité technique représente 93 % des honoraires des spécialistes libéraux

Les médecins spécialistes ont perçu 4 milliards d'euros en clinique privée en 2013. L'essentiel de l'activité pratiquée en établissement privé est naturellement une activité technique, qui représente plus de 93 % de la dépense en 2013 (graphique 7).

Comme dans les cabinets de ville, le nombre de consultations des spécialistes libéraux en clinique privée diminue : il passe de 5,6 millions en 2006 à 5,2 millions en 2013, soit une baisse de 8 %.

Cinq spécialités représentent 71 % des honoraires perçus pour l'activité clinique : il s'agit de consultations de psychiatrie (37 % des honoraires), de cardiologie (13 %), d'anesthésie (14 %), de chirurgie (9 %) et de pédiatrie (8 %).

Parallèlement, le nombre d'actes techniques augmente. L'analyse de l'évolution du nombre d'actes techniques médicaux entre 2006 et 2013 est toutefois délicate au niveau global en raison de la substitution progressive de la CCAM (classification commune des actes médicaux) à la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) intervenue en 2005.

Plus de 82 % des honoraires perçus pour l'activité technique en 2013 sont concentrés sur 5 spécialités : la chirurgie (26 %), la radiologie-imagerie médicale (23 %), l'anesthésie (20 %), ainsi que la gastro-entérologie et l'ophtalmologie (6 % chacune).

Graphique 7 – Structure de la dépense présentée de soins de spécialistes libéraux en clinique privée

Sources : CNAMTS, régime général, France métropolitaine – traitement DREES.

b) En clinique, des dépassements d'honoraires en baisse sur l'activité clinique, mais encore en légère hausse sur l'activité technique

En 2013, les dépassements en clinique privée représentent 735 millions (régime général), soit 18,2 % du montant des honoraires, tous secteurs de conventionnement confondus.

Comme pour la dépense en cabinet de ville, les dépassements sont principalement le fait des spécialistes de secteur 2. Ces praticiens ont perçu 2 milliards d'honoraires en 2013, dont 0,7 milliard de dépassements. Par rapport à la dépense au tarif opposable correspondante qui s'élève 1,25 milliard, leur taux de dépassement moyen est de 55,2 % en 2013 comme en 2012, contre 48,4 % en 2006. Comme le montre le tableau 5, la hausse des dépassements porte uniquement sur l'activité technique.

Comme en cabinet de ville, le taux de dépassement en clinique privée recule sur l'activité clinique (consultations) puisqu'il passe de 14,7 % en 2011 à 13,9 % en 2013.

Sur l'activité technique, le taux de dépassement a augmenté de 6 points entre 2006 et 2011. Bien qu'il continue à augmenter après 2011, le rythme de progression décélère nettement : +0,8 point en 2012 et +0,2 point en 2013.

Tableau 5 - Taux de dépassement des médecins spécialistes de secteur 2 en clinique privée

En millions d'euros

Secteur 2 et Secteur 1 DP	Dépense au tarif opposable		Dépassements		Taux de dépassement	
	Actes Cliniques	Actes Techniques	Actes Cliniques	Actes Techniques	Actes Cliniques	Actes Techniques
2006	31 533	883 724	4 429	438 532	14,0%	49,6%
2011	39 149	1 123 371	5 749	625 575	14,7%	55,7%
2012	40 380	1 155 486	5 921	652 445	14,7%	56,5%
2013	42 463	1 205 509	5 909	683 307	13,9%	56,7%

Sources : CNAMTS, régime général, France métropolitaine – traitement DREES.

Parmi les spécialistes libéraux exerçant fin 2013, on observe de grandes disparités entre les secteurs de conventionnement. Dans quatre spécialités, on compte plus de praticiens exerçant en secteur 2 qu'en secteur 1 : il s'agit des chirurgiens, des gynécologues, des ophtalmologistes et des ORL. Ces spécialités sont aussi celles pour lesquelles le taux de dépassement est élevé. Les 3 premières sont plus spécifiquement étudiées dans l'annexe 2.

Quel impact de ces différences de structure dans les dépenses de soins sur le reste à charge des ménages ?

L'analyse précédente portait sur le seul régime général en France métropolitaine pour lequel la dépense de médecine libérale présentée au remboursement s'élève à 20 milliards d'euros en 2013. Sur le champ complet (tous régimes, France entière et y compris dépense non présentée au remboursement ou non remboursable), elle s'élève à 25,2 milliards d'euros. Elle se décompose en 4,9 milliards de soins en clinique privée et 20,3 milliards en soins de ville (hors sages-femmes - tableau 6).

Tableau 6 - De la dépense remboursée à la CSBM en 2013

En milliards d'euros

2013	Dépense remboursée	Etat (AME...)	Ticket modérateur particip. forfaitaires	Dépense reconnue	Dépasse- ments	Dépense présentée au rembour- sement	Dépense non remboursable ou non présentée au remboursement	CSBM
Médecins en clinique privée	3,9	0,0	0,04	4,0	0,9	4,9	0,0	4,9
Répartition en %	79,7%	0,0%	0,9%	80,7%	19,3%	100,0%	0,0%	100,0%
Médecine de ville *	13,5	0,1	4,2	17,8	1,9	19,6	0,7	20,3
Répartition en %	66,4%	0,3%	20,6%	87,4%	9,2%	96,6%	3,4%	100,0%

* Hors sages-femmes, mais y compris médecins en centres de santé.

Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

Sur les 20,3 milliards d'euros en 2013 de soins de médecine de ville, la répartition de la prise en charge entre les différents acteurs économiques est la suivante : 66,4 % pour l'assurance maladie, 1,8 % pour l'État et la CMU-C des organismes de base, 19,5 % pour les organismes complémentaires (OC) et 12,3 % pour les ménages (tableau 7).

Tableau 7 - Répartition du financement de la consommation de médecine de ville

En milliards d'euros

2013	Sécurité Sociale	Etat, CMU-C	Reste à charge avant org.compl.	Organismes complémentaires	Reste à charge après org.compl.	CSBM
Médecine de ville *	13,5	0,4	6,5	4,0	2,5	20,3
Part de prise en charge	66,4%	1,8%	0,3	19,5%	12,3%	100,0%
Répartition du reste à charge			6,5	4,0	2,5	
Ticket modérateur, participations forfaitaires			3,9	3,4	0,5	
Dépassements			1,9	0,6	1,3	
Dépense non remboursable ou non présentée au remb.			0,7	n.d.	0,7	

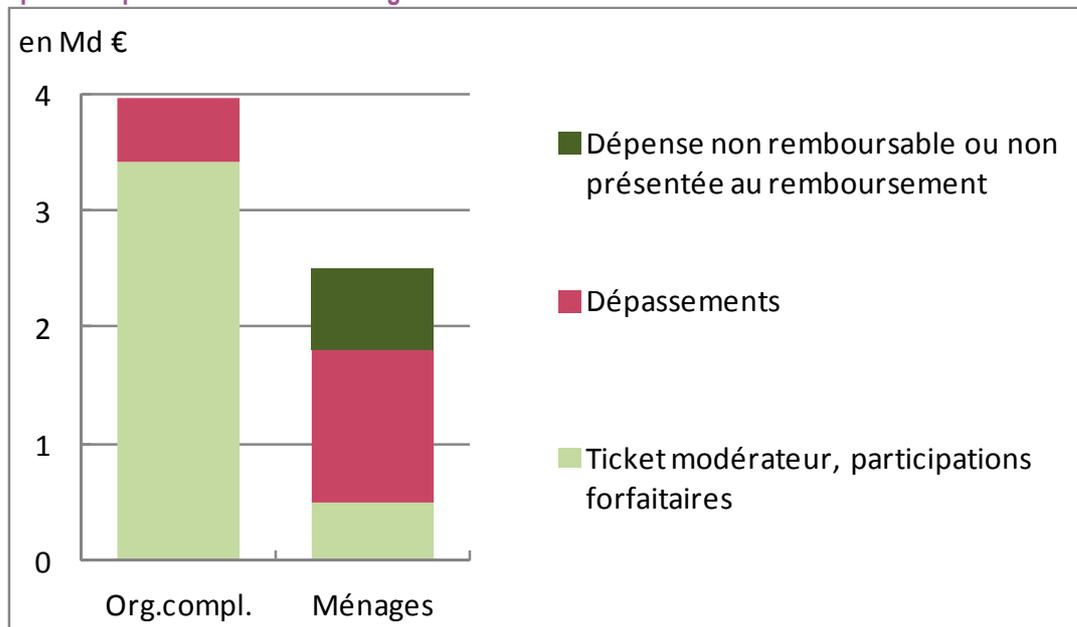
* Hors sages-femmes, mais y compris médecins en centres de santé.

Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

Le reste à charge brut (avant intervention des OC) sur les soins de médecins est constitué du ticket modérateur et des participations forfaitaires (3,9 milliards d'euros), des dépassements (1,9 milliard) et des dépenses non remboursables (ostéopathie, acupuncture, médecins non conventionnés...) ou non présentées au remboursement (0,7 milliard). La participation forfaitaire de 1 euro n'est pas prise en charge par les OC. En revanche, le ticket modérateur est presque toujours pris en charge par les OC, sauf lorsque l'assuré se trouve hors parcours de soins. C'est ce qui explique qu'au final, le reste à charge des ménages s'établit sur ce poste à 0,5 milliard seulement.

Selon l'enquête de la DREES effectuée auprès des organismes complémentaires, le taux de prise en charge des dépassements d'honoraires de médecins par les OC est de 30 % en moyenne. Ainsi, sur 1,8 milliard de dépassements en médecine de ville, la part financée par les OC est de 560 millions tandis que celle des ménages s'élève à 1,3 milliard d'euros en 2013, ce qui représente 52 % du reste à charge des ménages sur les soins de médecine de ville (graphique 8).

Graphique 8 - Répartition du reste à charge brut * sur les soins de médecins de ville en 2013



* Reste à charge avant intervention des organismes complémentaires.

Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

Pour en savoir plus

CNAMTS, 2014, « La rémunération sur objectifs de santé publique, deux ans après », communiqué de presse du 10 avril 2014.

O. Jacod, C. Zaidman, 2014, « La situation financière des organismes assurant une couverture complémentaire santé – rapport 2012 », DREES, juin.

M. Garnero, V. Le Palud, 2013, « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010 », DREES, *Études et résultats*, n° 837, avril.

CNAMTS, 2011, « Améliorer l'accès aux soins et limiter les dépassements pour tous : un accord majeur entre l'Assurance maladie, les syndicats de médecins et l'UNOCAM », communiqué de presse du 25 octobre 2011.

CNAMTS, 2011, « Médecins exerçant en secteur 2 : une progression continue des dépassements d'honoraires, la nécessité d'une réforme structurelle du système », communiqué de presse du 25 octobre 2011.

V. Bellamy, A.L. Samson, 2011, « Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins », in « Comptes nationaux de la santé 2010 », DREES, septembre.

CNAMTS, 2010, « Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2009 », *Points de repère*, n° 31, novembre.

HCAAM, 2009, « La problématique des dépassements d'honoraires médicaux », Rapport annuel, septembre.

Bories-Maskulova V., 2008, « Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006 », *Points de repère*, n° 23, CNAMTS.

Annexe 1 – Les dépassements d'honoraires au sein du système conventionnel

Les médecins libéraux ayant adhéré au système conventionnel en 1971 ont abandonné la possibilité de fixer librement leurs tarifs. En contrepartie, il a été décidé qu'une partie de leurs cotisations sociales serait prise en charge par l'assurance maladie. Néanmoins, certains d'entre eux peuvent pratiquer des dépassements, c'est à dire facturer leurs actes au-delà du tarif opposable, mais dans ce cas leurs cotisations sociales ne sont généralement pas prises en charge. Cette possibilité de dépassement constitue : une pratique occasionnelle pour les médecins du secteur 1 et régulière pour ceux du secteur 2 ou ayant un droit permanent au dépassement (DP).

1 - Une pratique occasionnelle pour les médecins du secteur 1

Les médecins conventionnés du secteur 1 peuvent pratiquer des dépassements de façon occasionnelle dans deux situations :

- depuis 1971, ils peuvent pratiquer des dépassements exceptionnels (DE) pour exigence particulière du malade, c'est-à-dire lors d'une visite médicalement injustifiée ou d'une consultation en dehors des heures d'ouverture du cabinet. Le montant de ce dépassement n'est pas plafonné.
- depuis 2005, ils peuvent pratiquer des dépassements autorisés (DA) lorsque le patient ne respecte pas le parcours de soins coordonnés et notamment, pour les spécialistes, le passage préalable par un médecin traitant. Ce dépassement ne peut se cumuler avec le DE, et son montant est plafonné à 17,5 % du tarif opposable.

2 - Une pratique régulière pour les médecins ayant un droit permanent à dépassement (DP) ou les médecins du secteur 2

Le praticien dispose d'une possibilité permanente de dépasser s'il est en secteur 1 titulaire d'un DP, ou s'il est en secteur 2.

Depuis 1960, le DP était donné à certains médecins du fait de leur notoriété, de leurs titres ou de leurs travaux particuliers. Ce DP a été supprimé en 1980 et remplacé par le secteur 2. Le nombre de médecins titulaires d'un DP est aujourd'hui très faible : 0,3 % des médecins (CNAMTS - SNIR).

Le secteur 2 ou secteur « conventionné à honoraires libres » a été créé par la convention nationale de 1980. Il offre la possibilité aux médecins de rester dans le secteur conventionnel sans pratiquer les tarifs opposables. Les possibilités de dépassements sont permanentes ; les tarifs pratiqués sont libres et fixés par le médecin (avec « tact et mesure »). En contrepartie, une partie de ses cotisations sociales ne sont plus prises en charge par les caisses. La caisse de sécurité sociale rembourse en revanche le malade sur la base du tarif opposable.

Le secteur 2 a été ouvert dans un contexte de faible croissance du PIB et d'augmentation du chômage. L'objectif du gouvernement était alors double :

- freiner la progression des dépenses de l'assurance maladie due à la médecine ambulatoire sans revaloriser les tarifs conventionnels ;
- permettre néanmoins la revalorisation des revenus des médecins.

Son accès a été restreint en 1990 : désormais seuls les anciens chefs de clinique et assistants des hôpitaux peuvent, au moment de leur installation uniquement, choisir de s'installer en secteur 2.

3 - Des tarifs libres pour les médecins non conventionnés

Lorsqu'un médecin choisit de ne pas signer de convention, il bénéficie d'une totale liberté dans la fixation de ses honoraires. Ses patients sont seulement remboursés sur la base d'un tarif « d'autorité » (3 ou 4 euros). La part de ces médecins « non conventionnés » est très faible : 0,2 % de l'ensemble des médecins libéraux (CNAMTS, SNIR 2013).

4 - Contrat d'accès aux soins (mis en place en 2013, par l'avenant 8 de la convention nationale de 2011)

Le médecin conventionné adhérent au « contrat d'accès aux soins » pratique des dépassements modérés : en signant ce contrat, il s'engage à modérer et stabiliser ses honoraires afin de faciliter l'accès aux soins de ses patients. Les dépassements sont plafonnés à 150 % du tarif de base.

Nombre de médecins libéraux dans les différents secteurs au 1^{er} janvier 2014

Secteur 1 :	54 800 généralistes et 31 500 spécialistes
Secteur 1 avec DP :	moins de 20 généralistes et 200 spécialistes
Secteur 2 :	5 800 généralistes et 23 400 spécialistes
Non conventionnés :	700 généralistes et 200 spécialistes.

Sources : CNAMTS – SNIR – France entière.

Annexe 2 – Quelques spécialités concentrent la majorité des dépassements

Parmi les spécialistes libéraux, on observe de grandes disparités entre les secteurs de conventionnement. Dans quatre spécialités, on compte plus de praticiens exerçant en secteur 2 qu'en secteur 1 : il s'agit des chirurgiens, des gynécologues, des ophtalmologistes et des ORL (tableau 8). Ces spécialités sont aussi celles pour lesquelles les taux de dépassement sont élevés.

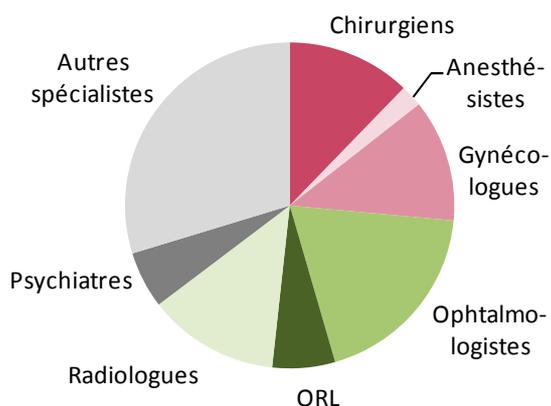
Tableau 8 - Effectifs des spécialistes au 1^{er} janvier 2014

Au 1 ^{er} janvier 2014	Effectifs totaux	dont secteur 1	dont secteur 2	% secteur 1	% secteur 2
TOTAL SPECIALISTES	54 263	30 699	23 188	57%	43%
Chirurgiens	6 558	1 292	5 181	20%	79%
Gynécologues	5 268	2 160	3 069	41%	58%
Ophtalmologistes	4 670	2 014	2 623	43%	56%
Oto-rhino-laryngologistes	2 185	892	1 282	41%	59%
Dermatologues	3 119	1 780	1 320	57%	42%
Anesthésistes	3 516	2 091	1 419	59%	40%
Gastro-entérologues	2 077	1 250	821	60%	40%
Pédiatres	2 647	1 697	935	64%	35%
Psychiatres	6 099	4 121	1 926	68%	32%
Cardiologues	4 495	3 551	917	79%	20%
Radiologues	5 912	5 047	859	85%	15%
Autres spécialistes	7 717	4 804	2 836	62%	37%

Sources : CNAMTS – SNIR – France métropolitaine.

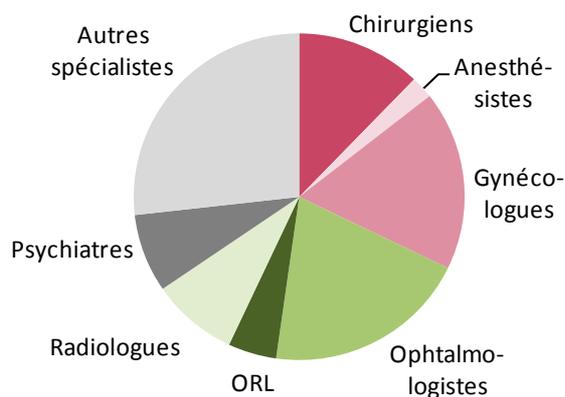
En 2013, dans les cabinets libéraux des praticiens de secteur 2, 15 % des dépassements sont dus aux omnipraticiens et 85 % aux médecins spécialistes. Parmi ces derniers, 3 spécialités concentrent à elles seules la moitié des dépassements : les chirurgiens, les gynécologues et les ophtalmologistes (graphiques 9 et 10). Leurs taux de dépassement par rapport au tarif opposable sont respectivement de 59 %, 85 % et 62 %. On observe également, de forts taux de dépassement pour les psychiatres (80 %) et les dermatologues (68 %).

Graphique 9 - Secteur 2 : répartition de la dépense opposable en cabinet de ville en 2013



Sources : CNAMTS, Régime général, France métropolitaine.

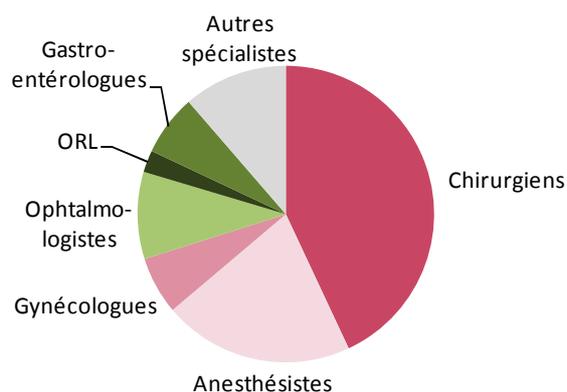
Graphique 10 - Secteur 2 : répartition des dépassements en cabinet de ville en 2013



Sources : CNAMTS, Régime général, France métropolitaine.

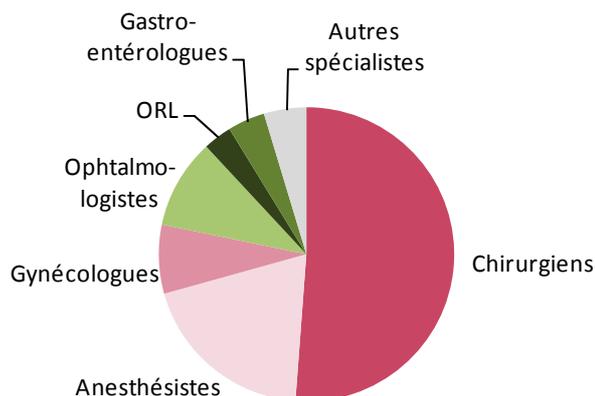
En clinique privée, 89 % des dépassements sur actes techniques reviennent à 4 spécialités ; comme en ville, il s'agit de la chirurgie, de la gynécologie et de l'ophtalmologie, auxquelles s'ajoute l'anesthésie-réanimation (graphiques 11 et 12). C'est la raison pour laquelle la suite de cette étude porte sur les trois premières.

Graphique 11 - Secteur 2 : répartition de la dépense opposable en clinique privée en 2013



Sources : CNAMTS, Régime général, France métropolitaine.

Graphique 12 - Secteur 2 : répartition des dépassements en clinique privée en 2013



Sources : CNAMTS, Régime général, France métropolitaine.

a) Les chirurgiens

Sur 6 600 chirurgiens¹ libéraux exerçant en France métropolitaine fin 2013, 4 sur 5 appartiennent au secteur 2 (ou secteur 1 avec DP) et seulement 1 sur 5 au secteur 1.

La répartition de l'activité des chirurgiens diffère selon leur secteur de conventionnement : les chirurgiens de secteur 1 réalisent 44 % de leur activité en ville et 56 % en clinique ; ces proportions sont respectivement de 32 % et de 68 % pour les chirurgiens de secteur 2.

Les chirurgiens de secteur 2 concentrent 82 % de la dépense au tarif opposable de leur spécialité, sur laquelle ils pratiquent un taux moyen de dépassement de 63 % en 2013 (contre 58 % en 2006).

Leur pratique des dépassements s'est quelque peu différenciée au fil des ans : leur taux moyen de dépassement s'établit à 59 % en ville et 66 % en clinique en 2013, alors qu'ils étaient respectivement de 61 % et 56 % en 2006. Ainsi, entre 2006 et 2013, leur taux de dépassement a reculé de 2 % en ville, mais progressé de 10 % en clinique. Contrairement aux autres spécialistes de secteur 2, le taux de dépassement des chirurgiens ne diminue pas en 2013.

b) Les gynécologues

Fin 2013, 41 % des 5 300 gynécologues libéraux exercent en secteur 1 et 59 % en secteur 2.

En secteur 1, les gynécologues exercent très majoritairement leur activité dans leur cabinet où ils perçoivent 89 % de leurs honoraires, contre seulement 11 % en clinique en 2013.

Pour le secteur 2, l'activité de ville reste importante (78 %) mais la part exercée en clinique privée double puisqu'elle représente 22 % de leurs honoraires.

Les gynécologues de secteur 2 représentent 55 % de la dépense au tarif opposable de leur spécialité, sur laquelle ils pratiquent un taux moyen de dépassement de 81 % en 2013 (73 % en 2006).

Leur taux de dépassement en clinique est identique à celui des chirurgiens : 66 % en 2013 contre 54 % en 2006. Mais il est nettement plus fort en ville : 85 % en 2013 contre 79 % en 2006, car si les dépassements sur les actes techniques sont de 48 %, ils s'élèvent à 115 % sur les consultations.

Toutefois, le taux de dépassement moyen des gynécologues de secteur 2 recule légèrement depuis deux ans. En effet, entre 2006 et 2011, ce taux a augmenté de près de 10 points, passant de 73,1 % à 82,9 % ; il recule à 82,4 % en 2012, puis à 81 % en 2013.

¹ Chirurgiens y compris neurochirurgiens, chirurgiens urologiques et chirurgiens orthopédiques.

