



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

Ministère de la Santé
et des Solidarités



Études et Résultats



N° 511 • août 2006

L'année 2005 a été marquée par un ralentissement de la croissance des volumes de soins de ville remboursés par le régime général (+3,6%, contre +3,8% en 2004), notamment en ce qui concerne les honoraires et les produits inscrits sur la liste des produits et prestations sanitaires. Conjugué à des progressions modestes des prix, ce ralentissement a permis de limiter à +3,4% l'évolution en valeur des dépenses de soins de ville remboursées. Le ralentissement de la croissance des honoraires médicaux va au-delà de l'impact de la conjoncture économique, et semble refléter les premiers effets de la mise en place du parcours de soins. En revanche, pour les médicaments, les évolutions observées ne font pas ressortir d'inflexion notable en volume sur l'ensemble de l'année, avec toutefois une inflexion à la baisse au quatrième trimestre, liée à l'introduction des génériques. Les prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques ont par ailleurs continué à évoluer à un rythme soutenu. Enfin, la diminution des indemnités journalières s'est poursuivie et accentuée en 2005.

Les dépenses de soins de ville remboursées par le régime général en 2005

EXPRIMÉES en valeur, les dépenses de soins de ville du régime général en données corrigées des jours ouvrés et des variations saisonnières (CJO-CVS) et en dates de soins¹ ont crû de 3,4% en moyenne annuelle en 2005 (tableau 1), contre 3,9% en 2004. Ce ralentissement d'ensemble résulte toutefois d'évolutions contrastées selon les catégories de dépenses. Le ralentissement de la croissance des dépenses d'honoraires s'est confirmé en 2005 (+1,9% contre +2,9% en 2004 et +6,0% en 2003). La progression des dépenses de biens inscrits à la liste des produits et prestations sanitaires (LPP) s'est également ralentie (+8,2% en 2005 contre +11,7% en 2004), s que les indemnités journalières (IJ) ont continué de diminuer (-1,0% en 2005 contre -0,7% en 2004). En revanche, le rythme d'évolution des prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques est resté constant (+4,5% en 2004 et 2005), comme celui des dépenses de médicaments (+5,5% en 2004 et 2005) qui a toutefois amorcé un ralentissement en fin d'année.

Ces évolutions en valeur s'expliquent à la fois par celles des volumes et des tarifs des différentes prestations. L'évolution des tarifs des différents postes de dépenses n'a pas été homogène en 2005 et doit, en outre, être interprétée avec prudence, compte tenu du passage de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) à la classification commune des actes médicaux (CCAM), dont la mise en œuvre en 2005 a pu perturber les systèmes d'information

Karim AZIZI

Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement
Ministère de la Santé et des Solidarités
DREES

1. Pour la description des données, voir Azizi K., Hennion M., Podevin M., 2005, *Études et Résultats*, n° 414, juillet, DREES.



et affecter le partage prix-volume des dépenses de ville. Cependant, sur la base des informations disponibles, les prix des honoraires et des prescriptions seraient restés stables (respectivement +0,1 % et 0%), alors que ceux des produits inscrits à la LPP et des IJ auraient augmenté de respectivement +1,1 % et +2,8 %. En revanche, le prix des médicaments aurait continué à diminuer de 1,2 %, en lien avec le développement des génériques. Au total, le prix des dépenses de ville aurait très légèrement diminué (-0,2 % en 2005).

Léger ralentissement des dépenses de soins de ville en volume

En tenant compte de ces évolutions de prix, la croissance des volumes remboursés a été plus modérée en 2005 qu'en 2004 en ce qui concerne les honoraires (+1,7% en 2005 contre +2,5 % en 2004) et les dépenses de LPP (+7,0% contre +10,0 % en 2004). En revanche, la croissance des prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques s'est accélérée en 2005 (+4,5% contre +3,8% en 2004). Pour les médicaments, le rythme de croissance s'est maintenu à son niveau de 2004 (+6,8%). Enfin, la diminution des IJ en volume s'est poursuivie en 2005 à un rythme accentué (-3,7% contre -3,1 % en 2004).

La progression des soins de ville en volume a donc très légèrement ralenti en 2005 (+3,6% en 2005 contre +3,8 % en 2004). Les dépenses de médicaments ont contribué pour plus des deux tiers (soit 2,5 points) à cette évolution d'ensemble (tableau 2), du fait de leur croissance soutenue (+6,8%), mais également de leur part élevée dans l'ensemble des dépenses de ville du régime général (37 % en 2004). En revanche, des IJ ont eu tendance à freiner la croissance des dépenses de soins de ville, avec une contribution de -0,5 point, identique à celle de 2004.

Les autres postes contribuent à la croissance d'ensemble de façon positive, mais assez modeste, avec des contributions proches de celles de 2004 (tableau 2).

