



Études et Résultats

N° 646 • juillet 2008

Une évolution des dépenses de soins de ville en accélération en 2007

En 2007, l'évolution en volume des dépenses de soins de ville remboursées par le régime général a connu une nette accélération : +5,1 % pour les dépenses exprimées en dates de soins, corrigées des jours ouvrés et des variations saisonnières (cjo-cvs). Ce résultat contraste avec les évolutions modérées observées de 2004 à 2006 (+3,6 % par an en moyenne), mais reste inférieur à ce qui a été observé au début de la décennie (+7,2 % de croissance annuelle entre 2000 et 2003).

Ainsi en 2007, la croissance en volume des honoraires connaît une accélération, alors même que les tarifs sont revalorisés. L'évolution des volumes se retrouve au-dessus de la tendance estimée par notre modélisation, ce qui pourrait s'expliquer par l'épidémie de grippe de 2007. Le poste médicaments se caractérise, quant à lui, par une forte hausse tendancielle des volumes liée au progrès technique. Si les années 2004-2005 faisaient apparaître des évolutions inférieures à la tendance (dues entre autres aux mesures successives de déremboursement), les évolutions des années 2006 et 2007 sont de nouveau nettement supérieures à la tendance. Enfin, après plusieurs années de baisse liées à la politique de contrôle de la CNAMTS, les indemnités journalières sont de nouveau orientées à la hausse en volume en 2007, ce qui s'explique en grande partie par une nette reprise de l'emploi.

François LÉ, Michel DUÉE

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité
Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique

L'ANALYSE des déterminants des dépenses de santé est une thématique majeure en économie. Dans la lignée des travaux fondateurs de Newhouse [1977] établissant la santé comme un bien supérieur, les facteurs de demande ont été au cœur de cette problématique. Ainsi, la richesse d'un pays ou ses caractéristiques démographiques (taux de vieillissement) sont autant d'éléments pouvant expliquer les dépenses de santé. Cependant, des facteurs d'offre comme le progrès technique, la densité médicale ou le prix relatif des biens et services de santé peuvent induire également un accroissement des dépenses.

En s'appuyant sur ces enseignements de la théorie économique [Bac et Balsan, 2001], la DREES a construit un modèle « partiel » visant à expliquer l'évolution à moyen et court terme des soins de ville. Parmi les facteurs explicatifs retenus ont ainsi été intégrées à la fois des variables de demande et d'offre :

- l'impact de l'évolution de la richesse nationale se retrouve directement dans l'explication de l'évolution des honoraires, mais aussi indirectement, par l'utilisation de la variable « honoraires », dans l'explication des évolutions des autres postes des soins de ville (médicaments, indemnités journalières, prescriptions ou encore biens inscrits sur la liste des produits et prestations sanitaires) ;

- l'effet du vieillissement (appréhé par une proportion d'une certaine classe d'âge) est, quant à lui, pris en compte dans l'explication des postes « indemnités journalières » et « prescriptions » ;

- enfin, les facteurs d'offre ont aussi été intégrés dès lors qu'ils apparaissent significatifs : le prix relatif constitue une variable explicative de l'évolution des honoraires et le progrès technologique (appréhé par une variable tendancielle) de celle du médicament.

La modélisation retenue permet de mettre en évidence une composante inexpliquée, correspondant d'une part, aux autres facteurs de moyen terme non pris en compte¹, dans la mesure où ces derniers ne seraient

pas eux-mêmes corrélés aux variables explicatives et d'autre part, aux différentes mesures institutionnelles. Ainsi, l'objectif de cette étude est de présenter dans un premier temps les contributions des variables macroéconomiques retenues dans la modélisation et dans un second temps de mettre en évidence la part inexpliquée. L'analyse de cette dernière donne un éclairage de l'impact des mesures d'économies prises récemment (celles contenues dans les nouvelles conventions médicales et dans le plan Alerte 2007 notamment).

Année 2007 : accélération de l'évolution des dépenses en valeur

L'année 2007 est marquée par une nette accélération de la progression des dépenses de soins de ville en valeur : +4,6 % en date de soins (tableau 1), corrigés des jours ouvrés et des variations saisonnières (cjo-cvs). Cette accélération, due essentiellement aux progressions des médicaments et des indemnités journalières, contraste avec les évolutions modérées observées de 2004 à 2006 (+3,2 % par an en moyenne). En particulier, l'année 2006 avait été marquée par un ralentissement des dépenses (+2,6 % en 2006 contre +3,5 % en 2005, graphique 1). Près de 600 millions d'euros avaient pu être économisés en 2006, en partie grâce à la maîtrise médicalisée².

Toutefois, la croissance observée en 2007, bien qu'en accélération par rapport aux trois dernières années, reste inférieure à l'évolution moyenne constatée depuis le début de la décennie et est nettement inférieure à celle constatée de 2000 à 2003 (plus de 7 % par an en moyenne).

