

# Initiation à l'économie de la santé avec les logiciels Eco-Santé

**Avertissement à destination des enseignants :** Les cahiers de TD ne sont plus mis à jour depuis quelques années.

Nous les laissons sur notre site afin de vous permettre de trouver une trame d'appui à vos cours.

Les données les plus récentes se trouvent dans nos bases de données [Eco-Santé](#) et sont présentées dans [nos données de cadrage](#).



Une production de

# IRDES

[www.ecosante.fr](http://www.ecosante.fr)



En partenariat avec :



**Partie 1 :**  
**Démographie et état de santé de la population**

**Partie 2 :**  
**Les producteurs du secteur de la santé**

**Partie 3 :**  
**Consommations et dépenses de santé**

**Travaux dirigés destinés à l'enseignement des sciences médico-sociales**

# Sommaire

|  |           |   |            |
|--|-----------|---|------------|
| Note à l'attention des élèves  | 5         | <b>Secteur pharmaceutique</b>                                       | <b>83</b>  |
| Aperçu rapide du maniement d'Eco-Santé                                       | 6         | Production de l'industrie pharmaceutique                            | 83         |
| <b>PREMIERE PARTIE : DÉMOGRAPHIE ET<br/>ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION</b>   | <b>9</b>  | Recherche, innovation et promotion de l'industrie<br>pharmaceutique | 83         |
| <b>Références démographiques : principaux<br/>indicateurs démographiques</b> | <b>11</b> | Principes actifs  | 85         |
| Population totale  | 11        | Emploi de l'industrie pharmaceutique                                | 85         |
| Population moyenne   | 11        | Démographie des pharmaciens   | 87         |
| Évolution de la population française   | 13        | Médicaments : prix et marges  | 89         |
| Écarts absolus et taux d'accroissement de la<br>population                   | 13        | <b>TROISIEME PARTIE : CONSOMMATION ET<br/>DÉPENSES DE SANTÉ</b>     | <b>91</b>  |
| Répartition de la population   | 15        | <b>Montants de consommation de santé</b>                            | <b>93</b>  |
| Natalité 17  | 17        | Remboursements du Régime général                                    | 93         |
| Taux net de reproduction   | 17        | Remboursements de la MSA et de la CANAM                             | 97         |
| Indice conjoncturel de fécondité   | 17        | <b>Consommation médicale totale (CMT)</b>                           | <b>99</b>  |
| Mortalité  | 19        | Évolution de la Consommation médicale totale                        | 99         |
| Solde naturel  | 21        | Composition de la CMT   | 101        |
| Solde migratoire   | 21        | Comparaisons internationales des dépenses de<br>santé               | 103        |
| Accroissement absolu de la population  | 21        | Profil des consommateurs, données<br>d'enquêtes                     | 105        |
| État de santé  | 23        | <b>Dépense courante de santé (DCS)</b>                              | <b>107</b> |
| Espérance de vie par âge et sexe   | 25        | DCS par poste   | 107        |
| Indicateurs de mortalité   | 29        | DCS par financeur   | 109        |
| Indicateurs d'état de santé  | 39        | <b>La santé dans la comptabilité<br/>nationale</b>                  | <b>113</b> |
| <b>DEUXIEME PARTIE : LES PRODUCTEURS<br/>DU SECTEUR DE LA SANTÉ</b>          | <b>57</b> | Place de la santé   | 113        |
| <b>Établissements hospitaliers</b>   | <b>61</b> | Évolution du poste de la santé                                      | 113        |
| Structure du système hospitalier   | 61        | <b>Compte de la protection sociale</b>                              | <b>115</b> |
| Activité hospitalière  | 63        | Emplois   | 115        |
| Facteurs de production   | 69        | Ressources <sup>1</sup>   | 121        |
| Personnel hospitalier  | 71        | <b>Couverture maladie universelle (CMU)</b>                         | <b>123</b> |
| <b>Professions de santé</b>  | <b>73</b> | Recettes et dépenses du fonds de la couverture<br>complémentaire    | 123        |
| Démographie des professions de santé   | 73        | <b>Liste des organismes cités</b>                                   | <b>124</b> |
| <b>Activité des médecins libéraux</b>  | <b>79</b> | <b>Liste des enquêtes citées</b>                                    | <b>126</b> |
| Actes  | 79        |   |            |
| Prescriptions  | 81        |   |            |
| Honoraires   | 81        |   |            |
| Revenu des médecins libéraux   | 81        |   |            |

# CONSOMMATIONS ET DÉPENSES DE SANTÉ

## La Sécurité sociale, ses branches et ses régimes

La Sécurité sociale a été bâtie sur le principe de solidarité nationale et de redistribution en assurant les travailleurs et leur famille contre des risques susceptibles de réduire ou de supprimer leur source de revenu.

Devant la multiplicité des risques, la Sécurité sociale a été amenée à se diversifier en plusieurs branches :

- la branche assurances sociales couvrant la maladie, la maternité, l'invalidité, le décès, la vieillesse, le veuvage ;
- la branche accidents du travail ;
- la branche maladies professionnelles ;
- la branche prestations familiales.

La Sécurité sociale se divise en différents régimes selon les catégories professionnelles qu'elle protège. Ainsi :

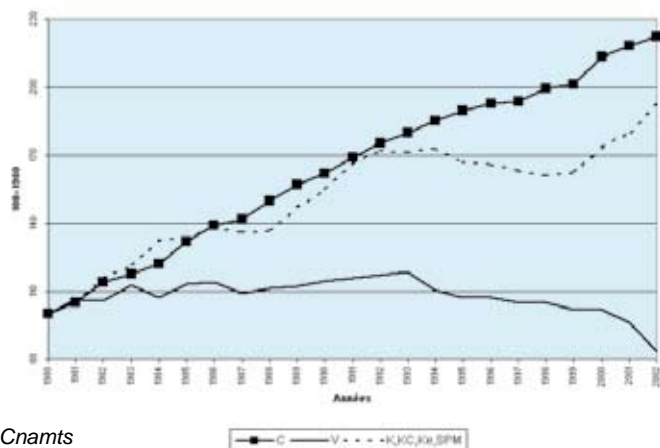
- le régime général couvre les travailleurs salariés ;
- le régime agricole couvre les salariés et exploitants agricoles ainsi que les métayers ;
- le régime des professions non salariées non agricoles couvre les travailleurs indépendants (artisans, commerçants, industriels, professions libérales) ;
- les régimes spéciaux couvrent des professions bien spécifiques (marins, mines, Sncf, militaires, notaires, ratp, clercs, Français expatriés...) ;

La Sécurité sociale comprend également les assurances complémentaires. Elles se composent des régimes complémentaires de retraite et de prévoyance, de la mutualité, de l'Assurance chômage, de l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) et du régime national interprofessionnel d'allocations spéciales aux travailleurs sans emploi de l'industrie et du commerce.

### L'Assurance maladie du Régime général

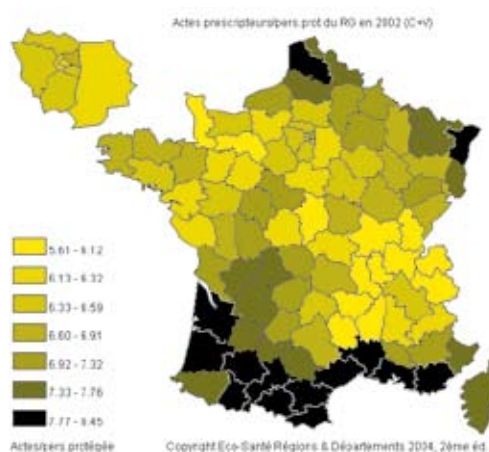
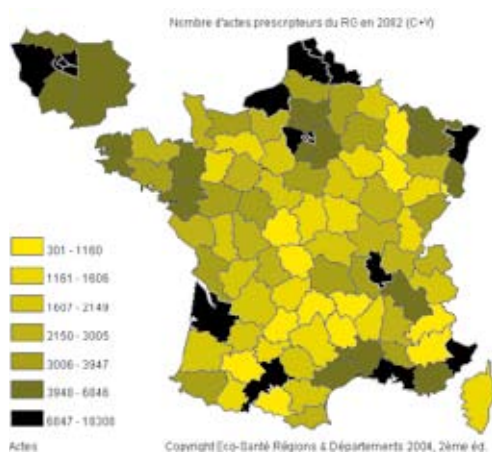
L'Assurance maladie couvre les risques maladie, maternité, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles. Sa gestion est confiée, au niveau national, à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), au niveau régional à des Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) et au niveau départemental à des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

### Évolution du nombre d'actes de médecins dentistes (base 100=1980)



Source : Cnamts

### Actes prescripteurs en 2000



Source : Cnamts

# Exercices

## Montants de consommation de santé

La consommation est calculée à partir des montants, remboursés par les différents régimes d'Assurance maladie (Régime général, MSA, CANAM), effectués dans les comptes de la Sécurité sociale et publiés chaque année dans les comptes de la santé, compte satellite de la comptabilité nationale ;

### ■ Remboursements du Régime général

Eco-Santé présente les remboursements de consommation des assurés du Régime général. Ces consommations sont de deux types :

- soins de médecins, dentistes,
- prescriptions (pharmacie, actes d'auxiliaires).

Elles sont exprimées en nombre d'actes ou de lettres-clés<sup>1</sup> qui désignent les différents actes, en tarifs à partir desquels a pu être reconstituée la dépense reconnue.

### Soins de médecins et de dentistes

Regardez ci-contre l'évolution des actes de médecins et de dentistes. Ils ont été rapportés à 100 en 1980. Commentez ces évolutions (n'oubliez pas de regarder ce qui se passe au niveau du tarif de ces actes).

---



---



---



---

Regardons la répartition géographique de la consommation (en nombre total d'actes et en actes par personne protégée) de consultations et visites.

Ainsi, en observant les cartes régionales ci-contre, on s'aperçoit que la consommation des soins médicaux est loin d'être uniforme, les actes de C+V variant selon les départements de 301 à 18 300. Comparez la répartition de cette consommation ainsi que celle rapportée au nombre de personnes protégées :

---



---



---



---

<sup>1</sup> Pour les actes ou lettres-clés, voir page 82.

## Définition de la prescription<sup>1</sup>

La prescription est un acte médical réalisé par un médecin en situation normale d'exercice (notamment inscrit au Tableau de l'Ordre). Elle se fait sur ordonnance qui, en droit médical, est « une ligne de conduite écrite pour le malade quant aux mesures curatives à prendre ».

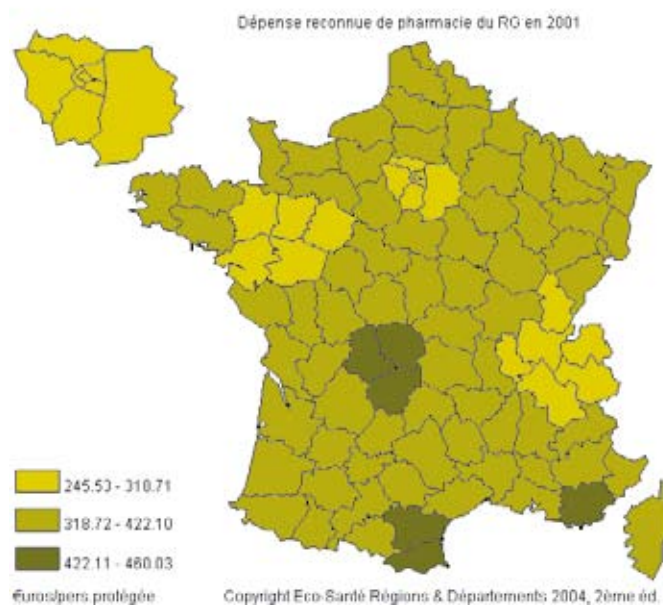
La prescription concerne :

- les substances médicamenteuses,
- les actes paracliniques (radiologie, biologie...), les actes paramédicaux (kinésithérapie, soins infirmiers...),
- la fourniture de matériels (cannes anglaises, fauteuils roulants, appareils aérosols...).

