

ÉCLAIRAGES



Le redressement des comptes des hôpitaux publics se confirme en 2009

Engin Yilmaz – DREES



L'amélioration de la situation économique et financière des hôpitaux publics observée en 2008 se poursuit en 2009. Le déficit global des hôpitaux publics se réduit, passant de 345 millions d'euros en 2008 à 223 millions d'euros en 2009 grâce à une progression des produits (+2,3%) plus forte que celle des charges (+2,1%). Le ralentissement de la progression de la masse salariale (+1,1% vs +3,8% en 2008) est notable, traduisant l'effort de gestion des établissements. Le déficit représente désormais 0,4% des produits perçus par les établissements publics de santé. L'amélioration des comptes en 2009 se confirme pour toutes les catégories d'établissement.

En 2009, l'effort d'investissement continue d'être soutenu sous l'impulsion du plan Hôpital 2012. L'objectif de ce plan est de poursuivre la modernisation du secteur hospitalier. La part des dépenses d'investissement au sein des produits est passée de 10,9% à 11,3% entre 2008 et 2009. Toutefois, bien que la capacité d'autofinancement des établissements publics de santé progresse en 2008, l'endettement continue de croître à un rythme régulier. Le niveau d'endettement atteint 46% en 2009, illustrant un financement des investissements par l'endettement.

La réduction du déficit des hôpitaux publics en 2008 se poursuit en 2009

D'après les données comptables définitives (encadré 1), le déficit des hôpitaux publics continue de se réduire en 2009 et atteint 223 millions d'euros, ce qui représente 0,4 % de leurs recettes (tableau 1). Le redressement observé en 2008 se confirme donc pour l'année 2009. Ce déficit était de 486 millions d'euros en 2007 et de 345 millions en 2008.

Ce redressement des comptes est pour l'essentiel imputable au budget principal, qui retrace les opérations relevant des activités de court et moyen séjour et de psychiatrie et représente 88 % du budget total des établissements. Le déficit du budget principal continue en effet à se réduire : il s'établit à 454 millions d'euros en 2009 contre 550 millions d'euros en 2008 et

689 millions d'euros en 2007. Les opérations annexes¹, quant à elles, enregistrent une amélioration modérée du résultat net comptable pour atteindre 231 millions d'euros.

Les centres hospitaliers régionaux concentrent toujours la moitié du déficit

Depuis 2008, le nombre d'hôpitaux déficitaires continue de baisser, passant de 352 à 291 entre 2008 et 2009. En 2009, sept hôpitaux sur dix sont excédentaires. Cette diminution concerne, à des degrés divers, toutes les catégories d'établissements (graphique 1).

Sur les 291 établissements déficitaires enregistrant un déficit cumulé de 590 millions d'euros, les 22 CHR déficitaires (y compris l'AP-HP) concentrent à eux seuls 60 % de ce déficit. Quant aux établissements excé-

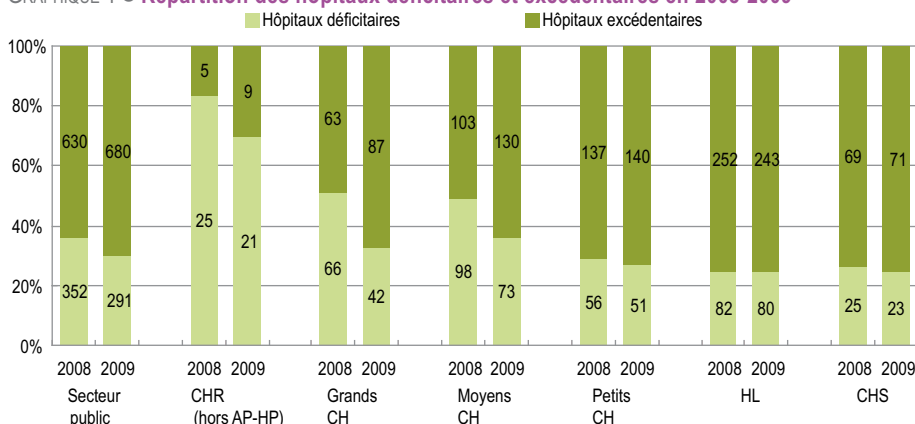
TABLEAU 1 ● Rentabilité économique des hôpitaux publics

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

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

Sources • DGFIP, SAE.
Calculs • DREES.

GRAPHIQUE 1 ● Répartition des hôpitaux déficitaires et excédentaires en 2008-2009



Sources • DGFIP, SAE. Calculs • DREES.

1. Ce budget décrit 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 (EHPAD), la dotation non affectée (DNA) faisant référence aux produits relatifs au patrimoine, en particulier foncier, de l'hôpital public et non affectée à l'activité hospitalière.

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 juridiques² des hôpitaux publics, 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. Toutefois, des données semi-définitives pour l'année N sont disponibles en juin 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), 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. L'exécution de l'EPRD est suivie et analysée au conseil d'administration et transmise à l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) tous les quatre mois. 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 conduire une analyse sur des données définitives.

Données sur l'activité

- Mis en place depuis 1997 par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) 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.

2. Une entité juridique peut inclure un ou plusieurs établissements.

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.

dentaires, leur résultat net comptable positif s'élève à 367 millions d'euros.

La situation économique des CHR (hors AP-HP) s'améliore en 2009

Bien que la situation économique et financière des établissements publics de santé reste très variée, elle s'améliore pour toutes les catégories d'établissements en 2009, y compris pour les CHR (hors APHP), qui était la seule catégorie à ne pas avoir réduit son déficit en 2008. Leur rentabilité économique⁴ a progressé en 2009 : leur déficit global passe de 357 millions d'euros en 2008 à 266 millions d'euros en 2009, soit 1,7 % de leurs produits contre 2,4 % en 2008. Hors AP-HP, sur les 30 CHR présents en France, 9 clôturent leur exercice avec un résultat net comptable excédentaire, alors qu'ils étaient 5 dans ce cas en 2008.

L'amélioration des comptes observée en 2008 pour les centres hospitaliers se confirme pour l'année 2009. Les grands et moyens CH sont proches de l'équilibre avec un déficit global respectivement de 9,5 millions d'euros et de 1,1 million d'euros. Pour les CH de petite taille, le résultat net comptable reste globalement excédentaire et représente 1,2 % des produits, soit 32 millions d'euros en 2008.

Toutes les autres catégories d'établissements restent excédentaires en 2009. La rentabilité économique des HL et des CHS (secteur psychiatrique) est restée globalement stable respectivement autour de 2,5 % et de 0,6 %.

La croissance des produits versés par l'assurance maladie reste soutenue

En 2009, bien que moins dynamiques, les produits totaux⁵ hors rétrocession des hôpitaux publics ont augmenté de 2,3 % pour atteindre 64,5 milliards d'euros dont près de 57 milliards sont imputables au budget principal (encadré 1). Cette augmentation des produits du budget principal s'explique essentiellement par le dynamisme des produits versés par l'assurance maladie (titre 1) qui en constituent l'essentiel (81 %). La croissance des produits versés

par l'assurance maladie reste soutenue : +3,3 % en 2009 contre +4,1 % en 2008 et +2,4 % en 2007 (graphique 3). Ils s'élèvent à 47 milliards d'euros en 2009. Cette croissance peut s'expliquer au moins en partie par la mise en place de la nouvelle classification des séjours hospitaliers qui a permis de mieux rémunérer les séjours relatifs à des niveaux de sévérité élevés (encadré 2).

Les financements des MIGAC ont augmenté de 14,5 % en 2009

Les produits versés par l'assurance maladie se décomposent en financements reçus au titre de l'activité⁶, dotation annuelle de financement et MIGAC (encadrés 1 et 2). En 2009, une partie des financements liés à l'activité ont été transférés vers des enveloppes forfaitaires (MIGAC) pour ce qui concerne la permanence des soins hospitaliers et la prise en charge des patients en situation de précarité. C'est l'évolution de ces modalités de financement bien plus que celle de l'activité qui explique le fléchissement de l'évolution des produits versés par l'assurance maladie au titre de l'activité en 2009 (+1,5 % contre 3,9 % l'année précédente).

Corrélativement, les financements des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) versés par l'assurance maladie, qui s'élèvent à près de 6,8 milliards d'euros, enregistrent une forte augmentation de 14,5 % en 2009. Enfin, la dotation annuelle de financement relative au budget principal, qui finance les activités de moyen séjour (soins de suite et réadaptation), de psychiatrie ainsi que la plupart des longs séjours financés par la Sécurité sociale, a augmenté de 1,9 % en 2009 (versus 3,8 % en 2008) et s'élève 10,5 milliards d'euros.

Les produits des ménages et des organismes complémentaires ont augmenté de +3,8 %

La progression des autres produits de l'activité hospitalière (titre 2, graphique 2) se poursuit, bien que moins soutenue par rapport aux années précédentes, soit +3,8 % en 2009 contre 6,6 % en 2008 et 6,1 % en 2007 (graphique 2). Par rapport aux années précédentes, l'évolution de ces pro-

4. La rentabilité économique 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).

5. 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.

6. Ces financements concernent les activités de MCO. Ils incluent les produits de la tarification des séjours et des consultations externes ainsi que les produits des médicaments, des dispositifs médicaux facturés en sus du séjour et les forfaits annuels.

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. Le champ analysé dans cette étude n'inclut pas les établissements participant au service public hospitalier (PSPH).

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), la dotation non affectée⁷ (DNA).

Le budget principal est formé de trois titres de produits et de quatre titres de charges.

Titres de produits :

- Titre 1 : produits versés par l'assurance maladie ;
- Titre 2 : autres produits de l'activité hospitalière ;
- 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.

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 des médicaments, mais par lequel peuvent aussi transiter des flux intra-groupes⁸. 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) 2009 afin de ne conserver que des établissements de santé. Le nombre d'hôpitaux publics s'élève à 971 en 2009 contre 982 en 2007.

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

- 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 hôpitaux locaux (HL).
- Les centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS)⁹.

7. Cette dotation fait référence aux produits et charges relatifs au patrimoine, notamment foncier, de l'hôpital public et non affecté à l'activité hospitalière.

8. La rétrocession des médicaments recouvre la délivrance, par une pharmacie hospitalière, de médicaments à des patients qui ne sont pas hospitalisés. En 2006, le compte 7071 (rétrocession de médicaments) représente 3% 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 12% des comptes 70 et 73. Hors AP-HP, ce pourcentage chute à 1,8%. Cette part de la rétrocession pour l'AP-HP explique une partie de la surestimation des produits de l'AP-HP.

9. Les syndicats interhospitaliers (SIH) ont été classés avec les établissements qui se 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.

ENCADRÉ 3 ● La tarification à l'activité (T2A)

En 2008, la réforme du financement au sein des établissements publics de santé a continué de se mettre en place. S'appliquant à cette date aux seules activités de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique – MCO), ce système repose à la fois sur une tarification à l'activité et sur une dotation pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)¹⁰. Pour le premier volet, la mise en place a été progressive: la part de financement liée à la T2A est passée de 25% à 35% entre 2005 et 2006 et s'élève à 50% en 2007. La partie d'activité restant financée sous la forme de dotation est nommée dotation annuelle complémentaire (DAC). En 2008, la DAC a été supprimée. Les tarifs nationaux sont applicables à 100%, ce qui signifie que les recettes des établissements sont, à présent, directement proportionnelles à leur activité. Ces tarifs sont modulés par un coefficient de transition spécifique à chaque établissement. Ce coefficient va converger vers 1 d'ici 2012. Quant à la dotation nationale de financement des MIGAC, elle est répartie entre les régions. Les crédits sont ensuite attribués par les agences régionales de santé (ARS) aux établissements.

Les autres activités (psychiatrie et soins de suite et de réadaptation) restent financées pour le moment sous forme de dotation annuelle.

La mise en place progressive de la T2A se poursuit en 2009 avec l'introduction de la nouvelle classification des séjours hospitaliers¹¹ (V1.1). En effet, chaque hospitalisation est résumée dans un groupe homogène de malades (GHM) en fonction de différents critères (diagnostics principaux, actes pratiqués et diagnostics associés). L'objectif de cette nouvelle classification est de mieux rendre compte de la sévérité des pathologies prises en charge avec le passage de 799 GHM à 2300 GHM. Désormais, les GHM se déclinent dans la 11^e version de la classification en quatre niveaux de sévérité.

duits est comparable à la croissance des produits du titre 1. Ce titre regroupe les montants non pris en charge par l'assurance maladie (organismes complémentaires et ménages) 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 atteint 4,5 milliards d'euros. La part de ces montants au sein du budget principal progresse chaque année: ils représentent 7,9% du budget principal en 2009, contre 7,8% en 2008, 7,7% en 2007 et 7,4% en 2006. Elle devrait continuer à augmenter à la suite de l'arrêté du 23 décembre 2009 portant le montant du forfait journalier hospitalier de 16 à 18 euros pour les services de MCO et de 12 à 13,50 euros en psychiatrie à compter du 1^{er} janvier 2010.

Les autres produits (titre 3) représentent 5,3 milliards d'euros en 2009, en baisse de 3,2% en 2009. Ils comprennent notamment les recettes subsidiaires relatives à l'exploitation (vente de produits fabriqués, production immobilisée, subventions d'exploitations, etc.), les produits financiers et les produits exceptionnels. Cette baisse s'explique en grande partie par une diminution des subventions d'exploitations. En 2008, les hôpitaux publics ont bénéficié d'un apport supplémentaire de 350 millions d'euros du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) destinés principalement à financer l'indemnisation des jours épargnés sur les comptes épargne-

temps (CET). En 2008, les hôpitaux étaient autorisés à recourir à ces crédits pour indemniser la moitié des jours épargnés sur les CET et la totalité des heures supplémentaires restant dues¹².

Un net ralentissement de la progression des charges de personnel en 2009

Les charges du secteur hospitalier ont été estimées à 64,7 milliards d'euros en 2009, dont 88% au titre du budget principal. Contrairement aux deux années précédentes, les charges progressent moins rapidement que les produits (respectivement +2,1% contre +2,3% en 2009).

En 2009, les charges de personnel continuent d'augmenter mais à un rythme beaucoup plus faible que les années précédentes (+1,1% contre +3,8% en 2008 et +3,7% en 2007). Elles représentent 68% du total des charges. Contrairement à 2007, ces charges ont augmenté moins vite en 2008 et 2009 que les produits de l'activité médicale¹³. Ce contrôle de la masse salariale a contribué à résorber le déficit. Cet effort de gestion est particulièrement net pour les personnels non médicaux. La croissance de la masse salariale correspondante ralentit fortement: +0,8% en 2009 après

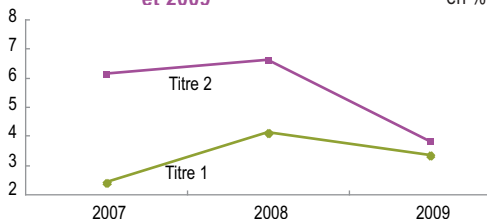
10. http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/migac/rapport_2008.pdf

11. « Manuel des groupes homogènes de malades, 11^e version de la classification », ATIH, fascicule spéciale n° 2010/4bis.

