

Dossier de presse

12 juin 2019

Cartographie médicalisée des dépenses de santé

*Poids des pathologies et traitements
dans les dépenses d'Assurance Maladie
et prévalences sur le territoire*

Données 2017 et évolutions 2012-2017

Contacts presse

Presse.cnam@assurance-maladie.fr

Cécile Fize : 01 72 60 18 29

Caroline Reynaud : 01 72 60 14 89



[Suivez notre actualité sur Twitter !](#)

Sommaire

Communiqué de synthèse	page 3
Les résultats clés	page 4
Focus sur trois pathologies.....	page 7
<i>Les cancers en phase active de traitement.....</i>	<i>page 7</i>
<i>Le cancer du poumon.....</i>	<i>page 8</i>
<i>Le VIH ou Sida.....</i>	<i>page 9</i>
<i>Le diabète.....</i>	<i>page 10</i>
La méthodologie employée	page 13

#dépenses de santé #données de santé #recours aux soins #maladies chroniques

Présentation de la Cartographie médicalisée des dépenses de santé

Afin de décrire au mieux les déterminants des dépenses de santé, en comprendre les évolutions et en maîtriser la progression, la Caisse nationale de l'Assurance Maladie réalise chaque année depuis 2012 dans le cadre de son rapport annuel Charges et produits¹, une analyse médicalisée des dépenses et des pathologies. Construite à partir des données issues du Système national des données de santé (SNDS)², cette Cartographie présente l'évolution des pathologies et des dépenses en France de 2012 à 2017³.

Véritable outil d'analyse⁴ au service du pilotage du système de soins, complémentaire à d'autres sources existantes sur l'état de santé et le recours aux soins⁵ de la population française, la Cartographie médicalisée a comme objet **de quantifier**, à partir des données du SNDS, **les pathologies ou les traitements les plus fréquents, les dépenses associées et leurs évolutions dans le temps, pour 57,6 millions de personnes en France.**

Elle permet de répondre à des questions importantes pour le système de santé français : *Pour une pathologie donnée, quel est le nombre de patients traités ? Quelles sont les dépenses associées à la prise en charge de ces patients ? Quels types de soins sont mobilisés ? Quelles évolutions observe-t-on depuis 2012 ?*

Cette année, la Cartographie offre une perspective historique sur une période de 6 ans. Elle permet ainsi **d'objectiver des tendances durables**, comme le nombre croissant de malades chroniques (+ 1,2 million) ou **le poids financier des innovations thérapeutiques**, comme celui lié aux nouveaux traitements du cancer du poumon ou du diabète.

Elle **apporte également des éclairages sur l'évolution des modalités de prise en charge des patients, pathologie par pathologie** : ainsi, pour les cancers, on observe l'augmentation des dépenses remboursées des médicaments délivrés en pharmacie de ville, témoins par exemple du développement des chimiothérapies orales.

Ces analyses permettent d'**identifier certains défis qui se posent dans une perspective de pérennisation du système d'assurance maladie** pour pouvoir **proposer, à court et moyen terme, des actions d'organisation et de régulation** (sur les prix des médicaments, par exemple) ainsi que **des mesures de prévention**, pour agir à plus long terme.

¹ Ce rapport, remis chaque année au mois de juillet au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement dans le cadre de la préparation du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), présente les propositions de l'Assurance Maladie pour améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. [Voir celui pour l'année 2019.](#)

² <https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Qu-est-ce-que-le-SNDS>, <https://www.indsante.fr/fr/les-composantes-du-snds>

³ Les données sur l'ensemble des hospitalisations tous secteurs étant consolidées plus tardivement que celles sur les soins de ville, la cartographie donne des résultats sur l'année 2017.

⁴ Voir la présentation de la méthodologie en pages 12 et 13

⁵ Telles que le suivi épidémiologique de Santé publique France ou de l'INCa sur les cancers et [Les comptes de la santé de la Drees.](#)

1. Les résultats clés

La Cartographie médicalisée a comme objet d'étudier les soins de **57,6 millions de bénéficiaires du régime général**⁶, et ce de 2012 à 2017.

• La consommation de soins de la population en 2017 : les grands enseignements

En 2017, la cartographie permet d'identifier parmi les 57,6 millions de bénéficiaires du régime général, **20 millions de personnes (35 %)**, qui ont eu recours à des soins liés à la prise en charge d'une **pathologie spécifique, très souvent chronique** - comme le diabète, l'insuffisance rénale chronique terminale ou une maladie respiratoire chronique - ou en raison de la prise d'un traitement médicamenteux spécifique au long cours (psychotropes ou un traitement préventif du risque cardiovasculaire).

En prenant en compte d'autres situations, (prise chronique d'un traitement antalgique ou anti-inflammatoire⁷, maternité ou hospitalisation ponctuelle sans rapport avec une des pathologies spécifiques), ce sont **près de 26 millions d'assurés (45 %) qui ont bénéficié d'un recours au système de soins**, susceptibles de générer une dépense significative.

Pour plus d'un bénéficiaire sur deux (31 millions de bénéficiaires), la consommation de soins relève de soins « courants », en dehors de tout contexte de pathologie ou traitement spécifique identifiable⁸.