## Exemple de prescription : la prescription pharmaceutique en 2001

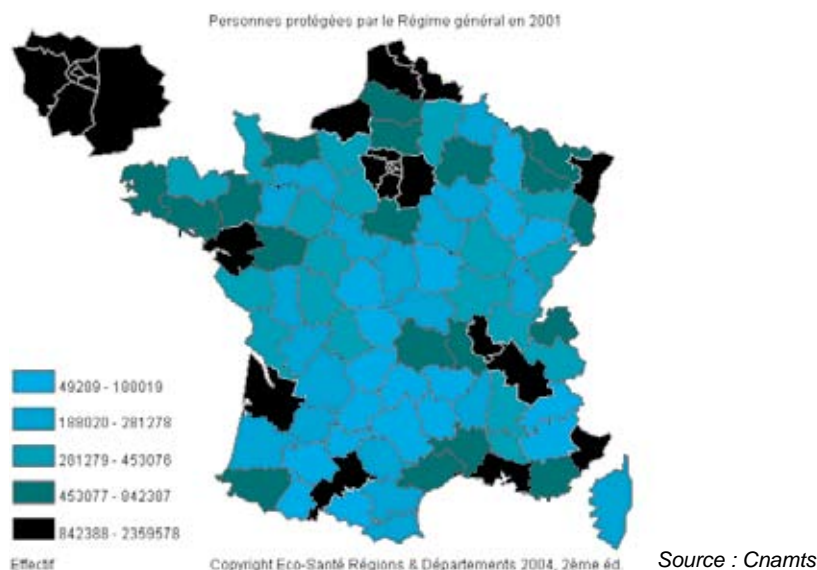
Pour pouvoir comparer le niveau des dépenses de pharmacie des trois régimes dans chacun des départements, une répartition à l'estime a été choisie pour faire coïncider les bornes des classes sur les trois cartes. Ce choix a été effectué par la liste déroulante de l'onglet de cartographie.

Lorsque une répartition à l'estime est demandée, apparaît une fenêtre de définition des classes. À part les valeurs extrêmes qui ne peuvent être modifiées, il faut saisir les bornes supérieures des tranches (zones blanches), les bornes inférieures sont modifiées automatiquement.



Source : Cnamts

## Population protégée par le Régime général en 2001



<sup>1</sup> [www.caducee.net/DossierSpecialises/systeme-information-sante/prescriptions-informatisees.asp#definition](http://www.caducee.net/DossierSpecialises/systeme-information-sante/prescriptions-informatisees.asp#definition)

# Exercices

## Les prescriptions

Commentez la carte de prescription pharmaceutique en 2001 ci-contre. Rapprochez-cette carte de celle du dessous présentant la population protégée par le Régime général et de celle (page 96) des montants de C, V, K, Z (actes prescripteurs).

---

---

---

---

---

Construisez un tableau présentant l'évolution de la prescription d'auxiliaires et sages-femmes (parmi laquelle vous ferez ressortir la prescription d'AMI-AIS), d'actes en B+BR+BP, de prélèvements et collez-le ci-dessous.

Expliquez, en vous servant de l'aide, ce qui se passe en 1997 sur le total des actes de prélèvement. Vérifiez dans le tableau.

---

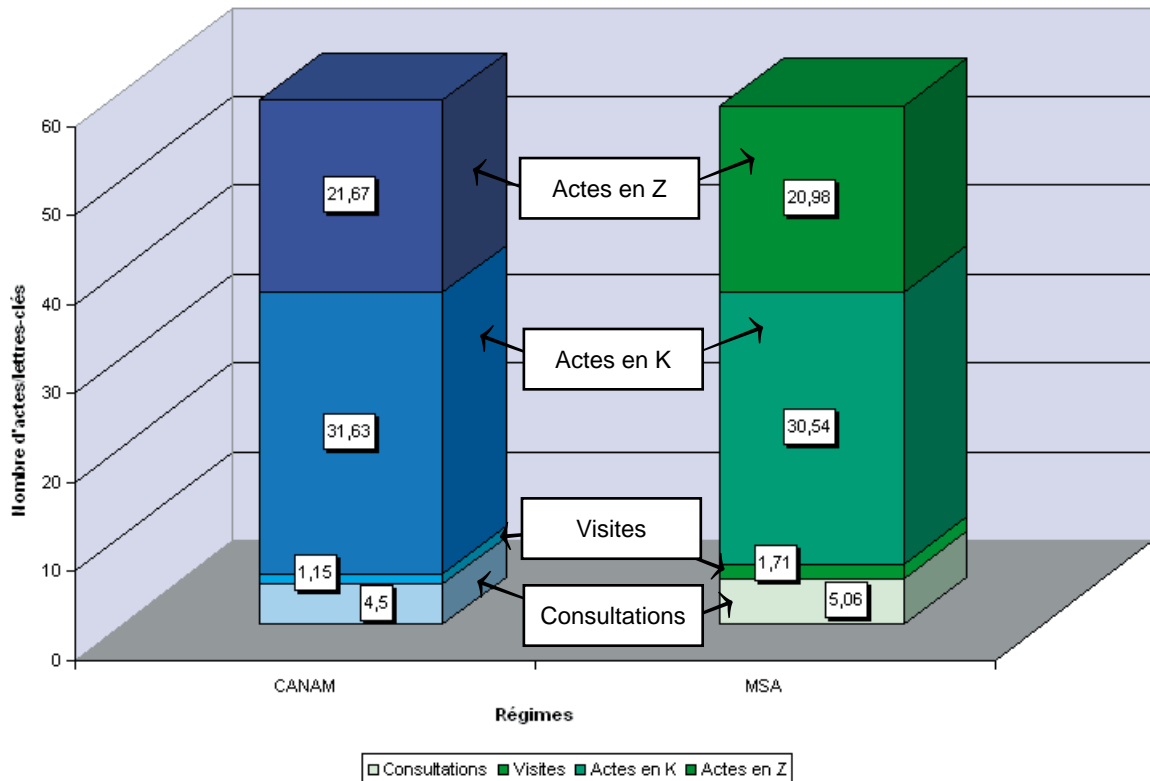
---

---

---

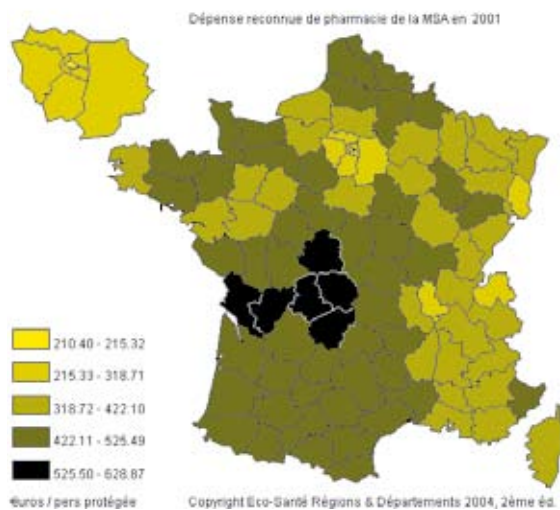


### Remboursement d'actes de C, V, K et Z par personne par la CANAM et la MSA en 2001



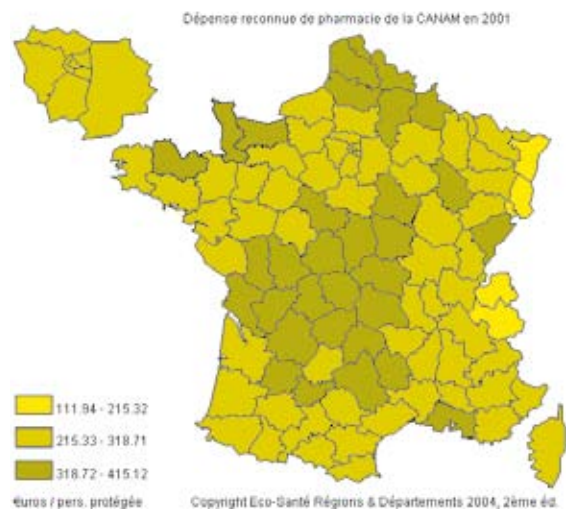
Source : Canam, MSA

### Remboursements par la MSA et la CANAM de consommation de pharmacie en 2001



Source : MSA

Rappel : Les bornes des classes de ces deux cartes sont alignées sur les classes de la carte de la dépense reconnue de pharmacie du Régime général pour permettre des comparaisons entre ces cartes.



Source : Canam



# Exercices

## ■ Remboursements de la MSA et de la CANAM

Eco-Santé Régional & Départemental présente de plus la consommation de soins de médecins, dentistes et de prescriptions de la MSA et de la CANAM.

### Soins de médecins et de dentistes

Comparez, à partir du graphique, la consommation de consultations, visites, actes en K et actes en Z remboursés par la MSA et par la CANAM en 2001. Puisque cette consommation est rapportée à une personne protégée, peut-on en déduire qu'il existe une consommation « culturelle » ?

---

---

---

---

---

---

---

---

### Prescriptions

Regardez ci-contre la consommation de pharmacie remboursée par ces deux régimes. Observez, pour chaque carte, les inégalités régionales et comparez ces deux cartes entre elles et avec celle du Régime général.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Les comptes nationaux de la santé

Les comptes de la santé constituent l'un des cinq comptes satellites de la comptabilité nationale (avec ceux de la recherche, de l'éducation et du logement) qui s'intègrent dans le schéma des Comptes Nationaux. Ils ont été créés par la Division d'Economie Médicale du CREDOC (devenue CREDES, et maintenant IRDES). A présent, ils sont élaborés par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées et présentés chaque année à la Commission des Comptes de la Santé.

Ce sont les comptes nationaux de la santé qui évaluent annuellement le montant total des soins et biens médicaux consommés en France et qui font ressortir les grandes tendances de l'évolution. Ces comptes sont donc un instrument indispensable d'analyse et d'aide à la décision.

---

## Que représente la CMT ?

La CMT désigne la consommation de biens et services médicaux sur le territoire métropolitain, qui sont acquis sous une forme marchande et non marchande en vue de la satisfaction directe des besoins individuels en matière de santé. Elle comprend la consommation de soins et biens médicaux et la consommation de services de médecine préventive.

- *La consommation de soins et biens médicaux (CSBM)* est le poste le plus important (98 %) de la CMT. Elle est elle-même composée de 4 postes :
  - la consommation de soins hospitaliers et de soins en sections médicalisées,
  - les soins ambulatoires ou de ville (soins de médecins et de dentistes libéraux, soins des auxiliaires médicaux, analyses en laboratoire de ville, cures thermales),
  - les biens médicaux (pharmacie, lunetterie, orthopédie),
  - les transports sanitaires.
- *La consommation de soins de services de médecine préventive* est composée de :
  - la médecine du travail,
  - les services de santé scolaire,
  - la protection maternelle et infantile,
  - d'autres services, tels que : toxicomanie, planification familiale, bilan de santé...

# Exercices

## Consommation médicale totale (CMT)

### ■ Évolution de la Consommation médicale totale

Nous voyons dans la définition ci-contre que ce qui est appelé « Consommation médicale totale » (CMT) décrit en fait des dépenses : les dépenses de santé.