12. Circulaire n° DHOS/M3/2008/161 du 14 mai 2008 relative aux modalités d'indemnisation des jours accumulés sur le compte épargne-temps des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé.

13. Les produits de l'activité médicale, comprenant les recettes des titres 1 et 2, ont augmenté de 2,7% en 2007, de 4,4% en 2008 et de 3,4% en 2009.

GRAPHIQUE 2 ● Taux d'augmentation des produits du budget principal entre 2006 et 2009 en %



Titre 1 • Produits versés par l'assurance maladie.

Titre 2 • Produits à la charge des patients, organismes complémentaires, État.

Sources • DGFIP, SAE. Calculs • DREES.

+2,4 % en 2008 et +3,1 % en 2007. Toutefois, cette évolution moyenne masque des évolutions contrastées. Ainsi elle a baissé dans un établissement sur cinq en 2009 alors qu'en 2008 c'était le cas pour seulement un établissement sur dix. Au sein des CHR, la masse salariale des personnels non médicaux est en baisse dans un tiers des établissements en 2009 alors que c'était le cas d'un seul établissement en 2008.

En 2009, les charges à caractère médical progressent de +4,4 % après deux années de fortes hausses (+6,6 % en 2008 et +6,9 % en 2007). Globalement, ces dépenses progressent plus vite que les produits de l'activité médicale. Elles atteignent 8 milliards d'euros pour le seul budget principal et représentent 13,7 %. Leur part est plus élevée pour les CHR (17 %), alors qu'elle est inférieure à 10 % pour les petits CH, les HL et les CHS.

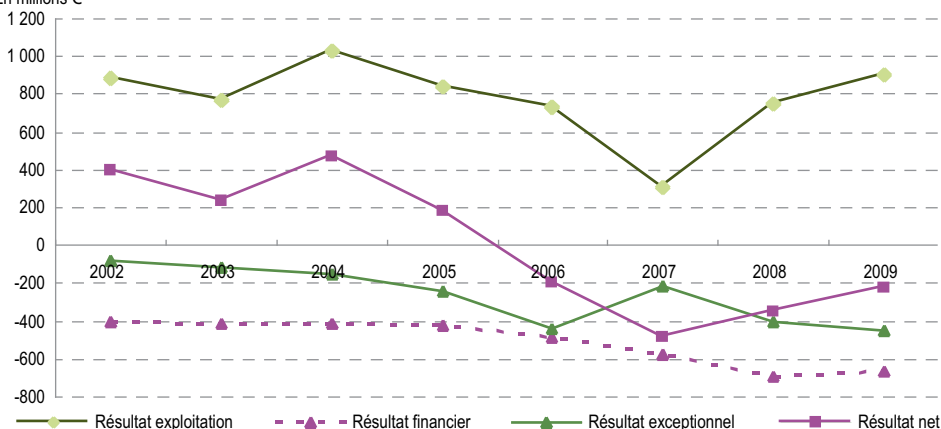
Contrairement à 2007, les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) ainsi que les charges d'amortissements et frais financier (titre 4) progressent en 2009, respectivement de 3,9 % et 5 %. Les montants de ces charges atteignent 5,7 milliards d'euros pour les premières et 5,6 milliards pour les secondes. Comme les charges du titre 2, celles du titre 3, se rapportant aussi à l'activité hospitalière, progressent plus rapidement que les produits de l'activité médicale.

La forte progression du résultat d'exploitation depuis 2007 a été absorbée par la dégradation du résultat financier

En décomposant le compte de résultat global, on observe que le résultat d'exploitation¹⁴ continue de progresser en 2009 pour atteindre 900 millions d'euros. Sur la période 2007 – 2009, ce résultat a quasiment triplé passant de 307 millions à 900 millions d'euros en 2009 (graphique 3). Toutefois, cette progression du résultat d'exploitation est en partie absorbée par la dégradation du résultat financier¹⁵ sur la période 2007-2009 liée au recours à l'emprunt pour financer les investissements : son déficit s'élève à 669 millions d'euros en 2009, soit 92 millions de plus qu'en 2007. Le résultat exceptionnel¹⁶ s'est également dégradé durant cette période : son déficit a presque doublé pour atteindre 406 millions d'euros en 2008 et est de 453 millions d'euros en 2009.

GRAPHIQUE 3 ● Compte de résultat

En millions €



Sources • DGFIP, SAE. Calculs • DREES.

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

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

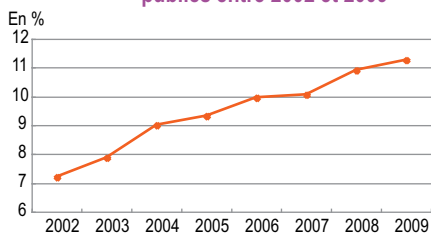
16. Le résultat exceptionnel comprend notamment les opérations de gestion ou des opérations de capital (cessions d'immobilisation), et les dotations aux amortissements et aux provisions pour les opérations exceptionnelles.

Des investissements importants financés de plus en plus par l'endettement

En 2009, l'effort d'investissement continue d'être soutenu sous l'impulsion du plan Hôpital 2012. L'objectif de ce plan est de poursuivre la modernisation du secteur hospitalier. Le niveau d'investissement visé par le plan est de 10 milliards d'euros sur cinq ans pour la période 2008-2012. Par ailleurs, d'après les premiers bilans réalisés par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) sur le volet investissement du plan Hôpital 2007, le montant total des investissements est estimé à 16,8 milliards d'euros dont 10,8 milliards ont été réalisés sur la période 2003-2008. Les 6 milliards d'euros restant à mandater le seront de 2009 à 2012 au plus tard¹⁷.

La part des dépenses d'investissements rapportées aux recettes produites par l'activité hospitalière est passée de 10,9% à 11,3% entre 2008 et 2009 (graphique 4). Ces dépenses représentent les opérations d'investissements réalisées dans l'année (acquisitions, créations et apports d'immobilisations¹⁸). Parallèlement, le renouvellement global des immobilisations, indiquant le rythme d'investissement d'un établissement se stabilise en 2009. Il faut donc en moyenne douze années pour renouveler son patrimoine (tableau 2).

GRAPHIQUE 4 ● Évolution de l'effort d'investissement* des hôpitaux publics entre 2002 et 2009



* L'effort d'investissement mesure la part des dépenses d'investissements par rapport aux produits.

Sources • DGFIP, SAE. Calculs • DREES.

Les capacités d'autofinancement s'accroissent

Contrairement à la période 2004-2007, la capacité d'autofinancement (CAF)¹⁹, mesurant les ressources dégagées par l'activité courante de l'établissement, a progressé continuellement depuis 2008. Ainsi, pour les hôpitaux publics, la CAF s'élève à près de 4 milliards d'euros en 2009. Le taux d'autofinancement, mesurant le poids de la CAF au sein de ses produits augmente, passant de 5,8% en 2008 à 6,7% en 2009 (tableau 2). C'est donc l'amélioration du résultat d'exploitation qui

TABLEAU 2 ● Indicateurs d'investissements des hôpitaux publics entre 2002 et 2009

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

Sources • DGFIP, SAE. Calculs • DREES.

Note de lecture

– 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 8% en 2007 signifie qu'il faut 12,5 années (100/8) pour renouveler le patrimoine des hôpitaux publics.

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

– 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.

17. Sources • ANAP Préfiguration – Synthèse du bilan Hôpital 2007 (août 2009).

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

19. 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.

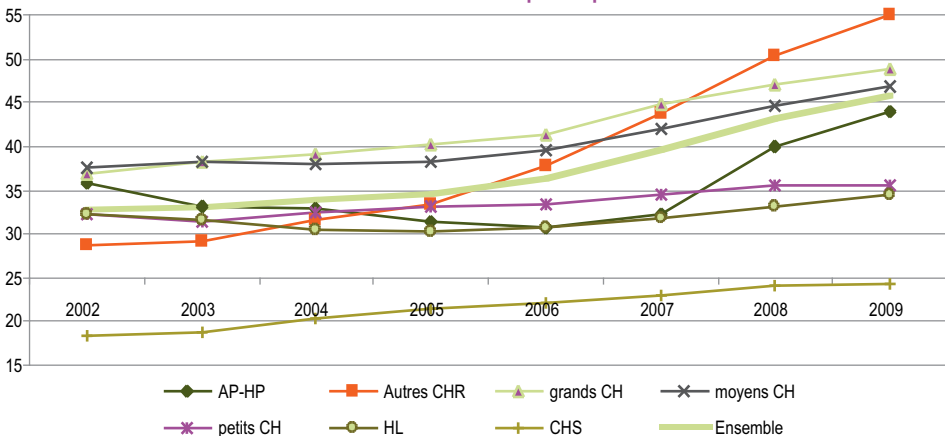
a permis aux établissements de dégager plus de sources d'autofinancement.

L'endettement continue de progresser

Bien que la CAF augmente, l'endettement des hôpitaux publics continue de croître à un rythme régulier, avec la relance de l'investissement : le taux d'endettement mesurant la part des dettes au sein des ressources stables est passé de 43 % en 2008 à 46 % en 2009 (graphique 5). Par conséquent, l'amélioration de l'autofinancement n'a pas permis d'absorber l'effort

d'investissement constant entrepris depuis 2002. Cet investissement a donc nécessité un recours conséquent à l'emprunt. La croissance de l'endettement a été particulièrement importante en 2008 et en 2009 pour les CHR, et dans une moindre mesure pour les grands et les petits CH. Toutefois, le ratio d'endettement des hôpitaux publics, qui mesure le nombre d'années d'autofinancement nécessaire au remboursement total de la dette, s'est maintenu en 2008 et diminue en 2009 en raison notamment de l'augmentation de la CAF : ce ratio s'établit à 5,4 années pour l'année 2009 (tableau 2).

GRAPHIQUE 5 ● Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics entre 2002 et 2009



Sources • DGFIP, SAE. Calculs • DREES.

Pour en savoir plus

DGFIP, 2009, Premiers résultats 2008 des finances locales, DGFIP, juin (disponible sur le site <http://www.colloc.bercy.gouv.fr>, rubrique Finances locales, Notes de conjoncture).

DREES, 2009, « Second rapport d'activité du comité d'évaluation de la T2A », Document de travail, série Études et recherche, n° 94, septembre.

Fenina A., Geffroy Y., Duée M., 2009, Comptes nationaux de la santé 2008, coll. « Études et statistiques ».

Garnero M., Ratier M.-O., 2009, « Les contrats d'assurance complémentaire en 2007 », Études et Résultats, DREES, n° 698, juillet.

Yilmaz E., 2009, « En 2006, les hôpitaux publics en déficit », Études et Résultats, DREES, n° 684, mars.

Yilmaz E., 2009, « En 2007, le déficit des hôpitaux publics se creuse », Études et Résultats, DREES, n° 709, octobre.

Yilmaz E., 2011, « Le redressement des comptes des hôpitaux publics observé en 2008 se poursuit en 2009 », Études et Résultats, DREES, n° 746, janvier.

Les hôpitaux du secteur public hospitalier de 2006 à 2009 : quelques aspects comptables



Malik KOUBI, Annie FENINA (DREES)¹

Le secteur public hospitalier des Comptes de la santé comprend les hôpitaux publics et les hôpitaux privés participant au service public hospitalier (PSPH). En comptabilité générale (CG), le résultat net du secteur public hospitalier (hors hôpitaux militaires²) s'établit à 0,4 milliard d'euros en 2009. Les principales charges qui pèsent sur ces organismes sont les charges de personnels. Les produits proviennent essentiellement de l'activité hospitalière et dans une moindre mesure de certaines ventes et activités annexes. Le passage du résultat de la comptabilité générale au besoin de financement de la comptabilité nationale (CN) nécessite plusieurs retraitements des comptes, dont les plus importants sont la non prise en compte des provisions et dotations aux amortissements (et reprises sur provisions et amortissements) et *a contrario* l'intégration d'éléments du bilan tels que la consommation et formation de capital fixe. Ce besoin de financement s'établit en 2009 à -0,5 milliard d'euros.

Les soins hospitaliers publics, tels qu'ils figurent dans les Comptes de la santé, comprennent la production non marchande de santé du secteur public hospitalier (hors hôpitaux militaires) et celle des hôpitaux militaires. Leur montant s'élève à 60,3 milliards d'euros en 2009.

1. Les auteurs remercient la DGFIP et l'INSEE pour la fourniture des données et les explications qu'ils ont apportées.

2. Dont les comptes sont intégrés en comptabilité nationale aux comptes de l'État.

Introduction : un secteur économique complexe

Le secteur public hospitalier joue un rôle central dans l'organisation du système de santé, par son importance dans la délivrance des soins (il fournit plus du tiers de la CSBM), par les spécificités de ses missions, notamment d'intérêt général et les missions de service public qui en découlent.

À l'occasion du passage à la base 2005 des comptes nationaux, cet éclairage fait le point sur les principaux traits qui ressortent d'une analyse de la comptabilité de ce secteur sur la période 2006-2009, à la fois en comptabilité générale (CG) et en comptabilité nationale (CN). Il précise également l'articulation entre ces deux optiques. Cette approche comptable est originale par rapport à la plupart des études portant sur l'activité des hôpitaux, qui privilégient en général une mesure directe de l'activité, à travers des sources telles que le programme de médica-

lisation du système d'information (PMSI) et l'enquête sur la statistique des établissements (SAE).

Cet éclairage porte sur le champ du secteur public hospitalier. C'est un secteur institutionnel de la CN qui comprend d'une part les hôpitaux publics *stricto sensu*, hors les hôpitaux militaires³, d'autre part les hôpitaux privés participant au service public hospitalier (PSPH). Les données comptables exploitées dans cet éclairage sont toutefois moins détaillées pour les PSPH que pour les hôpitaux publics *stricto sensu* (hors hôpitaux militaires). Aussi certaines présentations se limitent-elles à ces derniers.