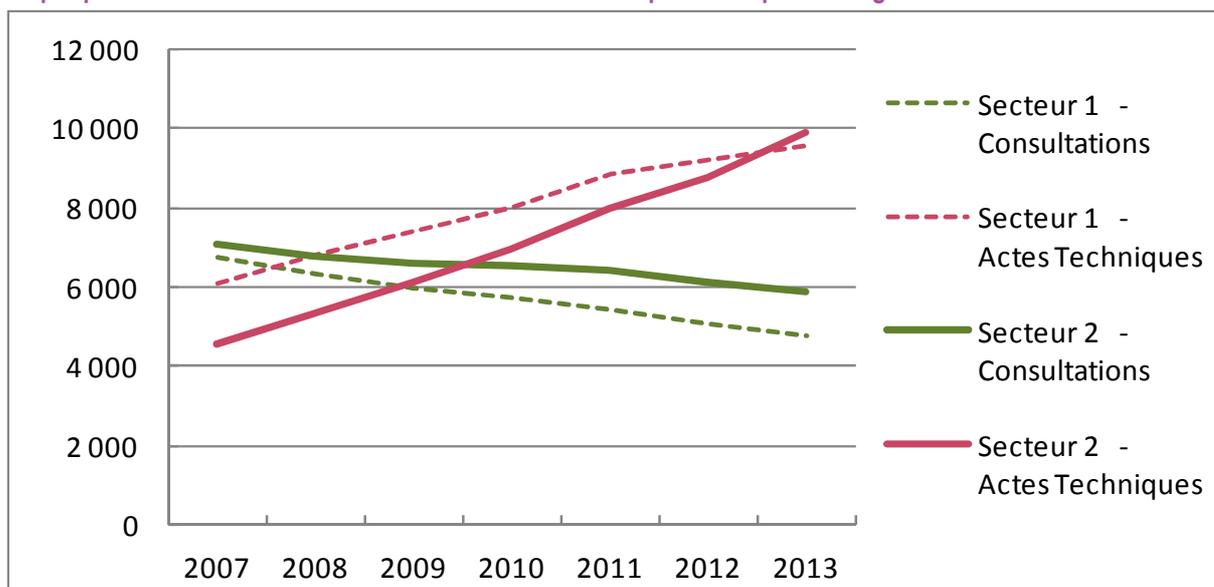
c) Les ophtalmologistes

La répartition des 4 700 ophtalmologistes libéraux est sensiblement la même que celle des gynécologues : fin 2013, 46 % d'entre eux exercent en secteur 1 et 54 % en secteur 2.

Comme les gynécologues, leur type d'activité varie avec leur secteur de conventionnement : les ophtalmologistes de secteur 1 tirent 90 % de leurs honoraires de leur activité de ville et seulement 10 % en clinique, alors que ces proportions sont de 78 % et de 22 % en secteur 2. Les ophtalmologistes de secteur 2 ont en effet une activité chirurgicale plus importante que celle de leurs confrères du secteur 1.

C'est dans cette spécialité que l'on observe une très forte substitution d'actes techniques, notamment diagnostiques¹, aux consultations, et ce quel que soit le secteur de conventionnement. Alors que l'activité clinique des ophtalmologistes constituait 54 % de leurs honoraires en 2006, elle n'en représente plus que 33 % en 2013. Le nombre de consultations d'ophtalmologie est en effet passé de 14,4 millions en 2006 à 10,6 millions en 2013 (régime général), soit une baisse de 26 % (graphique 12). Parallèlement, le nombre d'actes techniques augmentait de 48 %.

Graphique 12 – Nombre de consultations et d'actes techniques des ophtalmologistes en cabinet de ville



Sources : CNAMTS, Régime général, France métropolitaine.

Le taux de dépassement des ophtalmologistes de secteur 2 est en moyenne de 62,7 %. Il est un peu plus élevé en ville (62 %) qu'en clinique (57 %) ; en effet, dans les cabinets de ville, il est plus fort sur les consultations (100 %) que sur les actes techniques (42 %).

Comme pour les gynécologues, ce taux moyen a progressé jusqu'en 2011, passant de 60 % en 2006 à 62,7 % en 2011 ; il recule à 62,1 % en 2012, puis 60,7 % en 2013.

¹ Voir « Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2009 », V. Bories-Maskulova, Points de repère, n° 31, CNAMTS, novembre 2010.

Annexe 3 - nomenclature des spécialités étudiées

Spécialités étudiées	Code des spécialités regroupées (CNAMTS)
Omnipraticiens	01- Omnipraticiens (Médecine générale et MEP)
Anesthésistes	02- Anesthésie-réanimation chirurgicale 20- Réanimation médicale
Cardiologues	03- Pathologie cardio-vasculaire
Chirurgiens	04- Chirurgie générale 10- Neurochirurgie 16- Chirurgie urologique 41- Chirurgie orthopédique et traumatologie 43- Chirurgie infantile 44- Chirurgie maxillo-faciale 46- Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique 47- Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire 48- Chirurgie vasculaire 49- Chirurgie viscérale et digestive
Dermatologues	05- Dermato-vénéréologie
Gastro-entérologues	08- Gastro-entérologie et hépatologie
Gynécologues	70- Gynécologie médicale 77- Obstétrique 79- Gynécologie obstétrique et gynécologie médicale
Ophthalmologistes	15- Ophtalmologie
Oto-rhino-laryngologistes	11- Oto-rhino-laryngologie
Pédiatres	78- Médecine génétique 12- Pédiatrie
Psychiatres	75- Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 33- Psychiatrie 17- Neuropsychiatrie
Radiologues	72- Médecine nucléaire 74- Oncologie radiothérapique 76- Radiothérapie 06- Radiodiagnostic et imagerie médicale
Autres médecins	09- Médecine interne 31- Médecine Physique et de Réadaptation 32- Neurologie 35- Néphrologie 37- Anato-mo-cytopathologie 38- Médecins biologistes 42- Endocrinologie et métabolisme 71- Hématologie 73- Oncologie médicale

La situation économique et financière des hôpitaux publics en 2012 et en 2013

Engin Yilmaz (DREES)

Selon les comptes provisoires transmis à la Direction générale des finances publiques (DGFIP), les résultats relatifs à l'année 2013 indiquent une légère dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics. Après une année d'excédents de 90 millions d'euros en 2012, les hôpitaux publics enregistreraient un déficit de leur résultat net de près de 100 millions d'euros en 2013 représentant environ 0,2 % des produits, proche de l'équilibre budgétaire. Ce niveau du déficit est en effet bien moindre que ceux constatés entre 2006 et 2011. Même si le déficit concerne davantage d'établissements, celui-ci reste concentré sur quelques uns (près de 40 établissements cumulent à eux seuls 50 % du déficit).

Malgré une croissance des recettes liée à l'activité assez soutenue, cette détérioration s'expliquerait en partie par une augmentation des charges de personnel liée au relèvement du taux de cotisation pour la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales. Pour autant, la croissance de la masse salariale resterait maîtrisée.

Après une période de stabilisation, la capacité des établissements à financer les investissements à partir des flux d'exploitation se contracterait en 2013 pour atteindre 3,8 milliards d'euros, soit 5,9 % des produits. Elle s'établissait à 4,1 milliards en 2012, soit 6,4 % des produits. L'effort d'investissement poursuit sa baisse. La part des dépenses d'investissement au sein des produits est passée de 10,9 % en 2009 à 8,7 % en 2012 pour s'établir à 7,6 % en 2013. Parallèlement, la progression de l'encours de la dette ralentit. Le taux d'indépendance financière, mesurant la part des dettes au sein des ressources stables, atteint près de 50 %. L'encours de la dette s'établirait à 29,1 milliards d'euros.

Les comptes financiers des hôpitaux publics redeviennent légèrement déficitaires en 2013

D'après les données comptables définitives (encadré 1), les hôpitaux publics ont enregistré, pour la première fois depuis 2005, un excédent du budget global à 90 millions d'euros en 2012, ce qui représentait 0,2 % de leurs recettes (tableau 1). Ce déficit était de 345 millions en 2008, de 223 millions en 2009, de 227 millions en 2010 et de 354 millions en 2011. Ce redressement concernait essentiellement le budget principal dont le déficit s'était considérablement résorbé pour atteindre 140 millions d'euros (contre 538 en 2011). Dans une moindre mesure, l'excédent du budget annexe s'est accru en 2012 : 229 millions d'euros contre 185 en 2011. Comme l'expliquait la Cour des comptes dans son rapport de juin 2013, ce redressement a été dû en partie à des facteurs exceptionnels (augmentation des plus-values des cessions d'actifs, inscription au résultat des aides exceptionnelles versées à certains établissements « proches de la rupture de paiement », opérations de fin d'exercice, notamment une diminution des dotations aux provisions, etc.).

Après cette première année 2012 d'excédent depuis 2005, les premières estimations pour l'année 2013 mettent en évidence cette fois-ci une dégradation modérée des comptes des hôpitaux publics. En 2013, les hôpitaux publics enregistreraient un déficit du budget global de près de 100 millions d'euros, ce qui représenterait 0,2 % de leurs recettes (tableau 1). Toutefois, malgré ce résultat négatif en 2013, le niveau du déficit reste d'ampleur moindre que ceux constatés entre 2006 et 2011.

La dégradation en 2013 serait totalement imputable à la dégradation du budget principal qui présenterait un déficit de 320 millions d'euros contre 140 millions d'euros en 2012.

Tableau 1 – Rentabilité nette¹ des hôpitaux publics entre 2002 et 2013

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 ***
Ensemble hôpitaux publics	0,9	0,5	1,0	0,3	- 0,4 (*)	-0,9	-0,6	-0,4	-0,4	-0,6	0,2	-0,2
AP-HP	0,8	-0,3	1,6	-1,1	2,7 (*)	-0,2	0,2	-1,3	-1,7	-1,2	-0,3	-0,1
Autres CHR	0,5	-0,1	0,4	-0,2	-1,1	-2,2	-2,4	-1,7	-0,9	-1,1	0,2	-0,3
Grands CH **	0,4	0,2	0,4	0,6	-1,3	-1,4	-0,5	-0,1	-0,2	-0,4	0,1	0,0
Moyens CH **	0,7	0,6	0,8	0,6	-0,9	-0,7	-0,3	0,0	-0,7	-1,1	0,0	-0,7
Petits CH **	2,2	1,6	2,0	1,1	0,8	0,9	1,0	1,2	0,9	0,5	0,4	0,7
CH ex-HL	2,0	1,6	2,5	2,0	2,1	2,3	2,2	2,5	2,3	1,4	1,3	0,7
CHS	3,2	3,1	2,3	1,2	0,4	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,4	-0,1

(1) La rentabilité nette des hôpitaux publics se définit comme le rapport entre le résultat net comptable (écart entre les produits et les charges) et les produits de l'activité définis par les comptes 70 et 73 de la nomenclature M21 (hors compte de rétrocessions).

Voir encadré 2 pour la définition des sigles.

(*) Hors opérations exceptionnelles de l'AP-HP, la rentabilité nette de l'AP-HP en 2006 s'élève à 1,1 % et celle de l'ensemble des hôpitaux publics à -0,5 %.

(**) Voir encadré 2.

(***) Données provisoires.

NB : un CH est devenu CHR en 2012.

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

Malgré la hausse du nombre d'établissements déficitaires, le déficit reste concentré sur un petit nombre d'entre eux

Le nombre d'établissements publics de santé déficitaires continue d'augmenter malgré l'amélioration observée en 2012 et le niveau assez bas du déficit constaté en 2013 : 420 hôpitaux déficitaires en 2013 contre 361 en 2012 et 350 en 2011. Entre 2011 et 2012, la part d'établissements déficitaires est donc passée de 37 % en 2011 à 39 % en 2012 (graphique 1) ; ils enregistreraient un déficit cumulé de 342 millions d'euros en 2012. En 2013, ils seraient encore plus nombreux dans cette situation : près de la moitié des hôpitaux publics (46 %) seraient en situation de déficit, avec un déficit cumulé de 476 millions d'euros. Toutefois, comme en 2012, ce déficit reste concentré sur un petit nombre d'établissement : la moitié de ce déficit cumulé est imputable à près de 40 établissements en 2012 et en 2013. Quant aux établissements excédentaires, leur résultat net comptable positif s'élevait à 431 millions d'euros en 2012 (contre

279 millions d'euros en 2011) et s'établirait à 374 millions d'euros en 2013. En 2013, sur l'ensemble des établissements publics de santé, la moitié ont une rentabilité nette comprise entre - 1,1 % et 1,2 % (graphique 2). Cette augmentation de la part d'établissements déficitaires concerne toutes les catégories d'établissements. Elle est toutefois plus importante pour les CHR ainsi que pour les centres hospitaliers de grande taille.

La situation des CHR (hors AP-HP) s'est en effet détériorée avec davantage d'établissements en situation déficitaire (17 en 2013 contre 13 en 2012) : leur déficit représente un peu plus d'un quart du déficit global. Il s'établit ainsi à 58 millions d'euros en 2013 alors que leurs comptes étaient positifs de 32 millions en 2012. Cette détérioration s'est accompagnée d'un resserrement des écarts de rentabilité nette en 2013.

ENCADRÉ 1 - LES SOURCES DISPONIBLES POUR ÉVALUER LA SITUATION FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Diverses sources d'informations (administratives, médicales et comptables) sont disponibles afin d'analyser la situation économique et financière des établissements de santé. Toutes ne couvrent toutefois pas le même champ et ne sont généralement pas disponibles selon le même calendrier.

Données comptables et financières

Les données fournies par la direction générale des finances publiques (DGFIP) présentent le budget des entités juridiques¹ des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires²), sous forme de comptes de résultats et de bilans qui détaillent les différents postes budgétaires (produits, charges, etc.). Les données définitives de l'année N sont disponibles en novembre de l'année N+1. Des données semi-définitives pour l'année N sont, en outre, disponibles en juillet de l'année N+1.

L'outil ICARE (Information des comptes administratifs retraités des établissements), développé par l'Agence technique pour l'information sur l'hospitalisation (ATIH), permet d'obtenir des retraitements comptables pour distinguer les charges relatives aux activités suivantes : MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), urgences, HAD (hospitalisation à domicile), SSR (soins de suite et de réadaptation), psychiatrie. Ces retraitements comptables ne sont disponibles que pour les établissements anciennement sous dotation globale (ex-DG). Cette source de données est aussi utile pour récupérer les données comptables et financières des établissements privés ex-DG. Ces données de l'année N sont disponibles en N+2.

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) a été mis en place en 2006 dans les établissements de santé publics et ceux participant au service public hospitalier (PSPH). Ce nouvel outil de pilotage budgétaire découle de la réforme du financement des établissements de santé, la tarification à l'activité (T2A), mise en place en 2004. Il présente des prévisions de recettes et de dépenses des établissements. Le directeur de l'établissement établit un état de l'EPRD à l'issue du premier semestre et des deux trimestres suivants, et les transmet à l'agence régionale de santé (ARS). Les EPRD correspondent donc à des données provisoires qui permettent d'appréhender les premières tendances d'évolution de la situation économique et financière des établissements.

Les travaux présentés ici s'appuient sur les données de la DGFIP qui permettent de réaliser une analyse sur des données définitives et semi-définitives.

Données sur l'activité

- Mis en place depuis 1997 par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et collecté par l'ATIH, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour (MCO) des établissements de santé³. Pour chaque séjour en MCO, sont recueillies des informations sur les caractéristiques du patient (sexe, âge, lieu de résidence) et du séjour, selon deux axes : médical (diagnostics, actes réalisés pendant le séjour, etc.) et administratif (dates et modes d'entrée et de sortie, provenance, destination, etc.).

- La Statistique annuelle des établissements (SAE) est une enquête administrative exhaustive et obligatoire pilotée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) auprès des établissements de santé. Elle recueille, entre autres, des données sur les facteurs de production de ces établissements : les équipements des plateaux techniques et les personnels intervenant.

Le questionnaire se compose de bordereaux regroupés par thèmes :

- identification, organisation, évolution et structure de l'établissement de santé ;
- équipements et activités ;
- activités de soins soumises à autorisation ;
- personnels.

¹ Une entité juridique peut inclure un ou plusieurs établissements.

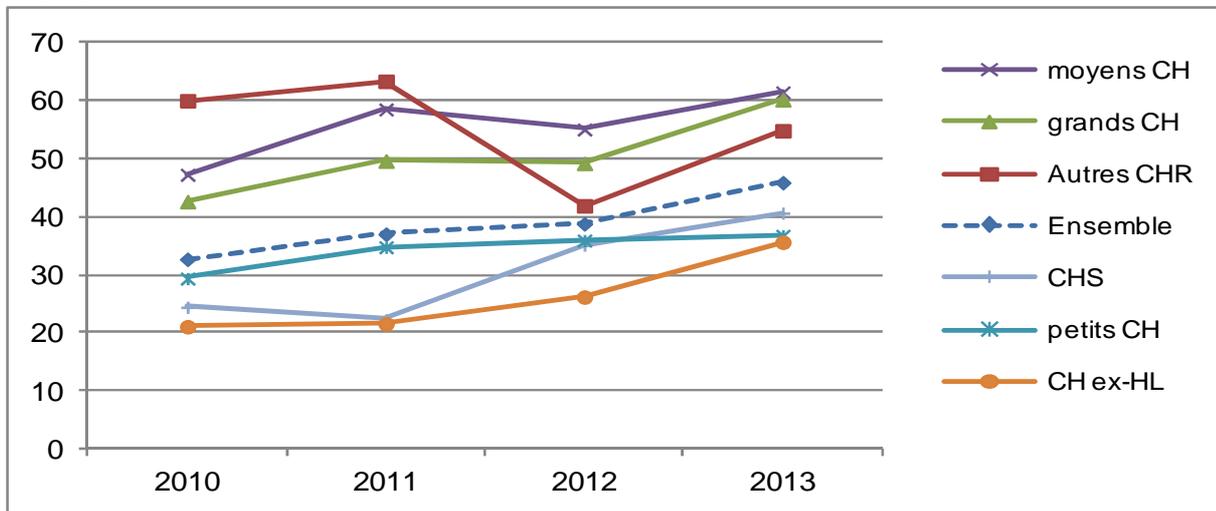
² Les hôpitaux militaires font partie, en comptabilité nationale, du secteur de l'État, alors que les autres établissements publics de santé sont classés dans le secteur des administrations de Sécurité sociale.

³ Le recueil PMSI est également obligatoire pour les établissements de SSR depuis 2003, même si ce secteur reste actuellement en dehors du champ de la T2A.

Pour les centres hospitaliers de grande taille, en revanche, malgré l'augmentation du nombre d'établissements déficitaires, leurs comptes financiers resteraient proches de l'équilibre ; le déficit s'établirait à 8 millions d'euros, soit une rentabilité nette de -0,04 % contre une rentabilité de 0,1 % en 2012, année qui avait été marquée par une amélioration de leurs comptes (avec un excédent de +17 millions d'euros). La dégradation s'observe davantage pour les CH de taille moyenne : après avoir enregistré une situation proche de l'équilibre en 2012, la rentabilité nette chute de nouveau en 2013 (-0,7 % contre 0 % en 2012). Le déficit de ces établissements s'établirait à 72 millions d'euros en 2013 (contre 3 millions d'euros en 2012). Parmi les CH, seuls ceux de petite taille ne connaîtraient pas de dégradation de leurs comptes financiers. Comme en 2012, leur résultat net comptable resterait globalement excédentaire et représenterait 0,7 % des produits, soit 25 millions d'euros en 2013. Au sein des centres hospitaliers, l'hétérogénéité des situations financières est plus importante pour les CH de petite taille que pour les CH de moyenne et surtout de grande taille. Pour autant, on observe un accroissement des écarts de rentabilité nette concernant les CH de moyenne taille : 50 % de ces CH ont une rentabilité nette comprise entre -2,3 % et 0,7 % en 2013 contre -1,3 % et 0,9 % en 2012.

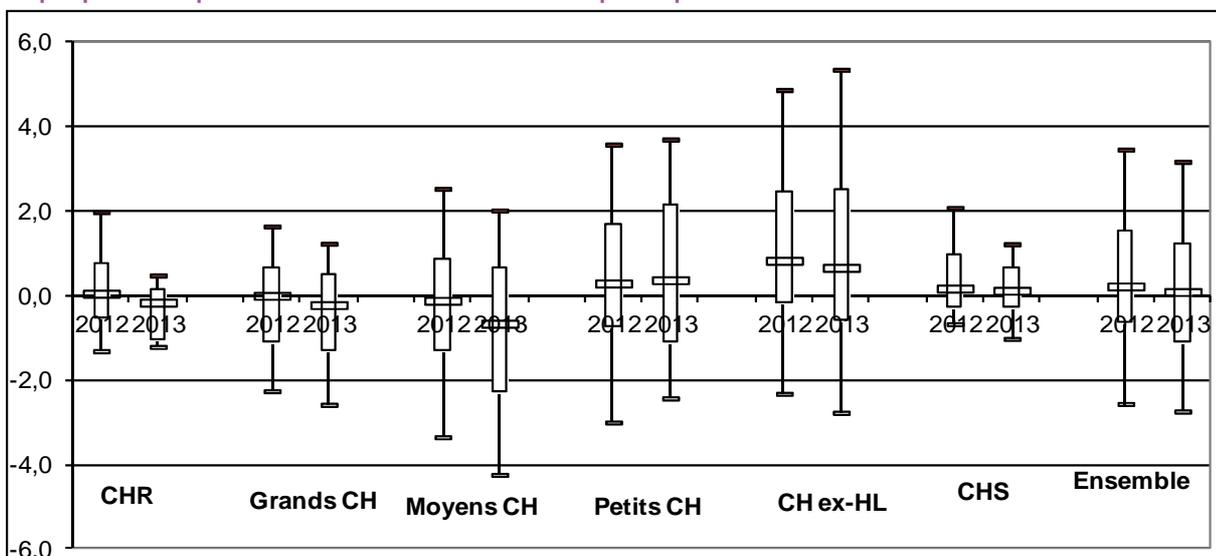
Après plusieurs années de baisse de leur rentabilité, la situation des centres hospitaliers spécialisés est devenue déficitaire en 2013. Le niveau de déficit reste cependant modéré (-0,1 % des produits contre 0,4 % en 2012). Pour les centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux (CH ex-HL), malgré une baisse de la rentabilité nette, leur situation financière reste excédentaire en 2013 après une stabilisation en 2012.

Graphique 1 – Part des établissements déficitaires entre 2010 et 2013



(*) Données provisoires.
Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

Graphique 2 – Dispersion de la rentabilité nette des hôpitaux publics entre 2012 et 2013*



Lecture : La boîte contient 50 % des hôpitaux publics ayant une rentabilité nette comprise entre le premier quartile et le troisième quartile. La barre horizontale correspond à la médiane. L'extrémité de chaque « moustache » correspond d'un côté au premier décile, c'est-à-dire aux 10 % des hôpitaux dont la rentabilité économique est inférieure à ce seuil, de l'autre côté au dernier décile, c'est-à-dire aux 10 % des hôpitaux dont la rentabilité économique est supérieure à ce seuil.

(*) Données provisoires.
Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

En 2013, dégradation du résultat d'exploitation...

En 2013, cette détérioration modérée du résultat global s'explique en grande partie par la dégradation du résultat d'exploitation¹. En décomposant le compte de résultat global, on observe que le résultat d'exploitation diminuerait pour la première fois depuis 2007, diminution non compensée intégralement par la hausse du résultat exceptionnel (tableau 2). Le résultat d'exploitation enregistrerait un excédent de 850 millions d'euros contre 1,3 milliard d'euros en 2012, alors que parallèlement le résultat exceptionnel² dégagerait un excédent de 129 millions d'euros contre un déficit de 223 millions d'euros en 2012 (graphique 3). La hausse du résultat exceptionnel serait liée à la baisse des charges exceptionnelles, et notamment les charges sur exercices antérieurs. Le caractère provisoire des données 2013, notamment sur ce type d'écritures, doit conduire à interpréter ces résultats avec prudence. Le résultat financier³ continuerait, quant à lui, de se dégrader en 2013 en raison de la hausse du paiement des intérêts des emprunts pour financer les investissements : son déficit s'élèverait à 1,1 milliard d'euros en 2013.