La Consommation médicale totale représentait en 1978 près de \_\_\_\_\_ milliards d'euros, soit \_\_\_\_\_ euros par personne. Elle s'élève en 2003 à près de \_\_\_\_\_ milliards d'euros, soit \_\_\_\_\_ euros par personne.

Cet agrégat a augmenté très rapidement depuis la fin de la guerre puis cette croissance ralentit jusqu'en 1997, pour revenir à une accélération plus rapide depuis.

Recherchez et inscrivez ci-dessous le montant de la CMT en millions d'euros, à prix relatifs<sup>1</sup>, de 1978 à 2003 ainsi que les taux d'accroissement<sup>2</sup> annuels pour les années et les périodes demandées dans le tableau.

### Évolution de la CMT à prix relatifs, en millions d'euros 95

| Années | Valeur en millions d'euros | Périodes  | Taux d'accroissement annuel moyen (TCAM) |
|--------|----------------------------|-----------|--|
| 1978   |                            |           |  |
| 1983   |                            | 1978-1983 |  |
| 1988   |                            | 1983-1988 |  |
| 1993   |                            | 1988-1993 |  |
| 1998   |                            | 1993-1998 |  |
| 2003   |                            | 1998-2003 |  |

Qu'est devenu le freinage des dépenses de santé amorcé depuis le début des années 80 ?

Pour répondre à cette question, il est nécessaire d'analyser l'évolution des dépenses réelles de santé, c'est-à-dire en volume, ou en d'autres termes à prix constants afin de supprimer l'effet de l'augmentation des prix des biens et soins médicaux.

---



---



---

<sup>1</sup> À prix relatifs pour tenir compte de l'influence de l'inflation.

<sup>2</sup> Pour la définition d'un taux d'accroissement, veuillez vous reporter page 12.

## Prix courant, du prix relatif, prix constants

**Prix courant** : chaque année, un bien est évalué à prix courant, c'est-à-dire exprimé en euros de l'année concernée.

La hausse ou la baisse de la consommation en valeur, intègre à la fois des phénomènes de prix et de volume.

On a vu que l'on utilisait **un prix relatif** pour éliminer l'influence de l'inflation (voir page 50). Il est obtenu en déflant les montants à prix courants par l'indice de prix du PIB

**Un prix constant** éliminant le rôle des prix du panier de biens considéré, présente des volumes. Il est obtenu en déflant les montants à prix courants par l'indice de prix du bien correspondant.

## PIB / PNB

Le **PIB** est égal à la somme des valeurs ajoutées réalisées par les différentes branches de l'économie sur le territoire national, augmentée de la TVA et des droits de douane. Il est établi selon un critère de territorialité.

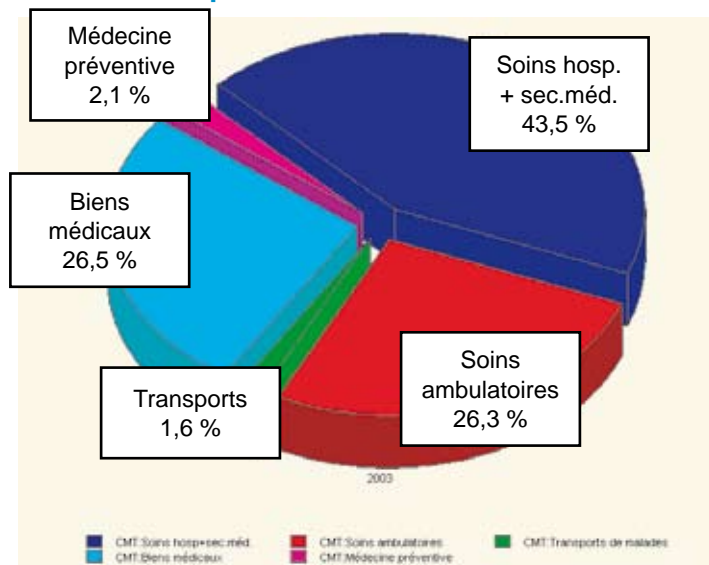
Le **PNB** est égal au PIB auquel on ajoute les revenus de facteurs versés par l'étranger et on retranche les revenus de facteurs versés à l'étranger.

La différence entre le PNB et le PIB est faible dans les pays développés, mais plus forte dans les pays en voie de développement où l'activité des entreprises étrangères est importante par rapport à l'activité nationale.

L'augmentation des dépenses de santé s'explique par différents facteurs qui interviennent à la fois du côté de la demande et de l'offre de soins.

- Du côté des consommateurs, la généralisation de la Sécurité sociale, l'élargissement de la protection sociale, l'allongement de la durée de vie et l'évolution de la morbidité ont été des facteurs déterminants dans l'augmentation du recours au système de santé.
- Du côté des unités de production, on constate une croissance de l'offre qui s'explique, entre autres, par une meilleure connaissance médicale, une technicité de plus en plus grande des pratiques médicales, l'augmentation de l'effectif du personnel hospitalier et des professions libérales. Cette croissance de l'offre a eu un double effet : elle a été responsable, d'une part, de l'augmentation des coûts et donc des dépenses et, d'autre part, d'une augmentation de la demande qui s'explique par la théorie économique selon laquelle la demande de soins peut être induite par l'offre<sup>1</sup>.

## Les différents postes de la CMT en 2002



Source : Drees, Compte de la santé

<sup>1</sup> Les montants du graphique ci-dessus, exprimés en euros, correspondent à ceux donnés dans Eco-Santé OCDE en dollars sur la base d'une valeur de 1,12 euro pour 1 dollar. Cette conversion exprime la Parité de Pouvoir d'Achat (PPA), correspondant à la somme qu'il faudrait dépenser pour acheter en France les mêmes marchandises que celles qui coûtent en moyenne 1 dollar aux États-Unis.

# Exercices

Tracez graphiquement, sous forme d'histogramme, l'évolution annuelle des taux de croissance du PIB et de la CSBM à prix constants de 1978 à 2003 (la médecine préventive n'ayant pas d'indice de prix, il est impossible de calculer un volume pour l'ensemble de la CMT).

---

## Taux de croissance en volume du PIB et de la CSBM

Faites votre graphique et collez-le ici.

La CSBM continue-t-elle à croître plus vite que le PIB ? La santé constitue-t-elle toujours une priorité dans notre économie ?

---



---



---



---

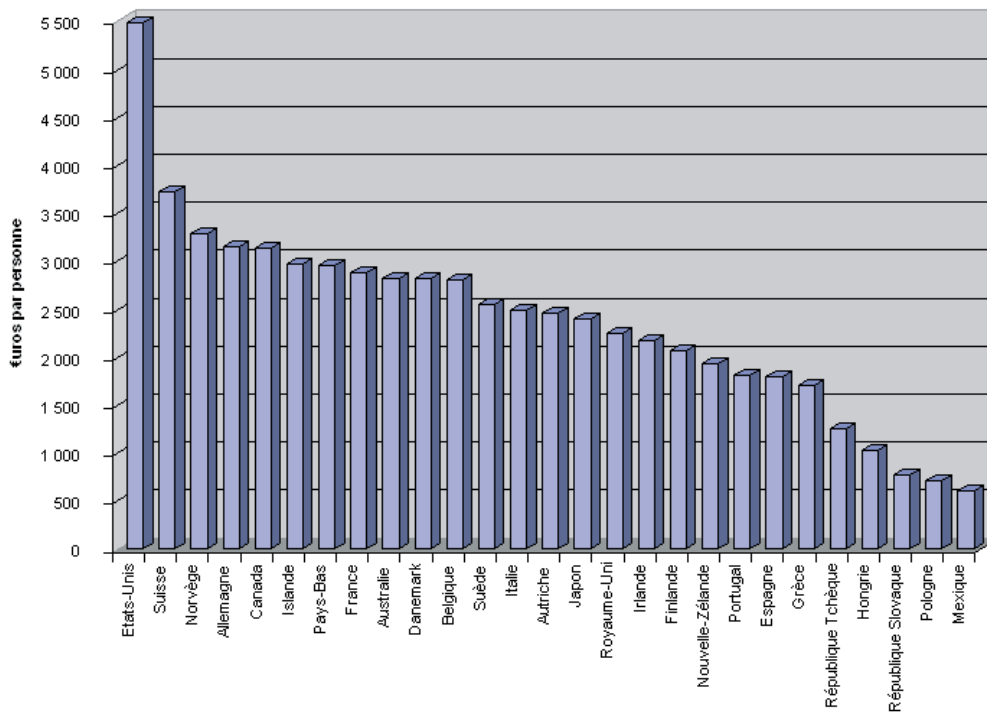
### ■ Composition de la CMT

Les différents postes constituant la CMT représentent des poids très différents.

Nous voyons, en 2003, que les dépenses d'hospitalisation (soins hospitaliers et sections médicalisées) prédominent : elles représentent le premier poste avec 43,5 % de la CMT, soit \_\_\_\_\_ euros par personne. Les biens médicaux constituent également une part importante des dépenses représentant 26,5 % de la CMT (soit \_\_\_\_\_ euros par personne) suivis des soins ambulatoires ou de ville (26,3 % de la CMT, soit \_\_\_\_\_ euros par personne). Les dépenses de transport et de médecine préventive constituent une faible part (3,7 % de la CMT, soit \_\_\_\_\_ euros par personne).

<sup>1</sup> cf. « Demande de santé et induction par l'offre », E. Lévy in *Revue d'Economie Politique*, n° 4, juillet-août 1988.

## Dépenses de santé par personne<sup>1</sup> dans quelques pays industrialisés en 2001



Source : OCDE



# Exercices

## ■ Comparaisons internationales des dépenses de santé

Ce sont les pays industrialisés qui dépensent le plus pour leur santé. Une croissance forte permet de consacrer plus d'argent au système de santé. Mais parmi les pays industrialisés, de grandes différences subsistent.

Un Français dépense-t-il plus pour sa santé qu'un Américain, un Japonais, un Anglais, un Espagnol, un Suédois, un Grec... ? Essayez de répondre à cette question en analysant le graphique ci-contre qui vous donne le montant des dépenses de santé par personne en euros.