Initialement, l'ONDAM³ 2007 pour le sous-champ des soins de ville était fixé à un niveau (assez bas) de 66,7 milliards d'euros et les dépenses réelles se sont établies à un niveau plus élevé de +3,1 milliards d'euros, soit 69,8 milliards d'euros selon la commission des comptes de la Sécurité sociale [2008]. Ce résultat est largement dû à l'accélération enregistrée pour les postes médicaments et indemnités journalières. Près de 2 milliards d'euros et 700 millions d'euros de dépassement

ont été observés respectivement sur ces deux postes⁴.

Cet accroissement du taux d'évolution en valeur s'observe de façon plus ou moins importante pour chacun des cinq postes composant les soins de ville : honoraires, médicaments, indemnités journalières, prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques et dépenses de biens inscrits à la liste des produits et prestations sanitaires (LPP). Ainsi, les dépenses d'honoraires (+3,5 % en 2007 contre +2,3 % en 2006) et de prescriptions (+6,3 % en 2007 contre +5,8 % en 2006) connaissent une accélération relativement modérée de leur rythme de croissance. L'accélération est plus importante pour les médicaments qui gagnent 2 points de croissance, passant de +2,2 % en 2006 à +4,2 % en 2007, et les LPP (+11,3 % en 2007 contre +7,1 % en 2006). Mais c'est pour les indemnités journalières que l'accélération est la plus forte : alors qu'elles étaient en baisse depuis 2004, les dépenses liées à ce poste progressent de +3,5 % en 2007, sous l'effet notamment de la reprise de l'emploi amorcée en 2005 et qui s'est amplifiée depuis la mi-2006.

Une évolution des prix différente pour les cinq postes de dépenses de soins de ville

Les évolutions en valeur se décomposent en variations de prix et de volumes (tableau 1). Du point de vue des prix, les évolutions sont contrastées pour les cinq postes. L'accélération de la croissance des prix est plutôt faible pour les prescriptions et les LPP. Ces postes ne gagnent que quelques dixièmes de points de croissance. Pour les indemnités journalières, dont le prix évolue comme le niveau des salaires, et pour les honoraires, la croissance des prix est légèrement plus faible (respectivement +2,6 % et +1,8 % en 2007 contre +2,7 % et +2,0 % en 2006). En revanche, la baisse enregistrée sur le prix du médicament, mesuré par l'indice de prix du médicament remboursable calculé par l'INSEE (encadré 1), a été nettement moins forte en 2007 (-3,4 %) qu'en 2006 (-4,9 %). Comme l'indiquait le rapport de la commission des comptes

1. Démographie médicale, organisation du système de soins et de la prise en charge, taux de couverture des dépenses par l'assurance maladie...

2. Avenant 23 de la convention médicale.

3. Objectif national des dépenses de l'assurance maladie examiné par le Parlement.

4. Ce dépassement général, qui avait été anticipé dès le début de l'année 2007, a abouti au lancement de la procédure d'alerte en mai 2007.

de la Sécurité sociale de septembre 2007, l'impact du plan médicament, qui visait surtout à faire baisser le prix du médicament par des remboursements et une substitution des princeps par les génériques, a été moindre en 2007 qu'en 2006.

Une accélération de la croissance des volumes de dépenses de soins de ville

L'année 2007 est marquée par une accélération de la croissance des volumes pour chacun des cinq postes étudiés ici, mais à des degrés divers. Ainsi, on distingue des catégories pour lesquelles la progression déjà forte en 2006 connaît une accélération en 2007 à l'exemple des médicaments et des LPP (respectivement +7,8 % et +10,8 %). Dans le même temps, le volume remboursé d'honoraires, bien qu'en nette accélération, reste relativement modéré en valeur absolue (+0,3 % en 2006 et +1,6 % en 2007). Quant aux prescriptions, leur taux de croissance, pratiquement stable, reste à un niveau élevé (+5,5 % en 2007 et +5,6 % en 2006). Enfin, le volume remboursé des indemnités journalières connaît une légère hausse (+0,9 %) par rapport à 2006, ce qui marque une rupture importante avec les années précédentes. En effet, depuis 2004, les dépenses d'indemnités journalières étaient en baisse d'au moins 3 % par an.

Au total, le taux de progression des soins de ville en volume s'accélère passant de +5,1 % en 2007 contre +3,8 % en 2006, soit une évolution supérieure à celles constatées au cours des trois années précédentes (tableau 1). Même si les cinq postes de dépenses participent à cette accélération, ce sont les honoraires, les médicaments et les indemnités journalières qui y contribuent le plus (tableau 2).

La contribution des honoraires progresse en effet de 0,3 point (0,4 en 2007 contre 0,1 en 2006), celle des médicaments de 0,2 point (3,1 points en 2007 contre 2,9 en 2006) et celle des indemnités journalières de 0,5 point (0,1 point en 2007 contre -0,4 point en 2006). Pour les honoraires et les médicaments, cela tient tout autant à l'accélération de la croissance de ces postes qu'à leur poids dans le total des dépenses (26 % et

40,6 % respectivement en 2007), alors que l'explication concernant les indemnités journalières est à trouver dans le renversement très net de tendance constaté entre 2006 et 2007. De -3,1 % de croissance, ce poste augmente à +0,9 % en 2007, soit un écart de croissance de 4 points entre 2006 et 2007. En revanche, pour les prescriptions et les LPP, les contributions

de 2007 sont proches de leurs valeurs de 2006.

