

Le médicament économiseur de coûts

Résumé de l'étude

Septembre 2011

©BIPE 2011

Conclusion - résumé

Le système de santé doit faire face à une forte demande de santé spontanée, portée par un ensemble de facteurs puissants, et ceci avec de moyens économiques fortement et durablement contraints par l'état des finances publiques. Autrement dit, le système de santé est, de manière aigüe, à la recherche d'efficacité. Répondant à une question du LEEM, l'étude du BIPE a cherché à évaluer **dans quelle mesure le médicament est un économiseur de coûts** : soit par la régulation directe, soit par les économies intra-système qui sont induites par son bon usage.

Concernant les seules économies directes et récurrentes constituées par les baisses de prix, la substitution générique et les grands conditionnements, **les gains de productivité ont atteint 3,4 points de dépenses de médicaments présentées au remboursement, par an, en moyenne sur la période 2005-2009 et on a avoisiné 4,5 points en 2010.**

Gains de productivité (d'efficacité) : les résultats

(tous les effets sont exprimés en pourcentage du montant total des dépenses remboursables Medic'AM)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| Effet prix | - 1,2 % | - 2,9 % | - 2,3 % | - 1,7 % | - 2,1 % | - 2,3 % |
| Effet substitution générique | - 0,8 % | - 1,3 % | - 1,4 % | - 1,3 % | - 1,1 % | -1,8%(e) |
| Effet grands conditionnements | - 0,0 % | - 0,1 % | - 0,1 % | - 0,3 % | - 0,4 % | - 0,4%(e) |
| Effets prix + génériques + grands conditionnements | - 2,0 % | - 4,3 % | - 3,8 % | - 3,3 % | - 3,6 % | - 4,5%(e) |

Source : BIPE sur données Medic'AM 2005-2009 et estimation BIPE avec données GERS pour 2010

A ceci, nous ajoutons de l'ordre de 0,5 % par an au titre de notre estimation de la régulation médicalisée (modération de la prescription des médecins, hors génériques déjà comptés).

Au total, les gains de productivité directs ont été de 4,1% par an, en moyenne sur 2005-2010, en ville.

Avec cela, l'évolution du marché remboursable reste positive mais faible : +1,6% en moyenne sur les 5 dernières années, en prix industriel. Ce qui veut dire que, en-dehors des effets « économiseurs », les facteurs haussiers de la demande sont présents et il est nécessaire d'y voir plus clair pour ne pas attribuer indistinctement au « marketing » ce qui relève : a) de la démographie pure (augmentation de la population + vieillissement) ; b) des nouveaux produits (modification de la structure de la prescription à pathologie donnée, hors génériques) ; c) du mix-pathologies, ...souvent oublié (modification de la structure des pathologies traitées) !

La méthode par classes homogènes utilisée dans cette étude estime la contribution du mix-pathologies à environ +2,5 points par an, en moyenne sur 2005-2009. Autrement dit, l'augmentation du nombre de patients traités pour des pathologies majeures, plus chères, participe de façon importante à l'évolution du marché. Ceci est corroboré par la très forte hausse du nombre de personnes présentes en ALD selon les données de la Cnamts, et ceci depuis plus d'une dizaine d'années. Actuellement, le nombre de personnes présentes en ALD continue d'augmenter sur une pente de 4% par an pour le régime général.

Cette hausse de la prévalence des maladies graves ou chroniques (affections cardio-vasculaires, cancers, diabète, obésité, asthme, allergies, dépression, maladies neurologiques,...) constitue le principal défi du système de santé. Mais ce n'est pas propre à la France, c'est vrai dans tous les pays comparables ! L'étude Cnamts de mars 2011 a permis de constater que, dans les classes majeures en « ville », le niveau de consommation française en quantité était rattrapé par les autres pays européens (leur pente de croissance est très supérieure) et assez souvent dépassé.

Outre les gains de productivité calculés ici, l'assurance-maladie a fait d'autres économies avec les mesures sur le remboursement : déremboursements de classes en 2006 et 2008 ; hausses du ticket modérateur – vignettes orange et bleue – en 2010 et 2011 ; franchises par boîte en 2008. Au total, le poste médicaments de la Cnamts évolue très nettement moins vite que le reste des soins de ville depuis 2006, ce qui reflète que le médicament a apporté l'immense majorité des économies en ambulatoire.

Parallèlement, on constate la **montée des gains d'efficience à l'hôpital** avec les mêmes outils (prix, génériques) et avec l'incitation à la régulation médicalisée par la mise en place de taux-cibles. Faute de disposer des données détaillées pour pouvoir réaliser le même travail qu'en ambulatoire, l'étude a surtout relevé la nette décélération du marché hospitalier depuis 2009.

Pour être complet, il faut également regarder les **prélèvements spécifiques** sur l'industrie (versements à l'assurance-maladie, taxes particulières) qui ont augmenté depuis 1999 (instauration de la clause de sauvegarde) et ont représenté 800 à 900 millions € chaque année depuis 2004. Ils sont aussi, quelque part, des gains de productivité pour l'assurance-maladie.

