



# Observatoire du LIR sur l'évolution des dépenses de médicaments remboursables

Données 2005

Association Loi 1901 représentant 15 filiales françaises de Laboratoires Internationaux de Recherche, le LIR a pour vocation d'analyser, de proposer et d'agir pour faire avancer le progrès thérapeutique. Il soutient une politique du médicament qui tient compte de l'intérêt des patients au regard des enjeux sanitaires, économiques et sociétaux.

## Synthèse des données 2005

Le LIR (Laboratoires Internationaux de Recherche<sup>1</sup>), association loi 1901 représentant 15 filiales françaises de laboratoires pharmaceutiques internationaux, rend publics les résultats pour 2005 de son **Observatoire sur l'évolution des dépenses de médicaments remboursables**.

L'objet de cette étude est de mieux appréhender les raisons qui expliquent la croissance des dépenses de médicaments remboursables. Celle-ci s'est située, ces dernières années, sur une pente moyenne de 6 à 7 % avec néanmoins une inflexion significative autour de 5 % ces deux dernières années<sup>2</sup>.

De façon régulière, des publications économiques mettent en avant une croissance tirée par un effet « qualité-structure » très marqué et donc coûteux alors que les dépenses ne progressent en boîtes (effet volume) que de façon marginale<sup>3</sup>. Cette lecture de la progression des dépenses de médicaments va à l'encontre de l'intuition qui veut qu'un certain nombre de facteurs objectifs (vieillesse de la population et développement de la population ALD) alimentent la hausse en « quantité ».

De plus, ces analyses globales (CNAMTS) traitent les parts de marché de tous les médicaments et leur évolution sur un marché pharmaceutique total, considérant implicitement que tous les médicaments ont la même fonction. Or les volumes et les dynamiques par classe de médicaments sont très différents.

Une analyse menée par les équipes du LIR à partir des données d'IMS Health propose une étude différente de la croissance des dépenses de médicaments remboursables, permettant d'évaluer le poids des divers déterminants. Ce modèle analyse en 2005, **40 classes homogènes de médicaments** (les 39 classes étudiées en 2004 + les érythropoïétines) qui représentent **95,6% du total des dépenses**. Ce modèle permet notamment :

- D'appréhender et de comprendre l'effet structure et volume au niveau de « classes homogènes de médicaments » (CHM), c'est-à-dire dont la fonction est essentiellement la même (antibiotiques, anti-ulcéreux, anticancéreux, ...).
- De calculer l'effet volume non plus à partir du nombre de boîtes délivrées mais à partir du **nombre de traitements dispensés**. En effet, une prescription visant le même effet peut générer des nombres de boîtes différents selon les produits prescrits.

*Ces principes nous amènent à substituer aux termes classiques effet structure – effet volume les deux concepts nouveaux **effet quantité et effet qualité (de traitements)**, calculés à prix constants.*

---

**1** AstraZeneca; Bayer Pharma; Boehringer Ingelheim; Bristol-Myers Squibb; GlaxoSmithKline; Janssen-Cilag; Lilly France; Merck Santé; Novartis Pharma; Pfizer; Procter & Gamble Pharmaceuticals; Roche; Schering-Plough; Serono; Takeda.

**2** Les derniers chiffres du régime général de l'assurance maladie note une croissance des dépenses de médicaments remboursés à + 3,1 % au premier trimestre 2006.

**3** Selon les chiffres de la CNAM en 2004, l'effet volume est de - 0,1 % alors que l'effet qualité est de + 6,6 %.

Appliquant la même méthodologie que celle mise en place et décrite lors de la première parution<sup>4</sup>, l'analyse 2005 confirme nos premières conclusions, et notamment la **contribution importante de l'effet quantité de traitements** ( et au moins aussi importante que celle de l'effet qualité ) à la croissance globales des dépenses de médicaments :

	<b>2005 / 2004</b>	<b>2004 / 2003</b>
Effet quantité de traitements	+ 4,4 %	+ 2,7 %
Effet qualité de traitements	+ 1,7 %	+ 3 %
Effet prix	- 0,7 %	- 0,5 %
Effet Génériques ( Répertoire )	- 1,3 %	- 1,2 %
Effet sortie réserve hospitalière	+ 1,4 % ( sorties 2005 )	+ 1,2 % ( sorties 2004 )
<b>TOTAL (40 CHM)</b>	<b>+ 5,5 %</b>	<b>+ 5,2 %</b>

Source: IMS Health SDM sur 40 CHM (prix publics).

- **Cet effet quantité de traitements** correspond à l'accroissement du nombre des traitements dispensés soit par augmentation du nombre de patients traités, soit par augmentation du nombre de traitements par patient (exemple de l'introduction des bithérapies dans le diabète). Cette augmentation s'explique à la fois par la croissance du nombre de personnes âgées plus consommatrices de soins, par l'augmentation de la population française en général et par l'évolution de la prévalence de certaines maladies chroniques telles que le diabète ou l'asthme qui touchent chaque année un nombre plus important de personnes. Au total, il y a donc davantage de personnes qui ont besoin d'un traitement médical et qui se voient prescrire des médicaments. Cette observation vaut pour la grande majorité des domaines thérapeutiques, puisque, sur les 39 CHM (autres que les érythropoïétines) analysées, 30 en 2004 et 31 en 2005 affichent un effet traitement positif, dont 20 un effet traitement supérieur à + 5%. Ce sont pour la plupart des classes à valeur médicale forte traitant des pathologies graves. **Cet effet était de + 2.7 % en 2004 et croit en 2005 à + 4,4 % du fait d'une pathologie grippale saisonnière non négligeable.**
- **L'effet qualité de traitements** traduit la modification de la structure des ventes de médicaments, en particulier le remplacement de médicaments anciens par des médicaments plus récents, apportant un progrès thérapeutique et dont le prix est supérieur. Ces médicaments, résultat de l'effort de R&D mené par les laboratoires, permettent de mieux soigner les patients (réduction de la mortalité, raccourcissement de la durée de la maladie, moindres effets secondaires...). Cette évolution, qui est le signe des progrès de la médecine et d'une meilleure prise en charge des patients, entraîne un accroissement des dépenses de santé. **Il est de + 3% en 2004 et + 1,7% en 2005.**

<sup>4</sup> Voir document publié en octobre 2005 sur les données 2004 et qui détaille la méthodologie.

