

# solidarité et santé dossiers

n°3 • juillet - septembre 2004



Études diverses

# sommaire

## Études diverses

dossiers solidarité et santé n°3 • juillet - septembre 2004

	INTRODUCTION	5
La situation des personnes défavorisées et les politiques de lutte contre l'exclusion : un bilan des études récentes <i>Katia JULIENNE</i>		7
Vieillesse et protection sociale en Europe et aux États-Unis <i>Elisabeth ALGAVA et Mathieu PLANE</i>		23
Mesure de la performance dans le domaine de la santé <i>Dominique BAUBEAU et Céline PEREIRA</i>		47
Évolution des ventes de médicaments suite au changement de leurs conditions de remboursement <i>Élise AMAR et Céline PEREIRA</i>		57

# introduction ■

## Études diverses

dossiers solidarité et santé n°3 • juillet - septembre 2004

En introduction à cette troisième livraison de l'année des Dossiers solidarité et santé, *Katia Julienne* présente les principaux enseignements des travaux sur les politiques de lutte contre l'exclusion en direction des personnes défavorisées menés entre 2001 et 2004 sous l'égide de services statistiques (Insee, ONPES, Dares et Drees). Réalisée avant le projet de loi de programmation pour la cohésion sociale, cette relecture a permis de dégager cinq axes majeurs : l'impact des transferts sociaux sur la pauvreté, le logement et l'exclusion bancaire et leur impact sur les conditions de vie des ménages pauvres, les problèmes spécifiques des populations en difficulté comme les bénéficiaires de minima sociaux, les liens existants entre difficultés sociales, politique de santé et accès aux soins et enfin, le degré d'implication des collectivités locales dans le champ de l'aide et de l'action sociale. Ces travaux, engagés par le système statistique public, permettent d'améliorer la connaissance de la situation de catégories spécifiques comme les personnes sans domicile fixe ou encore les demandeurs d'asile.

La seconde étude des Dossiers solidarité et santé porte quant à elle sur les effets du vieillissement de la population sur les systèmes de protection sociale de sept pays européens (Allemagne, Espagne, France, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède) et des États-Unis. Si le vieillissement attendu de la population est en effet un phénomène commun à l'ensemble des pays étudiés, ses rythmes et son ampleur varient d'une nation à l'autre. De ce fait, les conséquences en termes de financement de la protection sociale sont potentiellement différentes en dépit d'une tendance partagée à l'augmentation globale, entre 2000 et 2050, des dépenses de retraite et de santé rapportées au produit intérieur brut. L'objectif d'*Elisabeth Algava* et de *Mathieu Plane*, qui s'appuient sur les scénarios démographiques construits par l'Onu, est de réaliser à partir de la situation actuelle, une projection destinée à fournir un cadre de réflexion commun et comparable, et non de prévoir les évolutions futures jusqu'en 2050.

Pourquoi et comment mesurer la performance dans le domaine de la santé ? *Dominique Baubeau* et *Céline Pereira* mettent en évidence les difficultés à développer des indicateurs de mesure, d'une part en raison de la complexité des déterminants de santé, et d'autre part, du fait de procéder par comparaison. En effet, quel est le champ considéré ? S'agit-il du système de santé avec l'ensemble de ses composantes, du système de soins ou encore du système hospitalier ? Les auteurs présentent les travaux réalisés par l'OMS qui aboutissent à des indicateurs de performances « globales » permettant un classement des systèmes de santé par pays, mais également les programmes menés au niveau européen comme Euroreves ou par la Drees qui a consacré des études sur la performance des établissements de soins.

Depuis le début des années 1980, les dépenses de médicaments n'ont cessé de progresser à un rythme élevé. Afin de maîtriser cette progression, les pouvoirs publics ont accru leurs actions concernant l'accès au remboursement et le taux de prise en charge. *Elise Amar* et *Céline Pereira* détaillent les modalités d'application de ces leviers d'action et analysent leurs effets économiques potentiels sur l'offre et la demande des médicaments. Enfin, l'article présente une étude spécifique de l'évolution de quelques classes thérapeutiques ayant connu des changements importants de leurs conditions de remboursement depuis 2000.