2017- Effectifs : Poids respectifs des pathologies et traitements chroniques



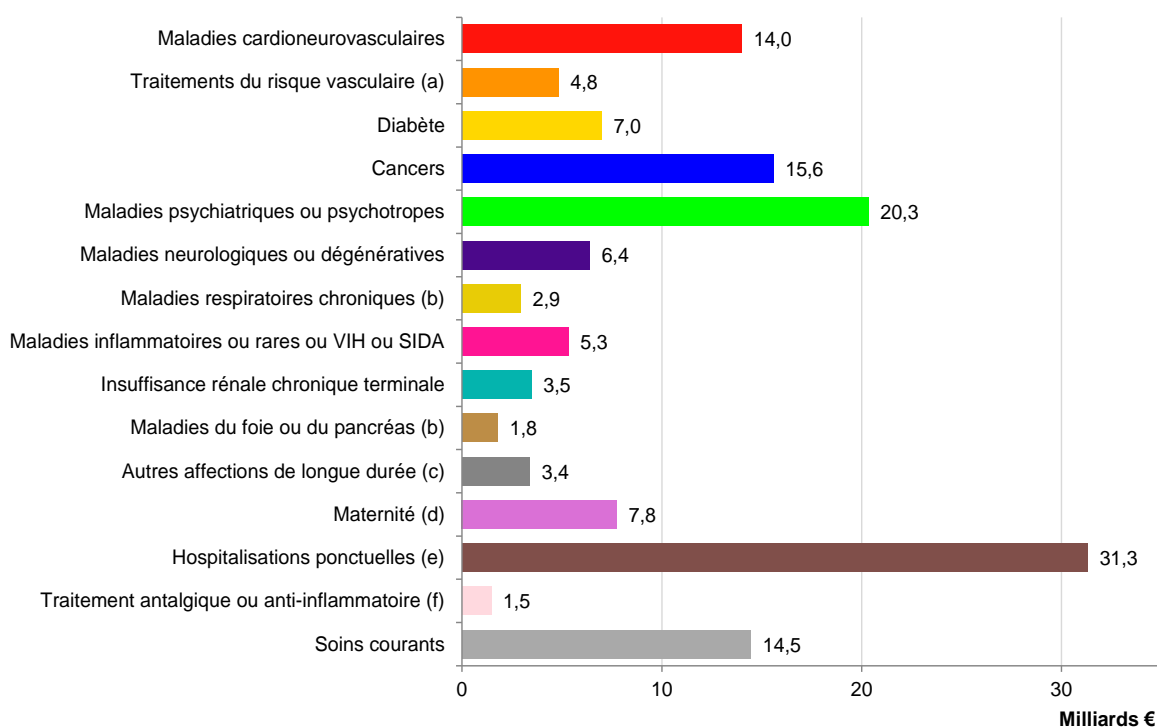
⁶ Toutes les données présentées ici concernent les bénéficiaires du régime général, y compris ceux des sections locales mutualistes, soit 9 assurés sur 10 ; en effet, certaines informations ne sont pas disponibles pour les autres régimes sur l'ensemble de la période étudiée.

⁷ Au moins 6 délivrances dans l'année.

⁸ A partir des algorithmes médicaux développés et des informations disponibles dans les bases.

Affectation des dépenses de santé par pathologies, traitements, hospitalisations

En milliard d'euros - Régime général (soit près de 9 assurés sur 10)



• La ventilation des dépenses

Les grandes tendances observées depuis la création de la Cartographie se confirment en 2017 : le poids des problématiques en lien avec la **santé mentale**⁹ et le **recours important aux hospitalisations ponctuelles** (pour des motifs autres que ceux relevant des pathologies identifiées dans la Cartographie) restent tous deux conséquents dans le système de soins français.

• Les évolutions notables entre 2012 et 2017

Concernant les **hospitalisations ponctuelles**, ce sont des dépenses qui **augmentent de façon régulière depuis 2012**. Ces hospitalisations correspondent à des prises en charge de nature diverse, variable selon l'âge.

On note le poids important des prises en charge des domaines thérapeutiques « digestifs », en particulier la coloscopie¹⁰ et de l'« orthopédie-traumatologie », comme la chirurgie prothétique (de la hanche, du genou, etc.) et de la chirurgie réfractive du cristallin (cataracte) beaucoup plus fréquente chez les patients âgés.

Le recours croissant aux hospitalisations ponctuelles est ainsi à mettre en regard du **vieillessement de la population**.

⁹ Ce sujet a fait l'objet d'un focus spécifique (pages 82 à 125) dans le rapport Charges et produits publié en juillet 2018.

¹⁰ cf. Analyse faite dans le rapport Charges et produits publié en juillet 2018.