Tableau 2 – Évolution du compte de résultat des hôpitaux publics entre 2012 et 2013

	2012	2013*	2011/2012	2012/2013
	En milliards d'euros		En %	
Résultat d'exploitation	1,315	0,851		
Produits d'exploitation	70,0	71,7	+2,9	+2,3
dont production de l'activité	62,9	63,1	+1,6	+0,4
dont subventions d'exploitation et participations	1,6	2,9	+59,4	+82,2
dont reprises sur amortissements, dépréciations et provisions	0,6	0,6	+25,9	-5,9
Charges d'exploitation	68,7	70,8	+2,6	+3
dont achats	10,2	10,5	+4	+3,3
dont services extérieurs et autres	6,8	6,8	+3,3	+1,3
dont impôts, taxes et versements assimilés	4,2	4,3	+2,9	+2,8
dont charges de personnel	42,6	44,0	+2,6	+3,1
dont dotations aux amortissements et dépréciations (immobilisations)	3,6	3,8	+3,8	+5
dont dotations aux dépréciations (actif circulant)	0,2	0,2	+56,4	+15,1
dont dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (risques et charges)	0,5	0,4	-38,1	-13,9
Résultat financier	-1,002	-1,082		
Produits financiers	0,0	0,0	+2,9	-0,5
Charges financières	1,0	1,1	+12,9	+7,5
Résultat exceptionnel	-0,223	0,129		
Produits exceptionnels	1,9	1,7	-2,1	-10,3
Charges exceptionnelles	2,1	1,6	-13,3	-25,6
Résultat net	0,089	-0,102		
Produits totaux	72,0	73,4	+2,8	+2
Charges totaux	71,9	73,5	+2,2	+2,2

(*) Données provisoires

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

Ainsi, la marge brute⁴ des établissements, faisant référence seulement à l'exploitation courante et ne prenant pas en compte les résultats exceptionnels et financiers et les comptes de dotations et provisions, diminuerait en 2013 pour atteindre 4,7 milliards d'euros, soit un taux⁵ à 6,7 % en 2013, contre 7,3 % en 2012.

¹ Le résultat d'exploitation fait référence aux produits et charges liés à l'exploitation normale et courante de l'établissement.

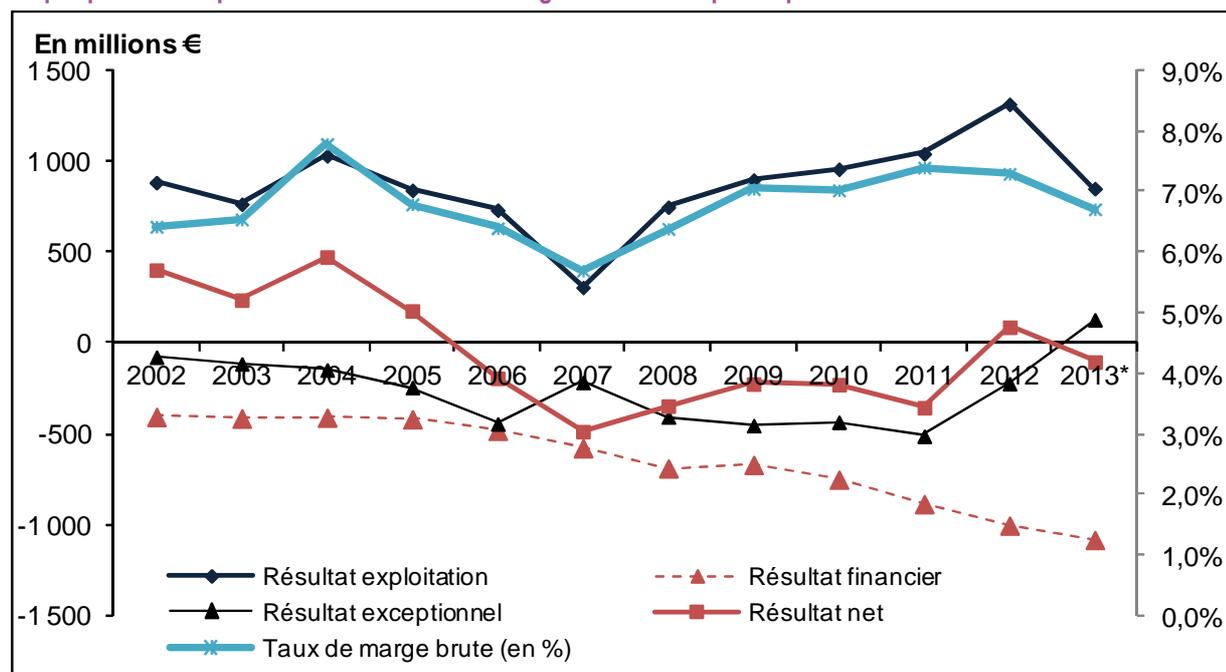
² Le résultat exceptionnel comprend notamment les opérations de gestion ou des opérations de capital (cessions d'immobilisation), et les dotations aux amortissements et aux provisions pour les opérations exceptionnelles.

³ Le résultat financier concerne les produits et les charges qui se rapportent directement à l'endettement et aux placements des hôpitaux publics.

⁴ Cet indicateur mesure la « marge » que l'établissement dégage sur son exploitation « courante » pour financer ses charges financières et ses amortissements, reflétant les ressources qu'il est en mesure de mobiliser pour renouveler dans le temps sa capacité à investir et ainsi maintenir sa capacité de production.

⁵ Le taux de marge brute est égal à la marge brute rapportée aux produits d'exploitation courante. Ces produits sont calculés à partir des comptes 70 à 75 de la nomenclature M21.

Graphique 3 – Compte de résultat et taux de marge brute des hôpitaux publics entre 2002 et 2013



(*) Données provisoires. Ordonnées de droite pour le taux de marge brute, c'est-à-dire la marge brute rapportée aux produits d'exploitation courante (cf. note de bas de page).

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

... due au ralentissement de la croissance des recettes...

Bien que moins dynamique, le rythme de progression des produits totaux¹ hors rétrocession de médicaments se poursuivrait en 2013 (+2,0 % en 2013 contre +2,8 % en 2012). Ces produits atteindraient 73,4 milliards d'euros, dont 64,5 milliards seraient imputables au budget principal (encadré 2).

L'augmentation des produits en 2012 s'expliquait par une augmentation des autres produits, non directement liés à l'activité hospitalière, correspondant notamment aux recettes exceptionnelles - titre 3 du budget principal - (tableau 3). Ces autres produits du budget principal représentaient 7,9 milliards d'euros en 2012, en augmentation de 12,4 % en 2012. Ils comprennent notamment les recettes subsidiaires relatives à l'exploitation (vente de produits fabriqués, production immobilisée, subventions d'exploitation, etc.), les produits financiers et les produits exceptionnels. Leur augmentation provenait notamment d'un transfert d'une enveloppe consacrée aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation – MIGAC – (classées en titre 1) vers le fonds d'intervention régional (FIR)², classé en titre 3 pour l'année 2012. Ce transfert d'enveloppe s'est poursuivi en 2013³, ce qui expliquerait la forte progression de ces produits (+14,3 %).

Comme en 2012, la somme des recettes des titres 1 et 2 apparaissent en revanche moins dynamiques : +1,6 % en 2012, et +0,3 % en 2013 (sans correction de l'effet de transfert d'une partie de l'enveloppe MIGAC vers le FIR).

Comme en 2012, cette évolution s'expliquerait par celle des produits versés par l'assurance maladie pour le compte du budget principal (titre 1) qui en constituent l'essentiel (77 %) [tableau 3]. En effet, en 2013, les produits versés par l'assurance maladie au budget principal diminueraient de -0,1 % contre +1,3 % en 2012 (graphique 4). Ils s'élèveraient à près de 50 milliards d'euros en 2013. Toutefois, l'évolution de ces produits en 2013 s'expliquerait, comme précisé plus haut, en partie par un transfert en 2013 de l'enveloppe consacrée aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) vers le fonds d'intervention régional (FIR). Ainsi, en ne retenant que l'enveloppe hors MIGAC afin de neutraliser l'effet de ce transfert, la progression des produits du titre 1 resterait dynamique (+2,7 % en 2013 contre +2,8 % en 2012 et +1,9 % en 2011).

¹ Les produits totaux correspondent aux produits définis par les comptes commençant par le chiffre 7 de la nomenclature M21, soit en grande partie les produits de l'activité hospitalière, les produits financiers et les produits exceptionnels.

² Le Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 fixe les missions financées par le FIR et rattachées à ces grandes catégories.

³ http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/05/cir_37004.pdf

ENCADRÉ 2 - CHAMP DE L'ÉTUDE

Les données utilisées proviennent des données comptables des hôpitaux publics. Elles sont fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP) et sont issues des comptes de résultats et des bilans des entités juridiques des établissements de santé de statut public (hors hôpitaux militaires). Le champ analysé dans cette étude n'inclut pas les établissements privés anciennement sous dotation globale (ex-DG).

L'analyse est par ailleurs essentiellement centrée sur leur budget principal. Le budget, défini comme un document comptable distinguant recettes et dépenses, est composé pour les hôpitaux publics d'un budget principal et de budgets annexes. Ces derniers décrivent les opérations ayant trait à l'exploitation de certains services dont il est nécessaire d'isoler l'activité ou qui font l'objet d'un financement spécifique, notamment les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements hébergeant des personnes âgées (EPHAD), les instituts de formation des personnels paramédicaux (IFPP).

Le budget principal est formé de trois titres de produits et de quatre titres de charges (regroupement des comptes selon la nomenclature de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses - EPRD).

Titres de produits :

- Titre 1 : produits versés par l'assurance maladie ;
- Titre 2 : autres produits de l'activité hospitalière (produits à la charge des patients, des organismes complémentaires et des patients non-assurés sociaux en France) ;
- Titre 3 : autres produits.

Titres de charges :

- Titre 1 : charges de personnel ;
- Titre 2 : charges à caractère médical ;
- Titre 3 : charges à caractère hôtelier et général ;
- Titre 4 : charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles.

Les données reçues des comptes des hôpitaux sont retraitées de deux manières :

- Le poste de compte correspondant aux rétrocessions de médicaments est déduit à la fois des charges et des produits. En effet, en l'absence de ce retraitement, pour le groupe Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), le montant des produits est surestimé, les flux internes entre établissements n'étant pas consolidés. Cette surestimation provient notamment de l'usage du compte 7071, en principe consacré aux rétrocessions de médicaments, mais par lequel peuvent aussi transiter des flux intra-groupes¹. Les produits hors rétrocession (HR) ont ainsi été retenus pour la suite de l'analyse, ce qui revient à soustraire le compte 7071 des produits totaux. Cette opération ne correspond pas à un retraitement optimal de la surestimation des recettes observées pour l'AP-HP. Elle permet cependant de mesurer avec plus de pertinence la somme des produits issus du secteur public hospitalier et de comparer les différentes catégories d'établissements entre eux.
- Les données de la DGFIP ont ensuite été croisées avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) 2013 afin de ne conserver que les établissements de santé exerçant une activité de soins. Le nombre d'hôpitaux publics s'élèverait à 932 en 2012 et 920 en 2013.

Par convention, les hôpitaux publics sont répartis en sept catégories².

- L'AP-HP.
- Les 30 autres centres hospitaliers régionaux (CHR).
- Les centres hospitaliers (CH), eux-mêmes classés en trois catégories selon leur taille, mesurée à partir de leurs produits :
 - les grands CH (plus de 70 millions d'euros) ;
 - les moyens CH (entre 20 et 70 millions d'euros) ;
 - les petits CH (moins de 20 millions d'euros).
- Les centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux (CH ex-HL).
- Les centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS).

¹ La rétrocession de médicaments recouvre la délivrance, par une pharmacie hospitalière, de médicaments à des patients qui ne sont pas hospitalisés. En 2013, le compte 7071 (rétrocession de médicaments) représente 2,4 % des comptes 70 et 73 de l'ensemble des hôpitaux publics. L'AP-HP tire vers le haut ce pourcentage puisque le compte 7071 y représente 5 % des comptes 70 et 73. Hors AP-HP, ce pourcentage chute à 2,1 %. Cette part de la rétrocession pour l'AP-HP explique une partie de la surestimation des produits de l'AP-HP.

² Les syndicats inter-hospitaliers (SIH), exerçant une activité de soins, ont été classés avec les établissements avec lesquels ils sont regroupés pour mettre en commun certaines fonctions ou activités (objectifs d'un SIH), c'est-à-dire au sein des CH ou des CHS.

Tableau 3 – Évolution des produits et des charges des budgets global et principal entre 2011 et 2013

	2011	2012	2013*	2011/12	2012/2013
	En Mds€	En Mds€	En Mds€	En %	En %
Produits					
Budget global	70,1	72,0	73,4	+2,8	+2,0
dont Budget principal	61,4	63,2	64,5	+2,8	+2,0
dont titre 1 : produits versés par l'assurance maladie	49,3	49,9	49,9	+1,3	-0,1
dont titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, Etat.	5,2	5,4	5,6	+3,8	+3,6
dont titre 3 : autres produits	7,0	7,9	9,0	+12,4	+14,3
Charges					
Budget global	70,4	71,9	73,5	+2,2	+2,2
dont Budget principal	62,0	63,3	64,8	+2,1	+2,3
dont titre 1 : charges de personnel	40,7	41,7	43,0	+2,4	+2,9
dont titre 2 : charges à caractère médical	8,1	8,5	8,8	+4,7	+3,7
dont titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	6,1	6,4	6,6	+4,7	+3,2
dont titre 4 : charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles	7,0	6,7	6,4	-4,5	-4,0
Résultat de l'exercice					
Budget global	-0,354	0,089	-0,102	-	-
dont Budget principal	-0,538	-0,140	-0,320	-	-
dont Budget annexe	0,185	0,229	0,218	-	-

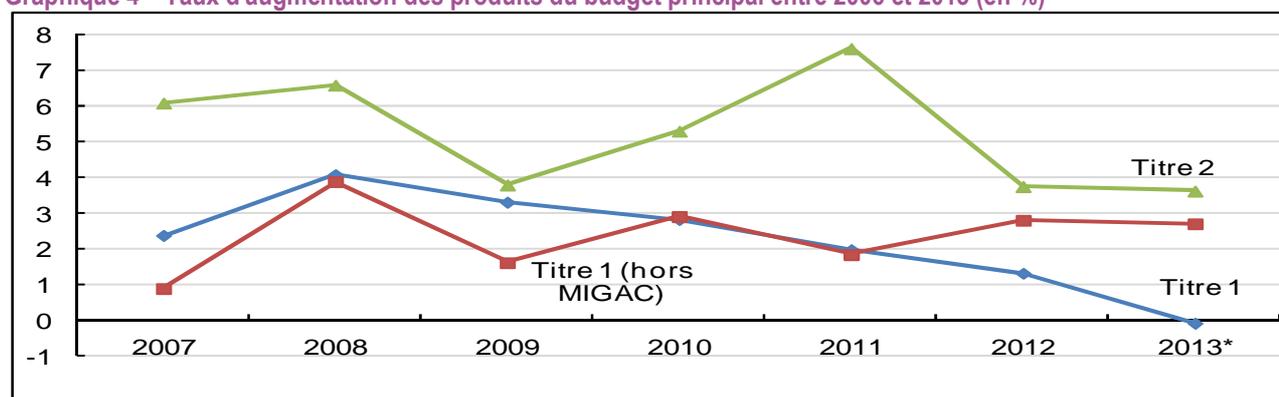
(*) Données provisoires

(**) L'évolution et le montant ne tiennent pas compte de l'effet du « transfert de l'enveloppe MIGAC (titre1) au FIR (titre3). Hors effets du transfert, le taux de croissance des produits du titre 1 s'établirait à 2,8 % en 2012 et 2,7 % en 2013 (cf. texte en regard).

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

La croissance des autres produits de l'activité hospitalière (titre 2) continuerait d'être supérieure à celle des produits du titre 1, et resterait soutenue (+3,6 % en 2013 contre +3,8 % en 2012 et +7,6 % en 2011 pour le budget principal) [graphique 4]. Ce titre regroupe les montants non pris en charge par l'assurance maladie (organismes complémentaires et ménages), ceux versés au titre des conventions internationales et ceux pris en charge par l'État, notamment pour les patients étrangers couverts par l'aide médicale d'État. Le montant de ces produits atteindrait 5,6 milliards d'euros pour le compte du budget principal (tableau 3). La forte augmentation en 2011 était imputable en partie à l'effet « année pleine » de l'augmentation à compter du 1^{er} janvier 2010 du montant du forfait journalier hospitalier de 16 à 18 euros pour les services de MCO et de 12 à 13,50 euros en psychiatrie. Ce forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien pour son hospitalisation. Elle était aussi imputable au relèvement du seuil d'application de la participation forfaitaire de 18 € sur « acte lourd ». Ce seuil est passé au 1^{er} janvier 2011 de 91 € à 120 €. Ainsi, jusqu'en 2010, tout acte hospitalier en hôpital ou en clinique, dès lors qu'il était inférieur à 91 €, était remboursé à hauteur de 80 %, les 20 % restants étaient à la charge de l'assuré : pour les actes au-dessus de 91 €, la Sécurité sociale remboursait à 100 % après déduction de la participation forfaitaire de 18 € à la charge de l'assuré. À partir de 2011, le seuil a été relevé à 120 €. En d'autres termes, pour un acte juste inférieur à 120 €, la partie restant à la charge du patient est passé en 2011 de 18 € à 24 €.

Graphique 4 – Taux d'augmentation des produits du budget principal entre 2006 et 2013 (en %)



Titre 1 : produits versés par l'assurance maladie.

Titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, État.

(*) Données provisoires

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

... et à l'augmentation plus forte des charges de personnel

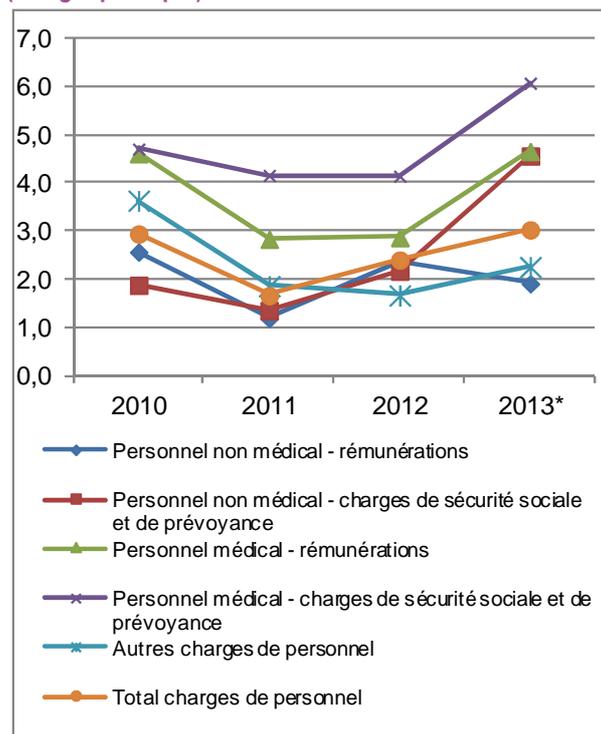
Contrairement à 2012, on observerait en 2013 une progression plus importante des charges du secteur hospitalier par rapport aux produits (+2,2 % pour les charges contre +2,0 % pour les produits). Les charges du secteur hospitalier s'élèveraient à 73,5 milliards d'euros en 2013 contre 71,9 milliards en 2012, dont 88 % au titre du budget principal.

Cette progression en 2013 s'expliquerait par une plus forte augmentation des charges de personnel, qui représentent le premier poste de dépenses (graphique 5). Pour le seul budget principal, ces charges de personnel s'élèveraient à 43 milliards d'euros (titre 1), soit une augmentation de +2,9 % en 2013 contre +2,4 % en 2012 (tableau 3).

Cette augmentation s'explique en partie par celle liée aux charges de Sécurité sociale et de prévoyance, et notamment le relèvement en 2013 de 1,35 point du taux de cotisation pour la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)¹. Ainsi, en 2013, l'augmentation des charges de Sécurité sociale pour le personnel non médical et médical explique pour un peu plus d'un tiers la progression des charges de personnel contre un quart en 2012 (graphique 6).

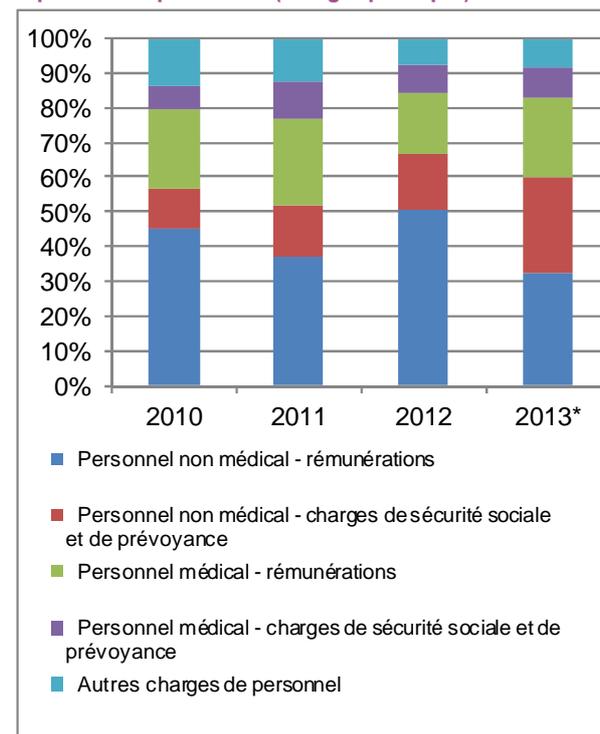
Pour autant, la maîtrise de la croissance de la masse salariale du budget principal des hôpitaux publics observée les années précédentes se poursuivrait en 2013. Les charges de personnel liées aux rémunérations du personnel médical et du personnel non médical auraient augmenté de 2,5 % en 2013 comme en 2012. Et ces charges auraient aussi augmenté moins vite en 2013 que les produits de l'activité médicale² - hors MIGAC - (+2,8 % en 2013 et +2,9 % en 2012).

Graphique 5 – Évolution des dépenses de personnel des établissements publics, par type de dépenses (Budget principal)



(*) Données provisoires
Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2)

Graphique 6 – Contribution de chaque catégorie de dépenses de personnel dans l'évolution globale des dépenses de personnel (Budget principal)



(*) Données provisoires
Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2)

En revanche, le rythme de progression des charges à caractère médical en 2013 (titre 2 du budget principal) serait moins soutenu (+3,7 en 2013 contre +4,7 % en 2012) (tableau 3). Toutefois, comme en 2012, la progression de ces dépenses serait supérieure à celle des produits de l'activité médicale. Elles atteindraient 8,8 milliards d'euros pour le seul budget principal et représenteraient 13 % de ce budget.

Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3 du budget principal) seraient elles aussi moins dynamiques en 2013 (+3,2 % en 2013 contre +4,7 % en 2012).

¹ <http://www.economie.gouv.fr/files/projet-loi-finances-securite-sociale-plfss-2013.pdf>

² Les produits de l'activité correspondent aux produits du titre 1 et du titre 2.

Les capacités d'autofinancement baissent en 2013

Au total, la capacité d'autofinancement (CAF)¹ mesurant les ressources dégagées par l'activité courante de l'établissement diminuerait de près de 300 millions pour atteindre 3,8 milliards d'euros en 2013. Le taux d'autofinancement, mesurant le poids de la CAF au sein des produits de l'activité hospitalière, continuerait de baisser en 2013 (5,9 % en 2013 contre 6,4 % en 2012) (tableau 4).

De plus, les investissements continuent de baisser comme demandé dans le cadre de la stratégie nationale d'investissement, pour atteindre 5 milliards d'euros en 2013. La part des dépenses d'investissement rapportées aux recettes produites par l'activité hospitalière est passée de 10,9 % en 2009 à 8,8 % en 2012 pour s'établir à 7,6 % en 2013 (graphique 7). Ces dépenses représentent les opérations d'investissement réalisées dans l'année (acquisitions, créations et apports d'immobilisations²). Cette évolution se traduit par un ralentissement du rythme de renouvellement des équipements : celui-ci s'établirait en moyenne à vingt années en 2013, contre douze en 2009 (tableau 4). Cette baisse des investissements permet ainsi d'atténuer la baisse de la capacité d'autofinancement en 2013 : la CAF représente en effet trois-quarts des investissements en 2013 contre 60 % en 2012.

Tableau 4 – Indicateurs d'investissements des hôpitaux publics entre 2002 et 2013

	Capacité d'autofinancement (en % des produits)	Taux de renouvellement des immobilisations (en %)	Capacité de remboursement (en années de CAF)
2002	5,9	6,5	3,5
2003	5,9	7,1	3,5
2004	7,2	8,0	3,1
2005	6,0	8,0	3,9
2006	5,4	8,1	4,6
2007	5,1	7,9	5,6
2008	5,8	8,2	5,6
2009	6,7	8,1	5,4
2010	6,3	7,5	6,2
2011	6,7	6,7	6,2
2012	6,4	6,1	6,8
2013*	5,9	5,1	7,6

Note de lecture :

- La capacité d'autofinancement (CAF) mesure les ressources générées par l'activité courante de l'établissement.

