

10.1. Bilan 2010 des mesures d'économie dans le domaine du médicament

Depuis 2004 et la réforme de l'assurance maladie, les médicaments font l'objet chaque année de diverses mesures d'économie. Celles-ci s'appuient sur une politique de prix ambitieuse avec la promotion des médicaments génériques, des baisses de prix ciblées et des modifications de taux des prises en charge. En parallèle, l'assurance maladie met en œuvre des actions de maîtrise médicalisée qui visent à inciter les médecins à modérer leurs prescriptions de médicaments d'un nombre croissant de classes thérapeutiques. L'enjeu est important car en 2010 les dépenses d'assurance maladie tous régimes de médicaments de ville, rétrocedés et de la liste en sus se sont élevées à 23,8 Md€, soit près de 15 % de l'ONDAM arrêté. L'économie pour l'assurance maladie des mesures 2010 est estimée à près de 1,1 Md€ (cf. tableau 1).

Les économies réalisées en 2010 s'inscrivent dans le droit fil de celles réalisées chaque année depuis 2005

Globalement, sur la période 2005-2007, le plan médicament de 2004 a rapporté 3,1 Md€ (cf. graphique 1) et un effort de même ampleur s'est poursuivi ces trois dernières années (2008-2010), portant les économies totales à 6,2 Md€. Depuis 2009, ce sont surtout la maîtrise médicalisée et les baisses de prix ciblées négociées par le Comité économique des produits de santé (CEPS) qui ont permis les économies les plus importantes. A elles seules, elles ont représenté plus de 90% des économies en 2009 et 2010. Si la part des baisses de prix et des générations est restée à peu près constante depuis 2005, le rôle de la maîtrise médicalisée s'est amplifié ; elle représente aujourd'hui un tiers des économies sur le médicament.

En 2010, les baisses de prix ciblées ont permis une économie de 450 M€

Les négociations menées par le CEPS sur le prix de médicaments encore brevetés ont permis une économie de 270 M€ en 2010 (cf. tableau 2). Près de quatre-vingts spécialités ont connu une baisse de prix en 2010, dont en particulier les hypocholestérolémiants (Inegy®, Tahor®, Ezetrol®), les anti-ostéoporotiques (Fosavance®) ou les Sartans (Aprovel®, Tareg®). Les baisses de prix (généralement de l'ordre de 10 % du prix fabricant hors taxes) ont surtout porté sur des produits dont les volumes vendus ont très fortement progressé ces dernières années, à l'image de Tahor®, par exemple, qui a été le médicament le plus vendu dans les officines françaises en 2010, ou d'Inegy®, dont le chiffre d'affaires hors taxes a crû de 21% entre 2008 et 2009. Par ailleurs, les baisses de prix des médicaments princeps à l'occasion de l'arrivée de génériques dans le répertoire ont engendré une économie de 57 M€. La mise sous tarif forfaitaire de responsabilité³⁹ (TFR) de plusieurs groupes génériques a aussi permis une économie de 82 M€. Les médicaments à l'hôpital au titre de la liste en sus⁴⁰ ont quant à eux apporté 7 M€ d'économies en 2010, hors rétrocession hospitalière (les baisses de prix de médicaments rétrocedés ont accru ce bilan de 39 M€).

³⁹ Le TFR constitue le tarif de remboursement des présentations auxquelles il s'applique : celles-ci ne sont alors plus remboursées sur la base de leur prix de vente. Un même TFR s'applique à l'ensemble des présentations d'un groupe générique de conditionnement identique. Il est équivalent au prix fabricant hors taxe (PFHT) moyen des génériques augmenté d'une marge calculée par tranche de PFHT, et non plus alignée sur le prix du princeps.

⁴⁰ Un dispositif dérogatoire, décrit à l'article L162-22-7 du code de la sécurité sociale, est prévu afin de garantir le financement des produits particulièrement onéreux dont l'introduction dans les tarifs des Groupes Homogènes de Séjour (GHS) n'est pas adaptée. Ces spécialités sont inscrites sur la liste dite « liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation » (source : DHOS).