Divers facteurs peuvent être avancés pour expliquer le moindre rythme de croissance en volume des dépenses obser-

T 01 la croissance en 2004 et en 2005 des soins de ville en valeur, en volume et les évolutions de prix en %

	Honoraires	Médicaments	Prescriptions	LPP	Indemnités journalières	Total soins de ville
Croissance en valeur						
2004	2,9	5,5	4,5	11,7	-0,7	3,9
2005	1,9	5,5	4,5	8,2	-1,0	3,4
Croissance des prix						
2004	0,4	-1,3	0,7	1,7	2,5	0,2
2005	0,1	-1,2	0,0	1,1	2,8	-0,2
Croissance des volumes						
2004	2,5	6,8	3,8	10,0	-3,1	3,8
2005	1,7	6,8	4,5	7,0	-3,7	3,6

Source : CNAMTS, calculs DREES.

T 02 contributions* des différents postes à la croissance des dépenses de soins de ville en volume en 2004 et 2005

	Honoraires	Médicaments	Prescriptions	LPP	IJ	Total soins de ville
2004	0,7	2,5	0,6	0,5	-0,5	3,8 %
2005	0,5	2,5	0,7	0,4	-0,5	3,6 %

* Les contributions sont exprimées en points de pourcentage.

Source : CNAMTS, calculs DREES.

vées en 2005. En premier lieu, le ralentissement de l'activité économique (avec une croissance en moyenne annuelle du produit intérieur brut de +1,2 % en 2005 contre +2,0 % en 2004²) a pu influencer sur l'évolution des dépenses de santé. L'année 2005 a également été marquée par la poursuite de la montée en charge de la retraite anticipée pour carrière longue créée par la réforme des retraites de 2003, qui a eu pour effet de réduire de façon importante la population active âgée de 55 ans et plus – ce qui, comme on le verra plus loin, peut expliquer une partie de la diminution des IJ.

La survenue d'une épidémie de grippe au cours des trois premiers mois de l'année 2005, après une absence d'épidémie en 2004, a quant à elle contribué à accroître les dépenses de soins de ville. Par ailleurs, certaines mesures adoptées dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie issue de la loi du 13 août 2004 (parcours de soins notamment) n'ont sans doute pas infléchi de façon importante les tendances des dépenses d'assurance maladie en volume en 2005, dans la mesure où elles ne sont entrées en application que de façon partielle au cours de l'année. Toutefois, il a été institué dès le 1^{er} janvier 2005 une participation forfaitaire de 1 euro³, engendrant une économie directe de 350 millions d'euros pour les dépenses en valeur remboursées par le régime

général (environ 0,7 % des dépenses de ville en valeur en 2005).

Par ailleurs, la Convention médicale signée le 12 janvier 2005 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et certaines organisations professionnelles de médecins prévoyait, dès 2005, des objectifs de maîtrise de certaines dépenses de soins de ville :

- un transfert d'une partie des dépenses exonérées du ticket modérateur vers les dépenses avec ticket modérateur, par le biais des protocoles applicables aux assurés souffrant d'une affection de longue durée (ALD) ;
- des accords de bon usage de certains examens (anti-agrégants plaquettaires, coloscopies, examens thyroïdiens) ;
- des engagements en matière de prescriptions de certains médicaments (statines, antibiotiques, anxiolytiques-hypnotiques) ;
- un objectif de limitation de la progression en valeur des IJ.

2. Selon les données des comptes nationaux trimestriels de l'INSEE.

3. Depuis le 1^{er} janvier 2005, une participation forfaitaire de 1 euro est déduite du montant des remboursements pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, mais aussi pour un examen radiologique et une analyse de biologie médicale. Cette participation forfaitaire ne concerne pas les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes de plus de six mois et les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide médicale de l'État (AME). En outre, elle est limitée à 50 euros par an et par personne.

E•1**Le modèle de la DREES**

Ce modèle^a est estimé sur des données trimestrielles pour la période 1989-2004. À l'exception des biens inscrits sur la liste des produits et prestations sanitaires (LPP), chaque bloc comporte une relation de long terme et une relation de court terme qui modélise l'ajustement à la tendance issue de la première équation. La théorie économique est souvent plus explicite sur les liens de long terme entre les variables que sur leur ajustement de court terme.

Le modèle à correction d'erreur propose des mécanismes d'ajustement compatibles avec la cible de long terme. Il combine deux types de variables : celles non stationnaires exprimées en niveau qui déterminent les cibles de long terme, et les variables stationnaires, généralement les taux de croissance, liées à court terme. La première équation modélise le niveau de la dépense considérée en logarithmes de façon à ce que les effets des variables explicatives, elles-mêmes en logarithmes, s'interprètent comme des élasticités. Cette équation correspond à la relation de long terme. La seconde équation porte sur la différence première du logarithme de la dépense considérée qui correspond au taux de croissance de cette dépense. Cette équation décrit l'ajustement de court terme. En 2005, les propriétés de ce modèle, en termes d'adéquation aux données observées, sont globalement satisfaisantes : pour trois des postes de dépenses (prescriptions, médicaments et LPP), les évolutions « prévues » par le modèle paraissent très proches des évolutions observées. En revanche, en ce qui concerne les honoraires, le modèle surestime leur progression en volume en 2005 de 0,5 point (soit environ 62 millions d'euros), cet écart pouvant être imputé aux premiers effets modérateurs de la réforme de l'assurance maladie. Dans le domaine des IJ, on observe comme en 2004 une composante inexpliquée négative de l'évolution observée, mais d'ampleur sensiblement réduite par rapport à l'année précédente.

