

L'Observatoire du LIR : comprendre les détails de la croissance du marché du médicament *L'Essentiel*

Dans les dépenses d'assurance-maladie, le médicament tient une place à part : il est invariablement montré du doigt quand ces dépenses dérapent, même si, comme en 2007, il a progressé plutôt moins vite (+ 4,6%) que la moyenne des autres postes de soins (+ 5,5%), et avait de loin la plus faible progression de tous les postes en 2006 (+ 1,2% contre + 5,1% pour l'ensemble des autres postes, hors arrêts de travail).

Le médicament ne représente que 17% des dépenses totales d'assurance-maladie (médicament hospitalier inclus) tout en ayant apporté la plus grande part des économies directes du plan 2005-2007. Car malgré son coût certain pour les comptes publics, le médicament est tout aussi indiscutablement **créateur de richesses** :

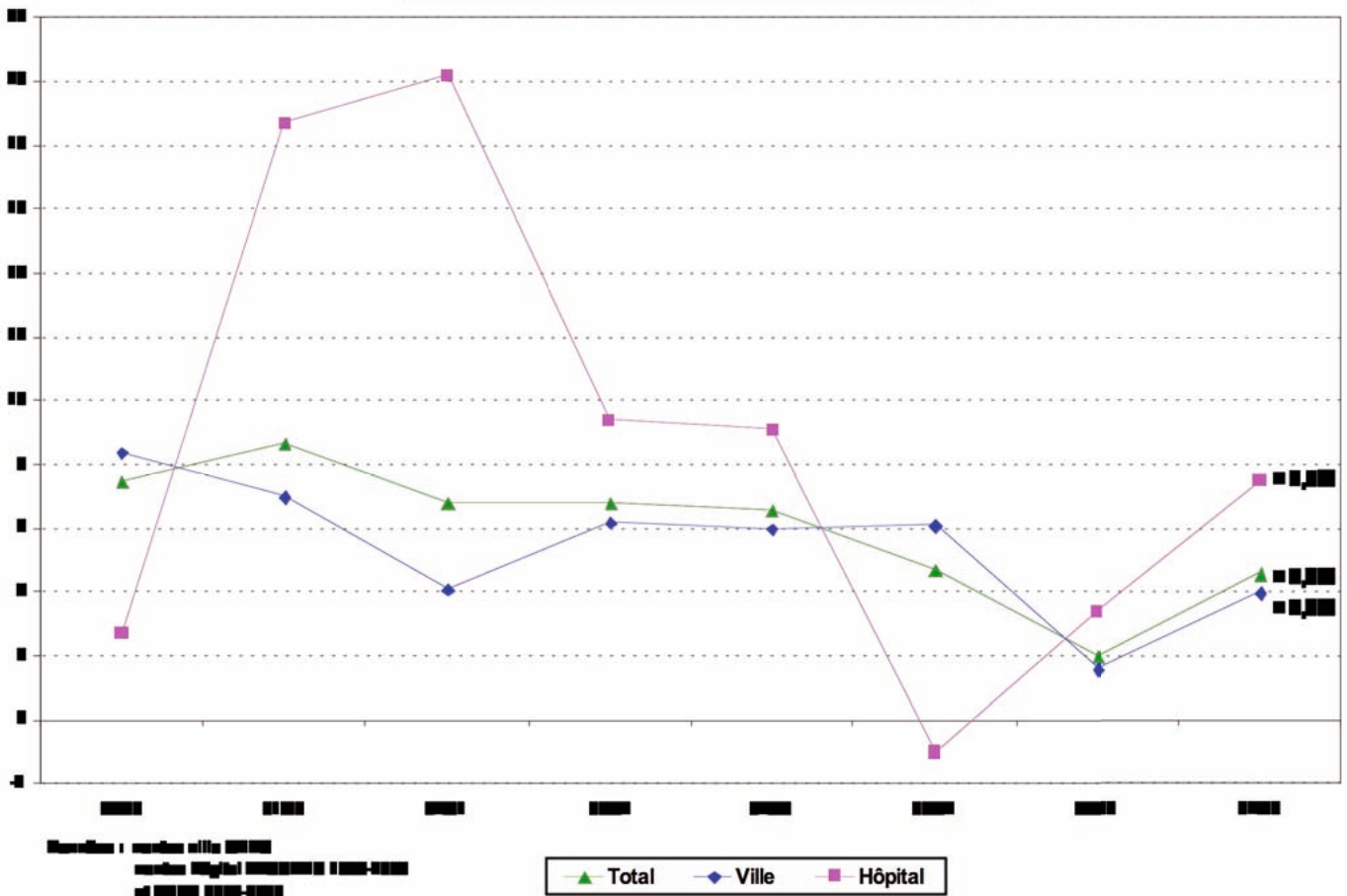
- implantations industrielles : la France est le 1^{er} producteur européen,
- fort excédent commercial, à l'inverse du solde très déficitaire de notre balance globale,
- dynamisme de la recherche, qu'il convient de soutenir,
- augmentation régulière des emplois du secteur, du moins jusqu'à présent, car une étude vient de prédire un déclin côté industriel,
- contribution majeure à la santé publique