La première partie examine le budget principal des hôpitaux publics dans l'optique de la comptabilité générale (CG) et donne des éléments pour les budgets annexes et les PSPH. La seconde partie présente le compte de l'ensemble du secteur public hospitalier en comptabilité nationale (CN). Elle précise également

TABLEAU 1A ● Évolution des charges, des produits et du résultat net comptable des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires) sur la période 2006-2009

		En milliards d'euros				
		2006	2007	2008	2009	
6	60	ACHATS	-9,8	-10,2	-11,0	-11,3
	61	SERVICES EXTÉRIEURS	-2,3	-2,4	-2,5	-2,7
	62	AUTRES SERVICES EXTÉRIEURS	-2,9	-3,0	-3,2	-3,3
	63	IMPÔTS, TAXES ET ASSIMILÉS	-3,3	-3,6	-3,8	-3,9
	64	CHARGES DE PERSONNEL	-36,3	-37,6	-38,8	-39,5
	65	AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE	-0,6	-0,5	-0,5	-0,5
	66	CHARGES FINANCIÈRES	-0,5	-0,6	-0,7	-0,7
	67	CHARGES EXCEPTIONNELLES	-1,0	-0,7	-0,8	-0,8
	68	DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS, DÉPRÉCIATIONS ET PROVISIONS	-3,6	-4,0	-4,5	-4,8
Total charges		-60,3	-62,6	-65,8	-67,6	
7	70	VENTES DE PRODUITS FABRIQUÉS, PRESTATIONS DE SERVICES, MARCHANDISES ET PRODUITS DES ACTIVITÉS ANNEXES	4,3	4,6	4,9	5,1
	71	PRODUCTION STOCKÉE (OU DESTOCKAGE)	-0,0	-0,0	0,0	0,0
	72	PRODUCTION IMMOBILISÉE	0,0	0,0	0,0	0,0
	73	PRODUITS DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE	52,7	54,3	56,7	58,7
	74	SUBVENTIONS D'EXPLOITATION ET PARTICIPATIONS	0,9	0,9	1,3	1,0
	75	AUTRES PRODUITS DE GESTION COURANTE	0,8	0,9	0,9	1,0
	76	PRODUITS FINANCIERS	0,0	0,0	0,0	0,0
	77	PRODUITS EXCEPTIONNELS	0,9	0,8	0,9	1,0
	78	REPRISES SUR AMORTISSEMENTS, DÉPRÉCIATIONS ET PROVISIONS	0,4	0,6	0,7	0,6
79	TRANSFERTS DE CHARGES	0,0	0,0	0,0	0,0	
Total produits		60,1	62,1	65,5	67,3	
Résultat net		-0,2	-0,5	-0,3	-0,2	

Champ • Établissements publics hors hôpitaux militaires, budgets principaux et budgets annexes.

Sources • DGFIP.

3. Alors que les hôpitaux civils sont classés en CN dans le secteur des administrations de Sécurité sociale (ASSO), les hôpitaux militaires font partie du secteur État.

TABLEAU 1B ● Charges et produits des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires) et des PSPH en 2009

En milliards d'euros

		PSPH (1)	Hôpitaux publics (2)	dont : budgets principaux	Secteur public hospitalier (1) + (2)
6	60 ACHATS	-1,3	-11,3	-10,8	-12,6
	61 SERVICES EXTÉRIEURS	-0,6	-2,7	-2,4	-3,3
	62 AUTRES SERVICES EXTÉRIEURS	-0,6	-3,3	-2,1	-3,9
	63 IMPÔTS, TAXES ET ASSIMILÉS	-0,5	-3,9	-3,5	-4,4
	64 CHARGES DE PERSONNEL	-5,3	-39,5	-34,9	-44,8
	65 AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE	-0,1	-0,5	-0,4	-0,6
	66 CHARGES FINANCIÈRES	-0,1	-0,7	-0,6	-0,8
	67 CHARGES EXCEPTIONNELLES	-0,1	-0,8	-0,7	-0,9
	68 DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS, DÉPRÉCIATIONS ET PROVISIONS	-0,6	-4,8	-4,3	-5,5
Total charges		-9,2	-67,6	-59,6	-76,8
7	70 VENTES DE PRODUITS FABRIQUÉS, PRESTATIONS DE SERVICES, MARCHANDISES ET PRODUITS DES ACTIVITÉS ANNEXES	0,4	5,1	4,8	5,4
	71 PRODUCTION STOCKÉE (OU DESTOCKAGE)	0,0	0,0	0,0	0,0
	72 PRODUCTION IMMOBILISÉE	0,0	0,0	0,0	0,0
	73 PRODUITS DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE	8,4	58,7	51,7	67,1
	74 SUBVENTIONS D'EXPLOITATION ET PARTICIPATIONS	0,1	1,0	0,4	1,0
	75 AUTRES PRODUITS DE GESTION COURANTE	0,1	1,0	0,9	1,1
	76 PRODUITS FINANCIERS	0,0	0,0	0,0	0,0
	77 PRODUITS EXCEPTIONNELS	0,1	1,0	0,8	1,1
	78 REPRISES SUR AMORTISSEMENTS, DÉPRÉCIATIONS ET PROVISIONS	0,2	0,6	0,6	0,7
	79 TRANSFERTS DE CHARGES	0,0	0,0	0,0	0,0
Total produits		9,2	67,3	59,2	76,6
Résultat net		0,0	-0,2	-0,4	-0,3

Champ • Établissements publics (hors hôpitaux militaires) et PSPH.

Sources • DGFIP.

ENCADRÉ 1 ● Les différentes classes de compte de la comptabilité générale (CG)

La CG est organisée de manière à suivre l'évolution du résultat et du patrimoine de chaque établissement, à travers ses créances et ses dettes. Cette optique « patrimoniale » explique l'organisation du plan comptable en sept classes : les comptes de capital (classe 1), les comptes d'immobilisations (classe 2), les comptes de stocks et en-cours (classe 3), les comptes de tiers (classe 4), les comptes financiers (classe 5), les comptes de charges (classe 6) et les comptes de produits (classe 7).

Les comptes de charges (classe 6) et de produits (classe 7), dont il est question dans la première partie de l'éclairage, contribuent à dégager le résultat de l'exercice annuel. Les comptes de capital (classe 1), d'immobilisations (classe 2) et les comptes de stocks et en-cours (classe 3), interviennent dans le passage de la comptabilité générale à la comptabilité nationale, question traitée dans la deuxième partie de l'éclairage. Les comptes de capital (classe 1) et d'immobilisations (classe 2) enregistrent notamment les variations de capital. Les comptes de stocks et en-cours (classe 3), qui enregistrent notamment la production non vendue et les achats non consommés, résultent du décalage qui existe entre le moment de la vente et celui de la production, ou encore entre le moment de l'achat et celui de la consommation (ou de la revente en ce qui concerne la rétrocession des médicaments). Les autres comptes, auxquels nous ne nous intéresserons pas spécialement dans cet éclairage, sont les comptes de tiers (classe 4) qui retracent les opérations financières faites pour le compte d'un tiers et les comptes de classe 5 qui enregistrent les opérations de trésorerie.

les éléments de correspondance qui existent entre les deux optiques. La troisième partie présente le traitement complémentaire effectué pour le passage en comptes de la santé.

En comptabilité générale, le résultat net des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires) s'améliore depuis 2007

Cette partie analyse les principales charges et les principaux produits qui pèsent sur les hôpitaux publics. L'analyse porte essentiellement sur le budget principal des hôpitaux publics en raison du détail des données disponibles et elle se centre sur l'activité hospitalière classique. Des éléments plus agrégés sont donnés pour les budgets annexes et les PSPH.

• Les hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires) ont un résultat net de -0,2 milliard d'euros en 2009

En comptabilité générale (CG), le résultat net des hôpitaux est égal à la différence entre les produits (comptes de classe 7, encadré 1) et les charges (comptes de classe 6). Après une aggravation en 2007 (-0,5 milliard), le résultat net des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires) s'est amélioré les années suivantes pour s'établir à -0,2 milliard d'euros en 2009 (tableau 1A). En 2009, les budgets annexes ont un résultat positif de 0,2 milliard d'euros, alors que les budgets principaux ont à eux seuls un résultat négatif de -0,4 milliard d'euros (tableau 1B).

Il est à noter que les données présentées ici sont légèrement différentes de celles de l'éclairage «Le redressement des comptes des hôpitaux publics se confirme en 2009». Dans l'éclairage cité, le champ retenu est réduit aux seuls établissements répertoriés dans la SAE, contrairement au champ retenu ici : la réduction porte sur des établissements n'ayant pas d'activité hospitalière proprement dite (maison de retraite, institut de formation, blanchisserie) mais qui, liés à une activité hospitalière, établissent leurs comptes annuels en comptabilité M21. La réduction de champ porte sur 700 millions de produits. Un écart supplémentaire de 2,1 milliards (en produits et en charges) existe en outre du fait de la suppression dans l'éclairage cité des lignes correspondant à la rétrocession de médicaments. Ces deux écarts n'ont pratiquement aucun impact sur le résultat net comptable. Celui-ci est très proche dans les deux éclairages.

Les trois sections suivantes (I-2, I-3, I-4) analysent les postes de charges et de produits pour les *budgets principaux* des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires), pour lesquelles on dispose d'une information détaillée. Les sections I-5 et I-6 complètent le panorama pour ce qui concerne respectivement les budgets annexes des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires) et les budgets des PSPH.

• Les charges de personnel (64) et les achats (60) sont les principales charges qui pèsent sur les budgets principaux des hôpitaux publics

Les principales charges qui pèsent sur les budgets principaux des hôpitaux publics sont les charges de personnel (34,9 milliards d'euros en 2009, tableau 2). Les rémunérations du personnel non médical représentent 19,9 milliards d'euros, celles du personnel médical 5,5 milliards d'euros. Le montant des cotisations sociales s'élève pour sa part à 8,9 milliards d'euros, dont 7,2 milliards d'euros pour le personnel non médical et 1,7 milliard pour le personnel médical.

Les achats représentent pour leur part un total de dépenses de 10,8 milliards d'euros (tableau 3A). Dans cet ensemble, les produits pharmaceutiques et produits à usage médical pèsent pour un peu moins de la moitié (5,2 milliards d'euros). Les fournitures, produits finis et petit matériel médical et médicotechnique représentent quant à eux une dépense de 2,7 milliards d'euros, parmi lesquels les postes les plus significatifs sont le matériel et fournitures médico-chirurgicales à usage unique stérile (0,8 milliard), les fournitures pour laboratoires (0,6 milliard) et les dispositifs médicaux implantables (DMI) figurant sur la liste mentionnée à l'article L.162-22-7 du Code de la Sécurité sociale (0,6 milliard).

Les impôts, taxes et assimilés (3,5 milliards d'euros, tableau 1b) et les autres services extérieurs (2,1 milliards d'euros) représentent les autres rubriques importantes de dépenses, nettement en dessous cependant du montant des charges de personnel et des achats.

• Les principaux produits résultent de l'activité hospitalière (73) et de la vente de certains produits (70)

Une partie non négligeable des ressources des hôpitaux provient de l'ensemble constitué des ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises et produits des activités annexes. En tout, ces produits représentent un montant de 4,8 milliards d'euros en 2009 (poste 70, tableau 1B). Ils comprennent

TABLEAU 2 ● Répartition des charges de personnel des hôpitaux publics (budgets principaux)

		En milliards d'euros			
		2006	2007	2008	2009
641	Rémunérations du personnel non médical	-18,7	-19,2	-19,7	-19,9
642	Rémunérations du personnel médical	-4,9	-5,1	-5,5	-5,5
645	Charges de Sécurité sociale et de prévoyance	-8,1	-8,5	-8,7	-8,9
647	Autres charges sociales	-0,3	-0,4	-0,4	-0,4
648	Autres charges de personnel	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
Total		-32,2	-33,3	-34,4	-34,9

Champ • établissements publics (hors hôpitaux militaires), budget principal.

Sources • DGFIP.

TABLEAU 3A ● Répartition des achats des hôpitaux publics (budgets principaux)

		En milliards d'euros			
		2006	2007	2008	2009
601	Achats stockés de matières premières ou fournitures	0,0	0,0	0,0	0,0
602	Achats stockés; autres approvisionnements	-8,0	-8,4	-8,9	-9,3
603	Variation des stocks	0,0	0,0	0,0	0,1
606	Achats non stockés de matières et fournitures	-1,3	-1,4	-1,5	-1,6
607	Achats de marchandises	0,0	0,0	0,0	0,0
609	Rabais, remises et ristournes obtenus sur achats	0,0	0,0	0,0	0,0
Total		-9,3	-9,8	-10,5	-10,8

Champ • Etablissements publics (hors hôpitaux militaires), budget principal.

Sources • DGFIP.

TABLEAU 3B ● Détail des postes 602 et 606 (budgets principaux) en 2009

			En milliards d'euros
602	6021	Produits pharmaceutiques et produits à usage médical	-5,2
	6022	Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique	-2,7
	6023	Alimentation	-0,7
	6026	Fournitures consommables	-0,6
	6028	Autres fournitures suivies en stocks	0,0
Total 602 Achats stockés; autres approvisionnements			-9,3
606	6061	Fournitures non stockables	-0,8
	6062	Fournitures non stockées	-0,2
	6063	Alimentation non stockable	-0,1
	6066	Fournitures médicales	-0,5
	6068	Autres achats non stockés de matières et fournitures	0,0
Total 606 Achats non stockés de matières et fournitures			-1,6

Champ • Etablissements publics (hors hôpitaux militaires), budget principal.

Sources • DGFIP.

TABLEAU 4 ● Répartition des Produits de l'activité hospitalière en 2009

		En milliards d'euros			
		2006	2007	2008	2009
731	Produits à la charge de l'assurance maladie	42,7	43,7	45,5	47,1
732	Produits à la charge des patients, organismes complémentaire et compagnies d'assurance	3,2	3,4	3,6	3,7
733	Produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux en France	0,5	0,6	0,7	0,7
734	Prestations effectuées au profit des malades d'un autre établissement	0,1	0,1	0,1	0,2
735	Produits à la charge de l'État, collectivités territoriales et autres organismes publics	0,0	0,0	0,0	0,0
Total		46,6	47,9	49,9	51,7

Champ • Etablissements publics (hors hôpitaux militaires), budget principal.

Sources • DGFIP.

TABLEAU 5 ● Postes les plus importants des produits de l'activité hospitalière en 2009

En milliards d'euros

731-Produits à la charge de l'assurance maladie	47,1
dont: 7311-Produits de l'hospitalisation	44,6
dont: 731111-Groupes homogènes de séjour (GHS)	23,8
dont: 73112-Produits des médicaments facturés en sus des séjours	1,5
dont: 73113-Produits des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours	0,6
dont: 731141-Urgences (FAU)	0,8
dont: 73117-Dotation annuelle de financement (DAF)	10,6
dont: 731181-Dotation missions d'intérêt général (MIG)	5,2
dont: 731182-Dotation d'aide à la contractualisation (AC)	1,6
dont: 7312-Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique	2,5
dont: 73121-Consultations et actes externes	2,2
732-Produits à la charge des patients, organismes complémentaire et compagnies d'assurance	3,7
dont: 7321-Produits de la tarification en hospitalisation complète non pris en charge par l'assurance maladie	1,9
dont: 73211-Médecine et spécialités médicales	1
dont: 7324-Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique	0,7
dont: 732412-Consultations et actes externes, dont ticket modérateur	0,5
dont: 7327-Forfait journalier	1
dont: 73271-Forfait journalier MCO	0,7
733-Produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux en France	0,7
dont: 7331-Produits des prestations au titre des conventions internationales	0,3
dont: 7332-Produits des prestations au titre de l'aide médicale de l'État (AME)	0,3
dont: 7333-Produits des prestations au titre des soins urgents prévus à l'article L.254-1 du code de l'action sociale et des familles	0,1
dont: 7338-Autres	0,1

Champ • Établissements publics (hors hôpitaux militaires), budget principal.