Bloc Honoraires

$$\log(\text{honoraires}) = 18.03 + 0.63 \log(\text{PIB}) - 0.83 \log(\text{prix}) + 0.04 \text{dum_plat_02}$$

(41.7) (8.37) (-2.72) (5.14)

$$d\log(\text{honoraires}) = 0.004 - 0.58 e_{\text{honoraires}(-1)} + 0.19 d\log(\text{PIB})$$

(2.33) (-5.39) (0.69)

$R^2 = 0.34$; $DW = 2.11$

Bloc Prescriptions

$$\log(\text{prescriptions}) = -18.59 + 1.82 \log(\text{honoraires})$$

(-9.25) (19.67)

$$d\log(\text{prescriptions}) = 0.004 - 0.18 e_{\text{prescriptions}(-1)} + 1.04 d\log(\text{honoraires})$$

(2.48) (-2.36) (7.10)

$R^2 = 0.49$; $DW = 1.95$

Bloc Médicaments

$$\log(\text{médicaments}) = -4.19 + 1.17 \log(\text{honoraires}) + 0.012 (\text{tendance temporelle})$$

(-0.54) (3.24) (6.66)

$$d\log(\text{médicaments}) = 0.014 - 0.18 e_{\text{médicaments}(-1)} + 0.65 d\log(\text{honoraires})$$

(9.59) (-2.39) (5.59)

$R^2 = 0.37$; $DW = 1.68$

Bloc Indemnités journalières

$$\log(\text{IJE}) = 3.87 + 0.38 \log(\text{honoraires}) - 0.15 \log(\text{chômeurs}) + 0.21 \log(\text{pop55})$$

(1.16) (2.22) (-2.08) (1.84)

$$d\log(\text{IJE}) = -0.001 - 0.45 e_{\text{IJE}(-1)} + 0.71 d\log(\text{Honoraires})$$

(-0.55) (-3.84) (3.32)

$R^2 = 0.3$; $DW = 2.03$

Dépenses de LPP

$$d\log(\text{LPP}) = 0.008 + 0.71 d\log(\text{Honoraires}) + 0.014 (\text{Temps} > 1997) - 0.2 \text{DUM_TIPS}$$

(2.33) (3.88) (3.08) (-11.04)

$R^2 = 0.69$; $DW = 1.90$

Description des variables du modèle

IJE : indemnités journalières (I)/ emploi salarié (t-3).

Chômeurs : nombre de chômeurs BIT.

PIB : produit intérieur brut.

Pop55 : part dans la population active des individus âgés de 55 ans et plus.

Prix = prix relatif des honoraires (prix des honoraires déflaté par l'indice des prix à la consommation)

Temps > 1997 : variable indicatrice prenant la valeur 0 avant 1997 et 1 à partir du deuxième trimestre 1997.

Dum_plat_02 : variable indicatrice prenant la valeur 0 avant 2002 et 1 à partir du deuxième trimestre 2002.

e_honoraires = force de rappel ou terme à correction d'erreur pour les dépenses d'honoraires.

e_médicaments = force de rappel ou terme à correction d'erreur pour les dépenses de médicaments.

e_prescriptions = force de rappel ou terme à correction d'erreur pour les dépenses de prescriptions.

e_IJE = force de rappel ou terme à correction d'erreur pour les dépenses d'indemnités journalières.

Dum_tips = variable indicatrice pour tenir compte du changement rétrospectif effectué par la CNAMTS sur sa série LPP à partir de 2003.

a. Les écarts types des relations de long terme (relations de cointégration) sont ajustés pour la variance de long terme par la méthode des MCO dynamiques de Stock et Watson. En outre, dans le cadre de l'estimation d'une relation de cointégration, les statistiques du R^2 et de Durbin et Watson ne sont plus valides. Elles ne sont donc pas présentées.

La réforme de l'assurance maladie devrait en outre se traduire par des changements tarifaires – avec une diversité de régimes tarifaires et de remboursement des consultations de médecine spécialisée – et de certaines règles de rémunération des professionnels de santé – notamment les médecins traitants. Ces changements ont pu perturber le partage prix-volume des évolutions des dépenses observées en 2005 et pourraient produire des effets similaires en 2006. Toutefois, les propriétés du modèle économétrique utilisé pour l'analyse conjoncturelle des dépenses de soins de ville (encadré 1) n'ont pas été affectées par ces changements et se révèlent globalement satisfaisantes, les évolutions « prévues » par le modèle étant très proches des évolutions observées (tableau 3).