---

---

---

---

---

---

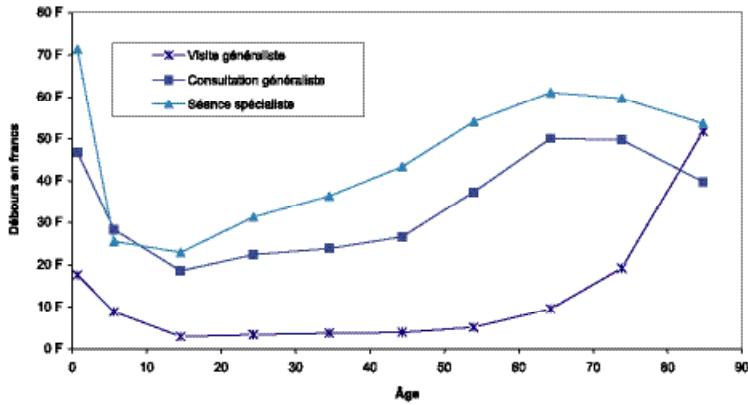
---

---

---

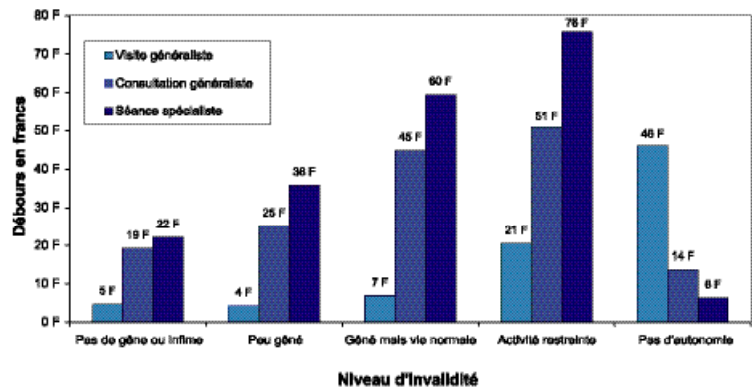
---

### Débours par personne en soins de médecins, en un mois, selon l'âge



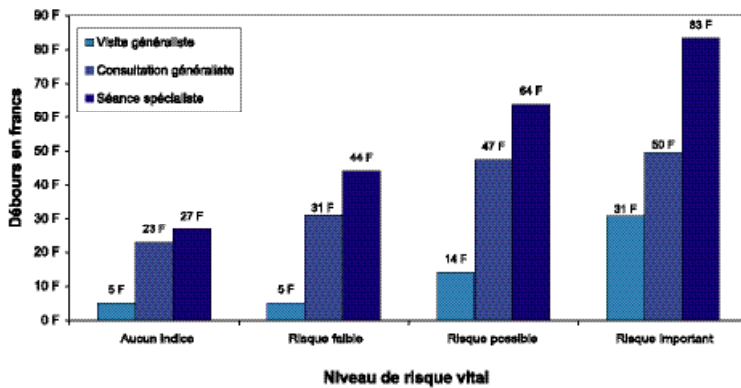
Source :  
CREDES - ESPS 2000

### Débours par personne en soins de médecin, en un mois, selon le degré d'invalidité



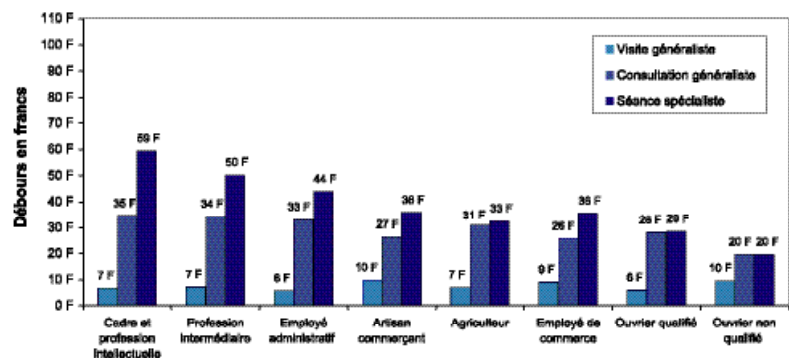
Source :  
CREDES - ESPS 2000

### Débours par personne en soins de médecin, en un mois, selon le niveau de risque vital



Source :  
CREDES - ESPS 2000

### Débours par personne en soins de médecin, en un mois, selon le milieu social



Source :  
CREDES - ESPS 2000

# Exercices

## ■ Profil des consommateurs, données d'enquêtes

Les dépenses médicales sont très concentrées sur quelques personnes.

Quel est le profil de ces gros consommateurs ? Le niveau de la consommation médicale est influencé par plusieurs facteurs tels que l'âge, le sexe, la morbidité<sup>1</sup>, la catégorie sociale, le revenu, la protection sociale... L'âge et la morbidité sont deux variables fondamentales qui entraînent une plus grande variation de la consommation médicale que les variables économiques ou sociales

Les quatre graphiques ci-contre décrivent la consommation de soins ambulatoires en fonction de certains facteurs déterminants : l'âge, la morbidité (invalidité et risque vital) et les Professions et catégories sociales (PCS).

Déterminez à partir des quatre graphiques qui ont été construits à partir des données de l'Enquête Santé et protection Sociale<sup>2</sup>, les différences introduites par chacun des facteurs (âge, invalidité, risque vital et PCS) sur le niveau de la consommation médicale. Donnez les principales caractéristiques des consommateurs de soins.

Commentaires :

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

<sup>1</sup> Voir les différents niveaux d'indicateurs de morbidité page 38.

<sup>2</sup> Enquête Santé et Protection Sociale menée en 2000 (voir page 130).

---

### Que représente la Dépense courante de santé (DCS) ?

La DCS est un des deux agrégats des comptes de la santé avec la CMT. Elle regroupe tous les modes de financement intervenus au cours d'une année au titre de la santé lorsque les soins ont été payés mais pas forcément dispensés, comme c'est le cas pour le budget global des soins hospitaliers.

Elle se différencie donc de la CMT qui, elle, est concernée par les soins dispensés, remboursés ou non.

La DCS comprend en outre, à la différence de la CMT, des dépenses non individualisables de gestion, d'enseignement, recherche et prévention ainsi que les Indemnités Journalières (IJ) versées par la Sécurité sociale.

---

### Postes de la DCS

La DCS peut se décomposer en 5 sous-ensembles :

- la dépense pour les malades,
- la dépense de prévention,
- la dépense en faveur du système de soins,
- la dépense de gestion générale de la santé,
- le double compte.

---

### Pourquoi un double compte ?

Ce poste présente des montants déjà évalués dans d'autres postes :

- la recherche pharmaceutique financée par la vente des médicaments (biens médicaux),
- les dépenses de recherche clinique des hôpitaux financées par la dotation globale (soins hospitaliers).

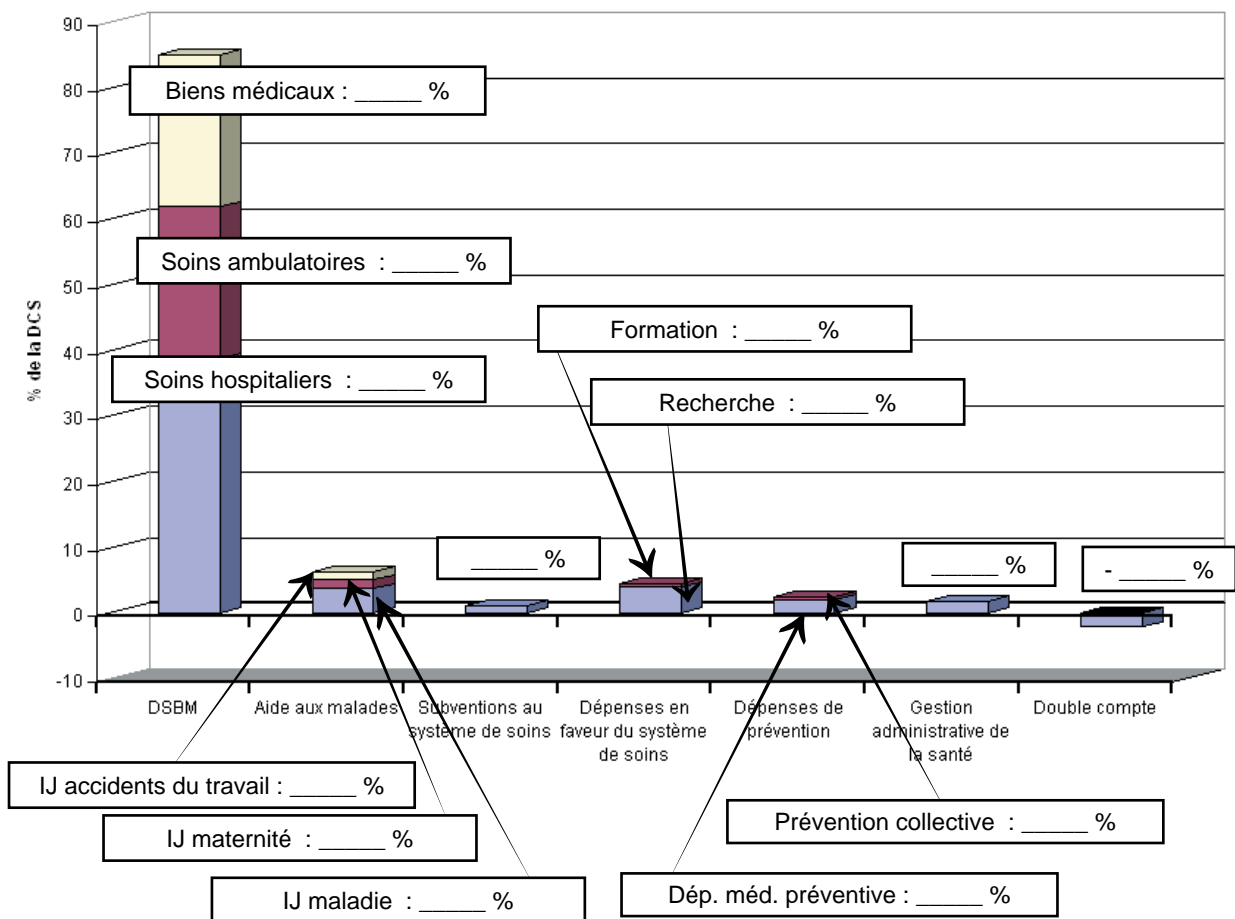
# Exercices

## Dépense courante de santé (DCS)

Nous voyons ci-contre que ce qui est appelé « dépense courante de santé » (DCS) décrit en fait des dépenses de financeurs ; il s'agit ici de financement. Nous allons, dans un premier temps, étudier la DCS dans son ensemble et voir les différents postes qui la composent puis dans un deuxième temps les différents financeurs.

### ■ DCS par poste

#### Composition de la DCS en 2003



Source : Drees, *Compte de la santé*

---

## Financiers de la DCS

Plusieurs acteurs interviennent dans le financement des dépenses de santé :

- la Sécurité sociale,
- le secteur public (état et collectivités territoriales),
- les mutuelles,
- le secteur privé (ménages, assurances privées et entreprises).

---

## Part des différents financiers de la DCS en 2003 (en % de la DCS tous financements)

| Sécurité sociale | Public | Mutuelles | Privé |
|------------------|--------|-----------|-------|
| 73,2             | 4,4    | 7,4       | 15    |

---

## Qu'est-ce que le ticket modérateur ?

Le ticket modérateur est le pourcentage des dépenses qui reste à la charge de l'assuré, après remboursement de l'Assurance maladie. Institué en 1930, ce pourcentage est régulièrement modifié et varie en fonction du type de soins : le taux de participation de l'assuré est limité, depuis le 1<sup>er</sup> août 1993, à 30 % pour la médecine de ville, 40 % pour les examens de laboratoire...

En réalité pour les ménages ayant souscrit une assurance complémentaire, une partie du ticket modérateur est pris en charge.



# Exercices

## ■ DCS par financeur

### La Sécurité sociale

Comme vous pouvez le constater dans le tableau ci-contre, la Sécurité sociale se place au premier plan des financeurs.

À l'aide d'Eco-Santé France, regardez la ventilation du financement de la Sécurité sociale pour chacun des postes de soins et biens médicaux pour l'année 2003 et complétez le.

### Financement de la dépense de soins et biens médicaux en 2003 par la Sécurité sociale (Répartition par poste en %)

|      | Soins<br>Ambulatoires | Hospitalisation | Etablissements soc.<br>Médicalis. | Biens<br>médicaux | Transports |
|------|-----------------------|-----------------|-----------------------------------|-------------------|------------|
| 2003 |                       |                 |                                   |                   |            |

Commentaires :

---



---



---



---

La part de la Sécurité sociale dans le financement des dépenses s'est continuellement accrue dans les années 60. Cette évolution est la conséquence de l'élargissement de la Sécurité sociale à un nombre de plus en plus important d'assurés sociaux et de l'extension de la couverture sociale des personnes âgées (par exemple, institution en 1969 du remboursement à 100 % des soins délivrés aux personnes souffrant de maladies longues et coûteuses).