Sources • DGFIP.

TABLEAU 6 ● Charges et produits des budgets annexes des hôpitaux publics en 2009 (*)

En milliards d'euros

		AU	BP	DNA	EH-PAD	IFPP	LS	MR	SID-PA	Total
6	60 ACHATS	-0,0	-10,8	-0,0	-0,3	-0,0	-0,1	-0,0	-0,0	-11,3
	61 SERVICES EXTÉRIEURS	-0,0	-2,4	-0,0	-0,1	-0,0	-0,0	-0,0	-0,0	-2,7
	62 AUTRES SERVICES EXTÉRIEURS	-0,1	-2,1	-0,0	-0,6	-0,1	-0,3	-0,1	-0,0	-3,3
	63 IMPÔTS, TAXES ET ASSIMILÉS	-0,0	-3,5	-0,0	-0,2	-0,0	-0,1	-0,0	-0,0	-3,9
	64 CHARGES DE PERSONNEL	-0,3	-34,9	-0,0	-2,4	-0,4	-1,0	-0,3	-0,1	-39,5
	65 AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE	-0,0	-0,4	-0,0	-0,1	-0,0	-0,0	-0,0	-0,0	-0,5
	66 CHARGES FINANCIÈRES	-0,0	-0,6	-0,0	-0,0	-0,0	-0,0	-0,0	-0,0	-0,7
	67 CHARGES EXCEPTIONNELLES	-0,0	-0,7	-0,0	-0,0	-0,0	-0,0	-0,0	-0,0	-0,8
	68 DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS, DÉPRÉCIATIONS ET PROVISIONS	-0,0	-4,3	-0,0	-0,3	-0,0	-0,1	-0,0	-0,0	-4,8
	Total 6 (charges)	-0,6	-59,6	-0,1	-4,1	-0,7	-1,7	-0,6	-0,2	-67,6
7	70 VENTES DE PRODUITS FABRIQUÉS, PRESTATIONS DE SERVICES, MARCHANDISES ET PRODUITS DES ACTIVITÉS ANNEXES	0,0	4,8	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	5,1
	71 PRODUCTION STOCKÉE (OU DESTOCKAGE)		0,0	0,0			0,0			0,0
	72 PRODUCTION IMMOBILISÉE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	73 PRODUITS DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE	0,5	51,7		4,1	0,0	1,7	0,6	0,2	58,7
	74 SUBVENTIONS D'EXPLOITATION ET PARTICIPATIONS	0,0	0,4	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	1,0
	75 AUTRES PRODUITS DE GESTION COURANTE	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
	76 PRODUITS FINANCIERS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	77 PRODUITS EXCEPTIONNELS	0,0	0,8	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
	78 REPRISES SUR AMORTISSEMENTS, DÉPRÉCIATIONS ET PROVISIONS	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
	79 TRANSFERTS DE CHARGES		0,0		0,0	0,0	0,0	0,0		0,0
	Total 7 (produits)	0,6	59,2	0,1	4,2	0,7	1,8	0,6	0,2	67,3
	Total	0,0	-0,4	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,2

Champ • Hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires).

Sources • DGFIP.

AU : Autres activités relevant de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF, services particuliers : accueil pour personnes handicapées notamment). BP : Budget principal. DNA : Dotation non affectée et Services industriels et commerciaux (DNA et SIC). EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). IFPP : Écoles et instituts de formation des personnels paramédicaux et de sages-femmes. LS : Unités de soins de longue durée (USLD). MR : Maisons de retraite. SIDPA : Service de soins infirmiers à domicile (S.S.I.A.D.).

(*) Hors budgets annexes non repris en comptabilité nationale, à savoir L : Établissements ou services d'aide par le travail (ESAT) - activité sociale.

M : Établissements ou services d'aide par le travail (ESAT) - activités de production et de commercialisation.

en particulier les remboursements de frais par les comptes de résultat prévisionnel annexes (CRPA, poste 7087, 1,5 milliard) et la rétrocession de médicaments (poste 7071, 2,1 milliards d'euros⁴), postes qui font l'objet d'un traitement particulier en CN (cf. partie II).

Toutefois, ce sont les produits de l'activité hospitalière qui constituent de loin la ressource principale des budgets principaux des hôpitaux publics : 51,7 milliards d'euros, dont 47,1 milliards d'euros sont à la charge de l'assurance maladie (AM) et 3,7 milliards d'euros à la charge des patients ou des organismes complémentaires (tableau 4).

• Les GHS, les DAF et les MIGAC sont les principaux produits de l'activité hospitalière

Les produits à la charge de l'AM comprennent principalement le produit des groupes homogènes de soins (GHS, 23,8 milliards d'euros, tableau 5) et différentes dotations (dotation annuelle de financement, 10,6 milliards d'euros, missions d'intérêt général, 5,2 milliards d'euros et aide à la contractualisation 1,6 milliard d'euros). Les autres ressources notables des hôpitaux financés par l'AM comprennent une partie du financement des consultations et actes externes (2,2 milliards d'euros), les produits des médicaments et dispositifs médicaux implantables facturés en sus (respectivement 1,5 milliard d'euros et 0,6 milliard d'euros) et le paiement des forfaits annuels urgences (0,8 milliard d'euros).

Les produits qui restent à la charge des patients ou des organismes complémentaires comprennent une partie de la médecine et des spécialités (à hauteur de 1 milliard d'euros), une partie du coût des consultations et actes externes (0,5 milliard d'euros), ainsi que le forfait journalier médecine, chirurgie, obstétrique (MCO, 0,7 milliard d'euros).

• Les budgets annexes représentent une part non négligeable de l'activité

Outre le budget principal qui retrace les activités essentiellement hospitalières, la comptabilité des hôpitaux peut comprendre des budgets annexes qui enregistrent des activités périphériques ou plus spécialisées. Les budgets annexes les plus importants sont d'une part ceux des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), avec un produit total de 4,2 milliards d'euros pour 4,1 milliards d'euros de charges (tableau 6) et d'autre part ceux des unités de soins de longue durée (USLD, 1,8 milliard d'euros de produits pour 1,7 milliard d'euros de charges). Les

autres budgets significatifs sont ceux des écoles et instituts de formation des personnels paramédicaux et de sages-femmes (IFPP, 0,7 milliard d'euros) et des maisons de retraite (MR, 0,6 milliard d'euros).

• Les charges et les produits des PSPH

En 2009, les PSPH totalisent 9,2 milliards d'euros de charges et autant de produits (tableau 1b). Leurs charges se répartissent de manière assez semblable à celles des hôpitaux publics. Ce n'est pas le cas des produits, parmi lesquels les produits de l'activité hospitalière occupent une part plus importante (90,7% des produits pour les PSPH contre 87,2% pour les hôpitaux publics). Les charges de personnel représentent 5,3 milliards d'euros et les achats 1,3 milliard d'euros. Les produits principaux sont ceux résultant de l'activité hospitalière (8,4 milliards d'euros), les ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises et produits des activités annexes ne représentant que 0,4 milliard d'euros.

Au sens de la comptabilité nationale (CN), la capacité (ou besoin) de financement du secteur public hospitalier (hors hôpitaux militaires) se réduit fortement en 2009

• La comptabilité nationale, un cadre harmonisé pour analyser la production sur un plan macroéconomique

La comptabilité nationale offre un cadre comptable permettant de représenter, dans une nomenclature harmonisée d'opérations, l'ensemble du fonctionnement de l'économie nationale et de ses échanges avec le reste du monde. La CN vise en particulier à retracer des mouvements de produits entre les principaux types d'agents économiques et à mettre en évidence le circuit économique à travers les quatre fonctions fondamentales que sont la production, la consommation, l'épargne et l'investissement.

Dans le cadre de la CN sont calculés des agrégats économiques permettant une analyse de la situation de l'économie nationale et de ses secteurs institutionnels, tels que le PIB ou le déficit des administrations publiques. C'est également dans le cadre comptable harmonisé de la CN que sont effectuées les comparaisons internationales.

4. Ce poste comprend en outre des opérations de transferts entre établissements d'une même entité. La rétrocession hospitalière s'élève en 2009 à 1,4 milliard d'euros (cf. éclairage médicaments).

Au sein de l'économie nationale, la CN identifie cinq grands types d'agents économiques, appelés secteurs institutionnels et définis par la fonction qu'ils réalisent dans l'économie (encadré 2). Le secteur public hospitalier (hors hôpitaux militaires) appartient au secteur institutionnel des administrations de Sécurité sociale, secteur qui a pour fonction principale de produire des services non marchands de santé. Le secteur comprend les hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires qui font partie de l'État) mais également les PSPH car depuis le système européen de comptabilités nationales de 1995 (SECN 1995), la nature de l'activité (commerciale ou pas) et son financement comptent plus que le statut (public/privé) pour classer les unités économiques.

- **Certaines charges et certains produits de la comptabilité générale (CG) ne sont pas repris en comptabilité nationale (CN) et ne contribuent donc pas au calcul de la capacité ou du besoin de financement**

Malgré une évidente filiation entre les deux types de comptabilités, CG et CN diffèrent dans le traitement de certaines opérations sur biens et services. Ces dif-

férences renvoient aux finalités et aux méthodes mises en œuvre dans les deux systèmes comptables (encadré 3). C'est pourquoi des traitements comptables doivent être effectués pour passer des comptes de la CG à ceux de la CN.

Les charges non reprises en CN représentent un montant de 4,8 milliards d'euros et les produits non repris un montant de 0,6 milliard d'euros (tableau 7).

Ces postes concernent tout d'abord les comptes de provisions et de dépréciation (en dotation pour les charges, en reprises pour les produits), ainsi que les comptes de dotations (du côté des charges) et les reprises (du côté des produits) aux amortissements.

D'autres opérations comptables sont bien reprises par les comptables nationaux ; mais elles sont retracées dans les comptes de patrimoine sans impact sur la capacité de financement des hôpitaux. Ce sont, du côté des charges, les pertes sur créances irrécouvrables, les pertes de change, les charges nettes sur cessions de valeurs mobilières de placement et les titres annulés sur exercices antérieurs (0,5 milliard d'euros en tout en 2009). Du côté des produits, il s'agit des gains de change et des produits nets sur cessions de valeurs mobilières de placement ainsi que les mandats

ENCADRÉ 2 ● Les cinq secteurs institutionnels résidents de la CN

La CN agrège les agents économiques résidant sur le territoire en cinq grands secteurs institutionnels, sur la base de la fonction qu'occupent ces groupes au sein de l'économie nationale. Les agents non résidents sont pour leur part regroupés en un secteur institutionnel unique appelé «reste du monde».

Les administrations publiques

Les administrations publiques ont pour principales fonctions de produire des services non marchands et d'effectuer des opérations de redistribution (notamment par l'intermédiaire du système fiscal et social). Elles comprennent les administrations publiques centrales (État, dont **hôpitaux militaires** et ODAC – Organismes dépendant des administrations centrales); les administrations publiques locales (communes, départements, régions et autres niveaux intermédiaires) et les administrations de Sécurité sociale (régimes d'assurance sociale, **hôpitaux publics hors hôpitaux militaires, y. c. PSPH et y. c. budgets annexes, dont maisons de retraite rattachées à un hôpital...**).

Les sociétés non financières

Leur fonction principale est la production de biens et de services marchands. Les **cliniques privées** ainsi que les **maisons de retraite autonomes** sont classées en sociétés non financières.

Les sociétés financières

Elles regroupent les banques (Banque centrale; banques de second rang...), les entreprises d'assurance et les auxiliaires financiers (gestionnaires de patrimoine mobilier, courtiers d'assurance...). Les banques collectent et prêtent les fonds; les sociétés d'assurance assurent, c'est-à-dire qu'elles mutualisent les risques individuels.

Les ménages et entrepreneurs individuels

Les ménages ont pour fonction principale la consommation de biens et services et l'épargne. Les entrepreneurs individuels produisent des biens et services marchands, comme les sociétés mais leurs revenus ne peuvent pas être isolés de ceux des ménages. L'activité des **professionnels libéraux de santé** est retracée dans ce secteur.

Les Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)

Les ISBLSM regroupent les unités privées qui produisent des services non marchands au profit des ménages. Ils intègrent l'activité des **établissements pour personnes handicapées**.

annulés sur les exercices antérieurs. Mais les montants sont très faibles pour les hôpitaux.

Ne sont également pas repris en CN les achats de médicament pour reventes (appelés rétrocessions de médicaments). Ceux-ci ne sont pas comptabilisés en CN dans les comptes des hôpitaux, ni en achat ni en vente.

• **La comptabilité nationale intègre en revanche certains éléments du bilan de la comptabilité générale pour le calcul de la capacité (ou besoin) de financement**

En revanche, certains éléments de bilan (qui ne contribuent pas au résultat net en CG) contribuent au calcul de la capacité (ou besoin) de financement de la comptabilité nationale. En emplois, ces postes représentent 5,3 milliards d'euros, essentiellement la variation des immobilisations corporelles et incorporelles nettes de la comptabilité générale (postes de classe 20, 21 et 23 de la CG principalement). Cela inclut en particulier les concessions, brevets et licences (notamment sur logiciels), les terrains, constructions, le matériel de transport, le mobilier, les installations techniques. Ces postes sont repris en CN essentiellement en formation brute de capital (P5). En ressources, les postes repris représentent pour leur part 0,4 milliard d'euros, essentiellement des apports (poste 102) et des subventions d'équipements (poste 131).

• **La comptabilité nationale opère en outre certains retraitements**

Enfin des derniers traitements sont effectués entre postes de comptabilité nationale (tableau 7, étape C). Il s'agit essentiellement de la consolidation des refacturations entre budgets principaux et budgets annexes (1,5 milliard d'euros) : suppression en ressources du poste comptes de résultat prévisionnel annexes (CRPA, poste 7087, 1,5 milliard) des budgets principaux et suppression en emplois des opérations correspondantes dans les budgets annexes. D'autres retraitements de moindre ampleur sont également réalisés sur les transferts courants entre administrations publiques (postes D731 et D732 de la CN) pour assurer la cohérence globale du compte des administrations publiques.