Le ralentissement de la croissance des honoraires n'est pas seulement lié à celui de la croissance économique

Le poste « honoraires » représente environ 30 % du champ des dépenses considérées dans cette étude. Il comprend les honoraires des médecins généralistes et spécialistes (consultations, visites et actes techniques), ceux des dentistes, ainsi que ceux des sages-femmes, pratiqués dans le cadre de la médecine ambulatoire et en cliniques privées. En revanche, les rémunérations versées aux médecins traitants en cas de gestion d'un dossier de malade atteint d'une ALD (ces rémunérations représentent, depuis leur introduction au second trimestre 2005, en moyenne environ 1 % des dépenses d'honoraires) sont exclues, dans la mesure où il ne s'agit pas de dépenses remboursées.

En 2005, la croissance des honoraires exprimée en volume s'est ralentie (+1,7% contre +2,5 % en 2004). Le modèle à correction d'erreur (encadré 1) fait intervenir à long terme deux variables explicatives : le produit intérieur brut (PIB) et le prix relatif des honoraires, avec des élasticité de respectivement +0,6 et -0,8. Le PIB constitue un facteur explicatif essentiel des évolutions de long terme des honoraires : une augmentation de 1 % du rythme de la croissance

T •03 croissance observée et estimée des différents postes

en %

	Honoraires		Médicaments		Prescriptions		LPP		IJ	
	estimée	observée	estimée	observée	estimée	observée	estimée	observée	estimée	observée
2004	2,6	2,5	6,3	6,8	3,7	3,8	9,5	10,0	-1,3	-3,1
2005	2,2	1,7	6,8	6,8	4,1	4,5	8,2	7,0	-3,2	-3,7

Source : CNAMTS, calculs DREES.

T •04 contributions* à la croissance des honoraires

	2004	2005
PIB	0,4	0,7
Prix	0,7	0,8
Indicatrice	0,0	0,0
Effet des honoraires de la période précédente	1,5	0,7
Inexpliqué	-0,1	-0,5
Taux de croissance des honoraires	2,5 %	1,7 %

* Les contributions sont exprimées en points de pourcentage.

Source : CNAMTS, calculs DREES.

économique conduirait ainsi à un accroissement de 0,6 % des dépenses de soins remboursées. En effet, l'activité économique, approchée par le PIB, est considéré comme le principal déterminant d'ordre économique de l'évolution de la demande de soins (L'horty *et al.*, 1997). Malgré un taux de croissance du PIB ramené en moyenne annuelle à 1,4 % en 2005 contre 2,1 % en 2004, la contribution du PIB s'avère un peu supérieure en 2005 (0,7 point contre 0,4 point en 2004), en raison des effets retardés que le modèle prête à l'accélération de la croissance économique entre 2003 et 2004.

Les prix relatifs des biens et services de santé⁴ peuvent également exercer une influence sur l'offre et la demande de soins. Dans le système actuel de remboursement, l'impact des prix sur la demande de soins passe par le mécanisme du ticket modérateur (somme non prise en charge par l'assurance maladie). Son impact est, de fait, limité par la tendance à la généralisation des couvertures complémentaires, même si l'introduction récente de la participation forfaitaire de 1 euro pourrait rendre la demande de soins un peu plus sensible aux prix. L'effet global du prix sur la

consommation de soins peut alors s'interpréter plutôt comme un effet d'offre : une étude empirique sur le Québec (Rochaix, 1993) a par exemple montré que les prestataires de soins chercheraient plutôt à garantir le maintien de leur revenu qu'à obtenir des gains plus importants, du moins à court terme, ce qui les conduirait à freiner leur activité en cas de hausse tarifaire. Ces conclusions semblent être corroborées par le présent travail de modélisation qui montre, à long terme, qu'une augmentation d'1 point du prix relatif des honoraires remboursés réduirait leur volume de 0,83 point. Ainsi, dans les périodes où il n'y a pas de revalorisation tarifaire, les professionnels de santé auraient tendance à accroître le volume de leur activité afin de pallier l'érosion de leur revenu réel découlant de l'augmentation du niveau général des prix. Ce raisonnement, sous-jacent à l'élasticité prix négative mise en évidence par le modèle, s'entend toutefois à effectifs donnés des professionnels de santé et ne tient pas

4. Le prix relatif des biens et services de santé est exprimé comme le rapport de l'indice de prix de ces biens et services à celui de la consommation des ménages.