Depuis 3 ans, le LIR, avec son Observatoire, met en lumière les composantes de la croissance du marché pharmaceutique de ville. En utilisant une méthode fine par classes homogènes de médicaments, il démontre que **80% de la croissance des remboursements de médicaments est associé aux pathologies lourdes et que :**

- 1) La simple augmentation quantitative du nombre de traitements pour les pathologies lourdes et chroniques** [*complètement corroborée par les chiffres de l'assurance-maladie sur la hausse continue des patients en affections de longue durée - ALD*] **entraîne « mécaniquement », à elle seule, une hausse de 3,5 points du marché.**
- 2) L'augmentation qualitative, résultat du progrès thérapeutique,** contribue également à la hausse du marché remboursable, à hauteur de 2,5 à 3 points par an en moyenne (incluant la substitution générique).

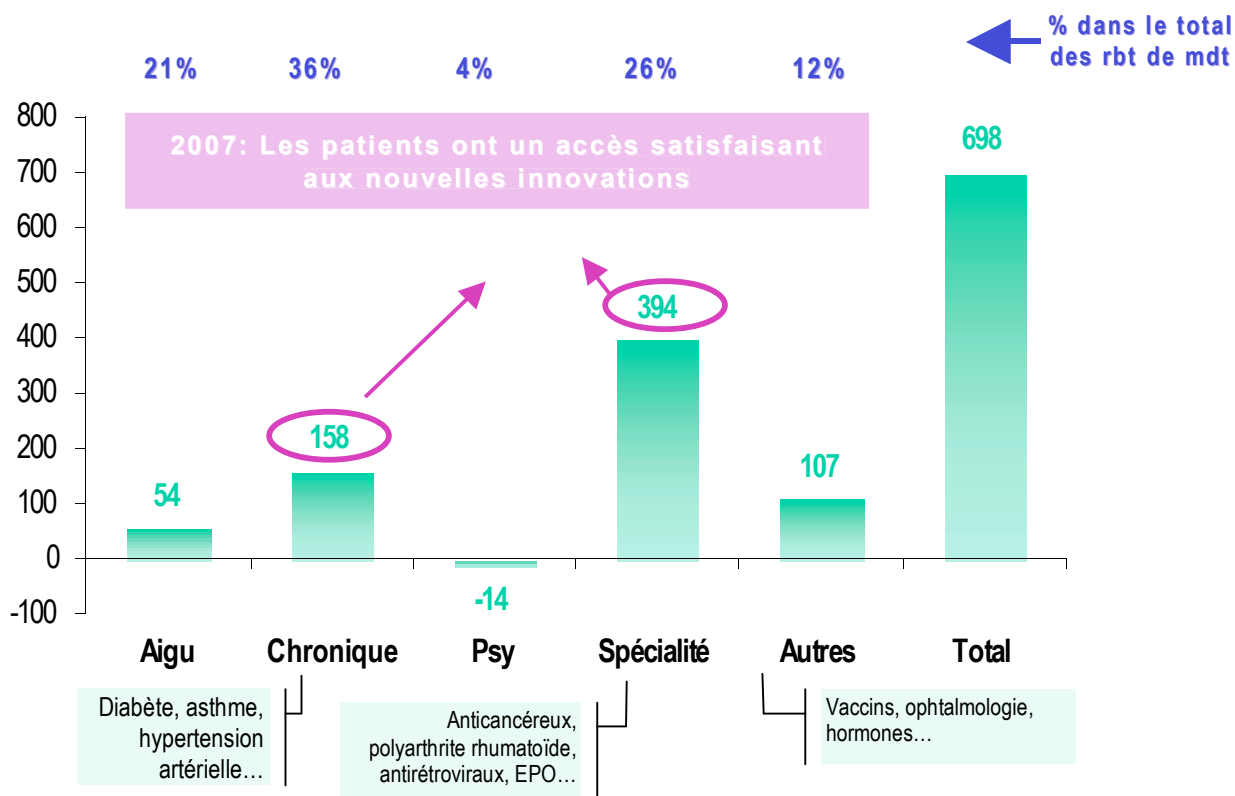
Données observatoire 2007
Croissance du marché : +6% jusqu'en 2004 / +4% depuis 2005

Evolution des ventes de médicaments en France



80% de la croissance des remboursements est associée aux pathologies lourdes...