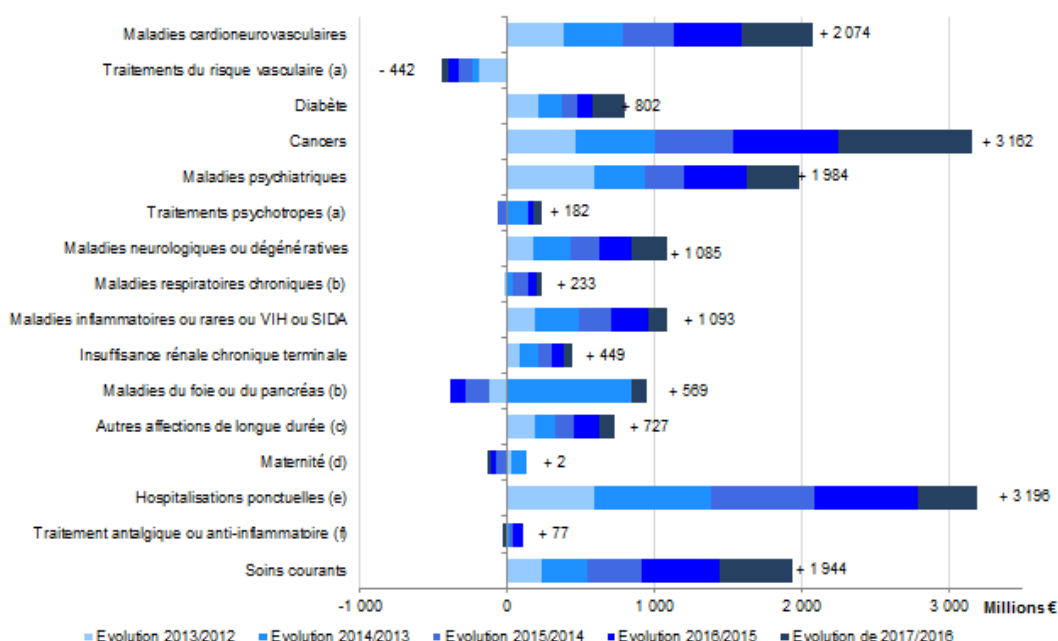
10 principales catégories de patients > à 1 M de personnes traitées	Effectifs en millions de pers. en 2017	Evolution 2012-2017 en nb de pers.	Dépenses 2017 en milliards d'€	Evolution de la dépense entre 2016-2017
Soins courants	31,633	-147 000	14,5	+ 1 944
Hospitalisations ponctuelles	8,052	+553 800	31,3	+ 3 196
Maladies psychiatriques ou psychotropes	7,203	-132 200	20,3	+ 2 166
Traitements du risque vasculaire	7,307	-443 300	4,8	-442
Maladies cardionerveuses	4,016	+565 600	14,0	+ 2 074
Diabète	3,237	+ 400 400	7,0	+ 802
Cancers	2,637	+188 200	15,6	+3 162
Maladies respiratoires chroniques	3,141	+227 000	2,9	+ 233
Maladies neurologiques ou dégénératives	1,370	+154 200	6,4	+1 085
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou Sida	1,053	+183 600	5,3	+1 093

Globalement, deux phénomènes principaux expliquent la croissance des dépenses remboursées affectées aux pathologies : **l'augmentation du nombre de patients pris en charge**, souvent liée au vieillissement de la population, notamment dans le cas des maladies cardionerveuses et du diabète (voir tableau ci-dessus) ; et **l'accroissement de la dépense moyenne** (par an et par patient) mobilisée pour la prise en charge des « pathologies » considérées, comme par exemple pour les cancers.

Il faut cependant souligner que ces phénomènes sont souvent associés et jouent de manière différenciée **en fonction des pathologies**, avec pour conséquence des évolutions variables, à la hausse ou à la baisse, plus ou moins marquées d'une pathologie à l'autre.

La cartographie permet justement de réaliser ce type d'analyses détaillées, comme en témoignent les trois focus présentés plus loin (pages 7 et suivantes).

2012-2017 : Evolution des dépenses. Régime général (en M€)