La comparaison aux autres postes de soins montre que le médicament n'est pas le seul poste qui amène des gains d'efficience. Les analyses biologiques ont rendu 2 points par an depuis 2005. Les radiologues ont subi des baisses. Enfin, on peut considérer que le gel des prix de la T2A à l'hôpital équivaut, de fait, à des gains de productivité. Cependant, il reste que, à notre connaissance, **les économies prélevées sur le médicament depuis 2005 n'ont aucun équivalent, ni historique, ni dans les autres secteurs de soins, et de loin.**

La seconde partie de ce travail a cherché à apprécier quels sont les autres coûts que le bon usage du médicament permet d'économiser : gains intra-système de soins (hospitalisations évitées), gains économiques indirects (arrêts de travail par exemple) et bénéfices sociétaux en général. Il s'agissait d'un simple travail de recherche bibliographique :

Il existe assez peu de travaux chiffrés complets mais la mise en regard de l'ensemble des études converge clairement vers des économies démontrables pour les pathologies chroniques à la fois très répandues et très coûteuses, ce qui les rend d'autant plus « clés ». Par exemple, **l'asthme** bien contrôlé évite des consultations médicales et des coûts hospitaliers, mais aussi des coûts indirects (retard scolaire, absentéisme au travail). Pour le **diabète**, le temps perdu ne se rattrape pas, le médicament est un investissement nécessaire afin d'éviter des conséquences graves et coûteuses (invalidité).

Le rôle des traitements conformes aux référentiels et de l'observance doit être souligné. De même que le fréquent rôle conjoint des mesures d'hygiène de vie, co-traitantes.

Ceci vaut aussi pour les **pathologies cardio-vasculaires** : il existe un large arsenal de médicaments, dont le coût à la boîte est assez maîtrisé d'autant plus que presque tous sont génériques. Les éléments disponibles montrent leur rôle dans la prévention des complications, les hospitalisations évitées, les vies sauvées (ex : infarctus) et la diminution du risque de récurrence. Là aussi l'observance est importante et le médicament n'agit pas seul (modes de vie).

Et d'une façon générale, beaucoup de pathologies chroniques répandues entraînent des coûts indirects (liés aux capacités d'apprentissage, aux performances professionnelles, à l'absentéisme à l'école et au travail, à l'insertion sociale) qui diminuent quand celles-ci sont mieux traitées.

La **vaccination** mérite une place à part, il s'agit, globalement parlant, de la stratégie la plus coût-efficace. De même les antibiotiques qui ont permis des gains immenses d'espérance de vie dans le monde. En France, ils continuent de sauver des vies, d'éviter des hospitalisations ou de réduire leur durée. En ville, bien utilisés, ils constituent une stratégie économique.

Certains exemples de « **déshospitalisation** » et de double succès (guérison / rémission, avec en prime des économies) sont bien connus comme ceux des anti-ulcéreux dans les années 80 et des nouveaux anti-rétroviraux à partir de 1996. Une étude de 2003 en avait mis d'autres en évidence comme les immunosuppresseurs dans la greffe rénale (qui sauve ... et évite de surcroît les coûts de dialyse) et les anti-psychotiques atypiques dans le traitement de la schizophrénie (meilleure réinsertion, économies d'hôpital). Les années 2000 ont vu de grands progrès en cancérothérapie avec, en contrepartie, des coûts en forte progression. Mais les résultats en vies sauvées peuvent être impressionnants : ainsi pour la leucémie myéloïde chronique, rémission complète dans 80 à 85% des cas.

Enfin, contrairement à la période précédente (budget global), les économies en hospitalisations sont maintenant réelles et identifiables avec la tarification à l'activité (T2A).

En conclusion, ce travail montre d'une part que le médicament a apporté ces dernières années des économies directes sans précédent, via les différents leviers de la régulation. D'autre part, que son bon usage permet d'éviter d'autres dépenses de soins (complications, hospitalisations).

Si on prend une perspective de long terme, [et sans parler ici de l'impact macro-économique vital du secteur - emplois, exportations, investissements, recherche - que d'autres études ont chiffré], le progrès pharmaceutique - comme le progrès en santé en général - en apportant une réponse, totale ou partielle, à de nombreuses pathologies chroniques ou aiguës, en sauvant des vies ou des années de vie, est aussi à l'origine de retombées indirectes sur l'économie et de bénéfices sociétaux.

Nous n'ignorons pas les surcoûts : les cas où l'usage du médicament se fait de façon peu utile, ou non optimale et parfois dangereuse. On peut simplement observer que cette recherche de l'optimum médical et économique n'est pas propre au médicament. Elle concerne, à des degrés divers, chaque poste de soins. C'est le système de santé tout entier qui peut progresser en efficacité et tous ses acteurs en responsabilisation : hôpitaux, médecins, complémentaires, etc. Et patients : à l'image de la progression très rapide des ALD, pour laquelle le remède de long terme est - au moins autant que l'efficacité - dans les **inflexions individuelles et collectives** de nos modes de vie et de consommation.