- **L'effet prix** reflète la politique menée par le CEPS de réduction des prix des médicaments remboursés par la Sécurité Sociale. **Cet effet joue donc à la baisse : - 0,5% en 2004, - 0,7% en 2005.**
- **L'effet génériques** traduit les efforts déployés depuis plusieurs années par les Pouvoirs Publics pour faire du déploiement des génériques une source d'économies, ceux-ci représentant une part de plus en plus importante des médicaments remboursés par la Sécurité Sociale. Compte tenu du prix nettement plus faible des génériques par rapport au prix des princeps, l'utilisation accrue des génériques pèse à la baisse sur les dépenses de médicaments. **Cet effet joue donc à la baisse : - 1,2% en 2004, - 1,3% en 2005. En 2005, cet effet génériques est près d'annuler l'effet qualité (- 1.3% vs +1.7% ).**
- **L'effet sortie de réserve hospitalière** montre que de plus en plus de patients, autrefois traités à l'hôpital, sont désormais soignés à domicile. Dès lors, les médicaments qui leur sont prescrits ne sont plus utilisés à l'hôpital mais en ville. Cette évolution, très positive en soi, **entraîne une augmentation** des dépenses de médicaments remboursés par la Sécurité Sociale en ville (**+ 1,2% en 2004, + 1,4% en 2005**), **mais il ne s'agit en réalité que d'un transfert des dépenses, de la ville vers l'hôpital, sans impact sur les dépenses globales de médicaments.**
- De plus, comme en 2004, **les 10 classes de médicaments réservés aux spécialistes** (9 classes étudiées en 2004<sup>5</sup> + l'érythropoïétine) et où des progrès thérapeutiques importants sont apparus, **présent en 2005 pour plus de la moitié à la croissance :**

<b>Contribution en %</b>	<b>2005 / 2004 (prix publics)</b>	<b>2004 / 2003 (prix publics)</b>
Contribution à l'évolution globale	54 %	47 %
Contribution à l'évolution en quantité de traitements	29 %	44 %
Contribution à l'évolution en qualité de traitements	75 %	40 %

Source: IMS Health SDM sur 40 CHM (prix publics).

**Au regard de cette analyse, les conclusion de l'Observatoire du LIR sur l'année 2005 :**

- **L'évolution démographique participe à une augmentation du nombre de nouveaux traitements dispensés.** Du fait d'une pathologie grippale saisonnière particulièrement conséquente en 2005, cet effet « quantité de traitements » passe de + 2,7% en 2004 à + 4,4% en 2005 et représente plus de la moitié de la croissance actuelle.
- **La meilleure prise en charge des patients en ALD<sup>6</sup> constitue également une tendance de fond :** l'augmentation des prises en charge pour pathologies lourdes (remboursement à

<sup>5</sup> CHM à vocation spécialiste prescrits en ville : médicaments dans l'Alzheimer, anticancéreux, antirétroviraux, immunostimulants, immunosuppresseurs, médicaments dans la polyarthrite rhumatoïde, antipsychotiques, hormones de croissance, inducteurs ovulation, érythropoïétine.

<sup>6</sup> ALD Affection de Longue Durée.

100%) explique **80% de la croissance des remboursements de médicaments**. Il s'agit essentiellement de patients traités pour ALD, dont le nombre augmente de **+ 6% par an** en moyenne depuis 2000<sup>7</sup>.

- **Le marché du médicament est innovant** : l'arrivée de nouveaux traitements apportant un progrès thérapeutique et dont le prix est supérieur aux anciens médicaments contribue à l'amélioration de notre système de soins. Cet effet « qualité de traitements » passe de + 3% en 2004 à + 1,7% en 2005. Il explique moins de la moitié et non la totalité de la croissance.
- Sur la base de ces enseignements, le LIR considère que ramener la croissance du médicament à **1%**<sup>8</sup> **est un objectif irréaliste au regard des besoins de santé** de la population française.
- Fort de cette analyse, l'Observatoire du LIR sur les dépenses de médicaments remboursés démontre alors **une croissance minimale du marché pharmaceutique de + 5%**<sup>9</sup> **du fait du progrès thérapeutique**<sup>10</sup>.

C:\Documents and Settings\Calles Brigitt

---

<sup>7</sup> La CNAMTS estime que l'effectif en ALD est depuis 2000 sur une pente de + 6% par an, alors que la population affiliée au régime général augmente de moins de 1% ; Ceci étant lié en partie à l'augmentation de la durée de vie qui entraîne un accroissement de la population en ALD.

<sup>8</sup> Objectif de croissance du médicament.

<sup>9</sup> Ce chiffre est confirmé par les prévisions d'IMS Health qui prévoit pour la période 2006-09 une croissance annuelle du marché pharmaceutique entre 5 et 8 %, la France se situant dans la fourchette basse de la moyenne mondiale.

<sup>10</sup> Un rapport récent de l'OCDE montre que « si les tendances actuelles se poursuivent, les dépenses publiques de santé et de soins de longue durée vont doubler dans les pays de l'OCDE d'ici à 2050 pour atteindre en moyenne 13 % du PIB contre 6,7 % aujourd'hui.