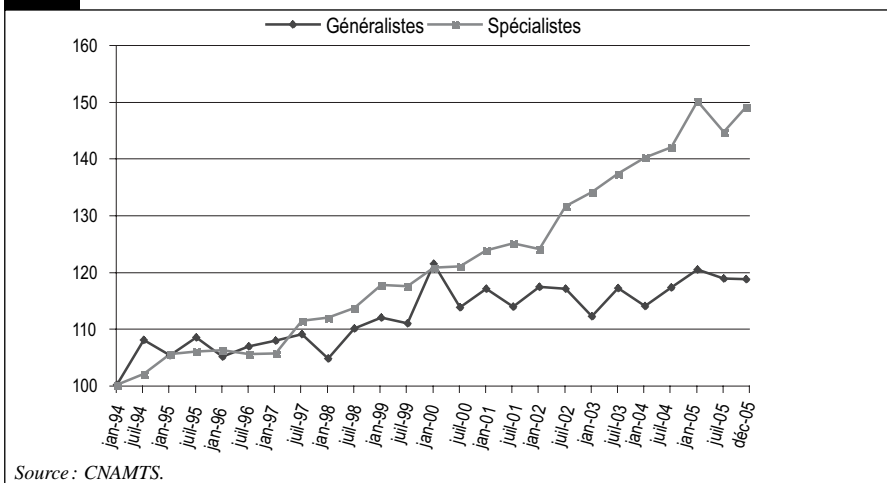
compte d'éventuels changements dans la répartition entre les soins délivrés en ville et à l'hôpital.

En revanche, à court terme, l'influence du taux de croissance du PIB habituellement détectée ne serait plus significative. Intervient également une « force de rappel » (encadré 1) dont le coefficient est estimé à -0,58 : si les dépenses d'honoraires s'écartent de leur tendance, cette force de rappel ou terme à correction d'erreur les en rapproche de 58 % au trimestre suivant.

Au total, en 2005, l'estimation des contributions du PIB et des prix relatifs à la croissance des honoraires (tableau 4), laisse persister une variation inexplicée négative (-0,5 point sur 1,7 %) relativement importante, puisqu'elle représente près de 30 % de la croissance enregistrée. Cet écart entre l'évolution observée et celle prévue par le modèle peut s'interpréter comme l'effet des différentes mesures mises en œuvre en 2005. Tout d'abord, l'application plus rigoureuse des protocoles applicables aux assurés souffrant d'une ALD a pu entraîner une diminution des dépenses d'honoraires. Par ailleurs, la mise en place progressive du parcours de soins en 2005 a pu potentiellement contribuer à ce résultat. Enfin, la mise en place de la rémunération « médecin traitant », dans le cas où le médecin gère le dossier d'un malade atteint d'une ALD, qui a apporté aux praticiens un surcroît de revenu représentant 1 % environ de la masse des honoraires, a pu les inciter à limiter le nombre de leurs actes.

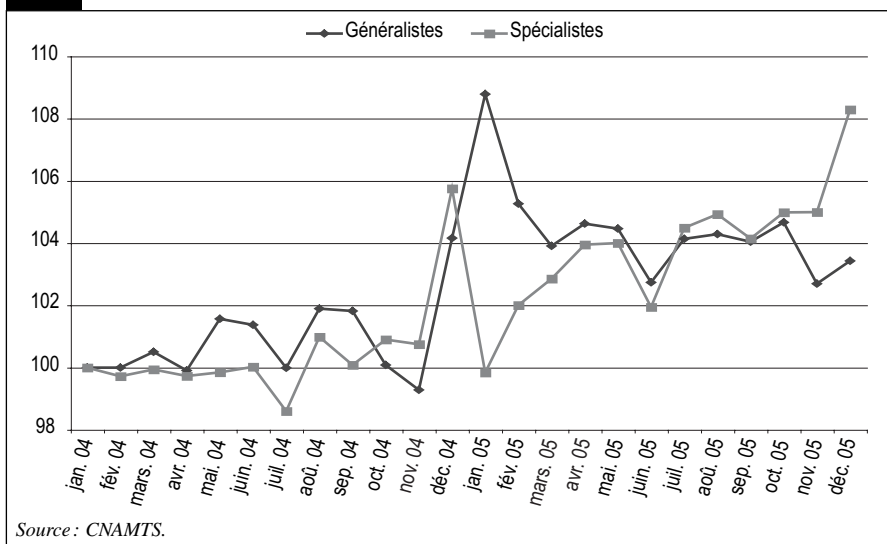
On peut également noter, au vu des premières observations effectuées en 2004 et 2005, que les profils d'évolution des honoraires de spécialistes et

G.01 les dépenses de généralistes et de spécialistes en volume CVS-CJO (base 100 en janvier 1994)



Source : CNAMTS.

G.02 les dépenses de généralistes et de spécialistes en volume CVS-CJO (base 100 en janvier 2004)



Source : CNAMTS.

de généralistes, auparavant assez largement déconnectés, semblent s'être sensiblement rapprochés depuis 2004 (graphiques 1 et 2).

La consommation de médicaments remboursés a crû en volume au même rythme qu'en 2004, mais la croissance des génériques modère l'évolution des dépenses en valeur

La croissance en volume des dépenses de médicaments⁵ remboursées (à 35 %, 65 %, 80 % et 100 %) a été identique en 2004 et en 2005 (+6,8%). Cette progression a fortement contribué à la

5. Les séries de dépenses de LPP et de médicaments de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ont, en outre, subi des modifications rétrospectives : certaines dépenses jusque là comptabilisées en ville sont désormais comptabilisées à l'hôpital.