Cette progression du volume des dépenses de soins de ville peut s'expliquer par différents facteurs. D'un point de vue sanitaire, l'année 2007 est marquée par un niveau d'épidémie de grippe bien plus important qu'en 2006 (qui était plutôt faible). Par ailleurs, les différentes mesures

■ TABLEAU 1

Évolution des différents postes de soins de ville en valeur, en volume et en prix* En %

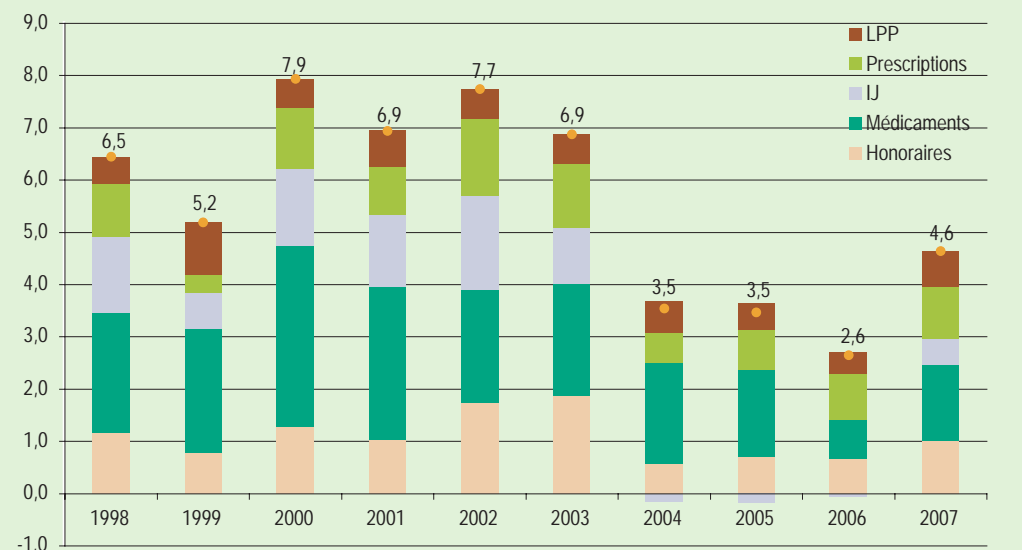
	Honoraires	Médicaments	IJ	Prescriptions	LPP	Total
Évolution en valeur						
2004	1,9	5,8	-0,9	3,8	11,9	3,5
2005	2,4	4,9	-1,1	5,0	9,6	3,5
2006	2,3	2,2	-0,4	5,8	7,1	2,6
2007	3,5	4,2	3,5	6,3	11,3	4,6
Évolution des prix						
2004	0,3	-1,7	2,5	0,6	1,6	-0,1
2005	1,1	-1,5	2,7	0,0	1,2	0,1
2006	2,0	-4,9	2,7	0,2	0,2	-1,1
2007	1,8	-3,4	2,6	0,7	0,5	-0,4
Évolution en volume						
2004	1,6	7,6	-3,3	3,2	10,1	3,6
2005	1,2	6,5	-3,7	5,0	8,4	3,4
2006	0,3	7,5	-3,1	5,6	6,9	3,8
2007	1,6	7,8	0,9	5,5	10,8	5,1

* Les résultats présentés vérifient bien la formule : (1 + taux de croissance des valeurs) = (1 + taux de croissance des volumes) X (1 + taux de croissance des prix).

Sources • CNAMTS, calculs DREES.

■ GRAPHIQUE 1

Contributions des différents postes à la croissance des soins de ville en valeur En %



Sources • CNAMTS, calculs DREES.

prises depuis 2003 pour freiner les dépenses de soins de ville ont atteint leur plein effet en 2007. Ainsi, on a certainement assisté à la fin de la montée en charge de différentes mesures telles que la participation forfaitaire des assurés de 1 euro, la mise en place du parcours de soins ou les pratiques de contrôle des arrêts maladie ou accident du travail. De plus, la loi de financement de la Sécurité sociale n'a retenu qu'un ensemble limité de mesures d'économies concernant les volumes et les politiques mises en œuvre par le plan Alerte n'ont été effectives qu'à la fin 2007 pour la plupart. Enfin, la reprise de l'emploi influe positivement sur le volume des indemnités journalières remboursées.

Les mesures mises en œuvre en 2007

L'avenant 12 de la convention médicale du 12 janvier 2005 (signé le 23 mars 2006) a défini une série d'engagements de maîtrise médicalisée des dépenses pour 2007. Certaines mesures ont consisté en une baisse (de l'ordre de 3 à 5 % par rapport aux montants prescrits en 2006) de certains médicaments⁵. D'autres économies devaient résulter d'une prescription accrue de génériques pour certaines classes thérapeutiques (notamment les statines). Enfin, il était demandé de stabiliser les dépenses liées aux arrêts de travail et de diminuer les prescriptions de certains actes diagnostiques et thérapeutiques (une économie de 30 millions d'euros était attendue).