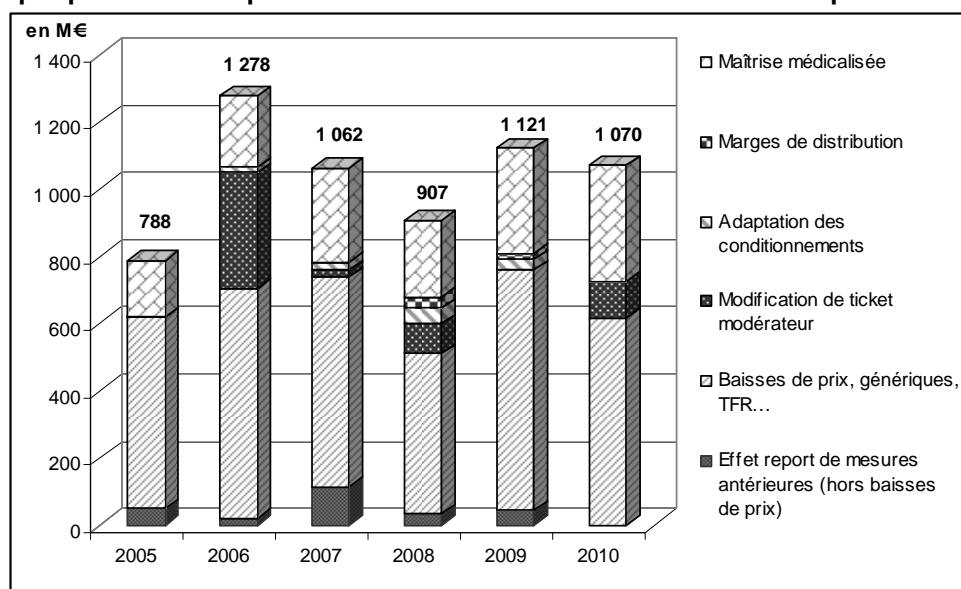
Tableau 1 – Bilan des économies réalisées sur le médicament (hors franchise) en 2010, en M€

Baisses de prix*	448
Générication du clopidogrel (Plavix®)	163
Modification du taux de prise en charge des médicaments à SMR faible ou insuffisant	107
Sous-total	718
Maîtrise médicalisée	345
Sous-total soins de ville	1 063
Liste en sus	7
TOTAL	1 070

Sources : rapport d'activité du CEPS pour 2010 et CNAM, calculs DSS/SD6/6B sur données GERS.

* Voir le détail des baisses de prix au tableau 2.

Graphique 1 – Décomposition des économies sur le médicament depuis 2005 (M€)



Sources : DSS/SD6/6B et CNAM.

Tableau 2 – Bilan des baisses de prix effectuées en 2010 (M€)

Baisses de prix de médicaments sous brevet (cohérence de classe ou avec les produits européens)	270
Génériques et mises sous TFR	82
Baisses de prix sur les princeps à l'occasion de l'arrivée de génériques	57
Baisse de prix médicaments rétrocedés	39
TOTAL	448

Source : rapport d'activité du CEPS pour 2010.

Note : les baisses de prix indiquées ici sont en impact sur l'année 2010 ; elles incluent donc les effets report des baisses de prix initiées en 2009 (à hauteur de 151 M€).

La maîtrise médicalisée des volumes : environ 350 M€ d'économies en 2010

La modération des prescriptions dans les classes thérapeutiques visées par la maîtrise médicalisée a permis une économie estimée à 345 M€ sur l'année 2010, dépassant l'objectif de 289 M€ fixé par la CNAM (cf. graphiques 2 et 3) dans le domaine du médicament. Pour mémoire, ces économies sont évaluées en volume⁴¹ pour neutraliser l'effet, comptabilisé par ailleurs, des baisses de prix et de la générication. La maîtrise médicalisée a ainsi permis de faire évoluer les comportements de prescription des médecins libéraux, même si les résultats restent contrastés d'une classe thérapeutique à l'autre. C'est sur les thèmes récurrents (statines, inhibiteurs de la pompe à proton (IPP), antihypertenseurs) que les économies ont le plus porté, à raison de 224 M€ en 2010 contre 161 M€ prévus. Si un infléchissement de la croissance est perceptible pour ces classes, les antidiabétiques continuent à l'inverse d'enregistrer une hausse significative de leurs volumes, et ne procurent donc aucune économie en 2010. Notons que les économies réalisées sur les inhibiteurs de la pompe à proton et sur les antihypertenseurs se sont chacune élevées à plus du double des économies attendues. Parmi les nouveaux thèmes apparus en 2009, les anti-ostéoporotiques ont aussi permis des économies deux fois plus importantes que prévu, et celles sur les antidépresseurs (50 M€) avaient été très sous-estimées. Depuis 2005, les actions de maîtrise médicalisée sur la prescription des médicaments ont ainsi permis à l'assurance maladie d'économiser plus de 1,5 Md€.