T.05 contributions* à la croissance des médicaments

	2004	2005
Honoraires	0,1	0,4
Trend	0,8	0,8
Effet des médicaments de la période précédente	5,4	5,6
Inexpliqué	0,5	0,0
Taux de croissance des médicaments	6,8 %	6,8 %

* Les contributions sont exprimées en points de pourcentage.
Source : CNAMTS, calculs DREES.

croissance des dépenses de soins de ville en 2005 (2,5 points sur une croissance totale de +3,6 %) dont les dépenses de médicaments représentent près de 40 %. L'évolution en volume des dépenses de médicaments est en outre caractérisée par d'importants changements dans la structure des ventes et par la montée en charge de médicaments nouveaux, tels que les antipsychotiques atypiques (traitement de la psychose), les inhibiteurs de la transcriptase inverse nucléosidiques et nucléotidiques ou les antirhumatismaux spécifiques (traitement de la polyarthrite rhumatoïde) [voir Clerc, 2006].

Dans la modélisation, l'évolution de long terme des dépenses de médicaments est appréhendée à travers l'impact de deux facteurs : les dépenses d'honoraires, avec une élasticité de 1,17, et une tendance temporelle estimée à 1,2 % par trimestre. À court terme, le taux de croissance des dépenses de médicaments est influencé par celui des honoraires et par la force de rappel vers la tendance de long terme (estimée à -0,18).

L'évolution des dépenses de médicaments observée en 2005 (+6,8%) et celle résultant de la modélisation coïncident parfaitement, la partie inexpliquée étant nulle (tableau 5). Il n'y aurait donc pas eu en 2005 de rupture dans l'évolution tendancielle des dépenses. Cependant, il semble qu'une partie des objectifs fixés par la Convention médicale signée le 12 janvier 2005 (notamment la réduction des prescriptions d'hypnotiques, d'anxiolytiques, d'antibiotiques et de médicaments anticholestérol ou statines) ait été atteinte, si l'on en juge par le ralentissement significatif intervenu dans les prescriptions de ces molécules au cours de l'année 2005. Il est donc possible que les économies réalisées dans ces domaines aient été en partie compensées par des prescriptions plus importantes d'autres médicaments ou par la mise sur le marché de produits nouveaux, ce qu'atteste par exemple le dynamisme de cinq classes thérapeutiques dont la contribution élevée à la croissance total des ventes est liée à l'introduction de nouveaux produits (Clerc, 2006).

Toutefois, il convient de rappeler qu'en valeur, l'évolution des dépenses de médicaments est freinée par la réduction continue des indices des prix de ces

T •06 contributions* à la croissance des prescriptions

	2004	2005
Honoraires	0,1	0,7
Effet des prescriptions de la période précédente	3,6	3,4
Inexpliqué	0,1	0,4
Taux de croissance des prescriptions	3,8 %	4,5 %

* Les contributions sont exprimées en points de pourcentage.
Source : CNAMTS, calculs DREES.

T •07 contributions* à la croissance des LPP

	2004	2005
Honoraires	-0,7	0,0
Effet des LPP de la période précédente	5,0	8,2
Terme constant	5,2	0,0
Inexpliqué	0,5	-1,2
Taux de croissance des LPP	10,0 %	7,0 %

* Les contributions sont exprimées en points de pourcentage.
Source : CNAMTS, calculs DREES.

produits de santé. L'ampleur de cette réduction a été quasi identique en 2004 et 2005 (respectivement -1,3 % et -1,2 %). Cependant, lorsque l'on considère l'évolution infra-annuelle des dépenses de médicaments en valeur en 2005, on constate un ralentissement sensible au dernier trimestre (+0,6% contre respectivement +1,5 %, +1,3 % et +1,4 % aux premier, deuxième et troisième trimestres). Cette inflexion semble notamment liée à deux facteurs : d'une part, l'impact sur les prix de la pénétration des génériques, dont la part a atteint plus de 8 % dans les ventes de médicaments remboursables en valeur, avec une amplification au cours des derniers mois de l'année 2005 ; d'autre part, la mise en œuvre de la deuxième vague des tarifs forfaitaires de responsabilité.

Les prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques ont continué de progresser à un rythme soutenu

Les prescriptions autres que médicamenteuses, qui regroupent les analyses de biologie, les soins d'infirmiers, les actes des masseurs-kinésithérapeutes et des autres auxiliaires médicaux (ortho-

phonistes, etc.) ainsi que les cures thermales, constituent une troisième composante des soins ambulatoires. Ces dépenses représentent plus de 15 % des dépenses totales de soins de ville. En 2005, et contrairement aux autres postes, la croissance en volume de ces prescriptions s'est accélérée (+4,5% contre +3,8 % en 2004).