Le plan d'action, lié au déclenchement de la procédure d'alerte, prévoit un montant d'économies de 1,2 milliard d'euros en année pleine et près de 417 millions pour 2007. Ce plan comporte plusieurs leviers en matière d'économie. En premier lieu, les patients sont davantage responsabilisés par rapport à leurs consommations médicales : avec un accroissement du déremboursement des consultations réalisées en dehors du parcours de soins et un rehaussement du plafond de participation forfaitaire des assurés amené à hauteur de 4 euros par jour. Ces mesures ont pris effet dès août 2007. Il en est résulté respectivement 50 et 80 mil-

lions d'euros d'économie pour la CNAMTS. En second lieu, certains actes de radiologie et de biologie médicale ont connu une baisse de tarif. Mise en œuvre au dernier trimestre 2007, cette mesure a permis à la CNAMTS d'économiser 47 millions d'euros. Quant au poste transport, les contrôles ont été accrus. Pour les médicaments, les mesures ont concerné une baisse de prix de certaines spécialités (EPO entre autres) et une extension du refus du tiers payant pour les patients n'acceptant pas la substitution par un générique. Cela a représenté une économie de l'ordre de 25 à 35 millions d'euros supplémentaires. Enfin, à partir du 1^{er} novembre 2007, les contrôles des arrêts de travail sont devenus systématiques à partir de 45 jours consécutifs contre 60 jours auparavant.

Le volume des honoraires⁶ progresse en 2007 après avoir stagné en 2006

Après deux années de ralentissement, le volume des honoraires progresse de nouveau après avoir stagné en 2006 : à +1,6 %, soit un rythme équivalent à celui observé en 2004 (tableau 3). La modélisation à correction d'erreurs retenue fait intervenir deux variables explicatives (encadré 2) : le PIB et le prix relatif des honoraires. La contribution du PIB à la croissance des honoraires est proche de 1,3 point depuis trois ans, ce qui est cohérent avec la croissance du PIB globalement stable depuis quatre ans. Quant au prix relatif des honoraires, sa contribution s'élève à -0,7 point et reste identique à celle de 2006 (tableau 3) ; ces résultats sont cohérents avec les augmentations des tarifs des omnipraticiens (de 20 à 21 euros au 1^{er} juillet 2006 et de 21 à 22 euros un an plus tard).

Les évolutions observées les années précédentes sont bien décrites par la modélisation : elles sont proches de ce qui est prédit par la modélisation en 2004 et en 2006, alors qu'en 2005, l'évolution observée est inférieure aux prévisions, ce qui s'expliquerait par la mise en place du parcours de soins coordonnés par le médecin traitant. En 2007, l'évolution observée est supérieure de 0,9 point à celle prédite par

le modèle. Comme les facteurs explicatifs ont évolué de façon semblable pour les deux dernières années, l'accélération de 2007 est liée à des facteurs externes au modèle. En particulier, l'année 2007 a été marquée par une épidémie de grippe plus forte qu'en 2006. Selon le réseau Sentinelles, le pic atteint en 2007 est près de deux fois supérieur à celui de 2006 (800 cas contre 400 cas pour 100 000 habitants).

La croissance en volume des dépenses de médicaments continue de s'accroître

La croissance en volume des dépenses de médicaments (remboursées à 15 %, 35 %, 65 %, 80 % et 100 %) déjà élevée en 2006 (+7,5 %) a connu une légère accélération en 2007 (+7,8 %). À l'exception de 2005, les taux de croissance observés se situent toujours au-dessus des 7 points depuis 1998 (tableau 4).

Dans la modélisation, le volume de dépenses remboursées s'explique par deux facteurs : le volume des honoraires et une tendance temporelle. La modélisation fait apparaître une contribution plus forte des honoraires en 2007 (+1,8 point contre +1,3 point en 2006), ce qui s'explique par l'accélération constatée sur le poste honoraires. Quant à la tendance, sa contribution est de 4,9 points par an (tableau 4). Cette tendance peut s'interpréter comme l'effet du progrès technique : l'extension de l'offre, avec la mise régulière sur le marché de nouvelles molécules, est le principal facteur de croissance du marché du médicament, d'autant plus que la diffusion des innovations est rapide en France.

En 2004 et 2005, les évolutions observées étaient inférieures à ce que décrit le modèle, ce qui suggérerait l'efficacité du plan médicament⁷ au cours de cette période. En revanche, en 2006 et 2007, les évolutions sont nettement supérieures à ce que décrit le modèle (respectivement +1,2 point et +1 point), ce qui semble indiquer un essoufflement de ces mesures (du moins celles qui ont un impact sur les volumes).