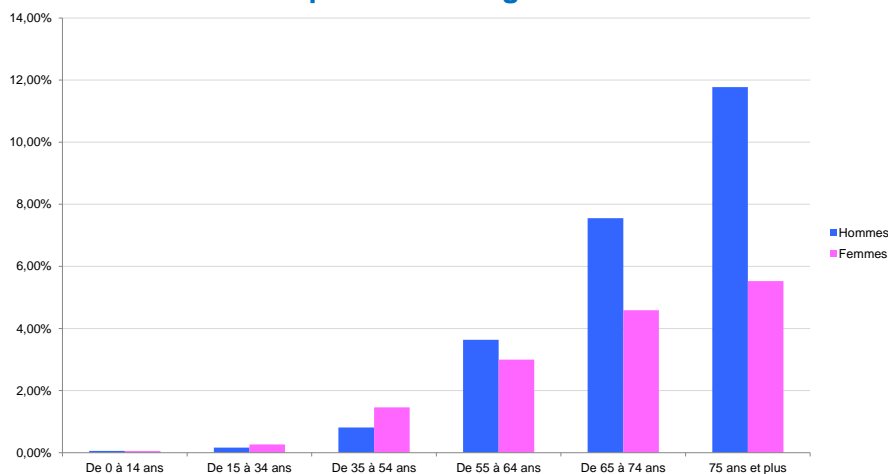


2. Focus sur trois pathologies

• Les cancers en phase active de traitement

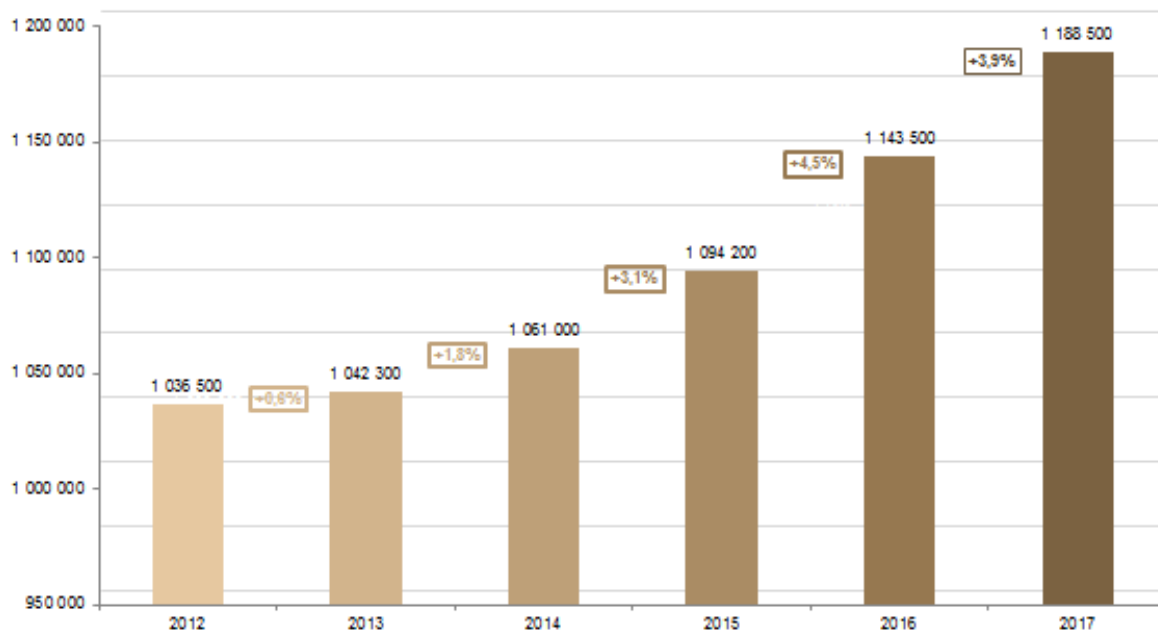
En 2017, **1 188 500 patients ont été pris en charge pour un cancer en phase active de traitement**¹¹. La prévalence de ces cas varie selon l'âge et le sexe. On remarque que, avant l'âge de 55 ans, la prévalence est plus élevée chez les femmes, essentiellement en raison de cas de cancers du sein, de cancers du col de l'utérus et possiblement de mélanomes.

Prévalence des cancers par classe d'âge en fonction du sexe en 2017



Quel que soit le sexe des patients, le nombre de cas est en augmentation constante depuis 2012 ; on constate même une **accélération de cette progression depuis 2015 (> à 3% par an)**.

Evolution du nombre de patients ayant un cancer de 2012 à 2017



¹¹ Chimiothérapie, radiothérapie, hospitalisation dans les deux ans ou déclaration en affection de longue durée pour cancer dans les deux ans.

En 2017, les dépenses en lien avec ces cancers en phase active représentent **14 Mds€**, soit **10 %** de toutes les dépenses étudiées par la Cartographie. Par ailleurs, cette dépense a augmenté de **+2,8%** par an, sur la période 2012-2017 ; par comparaison, cette augmentation a été de 2,3% par an, toutes pathologies confondues entre 2012 et 2017.