Dans la modélisation, l'évolution à long terme des prescriptions est expliquée par les dépenses d'honoraires, avec une élasticité de 1,82. À court terme, le taux de croissance des dépenses de prescriptions est influencé par celui des honoraires ainsi que par la force de rappel vers la tendance de long terme estimée à -0,18.

Le modèle retrace là aussi correctement les évolutions observées. Ainsi, le taux de croissance attendu des dépenses de prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques aurait-il été de 4,1 %, contre une croissance observée de 4,5 % (tableau 6). La variation inexpliquée par le modèle est donc faible (0,4 point). Toutefois, la Convention médicale signée le 12 janvier 2005 retenait en la matière des objectifs d'économies à la fois en ce qui concerne les protocoles applicables aux assurés souf-

frant d'une ALD, et le bon usage de certains examens (anti-agrégants plaquettaires, coloscopies, examens thyroïdiens). La sous-estimation de 0,4 point de la croissance des dépenses de prescriptions en 2005 par le modèle conduit à cet égard à s'interroger sur le degré de réalisation de ces objectifs ou sur leur compensation par d'autres dépenses.

Un net ralentissement des prescriptions de produits inscrits à la liste des produits et prestations sanitaires

Le poste «LPP» comprend l'ensemble des produits inscrits à la liste des produits et prestations sanitaires, dont les prothèses, les accessoires et pansements et l'optique, ainsi que les produits d'origine humaine. Ces dépenses représentent environ 5 % des dépenses totales de soins de ville. La croissance des LPP s'est ralentie en 2005 (+7,0% contre +10,0% en 2004).

La modélisation retenue ne met pas en œuvre de mécanisme à correction d'erreur, et ne présente donc pas de relation de long terme. La croissance des dépenses de LPP est expliquée par celle des honoraires médicaux, avec une élasticité de 0,71. De plus, la modélisation prend en compte deux types de changements : celui observé entre 1997 et 2002⁶ (encadré 1), lié à un mouvement de transfert vers la médecine ambulatoire des prescriptions de produits sanitaires antérieurement fournis à titre gratuit par les établissements hospitaliers ; celui lié

au changement récent par la CNAMTS de sa série à partir de 2003, en raison de la comptabilisation en médecine de ville de produits qui étaient délivrés à l'hôpital. Au total, le modèle retrace relativement correctement les évolutions des dépenses de LPP sur l'ensemble de la période d'estimation, avec toutefois, en 2005, une partie inexpliquée de l'ordre de -1,2 point sur 7,0 % de croissance (tableau 7).

La diminution en volume des indemnités journalières se prolonge et s'accroît en 2005

Les dépenses d'IJ correspondent aux prestations en espèces versées aux salariés par le régime général pour les risques maladie et accidents du travail, à l'exclusion de la maternité. Elles représentaient en 2005 environ 13 % des dépenses de soins de ville. Au cours des années récentes, les IJ en volume, corrigées des jours ouvrés et des variations saisonnières, ont sensiblement diminué (-3,1 % en 2004 et -3,7 % en 2005). Le ralentissement de la croissance des dépenses de soins de ville observé en 2005 doit donc être apprécié à l'aune de cette diminution, dont la contribution à l'évolution totale des dépenses a été de -0,5 point pour une croissance d'ensemble de 3,6 % (tableau 2).

Dans la modélisation, l'évolution de long terme des IJ est expliquée par les dépenses d'honoraires, le nombre de chômeurs au sens du BIT, ainsi que par la part dans la population active des personnes âgées de 55 ans et plus, avec

des élasticités respectives estimées à 0,38, -0,15 et 0,21. En effet, l'évolution des dépenses d'IJ semble, à long terme, liée à celle du marché du travail : selon l'estimation réalisée, un accroissement du nombre de chômeurs BIT de 1 % s'accompagnerait en effet d'une diminution de 0,15 % des dépenses d'IJ, les salariés étant en quelque sorte dissuadés de recourir à des arrêts maladies à cause des craintes qu'ils peuvent entretenir à l'égard de leur emploi. En sens inverse, la forte croissance des dépenses observée à la fin des années 1990 a été concomitante de l'amélioration de la situation sur le marché du travail⁷.

Les honoraires sont également un facteur explicatif de l'évolution des dépenses d'IJ. Ils exercent ainsi sur ces dernières, qui donnent lieu à prescription par les médecins, une influence positive : un accroissement des dépenses d'honoraires médicaux de 1 % s'accompagnant, à long terme, d'une augmentation de 0,38 % des dépenses d'IJ.

En raison du lien entre l'âge et l'état de santé, les personnes âgées de 55 ans et plus ont une plus forte probabilité de recourir aux IJ⁸. Aussi, l'arrivée de la génération du baby-boom dans cette tranche d'âge a-t-elle pu entraîner une accélération mécanique de la croissance

7

T contributions* à la croissance des IJ

•08

	2004	2005
Honoraires	0,0	0,3
Chômeurs BIT	-0,3	0,0
Part des actifs âgés de 55 ans et plus	-0,1	-1,5
Effet des IJ de la période précédente	-0,6	-2,2
Emploi (t-3)	-0,3	0,2
Inexpliqué	-1,8	-0,5
Taux de croissance des IJ	-3,1 %	-3,7 %

* Les contributions sont exprimées en points de pourcentage.
Source : CNAMTS, calculs DREES.