L'un des axes du plan médicament concerne le déremboursement de certains produits au service médical insuffisant. Cela a bien entraîné une

5. Comme les antibiotiques, les anxiolytiques, les hypnotiques et les inhibiteurs de la pompe à protons...

6. Les honoraires représentent environ 26 % des dépenses du champ considéré. Ce poste comprend les honoraires des médecins généralistes et spécialistes (consultations, visites et actes techniques), les honoraires des dentistes, ainsi que ceux des sages-femmes, pratiqués dans le cadre de la médecine ambulatoire et en cliniques privées. En revanche, les rémunérations pour permanence de soins et celles versées aux médecins traitants pour les patients en affection de longue durée (ALD) sont exclues, dans la mesure où il ne s'agit pas de dépenses remboursées à l'assuré.

7. Le plan médicament s'est progressivement mis en place à partir de 2004 et a mis l'accent sur une pénétration accrue des génériques, une baisse de prix ciblée sur certains médicaments, un encadrement du prix des médicaments rétrocédés et un contrôle du prix des dispositifs médicaux.

chute des ventes de ces médicaments, mais celle-ci s'est accompagnée d'un report des prescriptions vers d'autres médicaments remboursables. Selon la direction de la Sécurité sociale, ceci a pu entraîner une perte de 10% d'efficacité de ces mesures, soit 20 à 30 millions d'euros pour les reports identifiés. Une étude de l'IRDES [Devaux *et al.*, 2007] sur les mucolytiques et les expectorants montre que les déremboursements ont bien entraîné une prescription moindre de ces médicaments, mais qu'elle s'est accompagnée d'une substitution vers d'autres produits, tels les antitussifs. Au total, ce déremboursement n'a pas apporté

toutes les économies escomptées à l'assurance maladie.

Par ailleurs, un des leviers utilisé dans le plan médicament est l'accroissement de la part des génériques, ce qui a nettement fait baisser le prix des médicaments (tableau 1), mais pas le volume de consommation (encadré 1). Toutefois, bien que le marché des génériques soit aujourd'hui en France en constante progression, leur taux de pénétration reste encore marginal au regard de leur prescription chez nos voisins européens ou aux États-Unis [Clerc, 2008].

Enfin, les avenants 12 et 23 de la convention médicale du 12 janvier 2005 prévoyaient une série de baisses

■ TABLEAU 2

Parts et contributions à la croissance des soins de ville, en volume

	Parts dans le total des soins de ville (en %)				Contributions (en points de %)			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Honoraires	28,4	27,9	26,9	26,0	0,5	0,4	0,1	0,4
Médicaments	37,1	38,2	39,6	40,6	2,7	2,4	2,9	3,1
Indemnités journalières	14,3	13,3	12,5	12,0	-0,5	-0,5	-0,4	0,1
Prescriptions	14,9	15,1	15,4	15,5	0,5	0,7	0,9	0,9
LPP	5,2	5,4	5,6	5,9	0,5	0,4	0,4	0,6
Total soins de ville	100	100	100	100	3,6 %	3,4 %	3,8 %	5,1 %

Sources • CNAMTS, calculs DREES.

■ ENCADRÉ 1

Indice des prix des médicaments

L'indice des prix utilisé pour le poste médicament est l'indice des prix à la consommation des médicaments remboursables calculé par l'INSEE, qui est différent de celui utilisé par la CNAMTS [2007]. Il retient les conventions suivantes :

- les médicaments sont classés dans des classes thérapeutiques en fonction de leur composition moléculaire ;
- une classe d'équivalents thérapeutiques regroupe les médicaments ayant la même DCI (dénomination commune internationale qui désigne le principe actif), le même dosage et la même voie d'administration.

Un produit nouveau ne peut être intégré dans l'indice en cours d'année que s'il possède les mêmes caractéristiques que ceux d'une classe existante (par exemple, la présentation passe de 20 à 30 comprimés par boîte) ; en revanche, le passage d'une présentation sous forme de comprimés à une présentation sous forme de sirop est considéré comme un nouveau produit.

De ce fait, un médicament issu d'une molécule nouvelle sera classé dans une nouvelle classe thérapeutique. Ce médicament ne sera donc intégré dans le calcul de l'indice des prix à la consommation que l'année suivante.

En revanche, il est possible d'introduire les génériques dans la classe thérapeutique des médicaments princeps correspondants. L'introduction du générique a donc pour effet de faire baisser l'indice des prix des produits pharmaceutiques dans la classe thérapeutique. À cet effet mécanique peut aussi s'ajouter la diminution du prix des princeps, induite également par cette introduction du générique.

L'indice de prix global des médicaments agrège alors l'ensemble de ces indices par classe et permet de calculer les dépenses de médicaments en volume.

■ TABLEAU 3

Contributions à la croissance du volume des honoraires

	En points de %			
	2004	2005	2006	2007
PIB	0,7	1,4	1,1	1,4
Prix	0,3	0,6	-0,7	-0,7
Inexpliqué	0,5	-0,7	-0,2	0,9
Taux de croissance des honoraires	1,6 %	1,2 %	0,3 %	1,6 %

Sources • CNAMTS, calculs DREES.