Évolution des dépenses remboursées de médicaments par grandes classes en 2007 en M€

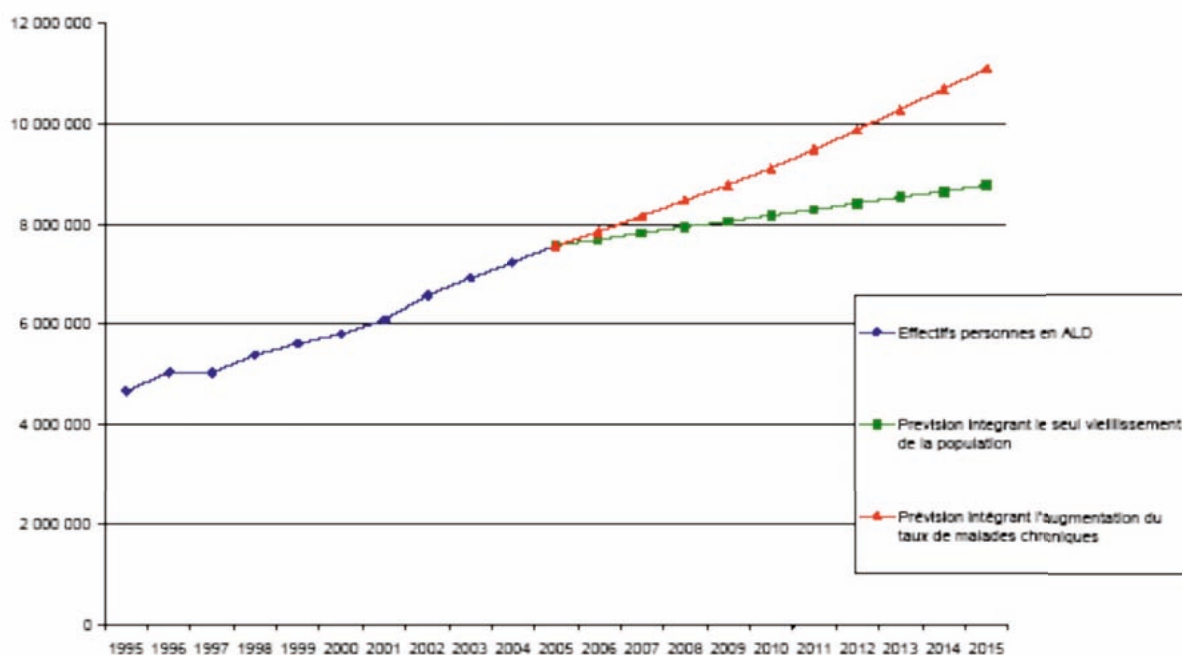


Source : Cnamts, Dépenses de médicaments en 2007 : quels sont les principaux moteurs de la croissance ? (mars 2008)

Et notamment des Affections de Longue Durée (ALD)

Estimation de l'évolution du nombre total de patients en ALD à l'horizon 2015 (régime général)

Prévision des effectifs de personnes en ALD au Régime général



Bénéficiaires en ALD en 2015 :

11 millions de personnes en 2015, soit +42% par rapport à 2006.

**L'évolution est due pour 1/4 à l'évolution de la structure d'âge
3/4 à la progression de la prévalence des ALD.**

Source : Cnamts, Les dépenses d'assurance maladie à l'horizon 2015 (juillet 2007)

Ceci posé, il n'en est pas moins évident que **des gisements d'économies existent.**

Plusieurs exemples récents montrent que des actions fortes et bien menées peuvent produire des résultats remarquables et rapides : antibiotiques, génériques, engagements des médecins sur des classes « cibles » de médicaments (ou dans un autre domaine : économies massives sur les arrêts de travail).

Le poste médicaments augmente tendanciellement, d'abord à cause des nombreux facteurs objectifs de la demande (tableau infra), parmi lesquels **l'innovation** qui est spécifique à ce poste. L'enjeu d'une régulation médicalisée efficace est donc que la croissance du marché corresponde à des innovations et des quantités médicalement justifiées.