La forte croissance des dépenses de santé pose un problème de financement qui ne fait qu'augmenter. Un certain nombre de mesures sont intervenues ces dernières années visant à réduire la part du financement de la Sécurité sociale et à renforcer celle des ménages (moindre participation des régimes obligatoires tant au niveau des dépassements chez les praticiens conventionnés que dans la réduction des exonérations du ticket modérateur).

---

### À propos, qu'est-ce qu'un ménage?

Selon l'INSEE (c'est-à-dire au sens du recensement), un ménage est un ensemble de personnes qui partagent une même résidence principale, quels que soient les liens de parenté ou autres qui les unissent. Un ménage peut se réduire à une seule personne.

Au sens de la Comptabilité nationale, un ménage est un secteur institutionnel regroupant l'ensemble des unités dont la fonction principale est la consommation et, éventuellement, la production dans le cadre d'une entreprise individuelle.

---

### Les mutuelles

Historiquement, la mutualité « sociale » est un mouvement associationniste de défense et d'entraide des professions. Ce mouvement prolonge l'action du compagnonnage et des corporations, les regroupements associationnistes et coopératifs, puis les initiatives d'économie sociale fondées sur le statut des associations-loi de 1901.

Le secteur mutualiste s'est développé dans le domaine du crédit, les assurances privées et des assurances sociales.

Les mutuelles de Sécurité sociale sont des sociétés mutualistes qui interviennent (en plus des institutions de prévoyance et des organismes d'assurance à but lucratif) dans la gestion des risques sociaux : famille, accidents du travail, invalidité ou maladie. Elles peuvent intervenir soit directement comme centre de paiement de l'Assurance maladie, soit apporter à leurs membres un complément aux remboursements sociaux.

# Exercices

## Les ménages et assurances privées

Les ménages, et assurances privées et institut de prévoyance se situent au 2<sup>e</sup> rang des financeurs avec 15 % en 2003. Au total, ils ont dépensé \_\_\_\_\_ euros par personne en 2003. Ces dépenses correspondent au paiement du ticket modérateur et à l'achat de médicaments sans ordonnance.

## Les mutuelles

Viennent ensuite les mutuelles avec un peu plus de 7 % des dépenses de santé en 2003. La structure de financement des dépenses de santé se modifie car la part des régimes de base régresse lentement. Les assurés sont donc incités à adhérer ou s'assurer auprès d'organismes de protection sociale complémentaire. Les dépenses de protection maladie complémentaire ont un poids grandissant dans l'ensemble des dépenses de santé.

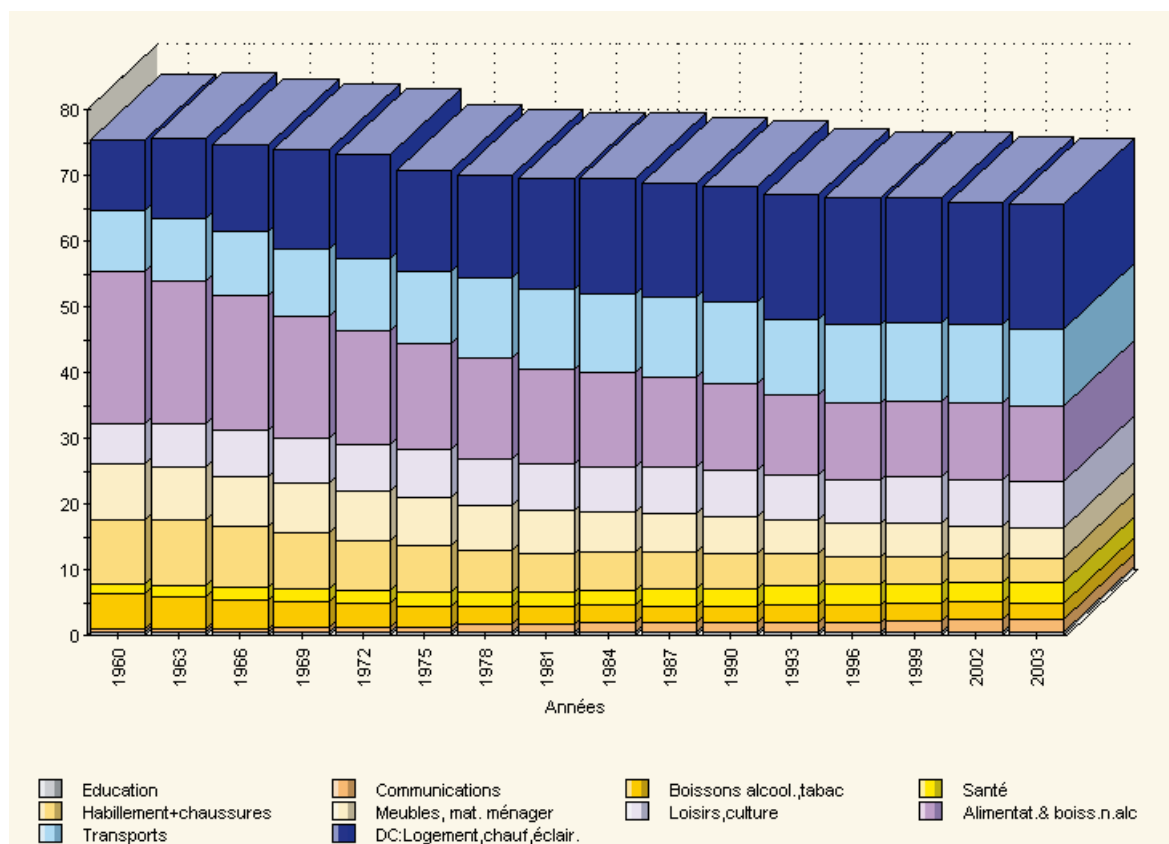
## Le secteur public

Les contributions publiques (Etat et collectivités locales) n'interviennent que dans une faible part du financement des dépenses (4,4 % en 2003). Regardez ce que devient l'évolution de la part du financement du secteur public dans la base 95 pour les années disponibles en complétant le tableau ci-dessous.

### Évolution de la part du financement public dans la dépense courante de santé

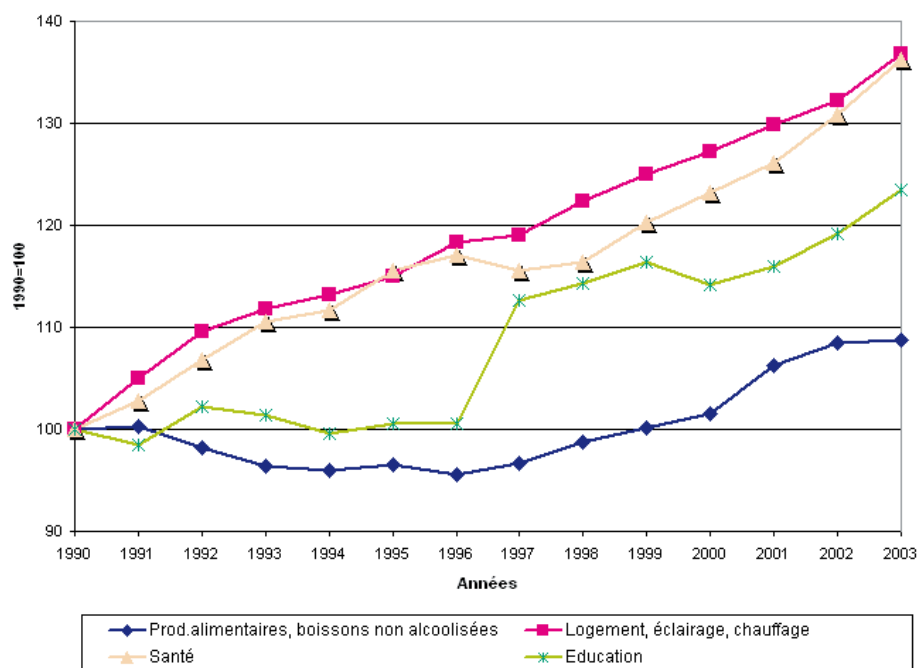
| Années | Part du financement public dans l'ensemble de la DCS (en %) |
|--------|---|
|        |   |
|        |   |
|        |   |
|        |   |
|        |   |
|        |   |
|        |   |
|        |   |
|        |   |
|        |   |

## Part des principaux postes de la dépense de consommation finale des ménages (en %)



Source : Insee, Comptabilité nationale

## Comparaison de l'évolution du poste de la santé et d'autres postes de la Dépense de consommation finale des ménages à partir des montants à prix relatifs (indice 100=1990)



Source : Insee

# Exercices

## La santé dans la comptabilité nationale

### ■ Place de la santé

Le graphique ci-contre décrit la part des principaux postes de la Dépense de consommation finale des ménages. Qu'en déduisez-vous des priorités de consommation ?

---

---

---

---

### ■ Évolution du poste de la santé

Pour mieux saisir l'évolution de cette consommation, nous avons choisi de saisir l'année 1990 en base 100 et de voir comment chaque poste évoluait par rapport à cette année de départ. Analysez l'évolution de chaque poste :

---

---

---

---

## La protection sociale

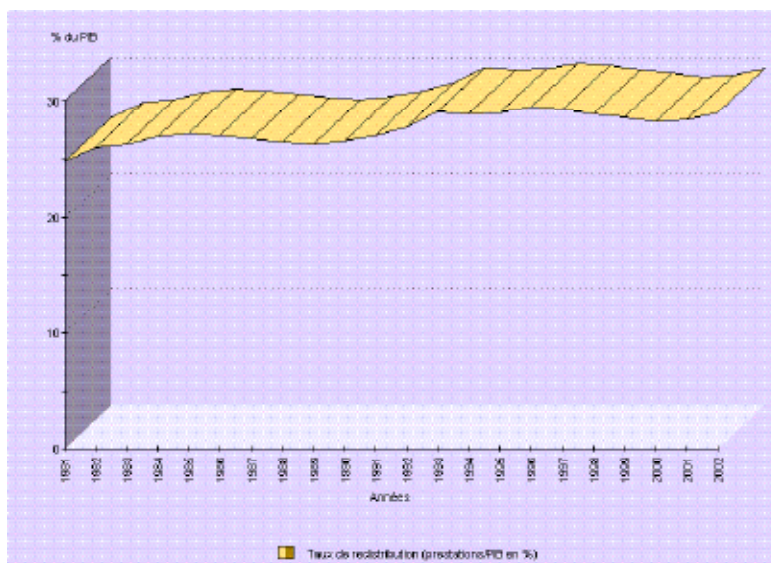
Les individus, comme nous l'avons vu, font face à certains risques, dont la maladie, entraînant pour eux un surplus de charges. Un mécanisme de prévoyance collective (la protection sociale) compense l'augmentation des besoins ou la diminution des ressources des individus face à ces risques. L'équipe Eco-Santé a choisi d'intégrer dans ses bases les données concernant non seulement la maladie, mais aussi les autres risques car la situation sociale des individus peut interférer sur leur situation sanitaire.

## Le Compte de la protection sociale

Comme le Compte de la santé, le Compte de la protection sociale est un compte satellite de la Comptabilité nationale. Il décrit donc :

- ses emplois (prestations de protection sociale, frais de gestion et autres dépenses),
- ses ressources (cotisations sociales, contributions publiques, impôts) et ses liens avec les grands agrégats de la nation.

## Évolution du taux de redistribution sociale en France



Source : Drees, *Compte de la protection sociale*

Afin d'avoir un historique sur l'évolution de ce taux, les données ont été recherchées dans les chapitres « Comptes de la protection sociale, base 80 » et « Comptes de la protection sociale, base 95 ».

