

Programme « maladie » - Partie II “ Objectifs / Résultats ”

Objectif 4 : Renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses

Indicateur n° 4-2 : Indicateur de suivi de la consommation de médicaments.

1^{er} sous-indicateur : Taux de pénétration des génériques.

Finalité : la France a longtemps affiché, en matière de génériques, un retard prononcé qu'une politique volontariste, amorcée en 1999, a permis de réduire. Les génériques représentent désormais près d'une boîte vendue sur cinq contre une boîte sur vingt en 2000. Après le droit de substitution accordé aux pharmaciens en 1999, l'accord relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques, signé le 6 janvier 2006 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les syndicats représentatifs des pharmaciens d'offices, a constitué un puissant catalyseur du développement des génériques. L'avenant n°4 à cet accord a fixé un objectif de substitution pour 2009 de 82,0 % en volume, dans le répertoire en vigueur à fin juin 2009. A un tel niveau de substitution, l'enjeu se situe davantage aujourd'hui dans le développement des prescriptions dans le répertoire afin de modérer l'effet de structure, c'est-à-dire le glissement de la consommation vers des produits nouveaux, non généricables, et donc plus coûteux. Combinée à un recours accru au répertoire, l'utilisation de génériques constitue un gisement d'économies important pour l'assurance maladie.

Résultats : les taux de pénétration des génériques en nombre de boîtes sont retracés dans le tableau ci-dessous :

	2005		2006		2007		2008		2009	
	au 30 juin	au 30 juin	au 31 déc.							
Objectif conventionnel	n.d.	66,0 %	70,0 %	-	80%*-	-	82,9 %	-	82,0%	
Part des génériques dans le répertoire	61,9 %	67,2 %	70,0 %	75,4 %	81,7 %	81,4 %	82,0%	79,1%		
Part du répertoire dans le marché	16,0 %	21,5 %		22,4 %		22,0%		23,7%		
Part des génériques dans le marché	10,2 %	14,5 %		17,1 %		18,0 %		18,7%		
Répertoire en vigueur à fin...	Déc.04	Déc.05	Juin 06	Déc.06	Juin.07	Déc 07	Juin 08	Déc.08	Juin 09	

Source : CNAMTS – Calculs DSS pour 2005. Note : Les données concernant les parts du répertoire et des génériques dans le marché pour 2006, 2007 et 2008 ont été modifiées par rapport aux années précédentes. Ceci s'explique par le fait que les données ont été calculées cette année par la CNAMTS alors que les résultats présentés les années précédentes étaient des estimations calculées par la DSS. Cette modification apporte des données davantage conforme au suivi conventionnel réalisé par la CNAMTS.

Lecture : en décembre 2008, les ventes de génériques ont représenté 82,0 % du nombre de boîtes vendues dans les groupes non soumis à tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) du répertoire en vigueur au 30 juin 2008. L'objectif de 82,9% fixé par l'avenant à la convention du 6 janvier 2006 entre l'UNCAM et les syndicats de pharmaciens a donc pratiquement été atteint. En moyenne sur l'année 2008, la part du répertoire (hors TFR) en vigueur au 31 décembre 2007 dans le marché total s'est établie à 22 % tandis que les génériques inscrits à ce répertoire ont représenté 18 % du nombre de boîtes remboursées par le régime général.

* objectif initialement fixé à 75 % et révisé en cours d'année à 80 %.

Depuis 2005, la pénétration des génériques dans le répertoire n'a cessé de progresser. Ainsi, au 31 décembre 2008, les génériques ont représenté 82,0 % des boîtes remboursées par le régime général dans les groupes non soumis à tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) du répertoire en vigueur à fin juin 2008. Mi-2005, ce même taux atteignait 61,9 % dans le répertoire en vigueur à fin décembre 2004 (hors TFR). La part des génériques non soumis à TFR dans le marché total a presque doublé entre 2005 et 2008, passant de 10,2 % à 18,0 %. Néanmoins, depuis 2007, un essoufflement de la pénétration des génériques est constaté (+0,9 point entre 2007 et 2008).