• **La reprise des principaux postes de la Comptabilité générale en Comptabilité nationale**

Ces retraitements conduisent à une table de passage entre la CG à la CN qui reste globalement assez simple (annexe 2). En dehors des postes 49 (dépréciations des comptes de tiers, non repris) et 59 (dépréciations des comptes financiers), les postes de classe 4 et 5 alimentent les comptes financiers. De même, en dehors du poste 39 (dépréciations des stocks et en-cours), les postes de classe 3 alimentent le poste P52 (variations de stocks) de la CN.

ENCADRÉ 3 • **La CG et la CN : deux points de vue différents sur les comptes**

La CG et la CN ont des optiques différentes. La CG a une fonction essentiellement microéconomique. Elle a pour but de mesurer le gain obtenu ou les pertes subies à l'occasion des opérations économiques dans lesquelles l'établissement considéré est engagé et de suivre l'évolution de son patrimoine, de sa santé financière et de sa viabilité. Un principe général de prudence s'applique ainsi en CG, principe qui renvoie à l'une des finalités de cette optique qui est de mesurer la viabilité économique des organismes.

La comptabilité nationale a pour sa part une vocation macroéconomique. Elle fournit un état complet, détaillé et cohérent des relations entre les grands types d'agents économiques en décrivant les interactions qui s'opèrent entre eux. Les concepts, définitions, nomenclatures et règles de comptabilisation qu'elle retient sont ceux approuvés au plan international, permettant ainsi des comparaisons internationales.

Si ces deux optiques comptables répondent à des besoins différents, elles peuvent être néanmoins rapprochées. Partant de la comptabilité générale, il est possible de reconstituer les agrégats de la comptabilité nationale. Parmi les traitements les plus importants qui concernent le secteur public hospitalier, il faut noter ceux relatifs aux dépréciations et aux provisions (poste 68) et aux reprises des provisions (78). Ces éléments qui découlent du principe de prudence sont essentiels à la comptabilité générale qui retrace le point de vue d'une entité ; mais ne sont pas repris en comptabilité nationale car ils ne sont que rarement des événements économiques pour les autres agents.

De façon générale, on peut dire que pour passer du résultat net comptable de la comptabilité d'entreprise à la capacité (ou besoin) de financement au sens de la comptabilité nationale, il convient notamment :

- d'exclure les dotations nettes des reprises sur provisions ;
- d'exclure les dotations aux amortissements et de prendre en compte le solde des opérations sur investissement en valeur brute, ainsi que les dotations en capital ;
- de ne pas reprendre les plus – ou moins – values sur cessions d'immobilisations financières.

TABLEAU 7 ● Principaux éléments de passage du résultat net de la CG au besoin de financement de la CN

		En milliards d'euros				
Étape	Type	Opération de CN	2006	2007	2008	2009
A-Résultat comptable	1-Charges		-60,3	-62,6	-65,8	-67,6
	2-Produits		60,1	62,1	65,5	67,3
Total A-Résultat comptable			-0,2	-0,5	-0,3	-0,2
B-Passage à la capacité(+) ou besoin(-) de financement en comptabilité nationale	1a-Comptes de classe 6 non repris (hors rétrocession)		3,6	4,0	4,5	4,8
	1b-Rétrocession de médicaments (charges annulées)		1,8	1,8	2,0	2,1
	2-Comptes de classe 6 repris en TOF		0,4	0,5	0,5	0,5
	3a-Comptes de classe 7 non repris (hors rétrocession)		-0,4	-0,6	-0,7	-0,6
	3b-Rétrocession de médicaments (produits annulés)		-1,8	-1,8	-2,0	-2,1
	4-Comptes de classe 7 repris en TOF		0,0	0,0	0,0	0,0
	5-Comptes de classe 7 repris en TOF actif		0,0	0,0	-0,1	-0,1
	6-Éléments de bilan repris en RESSOURCES des comptes non financiers de secteur institutionnels	OPD92	0,2	0,2	0,2	0,3
		OPD999	0,1	0,1	0,1	0,1
	7-Éléments de bilan repris en EMPLOIS des comptes non financiers de secteur institutionnels	OPK21	-0,1	0,0	0,0	0,0
		OPP2	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
		OPP511	-5,0	-5,2	-5,1	-5,0
		OPP512	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
	OPP52	0,0	0,0	0,0	0,0	
	OPP53	0,0	0,0	0,0	0,0	
Total B-Passage à la capacité(+) ou besoin(-) de financement en comptabilité nationale			-1,3	-1,3	-0,9	-0,4
C-Calages et corrections comptabilité nationale	1-Ressources	OPD731	0,1	0,1	0,0	0,0
		OPD732	0,2	0,1	-0,2	0,4
		OPD92	-0,1	-0,1	0,0	0,0
		OPP11BNM	-1,4	-1,5	-1,5	-1,5
	2-Emplois	OPD731	0,0	0,0	0,0	0,0
		OPP2	1,4	1,5	1,5	1,5
		OPP511		0,3		
Total C-Calages et corrections comptabilité nationale			0,3	0,4	-0,2	0,4
Total			-1,2	-1,4	-1,4	-0,2

(1a) dont	681	Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions – Charges d'exploitation (4 milliards d'euros)				
	687	Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions – Charges exceptionnelles (0,8 milliard d'euros)				
(2) dont	654	Pertes sur créances irrécouvrables (0,2 milliard d'euros)				
	673	Titres annulés (sur exercices antérieurs) (0,3 milliard d'euros)				
(3a) dont:	781	Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions (à inscrire dans les produits d'exploitation) (-0,4 milliard d'euros)				
	787	Reprises sur dépréciations et provisions (à inscrire dans les produits exceptionnels) (-0,2 milliard d'euros)				
(5) dont:	773	Mandats annulés sur exercices antérieurs (-0,1 milliard d'euros)				
(6) dont:	131	Subventions d'équipements reçues (0,2 milliard d'euros)				
(7a: OP511) dont:	213	Constructions sur sol propre (-4,8 milliards d'euros)				
	215	Installations techniques, matériel et outillage industriel (-1 milliard d'euros)				
	218	Autres immobilisations corporelles (-0,5 milliard d'euros)				
	231	Immobilisations corporelles en cours (1,4 milliard d'euros)				
(7b: OP512) dont:	205	Concessions et droits similaires, brevets, licences, marques et procédés, droits et valeurs similaires (-0,1 milliard d'euros)				

Champ • Établissements publics (hors hôpitaux militaires), budgets principaux et budgets annexes.
Sources • DGFIP.

Les postes de classe 1 sont non repris ou alimentent les comptes financiers ou le poste « transferts en capital ». Les postes de classe 2, comme les postes de classe 1, sont non repris ou alimentent les comptes financiers, ou les postes du compte de capital ou encore le poste consommations intermédiaires. Une partie des immobilisations incorporelles sont en effet traitées en CN comme des consommations intermédiaires. Ce

compte sert aussi au calcul de la consommation de capital fixe, qui en CN se substitue à la notion de dotation aux amortissements (encadré 3).

Parmi les postes de classes 6 et 7, les postes 68 et 78, concernant les amortissements, dépréciations et provisions, ne sont pas repris en CN. Les charges de personnel (poste 64 de la CG) sont reprises en D1 (Rémunérations des salariés) et les achats (poste 60)

sont classés en consommations intermédiaires (P2). Les ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises et produits des activités annexes (poste 70) sont essentiellement affectés à la production marchande (poste P11 de la CN). Enfin, les produits de l'activité hospitalière sont classés selon leur nature en production marchande (P11) ou en production non marchande (P13, cf. partie III). Les financements publics correspondants sont en outre reportés dans les postes de transferts (transferts de l'assurance maladie, poste D732 et transferts de l'État, poste D731).

• **Le compte non financier du secteur institutionnel des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires mais y compris PSPH) en Comptabilité nationale**

Sur cette base, la comptabilité nationale établit le compte non financier du secteur institutionnel des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires, mais y compris PSPH). Ce compte se décompose en compte de production, d'exploitation, d'affectation des revenus primaires, de distribution secondaire des revenus, d'épargne et de capital, dont le solde est la capacité (+)/besoin (-) de financement.

Ces différents comptes font apparaître des soldes comptables utiles à l'analyse macro-économique (cf. tableau, en annexe 3). En particulier, deux soldes sont particulièrement importants. D'une part la valeur ajoutée, solde du compte de production, est la contribution du secteur au produit intérieur brut. D'autre part le besoin de financement, solde du compte de capital, est la contribution du secteur au déficit des administrations publiques au sens de Maastricht. Celui-ci s'améliore sensiblement en 2009. Il s'établit à -0,5 milliard d'euros, contre -1,4 milliard les deux années précédentes.

Ce compte est en outre décomposé en branches d'activité :

- **la branche santé** qui regroupe : les comptes des budgets principaux ainsi que ceux du budget des dotations non affectées et services industriels et commerciaux – DNA – ; cette branche est qualifiée de **non marchande**, son financement étant majoritairement public ;
- **la branche éducation** qui correspond au budget annexe des écoles et instituts de formation des personnels paramédicaux et de sages femmes – IFPP – ; cette branche est qualifiée de **non marchande**, son financement étant majoritairement public ;

– **la branche sociale** qui regroupe les comptes des autres budgets annexes : le budget annexe des USLD, et des EHPAD et maisons de retraite rattachés à un hôpital, ainsi que ceux des SSIAD et autres activités rattachées ; cette branche est qualifiée de **marchande**, son financement étant majoritairement privé (les usagers).

Cette décomposition par branche n'est pas neutre sur le traitement précis des différents postes des hôpitaux et leur passage en comptabilité nationale.

En effet, **pour les branches qualifiées de marchandes** l'intégralité de leurs ventes et production hospitalière est classée, en comptabilité nationale, en P11 (production marchande). Les financements publics correspondants ne sont pas retracés dans le compte des hôpitaux publics. Ce sont des transferts sociaux en nature versés directement aux ménages par les administrations publiques (organismes de Sécurité sociale, État, collectivités territoriales).

En revanche, **pour les branches non marchandes**, la production est calculée en sommant les coûts de production et d'exploitation (rémunération des salariés, consommations intermédiaires, consommation de capital fixe et impôts moins subventions à la production). Ainsi l'excédent net d'exploitation de la branche non marchande est nul par construction. Cette production, ainsi calculée, est en outre décomposée entre la production de service de santé non marchand proprement dite et les ventes résiduelles en d'autres biens ou services que peuvent réaliser les hôpitaux (comme les chambres particulières, le téléphone...). Les financements publics correspondants sont dans ce cas retracés en ressources du compte des hôpitaux publics comme des transferts courants reçus des organismes de Sécurité sociale, de l'État ou des Collectivités territoriales.

Concernant les budgets principaux – **branche non marchande de santé** –, la production marchande (P11) regroupe notamment les « ventes et prestations de services » (chambres particulières, téléphone...) ⁵ et les « prestations de soins délivrées à des patients étrangers ». La production non marchande regroupe, quant à elle, l'activité hospitalière proprement dite (hors activité correspondant aux prestations délivrées dans le cadre des conventions internationales) : l'activité MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), SSR (soins de suite et de réadaptation), psychiatrie, hospitalisation à domicile... et MIGAC (mission d'intérêt général et d'action conventionnelle). Cette activité est financée

5. Les ventes de médicaments – rétrocession – donnent lieu en comptabilité nationale à un traitement particulier : les achats et les ventes correspondantes sont annulés et ne figurent ainsi ni en consommations intermédiaires ni en ventes.

En milliards d'euros

TABLEAU 8 ● Le compte du secteur hospitalier en 2009 en comptabilité nationale

Comptes de production et d'exploitation			RESSOURCES		commentaires
EMPLOIS	commentaires				
P2	consommation intermédiaire (1)	17,2	P11	production marchande	11,3
B1	valeur ajoutée brute	54,2	dont	. branche marchande	6,4
dont	salaires	32,8	P11BNM-éduc.	. branche non-marchande	0,1
D11	cotisations sociales employeurs	12,1	P11BNM-santé	. branche non-marchande	4,8
D12	impôts à la production	3,9	P12	production pour emploi final propre	0,2
D29	subventions d'exploitation	-0,3	P13	production non-marchande	60,0
D39	excédent brut d'exploitation	5,7	dont	P13-éduc	0,3
B2				P13-santé	59,7
Total		71,4	Total		71,4
Comptes d'affectation des revenus primaires et de distribution secondaire des revenus					
EMPLOIS	commentaires		RESSOURCES	commentaires	
D41	intérêts versés	0,5	B2	excédent brut d'exploitation	5,7
D71	primes nettes d'assurance-dommage	0,2	D41	intérêts reçus	0,1
D731	transferts courants État, Colter	0,0	D72	indemnités d'assurance dommage	0,1
D63	transferts sociaux en nature	55,9	D731	transferts courants État, Colter	0,8
dont	santé	55,6	dont	. AME	0,3
D631	éducation	0,3		. IFSI	0,5
D632	transferts courants divers	0,7	D732	transferts courants ASSO	55,4
D759	épargne brute	5,1	D759	transferts courants divers	0,2
Total		62,4	Total		62,4
Compte de capital					
EMPLOIS	commentaires		RESSOURCES	commentaires	
P51	FBCF	5,9	B8	épargne brute	5,1
P52	variation de stocks	0,0	D92	transferts en capital (aide à invest.)	0,4
K21	acquisition de terrains	0,0	Total		5,5
B9	capacité (+) ou besoin (-) de financement	-0,5			
Total		5,5			

(1) Hors achats de médicaments rétrocédés

(2) La production non marchande est égale aux charges correspondantes (CI, rémunérations, subventions nettes d'impôts à la production et consommation de capital fixe – CCF –)

(3) Pour les branches non marchandes l'EBE est égal à la Consommation de capital fixe (évalué en 2009 à 4,465).

Sources : INSEE, Comptes nationaux.

par l'assurance maladie, l'État (au titre de l'aide médicale d'État – AME –) et les ménages et/ou organismes complémentaires (forfaits journaliers, ticket modérateur...). Contrairement à la production marchande qui est égale au montant des ressources correspondantes (montant des ventes), la production non marchande est évaluée en comptabilité nationale aux coûts des facteurs et est égale à la consommation intermédiaire (hors médicaments rétrocédés), aux charges de personnel, aux impôts nets des subventions à la production, à la consommation de capital fixe (évaluée à partir du compte des immobilisations), déduction faite du montant de la production marchande.

Le tableau 8 présente le compte de comptabilité nationale ainsi établi, avec sa décomposition en branche, pour l'année 2009.

La production non marchande s'est élevée en 2009 à 60 milliards. Les ménages (et les organismes complémentaires – classés en P13-PP) en ont financé 4,1 milliards, et ont reçu sous forme de transferts sociaux en nature (classés D63) 55,9 milliards (55,6 milliards de prestations de santé et 0,3 milliard de prestations d'éducation).