6. Les LPP ont enregistré une croissance à deux chiffres entre 1997 et 2002, notamment en raison de leur transfert de l'hôpital vers la ville. Cette progression traduit principalement des phénomènes d'ordre comptable. En effet, partant d'un niveau très bas en ville, les dépenses de LPP ont connu une croissance extrêmement rapide. Ce transfert étant maintenant largement achevé, on observe à partir de 2002 une évolution des dépenses de LPP du même ordre de grandeur que celui des médicaments (baisse du taux de croissance de 2 points entre 2002 et 2004).

7. Les IJ de plus de trois mois concernent des pathologies lourdes ou ayant un caractère chronique. A contrario, les IJ de moins de trois mois sont a priori plus sensibles aux déterminants saisonniers et aux variations retardées de l'emploi. Cependant, afin de respecter la logique de la modélisation retenue, qui s'attache à décrire l'évolution d'un petit nombre de catégories de dépenses, ces deux types d'IJ ont été étudiées ici de façon regroupée. Les dépenses d'IJ en volume sont rapportées à l'emploi salarié (retardé de trois trimestres), de manière à modéliser le recours à des IJ par tête. La structure de retard retenu permet de tenir compte du délai existant entre la reprise d'une activité et l'ouverture de droits aux IJ.

8. Dans le Point de conjoncture n° 3 de juillet 2002, la CNAMTS souligne par exemple qu'entre le premier trimestre 2000 et le premier trimestre 2002, « l'essentiel de l'augmentation des arrêts de travail de longue durée se concentre sur la tranche d'âge 55-59 ans ».

tendancielle des dépenses. De la même façon, depuis 2000, la diminution du nombre de préretraités est allée de pair avec un accroissement des dépenses d'IJ, qui suggère, comme l'a souligné la CNAMTS, un possible effet de substitution des IJ aux préretraités. Selon l'estimation réalisée, un accroissement de 1 % de la part des personnes âgées de 55 ans et plus dans la population active s'accompagnerait effectivement d'une augmentation de 0,21 % des dépenses d'IJ. Cela corroborerait l'idée selon laquelle les IJ aient pu être utilisées par les salariés et par les entreprises comme un moyen de prendre en charge les problèmes de santé au travail des salariés vieillissants.

Enfin, la force de rappel à l'œuvre dans les évolutions de court terme des dépenses d'IJ s'avère importante

puisque, lorsque ces dernières s'écartent de leur tendance, ce mécanisme de rappel les en rapproche de 45 % au trimestre suivant.

La diminution des IJ observée en 2005 (-3,7 % contre -3,1 % en 2004) est imparfaitement décrite par le modèle : quoique en nette amélioration par rapport à 2004, la variation inexpliquée conserve une contribution de -0,5 point à l'évolution observée. Ce reliquat inexpliqué semble traduire les effets de l'ajustement progressif du modèle autour d'une nouvelle tendance d'évolution des dépenses. À ce résultat, doit être ajouté le constat d'une contribution fortement négative de l'évolution de la part des actifs âgés de 55 ans et plus (-1,5 point), qui aurait contribué à expliquer plus de 40 % de l'évolution des IJ en 2005, en raison des mouvements de départ en retraite antici-

pée liés à la réforme des retraites entrée en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2004. Selon une évaluation de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), ces départs en retraite ont concerné au total 230 000 personnes en 2004 et 2005 et ont entraîné une contraction de la population active âgée, qui peut être particulièrement exposée au risque d'arrêts de travail.

La décroissance des IJ peut également être imputée à d'autres facteurs, dans la mesure où elles ont fait l'objet de mesures volontaristes, avec en particulier le développement par l'assurance maladie, depuis le second semestre 2003, d'un plan d'action, de régulation et de contrôle traduisant la volonté des pouvoirs publics de réduire les arrêts de travail non justifiés ou d'une durée excessive. ●

Pour en savoir plus...

Azizi K., Hennion M., Podevin M., 2005, « Les dépenses de soins de ville remboursées par le régime général en 2004 », *Études et Résultats*, n° 414, juillet, DREES.

Clerc M.-É., 2006, « Les dépenses des médicaments remboursables en 2005 », *Études et Résultats*, n° 508, juillet, DREES.

L'Horty Y., Quinet A. et Rupperecht F., 1997, « Expliquer la croissance des dépenses de santé: le rôle du niveau de vie et du progrès technique », *Économie et Prévision*, n° 129-130.

Rochaix L., 1993, « Financial Incentives for Physicians: the Quebec Experience », *Health Economy*, vol. 2: 163-176.