## Taux de redistribution sociale en 1998 dans les pays de l'OCDE

|                     | 1998 | Rang 1998 |
|---------------------|------|-----------|
| Danemark            | 30,2 | 1         |
| Suède               | 29,9 | 2         |
| France              | 28,8 | 3         |
| Suisse              | 28,4 | 4         |
| Allemagne           | 27,4 | 5         |
| Autriche            | 26,8 | 6         |
| Norvège             | 26,6 | 7         |
| Finlande            | 26,5 | 8         |
| Italie              | 25,1 | 9         |
| Royaume-Uni         | 24,8 | 10        |
| Belgique            | 24,5 | 11        |
| Pays-Bas            | 23,8 | 12        |
| Pologne             | 22,8 | 13        |
| Grèce               | 22,6 | 14        |
| Luxembourg          | 21,5 | 15        |
| Nouvelle-Zélande    | 20,6 | 16        |
| Espagne             | 19,6 | 17        |
| République Tchèque  | 19,3 | 18        |
| Islande             | 18,8 | 19        |
| Canada              | 18,1 | 20        |
| Portugal            | 18,0 | 21        |
| Australie           | 17,9 | 22        |
| Irlande             | 15,7 | 23        |
| Japon               | 14,6 | 24        |
| Etats-Unis          | 14,4 | 25        |
| République Slovaque | 13,1 | 26        |
| Turquie             | 11,6 | 27        |
| Mexique             | 8,2  | 28        |
| Corée               | 5,9  | 29        |

Source : OCDE



# Exercices

## Compte de la protection sociale

### ■ Emplois

Les dépenses (emplois) de protection sociale s'élèvent à \_\_\_\_\_ milliards d'euros en 2002 (base 95). Leur taux d'accroissement est de \_\_\_\_\_% de 2001 à 2002.

Ces dépenses sont composées de prestations de protection sociale, de frais de gestion et autres dépenses.

### Taux de redistribution

#### En France

Les prestations totales de protection sociale (perçues par les ménages) représentent à elles seules \_\_\_\_\_ % des dépenses. Leur montant s'élève en 2002 à \_\_\_\_\_ milliards d'euros et leur part dans le PIB (ou **taux de redistribution sociale**) est de 29 %. Regardez, dans le graphique ci-contre l'évolution de ce taux et commentez avec votre enseignant ces pourcentages en les rapprochant de la conjoncture économique :

---



---



---



---

### Dans les pays de l'OCDE

En regardant le tableau ci-contre obtenu dans Eco-Santé OCDE, nous voyons que la France se situait en 1998 au troisième rang du taux de redistribution sociale, derrière le Danemark (30,2 %) et la Suède (29,9 %). Son taux était alors de 28,8 %. Au même moment, il était de 24,8 % au Royaume-Uni, de 14,4 % aux Etats-Unis et de 8,2 % au Mexique.

Commentez :

---



---



---



---

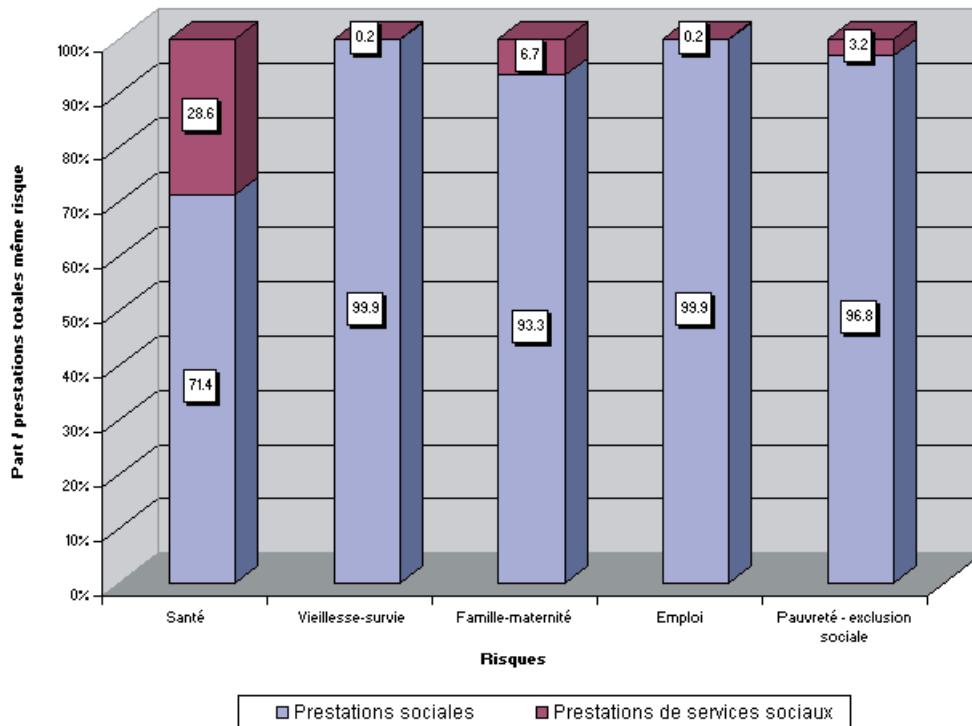
## Prestations sociales

Ce sont des transferts effectifs attribués personnellement à des ménages sans contrepartie équivalente ou simultanée ; on distingue les prestations légales, rendues obligatoires par la législation et les prestations extra-légales qui sont à l'initiative de l'organisme gestionnaire ou qui découlent de l'application d'accords d'entreprise ; elles prennent la forme de revenus de remplacement, de complément de revenu, de remboursement de frais, ou encore de revenus d'assistance.

## Prestations de services sociaux

Elles représentent l'accès à des services, en relation avec un risque de la protection sociale, fournis à prix réduit ou gratuitement par une administration ; elles se constituent de la dotation globale hospitalière, des subventions globales à des établissements sanitaires et sociaux, et de la prise en charge des cotisations des praticiens conventionnés.

## Composition des prestations totales par risque en 2002



Source : Drees, *Compte de la protection sociale*

# Exercices

Certaines des prestations sont attribuées sous condition de ressources, mais tel n'est pas toujours le cas : tout dépend du risque encouru.

## Risques couverts par les prestations

Les risques pris en charge par la protection sociale sont les risques santé, vieillesse-survie, famille-maternité, emploi, logement et pauvreté-exclusion sociale.

Faites un graphique sous forme de camembert représentant la décomposition des prestations totales par risque en 2002. Imprimez-le et collez-le ci-dessous. Commentez en réfléchissant aux destinataires.

---

## Répartition des prestations totales par risque en 2002

---



---



---



---

## Prestations totales

Les prestations totales se décomposent, pour chacun des risques précédemment vus, en prestations sociales et en prestations de services sociaux. Regardez le graphique ci-contre et commentez :

---



---



---



---

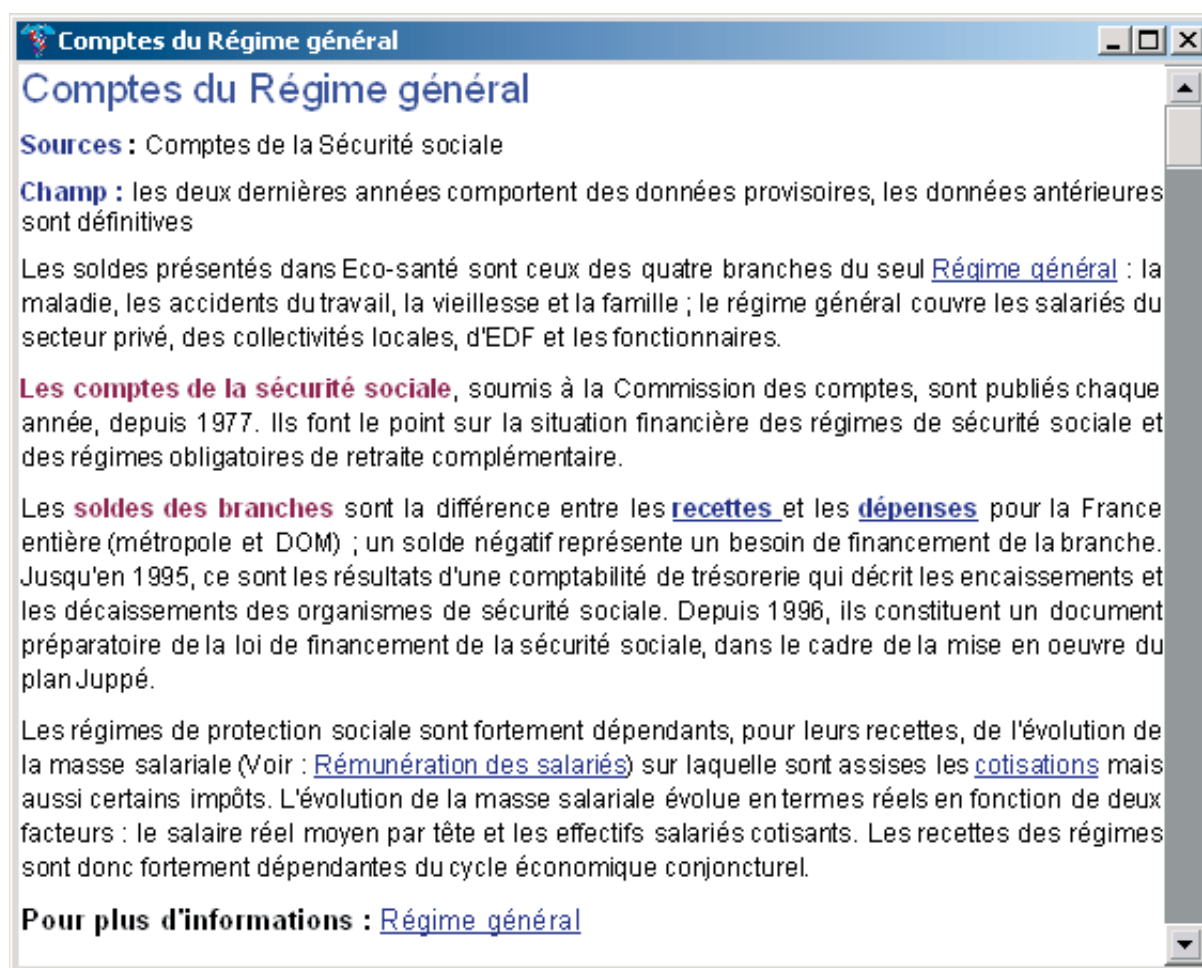
## Les régimes de la protection sociale

Les personnes affiliées à l'un de ces régimes ainsi que les membres de leur famille bénéficient de prestations sociales diverses qui correspondent à différents risques :

La Sécurité sociale est constituée par l'ensemble des régimes légaux ou « de base » :

- le régime général qui protège les salariés et assimilés contre les risques professionnels ou non et les charges familiales,
- les régimes spéciaux de certains salariés non agricoles qui assurent une protection contre un risque particulier ou un ensemble de risques à certaines catégories de salariés,
- les régimes autonomes des professions non salariées non agricoles qui comportent une assurance vieillesse et une assurance maladie-maternité,
- les régimes agricoles (d'exploitants, de salariés de volontaires) qui assurent une protection contre l'ensemble des risques des travailleurs de l'agriculture.

### Exemple d'aide sur un chapitre : ici sur le « Solde des branches du Régime général »



**Comptes du Régime général**

**Sources :** Comptes de la Sécurité sociale

**Champ :** les deux dernières années comportent des données provisoires, les données antérieures sont définitives

Les soldes présentés dans Eco-santé sont ceux des quatre branches du seul [Régime général](#) : la maladie, les accidents du travail, la vieillesse et la famille ; le régime général couvre les salariés du secteur privé, des collectivités locales, d'EDF et les fonctionnaires.