Ces 55,9 milliards ont été financés par l'assurance maladie pour 55,4 milliards d'euros (retracés en transferts courants : D73) et par l'État pour 0,3 milliard d'euros (au titre de l'aide médicale gratuite, classés en D73), par les collectivités territoriales pour 0,5 milliard (au titre des IFSI). L'écart entre les 55,9 milliards de transferts sociaux en nature versés aux ménages et les 56,3 milliards de financements publics est imputable au solde net de - 1 milliard des autres opérations non prises en compte, en particulier au solde des produits et charges diverses (intérêts nets versés, primes nettes d'assurance-dommage... classés en D41r + D72r + D759r - D41e - D71e - D731e - D759e). Les 600 millions restant à financer le sont sur l'excédent brut d'exploitation qui s'élève à 5,7 milliards. Ces 5,7 milliards d'excédent brut d'explo-

tation doivent aussi permettre de financer la consommation de capital fixe (c'est-à-dire les dépenses d'investissement permettant le renouvellement strict du capital productif) (cf. annexe 1). Le montant qui ne pourrait être financé par l'ensemble des ressources ainsi dégagées (5,1 milliards une fois retranché le solde net des opérations diverses), devrait l'être par emprunt, subvention ou encore ventes d'actifs financiers.

Sous une hypothèse de stationnarité, cette partie non financée est alors strictement égale au déficit tel qu'il est évalué en comptabilité générale en retenant les dotations aux amortissements (et provisions) de la comptabilité générale et non la consommation de capital fixe de la comptabilité nationale

Le passage aux comptes de la santé

Dans les Comptes de la santé, la consommation hospitalière correspond à la production non marchande de la branche santé du secteur institutionnel hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires, y compris PSPH) à laquelle est ajoutée la production en santé des hôpitaux militaires.

Pour les hôpitaux militaires inclus dans le compte de l'État, les lignes de compte du programme 178 (Préparation et emploi des forces) sous-action 80 (Fonction santé) nous permettent d'évaluer leur production à 0,46 milliard (montant correspondant à 0,41 milliard de dotations de l'assurance maladie et 0,05 milliard de paiements partiels des ménages).

Au total, la consommation hospitalière s'est élevée en 2009 à 60,3 milliards d'euros, elle se décompose en 4,1 milliards de contribution des ménages (ou des organismes complémentaires), 0,4 milliard de financement de l'État (au titre de l'aide médicale d'État, des soins d'urgence et des invalides de guerre) et 55,8 milliards de financement de l'assurance maladie.

Annexe 1 • La nomenclature d'opérations de la comptabilité nationale

TABLEAU 1.1 • Présentation des comptes de secteur en comptabilité nationale

Bilan d'entrée		Actifs Actifs non financiers Actifs financiers	Passifs Passifs financiers Valeur nette (X)
Comptes non financiers	Comptes courants	Emplois Épargne nette	Ressources
	compte de capital	Variations d'actifs Actifs non financiers + Investissement brut - consommation de capital fixe - Variations de stocks Capacité (+) / besoin (-) de financement	Variations de passifs Épargne nette + Transferts en capital (reçus - versés) = Variation de la valeur nette due à l'épargne et aux transferts en capital (1)
Comptes financiers		Variations d'actifs	Variations de passifs Capacité (+) / besoin (-) de financement
Autres changements de volume		Actifs	Passifs Variation de la valeur nette due aux autres changements de volume (2)
Gains de détentions		Actifs	Passifs Variation de la valeur nette due aux gains de détentions (3)
Bilan de sortie		Actifs Actifs non financiers Actifs financiers	Passifs Passifs financiers Valeur nette = (X) + (1) + (2) + (3)

TABLEAU 1.2 ● Structure des comptes non financiers des hôpitaux

	Emplois	Ressources
Compte de production	P2 Consommation intermédiaire B1 Valeur ajoutée brute K1 consommation de capital fixe B1 Valeur ajoutée nette	P1 Production P11 Production marchande P12 Production pour emploi final propre P13 Autre production non marchande Dont P131 : paiements partiels
Compte d'exploitation	D1 Rémunération des salariés D11 Salaires et traitements bruts D12 Cotisations sociales à la charge des employeurs D29 Autres impôts sur la production D291 Impôts sur les salaires et la main-d'œuvre D292 Impôts divers sur la production D39 Subventions d'exploitation (-) B2 Excédent net d'exploitation	B1 Valeur ajoutée nette
Compte de distribution primaire du revenu	D4 Revenus de la propriété D41 Intérêts D45 Revenus de terrains et gisements D5 Impôts courants sur le revenu et le patrimoine B5 Solde des revenus primaires nets	B2 Excédent net d'exploitation D4 Revenus de la propriété D41 Intérêts D42 Revenus distribués des sociétés D44 Revenus de la propriété attribués aux assurés D45 Revenus de terrains et gisements
Compte de distribution secondaire du revenu	D7 Autres transferts courants D71 Primes nettes d'assurance-dommage D73 Transferts courants entre administrations publiques D75 Transferts courants divers D61 Cotisations sociales D612 Cotisations sociales imputées B6 Revenu disponible net	B5 Solde des revenus primaires nets D7 Autres transferts courants D72 Indemnités d'assurance-dommage D73 Transferts courants entre administrations publiques D75 Transferts courants divers D62 Prestations sociales en espèces
Compte d'utilisation du revenu disponible	P3 Dépense de consommation finale P31 Dépense de consommation finale individuelle (= transferts sociaux non marchands D.63) B8 Épargne nette	B6 Revenu disponible net
Compte de capital	P5 Acquisitions nettes de cessions d'actifs corporels non produits P51 Formation brute de capital fixe P52 Variations de stocks P53 Acquisitions moins cessions d'objets de valeur K1 Consommation de capital fixe (-) K2 Acquisitions nettes de cessions d'actifs incorporels non produits Dont K21 : terrains et gisements, etc. Dont K22 : baux et autres contrats, etc. B9A Capacité (+) / besoin (-) de financement	B8 Épargne nette D9 Transferts en capital (reçus - versés) D91 Impôts en capital D92 Aides à l'investissement D99 Autres transferts en capital

Annexe 2 • La nomenclature d'opérations de la comptabilité générale des hôpitaux (budget principal) et leur reprise en comptabilité nationale

ONR : opération non reprise en comptabilité nationale ;
TOF : opération reprise dans le tableau des opérations financières en comptabilité nationale.

10	Apports, dotations et réserves	ONR, D92, D999
11	Report à nouveau	ONR
12	Résultat de l'exercice	ONR
13	Subvention d'investissement	D92
14	Provisions réglementées	ONR
15	Provisions	ONR
16	Emprunts et dettes assimilées	TOF
20	Immobilisations incorporelles	P512, ONR, P2
	Dont 201 frais d'établissement	P2
	Dont 2031 frais d'études	P2
	Dont 2032 frais de recherche et de développement	P2
	Dont 2033 frais d'insertion	P2
21	Immobilisations corporelles	P511, K21
22	Immobilisations reçues en affectation	ONR
23	Immobilisations en cours	P511, TOF, K21
24	Immobilisations affectées ou mises à disposition	ONR
26	Participations et créances rattachées à des participations	TOF
27	Autres immobilisations financières	TOF
28	Amortissements des immobilisations	ONR
29	Dépréciation des immobilisations	ONR
31	Matières premières (et fournitures)	P52
32	Autres approvisionnements	P52
33	En-cours de production de biens	P52
35	Stocks de produits	P52
37	Stocks de marchandises	P52
38	Autres stocks	P52
39	Dépréciation des stocks et en-cours	ONR
40	Fournisseurs et comptes rattachés	TOF
41	Redevables et comptes rattachés	TOF
42	Personnel et comptes rattachés	TOF
43	Sécurité sociale et autres organismes sociaux	TOF
44	État et autres collectivité publiques	TOF
45	Comptes de résultat prévisionnels annexes	TOF
46	Débiteurs divers et créditeurs divers	TOF
47	Comptes transitoires ou d'attente	TOF
48	Comptes de régularisation	TOF
49	Dépréciation des comptes de tiers	ONR
50	Valeurs mobilières de placement	TOF
51	Banques, établissements financiers et assimilés	TOF
53	Caisse	TOF
54	Régies et accreditifs	TOF
58	Virements internes	ONR
59	Dépréciation des comptes financiers	TOF
60	Achats	P2
61	Services extérieurs	P2, D71
62	Autres services extérieurs	P2
63	Impôts, taxes et assimilés	D291, D292
64	Charges de personnel	D11, D121, D122
65	Autres charges de gestion courante	D759, TOF
66	Charges financières	D41
67	Charges exceptionnelles	D11, TOF, P2, D759
68	Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	ONR
70	Ventes de produits fabriques, prestations de services, marchandises et produits des activités annexes	P11, P2 (rétrocession)
	Dont 7071 rétrocession de médicaments	P2, retranchée
71	Production stockée (ou destockage)	ONR
72	Production immobilisée	P11
73	Produits de l'activité hospitalière	D732, P13_PP, D731, P11
	Dont 731 produits à la charge de l'assurance maladie	D732
	Dont 732 produits à la charge des patients, organismes complémentaire et compagnies d'assurance	P13_PP
	Dont 7331 produits des prestations au titre des conventions internationales	P11
	Dont 7332 produits des prestations au titre de l'aide médicale de l'état (AME)	D731
74	Subventions d'exploitation et participations	D391, D732, D731, D759,
75	Autres produits de gestion courante	P11
76	Produits financiers	D41
77	Produits exceptionnels	P11, D759, TOF, ONR
78	Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions	ONR
79	Transferts de charges	ONR

Annexe 3 • L'enchaînement complet des comptes du secteur public hospitalier (hors hôpitaux militaires, y. c. PSPH et budgets annexes) en comptabilité nationale, en milliards d'euros

	2006			2007			2008			2009		
	E	R	S	E	R	S	E	R	S	E	R	S
Production au prix de base		64,6			66,8			69,2			71,4	
Consommation intermédiaire	15,0			15,8			16,4			17,2		
1-Compte de production : Valeur ajoutée brute			49,6			51,0			52,8			54,2
Valeur ajoutée brute		49,6			51,0			52,8			54,2	
Salaires et traitements bruts	30,7			31,5			32,7			32,8		
Cotisations soc. effectives à la charge des employeurs	10,5			10,9			11,2			11,6		
Cotisations soc. imputées à la charge des employeurs	0,6			0,6			0,6			0,5		
Impôts sur la production	3,4			3,6			3,8			3,9		
Subventions d'exploitation	-0,3			-0,3			-0,3			-0,3		
2-Compte d'exploitation : Excédent brut d'exploitation			4,7			4,7			4,7			5,7
Excédent brut d'exploitation		4,7			4,7			4,7			5,7	
Revenus de la propriété		0,0			0,1			0,1			0,1	
Revenus de la propriété	0,4			0,6			0,7			0,5		
3-Compte d'affectation des revenus primaires : Solde des revenus primaires			4,3			4,2			4,1			5,3
Solde des revenus primaires		4,3			4,2			4,1			5,3	
Cotisations sociales imputées		0,6			0,6			0,6			0,5	
Indemnités d'assurance dommage		0,1			0,1			0,1			0,1	
Transferts courants entre administrations publiques reçus (*)		51,0			52,4			54,6			56,3	
Transferts courants divers		0,5			0,4			0,3			0,2	
Prestations sociales autres que transferts sociaux en nature	0,6			0,6			0,6			0,5		
Primes nettes d'assurance dommage	0,2			0,2			0,2			0,2		
Transferts courants entre administrations publiques versés (*)	0,0			0,0						0,0		
Transferts courants divers	0,6			0,5			0,5			0,7		
4-Compte de distribution secondaire du revenu : Revenu disponible brut			55,1			56,2			58,3			60,9
Revenu disponible brut		55,1			56,2			58,3			60,9	
Dépense de consommation finale individuelle	50,7			52,2			53,8			55,9		
5-Compte d'utilisation du revenu : Épargne			4,5			4,1			4,5			5,1
Épargne		4,5			4,1			4,5			5,1	
Transferts en capital reçus		0,2			0,2			0,3			0,4	
Formation brute de capital	5,7			5,8			6,0			5,9		
(vide)	0,0			0,0			0,0			0,0		
(vide)	0,0			0,0			0,0					
6-Compte de capital : Capacité (+) ou besoin (-) de financement			-1,1			-1,4			-1,4			-0,5

E = emplois, R = ressources, S = solde

Sources • INSEE, Comptes nationaux.

L'évolution du marché du médicament remboursable en ville entre 2009 et 2010

Willy THAO KHAMSING, Renaud LEGAL (DREES)
Blandine JUILLARD-CONDAT (CHU TOULOUSE)



Cet éclairage a pour champ principal les médicaments remboursables. Il ne s'intéresse pas à la consommation finale de médicaments, mais aux achats de médicaments par les pharmacies d'officine de ville (et donc symétriquement aux ventes des laboratoires qui les commercialisent). Les montants présentés dans cette étude sont donc des montants hors taxes. En 2010, le marché pharmaceutique en ville des médicaments remboursables représente 19,4 milliards d'euros, soit une évolution de +0.8% par rapport à 2009. Dans un premier temps, 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. Ensuite l'évolution du marché du médicament remboursable entre 2009 et 2010 est analysée 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 (respectivement la plus faible) progression en termes de chiffre d'affaires entre 2009 et 2010.

Quelques éléments de cadrage

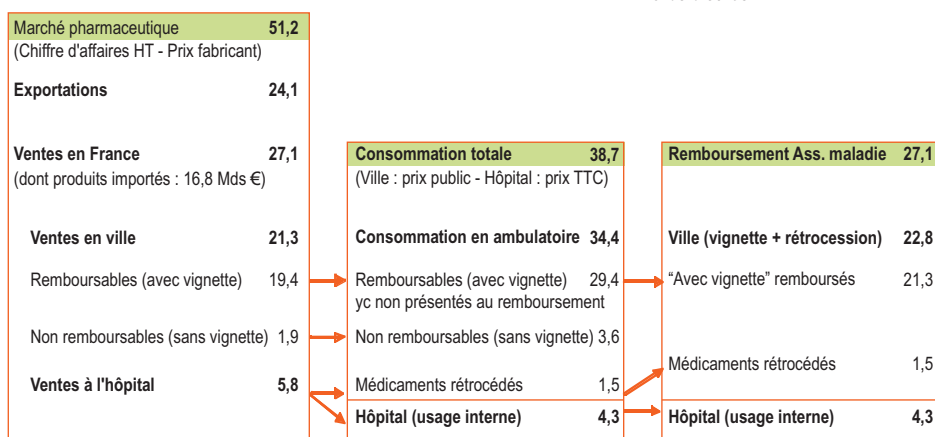
Le poste « médicaments » se situe à la première place de la consommation médicale ambulatoire, loin devant les honoraires médicaux. En 2010, d'après les Comptes nationaux de la santé, la consommation pharmaceutique ambulatoire, qui inclut les médicaments délivrés par les pharmacies d'officine ainsi que ceux délivrés par les pharmacies hospitalières aux patients non hospitalisés, s'élevait à 34,4 milliards d'euros (contre 18,4 milliards d'euros pour les honoraires des médecins de ville). Les médicaments sont commercialisés par les laboratoires pharmaceutiques. Ils sont délivrés aux patients par deux types d'entités : des pharmacies d'officines et des pharmacies à usage interne des établissements de santé (dont les hôpitaux). Le pharmacien d'officine est en France le seul professionnel de santé, avec l'opticien, dont l'activité soit inscrite au registre du commerce¹ (Fournier, Lomba ; 2007). Les établissements de santé, *via* leurs pharmacies à usage interne 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 rétrocession (*cf.* glossaire). Dans ce deuxième cas, les établissements de santé se comportent comme une officine de ville. 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 51,2 milliards

d'euros en 2010, dont un peu moins de la moitié lié aux exportations (24,1 milliards). Les ventes en France entière ont représenté environ 27,1 milliards d'euros, dont plus de la moitié liées à des produits importés (16,8 milliards). Sur les ventes en France entière, 75 % étaient destinées au marché de ville, le reste aux établissements de santé (figure 1).