Près de 110 M€ d'économies réalisées grâce à la baisse du taux de prise en charge des médicaments les moins utiles

Dans un souci de cohérence avec le niveau de service médical rendu (SMR), la LFSS pour 2010⁴² a permis d'abaisser le taux de remboursement des médicaments de certaines classes thérapeutiques dont le service médical rendu était jugé « faible » ou « insuffisant » par la Haute autorité de santé (HAS). Ce taux est ainsi passé de 35% à 15% notamment sur les anti-arthrosiques et les antiacides. L'économie qui découle de cette mesure en 2010 a été estimée à 107 M€⁴³. Néanmoins, cette estimation est un majorant et ne tient pas compte des éventuels reports de prescription vers des traitements alternatifs encore remboursés à 35%, donc potentiellement plus coûteux pour l'assurance maladie, mais difficilement mesurables.

La générication du clopidogrel (Plavix®) a permis d'économiser 160 M€

Depuis quelques années, les brevets de « blockbusters » apparus dans les années 1980-1990 arrivent à échéance. Le cas de l'anticoagulant Plavix® (co-commercialisé par Sanofi-Aventis et Bristol-Myers-Squibb), deuxième médicament le plus vendu au monde en 2008, est emblématique. L'arrivée à échéance de son brevet fin 2009 a permis 163 M€ d'économies pour l'assurance maladie en 2010. Avant sa générication, Plavix® représentait en 2009 un chiffre d'affaires hors taxes annuel de 540 M€⁴⁴, soit 2,8% du CAHT des médicaments remboursables en ville, contre 0,8% (166 M€) fin 2010. Notons toutefois que les économies réalisées sont inférieures à l'estimation faite *ex ante* (200 M€) ; cela s'explique par un taux de pénétration effectif du clopidogrel à fin décembre 2010 inférieur de 10 points à l'objectif (64,6% contre 75%)⁴⁵. Cette tendance de fortes tombées de brevet devrait se poursuivre au moins jusqu'en 2012.

⁴¹ Ces économies sont mesurées en comparant les remboursements effectués au montant qui aurait été remboursé si les volumes n'avaient pas diminué ou avaient continué d'augmenter au rythme antérieur.

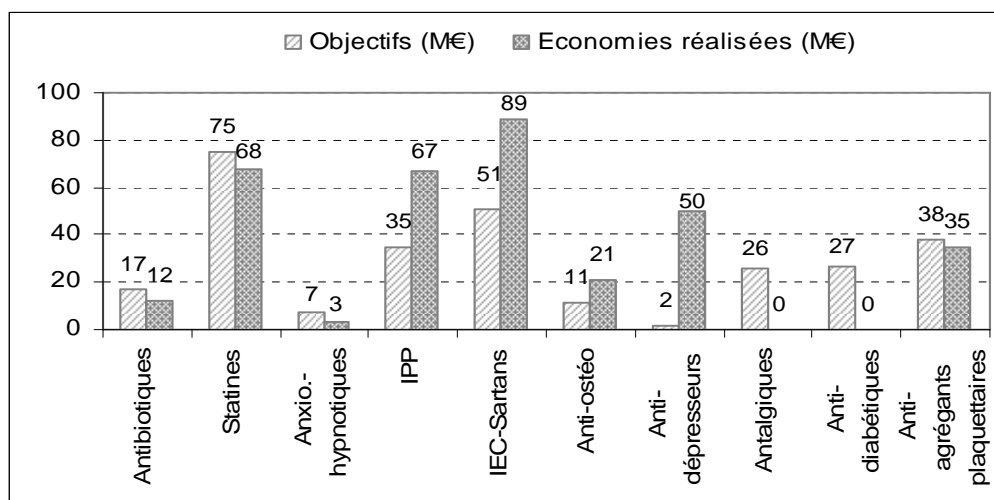
⁴² Puis par décret n°2010-6 du 5 janvier 2010 relatif à la participation de l'assuré prévue à l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale et décision du Conseil de l'UNCAM (Journal officiel du 16 avril 2010).

⁴³ Source : calculs DSS/SD6/6B sur données GERS - marché de ville, ventes aux officines en 2010.

⁴⁴ Source : rapport d'activité du CEPS 2009.