■ TABLEAU 4

Contributions à la croissance du volume des médicaments

	En points de %			
	2004	2005	2006	2007
Honoraires	3,3	2,6	1,3	1,8
Tendance	4,9	4,9	4,9	4,9
Inexpliqué	-0,6	-1,0	1,2	1,0
Taux de croissance des médicaments	7,6 %	6,5 %	7,5 %	7,8 %

Sources • CNAMTS, calculs DREES.

■ TABLEAU 5

Contributions à la croissance du volume des indemnités journalières

	En points de %			
	2004	2005	2006	2007
Honoraires/emploi	1,9	0,8	-1,0	0,1
Part des actifs âgés de 55 ans ou plus	1,0	1,6	1,7	1,0
Contrôle CNAMTS	-5,6	-4,7	-3,6	-0,3
Emploi	0,0	0,5	1,0	1,8
Inexpliqué	-0,6	-1,9	-1,3	-1,7
Taux de croissance des IJ	-3,3 %	-3,7 %	-3,1 %	0,9 %

Sources • CNAMTS, calculs DREES.

■ TABLEAU 6

Contributions à la croissance du volume des prescriptions

	En points de %			
	2004	2005	2006	2007
Honoraires	3,4	2,6	1,3	1,4
Taux de plus de 75 ans	1,0	0,4	0,6	1,0
Tendance	1,1	1,1	1,1	1,1
Inexpliqué	-2,2	0,9	2,6	2,0
Taux de croissance des prescriptions	3,2 %	5,0 %	5,6 %	5,5 %

Sources • CNAMTS, calculs DREES.

■ TABLEAU 7

Contributions à la croissance du volume du poste LPP

	En points de %			
	2004	2005	2006	2007
Honoraires	0,8	0,5	0,1	0,8
Tendances	9,7	9,7	9,7	9,7
Inexpliqué	-0,5	-1,9	-2,9	0,3
Taux de croissance des LPP	10,1 %	8,4 %	6,9 %	10,8 %

Sources • CNAMTS, calculs DREES.

des prescriptions pour 2006 et 2007 dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé⁸. Les objectifs fixés étaient ambitieux et les résultats obtenus en 2007 n'ont été que partiellement atteints. Selon les données de la CNAMTS, 60% des objectifs en valeur ont été concrétisés. Seuls les résultats escomptés pour les statines et les IPP ont été réalisés et même dépassés, grâce essentiellement à la diminution du prix moyen de ces produits, en raison d'une plus forte pénétration des génériques. Des travaux de la DREES [Clerc, 2008] montrent que les prescriptions de statines en volume, plus élevées en France que dans les autres pays européens [Clerc *et al.*, 2006], n'ont pas diminué en 2007. Les prescriptions de statines en nombre de boîtes ont, au contraire, augmenté de 0,2% entre 2006 et 2007 malgré l'apparition de nouveaux conditionnements (de trois mois) qui aurait dû mécaniquement permettre une prescription moins fréquente.

Il semble donc que jusqu'à présent, la consommation de médicaments, en volume, n'ait été que peu infléchi par les mesures prises ces dernières années et qu'elle soit plutôt marquée par une forte inertie (ce qu'exprime la valeur élevée de la tendance dans la modélisation). L'année 2008 inaugurerait l'entrée en vigueur des franchises sur les boîtes de médicaments⁹, ce qui mécaniquement sera une source d'économie, qui pourrait également modérer la consommation en médicaments, sans qu'il soit possible pour l'instant d'en déterminer les effets durables.

Le volume des dépenses d'indemnités journalières¹⁰ progresse à nouveau

Les dépenses remboursées d'indemnités journalières avaient sensiblement diminué en volume entre 2004 et 2006 (-3,4% en moyenne annuelle). Ce phénomène semble se clore, puisqu'en 2007, la croissance en volume des indemnités journalières, bien que faible, est à nouveau positive (+0,9%), en raison notamment de l'amélioration de la situation de l'emploi.

Dans la modélisation, l'évolution de long terme des indemnités journa-

lières est expliquée par plusieurs variables [Lê et Raynaud, 2006]: l'emploi, le volume des dépenses d'honoraires (déflatées par l'emploi), la part dans la population active des personnes âgées de 55 ans ou plus, ainsi que par une variable représentant les contrôles effectués par la CNAMTS sur les arrêts maladie.

La croissance de l'emploi, liée à l'amélioration de la situation économique au cours de ces deux dernières années, se répercute mécaniquement (avec une élasticité fixée à 1 dans le modèle) sur les indemnités journalières¹¹.

Ainsi, la contribution de l'emploi est positive et s'élève à 1,8 point pour 2007 (tableau 5). Cela explique en grande partie l'évolution à la hausse des indemnités journalières.

Le volume des honoraires déflatés par l'emploi (pour tenir compte du lien entre honoraires et activité économique) constitue un facteur explicatif important de l'évolution des dépenses d'indemnités journalières. Après avoir fortement diminué depuis 2004, sa contribution en 2007 s'élève à 0,1 point contre -1 en 2006, sous l'effet de l'accélération des honoraires.