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 française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) 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 2). 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 sans prescription médicale ne pourront donner lieu à remboursement par l'assurance maladie (Lancry, 2007). Cela explique que les médicaments remboursables ne soient pas tous remboursés *in fine*. En

FIGURE 1 ● Du marché pharmaceutique au remboursement en 2010 en France

En milliards d'euros



Champ • France entière, consommation des DOM estimée à 1,2 milliard d'euros.

Sources • LEEM-GERS pour le marché pharmaceutique ; Recueil DREES sur le médicament pour l'hôpital ; CNAM-traitement DREES pour la consommation en ville.

1. En même temps, la création d'officine fait l'objet d'une procédure d'autorisation délivrée par la préfecture en fonction de la couverture des besoins de la population, compte tenu de la mission de service public assurée par celle-ci (Fournier, Lomba ; 2007).

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

ENCADRÉ 1 ● Les données utilisées

Les données utilisées sont issues de la base 2010 du Groupe pour l'élaboration et la réalisation statistique (GERS), groupement d'intérêt économique issu de l'industrie pharmaceutique. Elle recense pour chaque présentation et pour l'année 2010, le chiffre d'affaires hors taxes correspondant aux volumes des 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 2009 ou 2010. Chaque présentation est identifiée par un libellé et un code CIP. Sont également indiqués la classe thérapeutique (code Ephemra), ainsi que le taux de remboursement par la Sécurité sociale de la présentation. Les classes thérapeutiques ne comprenant plus aucun médicament remboursable en 2010 sont exclues du champ. Pour les besoins de l'étude, ces données ont été appariées avec une base recensant les produits génériques inscrits au répertoire officiel de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

Concernant la structuration des données de consommation médicamenteuses, plusieurs niveaux d'analyse peuvent être utilisés, du plus fin au plus large :

- la présentation désigne chaque association d'un nom de marque avec un dosage, une forme d'administration et son conditionnement ;
- le produit correspond à un niveau intermédiaire entre la présentation et la molécule. Il regroupe toutes les présentations d'une même marque quels que soient les dosages, les formes d'administration et les conditionnements. C'est le niveau d'analyse retenu dans cette étude pour les calculs de contribution à la croissance du marché ;
- la molécule regroupe toutes les présentations contenant le même principe actif. La molécule correspond également au niveau V de la classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) élaborée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ;
- les classes ATC de niveau 1, 2, 3 ou 4 permettent de regrouper les molécules par classe thérapeutique.

2010, le marché de ville pèse plus de 21 milliards d'euros (figure 1). Il est constitué à 91 % de médicaments remboursables et à 9 % de médicaments non remboursables (respectivement 19,4 et 1,9 milliard d'euros). À noter que ces montants sont valorisés au prix fabricant hors taxes, qui est différent du prix public³.

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. Le prix des médicaments non remboursables est libre. 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 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 (Lancry, 2007). En définitive, les prix sont largement administrés en France, et plutôt bas par rapport à nos voisins européens. La dépense pharmaceutique élevée de la France s'explique non pas par des prix élevés, mais par des volumes de consommation importants (Grandfils, 2007).

Le marché du médicament remboursable

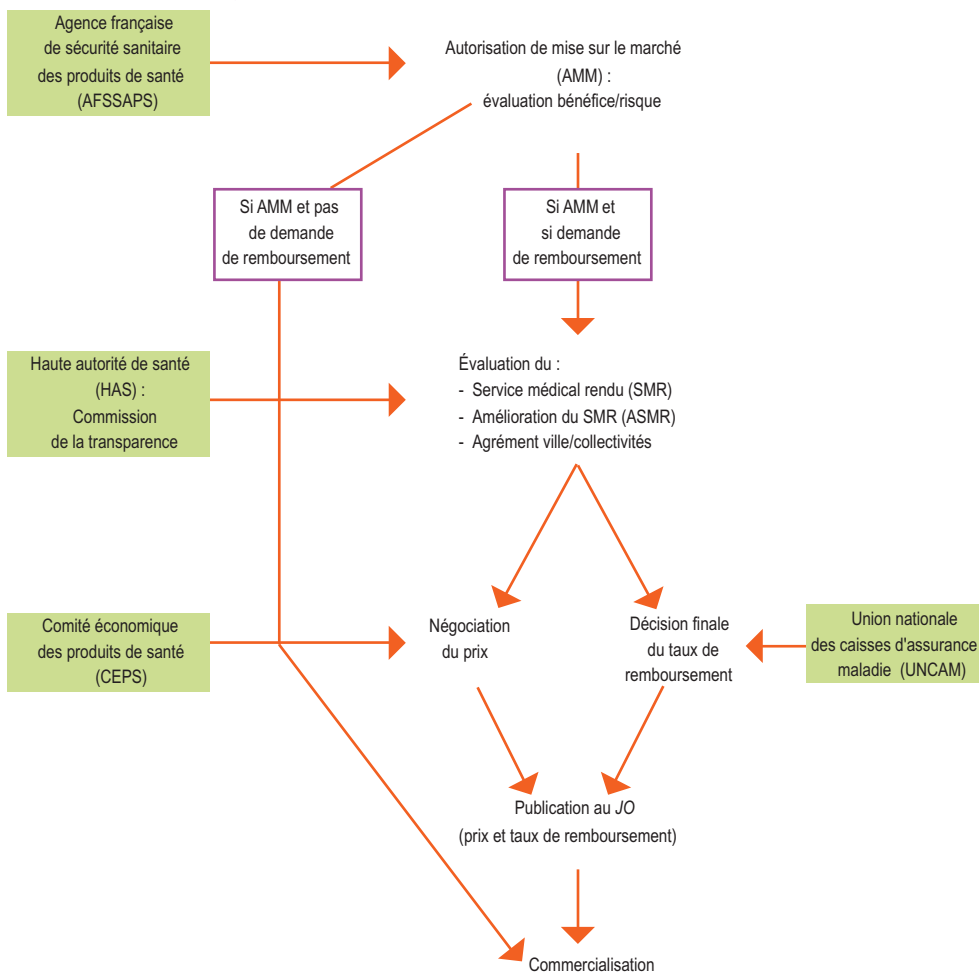
Le marché du médicament remboursable pèse en 2010 plus de 19 milliards d'euros (figure 1). Par rapport à 2009, le marché a crû de 0,8 % en valeur.

Selon le taux de remboursement *a priori*⁴, il est possible de distinguer 4 types de médicaments remboursables : les médicaments potentiellement remboursés à 15 %, à 35 %, à 65 % ou à 100 %. Le taux de remboursement

3. Dont les individus doivent s'acquitter en pharmacie pour acheter le médicament.

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). Au contraire, le taux de remboursement *a posteriori* correspond au taux selon lequel le patient a effectivement été remboursé, notamment au vu d'éventuelles exonérations. 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 % (Lancry, 2007).

FIGURE 2 ● Schéma d'organisation de la décision de remboursement d'un médicament



Sources • Grandfils N., « Fixation et régulation des prix des médicaments en France », *Revue française des affaires sociales*, n° 3-4, juin-décembre 2007.

TABLEAU 1 ● Taux de remboursement des spécialités remboursables en 2010

Service médical rendu	Médicament pour pathologie « grave »	Médicament pour pathologie « sans caractère habituel de gravité »
Majeur ou important	65 % (vignette blanche)	35 % (vignette bleue)
Modéré	35 % (vignette bleue)	35 % (vignette bleue)
Faible	15 % (vignette orange)	15 % (vignette orange)
Insuffisant	0 %	0 %

Sources • Art. R. 322-1 CSS.

Lecture • Les médicaments ayant un service médical rendu jugé faible 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 35 %.

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

TABLEAU 2 ● Le marché global du médicament remboursable en 2009 et 2010 selon le taux de remboursement

		Médicaments remboursables (*) au taux de				TOTAL
		15 %	35 %	65 %	100 %	
Nombre de produits	2009	0	1 308	6 416	335	8 059
	2010	509	865	7 196	362	8 932
Chiffre d'affaires (en Mds euros)	2009	0,0	2,4	14,6	2,3	19,3
	2010	0,8	1,4	14,6	2,6	19,4
Part de marché (%)	2009	0%	12,5%	75,8%	11,9%	100%
	2010	4,1%	7,4%	75,3%	13,1%	100%
Contribution à la croissance (en points de %, catégorie 2010)		-0,4 %	-0,3 %	0,2 %	1,3 %	0,8 %

Sources • LEEM-GERS, traitement DREES.

Note de lecture • En 2010, 509 produits sont remboursables à 15 %, représentant 0,8 milliard de chiffre d'affaires, soit 4,1 % de l'ensemble du marché des médicaments remboursables. Il s'agit de produits dont le CA est le plus souvent en baisse : la somme de leurs contributions à la croissance du marché est négative, s'établissant à -0,4 %.

a priori, constitue avec le prix le principal outil de régulation des dépenses de médicaments en France. En France, l'évaluation de l'intérêt des médicaments est effectuée par la Commission de la transparence. 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. 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 priori* du médicament (tableau 1). Le comité économique des produits de santé (CEPS) s'appuie sur le niveau de l'ASMR pour fixer le prix de vente du médicament (Nouguez, 2007).

En 2010, avec un chiffre d'affaires de plus de 14 milliards d'euros, les médicaments dont le taux de remboursement *a priori* est de 65 % représentent en valeur les trois quarts du marché du médicament remboursable, soit une part de marché stable par rapport à 2009, confirmée par une contribution quasi nulle à la croissance des médicaments de cette classe (+0,2 point). Ce sont les médicaments les plus chers, 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 hauteur d'1,3 point et leur part de marché progresse à nouveau

de près d'un point environ entre les deux années (11,9 % de la valeur totale du marché du médicament remboursable en 2009 contre 13,1 % en 2010). Cela confirme une tendance observée depuis quelques années : le prix moyen des médicaments remboursables augmente sous l'effet d'un fort effet de structure et la consommation pharmaceutique se déforme au profit des produits les plus chers (Lancry, 2007).

La part de marché des médicaments dont le taux de remboursement *a priori* est de 35 % chute brutalement entre 2009 et 2010 : 7,4 % en 2010 contre 12,5 % en 2009. Cela tient à la vague de baisse des taux de remboursement intervenue au cours de l'année 2010 au cours de laquelle 457 présentations⁵ ont vu leur taux de remboursement *a priori* passer de 35 % à 15 %⁶ : ces baisses de taux de remboursement ont notamment concerné certains médicaments contre l'acné, la constipation, l'arthrose, les brûlures d'estomac, les troubles cognitifs liés à l'âge ou encore le rhume. Ces médicaments sont plutôt en décroissance, si bien que leur contribution à la croissance du marché est négative en 2010, tant en ce qui concerne les médicaments dont le taux de remboursement est passé à 15 % (-0,4 % de contribution à la croissance) que pour les médicaments dont le taux de remboursement est resté à 35 % (-0,3 %).

L'année 2009 avait été marquée par un élargissement important du répertoire des médicaments génériques (cf. glossaire) dû à l'expiration des brevets de molécules princeps (cf. glossaire) réalisant des chiffres de vente très élevés. La catégorie « princeps générifiables » avait ainsi fortement progressé entre 2008 et 2009, mais la

5. Avis relatif aux décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie portant fixation du taux de participation de l'assuré applicable à des spécialités pharmaceutiques. Journal Officiel du 16 avril 2010.

6. Seules 5 présentations ont vu leur taux *a priori* passer de 65 % à 15 %.

ENCADRÉ 2 ● Méthodologie utilisée pour le calcul des contributions

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

Elle a la forme suivante :

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

où $CA_{i,t}$ est le chiffre d'affaires de l'année t pour le produit i . Un produit 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 classe 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 et $t-1$ en faisant la somme des contributions des produits constituant cette catégorie pour l'année t . Les produits changeant de catégorie entre l'année $t-1$ et l'année t (par exemple, passage du taux de remboursement de 35% à 15%) sont ainsi par convention rattachés pour les deux années à leur catégorie de l'année t .

Pour les produits 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 produits sortis du marché en cours d'année $t-1$, le chiffre d'affaires relatif à l'année t est nul, la contribution à la croissance est donc par construction négative, 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 $t-1$. Les médicaments retirés du marché durant l'année $t-1$ 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 principalement les médicaments de plus de 20 ans. Ainsi, le calcul de la contribution à la croissance des produits pharmaceutiques de plus de 20 ans en 2010 inclut tous les médicaments ayant plus de 20 ans en 2010, y compris ceux qui ont une ancienneté de 21 ans en 2010 et qui en 2009 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 2009 et qui ne sont plus commercialisés en 2010, leur contribution à la croissance du marché entre 2009 et 2010 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.

TABLEAU 3 ● Caractéristiques du marché du médicament remboursable en 2009 et en 2010 selon le statut du médicament

		Statut du médicament			TOTAL
		Génériques	Principes génériques	Hors répertoire	
Nombre de produits	2009	3 818	939	3 302	8 059
	2010	4 668	922	3 344	8 932
Chiffre d'affaires (en Mds euros)	2009	2,3	4,5	12,5	19,3
	2010	2,6	3,6	13,3	19,4
Part de marché (en %)	2009	12,0 %	23,2 %	64,8 %	100 %
	2010	13,3 %	18,3 %	68,5 %	100 %
Contribution à la croissance (en points de %, catégorie 2010)		1,3 %	-5,2 %	4,7 %	0,8 %

Sources • LEEM-GERS, traitement DREES.