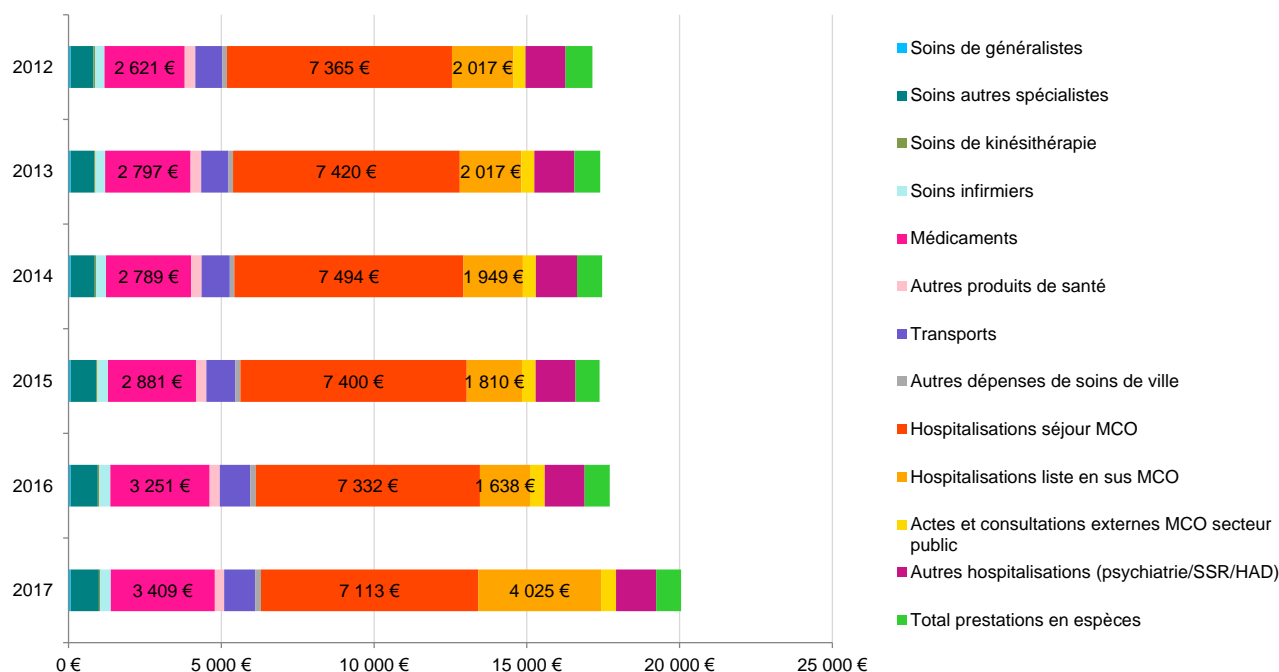
- **Le cancer du poumon**

Le cancer du poumon constitue un fort enjeu de santé publique, à la fois en raison du **nombre important de personnes concernées** (en 2017, 79 700 patients en phase active de traitement) et de la **progression des cas de cancers féminins** (+38 % versus +12 % pour les hommes entre 2012 et 2017), témoins de la hausse continue du tabagisme chez les femmes depuis 50 ans.

Le cancer du poumon représente également un enjeu économique conséquent, avec une dépense remboursée globale de **1,6 Md€ en 2017**, soit 20 050€ en moyenne par an et par patient. Les principaux postes de dépenses sont les hospitalisations de court séjour et les traitements médicamenteux, en ville comme à l'hôpital.

Enfin, il convient de noter que la prise en charge de ce cancer est caractérisée par une **forte augmentation de la dépense, à la fois au global** (+461 M€ entre 2012 et 2017, soit en hausse de +40,5%) dont 233 M€ entre 2016 et 2017 **et en moyenne par patient entre 2016 et 2017 (+13%)**. Cette hausse s'explique par l'arrivée de nouveaux traitements (anti-PD1 ou anticorps monoclonaux), essentiellement délivrés à des patients hospitalisés et dont ces médicaments sont facturés en sus du séjour. Le poids de **ce seul poste « liste en sus »¹² a été multiplié par près de 2,5** entre 2016 et 2017.

Evolution des dépenses moyennes par poste entre 2012 et 2017



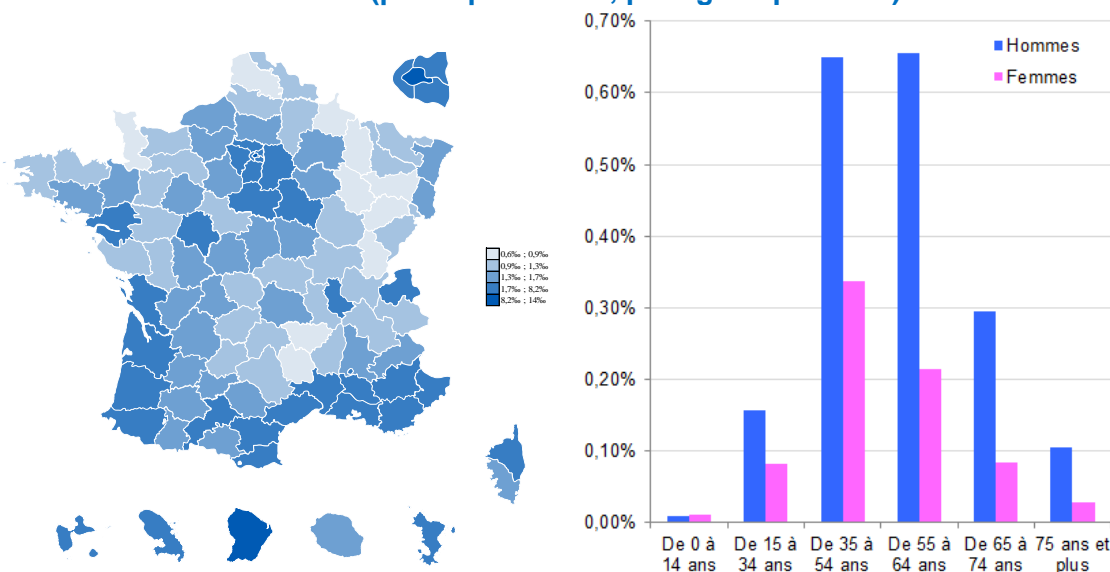
¹² Poste de dépenses correspondant aux dépenses des médicaments ou dispositifs médicaux inscrits sur liste qui autorise leur financement en sus des tarifs des séjours.

- **Le VIH ou Sida**

En 2017, **131 800 personnes** ont bénéficié d'une prise en charge pour un traitement de l'infection par le VIH, un nombre plus élevé chez les hommes (65,5 % et 34,5 %).