# LA SITUATION DES PERSONNES DÉFAVORISÉES ET LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS un bilan des études récentes

**Katia JULIENNE**

Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale  
Ministère de la santé et de la protection sociale  
Drees

*L'auteur présente une synthèse des différents travaux réalisés par des services statistiques (Insee, ONPES, Dares et Drees) entre 2001 et 2004 sur les politiques de lutte contre l'exclusion en direction des personnes défavorisées. Cette étude a permis de dégager cinq axes majeurs : l'impact des transferts sociaux sur la pauvreté ; le logement et l'exclusion bancaire et leur impact sur les conditions de vie des ménages pauvres ; les problèmes spécifiques des populations en difficulté comme les bénéficiaires de minima sociaux ; les liens existants entre difficultés sociales, politique de santé et accès aux soins et enfin, le degré d'implication des collectivités locales dans le champ de l'aide et de l'action sociale.*

Dans le cadre de la préparation de la Conférence nationale de la lutte contre l'exclusion prévue en juin 2004, cet article procède à une synthèse des principaux enseignements des travaux menés par l'Insee, l'ONPES, la Dares et la Drees entre 2001 et début 2004 relatifs à la pauvreté et à la lutte contre l'exclusion.

Cette relecture a permis de dégager cinq axes autour desquels les travaux des services statistiques publics ont été orientés au cours de cette période :

- l'impact des transferts sociaux sur la pauvreté, ainsi que l'articulation entre minima sociaux et politiques de l'emploi ;
- les problèmes en termes de conditions de vie des ménages pauvres posés à la politique de renforcement de la cohésion sociale, par exemple en matière de logement et d'exclusion bancaire ;
- les difficultés particulièrement aiguës ou spécifiques que rencontrent les allocataires des minima sociaux, les jeunes adultes, les personnes sans domicile et les étrangers eu égard aux orientations de la lutte contre les exclusions ;
- les liens entre difficultés sociales, politique de santé et d'accès aux soins suite à la mise en œuvre de la CMU ;
- l'implication des collectivités locales dans le champ de l'aide et de l'action sociales.

Cette synthèse s'inspire des axes et des enseignements déjà mis en évidence par Laurent Caillot pour l'année 2002, tout en élargissant la problématique à l'ensemble des champs traités par le système statistique public.

Par ailleurs, les travaux 2003-2004 de l'ONPES soulignent la persistance des liens entre inégalités face à l'école, exclusion scolaire et origines sociales. Cette problématique a également constitué l'un des thèmes abordés à l'occasion du colloque organisé par le Cerc, la Cnaf et la Drees le 1er avril 2004 sur le devenir des enfants des familles défavorisées en France.

## *TRANSFERTS SOCIAUX ET POLITIQUE DE L'EMPLOI : DEUX LEVIERS COMPLÉMENTAIRES DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ*

### *le système de protection sociale, élément structurel de réduction de la pauvreté*

Le système socio-fiscal a, entre autres, pour objectif d'opérer des transferts entre ménages en fonction de leur situation économique, sociale ou familiale. Depuis 1996, à partir des enquêtes Revenus fiscaux et du modèle de microsimulation Ines qui reflète l'état de la législation applicable à une date donnée et qui est géré conjointement par la Drees et par l'Insee, diverses études ont porté sur le rôle des différents transferts dans la réduction des inégalités ou la sortie de la pauvreté. Dans ces études, on analyse le passage du revenu initial au revenu disponible : de manière classique, le revenu initial des ménages comprend les revenus tirés de l'activité professionnelle, directement ou indirectement (en incluant en particulier les transferts de nature plutôt « assurantielle » que sont les indemnités de chômage ou les pensions de retraite) ; les transferts à vocation « redistributive » sont constitués des prélèvements (impôts directs) ou des prestations en espèces versées aux ménages.

Avec ces conventions, en 2001, avant redistribution, les 10 % des ménages les plus aisés concentrent plus du quart de la masse de revenu initial, les 10 % les plus pauvres perçoivent 2 % de cette masse, plus de dix fois moins que les ménages aisés. La composition du revenu initial pour les 10 % les plus pauvres est constituée par des indemnités chômage pour presque un cinquième des ressources initiales et par des salaires pour 45 %. Dès le deuxième décile, la part des indemnités chômage passe à 8 % tandis que les salaires prennent plus d'importance jusqu'au septième décile où ils représentent 62 % des revenus initiaux.