Note de lecture • En 2010, 3 344 produits ne font pas partie du répertoire des médicaments génériques, représentant 13,3 milliards de chiffre d'affaires, soit 68,5 % de l'ensemble du marché des médicaments remboursables. Il s'agit de produits globalement en croissance, la somme de leurs contributions à la croissance du marché s'établissant à +4,7 %.

TABLEAU 4 ● Âge des produits et contribution à la croissance 2010 des médicaments remboursables

		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 produits	2009	2 055	1 432	2 386	2 186	8 059
	2010	2 308	1 943	2 622	2 059	8 932
Chiffre d'affaires (en Mds euros)	2009	4,1	5,2	5,8	4,1	19,3
	2010	3,8	6,1	5,7	3,8	19,4
Part de marché (en %)	2009	21,4 %	27,0 %	30,1 %	21,4 %	100 %
	2010	19,5 %	31,2 %	29,5 %	19,7 %	100 %
Contribution à la croissance (en points de %, catégorie 2010)		5,1 %	0,6 %	-3,8 %	-1,1 %	0,8 %

Sources • LEEM-GERS, traitement DREES.

Note de lecture • En 2010, 2 308 produits ont moins de 5 ans, représentant 3,8 milliards de chiffre d'affaires, soit 19,5 % de l'ensemble du marché des médicaments remboursables. Il s'agit de produits globalement en croissance, la somme de leurs contributions à la croissance du marché s'établissant à +5,1 %.

catégorie « génériques » très peu, la plupart des génériques correspondants n'ayant pas encore été commercialisés en 2009 (Juillard Condat *et al.*, 2010). En 2010, c'est chose faite pour la plupart des génériques concernés. Cela explique pourquoi la part de marché de la catégorie « Princeps généricables » est fortement en recul entre 2009 et 2010 (18,3 % en 2010 contre 23,2 % en 2009 et une contribution à la croissance de -5,2 points), quand au contraire, les génériques continuent leur progression (13,3 % de part de marché en 2010 contre 12 % en 2009 et 11 % en 2008).

En 2010, ce sont les médicaments dont la commercialisation date de moins de 5 ans, représentant en valeur environ un cinquième du marché total du médicament remboursable, qui contribuent le plus à la croissance du marché du médicament remboursable, à hauteur de +5,1 points. À l'inverse, les médicaments de plus de 10 ans, représentant plus de la moitié du marché, contribuent négativement à la croissance (tableau 4).

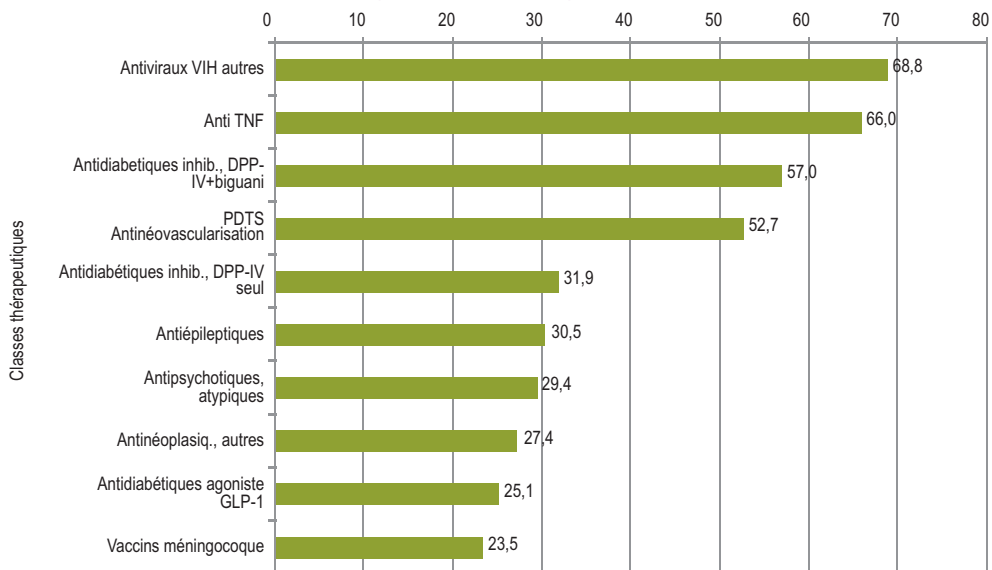
De façon générale, les classes thérapeutiques dont les dépenses ont le plus fortement augmenté entre 2009 et 2010 sont des classes récentes, et destinées à traiter des pathologies chroniques. Les tendances observées sur 2009 se confirment en 2010 : en effet, parmi les 10 classes présentes dans le palmarès en 2010, 7 figuraient déjà dans le palmarès en 2009 :

- les anti-rétroviraux (VIH), dont la croissance est portée par 3 produits : le raltegravir (Isentress®), et le maraviroc (Celsentri®) commercialisés courant 2008, et l'association efavirenz emtricitabine tenofovir (Atripla®) commercialisée en 2009. Le Celsentri® et l'Isentress® sont les premiers représentants de deux nouvelles classes thérapeutiques, l'Atripla® est une association de principes actifs déjà existants (ASMR V) ;

- les anti-TNF (qui figuraient parmi les antirhumatismaux spécifiques en 2009) : les indications de cette classe thérapeutique s'étendent à la dermatologie (psoriasis) et à la gastro-entérologie (maladie de Crohn) ;
- les produits d'antinéovascularisation, classe thérapeutique commercialisée depuis 2007 pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge ; notons que la croissance de cette classe va se poursuivre en 2011, du fait de l'octroi d'une nouvelle indication dans le traitement de la baisse visuelle due à l'œdème maculaire diabétique ;
- les antinéoplasiques autres : évérolimus (Afinitor®) commercialisé fin 2009 dans l'indication cancer du rein, ainsi que le nilotinib (Tasigna®) commercialisé courant 2008 dans l'indication leucémie myéloïde chronique ;
- les antiépileptiques dont la croissance est portée par le levetiracétam (Keppra®), commercialisé depuis 2001, et la prégabaline (Lyrica®) commercialisée depuis 2006, également indiquée dans le traitement des douleurs neuropathiques ;
- des antipsychotiques atypiques, dont la croissance est portée par 3 produits : olanzapine (Zyprexa®), et aripiprazole (Abilify®) notamment sous leurs formes orodispersibles ; rispéridone injectable à longue durée d'action (Risperdal®), commercialisée en 2004 ;
- les antidiabétiques inhibiteurs de la dipeptyl peptidase (DPP) IV, nouvelle classe thérapeutique dans le diabète, apparue courant 2008.

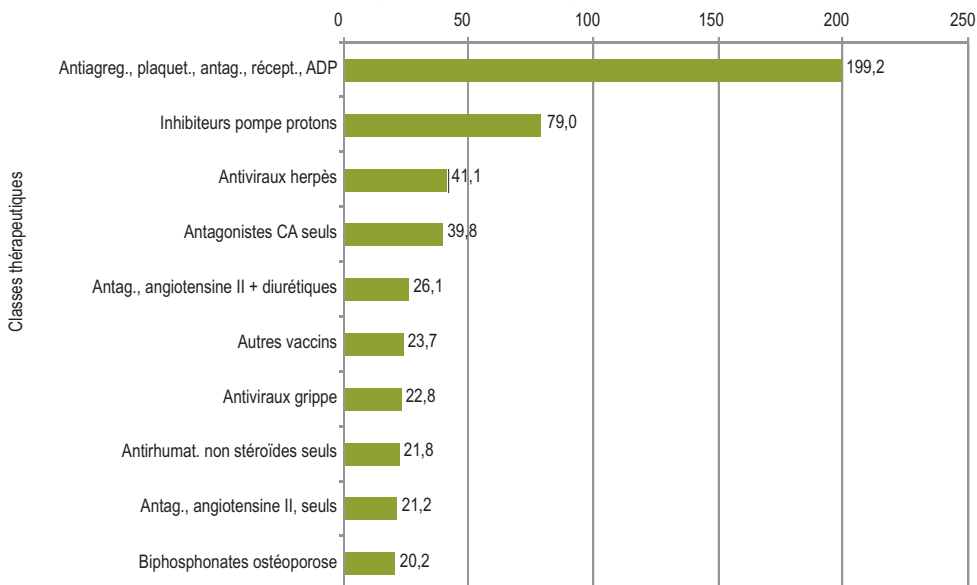
Concernant la prise en charge du diabète, il est intéressant de souligner que deux nouvelles classes d'antidiabétiques apparaissent au palmarès des classes thérapeutiques ayant présenté la plus forte croissance de leur chiffre d'affaires entre 2009 et 2010 : les inhibiteurs de DPP IV associés aux biguanides, ainsi que les agonistes des récepteurs GLP-1.

GRAPHIQUE 1 ● Palmarès des 10 classes thérapeutiques ayant connu la plus forte augmentation de leur chiffre d'affaires (en millions d'euros) entre 2009 et 2010



Sources • LEEM-GERS, traitement DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Palmarès des 10 classes thérapeutiques ayant connu la plus forte baisse de leur chiffre d'affaires (en millions d'euros) entre 2009 et 2010



Sources • LEEM-GERS, traitement DREES.

Enfin, concernant les vaccins méningococciques, leur forte croissance est à relier à une nouvelle recommandation⁷, émise en 2009 par le Haut conseil de la santé publique, portant sur la vaccination systématique des nourrissons de 12 à 24 mois par un vaccin méningococcique C conjugué. Cette vaccination n'était recommandée jusqu'à présent que pour certains groupes à risques.

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 2009 et 2010 :

- des facteurs épidémiologiques : pour les classes autres vaccins (vaccin contre le papillomavirus humain, du fait de l'atteinte d'un plateau de vaccination) et antiviraux grippe (oseltamivir utilisé dans l'épidémie H1N1) ;
- l'apparition de génériques de médicaments représentant un chiffre d'affaires important : antirhumatismaux non stéroïdiens (diacéérine), antiagrégants

plaquettaires (clopidogrel), antagonistes calciques seuls (lercanidipine), antiviraux herpès (valaciclovir), antagonistes de l'angiotensine II seuls (losartan) et associés aux diurétiques (losartan + hydrochlorothiazide) ;

- la baisse du taux de remboursement de 35 % à 15 %⁸, qui a concerné certains antirhumatismaux non stéroïdiens.

Notons également que les alertes de sécurité sanitaire, notamment sur les antirhumatismaux non stéroïdiens (réévaluation de leur sécurité d'utilisation⁹) ont pu participer à la baisse du chiffre d'affaires constatée sur cette classe. Si l'année 2010 a été notamment celle de la réévaluation du service médical rendu par la Haute autorité de santé (HAS), l'année 2011 sera marquée par la réévaluation du rapport bénéfice/risque et la mise en place d'une surveillance sanitaire renforcée sur de nombreux médicaments. Il est vraisemblable que ces mesures auront un impact sur les ventes de certaines classes thérapeutiques.

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).

Classe thérapeutique : une classe thérapeutique est un groupe de produits traitant de pathologie similaire. La classification EPHMRA (European Pharmaceutical Marketing Research Association), qui a été utilisée, autorise quatre niveaux d'analyse. Les médicaments sont classés selon leurs lieux d'action (organes ou groupes d'organes, 1^{er} niveau), les indications thérapeutiques (2^e niveau) et leurs effets pharmacologiques (3^e et 4^e 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.). La classification EPHMRA 2008

compte 18 groupes principaux de niveau 1 et 401 sous-groupes de niveau 4. 354 concernent les médicaments remboursables en 2009 et 2010 : ce sont ces derniers sous-groupes qui sont utilisés dans cet article.

Produit : un produit est un médicament contenant une ou plusieurs substances actives. Il est vendu sous une dénomination commune, quels que soient les associations ou les dosages et les formes d'administration. Il est inclus dans une classe de niveau 4.

Présentation : une présentation désigne chaque association d'un nom de marque avec un dosage, une forme d'administration et son conditionnement. « Efferalgan® 1 g comprimé effervescent par 8 », et « Efferalgan® 80 mg poudre effervescent pour solution buvable en sachet par 12 » sont, par exemple, deux présentations d'un même produit.

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

7. Haut conseil de la santé publique. Avis relatif à la vaccination par le vaccin méningococcique conjugué de sérotype C. 2009.

8. Avis relatif aux décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie portant fixation du taux de participation de l'assuré applicable à des spécialités pharmaceutiques. Journal officiel du 16 avril 2010.

9. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Kétoprofène par voie orale - Information relative à la posologie maximale journalière et à la sécurité d'emploi - Lettre aux professionnels. Août 2010.

(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 2007 une centaine de principes actifs, notamment des anticancéreux, des dérivés du sang, des médicaments orphelins ou encore certains traitements de la polyarthrite rhumatoïde (Grandfils, 2007).

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 septembre 2006, cette liste contenait une centaine de molécules (Grandfils, 2007).

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 compo-

sition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique que le médicament princeps qu'il copie 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). 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 : en France, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé tient à jour un répertoire officiel des médicaments génériques qui référence des groupes constitués des médicaments d'origine (princeps) et de leurs génériques. Le répertoire des génériques constitue la base légale pour la substitution, à savoir l'acte de délivrance par le pharmacien d'un médicament générique à la place du médicament princeps prescrit sur l'ordonnance médicale. La substitution ne sera pas réalisée si le patient la refuse ou si le médecin a clairement précisé la mention « NS » (non substituable) sur son ordonnance.

Pour en savoir plus

Juillard-Condât B., Legal R., Thao Khamsing W., 2010, «Le marché du médicament remboursable en ville en 2009», *Comptes nationaux de la santé 2009*, DREES, septembre 2010.

Thao-Khamsing W., 2009, «Le marché du médicament remboursable en 2008», *Études et Résultats*, n° 729, DREES, mai 2010.

Collet M., de Kermadec C., 2009, «Les revenus des titulaires d'officine entre 2001 et 2006», *Études et Résultats*, n° 703, septembre 2009, DREES.

Fournier P., Lomba C., 2007, «Petit commerce, grande dépendance. Les pharmacies entre pouvoirs publics et industriels», *Revue française des Affaires sociales*, n°s 3-4 juin-décembre 2007.

Grandfils N., 2007, «Fixation et régulation des prix des médicaments en France», *Revue française des Affaires sociales*, n°s 3-4 juin-décembre 2007.

Lancry P.-J., 2007, «Médicament et régulation en France», *Revue française des Affaires sociales*, n°s 3-4 juin-décembre 2007.

Nouguez E., 2007, «La définition des médicaments génériques : entre enjeux thérapeutiques et économiques. L'exemple du marché français des inhibiteurs de la pompe à protons», *Revue française des Affaires sociales*, n°s 3-4 juin-décembre 2007.

Bernardet S., Collet M., 2004, «L'activité des officines pharmaceutiques et les revenus de leurs titulaires», *Études et Résultats*, n° 303, avril 2004, DREES.