L'âge moyen des patients est plus élevé chez les hommes (50 ans) que chez les femmes (47 ans). Il faut rappeler que ces chiffres ne tiennent compte que des personnes dont l'infection par le VIH est connue et prise en charge. La prévalence diffère selon les départements : elle est plus élevée dans la région Ile-de-France, dans des départements du bassin aquitain, ceux bordant la méditerranée ainsi que dans les DOM-TOM.

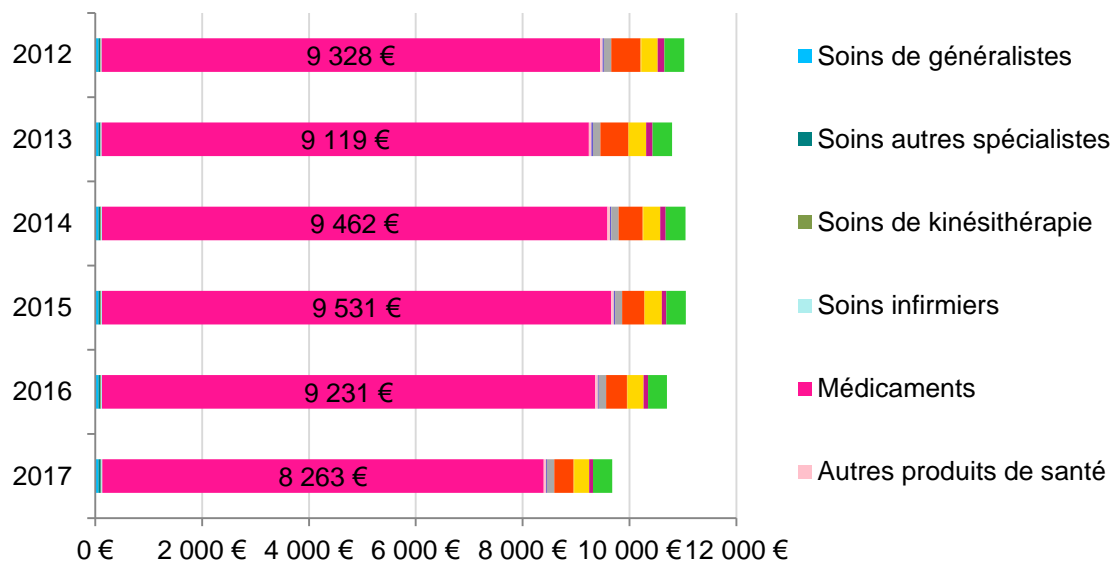
**Différence du nombre de personnes prises en charge en 2017
(par département, par âge et par sexe)**



Les soins prodigués à ces patients représentent **une dépense globale de 1,3 Md€ en 2017, soit 9 678€ en moyenne par patient et par an, dont 85 % sont consacrés aux médicaments.**

En termes d'évolution, la dépense moyenne par patient a baissé depuis 2012, où elle était en moyenne de 11 000 €. Ceci résulte notamment **d'une baisse importante de la dépense du poste « médicament » (-11%)** entre 2016 et 2017, à la suite de baisses des prix et à l'arrivée de génériques.

Evolutions de la dépense moyenne sur la période 2012 à 2017 (en milliers d'euros)