Parmi les prélèvements directs, l'impôt sur le revenu des personnes physiques est le plus progressif : le taux de prélèvement est inférieur à 1 % pour les quatre premiers déciles alors qu'il atteint 15 % pour les 10 % de ménages les plus aisés qui concentrent 60 % de l'impôt payé. Les contributions sociales, CSG et CRDS, ont un profil légèrement progressif, leur taux variant de 4,9 % à 7,9 % pour le neuvième décile. La taxe d'habitation a également un profil légèrement progressif, accentué par la réforme de 2001. Enfin, la prime pour l'emploi est essentiellement concentrée entre les deuxième et quatrième déciles de niveau de vie initial. Elle est donc moins

concentrée sur le premier décile que la plupart des prestations sociales destinées aux ménages à bas revenus, en raison notamment de la faible part en son sein de titulaires de revenus d'activité.

Les prestations sociales sont quant à elles, pour une part importante d'entre elles, ciblées sur les bas revenus : pour les trois quarts de leur masse, les minima sociaux sont versés aux ménages du premier décile ; les allocations logement reviennent pour plus de la moitié au premier décile (et représentent 32 % de leur revenu initial) ; enfin, les prestations familiales restent relativement concentrées sur les bas niveaux de vie initiaux, même en l'absence de condition de ressources pour certaines d'entre elles, du fait de la sur-représentation des familles nombreuses ou des familles monoparentales dans les premiers déciles de niveaux de vie initiaux.

Pour les ménages dont la personne de référence est active, l'effet des prestations sur la réduction des inégalités de niveau de vie entre revenu initial et disponible est supérieur à celui des prélèvements : elles contribuent pour 58 % à la réduction des inégalités, contre 42 % pour l'ensemble des prélèvements. La réduction des inégalités chez les familles est pour 70 % à attribuer aux prestations sociales contre 39 % pour les ménages sans enfants. En outre, les aides au logement contribuent à la réduction du taux de pauvreté monétaire mais aussi de son intensité. Le niveau de vie des ménages pauvres bénéficiaires d'une aide au logement représenterait en moyenne 98 % du seuil de pauvreté, mais seulement 47 % du seuil si l'on déduisait du revenu disponible les aides au logement. En revanche, pour les ménages retraités, les impôts et contributions sociales interviennent à hauteur de 63 % dans la réduction des inégalités.

Le diagnostic d'ensemble qui est porté sur le système de protection sociale se retrouve au niveau des seules prestations familiales. Même si les prestations familiales ont d'abord été conçues afin de compenser les charges liées aux enfants, comparativement aux ménages sans enfant, l'analyse montre qu'elles ont un rôle protecteur important contre la pauvreté.

Ainsi, les prestations familiales - à l'exclusion par conséquent de l'impôt sur le revenu et des minima sociaux autres que l'API - exercent une redistribution à la fois verticale et horizontale importante, spécialement en direction des couples avec trois enfants ou plus et des familles monoparentales. Les prestations familiales réduisent le taux de pauvreté - au seuil de 50 % du revenu médian - de ces deux catégories de familles de 20 à 13 %, soit un niveau proche de celui de l'ensemble des ménages sans enfant (11 %). La diminution du taux de pauvreté atteint

même 16 points pour les familles monoparentales et 21 points pour les couples avec trois enfants ou plus. La réduction de l'intensité de la pauvreté est également maximale pour ces types de ménages. Ces résultats confirment, en particulier, la forte réduction de la pauvreté par les transferts sociaux qui était déjà observée chez les familles monoparentales et l'ampleur croissante de la redistribution horizontale selon le nombre d'enfants mesurée par une étude sur castypes relative à la compensation du surcoût de l'enfant par la politique familiale (prestations familiales, impôt sur le revenu et minima sociaux) .

### *les politiques de l'emploi, un levier pour le retour à l'emploi des allocataires de minima sociaux*

Les données fournies annuellement par la Cnaf, la CCMSA, l'Unédic et la CNAMTS permettent de suivre l'évolution des allocataires de minima sociaux (un peu plus de 3 millions d'allocataires pour une population couverte estimée à 6 millions) pour chaque minimum social en fonction des principales caractéristiques des bénéficiaires mais aussi de leur répartition par département.

En 2001, la conjoncture favorable a favorisé la diminution du nombre d'allocataires du RMI et de l'Allocation de solidarité spécifique (ASS) en métropole. En revanche, l'allocation d'insertion a continué de voir croître le nombre de ses bénéficiaires depuis son ouverture aux demandeurs d'asile. Globalement, on constate une augmentation entre 1996 et 2001 des allocataires de minima sociaux âgés de plus de 50 ans (de 23 % à 27 % entre 1996 et 2001). Au 31 décembre 2002, trois millions de personnes sont allocataires des huit minima sociaux, soit une diminution de 0,4 % par rapport à 2001.