- Le ratio "taux de renouvellement des immobilisations" calcule la part des dépenses d'investissements réalisées au cours de l'année sur l'ensemble des actifs immobilisés. En d'autres termes, un ratio égal à 5,1 % en 2013 signifie qu'il faut 19,6 années (100 / 5,1) pour renouveler le patrimoine des hôpitaux publics.

- La capacité de remboursement mesure le nombre d'années d'autofinancement nécessaires au remboursement total de la dette. Ce ratio rapporte donc le montant des dettes sur celui de la CAF.

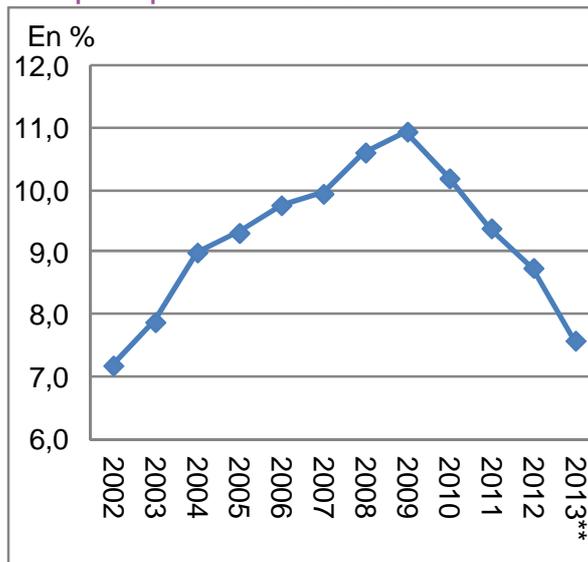
(*) Données provisoires.

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

¹ Contrairement au résultat net comptable prenant en compte tous les produits et toutes les charges, la capacité d'autofinancement (CAF) se calcule uniquement à partir des charges décaissables et des produits encaissés. En d'autres termes, les dotations (ou les reprises) aux amortissements et aux provisions, ainsi que les opérations de cessions qui ne sont pas liées à des opérations de gestion courante, sont exclues du calcul de la CAF.

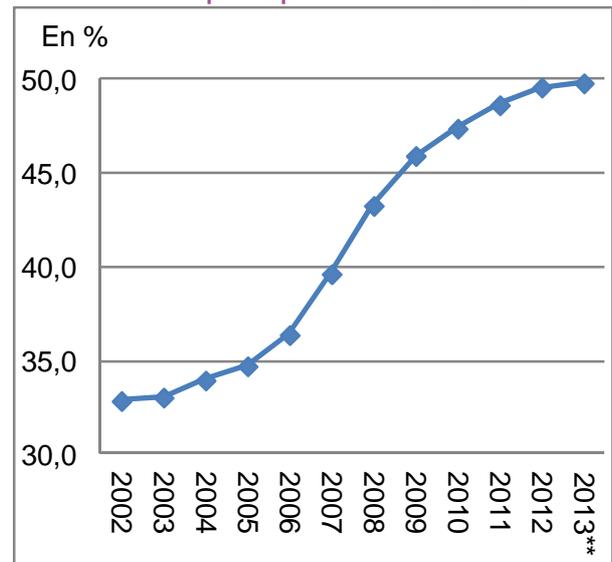
² Ces dépenses d'investissement ne prennent pas en compte les amortissements qui ont pour objet de constater la dépréciation des éléments d'actif.

Graph. 7 – Évolution de l'effort d'investissement * des hôpitaux publics entre 2002 et 2013



(*) L'effort d'investissement mesure la part des dépenses d'investissements par rapport aux produits.
 (**) Données provisoires.
 Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

Graph. 8 – Évolution du taux d'indépendance financière* des hôpitaux publics entre 2002 et 2013



(*) Taux d'indépendance financière : part des dettes au sein des ressources stables.
 (**) Données provisoires.
 Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

La progression de l'encours de la dette ralentit

Parallèlement à la diminution de l'effort d'investissement, la progression de l'encours de la dette des hôpitaux publics ralentirait pour atteindre 28,1 milliards d'euros en 2012 et 29,1 milliards d'euros en 2013, dans un contexte où les enveloppes nationales dédiées à l'investissement sont placées sous forte contrainte. Ainsi, le taux d'indépendance financière, qui mesure la part des dettes au sein des ressources stables (constituées des capitaux propres et dettes financières), est ainsi passé de 47,5 % en 2010 à 49,6 % en 2012 (graphique 8). Ce taux se stabiliserait autour de 50 % en 2013.

Avec la diminution des capacités d'autofinancement, le ratio d'endettement des hôpitaux publics, qui mesure le nombre d'années d'autofinancement nécessaire au remboursement total de la dette, continuerait de se dégrader en 2013. Ce ratio s'établirait à 7,6 années en 2013 contre 6,8 années en 2012 (tableau 4).

Pour en savoir plus

Yilmaz E., 2013. « La situation économique et financière des hôpitaux publics se stabilise en 2011 et 2012 », Comptes nationaux de la santé, DREES, Collection Études et Statistiques.

Rapport de la Cour des Comptes, juin 2013, « La situation et les perspectives des finances publiques ».

La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2012

Engin YILMAZ (DREES)

En 2012, la rentabilité nette des cliniques privées à but lucratif est estimée à 1,8 % de leur chiffre d'affaires. Elle baisse de 0,8 point par rapport à 2011 mais son niveau est proche de ceux observés sur la période 2008-2010. Le résultat net plus élevé obtenu en 2011 s'expliquait par des opérations de cessions immobilières exceptionnelles.

La situation économique et financière des cliniques privées est contrastée selon leur secteur d'activité. Dans le secteur le plus important, en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), la rentabilité nette se limite en 2012 à 1,2 % contre 2,4 % en 2011, avec une baisse du résultat d'exploitation (-0,2 point) et surtout du résultat exceptionnel (-1,1 point). La capacité d'autofinancement se maintient toutefois à 3,8 %, un niveau comparable à ceux observés ces dernières années (3,9 % en 2011 et 3,8 % en 2010). Mais, malgré un effort d'investissement qui poursuit sa baisse (3,8 % en 2012, contre 4,9 % en 2011 et 5,6 % en 2010), l'endettement des cliniques en MCO augmente de 2,4 points environ (45,4 % en 2012 contre 43 % en 2011).

Les cliniques spécialisées en soins de suite et de réadaptation connaissent une situation plus favorable, avec une augmentation de la rentabilité nette qui atteint 3,2 % en 2012 contre 2,9 % en 2011. Les cliniques psychiatriques enregistrent les meilleurs résultats, avec une rentabilité nette de 5,2 %, un faible endettement et des investissements en hausse.

Ces résultats moyens par grandes disciplines présentent une grande hétérogénéité.

ENCADRÉ 1 - CHAMP DE L'ÉTUDE ET MÉTHODE UTILISÉE POUR LE REDRESSEMENT DES DONNÉES TENANT COMPTE DE LA NON-RÉPONSE

Le champ de l'étude

Les cliniques privées à but lucratif étudiées sont les entités figurant dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de 2012 et pratiquant des activités hospitalières selon la nomenclature des activités françaises (NAF). Comme toute entreprise, une clinique privée peut être composée de plusieurs sociétés, notamment une société d'exploitation et une société civile immobilière (SCI). Cette étude ne traite que les comptes des sociétés d'exploitation, car aucune méthodologie n'a permis jusqu'à présent de reconstituer les liens entre la société d'exploitation d'une clinique et les autres sociétés civiles, y compris les éventuelles SCI qui y sont rattachées.

Les cliniques privées à but lucratif doivent déposer leurs comptes auprès des tribunaux de commerce. Toutefois, environ 25 % d'entre elles ne l'ont pas encore fait au moment de l'étude, et on ne dispose d'aucune information économique et financière les concernant. Aussi, afin de garantir la qualité et la représentativité des résultats, on redresse les données en s'appuyant sur les informations contenues dans la SAE. Celle-ci permet de couvrir l'ensemble du champ des cliniques privées à but lucratif en exercice (en tenant compte en particulier des fermetures, des créations ou des restructurations) et de rapporter les réponses disponibles à la population complète de l'étude (tableau ci-dessous).

Nombre de cliniques privées à but lucratif et « taux de comptes disponibles »

	Nombre de cliniques privées	Nombre de cliniques privées ayant déposé leurs comptes	Le pourcentage de comptes disponibles
Ensemble	1 064	841	79,0
Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO)	644	513	79,7
Cliniques pluridisciplinaires	307	260	84,7
Cliniques spécialisées	189	169	89,4
Radiothérapie	69	26	37,7
Dialyse	52	45	86,5
Hospitalisation à domicile	27	13	48,1
Soins de suite et de réadaptation	283	223	78,8
Psychiatrie	137	105	76,6

Note : En raison du pourcentage limité de comptes disponibles en HAD et en radiothérapie, ces résultats doivent être interprétés avec prudence.

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2012, calculs DREES.

Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), y compris Mayotte.

Méthodologie

Le redressement des données des cliniques est réalisé à l'aide d'un calage sur marges afin que les établissements ayant déposé leurs comptes (qui constituent l'échantillon) deviennent représentatifs de l'ensemble des cliniques privées à but lucratif présentes dans la SAE. Le redressement est effectué à l'aide de données relatives à l'activité des établissements (journées, venues et séances) calculées par discipline (médecine, psychiatrie, etc.) et taille d'établissements. Ainsi, l'échantillon étant représentatif pour ces variables, il l'est aussi en termes de données économiques et financières.

Cette étude présente la situation économique des cliniques privées à but lucratif en 2012, à partir de l'exploitation de leurs comptes déposés chaque année auprès des greffes des tribunaux de commerce. Elle s'appuie sur les comptes de 841 cliniques sur les 1 064 identifiées par la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Ces résultats peuvent différer sur certains points de ceux publiés en mars 2014¹ qui s'appuyaient sur des données provisoires de 791 cliniques. Au-delà de l'extension de l'échantillon, certaines cliniques ont révisé les données provisoires [encadré 1].

¹ DREES, Études et résultats n°878.

Une rentabilité contrastée selon le secteur d'activité

Le chiffre d'affaires des cliniques privées à but lucratif s'établit à 13,6 milliards d'euros (tableau 1). Les cliniques dont l'activité principale correspond aux soins de court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) représentent 78 % du chiffre d'affaires total. Les cliniques de soins de suite et de réadaptation (SSR) représentent 17 % du chiffre d'affaires, alors que les cliniques psychiatriques représentent seulement 5 % du chiffre d'affaires de l'ensemble du secteur.

La rentabilité nette des cliniques privées, qui rapporte leur résultat net à leur chiffre d'affaires, est évaluée, en 2012, à 1,8 %, soit une baisse de 0,8 point par rapport à 2011 (graphique 1). Cette dégradation s'explique par des opérations exceptionnelles de cessions immobilières en 2011 pour certaines cliniques en MCO, qui ont transitoirement augmenté le résultat net de cette année-là. En 2012, la rentabilité nette du secteur est à nouveau voisine de celle observée lors de la période 2008-2010. Celle des cliniques de SSR ou de psychiatrie, non concernées par les opérations exceptionnelles de 2011, augmente en 2012 ou baisse de façon limitée.

Les niveaux de rentabilité sont très variables selon le secteur d'activité. Malgré une diminution du résultat net, les cliniques psychiatriques demeurent les plus rentables en 2012 (5,2 %, -0,6 point), devant les cliniques de SSR (3,2 %) dont la rentabilité repart à la hausse (+0,3 point) après deux années de baisse. La rentabilité des cliniques du secteur de MCO (1,2 %) baisse de 1,2 point par rapport à 2011, une diminution logique compte tenu des facteurs exceptionnels de 2011, et atteint un niveau légèrement plus bas que ceux observés entre 2008 et 2010 (1,5 % en 2009 et 2010) [graphique 1].

Tableau 1 - Compte de résultat des cliniques privées

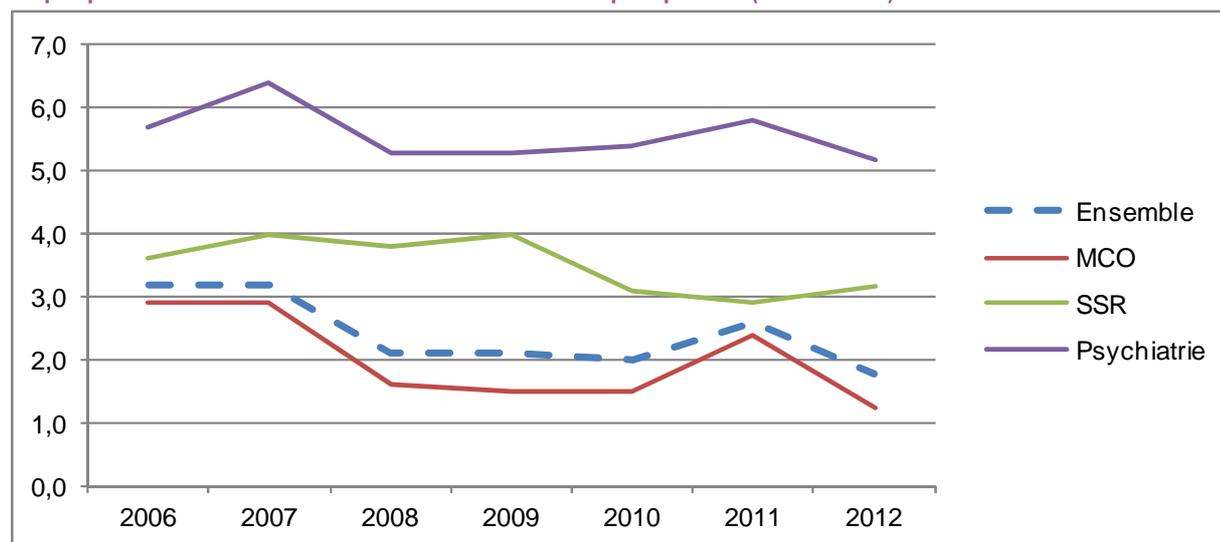
	2009	2010	2011	2012
CHIFFRE D'AFFAIRES TOTAL (milliards d'euros)	12 334	12 508	13 050	13 583
Nombre de cliniques dans la population	1 095	1 084	1 076	1 064
CHIFFRE D'AFFAIRES MOYEN (en millions d'euros)	11,3	11,5	12,1	12,8
Achats et charges externes (en % du CA)	-45,1	-45	-45,3	-45,2
<i>dont achats consommés</i>	-17,4	-17,7	-17,4	-17,2
<i>dont autres achats et charges externes</i>	-27,8	-27,3	-27,9	-28,0
<i>dont variation de stocks</i>	0,1	0,0	0,0	0,0
Frais de personnel (en % du CA)	-43,8	-44,0	-43,9	-43,9
<i>dont salaires bruts</i>	-31,6	-31,2	-31,0	-31,2
<i>dont charges sociales</i>	-12,2	-12,8	-12,9	-12,8
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du CA)	-5,0	-5,0	-5,1	-5,3
<i>dont impôts, taxes et versements assimilés</i>	-5,9	-5,7	-5,7	-6,0
<i>dont subvention d'exploitation</i>	0,9	0,7	0,6	0,6
EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION (en % du CA)	6,1	6,1	5,7	5,6
Autres opérations d'exploitation (en % du CA)	0,0	0,0	0,1	0,1
Dotations nettes aux amortissements (en % du CA)	-1,8	-1,8	-2,1	-2,2
RÉSULTAT D'EXPLOITATION (en % du CA)	4,2	4,4	3,7	3,5
RÉSULTAT FINANCIER	-0,4	-0,4	-0,3	-0,3
<i>produits financiers</i>	0,7	0,6	1,0	0,9
<i>charges financières</i>	-1,1	-1,1	-1,3	-1,2
RÉSULTAT COURANT (exploitation + financier)	3,8	4,0	3,4	3,2
RÉSULTAT EXCEPTIONNEL (en % du CA)	0,1	-0,2	1,1	0,1
<i>produits exceptionnels</i>	2,3	2,5	3,0	2,1
<i>charges exceptionnelles</i>	-2,1	-2,6	-1,9	-2,0
Participation des salariés (en % du CA)	-0,4	-0,4	-0,4	-0,3
Impôts sur les bénéfices (en % du CA)	-1,4	-1,4	-1,5	-1,2
RÉSULTAT NET (en % du CA)	2,1	2,0	2,6	1,8

Note de lecture : rapportés au CA, les produits sont positifs et les charges négatives. Attention, des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, ceci à cause des arrondis à un chiffre.

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2009-2012, calculs DREES.

Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.

Graphique 1 : Évolution de la rentabilité nette des cliniques privées (en % du CA)



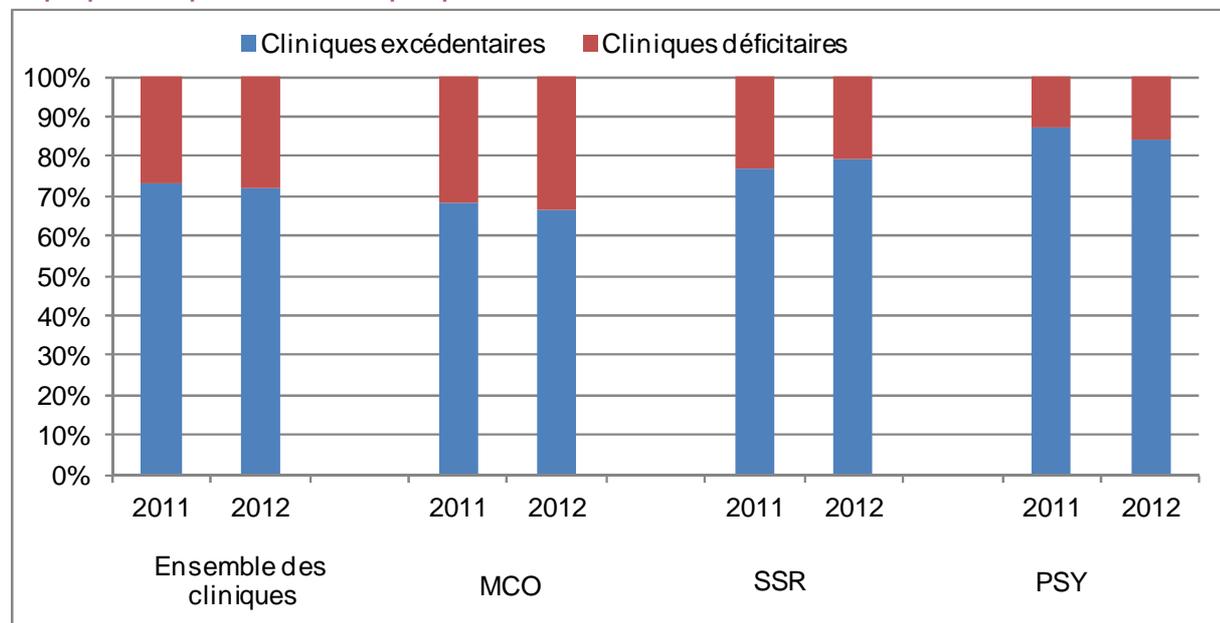
Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2009-2012, calculs DREES.

Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

Comme en 2011, une clinique en médecine-chirurgie-obstétrique sur trois est en déficit en 2012

Comme en 2011, la situation économique des cliniques privées, globalement excédentaire, présente une grande hétérogénéité pour l'année 2012. La part des cliniques privées en déficit reste globalement stable en 2012 à près de 30 %. Toutefois, cette part augmente légèrement dans le secteur de MCO, passant de 32 % de cliniques déficitaires à 33 %, ainsi que dans le secteur de psychiatrie alors qu'elle diminue pour les cliniques de SSR (graphique 2).

Graphique 2 : Répartition des cliniques privées déficitaires et excédentaires entre 2011 et 2012

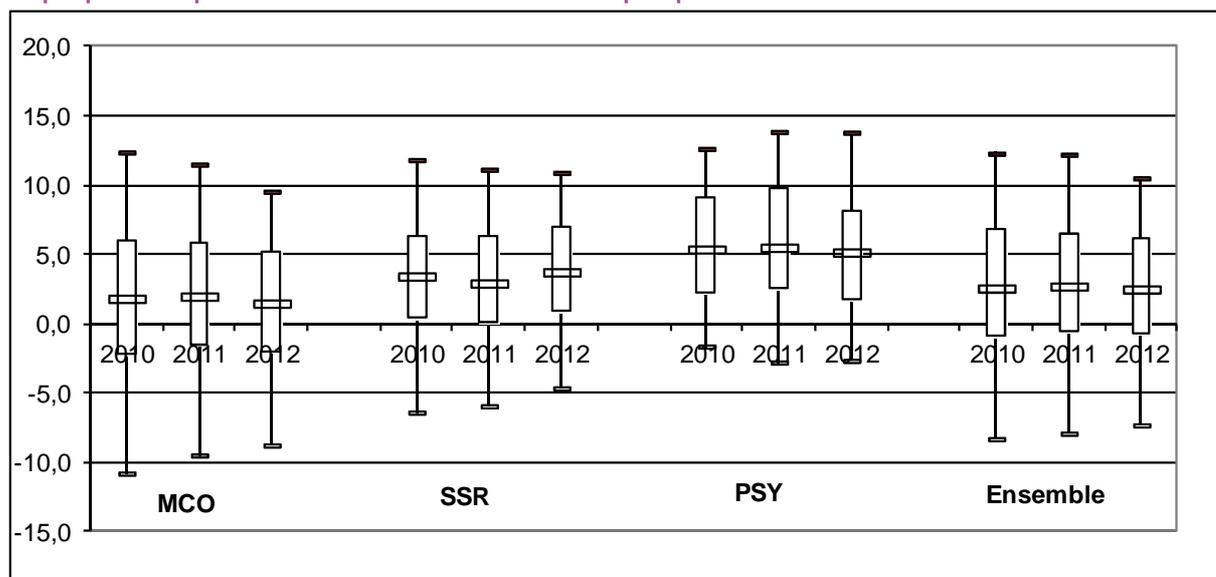


Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2009-2012, calculs DREES.

Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

L'hétérogénéité des situations financières des cliniques privées reste élevée. Ainsi, en 2012, la moitié des cliniques privées à but lucratif enregistrent une rentabilité nette supérieure à 2,5 % du chiffre d'affaires contre 2,7 % en 2011 et 2,6 % en 2010 (graphique 3). Toutefois, on observe un resserrement des écarts de rentabilité concernant les cliniques MCO. Depuis 2010, l'écart entre le niveau de rentabilité des 10 % de cliniques les plus rentables et celui des 10 % les moins rentables s'est réduit. Au sein du secteur MCO, ce resserrement concerne davantage les cliniques pluridisciplinaires.

Graphique 3 : Dispersion de la rentabilité nette des cliniques privées entre 2010 et 2012



Lecture : La boîte contient 50 % des cliniques ayant une rentabilité nette comprise entre le premier quartile et le troisième quartile. L'extrémité de chaque « moustache » correspond d'un côté au premier décile, c'est-à-dire que 10 % des cliniques ont une rentabilité économique inférieur à ce seuil, de l'autre côté au dernier décile, c'est-à-dire que 10 % des cliniques ont une rentabilité économique supérieur à ce seuil.

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2009-2012, calculs DREES.

Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

Au sein des cliniques en MCO, si on considère les établissements selon leur discipline (tableau 2), toutes les catégories enregistrent une baisse de leur rentabilité nette en 2012. Pour les cliniques pluridisciplinaires, qui représentent trois quarts du chiffre d'affaires des cliniques en MCO, la rentabilité nette passe de 2,1 % en 2011 à 1 % en 2012. Pour les cliniques spécialisées, qui représentent près de 20 % du chiffre d'affaires des cliniques en MCO, elle passe de 1,7 % en 2011 à 0,5 % en 2012. Pour les cliniques en hospitalisation à domicile (HAD) et les cliniques de dialyse, la baisse est aussi notable : leur rentabilité nette passe respectivement de 11,1 % en 2011 à 3 % en 2012, et de 15,9 % en 2011 à 12,6 % en 2012. Concernant les cliniques de dialyse, leur rentabilité nette demeure cependant élevée. Seules les cliniques de radiothérapie enregistrent une augmentation de leur rentabilité nette qui passe de 0,6 % en 2011 à 1,3 % en 2012, mais reste à un niveau modéré. Ces baisses en 2012 pour les différents types de cliniques (hors radiothérapie) font suite aux fortes hausses en 2011, qui s'expliquaient par celle de leur résultat exceptionnel.