En raison du lien entre l'âge et l'état de santé, les personnes âgées de 55 ans ou plus ont une plus forte probabilité de recourir aux indemnités journalières. Ainsi, l'arrivée à 55 ans des premières générations du baby-boom s'est d'abord traduite par une augmentation de la part des 55 ans ou plus à partir de 2000, en remplacement des classes creuses de 1935 à 1945, et par une accélération de la croissance des dépenses d'indemnités journalières. Désormais, une part importante des actifs de plus de 55 ans étant constituée de ces générations du baby-boom, leur part tend à se stabiliser. Ainsi, la contribution de la part des actifs de plus de 55 est plus faible en 2007 (1 point) qu'en 2006 (1,7 point).

Depuis 2003, la CNAMTS a mené une politique plus offensive en matière d'arrêts de travail, avec un renforcement des contrôles des assurés, mais aussi par des campagnes de communication destinées aux médecins prescripteurs pour les inciter à plus de modération. Il n'existe

cependant pas de séries statistiques retraçant l'historique des contrôles effectués par la CNAMTS. Dans la modélisation, nous avons construit une série croissante des contrôles. Elle est nulle jusqu'au 3^e trimestre 2003, puis prend une valeur 1 jusqu'au 4^e trimestre 2004. Ensuite, on lui affecte une valeur 2 jusqu'au 4^e trimestre 2007¹². Cette série reflète, autant que possible, une progressivité du niveau des contrôles, puis sa stabilisation. Elle modélise l'engagement des organisations professionnelles de médecins signataires de la convention médicale de 2005 à modérer les prescriptions d'arrêts de travail. Même si elle ne retrace l'évolution des contrôles que de manière simplifiée, l'introduction de cette variable dans les régressions permet d'une part, d'estimer l'effet des autres variables explicatives testées en tenant compte de la politique de contrôle récente et d'autre part, de constater que cette politique semble efficace; la variable contrôle expliquant une part significative des évolutions observées. Pour 2007, la contribution de cette variable à l'évolution des indemnités journalières est pratiquement nulle.

Faute de données disponibles, le partage entre effet des contrôles et composante « inexplicé » reste toutefois délicat. En effet, il semblerait que la contribution de la politique de contrôle soit plus importante de 2005 à 2007 que ce qui est pris en compte dans la modélisation, comme l'indique la valeur négative de l'inexpliqué. Pour 2007, il faut rapprocher la contribution négative de l'inexpliqué de la mise en place dès la fin d'année, dans le cadre du plan Alerte, d'une politique de contrôles systématiques au bout de 45 jours d'arrêt d'activité contre 60 jours auparavant.

La croissance en volume des prescriptions d'auxiliaires médicaux¹³ reste élevée

En 2007, la croissance en volume de ces prescriptions est proche de celle observée en 2006 (respectivement 5,5% et 5,6%).

La modélisation de ce poste fait intervenir le volume d'honoraires remboursés, la part des personnes âgées de plus de 75 ans (cette population est par-

8. Certains médicaments tels que les hypnotiques, les anxiolytiques, les statines ou encore les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), qui représentent en tout près de 20% du total remboursé, étaient particulièrement ciblés.

9. Depuis le 1^{er} janvier 2008, une franchise de 50 centimes est prélevée sur chaque boîte de médicament (jusqu'à un plafond de 50 euros par an par assuré) pour financer la lutte de certains cancers et maladies.

10. Les dépenses d'indemnités journalières correspondent aux prestations en espèces versées aux salariés par le régime général. Elles ne concernent que les risques maladie et accidents du travail (la maternité est exclue de ce champ). Elles représentent en 2007 environ 12% des dépenses de soins de ville.

11. Le versement des indemnités journalières n'est un droit ouvert qu'à partir d'un certain nombre de mois de cotisations à l'assurance maladie. Pour prendre en compte ce phénomène, les indemnités journalières sont déflatées par l'emploi en t-3 (soit trois trimestres auparavant).

12. Cette série est calée sur celle utilisée par la CNAMTS dans une étude sur les déterminants de l'évolution des indemnités journalières [Kusnik-Joinville *et al.*, 2007]

13. Les prescriptions, autres que médicamenteuses, regroupent les analyses de biologie, les soins d'infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes et d'autres auxiliaires médicaux (orthophonistes...), ainsi que les cures thermales. Elles représentent plus de 15% des dépenses totales de soins de ville.

ticulièrement consommatrice de soins de masseurs-kinésithérapeutes et d'infirmières) et une tendance temporelle. Cette dernière traduit une extension de l'offre de soins en ville et une substitution, observée depuis plusieurs années, entre l'hôpital et la ville. En effet, la diminution régulière de la durée moyenne de séjour à l'hôpital induit une activité en ville plus importante, notamment pour les soins infirmiers.

La contribution des honoraires se stabilise en 2006 et 2007 à hauteur de 1,4 point, après avoir décéléré de 2004 à 2006. En cela, ce résultat suit l'évolution des dépenses d'honoraires. La contribution de la part des personnes âgées de plus de 75 ans est positive depuis plusieurs années. La progression constante de cette tranche d'âge depuis 1995 traduit l'arrivée à cet âge des générations nées au sortir de la première guerre mondiale. Quant à la tendance temporelle, sa contribution est de 1,1 point (tableau 6).