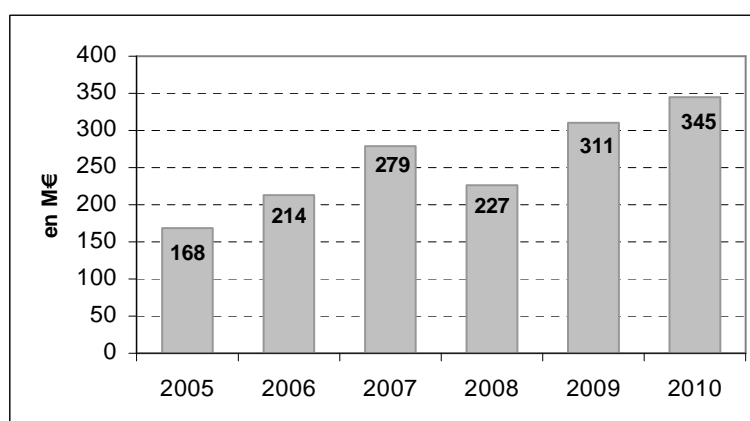
⁴⁵ Source : CNAM sur le répertoire en vigueur à fin juin 2009.

Graphique 2 – Objectifs et économies réalisées grâce à la maîtrise médicalisée en 2010



Source : DSS/SD6/6B sur données CNAM.

Graphique 3 – Bilan de la maîtrise médicalisée depuis 2005



Source : DSS/SD6/6B sur données CNAM.

10.2. Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)

Deux ans après son introduction en juillet 2009, près de 16 000 médecins traitants libéraux ont signé un CAPI selon la CNAM, soit plus d'un médecin éligible sur trois. Conclu entre l'assurance maladie et le médecin, le contrat introduit pour la première fois en France une rémunération conditionnée à l'atteinte d'objectifs de santé publique et de pratiques médicales, à l'instar de la rémunération à la performance instaurée en Grande-Bretagne en 2004⁴⁶. Cette rémunération s'ajoute à la rémunération à l'acte.

Une forte adhésion au dispositif dès son lancement

Le CAPI est un contrat établi entre l'assurance maladie et le médecin libéral conventionné, sur la base du volontariat dès lors que le médecin remplit certains critères d'activité (cf. encadré 1). D'une durée de trois ans, le contrat établi en dehors du cadre de la convention médicale incite le médecin signataire à soutenir des efforts dans le suivi de ses patients, d'une part en matière de dépistage et de suivi des pathologies chroniques (en particulier le suivi des patients diabétiques), d'autre part dans le champ de l'optimisation des prescriptions. En particulier, il incite à la prescription dans le répertoire des génériques de médicaments parmi les classes les plus prescrites, tels les antibiotiques et les antihypertenseurs. Seize objectifs cible, communs à tous les médecins, sont fixés sur la base de recommandations⁴⁷ et suivis par des indicateurs (par exemple la part des patients de plus de 65 ans vaccinés contre la grippe). Chaque année, l'assurance maladie rémunère le médecin s'il atteint au moins 25% des objectifs sur chacun des deux champs du contrat (cf. encadré 2). Le montant de la rémunération est déterminé sur la base du niveau et du taux de progression des indicateurs et est plus élevé pour les médecins ayant une forte patientèle.

Les adhésions se sont concentrées sur les mois qui ont suivi le lancement du dispositif avec plus de 83% des contrats actuels signés au bout de 6 mois. Cette forte adhésion a pu être motivée par le fait qu'aucune revalorisation des tarifs de consultation n'avait eu lieu depuis 2007. Le CAPI constitue pour les médecins généralistes, la seule forme de revalorisation intervenue avant la récente hausse du tarif de la consultation à 23 € en 2011. Toutefois, si en moyenne le taux d'adhésion des médecins éligibles est de 38%, il varie fortement selon les départements, entre 15% et 69%.

Les médecins signataires, comme les non signataires sont en moyenne âgés de 53 ans, la part des hommes est légèrement importante (79% contre 76%). Les signataires ne semblent pas non plus se distinguer en termes de caractéristiques de la patientèle, avec en moyenne près de 1 000 patients par médecin, dont 23% sont en affection de longue durée.

Un bilan favorable au regard de l'évolution des indicateurs

Plus de 70% des médecins signataires ont perçu une prime

A fin juin 2010, plus de 70% des médecins signataires ont perçu une prime au terme de la première année de mise en œuvre du contrat. En moyenne de 3 000 €, la prime varie selon les médecins, de 1 500 € pour les 10% les moins rémunérés à près de 4 900 € pour les 10% les plus rémunérés (cf. graphique 1), avec un montant maximum atteint de plus de 17 000 €.

⁴⁶ Cf. fiche 9-3 du rapport de septembre 2008 et le rapport n°2008-050 de l'IGAS (« Rémunérer les médecins selon leurs performances, enseignement des expériences étrangères », 2008).

⁴⁷ Les objectifs cible sont fixés à partir de la loi de santé publique, des recommandations émises par la HAS, l'AFSSAPS et de comparaisons internationales.