Tableau 2 – Rentabilité nette des cliniques MCO suivant leurs disciplines

	2009	2010	2011	2012
Total MCO	1,5	1,5	2,4	1,2
Cliniques pluridisciplinaires	1,2	1,2	2,1	1,0
Cliniques spécialisées*	1,1	1,1	1,7	0,5
Dialyse	10,0	11,5	15,9	12,6
Radiothérapie	1,0	2,9	0,6	1,3
HAD	7,4	6,5	11,1	3,0

Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.

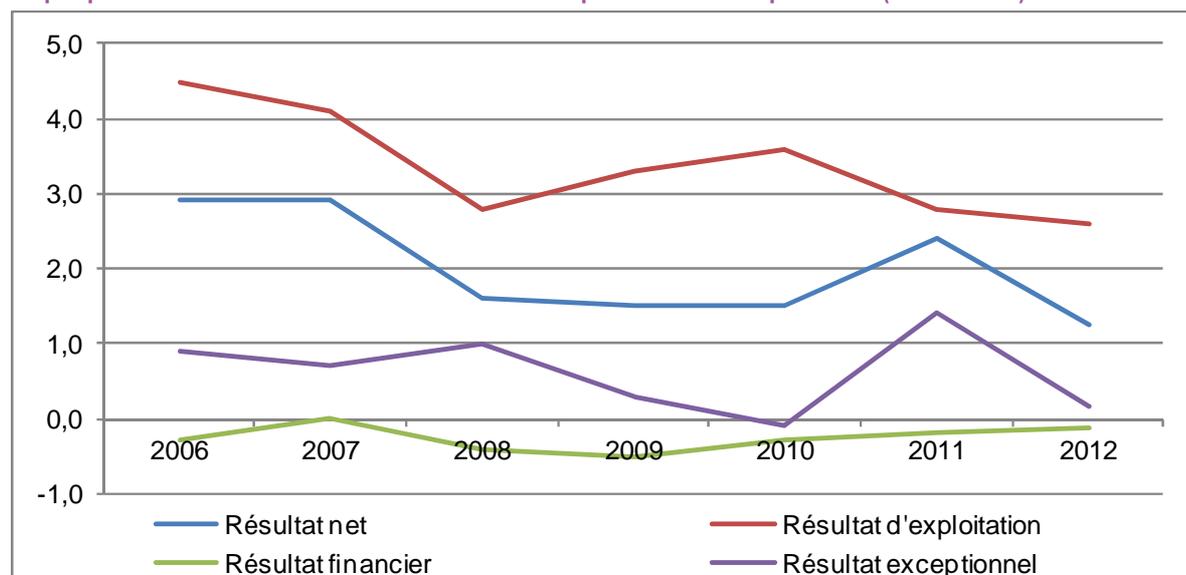
Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2009-2012, calculs DREES.

Le résultat d'exploitation des cliniques en MCO baisse depuis 2010

Cette dégradation du résultat net est aussi la conséquence d'une diminution de la rentabilité d'exploitation. Le résultat d'exploitation des cliniques MCO, mesurant les opérations liées à l'exploitation normale et courante de l'établissement, continue de baisser en 2012 (-0,2 point), si bien qu'en deux ans le résultat d'exploitation des cliniques en MCO a baissé d'un point et est estimé à 2,6 %, contre 2,8 % en 2011 et 3,6 % en 2010 (graphique 4).

En 2011, la baisse du résultat d'exploitation s'expliquait notamment par la hausse dans une proportion similaire du poste de charges « Autres achats et charges externes », et plus particulièrement par l'augmentation des loyers. Entre 2010 et 2011, la part des loyers à la charge des cliniques privées était passée de 0,8 % à 1,4 % du chiffre d'affaires. En 2012, ce poste de charges se maintient à 1,4 % du chiffre d'affaires.

Graphique 4 : Évolution des différents résultats comptables des cliniques MCO (en % du CA)



Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2012, calculs DREES.

Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

ENCADRÉ 2 - RÉPARTITION PAR DISCIPLINE

Pour les besoins de l'étude, les cliniques ont été réparties par discipline en tenant compte de la part d'activité réalisée pour chaque grand domaine, en considérant le nombre de journées et de venues pour la chirurgie, la médecine, l'obstétrique et l'odontologie (MCO), la psychiatrie, les soins de suite et de réadaptation (SSR), l'hospitalisation à domicile (HAD) et le nombre de séances pour la dialyse et la radiothérapie. Les choix de classification sont les suivants :

Secteur de MCO :

- Cliniques pluridisciplinaires : cliniques à dominante MCO, pour lesquelles aucune spécialité (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) ne représente à elle seule plus de 80 % du total d'activité ;
- Cliniques spécialisées : cliniques du secteur de MCO dont une des spécialités parmi la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et l'odontologie représente à elle seule au moins 80 % de l'activité de la clinique ;
- Dialyse : cliniques de dialyse monodisciplinaires (intégralité de l'activité en séances de dialyse) ;
- Radiothérapie : cliniques de radiothérapie monodisciplinaires (intégralité de l'activité en séances de radiothérapie) ;
- Hospitalisation à domicile (HAD). Selon le décret du 2 octobre 1992, « les structures d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Les soins en HAD se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. »

Secteur hors MCO :

- SSR : cliniques dont l'activité est à dominante soins de suite et de réadaptation.
- PSY : cliniques dont l'activité est à dominante psychiatrie.

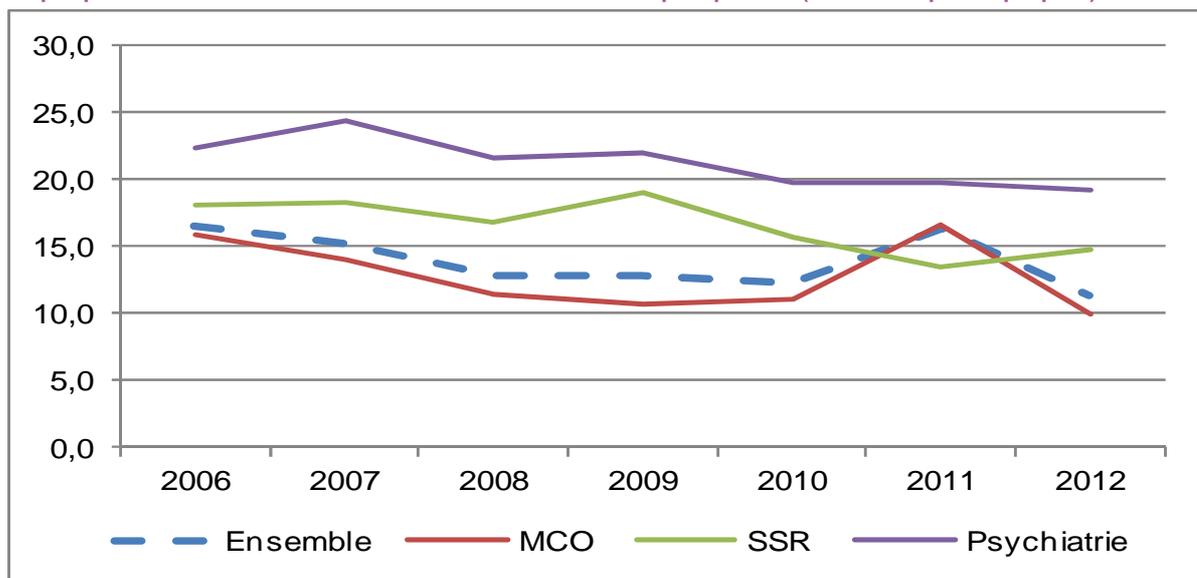
Une rentabilité financière en baisse pour les cliniques en médecine-chirurgie-obstétrique

La rentabilité financière, rapport du résultat net sur les capitaux propres, mesure le revenu que les actionnaires tirent de l'entreprise et permet d'apprécier l'attractivité du secteur pour les actionnaires. Cet indicateur n'a de sens au niveau microéconomique que pour des cliniques à capitaux propres positifs, et n'est donc calculé dans cette étude que sur cette partie de l'échantillon (soit 84 % des cliniques).

En 2012, la rentabilité financière des sociétés d'exploitation des cliniques est de 11,4 %, soit une diminution de 5 points par rapport à l'année précédente. Comme pour la rentabilité nette, cette dégradation est entièrement expliquée par les cliniques du secteur MCO pour lesquelles la rentabilité financière s'établit en 2012 à 10 % des capitaux propres (-6,7 points). Le niveau de rentabilité financière des cliniques MCO en 2012 est le plus bas constaté sur la période 2006-2012 (graphique 5).

Pour les cliniques hors MCO, cet indicateur diminue de près d'un point pour les cliniques de psychiatrie et progresse de plus de 1,3 point pour les établissements SSR.

Graphique 5 : Évolution de la rentabilité financière des cliniques privées (en % de capitaux propres)



Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2012, calculs DREES.

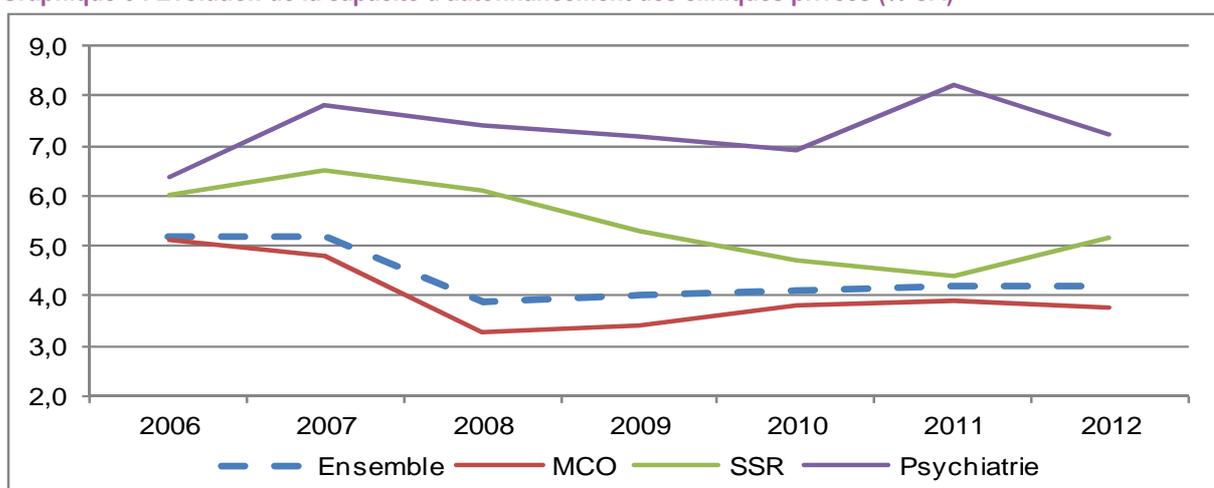
Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

La capacité d'autofinancement baisse pour les cliniques en MCO

La capacité d'autofinancement (CAF)¹, mesurant les ressources dégagées par l'activité courante de l'établissement, reste relativement stable : autour de 4 % du chiffre d'affaires (4,2 % en 2012 et 2011). La CAF diminue légèrement dans les cliniques MCO, passant de 3,9 % en 2011 à 3,8 % en 2012. Elle reste cependant à un niveau comparable à ceux observés ces dernières années : légèrement en dessous de ceux de 2011, mais au-dessus de ceux de 2008 et 2009.

Après une baisse continue depuis 2007, la CAF des cliniques de SSR augmente en 2012 pour atteindre 5,2 % du chiffre d'affaires. Celle des cliniques psychiatriques, malgré une diminution d'un point, reste à un niveau élevé (7,2 % du CA) (graphique 6).

Graphique 6 : Évolution de la capacité d'autofinancement des cliniques privées (% CA)



Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2012, calculs DREES.

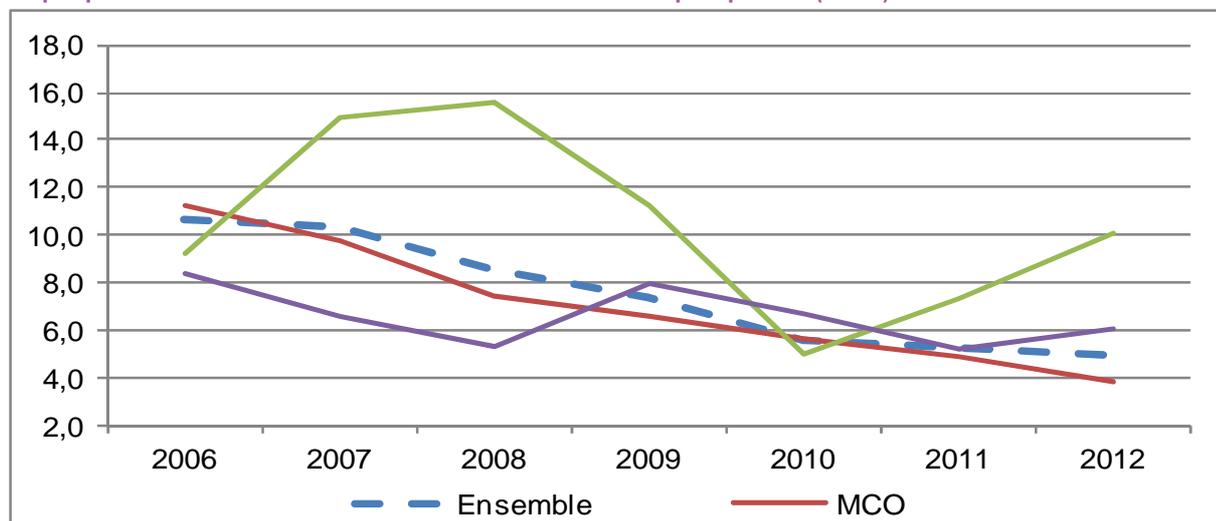
Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

¹ Contrairement au résultat net comptable prenant en compte tous les produits et toutes les charges, la capacité d'autofinancement (CAF) se calcule uniquement à partir des charges décaissables et des produits encaissés. En d'autres termes, les dotations (ou les reprises) aux amortissements et aux provisions, ainsi que les opérations de cessions qui ne sont pas liées à des opérations de gestion courante, sont exclues du calcul de la CAF.

Les investissements continuent de ralentir en 2012

Globalement, l'effort d'investissement¹ des cliniques privées continue son ralentissement observé depuis 2009 : en 2012, l'investissement représente 5,0 % du chiffre d'affaires contre 5,3 % en 2011 (graphique 7). Cette baisse est totalement imputable au secteur MCO pour lequel l'effort d'investissement s'établit en 2012 à 3,8 % contre 4,9 % en 2011. Les secteurs SSR et psychiatrie, en revanche, connaissent une progression de leur taux d'effort (10,1 % après 7,3 % pour les SSR et 6,1 % après 5,2 % pour le secteur de la psychiatrie).

Graphique 7 : Évolution de l'effort d'investissement des cliniques privées (% CA)

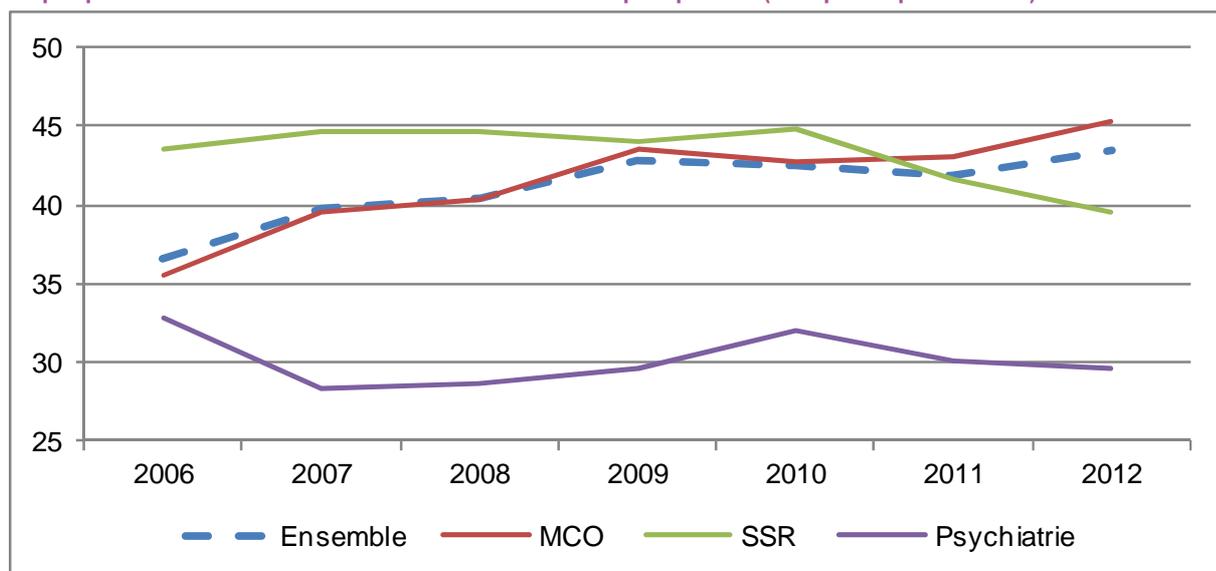


Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2012, calculs DREES.

Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

Après une baisse en 2011, l'endettement total des cliniques, qui correspond au rapport des dettes financières sur les capitaux permanents, repart à la hausse en 2012 pour atteindre 43,4 % des capitaux permanents contre 41,9 % en 2011. Cette augmentation concerne les cliniques en MCO pour lesquelles l'endettement représente 45,4 % des capitaux permanents en 2012 contre 43,0 % en 2011. En revanche, celui des cliniques de SSR et de psychiatrie continue de baisser en 2012 : il s'établit respectivement à 39,5 % et à 29,5 % en 2012, contre respectivement 41,6 % et 30,1 % en 2011 (graphique 8).

Graphique 8 : Évolution du taux d'endettement des cliniques privées (% capitaux permanents)



Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2012, calculs DREES.

Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

¹ L'investissement est calculé à partir des augmentations par acquisitions, apports et créations des comptes d'immobilisations de l'exercice en cours : l'effort d'investissement correspond à la part de ces investissements réalisés sur l'année dans le chiffre d'affaires (encadré 3).

ENCADRÉ 3 - DÉFINITIONS ET FORMULES DE CALCUL DES INDICATEURS

Indicateurs	Formules et définitions
Chiffre d'affaires	Il correspond essentiellement aux rémunérations perçues par un établissement de santé pour les soins qu'il prodigue (rémunérations versées par la Sécurité sociale, par les assurances maladies complémentaires ou directement par le patient).
Résultat net comptable	Solde final entre tous les produits et les charges de l'exercice.
Excédent brut d'exploitation (EBE)	Solde généré par l'activité courante de l'entreprise, sans prendre en compte la politique d'investissement et la gestion financière.
Rentabilité nette	Résultat net comptable / chiffre d'affaires Elle permet de rapporter le niveau d'excédent ou de déficit au niveau d'activité de l'établissement.
Rentabilité financière	Résultat net comptable / capitaux propres Elle mesure le revenu que les actionnaires tirent de l'entreprise et permet d'apprécier l'attractivité du secteur pour les actionnaires.
Taux de marge brut d'exploitation	Excédent brut d'exploitation (EBE) / chiffre d'affaires Il représente la performance de l'entreprise, indépendamment des politiques financières, d'amortissement et de distribution des revenus.
Taux d'endettement	Dettes financières / capitaux permanents Il mesure le poids des dettes des cliniques en part de leurs capitaux stables.
Capacité d'autofinancement	(EBE + autres produits et charges d'exploitation + opérations en commun + produits financiers – charges financières – reprises sur provisions et transfert de charges (financier) + dotations financières aux amortissements et provisions +/- produits et charges exceptionnels sur opé. de gestion - participation des salariés aux résultats de l'entreprise – impôts sur les bénéfices + dont transf. charges) / chiffre d'affaires Elle mesure les ressources restant à disposition de la clinique à la fin de son exercice comptable pour financer son développement futur.
Capacité de remboursement	Dettes financières / capacité d'autofinancement Elle permet de mesurer le temps nécessaire à l'établissement pour rembourser ses dettes.
Effort d'investissement	(Total des immobilisations: acquisitions, créations + immobilisations corporelles en cours) / chiffre d'affaires Il permet de rapporter le niveau de l'investissement au niveau de l'activité de l'établissement.

Pour en savoir plus

« La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2012 », 2014, E. Yilmaz, Études et Résultats, n° 878.

L'évolution du marché du médicament remboursable en ville entre 2012 et 2013

Céline Pilorge (DREES)

En 2013, le marché pharmaceutique en ville des médicaments remboursables représente 18,6 milliards d'euros hors taxes en France métropolitaine, soit une baisse de 2,3 % par rapport à 2012 (source : LEEM). En croissance depuis les années 1990, le chiffre d'affaires est ainsi en baisse pour la deuxième année consécutive. Elle s'explique par deux facteurs principaux : une politique de baisse des prix des médicaments existants et une hausse des ventes des médicaments génériques, au détriment de la catégorie des médicaments princeps, suite à la générication en 2012 de médicaments à chiffre d'affaires élevé et au renforcement du dispositif « tiers payant contre génériques »¹.

Cet éclairage fournit des éléments de cadrage sur le marché du médicament en France et rappelle un certain nombre de caractéristiques de la régulation de ce marché. Il présente ensuite une analyse de l'évolution du marché du médicament remboursable en ville en France métropolitaine. L'analyse ne s'intéresse pas à la consommation finale de médicaments, mais porte sur les achats de médicaments par les pharmacies d'officine en ville (et donc symétriquement sur les ventes des laboratoires qui les commercialisent). Les montants présentés ici sont des montants hors taxes. L'évolution du marché du médicament remboursable entre 2012 et 2013 est présentée selon trois critères : le taux de remboursement a priori, le statut du médicament et l'ancienneté du produit. L'éclairage se termine par une analyse du palmarès des 10 classes ayant connu la plus forte progression (respectivement la plus forte baisse) en termes de chiffre d'affaires entre 2012 et 2013.

¹ Depuis juin 2012, le dispositif « tiers payant contre génériques » est généralisé à l'ensemble du territoire et à tous les assurés, quel que soit leur régime d'affiliation (régime général, régime agricole, régime des indépendants).

Quelques éléments de cadrage

Le cadre réglementaire français

Les médicaments sont commercialisés par les laboratoires pharmaceutiques. Ils sont délivrés aux patients par deux types d'entités : des pharmacies d'officine et des pharmacies à usage intérieur des établissements de santé et des établissements pour personnes âgées dépendantes. Le pharmacien d'officine est en France le seul professionnel de santé, avec l'opticien, dont l'activité soit inscrite au registre du commerce. Les établissements de santé, via leurs pharmacies à usage intérieur pour ceux qui en disposent, délivrent également des médicaments aux patients, soit dans le cadre d'une hospitalisation, soit à des patients non hospitalisés : cette dernière activité est appelée rétrocession¹ (cf. glossaire). Dans ce deuxième cas, qui concerne une liste limitative de médicaments, les établissements de santé se comportent comme une officine de ville.

Le marché de ville désigne les médicaments achetés par les pharmacies d'officine². Le marché de ville regroupe deux types de médicaments : les médicaments remboursables et les médicaments non remboursables. C'est l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)³ qui décide de la mise sur le marché des médicaments et le ministre de la Santé de leur inscription sur la liste des médicaments remboursables, après avis de la Commission de la transparence de la Haute Autorité de Santé (HAS, figure 1). Cette inscription est une condition nécessaire à la prise en charge d'un médicament par l'Assurance maladie. Elle n'est cependant pas suffisante, puisque le remboursement suppose en outre qu'il y ait une prescription médicale. Un patient peut acheter un médicament inscrit sur la liste des spécialités remboursables sans prescription de son médecin (par exemple, le paracétamol) ; dans ce cas, les produits achetés ne seront pas remboursés par l'assurance maladie. Cela explique que les médicaments remboursables ne soient pas tous remboursés in fine.

Les prix des médicaments non remboursables sont libres.