Les évolutions de l'ensemble de ces dernières années (2000-2007) sur chacun des postes de prescription autres que le médicament et sur les honoraires libres des professionnels montrent aussi qu'**il serait illusoire de croire que le médicament est le seul responsable de la dérive des dépenses...** Elle est également due à différentes caractéristiques de notre système (rémunération à l'acte, faible responsabilisation financière des patients), le tout dans le **contexte d'une forte demande de santé**, soutenue par des facteurs puissants et durables (tableau).

Contribution des principaux facteurs de la demande de santé

Facteurs de la demande de santé	Période passée	Période actuelle et à venir
Progrès médical, pharmaceutique et technique (l'innovation)	+++	+++
Accroissement + vieillissement de la population	++	++
Augmentation de nombreuses pathologies (incidence + dépistage + prise en charge médicale)	+	++ à +++
Comportement de consommation (dont effet génération)	0	+
Effet revenu	+	+
Prise en charge financière par le système (complémentaire, tiers payant, CMU)	++	facteur quasi-saturé (et effet négatif si transferts sur ménages)
Evolution de l'offre de soins (nombre de médecins, ...)	++	faible voire 0 (parcours de soins)

Source : BIPE

Il en découle aussi qu'un autre enjeu sanitaire majeur (et produisant des économies très importantes à long terme) se situe sur le terrain des comportements quotidiens (alimentation, exercice physique, tabac, alcool...). Par exemple, le régime fait partie des conditions pour un traitement médicamenteux contre le cholestérol. Oui, il est difficile de « forcer » à des comportements d'hygiène de vie, pourtant co-traitants. Mais il y a des progrès en cours (tabac, accidents de la route,...) et d'autres actions sur les comportements et sur l'environnement sont urgentes et prioritaires (progression de l'obésité et des cancers).

A propos de l'effet structure en santé et pour le médicament

On peut constater que **l'effet structure encore appelé qualité-structure existe pour tous les biens médicaux** qui bénéficient du progrès médical et technique (exemples : orthopédie, lunettes, prothèse auditives...) **ainsi que pour les actes techniques médicaux** (ceux qui sont cotés en K ou KC). Par exemple, on a vu l'apparition de technologies médicales (imagerie, microchirurgie...) de plus en plus sophistiquées et de plus en plus coûteuses.

Pour les biens médicaux autres que le médicament, l'analyse est compliquée par la très grande variété des segments et des produits. En outre, les données disponibles n'ont pas la richesse de celles du médicament. Mais on peut penser que la progression très rapide (en moyenne 10% par an ces dernières années) des remboursements de **dispositifs médicaux** s'explique en grande partie par un effet qualité-structure. Mais aussi par un « effet de champ », c'est-à-dire des produits dans un champ entièrement nouveau, qui ne remplacent pas un produit existant. Cet effet de champ peut exister aussi dans le médicament (exemple récent : le vaccin contre le cancer du col de l'utérus).

Sur le fond, il n'est donc pas étonnant que le marché du médicament progresse **tendanciellement** plus vite que les honoraires des professions de santé (médecins, dentistes, auxiliaires, biologie, transports) et l'hôpital (dont la masse salariale représente la majorité des dépenses). Certes, l'effet structure existe aussi pour ces professions et pour l'hôpital (glissement naturel vers des actes plus techniques et donc plus chers) mais, rapporté à la masse des honoraires, il est « structurellement » beaucoup moins fort que pour le médicament en prix industriel.

Pour les professions libérales, le « trend » de la dépense sur le long terme devrait correspondre aux revalorisations tarifaires + l'augmentation éventuelle du nombre d'actes + un effet structure, très modéré en général. La question n'est donc pas qu'il y ait un écart de croissance « tendanciel » entre le médicament et les dispositifs médicaux d'une part et les autres postes d'autre part, mais de savoir si cet écart (= un effet structure supérieur) est justifié par de véritables innovations, utilisées avec des quantités médicalement justifiées. **On est donc bien renvoyé à la juste appréciation du SMR et à la juste prescription.**

On constate par ailleurs que la croissance du marché pharmaceutique remboursable a tendance à se concentrer sur un nombre relativement restreint de classes : une quinzaine de classes expliquent à elles seules 80% de la croissance.

Les classes qui expliquent la croissance du marché combinent souvent une certaine progression des quantités avec l'effet qualité-structure : classes innovantes et au surplus souvent pour une pathologie dont l'incidence ou la détection augmentent.

L'effet-structure est pour une grande part rattaché aux ALD : la correspondance est évidente, dans une large mesure, entre la très forte croissance des remboursements de médicaments à 100% (au titre des affections de longue durée - ALD) et les classes les plus dynamiques du marché qui traitent en partie ou parfois même uniquement des ALD.