Plusieurs facteurs ont contribué au développement des génériques depuis 1999 :

- l'octroi du droit de substitution aux pharmaciens en 1999 et l'alignement de la marge pharmacien des génériques sur celle du princeps correspondant a encouragé la substitution, les pharmaciens bénéficiant d'une rémunération équivalente sur les produits génériques sans compter les gains supplémentaires liés aux remises commerciales offertes par les laboratoires ;
- depuis le 1^{er} juillet 2002, l'accord conventionnel engage les médecins à prescrire en dénomination commune internationale (DCI) en contrepartie de la revalorisation de la consultation à 20 euros ;
- le caractère dissuasif de la mise sous tarif forfaitaire de responsabilité (TFR : remboursement sur la base du prix moyen de vente des génériques du groupe et non du prix du médicament) : l'application de ce tarif à des groupes génériques pour lesquels la pénétration est jugée insuffisante est financièrement très pénalisante pour les pharmaciens dans la mesure où la marge est réduite au montant de droit commun. Institué pour la première fois en octobre 2003, le TFR a été étendu en juin et novembre 2005 puis au fil de l'eau ;
- l'entrée dans le répertoire de molécules figurant parmi les premières du marché a contribué à l'augmentation de la part du répertoire dans le marché (+10 points entre 2004 et 2006) et a constitué une incitation pour les différents acteurs à se positionner sur le marché (oméprazole (Mopral®, Zoltum®), simvastatine (Lodalès®, Zocor®), pravastatine (Elisor®, Vasten®)). En effet, l'importance des volumes vendus de ces molécules et leur prix relativement élevés ont révélé de façon évidente aux pharmaciens l'intérêt financier qu'ils pouvaient tirer de la substitution. Les années 2007 et 2008 ont vu la générication du lansoprazole (Lanzor® ; Ogast®), de l'amlodipine (Amlor®), de la venlafaxine (Effexor®) et du perindopril (Coversyl®) ;
- les accords entre l'UNCAM et les syndicats de pharmaciens sur la substitution ont insufflé un nouveau dynamisme au développement du marché des génériques. En 2006, les objectifs de 66 % et 70 % ont tout deux été atteints. De même, l'objectif à fin 2007 de 75 %, revu à 80 % suite à la mise en œuvre des mesures consécutives à la procédure d'alerte, a été dépassé. Pour 2008, grâce à la mobilisation des acteurs, le taux de pénétration des médicaments génériques était de 82,0% soit un taux très proche de l'objectif fixé à 82,9 %. L'objectif pour 2009 a été fixé à 82% ;
- enfin, la mesure « tiers-payant contre génériques » a consisté à donner le droit au pharmacien de refuser le tiers payant à un patient qui s'oppose à la substitution sans raisons médicales. Cette mesure mise en place dans les départements en retard en matière de substitution s'est révélée efficace.

Toutefois, des marges de progrès subsistent, notamment pour endiguer le déport des prescriptions vers les produits brevetés. Ce phénomène, en effet, ne se retrouve pas dans les autres pays européens. Ainsi, dans le domaine des anti-ulcéreux (inhibiteurs de la pompe à protons, IPP) près de 85 % des prescriptions d'IPP sont réalisés dans le répertoire des génériques en Espagne et au Royaume-Uni, contre 45 % seulement en France.

Construction de l'indicateur : le taux de pénétration des génériques peut être apprécié soit dans le marché global, en rapportant les ventes de médicaments génériques (en volume ou en valeur) aux ventes totales du marché, pour estimer l'importance des génériques dans le marché total ; soit dans le seul répertoire, en rapportant les ventes de médicaments génériques (en volume ou en valeur) aux ventes du répertoire, pour rendre compte de la place des génériques dans leur marché potentiel puisque les génériques n'ont lieu d'être que si le brevet de la molécule a expiré.

Précisions méthodologiques : calculs CNAMTS et DSS – données du régime général, France métropolitaine, hors sections locales mutualistes.

Les groupes sous TFR ne sont pas considérés dans les calculs tout comme ceux dans lesquels l'offre générique est nulle ou a été jugée insuffisante. Ces conventions correspondent à celles retenues dans les accords conclus entre l'UNCAM et les syndicats représentatifs des pharmaciens d'officines.