Les prix des médicaments remboursables ainsi que leur taux de remboursement par l'assurance maladie sont quant à eux fixés par le comité économique des produits de santé (CEPS) et par l'Union nationale des caisses d'assurances maladie (UNCAM) sur la base de l'évaluation, effectuée par la Commission de la transparence, de l'intérêt de ces médicaments. Cette commission, intégrée en 2004 à la Haute Autorité de Santé, a pour mission de déterminer le service médical rendu (SMR) d'un médicament, c'est-à-dire l'intérêt thérapeutique absolu de ce médicament, et l'amélioration du service médical rendu (ASMR), c'est-à-dire la « plus-value » thérapeutique apportée par ce médicament comparativement à d'autres médicaments de la même classe thérapeutique. Le comité économique des produits de santé (CEPS) s'appuie sur le niveau de l'ASMR pour fixer le prix fabricant du médicament après négociation avec le laboratoire pharmaceutique (articles L 162-16-4 à 6 du code de la sécurité sociale). L'Union nationale des caisses d'assurances maladie (UNCAM) s'appuie ensuite sur le niveau de SMR et sur le type de pathologie que le médicament est censé traiter pour déterminer le niveau du taux de remboursement a priori⁴ du médicament. Selon ce taux, il est possible de distinguer quatre types de médicaments remboursables : les médicaments potentiellement remboursés à 15 %, à 30 %, à 65 % ou à 100 % (tableau 1).

La totalité des éléments constitutifs du prix public des médicaments remboursables, qui sert de base à la prise en charge par l'assurance maladie, est administrée : prix public TTC = prix fabricant HT + marge du grossiste-répartiteur + marge du pharmacien + TVA. Les marges de distribution (grossiste-répartiteur et pharmacien) sont fixées réglementairement (arrêté du 4 août 1987, mis à jour dernièrement en mai 2012).

Pour les médicaments utilisés dans les établissements de santé, la situation est différente. Le principe de liberté des prix de vente reste en vigueur, mais il est de fait contraint par des mécanismes de régulation introduits depuis mars 2004. Ainsi, pour certains médicaments, inscrits sur des listes limitatives (médicaments rétrocédables et molécules onéreuses, cf. glossaire), un tarif de prise en charge par l'assurance maladie est publié au Journal Officiel. Un accord

¹ Cette étude s'appuie sur les données de vente des laboratoires pharmaceutiques aux pharmacies de ville ; la rétrocession n'est donc pas dans le champ de l'étude.

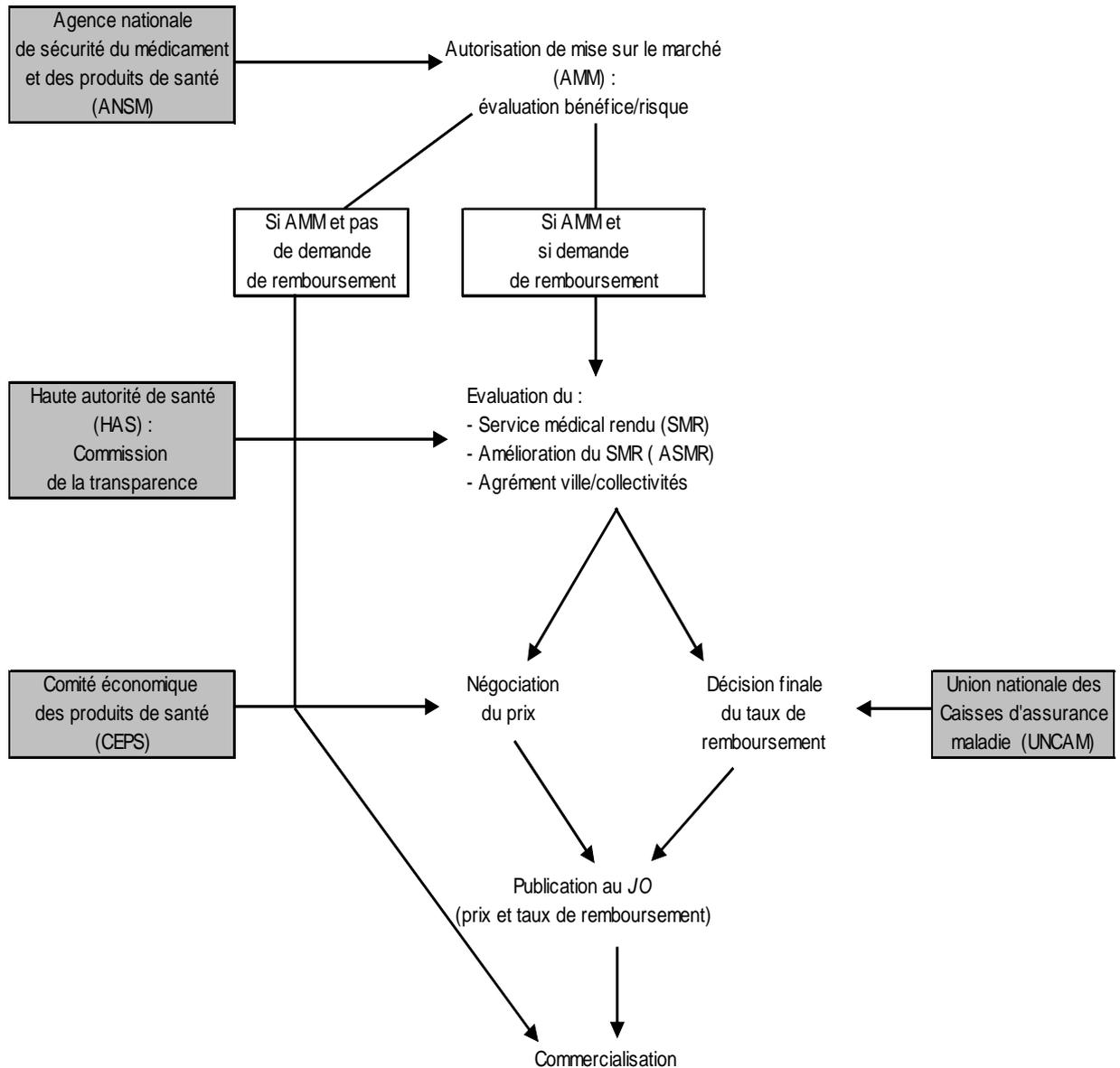
² Le plus souvent auprès d'un grossiste-répartiteur qui fait office d'intermédiaire entre le laboratoire pharmaceutique et la pharmacie.

³ Anciennement Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). Créée par la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, l'ANSM a été mise en place le 1er mai 2012. L'ANSM a repris les missions, les obligations et les compétences exercées par l'Afssaps ; elle est également dotée de nouvelles responsabilités (notamment dans le domaine de la recherche, des études de suivi des patients et du recueil des données d'efficacité et de tolérance et de l'encadrement des recommandations temporaires d'utilisation), suite au scandale du Médiateur.

⁴ Il faut distinguer le taux de remboursement a priori du taux de remboursement a posteriori. Le taux de remboursement a priori correspond au taux de remboursement afférent au médicament, décidé par l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Le taux de remboursement a posteriori correspond, quant à lui, au taux auquel le patient a effectivement été remboursé, notamment au vu d'éventuelles exonérations du ticket modérateur. Une personne en affection longue durée peut ainsi être remboursée à 100 % d'un médicament dont le taux de remboursement a priori n'est que de 65 % ou de 30%.

entre l'industrie pharmaceutique et l'État prévoit pour ces médicaments la déclaration par l'industrie de ses prix de vente au Comité économique des produits de santé.

Figure 1 – Schéma d'organisation de la décision de remboursement d'un médicament



Source : Grandfils N. : "Fixation et régulation des prix des médicaments en France", *Revue française des affaires sociales*, 2007.

Tableau 1 – Taux de remboursement des spécialités remboursables

Service médical rendu	Taux de remboursement	
	Majeur ou important	30 % (vignette bleue) (médicament pour pathologie « sans caractère habituel de gravité »)
Modéré	30 % (vignette bleue)	
Faible	15 % (vignette orange)	
Insuffisant	0 %	

Source : article. R. 322-1 du code de la sécurité sociale

Lecture : Les médicaments ayant un service médical rendu jugé majeur ou important et destinés à soigner une pathologie grave sont remboursés *a priori* (en dehors de toute exonération éventuelle de ticket modérateur, liée par exemple à une prescription en rapport avec un statut d'affection longue durée) à hauteur de 65 %.

Note : Par ailleurs, on rappelle que les médicaments reconnus comme « irremplaçables et particulièrement coûteux », sont remboursables à 100 %.

Les tendances à l'œuvre ces dernières années

Depuis plus de 10 ans, le prix des médicaments est en baisse constante selon l'évaluation faite par l'INSEE qui ne prend pas en compte dans son calcul le prix des médicaments entrés sur le marché l'année considérée¹. La croissance de la dépense pharmaceutique de la France sur cette période s'explique ainsi par la hausse des volumes de consommation et par la prépondérance de la croissance des médicaments les plus chers traitant les pathologies les plus lourdes.

Au cours des dernières années, les ventes de médicaments génériques ont considérablement augmenté, suite à la fois aux récentes génériques de médicaments à chiffres d'affaires élevés et à la politique volontariste de développement des génériques menée par l'Assurance maladie. En France, on entend par générique tout médicament ayant le même principe actif, le même dosage, la même forme pharmaceutique et la même « bio-disponibilité » (vitesse et intensité d'absorption dans l'organisme) que le médicament princeps qu'il copie (article L.5121-1 du code de la santé publique). Un groupe générique est constitué d'une spécialité de référence et des spécialités qui en sont génériques ; les différents groupes génériques constituent le répertoire des médicaments génériques (cf. glossaire). La définition française rejoint la conception européenne du médicament générique considéré comme « spécialité essentiellement similaire ».

Pour autant, tous les pays d'Europe n'ont pas la même définition du générique ; elle est en général moins stricte qu'en France. La définition d'un groupe générique varie également selon les pays. La France, le Portugal et l'Espagne ont défini des groupes assez fins de produits bio-équivalents ou génériques, tandis que l'Allemagne (*jumbo groups*) et les Pays-Bas s'appuient sur une définition plus large de l'équivalence thérapeutique.

En France, le médicament générique a fait son entrée en 1996, avec l'introduction dans le Code de la Santé publique d'une définition légale². La publication, en 1998, d'un répertoire dont l'élaboration et l'actualisation étaient confiées à l'Agence du médicament (désormais ANSM), puis l'instauration d'un droit de substitution pour les pharmaciens, en 1999, accompagnée en 2003 d'un alignement de la marge des médicaments génériques (hors TFR, voir ci-après) sur celle du médicament princeps, ont permis au marché des génériques de prendre son essor. Ces mesures ont été suivies par la mise en place, à partir de 2003, d'un système de régulation des prix par le tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) qui aligne, pour des spécialités pour lesquelles le taux de substitution est insuffisant³, le prix de remboursement du médicament de référence sur celui des génériques correspondants. Il est destiné à prendre en charge, sur la base d'un tarif unique, des produits équivalents en termes d'efficacité (médicaments génériques et médicaments de marque). Aujourd'hui sur les 1 030 groupes génériques, environ 30 % sont soumis à un TFR.

À l'heure actuelle, la France consomme moins de génériques que ses pays voisins et à un coût plus élevé⁴. Le prix fabricant (HT) des médicaments génériques est fixé à 40 % du prix du princeps. Le prix du princeps est ensuite diminué, à la commercialisation du générique, de 20 %. À l'issue de dix-huit mois d'exploitation, le CEPS décide soit la mise sous TFR du groupe générique, soit la baisse du prix du princeps (-12,5 %) et des génériques (-7 %).

Depuis 2012, la pénétration des génériques a de nouveau augmenté grâce à la progression du taux de substitution (passé de 71,7 % au 1^{er} trimestre 2012 à 82,2 % au dernier trimestre 2013) et à l'augmentation des prescriptions des médecins généralistes dans le répertoire. La progression du taux de substitution tient à l'accord partenarial avec les pharmaciens de 2012, qui introduit un nouveau mode de rémunération prenant en compte en particulier le suivi d'objectifs sur la part de génériques délivrés⁵. Les prescriptions dans le répertoire ont notamment progressé suite à la mise en œuvre en 2012 de la Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) auprès des médecins généralistes.

¹ Entre 2000 et 2012, le prix de l'ensemble des médicaments remboursables et non remboursables baisse en moyenne de 2,1 % par an (source : Insee, chiffres 2000-2012 cités dans la Fiche 1.12 du rapport). L'indice de prix de l'INSEE est calculé à qualité constante, il ne tient pas compte des médicaments entrés sur le marché, souvent plus chers, ceux-ci ne seront pris en compte dans le calcul que l'année suivante.

² Une définition du générique avait auparavant été donnée par la Commission de la concurrence. Cette définition, conforme au droit de la propriété industrielle, n'avait que la force d'un avis. Elle exigeait d'être transposée et précisée dans le droit français, afin que le générique ne soit pas une simple copie, mais un médicament dont la bioéquivalence avec la spécialité originale est démontrée.

³ Le Comité de suivi des génériques fixe les seuils en-dessous desquels le TFR est appliqué : 60 % de substitution après 12 mois de commercialisation, 65 % après 18 mois, 70 % après 24 mois, 80 % après 36 mois.

⁴ Une étude de la CNAMTS, en 2011, montre qu'en 2010, le prix moyen par unité standard est de 15 centimes contre 12 centimes en Allemagne, 7 centimes au Royaume-Uni et 5 centimes aux Pays-Bas, plaçant ainsi la France à la deuxième place (ex-æquo avec l'Italie) du classement des prix moyens de médicaments génériques.

⁵ En mai 2012, la nouvelle convention nationale des pharmaciens a été signée. Cette nouvelle convention prévoit un nouveau mode de rémunération pour les officines françaises qui étaient jusqu'à présent payées au forfait (0,53 centime par boîte de médicament) auquel s'ajoutait un pourcentage sur le prix de vente. Désormais la rémunération prendra également en compte l'activité de conseil du pharmacien, en matière de prévention par exemple, de suivi de certains patients (traitements anti-coagulants ou patients asthmatiques par exemple), ainsi que du suivi de certains objectifs, tels que la part de génériques délivrés. En mai 2014, un avenant à cette convention a par ailleurs modifié la rémunération à l'acte (« honoraires de dispensation ») afin de la rendre moins dépendante du prix des médicaments, qui connaissent des baisses régulières à l'heure actuelle : en effet, il est prévu que les pharmacies touchent 80 centimes par boîte à partir de janvier 2015, puis 1 euro à partir de janvier 2016. En contrepartie, la marge des pharmaciens sur chaque médicament vendu est ajustée à la baisse.

Ces deux dispositifs de paiement à la performance comportent en effet entre autres des indicateurs inhérents à la substitution de médicaments princeps au profit de médicaments génériques pour le premier et à la prescription dans le répertoire des génériques pour le deuxième¹. En parallèle, le dispositif « tiers payant contre génériques », qui réserve le tiers payant aux seuls assurés acceptant la substitution ou pour lesquels le médecin prescripteur a porté la mention « non substituable » sur l'ordonnance, a été mis en place en 2006 dans quelques départements ; celui-ci a été généralisé à l'ensemble du territoire et à tous les assurés en juillet 2012.

Les masses financières en jeu

Le marché pharmaceutique correspond au chiffre d'affaires hors taxes des entreprises du médicament. Les prix sont donc les prix fabricants hors taxes.

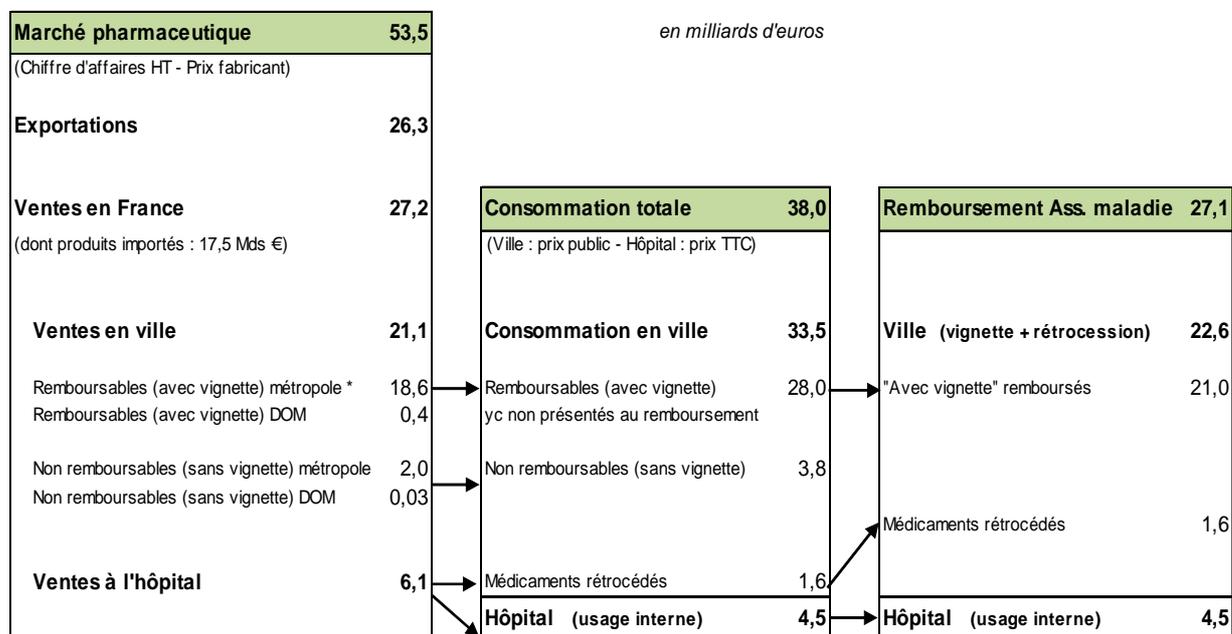
Le marché pharmaceutique français a représenté 53,5 milliards d'euros en 2013, dont un peu moins de la moitié lié aux exportations (26,3 milliards). Les ventes en France entière ont représenté 27,2 milliards d'euros, dont les deux tiers liées à des produits importés (17,5 milliards). Sur les ventes en France entière, 77 % étaient destinées au marché de ville, le reste aux établissements de santé (*figure 2*).

En 2013, le marché de ville représente 21,1 milliards d'euros (*figure 2*). Il est constitué à 90 % en valeur de médicaments remboursables et à 10 % de médicaments non remboursables (respectivement 19 milliards et 2 milliards d'euros). À noter que ces montants sont valorisés au prix fabricant hors taxes, qui est différent du prix public².

La consommation totale de médicaments s'élève en 2013 à 38,0 milliards d'euros TTC, dont 33,5 milliards en ville et 4,5 milliards à l'hôpital. En ville, les médicaments remboursables représentent 83,7 % de la consommation, les médicaments non remboursables 11,5 % et les médicaments rétrocedés 4,9 %.

Le montant des dépenses de remboursement par l'Assurance maladie s'élève ainsi à 27,1 milliards d'euros en 2013, dont 21,0 milliards pour les médicaments délivrés en officine et 1,6 milliard pour les médicaments rétrocedés. À l'hôpital, les dépenses engagées s'élèvent à 4,5 milliards d'euros.

Figure 2 – Du marché pharmaceutique au remboursement en 2013 en France



Champ : France entière.

(*) dont 0,2 Md€ de médicaments homéopathiques ajoutés par le LEEM aux données du GERS.

Sources : LEEM-GERS pour le marché pharmaceutique ; CNAMTS - DREES pour la consommation en ville.

¹ Depuis 2006, différents objectifs de substitution sont soumis aux pharmaciens (70 % puis 75 % en 2006, 80 % en 2007, 82 % en 2008, 80 % en 2009, 85 % en 2012). En avril 2012, l'objectif de substitution a été accompagné d'un accord entre les pharmaciens et l'Assurance maladie introduisant une rémunération à la performance pour les pharmaciens sur des objectifs de substitution individuels et collectifs.

² Dont les personnes doivent s'acquitter en pharmacie pour acheter le médicament.

ENCADRÉ 1 - DONNÉES UTILISÉES ET CHAMP DE L'ÉTUDE**Données utilisées**

Les données utilisées pour cet éclairage, sont issues des bases 2012 et 2013 du Groupe pour l'Élaboration et la Réalisation Statistique (GERS), groupement d'intérêt économique issu de l'industrie pharmaceutique. Ces bases donnent pour chaque présentation et pour les années 2012 et 2013, le chiffre d'affaires hors taxes correspondant aux ventes des laboratoires aux pharmacies et le prix de vente public toutes taxes comprises (TTC). Le champ d'observation concerne les présentations remboursables en officine de ville en 2012 ou 2013.

Chaque présentation est identifiée par un libellé et un code CIP. Sont également indiqués la classe thérapeutique (code Ephmra), ainsi que le taux de remboursement par la Sécurité sociale de la présentation. Pour les besoins de l'étude, ces données ont été appariées avec une base recensant les produits inscrits au répertoire des génériques, gérée par le Club Inter Pharmaceutique, ainsi qu'avec les données Thesorimed (date de commercialisation du médicament).

Concernant la structuration des données de consommation médicamenteuse, plusieurs niveaux d'analyse peuvent être utilisés, du plus fin au plus large (*cf.* glossaire) :

- la présentation ;
- le produit ;
- la molécule ;
- les classes thérapeutiques, au sens de la classification Ephmra.

Les différentes analyses présentées dans cette étude sont réalisées en considérant comme unité statistique la présentation, définie par son code CIP, soit l'unité statistique la plus petite.

Champ de l'étude

Dans son rapport annuel, le LEEM évalue le marché du médicament remboursable en 2013 en France métropolitaine à 18,6 milliards d'euros alors qu'il est estimé à 18,4 milliards d'euros avec les données du GERS mobilisées dans cette étude. Le taux d'évolution de 2012 à 2013 estimé avec les données utilisées dans l'étude est de -2,1 % tandis que le LEEM l'estime à -2,3 %.

Cet écart s'explique par une différence de convention de calcul ainsi que par une différence de champ.

Tout d'abord, dans cet éclairage, on considère pour l'année 2012 les médicaments remboursables en décembre 2012 et pour l'année 2013 les médicaments remboursables en décembre 2013. Pour une année donnée, les médicaments déremboursés totalement au cours de l'année ne sont donc pas retenus dans l'analyse, alors qu'ils le sont par le LEEM. Pour les années 2012 et 2013 cette différence d'évaluation n'a pas d'incidence, dans les deux cas ceux-ci sont évalués à 18,9 milliards en 2012 et à 18,4 milliards en 2013.

Ensuite, les données du GERS représentent 99 % du marché. Le LEEM complète ces données avec d'autres informations obtenues auprès de ses adhérents. L'écart de moins de 200 millions entre les deux estimations serait relatif à une partie des médicaments homéopathiques. Dans les Comptes de la Santé et dans le cadrage macroéconomique présenté dans cet éclairage (figure 2), le chiffrage du LEEM (18,6 milliards d'euros en France métropolitaine) est repris par souci de cohérence avec les autres sources mobilisées dans les Comptes de la Santé.

Le marché du médicament remboursable en France métropolitaine

En 2013, le marché du médicament remboursable en France métropolitaine pèse 18,4 milliards d'euros en prix fabricant hors taxe (sur le champ de l'étude hors médicaments homéopathiques, *cf.* encadré 1). Par rapport à 2012, le marché a diminué de 2,1 % en valeur. Le volume des ventes connaît quant à lui une hausse de +1,0 %, à 2,54 milliards de boîtes vendues (*tableau 2*).

Tableau 2 – Évolution en volume et en valeur du marché du médicament remboursable*

	Chiffre d'affaires (milliards d'euros)	Volumes de vente (milliards de boîtes)
2012	18,8	2,52
2013	18,4	2,54
Évolution	-2,1 %	+1,0%

(*) hors les 0,2 milliards d'euros de médicaments homéopathiques ajoutés par le LEEM aux données du GERS et en ne considérant pour les années 2012 et 2013 que les médicaments remboursables en décembre 2012 et en décembre 2013 respectivement.

Source : GERS, traitement DREES

Note de lecture : En 2013, 2,55 milliards de boîtes de médicaments ont été vendues par les laboratoires, pour un chiffre d'affaires hors taxe de 18,4 milliards d'euros.

ENCADRÉ 2 - MÉTHODOLOGIE UTILISÉE POUR LE CALCUL DES CONTRIBUTIONS

La contribution à la croissance d'une présentation i pour l'année t est définie comme le produit du taux de croissance entre $t-1$ et t et de sa part de marché dans le marché global en $t-1$.

Elle a la forme suivante :

$$\text{contribution}(i) = \frac{CA_{i,t} - CA_{i,t-1}}{CA_{i,t-1}} \times \frac{CA_{i,t-1}}{\sum_i CA_{i,t-1}} = \frac{CA_{i,t} - CA_{i,t-1}}{\sum_i CA_{i,t-1}}$$

où $CA_{i,t}$ est le chiffre d'affaires de l'année t pour le produit i . Une présentation ayant un fort taux de croissance et une part de marché faible peut ainsi avoir une influence limitée sur l'évolution totale des ventes de médicaments, tandis qu'une présentation ayant une forte part de marché et un taux de croissance modéré peut au contraire exercer une incidence plus forte. On obtient la contribution à la croissance d'une catégorie de médicaments (exemples : médicament à 15 %, médicaments génériques, médicaments de moins de 5 ans...) entre les années $t-1$ et t en faisant la somme des contributions des produits constituant cette catégorie pour l'année t .