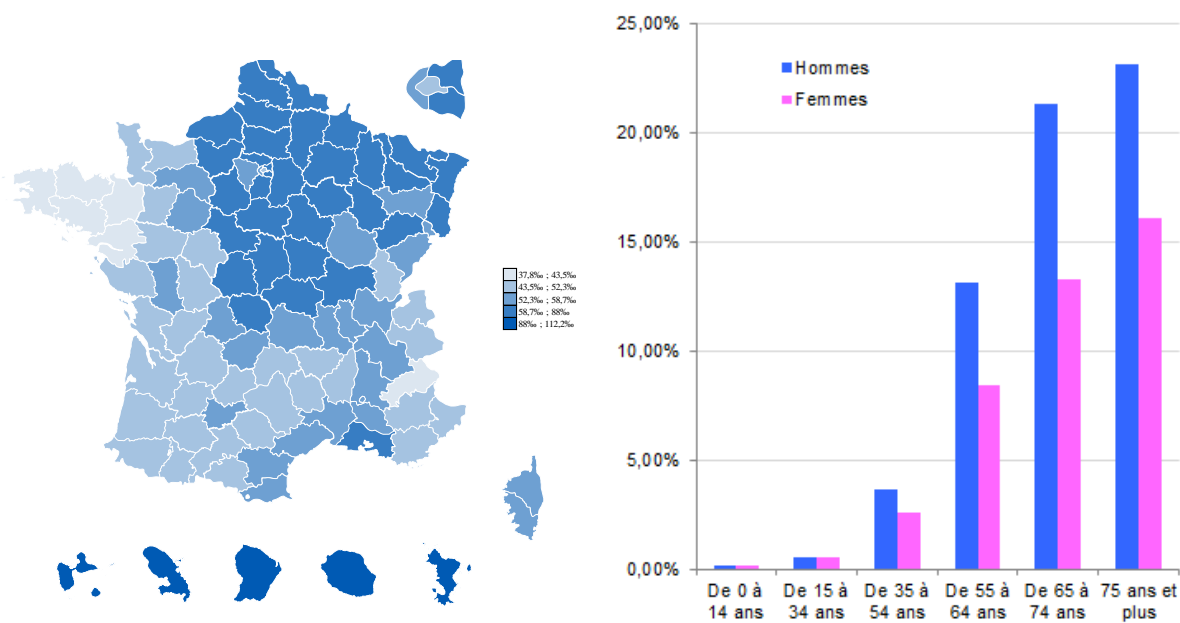


Du fait de cette diminution de la dépense moyenne, on observe que la dépense totale a peu augmenté entre 2012 et 2017 (+9 M€) alors que le nombre de patients concernés a augmenté (+16 800).

- **Le diabète**

En 2017, **3,2 millions de personnes** ont été traitées en France pour un diabète. On observe que les hommes sont plus souvent concernés que les femmes et que le pourcentage de personnes diabétiques est le plus élevé dans les régions du Nord et de l'Est comme dans les territoires ultramarins.

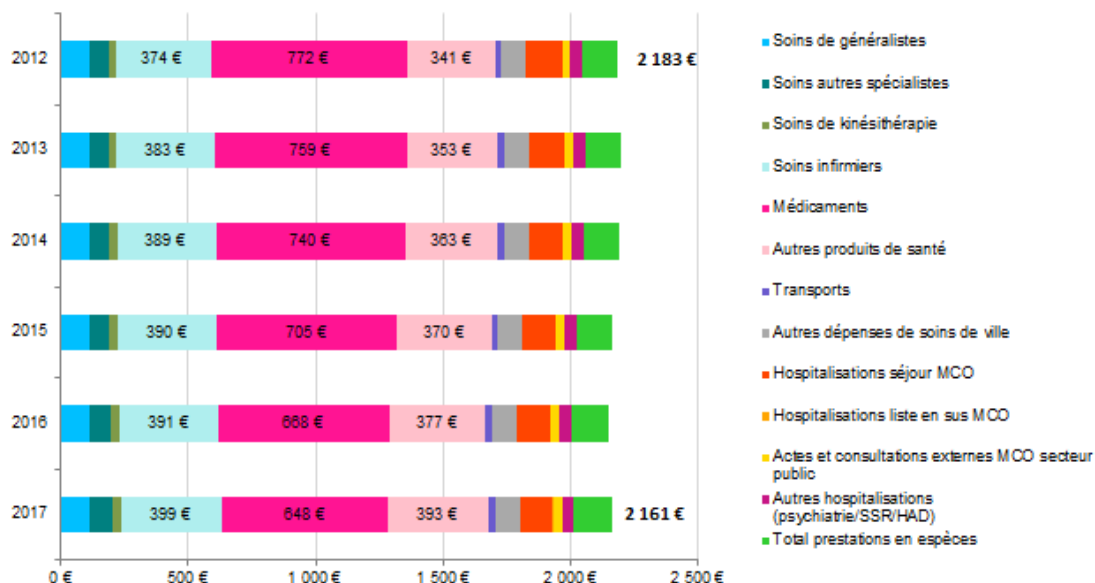
Taux standardisés des personnes prises en charge



La dépense correspondant à ces prises en charge est de **7 Md€**, soit une dépense annuelle moyenne de 2 160 euros par patient.

Les dépenses ont augmenté en moyenne de **2,5%** par an entre 2012 et 2017, essentiellement en raison de la croissance du nombre de patients (+2,7% par an en moyenne).

Evolution des dépenses moyennes par poste entre 2012 et 2017



Ces dépenses se répartissent principalement entre trois postes : les médicaments (30 %), les soins infirmiers (18,5 %) et les autres produits de santé (18 %).

Pour cette pathologie, on peut observer une double tendance.

D'un côté, on observe **une baisse continue des dépenses moyennes du poste médicament**, et ce malgré l'arrivée de nouvelles générations de traitements (aGPL1, iDDP4), ce qui traduit **l'impact des mesures de régulations mises en œuvre** (baisse de prix, actions de maîtrise médicalisée...).

D'un autre côté, on note **un poids croissant des postes « autres produits de santé »**¹³ (comprenant notamment les pompes à insuline et les bandelettes pour lecteurs de glycémie ...) et **« soins infirmiers »** liés au recours croissant à l'insulinothérapie pour des patients traités en ambulatoire

La résultante de ces deux tendances est une dépense moyenne par patient qui, après avoir baissé de façon continue entre 2013 et 2016, augmente à nouveau entre 2016 et 2017. Ceci se traduit par un **taux de croissance des dépenses globales plus élevé** (+3,2 % entre 2016 et 2017).

Cette hausse de la dépense moyenne s'explique principalement par celle du poste « autres produits de santé », en lien avec le développement de l'insulinothérapie et l'arrivée de nouveaux dispositifs médicaux, tels que les lecteurs de glycémie FreeStyle Libre (remboursés depuis le 1^{er} juin 2017). Cela se traduit par une **augmentation des dépenses globales** (+3,2 % entre 2016 et 2017).