**Les comptes de la sécurité sociale**, soumis à la Commission des comptes, sont publiés chaque année, depuis 1977. Ils font le point sur la situation financière des régimes de sécurité sociale et des régimes obligatoires de retraite complémentaire.

Les **soldes des branches** sont la différence entre les **recettes** et les **dépenses** pour la France entière (métropole et DOM) ; un solde négatif représente un besoin de financement de la branche. Jusqu'en 1995, ce sont les résultats d'une comptabilité de trésorerie qui décrit les encaissements et les décaissements des organismes de sécurité sociale. Depuis 1996, ils constituent un document préparatoire de la loi de financement de la sécurité sociale, dans le cadre de la mise en oeuvre du plan Juppé.

Les régimes de protection sociale sont fortement dépendants, pour leurs recettes, de l'évolution de la masse salariale (Voir : [Rémunération des salariés](#)) sur laquelle sont assises les [cotisations](#) mais aussi certains impôts. L'évolution de la masse salariale évolue en termes réels en fonction de deux facteurs : le salaire réel moyen par tête et les effectifs salariés cotisants. Les recettes des régimes sont donc fortement dépendantes du cycle économique conjoncturel.

**Pour plus d'informations :** [Régime général](#)

# Exercices

## Gestion des prestations

---

L'ensemble de ces prestations sont gérées par des organismes ou institutions appelés régimes.

## Solde des branches du Régime général

Les soldes des branches sont la différence entre les recettes et les dépenses (pour la métropole et les DOM) ; un solde négatif représente un besoin de financement de la branche.

Faites un graphique représentant l'évolution du solde de chacune des branches du Régime général de 1997 à 2003. Imprimez-le et collez-le ci-dessous.

---

## Évolution du solde des branches du Régime général de 1997 à 2003

Faites votre graphique et collez-le ici.

Commentez :

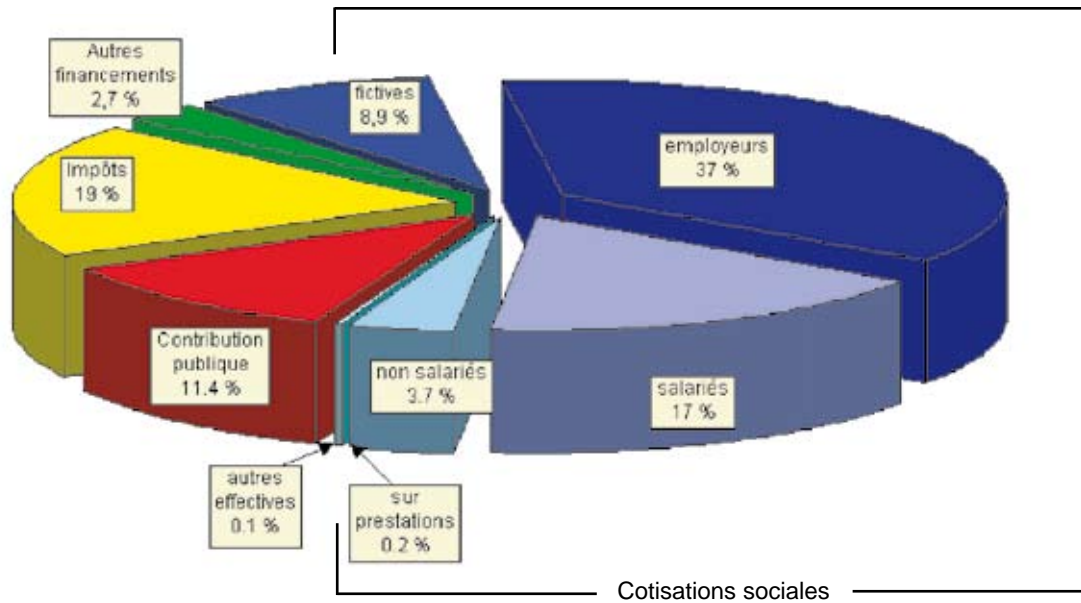
---

---

---

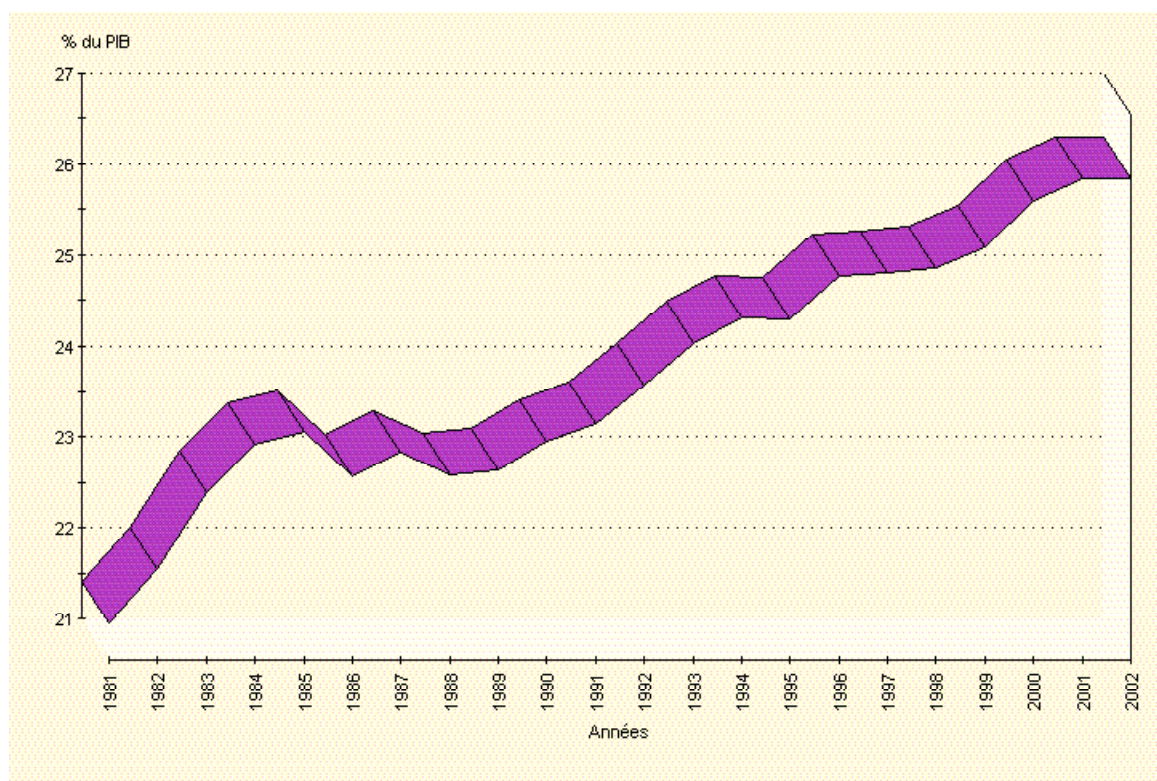
---

## Ressources de la protection sociale en 2002



Source : Drees, *Compte de la protection sociale*

## Évolution du taux de pression sociale de 1981 à 2002



Source : Drees, *Compte de la protection sociale*

Afin d'avoir un historique sur l'évolution de ce taux, les données ont été recherchées dans les chapitres « Comptes de la protection sociale, base 80 » et « Comptes de la protection sociale, base 95 ».

# Exercices

## ■ Ressources <sup>1</sup>

Comme vous pouvez le voir sur le graphique ci-contre, les recettes (ressources) de la protection sociale proviennent :

- des cotisations sociales (effectives et fictives), dépendantes de la masse salariale (en différents bleus sur le graphique),
- des contributions publiques (versements de l'État aux régimes de protection sociale) (en rouge sur le graphique),
- des financements publics : les impôts et taxes affectés (sur les produits, sur les salaires et la main-d'œuvre, sur le revenu et le patrimoine) qui permettent de calculer notamment un **taux de pression sociale** (en jaune sur le graphique),
- d'autres financements (ventes de biens et services, indemnités d'assurance...) (en vert sur le graphique).

Commentez le graphique :

---



---



---



---



---

Le montant total des ressources était de \_\_\_\_\_ milliards d'euros en 2002. La part des impôts et des cotisations dans le PIB (**taux de pression sociale**) est d'environ \_\_\_\_\_ %.

Regardez sur le graphique ci-contre illustrant le taux de pression sociale et analysez l'évolution.

---



---



---



---

<sup>1</sup> Comptes de la protection sociale, 2000. Drees, La Documentation Française, décembre 2001.

---

## CMU de base / CMU complémentaire

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000 (suite à une loi du 27 juillet 1999), les personnes qui n'ont pas de régime d'assurance maladie dans les conditions habituelles (activité professionnelle, conjoint ou enfant d'un travailleur, retraité...) ont droit, dès lors qu'elles résident régulièrement en France, à la protection du régime général. C'est ce qu'on appelle la **CMU de base** <sup>1</sup>. Les personnes n'ont **rien à payer** dans la plupart des cas (revenus fiscaux ne dépassant pas 6 505 € ; au-delà, une cotisation de 8 % est demandée) et **ne remplissent ni n'envoient de feuille de soins** à leur Caisse primaire d'assurance maladie. Les professionnels de santé se font régler directement leurs honoraires par l'Assurance maladie. Sont également bénéficiaires de la CMU les personnes qui bénéficiaient de l'assurance personnelle et de l'aide médicale avant le 1<sup>er</sup> janvier 2000.

Nous avons déjà vu que la Sécurité sociale ne rembourse que moins des 3/4 des dépenses de soins de santé (voir page 112) et que le ticket modérateur restait à la charge des assurés. La plupart des assurés cotisent auprès d'organismes de couverture complémentaire, tels que les mutuelles, les institutions de prévoyance, les sociétés d'assurance afin que ces organismes complètent, jusqu'à un certain montant, les remboursements de ces dépenses restant à leur charge.

Les personnes titulaires du RMI et sous conditions de ressources pour les anciens bénéficiaires de l'aide médicale départementale (dite aussi aide médicale gratuite : AMG) ne peuvent avoir de couverture complémentaire dont les cotisations sont élevées. La CMU complémentaire leur offre la possibilité de ne pas payer leurs soins en prenant en charge le ticket modérateur, c'est-à-dire la part des frais restant habituellement à la charge du patient. La consultation et les soins médicaux donnés dans un cabinet, un centre de soins ou à l'hôpital sont ainsi pris en charge à 100 %. La CMU complémentaire est révisable chaque année sur examen des ressources.

<sup>1</sup> <http://www.fonds-cmu.fr/pages/presentation.htm>



# Exercices

## Couverture maladie universelle (CMU)

Depuis la version 2002, vous trouverez dans Eco-Santé le nombre de bénéficiaires de la CMU. Nous vous proposons de construire un tableau avec le nombre de bénéficiaires de la CMU de base, de la CMU complémentaire de 2000 à 2002 et de regarder le taux de croissance annuel moyen (TCAM) pour ces années.

Ne vous étonnez pas de trouver un TCAM négatif pour la CMU complémentaire, puisqu'elle est révisable chaque année (les flux de sortie y ont été plus importants que les flux d'entrée : droits arrivés à échéance des personnes anciennement bénéficiaires de l'AMG ou non-présentation des dossiers<sup>1</sup>. Dans le deuxième cas, la sortie de ces personnes du dispositif ne sera que provisoire).