Les présentations changeant de catégorie entre l'année $t-1$ et l'année t (par exemple, passage du taux de remboursement de 30 % à 15 %) sont par convention rattachées pour les deux années à leur catégorie de l'année t .

Pour les présentations de moins d'un an, le chiffre d'affaires relatif à l'année $t-1$ est nul, la contribution à la croissance est par construction positive, définie comme le rapport de leur chiffre d'affaires de l'année t au chiffre d'affaires de l'ensemble du marché de l'année $t-1$.

Pour les présentations sorties du marché en cours d'année t , le chiffre d'affaires relatif à l'année t est supposé nul, par convention de calcul. La contribution à la croissance, définie comme le rapport de leur chiffre d'affaires de l'année $t-1$ (en négatif) au chiffre d'affaires de l'ensemble du marché de l'année $t-1$, est donc par construction négative. Les médicaments retirés du marché durant l'année t sont par convention rattachés à leur catégorie en $t-1$ pour le calcul de leur contribution à la croissance entre $t-1$ et t . Cette convention concerne majoritairement les médicaments de plus de 20 ans, ainsi que les médicaments déremboursés entre l'année $t-1$ et l'année t .

Ainsi, le calcul de la contribution à la croissance des produits pharmaceutiques de plus de 20 ans en 2013 inclut tous les médicaments ayant plus de 20 ans en 2013, y compris ceux qui ont une ancienneté de 21 ans en 2013 et qui en 2012 faisaient partie de la catégorie des médicaments ayant entre 10 et 20 ans. Le calcul inclut aussi les médicaments qui avaient plus de 20 ans en 2012 et qui ne sont plus commercialisés en 2013, leur contribution à la croissance du marché entre 2012 et 2013 étant alors par construction négative.

On obtient la contribution à la croissance de l'ensemble du marché en additionnant les contributions de chaque catégorie. On peut alors vérifier que cette contribution est exactement égale au taux de croissance du marché global.

En 2013, avec un chiffre d'affaires de 13,4 milliards d'euros, les médicaments dont le taux de remboursement *a priori* est de 65 % représentent en valeur près des trois quarts du marché du médicament remboursable, soit une part de marché en légère baisse par rapport à 2012, se traduisant par une contribution négative de cette classe à la croissance totale du marché, de -2,9 points. La baisse du chiffre d'affaires (-0,6 milliard d'euros) des médicaments remboursés à 65 % s'explique par :

- une baisse du chiffre d'affaires des médicaments déjà présents en 2012 (-0,7 milliard d'euros), due pour 73 % à la politique de baisse de prix, pour 4 % à une baisse des ventes (analgésiques, sartans¹, antidiabétiques, bêtabloquants...) et pour 23 % à une modification de la structure de consommation, en faveur des médicaments génériques, moins chers ;
- la sortie du marché de certaines présentations (majoritairement génériques) d'antidiabétiques, d'IEC, d'IPP, de statines... (-0,06 milliard d'euros), ainsi que le déremboursement de certains médicaments, en particulier les pilules de 3^{ème} génération (-0,04 milliard d'euros) ;
- les nouveaux médicaments ont quant à eux présenté un chiffre d'affaires de 0,2 milliard d'euros, qui correspond pour 64 % à l'entrée de nouveaux génériques sur le marché.

Ce sont les médicaments « irremplaçables et particulièrement coûteux », remboursés à 100 %, qui sont les moteurs de la croissance du marché du médicament remboursable : ils contribuent à la croissance de la valeur totale du marché à

¹ Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II.

hauteur de 1,3 point et leur part de marché progresse de près de deux points entre les deux années (17,0 % en 2013, contre 15,3 % de la valeur totale du marché du médicament remboursable en 2012). Cela confirme une tendance observée depuis plusieurs années déjà : le prix moyen des médicaments remboursables augmente sous l'effet d'une déformation de la consommation pharmaceutique au profit des produits les plus chers.

La part de marché des médicaments dont le taux de remboursement *a priori* est de 30 % est quasi-stable entre 2012 et 2013 : 6,5 % en 2012 et 6,3 % en 2013. De même, la part de marché des médicaments remboursés à 15 % était de 3,7 % en 2012 et de 3,6 % en 2013. Ces deux catégories contribuent à la même hauteur à l'évolution du marché (-0,2 et -0,3 point).

Plus de 2,5 milliards de boîtes ont été vendues en 2012 et 2013 ; ce sont les médicaments remboursés au taux de 65 % qui concentrent le plus grand nombre de boîtes vendues (2,0 milliards).

Tableau 3 – Le marché global du médicament remboursable en 2012 et 2013 en France métropolitaine selon le taux de remboursement (*)

		Médicaments remboursables au taux de				TOTAL
		15 % ¹	30 % ²	65 %	100 %	
Nombre de présentations	2012	484	838	8 148	449	9 919
	2013	487	849	8 546	477	10 359
Volumes de ventes (en Mds de boîtes)	2012	0,19	0,34	1,98	0,01	2,52
	2013	0,19	0,33	2,00	0,01	2,54
Chiffre d'affaires hors taxes (en Mds €)	2012	0,7	1,2	14,0	2,9	18,8
	2013	0,7	1,2	13,4	3,1	18,4
Part de marché (%)	2012	3,7 %	6,5 %	74,5 %	15,3 %	100 %
	2013	3,6 %	6,3 %	73,1 %	17,0 %	100 %
Contribution à la croissance (en points de %, catégorie 2013)		-0,3 %	-0,2 %	-2,9 %	1,3 %	-2,1 %

(*) hors les 0,2 milliard d'euros de médicaments homéopathiques ajoutés par le LEEM aux données du GERS et en ne considérant pour les années 2012 et 2013 que les médicaments remboursables en décembre 2012 et en décembre 2013 respectivement.

Sources : LEEM-GERS, traitement DREES.

Note de lecture : en 2013, 487 présentations sont remboursables à 15 %, représentant 0,7 milliard de chiffre d'affaires, soit 3,6 % de l'ensemble du marché des médicaments remboursables en France métropolitaine. Il s'agit de présentations dont le CA est le plus souvent en baisse : la somme de leurs contributions à la croissance du marché est négative, s'établissant à -0,3 point.

La catégorie du médicament considérée (médicament remboursable à 15 %, 30 %, 65 % ou 100 %) est celle en vigueur en décembre de l'année observée. Pour le calcul des contributions à la croissance du marché, chaque médicament est rattaché à sa classe de l'année 2013, à l'exception toutefois des médicaments sortis en 2013 du marché remboursable qui sont dans ce cas rattachés à leur classe de 2012 (cf. encadré 2).

Le chiffre d'affaires des médicaments génériques a progressé de 10 % entre 2012 et 2013, passant de 3,0 à 3,3 milliards d'euros de chiffre d'affaires. Les génériques ont ainsi contribué à la croissance totale du marché des médicaments à hauteur de 2,1 points, dont 1,5 point imputable aux génériques déjà sur le marché en 2012 et 0,8 point aux génériques nouvellement commercialisés en 2013. Les génériques sortis du marché entre 2012 et 2013 présentent quant à eux une contribution négative à la croissance (-0,2 point). En 2013, le marché des génériques a bénéficié de l'effet année pleine des généralisations de l'année 2012 (de médicaments anciennement considérés comme des *blockbusters*) ainsi que de la généralisation du dispositif « tiers payant contre génériques » lors de la signature de la convention pharmaceutique en avril 2012.

La catégorie des princeps généricables a quant à elle connu une baisse de son chiffre d'affaires, qui est passé de 3,4 milliards d'euros en 2012 à 2,4 milliards d'euros en 2013. La contribution à la croissance des princeps généricables est négative (-7,6 points). Au sein de cette catégorie, le chiffre d'affaires des princeps généricables présents sur le marché à la fois en 2012 et en 2013 est passé de 3,4 milliards d'euros en 2012 à 2,0 milliards d'euros en 2013. Cette baisse du chiffre d'affaires (-41 %) s'explique pour 63 % par la baisse des volumes induite par la concurrence des génériques, pour 14 % par la baisse des prix et pour 23 % par un déplacement entre 2012 et 2013 de la structure de consommation vers des médicaments moins chers de la catégorie des princeps généricables. Le chiffre d'affaires des princeps entrés dans le répertoire en 2013 est de 0,4 milliard d'euros.

¹ Un taux de remboursement transitoire de 15 % a été introduit en 2006. Généralement, les médicaments passent par ce taux avant d'être totalement déremboursés.

² Jusqu'au 2 mai 2011, le taux de remboursement des médicaments à vignette bleu était de 35 %.

Parmi les 2,5 milliards de boîtes qui ont été vendues en 2012 et 2013, ce sont les médicaments qui n'appartiennent pas au répertoire des génériques qui concentrent le plus grand nombre de boîtes vendues (1,46 milliards).

Tableau 4 – Caractéristiques du marché du médicament remboursable en 2012 et 2013 en France métropolitaine selon le statut du médicament (*)

		Statut du médicament			TOTAL
		Génériques	Principes généricables	Hors répertoire	
Nombre de présentations	2012	5 729	987	3 203	9 919
	2013	6 102	1 010	3 247	10 359
Volumes de ventes (en Mds de boîtes)	2012	0,66	0,40	1,46	2,52
	2013	0,77	0,32	1,46	2,54
Chiffre d'affaires hors taxes (en Mds €)	2012	3,0	3,4	12,4	18,8
	2013	3,3	2,4	12,7	18,4
Part de marché (%)	2012	15,7 %	18,1 %	66,2 %	100 %
	2013	18,1 %	13,0 %	68,9 %	100 %
Contribution à la croissance (en points de %, catégorie 2012)		2,1 %	-7,6 %	3,5 %	-2,1 %

(*) hors les 0,2 milliard d'euros de médicaments homéopathiques ajoutés par le LEEM aux données du GERS et en ne considérant pour les années 2012 et 2013 que les médicaments remboursables en décembre 2012 et en décembre 2013 respectivement.

Sources : LEEM-GERS, traitement DREES. Référentiel pour déterminer le statut des médicaments : club CIP.

Note de lecture : en 2013, 3 247 présentations ne font pas partie du répertoire des médicaments généricables, représentant 12,7 milliards de chiffre d'affaires, soit 69,0 % de l'ensemble du marché des médicaments remboursables en France métropolitaine. Il s'agit de présentations globalement en croissance, la somme de leurs contributions à la croissance du marché s'établissant en 2013 à +3,5 points.

La catégorie du médicament considérée (médicament générique, principes généricable ou médicament hors répertoire) est celle en vigueur en décembre de l'année observée. Sont considérés comme principes généricables les médicaments inscrits comme tel au Journal Officiel ; les génériques de ces médicaments ne sont alors pas forcément déjà commercialisés. Pour le calcul des contributions à la croissance du marché, chaque médicament est rattaché à sa classe de l'année 2013, à l'exception toutefois des médicaments sortis en 2013 du marché remboursable qui sont dans ce cas rattachés à leur classe de 2012 (cf. encadré 2).

La baisse du chiffre d'affaires des médicaments principes généricables associée à la hausse du chiffre d'affaires des médicaments génériques traduit à la fois la générication en 2012 de médicaments à chiffre d'affaires élevé et les résultats de la politique volontariste de développement des génériques menée par l'Assurance maladie (voir plus haut).

Enfin, le chiffre d'affaires de la catégorie « hors répertoire » a augmenté de 250 millions d'euros sur la période. La contribution à la croissance de cette catégorie est positive (+3,5 points). La hausse du chiffre d'affaires sur le « hors répertoire » est majoritairement due aux produits déjà présents dans cette catégorie en 2012. Le chiffre d'affaires des médicaments présents sur le marché à la fois en 2012 et 2013 dans la catégorie « hors répertoire » était de 12,5 milliards d'euros en 2013 contre 12,0 milliards d'euros en 2012. Les nouvelles présentations représentent quant à elles 0,2 milliard d'euros.

ENCADRÉ 3 - MÉTHODOLOGIE UTILISÉE POUR LE CALCUL DE L'ÂGE DES MÉDICAMENTS

Contrairement aux autres analyses de l'éclairage, réalisées à l'échelle de la présentation, l'âge des médicaments est ici calculé au niveau du « produit ». Ce faisant, on considère comme nouveautés uniquement les nouveaux produits, et non les nouvelles présentations de produits existants, lesquelles se distinguent des présentations déjà sur le marché uniquement en termes de dosage, de forme ou de conditionnement, ne constituant donc pas des « nouveautés » à proprement parler (pas de nouvelle substance active).

Tous les génériques d'un même produit (indépendamment du dosage, de la forme et du conditionnement) se voient attribuer l'âge du premier générique commercialisé. L'âge des autres médicaments (principes généricables ou non) est celui de la première présentation commercialisée. Cette méthode de calcul permet de prendre en compte l'arrivée des génériques sur le marché, et de la traiter en tant que telle.

En 2013, ce sont les médicaments dont la commercialisation date de moins de 5 ans, représentant en valeur 18,0 % du marché total du médicament remboursable, qui contribuent le plus à la croissance du marché du médicament remboursable, à hauteur de +6,1 points (tableau 5), dont : 4,3 points pour les médicaments déjà présents, 0,7 point du fait de l'arrivée de génériques sur le marché¹ et 1,1 point du fait des produits innovants commercialisés en 2013. Le chiffre d'affaires de la catégorie des moins de 5 ans a augmenté de 2,9 milliards d'euros en 2012 à 3,3 milliards d'euros en 2013. Les médicaments ayant entre 5 et 10 ans ont une contribution à la croissance quasiment nulle. À l'inverse, les médicaments de plus de 10 ans contribuent négativement à la croissance. Ce sont les médicaments commercialisés depuis 10 à 20 ans qui ont la contribution négative à la croissance la plus forte (-6,7 points), en particulier, les statines (-0,9 point), les inhibiteurs de la pompe à protons (-0,8 point), les antagonistes de l'angiotensine II seuls (-0,7 point) et les antagonistes de l'angiotensine II associés aux diurétiques (-0,6 point). Pour ces quatre familles, cette baisse correspond à une diminution des ventes du médicament princeps, due à leur générication il y a quelques années (voir plus loin).

Parmi les 2,5 milliards de boîtes vendues en 2012 et 2013, ce sont les médicaments les plus anciens (plus de 20 ans) qui concentrent le plus grand nombre de boîtes vendues (1,4 milliard).

Tableau 5 – Caractéristiques du marché du médicament remboursable en 2012 et 2013 en France métropolitaine selon l'âge du médicament (*)

		Tranche d'âge du médicament				TOTAL
		Moins de 5 ans	Entre 5 et 10 ans	Entre 10 et 20 ans	Plus de 20 ans	
Nombre de présentations	2012	2 832	1 999	2 292	2 796	9 919
	2013	2 796	2 270	2 513	2 780	10 359
Volumes de ventes (en Mds de boîtes)	2012	0,24	0,31	0,55	1,42	2,52
	2013	0,27	0,30	0,57	1,41	2,54
Chiffre d'affaires hors taxes (en Mds €)	2012	2,9	5,1	6,1	4,7	18,8
	2013	3,3	4,7	5,9	4,5	18,4
Part de marché (%)	2012	15,1 %	27,4 %	32,5 %	25,0 %	100 %
	2013	18,0 %	25,6 %	31,8 %	24,6 %	100 %
Contribution à la croissance (en points de %, catégorie 2012)		6,1 %	0,1 %	-6,7 %	-1,7 %	-2,1 %

(*) hors les 0,2 milliard d'euros de médicaments homéopathiques ajoutés par le LEEM aux données du GERS et en ne considérant pour les années 2012 et 2013 que les médicaments remboursables en décembre 2012 et en décembre 2013 respectivement.

Sources : LEEM-GERS, traitement DREES. La date de commercialisation des médicaments est issue des données Thériaque et de celles du GERS.

Note de lecture : en 2013, 2 796 présentations correspondent à des produits de moins de 5 ans, représentant 3,3 milliards de chiffre d'affaires, soit 18,0 % de l'ensemble du marché des médicaments remboursables en France métropolitaine. Il s'agit de présentations globalement en croissance, la somme de leurs contributions à la croissance du marché s'établissant à +6,1 points.

Les 10 classes thérapeutiques ayant connu la plus forte augmentation de leur chiffre d'affaires entre 2012 et 2013 représentent près de 14 % du chiffre d'affaires total du marché des médicaments remboursables en France métropolitaine.

De façon générale, les classes thérapeutiques dont les dépenses ont le plus fortement augmenté entre 2012 et 2013 appartiennent à trois catégories :

- des classes apparues dans le palmarès en 2013, dont la croissance est portée par un médicament « *blockbuster* » ;
- des classes apparues dans le palmarès en 2012 ;
- des classes présentes dans le palmarès depuis au moins cinq ans.

Quatre des classes du palmarès concernent des médicaments commercialisés en 2013, parmi lesquels certains connaissent une forte croissance, propulsant l'ensemble de la classe thérapeutique dans le palmarès :

- les inhibiteurs directs facteurs XA (2^{ème} position, soit une augmentation du CA de 71,2 millions d'euros), autres nouveaux anticoagulants oraux (NACO), sont des médicaments permettant de traiter les phlébites et embolies pulmonaires et de prévenir les accidents vasculaires cérébraux dans certaines pathologies : la croissance est tirée par le Xarelto® (+70,5 millions d'euros) ;

¹ Notons que, par construction, les médicaments entrés sur le marché en 2013 ont une contribution à la croissance positive (cf. encadré 2).

- les antinéoplasiques autres (3^{ème} position, soit une augmentation du CA de 56,1 millions d'euros) : 2 spécialités assurent la croissance de cette classe ; l'Afinitor® (+28,9 millions d'euros), indiqué en oncologie, a bénéficié en 2013 d'une nouvelle indication dans le traitement du cancer du sein avancé ; le Tassigna® (+28 millions d'euros), commercialisé en 2011, est indiqué en traitement de première ligne de la leucémie myéloïde chronique chromosome Philadelphie positif (Ph+) en phase chronique ;
- les antinéoplasiques inhibiteurs de la protéine kinase (7^{ème} position, soit une augmentation du CA de 38,2 millions d'euros), dont la croissance est portée par le Zelboraf® (+32,3 millions d'euros), indiqué dans le traitement du mélanome non résecable ou métastatique porteur d'une mutation BRAF V600 ;
- les régulateurs calcium osseux autres (10^{ème} position, soit une augmentation du CA de 30,6 millions d'euros), dont la croissance est due à l'Xgeva® (+29,7 millions d'euros), commercialisé en 2013, indiqué dans la prévention des complications osseuses (fractures pathologiques, irradiation osseuse, compression médullaire ou chirurgie osseuse) des tumeurs solides avec métastases osseuses.

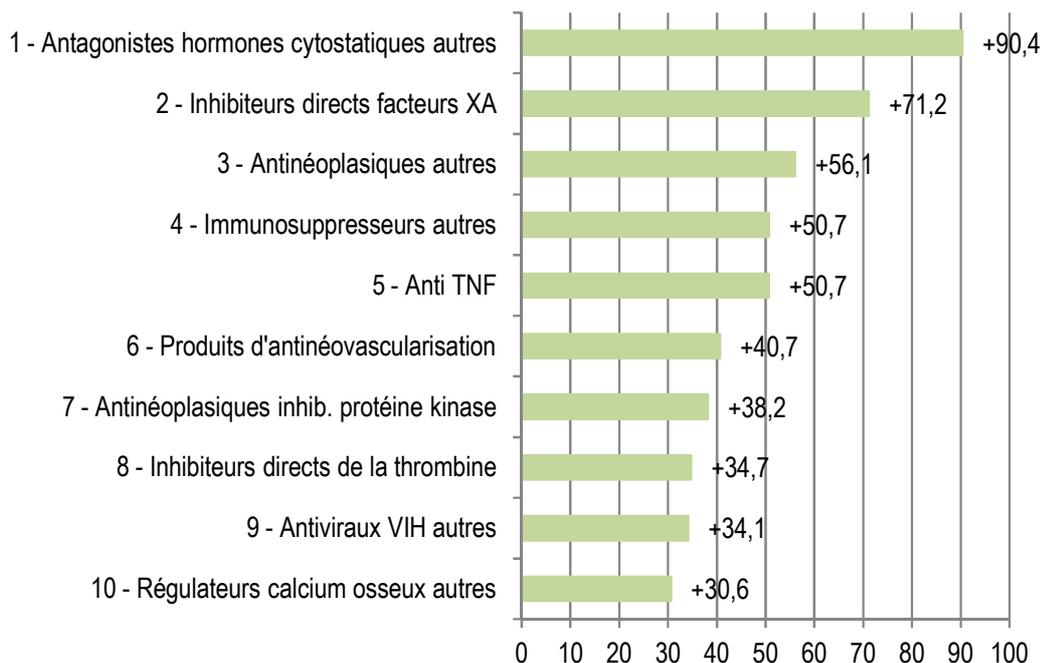
Trois des classes du palmarès sont présentes dans le palmarès depuis 2012 :

- les cytostatiques hormonaux (1^{ère} position, soit une augmentation du CA de 90,4 millions d'euros), dont la croissance est portée par le Zytiga® (unique produit de cette classe), nouveau produit dans le traitement du cancer métastatique de la prostate, auparavant rétrocedé ;
- les immunosuppresseurs autres (4^{ème} position, soit une augmentation du CA de 50,7 millions d'euros) : la croissance de cette classe est due au Gilenya® (+45,8 millions d'euros) indiqué dans le traitement de la sclérose en plaques ;
- les inhibiteurs directs de la thrombine (8^{ème} position, soit une augmentation du CA de 34,7 millions d'euros) : la croissance est tirée par le Pradaxa® (unique produit de cette classe), nouveau produit anticoagulant oral (NACO).

Trois des classes du palmarès y sont présentes depuis plusieurs années, en raison de la hausse à la fois importante et régulière de leurs chiffres d'affaires :

- les anti-TNF alpha (5^{ème} position, soit une augmentation du CA de 50,7 millions d'euros) sont présents dans le palmarès depuis 2004 : les indications de cette classe thérapeutique concernent la rhumatologie (polyarthrite rhumatoïde), mais aussi la dermatologie (psoriasis) et la gastro-entérologie (maladie de Crohn) ; la croissance de cette classe est tirée essentiellement par Humira® (+21,8 millions d'euros, pour un chiffre d'affaires de 328,5 millions d'euros en 2013) et Simponi® (+26,3 millions d'euros, pour un chiffre d'affaires de 28,9 millions d'euros en 2013). La spécialité Enbrel®, qui présente un fort chiffre d'affaires (239,8 millions) est toutefois en léger recul (-0,3 millions d'euros) ;
- les produits d'antiniévascularisation (6^{ème} position, soit une augmentation du CA de 40,7 millions d'euros) : cette classe thérapeutique commercialisée depuis 2007 pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, était en tête du palmarès en 2011 et 2012, elle se situe à présent en 6^{ème} position. Sa croissance est portée par la spécialité Lucentis® (+28,7 millions d'euros), qui a bénéficié en 2011 d'une nouvelle indication dans le traitement de la baisse visuelle due à l'œdème maculaire diabétique, ainsi que par un nouveau médicament, Eylea®, commercialisé en novembre 2013 (+13,3 millions d'euros) ;
- les anti-rétroviraux autres (9^{ème} position, soit une augmentation du CA de 34,1 millions d'euros), dont la croissance est portée par un seul produit, l'Eviplera® (association ripilvirine/emtricitabine /tenofovir, +41,2 millions d'euros, pour un chiffre d'affaires de 45,5 millions d'euros), commercialisé en septembre 2012. Si l'Isentress® (raltegravir) commercialisé courant 2008, et l'Atripla® (association efavirenz/emtricitabine/tenofovir, commercialisé en 2009, ont des chiffres d'affaires plus élevés que l'Eviplera® (respectivement 87,7 millions d'euros et 81,5 millions d'euros), ceux-ci sont toutefois constants ou en baisse par rapport à 2012 (respectivement +0,3 et -7,5 millions d'euros).

Graphique 1 – Palmarès des 10 classes thérapeutiques ayant connu la plus forte augmentation de leur chiffre d'affaires entre 2012 et 2013 en France métropolitaine (en millions d'euros)



Sources : LEEM-GERS, traitement DREES.