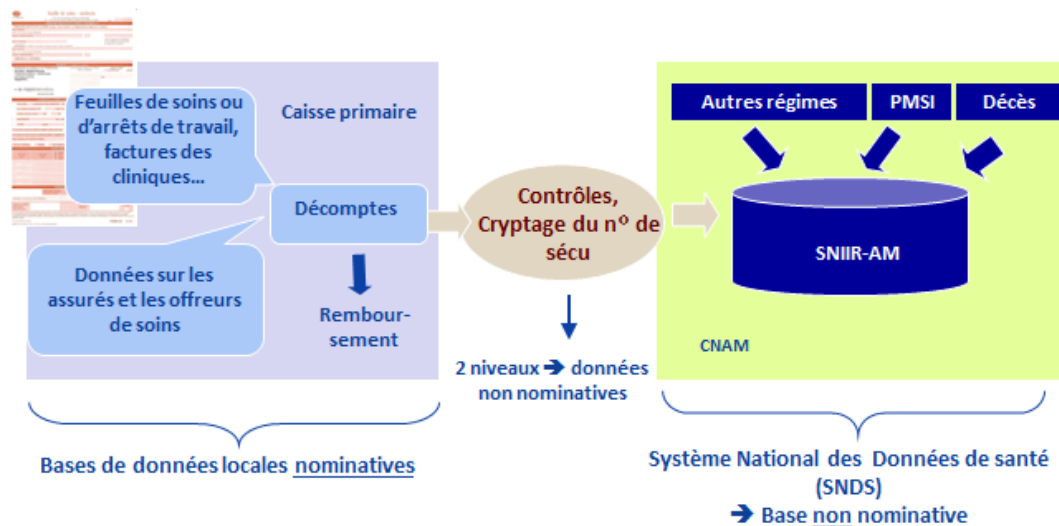
¹³ Correspondant aux dépenses remboursées au titre de la liste des produits et prestations.

En effet, au sein du poste regroupant l'ensemble des « autres produits de santé », **le diabète est à lui seul à l'origine de 20 % des dépenses**. Une vigilance s'impose donc pour les années à venir sur le poste « autres produits de santé » en particulier.

- **La méthodologie employée**

Le travail effectué dans le cadre de la **Cartographie médicalisée des dépenses s'attache à 'faire parler' les factures des soins**, dont les informations anonymisées remontent dans le SNDS.

Le Système national des données de santé (SNDS)



Dans un premier temps, des **pathologies sont identifiées à l'aide d'algorithmes** tenant compte des affections de longue durée, des diagnostics codés lors de séjours hospitaliers pour la tarification du séjour, de médicaments spécifiques de certaines pathologies et parfois d'autres informations.

A partir de ce travail, **56 groupes de pathologies** ont été établis, ce qui permet, par exemple d'identifier dans le cadre du cancer, 4 types de cancer (sein, prostate, poumon et colon), chacun différencié également suivant qu'il est en phase active de traitement ou sous surveillance. Chaque personne peut avoir plusieurs pathologies repérées. Ces groupes de pathologies sont **regroupées en 13 grandes catégories** (maladies cardiovasculaires, cancers...).

La Cartographie identifie également le **recours à des traitements chroniques** comme les psychotropes ou les traitements du risque cardiovasculaire (traitements contre l'hypertension artérielle ou hypolipémiants). La Cartographie comporte enfin trois autres groupes supplémentaires : les hospitalisations ponctuelles, les traitements antalgiques et anti-inflammatoires chroniques (en dehors de tout autre motif considéré) et enfin le reste de la population considérée comme ayant uniquement des soins, non spécifiques, dits « courants ».

Dans un second temps, les **dépenses sont affectées aux « pathologies » considérées selon une méthode par proratisation** sauf pour les dépenses en établissements hospitaliers (MCO, SRR et psychiatriques) qui sont affectées de façon directe, en tenant compte des motifs des séjours.

Les indemnités journalières pour maternité sont également affectées de façon directe à la population « maternité ».

Les dépenses remboursées au titre des soins de ville, hospitalisations et prestations en espèces sont aussi déclinées en **26 postes distincts**, permettant une analyse fine des dépenses mobilisées pour la prise en charge des « pathologies ».

La méthodologie, notamment les algorithmes de repérage des pathologies, s'affine d'une année sur l'autre. Ainsi, les diagnostics codés lors des séjours en soins de suite et de réadaptation ont été ajoutés aux algorithmes dans la version de la Cartographie de cette année, alors qu'ils n'étaient pas pris en compte dans les versions précédentes de la cartographie (à l'exception de 3 pathologies pour lesquelles la modification avait été réalisée dès la version de l'année dernière). De même, le champ des dépenses prises en compte s'est également enrichi au cours des années, avec notamment l'intégration des dépenses relatives à l'hospitalisation à domicile dans les versions de la Cartographie publiées à partir de 2016.

En raison des améliorations apportées chaque année à la méthode de la Cartographie, l'ensemble des résultats sont recalculés pour chacune des années pour disposer d'une lecture des évolutions 2012-2017 à méthodologie constante. Ces recalculs expliquent les différences entre les résultats publiés ici par rapport aux versions antérieures de la Cartographie.