### Nombre de bénéficiaires de la CMU et Taux de croissance sur la période 2000-2002

|                              | Bénéficiaires CMU de base | Bénéficiaires CMU complémentaire |
|------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| 2000                         |                           |                                  |
| 2001                         |                           |                                  |
| 2002                         |                           |                                  |
| Taux de croissance 2000-2001 |                           |                                  |
| Taux de croissance 2001-2002 |                           |                                  |

### ■ Recettes et dépenses du fonds de la couverture complémentaire

Voyez comment se décomposent l'actif et le passif de la couverture complémentaire en 2002 et complétez le tableau ci-dessous (en millions d'euros).

| Dépenses                                |       | Produits                    |       |
|---|-------|-----------------------------|-------|
| Paiement aux régimes de base            |       | Dotation de l'État          |       |
| Paiement aux organismes complémentaires |       | Contribution des organismes |       |
| Provisions                              |       | Reprise sur provisions      |       |
| Gestion administrative                  |       | Résultat                    |       |
| Complément de dotation                  |       |                             |       |
| Total                                   | 1 524 | Total                       | 1 524 |

Source : Drees

<sup>1</sup> La CMU au 31 mars 2002, Etudes et Résultats n° 179, Drees ; juillet 2002.

## Liste des organismes cités

Vous trouverez ci-dessous les différents organismes mentionnés dans le cahier.

**IRDES (ex CREDES)** : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

<http://www.irdes.fr>

Siège : 10 rue Vauvenargues  
75018 PARIS

Association à but non lucratif, l'IRDES a été créé début 1985 sur l'initiative de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés et de la Fédération Nationale de la Mutualité Française. Il succède à la Division d'Economie Médicale du CREDOC (Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie).

L'IRDES est un des principaux producteurs de données et d'analyses en Economie de la Santé en France. A partir d'un certain nombre d'enquêtes élaborées par son équipe de recherche (composée de médecins, d'économistes et de statisticiens) ou de données extérieures, il étudie les caractéristiques médicales et économiques de la consommation médicale, analyse la production des médecins libéraux et du secteur hospitalier, la diffusion de certaines techniques médicales et réalise certaines comparaisons internationales.

**Credoc** : Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie

<http://www.credoc.asso.fr>

Siège : 142, rue du Chevaleret  
75013 PARIS

Le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie est un organisme scientifique fonctionnant sous la tutelle du Commissariat Général du Plan.

L'objet de cette association est le suivant :

- réaliser des études sur les conditions de vie de la population,
- promouvoir la recherche statistique, économique, sociologique ou psychologique sur la consommation, les besoins, les aspirations et les conditions de vie de la population,
- et en général, entreprendre toute étude sur des sujets relatifs, directement ou indirectement, à la satisfaction des besoins et à l'amélioration des conditions de vie de la population.

**HCSP** : Haut Comité de la Santé Publique

<http://www.hcsp.ensp.fr>

Siège : 8, avenue de Ségur  
75350 Paris 07 SP

Le Haut Comité de la Santé Publique a pour mission de donner des avis et d'apporter au ministre chargé de la Santé des éléments d'orientation et de décision en vue d'améliorer la santé publique.

Pour remplir ses missions, le HCSP constitue des groupes de travail et fait appel à des experts nationaux et internationaux. Dans le cadre des ordonnances du 24 avril 1996 relatives à la réforme de la protection sociale, le HCSP établit un rapport annuel destiné à la Conférence nationale de santé et au Parlement.

**Insee** : Institut national de la Statistique et des Etudes économiques

<http://www.insee.fr>

Siège : 18, bd Adolphe-Pinard  
75675 PARIS CEDEX 14

L'INSEE est une importante administration, dépendant du ministère de l'Economie, des Finances et du Budget. Créé en 1946, l'INSEE a succédé à la SGF (Statistique

Générale de France) instituée en 1800 sous le Consulat. Il rassemble, traite, analyse et diffuse les données statistiques relatives à l'économie de la société. Il coordonne le système statistique public français et participe à l'espace statistique européen. Il mène des actions de coopération et d'expertise avec de nombreux pays.

Il emploie 7 000 personnes dont 1 600 à la direction générale, réparties dans 5 centres informatiques et 24 directions régionales.

La direction générale assure les tâches de conception, de coordination et d'étude à niveau national et définit les conditions de diffusion des résultats des travaux réalisés.

Cinq directions assurent les missions de l'Institut :

- coordination statistique et relations internationales,
- statistiques d'entreprises,
- statistiques démographiques et sociales : recensement de la population, enquêtes auprès des ménages (emploi, revenus, conditions de vie, logement...), calcul des indices les plus courants (prix, production, commerce extérieur), établissement des comptes de la Nation.
- étude et synthèses économiques,
- diffusion et action régionale.

Les directions régionales, outre les tâches de collecte des informations de base, d'analyse de la situation économique et sociale de la région, mettent à disposition des publics de la région les informations dont ils ont besoin.

**Inserm** : Institut national de la Santé et de la Recherche médicale

<http://www.inserm.fr>

Siège : 101, rue de Tolbiac  
75654 PARIS CEDEX 13

L'INSERM a été créé en 1964 par transformation de l'Institut National d'Hygiène (INH) qui avait pour mission d'effectuer des travaux de laboratoire intéressant la santé publique et de tenir à jour une documentation sur la situation sanitaire du pays. Son personnel est composé de 1 600 chercheurs et 2 600 ingénieurs, techniciens et administratifs.

L'INSERM est un établissement public à caractère scientifique et technologique, sous la double tutelle des Ministères de la Recherche et de l'Industrie et de la Santé ayant comme finalité le développement de la recherche médicale et de la recherche en santé selon trois objectifs :

- la connaissance de la santé de l'homme sous ses aspects individuels et collectifs, dans ses composantes physiques, mentales et sociales ;
- l'acquisition ou le développement des connaissances dans les grandes disciplines de la biologie et de la médecine et plus généralement dans toutes celles qui concourent au progrès sanitaire et médical ;
- la découverte et l'évaluation de tous les moyens de prévention et de traitement des maladies ou de leurs conséquences ainsi que l'amélioration de l'état de santé de la population.

**Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité ;  
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées**

<http://www.sante.gouv.fr>

Siège : 8-10, avenue de Ségur  
75007 PARIS

Ce ministère est chargé d'un certain nombre d'attributions concernant la santé, la Sécurité sociale, la population et les migrations ainsi que l'ensemble de la solidarité à l'égard du groupe familial, des personnes âgées, des personnes handicapées et des rapatriés.

La DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) du Ministère des Affaires sociales a été créée par le décret du 30 novembre 1998 (JO du 1<sup>er</sup> décembre 1998).

Elle intègre de nouvelles fonctions en matière d'études et d'évaluation qui s'ajoutent aux fonctions antérieurement exercées par le SESI et la MiRE en matière de recherche. Son champ de compétence est : la Santé, l'action sociale, la protection sociale. Elle conçoit l'appareil statistique et assure la collecte, l'exploitation et la diffusion des statistiques ; elle oriente, en liaison avec le ministère chargé de la recherche, la politique de la recherche et concourt au développement des travaux de recherche et à la valorisation de leurs résultats. De plus, elle effectue des travaux de synthèse, notamment les comptes de la santé et les comptes de la protection sociale ; elle réalise des études et des projections socio-démographiques, économiques et financières et coordonne et anime les études menées sous l'égide du ministère. Elle contribue à promouvoir les travaux d'évaluation et à analyser les effets structurels des politiques sociales et participe à la conception, à la validation et à la mise en oeuvre des méthodes d'évaluation. Elle diffuse et publie les travaux dont elle a assuré la réalisation et la coordination

**OCDE** : Organisation de coopération et de développement économique

<http://www.oecd.org>

Siège : 2, rue André-Pascal  
75775 PARIS CEDEX 16

L'OCDE, en vertu de l'article 1<sup>er</sup> de la Convention entrée en vigueur le 30 septembre 1961, a pour objectif de promouvoir des politiques visant à réaliser la plus forte expansion de l'économie et de l'emploi et une progression du niveau de vie dans les pays membres, tout en maintenant la stabilité financière et à contribuer ainsi au développement de l'économie mondiale ; à contribuer à une

saine expansion économique dans les pays membres, ainsi que les pays non membres, en voie de développement économique ; et à contribuer à l'expansion du commerce mondial sur une base multilatérale et non discriminatoire, conformément aux obligations internationales.

Les pays membres de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, la Corée, le Danemark, l'Espagne, les Etats-Unis, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, le Royaume-Uni, la République Slovaque, la République Tchèque, la Suisse, la Suède et la Turquie.

La Commission des Communautés européennes participe aux travaux de l'OCDE.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

<http://www.who.int/fr/>

Siège : Avenue Appia 20  
1211 Genève 27 - Suisse

Institution spécialisée de l'ONU, l'OMS, chargée de traiter des problèmes sanitaires et de santé publique, entre en fonction à partir d'avril 1948. Cette organisation dont le siège est à Genève, dispose de plusieurs bureaux régionaux à Brazzaville, Washington, New Delhi, Copenhague, Alexandrie et Manille. Son objectif est d'amener tous les peuples à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

Elle s'emploie à promouvoir la mise sur pied de services de santé complets, la prévention et l'endigement des maladies, l'amélioration de l'environnement, le développement des ressources humaines pour la santé, la coordination et le progrès de la recherche biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que la planification et l'exécution des programmes de santé.

## Liste des enquêtes citées

---

Voici ci-dessous une brève présentation des différentes enquêtes mentionnées dans le cours du texte.

### **Enquêtes nationales « Santé et soins médicaux »**

<http://www.irdes.fr/Irdes/Fichenqu/enquessm.htm>

Ces enquêtes sont décennales (1960-61, 1970-71, 1980-81 et 1991-92). Les données ont été collectées par l'INSEE à la demande de l'IRDES. Le champ des enquêtes représente la France métropolitaine des ménages ordinaires.

Les différents thèmes analysés à partir des résultats de ces enquêtes portent sur les dépenses médicales selon l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, la taille des ménages, la région de résidence ; sur le financement des dépenses médicales ; sur les acquisitions pharmaceutiques, sur la morbidité déclarée et les indicateurs de santé (invalidité et risque vital) et sur une analyse des évolutions.

### **Enquêtes « Santé, soins et protection sociale »**

<http://www.irdes.fr/Irdes/Fichenqu/enquesps.htm>

Ces enquêtes, annuelles depuis 1988, sont devenues bisannuelles avec leurs échantillons doublés depuis 2000. Les données ont été collectées par l'IFOP, BCS et ISL pour l'IRDES et le département statistique de la CNAMTS. Le champ des enquêtes est constitué des ménages comportant au moins un assuré social du Régime Général ou du Régime des Travailleurs Indépendants (depuis 1995) ou des régimes agricoles (depuis 1996).

Les différents thèmes analysés à partir des résultats de ces enquêtes portent sur les modes de protection sociale ; sur les consommations médicales et leur mode de financement ; sur l'influence des conditions de vie sur les consommations médicales ; sur l'état de santé et sur une analyse des évolutions.

### **Enquête sur l'hospitalisation à domicile**

<http://www.irdes.fr/Irdes/Fichenqu/enquhad92.htm>

<http://www.irdes.fr/Irdes/Fichenqu/enquhad99.htm>

Cette enquête a été effectuée en 1992 à partir de l'ensemble des centres de HAD répartis en France métropolitaine.

Les différents thèmes analysés à partir des résultats de cette enquête portent sur l'analyse des structures de HAD : identification, facteurs de production, activité, organisation médicale et administrative, mode de financement, dépenses et sur une description des patients : caractéristiques sociodémographiques, pathologies, soins reçus, degré de satisfaction.