Indicateur n° 4-2 : Indicateur de suivi de la consommation de médicaments.**2^{ème} sous-indicateur : Nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance.**

Finalité : la prévention de la iatrogénie médicamenteuse, c'est-à-dire des effets indésirables liés à la prise de médicaments ou des interactions dangereuses entre médicaments, constitue un des enjeux majeurs de santé publique. Selon la dernière enquête réalisée en 2007 par les centres de pharmacovigilance pour l'Afssaps, on estime que 144 000 hospitalisations seraient liées aux effets indésirables des médicaments et que près de 50 % de ces hospitalisations pourraient être évitées (Source : Etude EMIR – Effets indésirables des médicaments : incidence et risque, Afssaps). Le coût des journées d'hospitalisation en lien avec ce phénomène avait été estimé à environ 320 millions d'euros en 2001.

Résultats : les résultats concernent l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

Nombre moyen et répartition des produits prescrits par ordonnance

Année	2005	2006	2007	2008	2009	Objectif
Nombre moyen de produits prescrits	2,92	2,95	2,93	2,86	2,82	Réduction de la prescription
Part des ordonnances sans produits	10%					
Part des ordonnances avec plus de 4 produits	25%					
Part des ordonnances avec plus de 6 produits	10%					

Note : les données sont des cumuls mobiles annuels de mars à février.

Source : Base de données IMS - EPPM.

La diminution du nombre de médicaments prescrits par ordonnance observée depuis 2007 se poursuit en 2009 avec une moyenne de 2,82 médicaments par ordonnance. L'indicateur semble se détacher progressivement du niveau proche de 3 atteint les années précédentes.

Par contre, la répartition des ordonnances selon le nombre de produits prescrits reste globalement stable. 10% des ordonnances contiennent plus de 6 produits, 25 % en ont plus de 4 et 10 % ne donnent lieu à aucune prescription. Ce chiffre confirme les résultats d'une étude publiée par la CNAMTS en octobre 2005 qui a montré que le rapport systématique « consultation-prescription » est plus marqué en France que dans les autres pays européens. En effet, si 90 % des consultations se concluent par une prescription, cette proportion n'est que de 83 % en Espagne, 72% en Allemagne et 43% aux Pays-Bas. Outre les habitudes de prescription qui semblent ne pas s'être profondément modifiées, il faut sans doute y voir également l'effet de facteurs culturels. Le HCAAM estime dans son rapport de juillet 2007 que ces comportements de prescription ne conduisent pas au meilleur compromis entre coût et qualité des soins, et qu'ils pourraient entraîner des nuisances pour la santé des patients.

Construction de l'indicateur : l'indicateur se définit comme le rapport entre le nombre annuel de produits (ou molécules) prescrits et le nombre annuel d'ordonnances établies par des médecins généralistes ou spécialistes (quelle que soit leur spécialité) lors de consultations ou de visites.

Précisions méthodologiques : Source : IMS Health. Le nombre de produits correspond au nombre de noms de marque ou de molécules en dénomination commune internationale (DCI) figurant sur l'ordonnance. Il n'est pas exclu que deux produits différents (de marque différente) avec la même molécule soient prescrits dans une même ordonnance, mais en pratique ce cas doit être suffisamment rare pour pouvoir le considérer comme négligeable et retenir le nombre moyen de produits prescrits comme une bonne approximation du nombre moyen de molécules prescrites par ordonnance.

Pour plus de détails sur les données, se reporter à l'enquête « *Etude Permanente de la prescription médicale en ville -EPPM* » d'IMS Health qui permet un suivi des prescriptions de médicaments en ville. L'échantillon est un

panel de 835 médecins qui se compose de 400 médecins généralistes et 435 médecins spécialistes relevant de 12 spécialités définies en fonction de leur poids dans la population française (neuro-psychiatres, gynécologues, ...). L'enquête porte sur les médecins ayant une activité libérale d'au moins 75 %. Elle se concentre sur les médecins âgés de 30 ans à moins de 66 ans, exerçant en France métropolitaine, hors Corse. Le panel est renouvelé d'un tiers tous les trimestres.