Note de lecture : entre 2012 et 2013, le chiffre d'affaires de la classe des antagonistes hormones cytostatiques autres a augmenté de 90,4 millions d'euros.

Les 10 classes thérapeutiques ayant connu la plus forte baisse de leur chiffre d'affaires entre 2012 et 2013 représentent près de 18 % du chiffre d'affaires total du marché des médicaments remboursables en France métropolitaine.

Trois facteurs explicatifs principaux permettent d'éclairer le palmarès des 10 classes thérapeutiques ayant présenté la plus forte baisse de leur chiffre d'affaires entre 2012 et 2013 : l'apparition récente de génériques de médicaments représentant un chiffre d'affaires important, le déremboursement partiel de certains médicaments, ainsi que les politiques de baisse de prix.

Les classes thérapeutiques suivantes (graphique 2) ont ainsi été impactées par des tombées de brevets de médicaments « *blockbusters* » ; pour certaines d'entre elles, l'Assurance maladie et les syndicats de médecins ont d'ailleurs conclu, dans la convention médicale de Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), à un objectif minimal de prescription dans le répertoire des génériques (médicament princeps générique ou médicament générique) :

- les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), à travers la générotation de l'Inexium® (ésoméprazole) en 2011 et surtout à présent de celle du Pariet® (rabéprazole) fin 2012, sont dans le palmarès des plus fortes baisses de chiffre d'affaires depuis plusieurs années ;
- les statines, dont la molécule d'atorvastatine (Tahor®) a été générique en 2012 ;
- les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II), dont l'entrée sur le marché des génériques de l'Aprovel® (irbésartan) et de l'Atacand® (candésartan), en 2012, ont contribué à une diminution de la croissance de cette classe ;
- en parallèle, la classe des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II), associés aux diurétiques, a connu une baisse du chiffre d'affaires suite à la générotation des médicaments princeps Coaprovel® (irbésartan + hydrochlorothiazide) et Hytacand® (candésartan + hydrochlorothiazide), respectivement en 2013 et 2012 ;
- les antiagrégants plaquettaires, à travers la mise sur le marché des génériques du Plavix® (clopidogrel), en 2010.

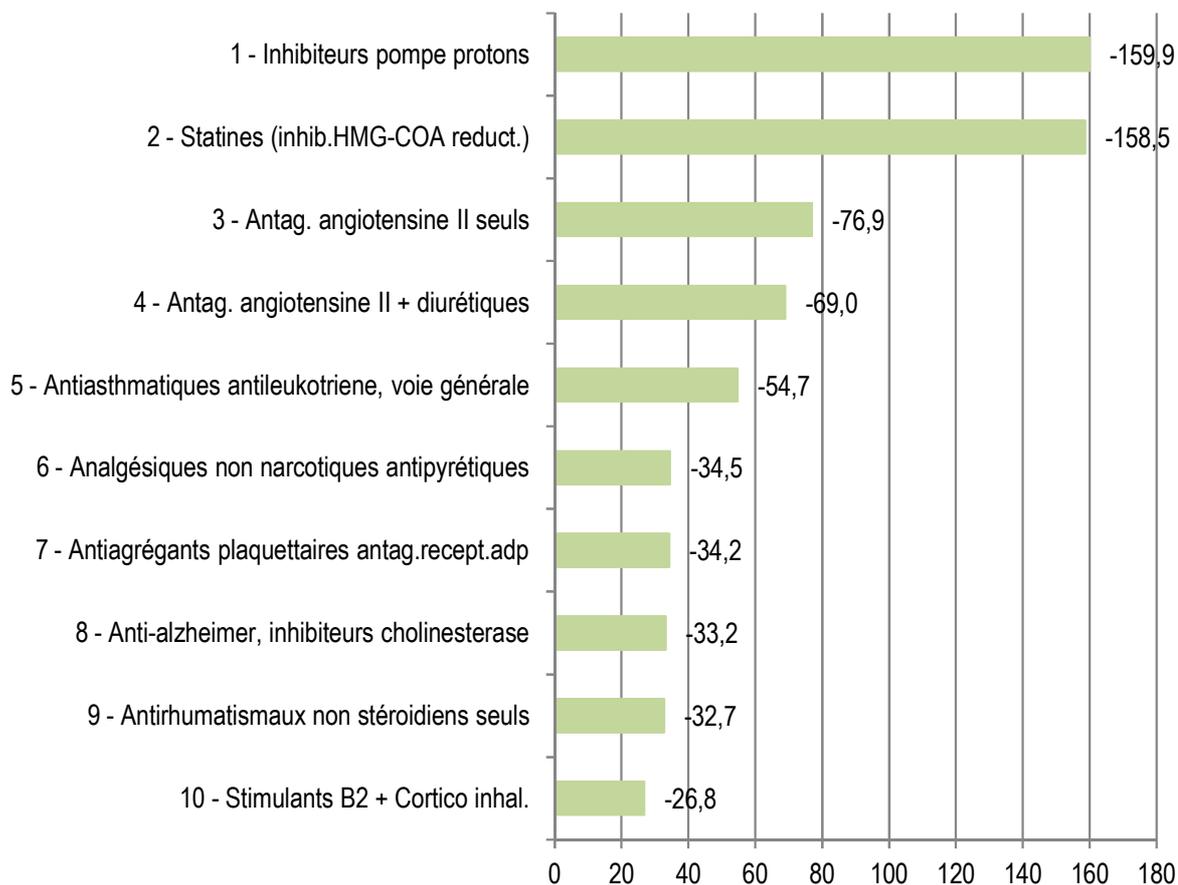
Ces cinq classes thérapeutiques étaient également dans le palmarès des plus fortes baisses de chiffre d'affaires entre 2011 et 2012.

Une autre classe, également impactée par la commercialisation des génériques, apparaît pour la première fois dans le palmarès : les antiasthmatiques antileukotriène, voie générale, suite à la commercialisation des génériques du Singulair® (montelukast) en 2012.

Notons également que plusieurs molécules citées ci-dessus font l'objet d'un suivi spécifique national et individuel dans le cadre de l'accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques, signé entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine.

Une classe a connu une baisse du taux de remboursement : les anti-alzheimer, inhibiteurs de la cholinestérase, ont en effet connu une diminution de leur taux de remboursement, de 65 % à 15 % en 2012.

Graphique 2 – Palmarès des 10 classes thérapeutiques ayant connu la plus forte baisse de leur chiffre d'affaires entre 2012 et 2013 en France métropolitaine (en millions d'euros)



Sources : LEEM-GERS, traitement DREES.

Note de lecture : entre 2012 et 2013, le chiffre d'affaires de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons a diminué de 159,9 millions d'euros.

Glossaire

Médicament : un médicament désigne toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques (article L. 511 du Code de la santé publique).

Différents niveaux d'analyse peuvent être utilisés pour le médicament :

- la **présentation** est le niveau le plus fin, elle est définie par son code CIP ; elle tient compte de la quantité vendue (nombre de comprimés par boîte ou volume du flacon par exemple) ;
- la **spécialité** tient compte du dosage et de la voie d'administration, mais pas du conditionnement (par exemple, le Doliprane 500 mg en comprimés) ;
- le **nom de marque** d'un médicament regroupe les différents dosages, voies d'administration et conditionnements (par exemple, le Doliprane) ;
- la **molécule** est le principe actif, qui peut être distribué par différents laboratoires et donc se décliner en plusieurs noms de marque (par exemple, le paracétamol).

Classe thérapeutique : une classe thérapeutique est un groupe de produits traitant de pathologie similaire. La classification EPHMRA (European Pharmaceutical Marketing Research Association), qui est utilisée, autorise 4 niveaux d'analyse. Les médicaments sont classés selon leurs lieux d'action (organes ou groupes d'organes, 1^{er} niveau), les indications thérapeutiques (2^{ème} niveau) et leurs effets pharmacologiques (3^{ème} et 4^{ème} niveaux). Le niveau le plus fruste (niveau 1) ventile les médicaments selon 18 grandes classes déterminées selon la nature des pathologies traitées (pathologies de l'appareil digestif, respiratoire, etc.). En 2012, la classification EPHMRA compte 16 groupes principaux de niveau 1 et 413 sous-groupes de niveau 4. 344 concernent les médicaments remboursables en 2011 et 2012 : ce sont ces derniers sous-groupes qui sont utilisés dans cet éclairage.

Molécules onéreuses : un certain nombre de médicaments dispensés à l'hôpital dont la liste est définie au niveau national sont remboursés par l'assurance maladie en sus des tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) fixés par la tarification à l'activité (T2A) instituée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004. Le principe de ce financement supplémentaire est de garantir un accès équitable aux médicaments les plus innovants qui introduiraient une hétérogénéité dans la distribution du coût du GHS, soit en raison du coût trop élevé de ces produits, soit parce que le nombre de patients consommant ces médicaments est marginal au sein du GHS. [...] Cette liste contient en 2012 une centaine de principes actifs, notamment des anticancéreux, des dérivés du sang, des médicaments orphelins ou encore certains traitements de la polyarthrite rhumatoïde (source : CNAMTS).

Médicaments rétrocedés : les pharmacies hospitalières peuvent délivrer à des patients ambulatoires des médicaments non disponibles en pharmacie d'officine. [...] L'arrêté du 17 décembre 2004 a fixé une liste restreinte de spécialités pharmaceutiques autorisées à être vendues au public par les pharmaciens des établissements de santé. Cette liste est arrêtée par le ministère de la Santé sur demande des laboratoires. En 2012, cette liste contenait 209 molécules (source : CNAMTS).

Princeps : on désigne par médicament princeps, le médicament original : c'est le premier prototype breveté.

Médicaments génériques : en France, on entend par générique tout médicament qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées (article L. 5121-1 du Code de la santé publique) que le médicament princeps qu'il copie. La commercialisation du médicament générique est possible dès que le brevet du médicament princeps est échu. La loi du 11 juin 1999 accorde le droit de substitution aux pharmaciens qui leur permet de délivrer des médicaments génériques en remplacement de médicaments de référence (princeps) prescrits, dans le périmètre défini par le répertoire des médicaments génériques.

Répertoire des médicaments génériques : le répertoire des groupes génériques présente les spécialités, de référence et génériques, incluses dans chaque groupe générique. En vue de leur inscription au répertoire des groupes génériques, les spécialités génériques sont identifiées, après avis de la commission d'autorisation de mise sur le marché mentionnant la spécialité de référence correspondante, par une décision du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. A ce stade, il se peut qu'aucun médicament générique de la spécialité inscrite au répertoire ne bénéficie encore d'autorisation de mise sur le marché. En effet, le code de la santé publique précise que la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché d'une spécialité générique, ainsi que l'inscription de cette spécialité au répertoire des médicaments génériques, peuvent intervenir avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée¹. Le répertoire des groupes génériques présente les spécialités incluses dans chaque groupe générique, en précisant leur dosage et leur forme pharmaceutique. Pour chaque spécialité, sont indiqués : son nom, son dosage et sa forme pharmaceutique, ainsi que le nom du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché, et, s'il diffère de ce dernier, le nom de l'entreprise ou de l'organisme exploitant la spécialité, ainsi que, le cas échéant, les excipients à effets notoires qu'elle contient.

¹ En revanche, la commercialisation des spécialités génériques ne peut intervenir qu'à l'expiration du brevet de la spécialité de référence.

Une estimation partielle des dépenses de prévention au sein de la consommation de soins et de biens médicaux en 2012

Audrey Baillet et Thierry Prost (DREES) avec la collaboration de Céline Pilorge (DREES) et des départements Études sur les pathologies et les patients et Information et prévention de la CNAMTS¹

La DREES a engagé, avec l'appui de la CNAMTS, une série de travaux destinés à améliorer et à compléter l'estimation des dépenses de prévention en France.

Dans la fiche B5 du rapport, les comptes de la santé retracent les dépenses de prévention institutionnelle, c'est-à-dire organisée et financée via des fonds et programmes de prévention nationaux ou départementaux. Or, une partie non négligeable de la prévention fait partie intégrante des soins courants et est à ce titre comptabilisée dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Cet éclairage propose d'évaluer l'ordre de grandeur des dépenses de prévention au sein de la CSBM pour l'année 2012, sur un champ restreint à ce stade de l'analyse par rapport à la précédente estimation proposée par l'IRDES pour l'année 2002. Le champ étudié couvre une grande partie des soins de ville (hors soins prodigués par les sages-femmes et auxiliaires médicaux et hors cures thermales) ainsi que l'ensemble des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux).

L'évaluation provisoire ainsi obtenue aboutit à un montant d'environ 8,5 milliards d'euros de dépenses de prévention en 2012, dont 6,2 milliards d'euros seraient pris en charge par l'assurance maladie.

¹ Les auteurs remercient tout particulièrement Christelle Gastaldi-Ménager et Philippe Tuppin pour leur expertise et pour la fourniture des données.

Dix ans après l'IRDES, une actualisation partielle de l'estimation de la prévention au sein de la CSBM

Les travaux menés par la DREES en partenariat avec CNAMTS reprennent en grande partie une méthode d'estimation des dépenses de prévention développée par l'IRDES sur des données de 2002¹.

En premier lieu, le périmètre de soins de prévention a été conservé à l'identique. Une partie conséquente du travail de l'IRDES avait en effet consisté à définir ce concept, notamment à l'aide d'un groupe d'experts pluridisciplinaires réunis en 2004. Ainsi, sont considérés comme relevant de la prévention les soins visant à :

- éviter la survenue d'une maladie (ex : vaccins, prophylaxie, prévention des carences nutritionnelles) ;
- dépister les maladies (ex : dépistage néonatal, examens bucco-dentaires, dépistage des cancers) ;
- prendre en charge les facteurs de risque, les addictions et les formes précoces des maladies (ex : prise en charge de l'hypertension artérielle et de l'hyperlipidémie sans complication, aide au sevrage tabagique).

L'évaluation présentée ici repose avant tout sur cette définition de la prévention. Une définition plus large ou, au contraire, plus restrictive aurait un impact potentiellement important sur l'estimation obtenue.

En second lieu, la méthode élaborée par l'IRDES a été reprise et adaptée aux sources de données qui ont été développées depuis, en particulier le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIR-AM). Pour les postes de soins dont les prestations se réfèrent à une nomenclature médico-économique détaillée dans le SNIIR-AM, les dépenses préventives ont été directement repérées grâce à leur code dans la nomenclature correspondante. Cependant, pour les consultations et visites des médecins et la prescription de certains médicaments, la présente étude s'appuie sur l'Étude permanente de la prescription médicale (EPPM) d'IMS-Health, qui a pour intérêt de renseigner le diagnostic ayant motivé le recours au médecin et la prescription médicamenteuse. À partir de cette source, à l'instar de l'IRDES dans ses travaux, des clés de répartition entre soins préventifs et soins curatifs ont été calculées et appliquées ensuite aux dépenses tirées du Système national inter-régimes (SNIR) ou de l'industrie pharmaceutique (GERS).

Les analyses étant encore en cours pour certains postes de soins, la présente estimation porte sur un champ partiel : les soins de ville (hors sages-femmes, auxiliaires médicaux et hors cures thermales) et les produits de santé.

L'estimation de la dépense de prévention des médecins s'appuyant sur les données du SNIR, elle comprend également par construction une partie des actions préventives des médecins libéraux exerçant en cliniques privées. Toutefois, celles-ci correspondent en pratique à des montants très faibles, compte tenu du ciblage opéré en matière de prestations dans le cadre de l'estimation (consultations, visites et actes CCAM retenus comme préventifs en médecine de ville). Aussi, le champ de l'étude apparaît bien au final assimilable à celui des soins de ville pour les spécialités étudiées.

Une dépense de prévention d'au moins 8,5 milliards d'euros en soins de ville et produits de santé

En 2012, sur le champ partiel des médicaments, dispositifs médicaux et des soins de ville (hors soins prodigués par les sages-femmes et auxiliaires médicaux), la prévention représenterait approximativement 8,5 milliards d'euros de dépenses, dont 6,2 milliards d'euros pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (72,5 %, tableau 1).

La consommation de soins de prévention s'établirait à au moins 3,5 milliards d'euros en 2012 en **soins de ville, hors sages-femmes et auxiliaires médicaux et hors cures thermales**. À elles seules, les actions préventives de médecins représenteraient plus de 60 % de ces dépenses (2,2 milliards d'euros). Cet ordre de grandeur sous-estime vraisemblablement l'activité de prévention des médecins : d'une part, la part des consultations et visites préventives n'a pu être calculée que sur le champ de l'EPPM², d'autre part, seuls les actes réalisés uniquement à titre préventif sont comptabilisés, alors que les actes, potentiellement nombreux, pouvant être réalisés selon les cas à titre préventif ou

¹ Cf. Renaud T., Sermet C. avec la collaboration de Minc C. et de Sarlon E., « Les dépenses de prévention en France : estimation à partir des Comptes nationaux de la santé en 2002 », Rapport n°542 (biblio n°1706), série Résultats, avril 2008, IRDES.

² L'EPPM porte sur les **consultations et visites** de 14 spécialités médicales suivantes : omnipraticiens, cardiologues, dermatologues, gynécologues médicaux et obstétriques, gastro-entérologues, oto-rhino-laryngologistes, pédiatres, pneumologues, rhumatologues, ophtalmologues, neurologues, psychiatres, endocrinologues et urologues. Les consultations et visites des urologues n'ont pas pu être isolées de celles des autres chirurgiens et ne sont donc pas prises en compte dans cette estimation. Les autres spécialités non prises en compte sont : anesthésistes, chirurgiens, radiologues, internistes, neuropsychiatres, médecine physique et réadaptation fonctionnelle, stomatologues, néphrologues, anatomocytopathologiste, gériatres. Ces spécialités, dont l'activité est plus technique, représentent peu de consultations et de visites, si bien qu'au total, 93 % des honoraires de consultations et visites des praticiens libéraux sont couverts par le champ de l'EPPM.

curatif, ont par convention été systématiquement exclus de l'estimation. Sur la base de cette estimation, la prévention représenterait près de 11 % des dépenses de médecins (tableau 2).

Tableau 1 : Estimation de la consommation de soins et de biens médicaux à visée préventive en 2012

En milliards d'euros	Dépense	Montant remboursé
1. Soins de ville - champ partiel	3,5	2,5
Médecins - champ partiel ¹	2,2	1,5
Consultations et visites	1,9	1,3
Actes CCAM	0,3	0,2
Dentistes	0,8	0,6
Analyses de biologie	0,6	0,5
2. Médicaments	4,8	3,5
3. Autres biens médicaux	0,1	0,1
Total	8,5	6,2

Champ : Soins de ville hors auxiliaires médicaux et hors spécialités médicales non prises en compte pour les consultations et visites, hors cures thermales – tous régimes.

Sources : SNIIR-AM ; SNIR ; GERS ; EPPM – IMS Health ; calculs DREES ; année 2012

Note : En 2002, pour l'ensemble des postes de soins considéré, l'estimation des dépenses de prévention était de l'ordre de 5,3 milliards d'euros. Cette différence de chiffrage est notamment liée à l'évolution tendancielle des dépenses de santé sur cette décennie ainsi qu'à l'actualisation et à l'amélioration de la méthode de calcul entre les deux exercices.

Tableau 2 : Part des soins préventifs dans le poste de soins correspondant et estimation du taux moyen de remboursement des dépenses de prévention

En %	Part de la prévention dans le total du poste de soins	Estimation du taux moyen de remboursement
1. Soins de ville - champ partiel	10,2	72,2
Médecins - champ partiel ¹	10,9	69,2
Dentistes	7,3	74,5
Analyses de biologie	13,8	80,2
2. Médicaments	14,3	72,4
3. Autres biens médicaux	1,1	82,7
Total	10,5	72,5

Champ : Soins de ville hors auxiliaires médicaux, hors spécialités médicales non prises en compte pour les consultations et visites, hors cures thermales – tous régimes.

Sources : SNIIR-AM ; SNIR ; GERS ; EPPM – IMS Health ; calculs DREES ; année 2012

(1) Les éléments de consommation pris en compte couvrent 86 % de la consommation de soins de médecins, soit 17,0 milliards d'euros sur les 19,8 milliards au total en 2012. En effet, seuls les consultations, visites (hors indemnités de déplacement) et les actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) ont pu faire l'objet d'un partage entre préventif et curatif. Pour les consultations et visites, seules les spécialités médicales présentes dans l'EPPM sont prises en compte : omnipraticiens, cardiologues, dermatologues, gynécologues médicaux et obstétriques, gastro-entérologues, oto-rhino-laryngologistes, pédiatres, pneumologues, rhumatologues, ophtalmologues, neurologues, psychiatres, endocrinologues. Pour les actes CCAM, seuls ceux présentant un caractère intrinsèquement préventifs ont été retenus. Les nombreux actes qui peuvent être effectués soit à titre préventif soit à titre curatif ont été systématiquement exclus, dans l'attente d'un examen approfondi. Aussi, la dépense préventive affichée à ce stade constitue-t-elle un minorant sur le champ des soins prodigués par les professionnels médicaux. Si l'on rapporte la dépense identifiée comme préventive aux 17,0 milliards d'euros du champ partiel couvert, la part de la prévention dans l'activité des médecins est de 12,7 %.

Environ 7 % de la consommation de soins dentaires serait de nature préventive, l'essentiel correspondant à des dépenses de détartrage et de polissage des dents. Cette proportion est près de deux fois plus élevée pour les analyses de biologie. Les principales analyses à visée préventive sont les bilans lipidiques (32 % de la prévention en biologie), les dépistages de maladies infectieuses (30 %) et les identifications de groupes sanguins ou recherche d'anticorps irréguliers (27 %).

Au total, dans l'ensemble des soins de ville considérés, la prévention représenterait 10 % des dépenses.

La part de la prévention apparaît plus élevée au sein de la dépense totale de **médicaments** (14,3 %). On estime en effet à 4,8 milliards d'euros la consommation de médicaments à titre préventif en 2012. La dépense totale liée aux traitements antihypertenseurs et hypolipémiants en représenterait une large majorité (62,5 %, soit 3,0 milliards d'euros). Les montants dédiés à la prévention sont des estimations de la dépense totale, calculées à partir de la

dépense remboursée issue de la cartographie des dépenses de santé récemment mise au point par la CNAMTS¹. Cette cartographie estime la prise en charge de ces deux facteurs de risque pour les patients ne souffrant pas de certaines pathologies indiquant des complications². Viennent ensuite les vaccins et les contraceptifs hormonaux dont les dépenses s'élèvent pour chacun à 500 millions d'euros environ. Les autres dépenses de médicaments à visée préventive se répartissent principalement entre les vitamines et les compléments alimentaires, les produits anti-tabac, ainsi que les traitements du diabète non compliqué ; les autres indications préventives ne totaliseraient qu'une centaine de millions d'euros.

Pour les **autres biens médicaux** inscrits à la liste des produits et des prestations remboursés par l'assurance maladie, le développement du SNIIR-AM a permis d'estimer d'autres dépenses que les seuls dispositifs intra-utérins pris en compte en 2002. Sur l'ensemble de ce poste, la prévention est estimée à 130 millions d'euros en 2012. Elle inclut, par ordre décroissant de dépense, la prévention des escarres, certains dispositifs de contention veineuse, les dispositifs contraceptifs ainsi que les aliments sans gluten.

UN CHAMP À COMPLÉTER, DES TRAVAUX AFFINÉS À REALISER

Étant donné le champ encore restreint de l'estimation à ce stade des travaux, ces 8,5 milliards d'euros ne représentent pas la totalité des dépenses de prévention au sein de la consommation de soins et de biens médicaux. Il conviendrait d'y ajouter la prévention relative aux soins de sages-femmes et d'auxiliaires médicaux pour les soins de ville, et l'intégralité de la partie préventive des soins hospitaliers. Ce champ sera complété ultérieurement afin de disposer d'une estimation couvrant l'ensemble des soins.

En outre, la DREES et la CNAMTS vont initier une réflexion de moyen terme sur la prévention en lien avec les administrations et institutions concernées.

Pour en savoir plus

Renaud T., Sermet C. avec la collaboration de Minc C. et de Sarlon E., « Les dépenses de prévention en France : estimation à partir des Comptes nationaux de la santé en 2002 », Rapport n°542 (bibliographie n°1706), série Résultats, IRDES, avril 2008.

CNAMTS, « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2015 », juillet 2014.

CNAMTS, « Propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2014 », juillet 2013.

¹ Pour la méthode, cf. annexe 4 du rapport de la CNAMTS, « Propositions de l'Assurance Maladie sur les charges et produits pour l'année 2014 », juillet 2013.

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