Comme en 2006, l'évolution des prescriptions en 2007 est nettement supérieure à ce que prévoit le modèle (+2,0 contre +2,6 points en 2006). Les évolutions des dépenses de soins d'infirmiers libéraux et de masseurs-kinésithérapeutes ont en effet été particulièrement dynamiques ces deux dernières années : ces deux postes représentent ainsi près des trois cinquièmes du total des dépenses.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2006 s'est prononcée (suivant l'avis de la Haute Autorité de santé) pour une rééducation en cabinets de ville plutôt qu'en milieu hospitalier pour certains actes. Ceci a conduit à une augmentation du volume d'activité libérale de la profession.

Quant aux infirmiers libéraux, leur convention nationale du 18 juillet 2007 a prévu un ensemble de mesures leur accordant un rôle accru. Ces professionnels se sont vu ainsi confier une part plus importante du suivi des patients atteints de maladies chroniques¹⁴ ou en ALD. De même, les infirmiers libéraux peuvent désormais prescrire certains dispositifs médi-

caux et participent plus activement à la campagne antigrippale¹⁵. Ces éléments ont sans doute contribué à l'accélération des dépenses de 2007.

La croissance en volume des produits inscrits sur la liste des produits et prestations sanitaires¹⁶ a fortement progressé en 2007

La croissance des LPP est particulièrement forte en 2007 (+10,8 %), en nette accélération par rapport à l'évolution de 2006 (+6,9 %).

La modélisation retenue n'intègre pas de mécanisme à correction d'erreurs. Elle ne présente donc pas de relation de court terme. La croissance des dépenses de LPP est expliquée par celle des honoraires médicaux. De plus, cette modélisation prend en compte les différents changements de régimes liés aux transferts des prescriptions vers la médecine ambulatoire (encadré 2), fournis antérieurement par les établissements hospitaliers, ainsi que les changements opérés par la CNAMTS pour corriger ses séries.

Pour 2007, la contribution des honoraires s'élève à 0,8 point contre 0,1 point en 2006. Ce phénomène s'explique par l'accélération enregistrée sur ce poste. Quant à la croissance tendancielle, elle contribue à hauteur de 9,7 points par an (tableau 7).

Entre 2006 et 2007, la modélisation n'a plus le même pouvoir prédictif. En 2006, on surestimait la croissance de 2,9 points, alors qu'on la sous-estime de 0,3 point en 2007. L'année 2007 semble marquée par d'importants bouleversements tirant le volume de ces produits à la hausse. En effet, on assiste désormais à une prise en charge accrue en ville pour les produits liés à l'obésité ou au diabète (les bandelettes entre autres). De plus, les infirmiers libéraux sont désormais autorisés à prescrire certains biens médicaux, ce qui augmente mécaniquement le nombre potentiel des prescripteurs. Enfin, d'une façon plus générale, les dépenses du poste LPP sont tirées à la hausse par le maintien des personnes âgées dépendantes à domicile. ■

■ Pour en savoir plus

- Bac C., Balsan D., 2001, « Modélisation des dépenses d'assurance maladie », *Document de travail, Série Études, DREES*, n° 19, octobre.
- Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), 2007, « Les dépenses d'assurance maladie en 2006 », *Point de conjoncture*, n° 1, juin.
- Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS), 2008, « Les comptes du régime général en 2007 », avril.
- Clerc M.-E., 2008, « Les dépenses de médicaments remboursables en 2007 », *Études et Résultats*, DREES, n° 634, mai.
- Clerc M.-E., Pereira C., Podevin M., Villeret S., 2006, « Le marché des statines dans cinq pays européens : structure et évolution en 2004 », *Études et Résultats*, DREES, n° 509, juillet.
- Devaux M., Grandfils N., Sermet C., 2007, « Déremboursement des mucolytiques et des expectorants : quel impact sur la prescription des généralistes ? », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 128.
- Kusnik-Joinville O., Lamy C., Merlière Y., Polton D., 2007, « Déterminant de l'évolution des indemnités journalières », *Point de Repère*, CNAMTS, n° 5.
- Lê F., Raynaud D., 2007, « Les indemnités journalières », *Études et Résultats*, n° 592, DREES, septembre.
- Newhouse J., 1977, « Medical Care Expenditure: a cross-national survey », *Journal of Human Resource*, vol. 12.
- Rochaix L., Jacobzone S., 1997, « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique », *Économie et Prévisions*, DGTP, n° 129-130.

14. Pour les diabétiques notamment, en 2006 et 2007.

15. Autorisation de vaccination des patients.

16. Le poste LPP comprend l'ensemble des produits inscrits sur la liste des produits et prestations sanitaires, dont les prothèses, les accessoires (fauteuils roulants, etc.), les pansements et l'optique, ainsi que les produits d'origine humaine. Ces dépenses représentent un peu plus de 5 % de la dépense totale de soins de ville.