Les données proviennent du recueil des ordonnances pendant une semaine par trimestre (en jours ouvrables) avec une durée de participation à l'enquête limitée à 3 ans. Les consultations sont effectuées au cabinet ou au domicile du patient et peuvent ne pas systématiquement donner lieu à prescription ou bien seulement à un renouvellement de prescription.

Programme « maladie » - Partie II « Objectifs / Résultats »

Objectif n°4 : renforcer l'efficience du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses

Indicateur n° 4-2 : Indicateur de suivi de la consommation de médicaments.

3^{ème} sous-indicateur : Part des prescriptions hospitalières dans les dépenses de médicaments remboursées en ville.

Finalité : Les dépenses de prescriptions hospitalières en ville du régime général représentent 7,9 milliards d'€ en 2008 soit 19,6% de l'ensemble des prescriptions remboursées en ville. Entre 2007 et 2008 ces dépenses ont augmenté de +5,5% dont près de la moitié provient de la progression des dépenses de pharmacie. Cet indicateur présente l'évolution des prescriptions hospitalières de médicaments délivrées en ville. Ce suivi s'inscrit dans le cadre du plan national d'actions de maîtrise médicalisée sur les prescriptions hospitalières exécutées en ville. A l'image de ce qui est organisé pour les médecins libéraux, les praticiens hospitaliers sont incités à améliorer leur pratique dans un objectif de qualité et de maîtrise médicalisée des dépenses. Ce programme s'adresse aux établissements de santé publics et aux hôpitaux privés sans but lucratif participant au service public hospitalier (PSPH). Il concerne l'ensemble des prescriptions des praticiens hospitaliers exécutées en ville. Sur le médicament, les thèmes retenus concernent le bon usage des antibiotiques, les statines en prévention primaire et la prescription en dénomination commune internationale (DCI). Ce programme se décline par la signature des accords-cadres nationaux avec les fédérations nationales représentatives des établissements de santé ou par des accords d'initiative locale (Cf. indicateur 4.4).

Résultats :

En millions d'€	Année 2004	Année 2005	Année 2006	Année 2007	Année 2008	Objectif
Dépenses de médicaments remboursés en ville prescrits par des établissements publics et PSPH	2 135, 6	2 449, 9	2 828,9	3 196,8	3 391,4	
Dépenses de médicaments remboursés en ville	15 153, 0	15 647, 6	15 970,4	16 724,6	17 171,4	
Part des prescriptions hospitalières dans dépenses de médicaments remboursées en ville	14,1%	15,7%	17,7%	19,1%	19,8%	ralentissement

Source : CNAMTS.

La part des prescriptions hospitalières dans les dépenses de médicaments remboursées en ville augmente progressivement entre 2004 et 2008 avec un ralentissement en fin de période. Structurellement les prescriptions hospitalières de pharmacie connaissent des croissances plus dynamiques que celles de la ville, car les classes de médicaments qui la composent sont associées à des pathologies lourdes (VIH, cancer, hépatite, Sclérose en plaque, etc...) dont les traitements sont coûteux et sujets à des innovations thérapeutiques importantes.

Construction de l'indicateur : l'indicateur est calculé en rapportant les dépenses de pharmacie prescrite par les établissements publics et PSPH et délivrée en ville sur les dépenses de pharmacie totales délivrée en ville. Les dépenses s'entendent en dépenses remboursées (date de remboursement).

Précisions méthodologiques : les chiffres se rapportent au régime général (y compris sections locales mutualistes) pour la France entière, tous risques, en dépenses remboursées de pharmacie hors franchises. La pharmacie comprend les médicaments ainsi que les vaccins et les préparations magistrales, hors rétrocession hospitalière.

Les montants remboursés de pharmacie prescrite par les établissements publics et PSPH et délivrée en ville sont issus des " profils établissements " eux-mêmes extraits d'Erasmus national V1. Les montants remboursés totaux de pharmacie délivrée en ville sont issus de la statistique mensuelle de la CNAMTS.