En 2002, le nombre d'allocataires du RMI s'est toutefois accru de 1,3 % sur l'année en lien avec l'évolution défavorable du marché du travail et ce malgré l'élargissement de la couverture de l'assurance chômage. De décembre 2002 à décembre 2003, le nombre d'allocataires du RMI en France métropolitaine a augmenté de 5,3 %, évolution en lien avec le marché du travail. L'augmentation observée en 2003 concerne plus particulièrement les hommes âgés de moins de 30 ans, tandis que celle de 2002 avait plutôt touché l'ensemble des allocataires âgés de plus de 50 ans.

Depuis la loi de lutte contre les exclusions de 1998, les politiques de l'emploi (CES, CEC, CIE, structures d'insertion par l'activité économique, stages Sife et aides aux chômeurs pour la création d'entreprises) ont été recentrées au profit des publics

jugés prioritaires que sont notamment les allocataires de certains minima sociaux comme le RMI et l'ASS dans un contexte marqué par la réduction du volume des contrats aidés. Dans l'ensemble de ces dispositifs, la part des allocataires du RMI et de l'ASS a augmenté de près de 10 points entre 1996 et 2002 .

En 2001 et 2002, dans le secteur non marchand, les bénéficiaires du RMI constituent 36,6 % et 35,2 % des effectifs moyens des contrats emploi-solidarité (CES), les bénéficiaires de l'ASS respectivement 9,4 % et 9,2 %. Quant aux contrats emploi-consolidés (CEC), les bénéficiaires du RMI représentent un peu plus de 2 5 % des effectifs en 2001 et 2002. Dans le secteur marchand, la part des bénéficiaires du RMI entrés en contrats initiative emploi (CIE) est passée de 15,8 % en 1998 à 17,9 % en 2001 et 21,7 % en 2002.

En terme d'impact, les sortants de CIE ont un accès plus rapide à l'emploi que les personnes en CES ou CEC même si les allocataires du RMI ou de l'ASS mettent plus de temps que les autres bénéficiaires à trouver un emploi stable : en 2002, entre 70 % et 80 % d'entre eux sont en emploi classique deux ans et demi après la fin de leur contrat aidé. Cependant, il importe de souligner que les caractéristiques des entrants en CIE diffèrent de celles des personnes en CES ou CEC.

Près de 60 % des sortants de CES fin 1999 sont en emploi en mars 2002 mais leurs trajectoires restent fortement composées d'emplois aidés (encore 42 % des emplois en mars 2002). L'occupation d'un emploi « classique » semble davantage liée à des facteurs personnels comme l'âge ou, dans une moindre mesure, la formation initiale. Pourtant, moins de 7 % des allocataires du RMI sans emploi depuis plus d'un an sont en CEC après leur CES, soit plus de quatre points au dessous de la moyenne. Il s'agit essentiellement de bénéficiaires diplômés (38 % des publics prioritaires embauchés en CEC sont titulaires du bac alors que ce n'est le cas que de 16 % des publics non prioritaires). Qu'elles aient ou non retrouvé un emploi, les personnes interrogées déclarent que le principal bénéfice qu'elles retirent de leur CES est le sentiment d'une confiance et d'une utilité retrouvées.

En 2002, le nombre de structures d'insertion par l'activité économique du secteur marchand est en légère diminution, soit 3 % de moins qu'en 2001. Les entreprises d'insertion restent les structures d'accueil des publics les plus en difficulté : la part des allocataires du RMI y progresse de 3 points passant de 37,7 % à 40,7 % entre 2001 et 2002, celles des allocataires de l'ASS se stabilise autour de 8 %. Les allocataires du RMI représentent sur la même période

près de 20 % des salariés des associations intermédiaires et des entreprises de travail temporaire d'insertion. De mi-99 à mi-2002, plus de sept salariés sur dix accèdent à un moment ou à un autre à un emploi « classique » mais une personne sur six est toujours en structure d'insertion. Dans la durée toutefois, l'insertion sur le marché du travail est très hétérogène.

L'insertion des bénéficiaires sortis des mesures des politiques de l'emploi fin 1999 a été néanmoins facilitée par le contexte économique favorable de l'époque, les possibilités d'insertion étant devenues moins favorables à partir de mi-2001 avec le retournement de conjoncture.

### *LES CONDITIONS DE VIE DES MÉNAGES PAUVRES : L'EXEMPLE DU LOGEMENT ET CELUI DE L'EXCLUSION BANCAIRE*

L'analyse des conditions de vie des ménages pauvres révèle des difficultés accrues d'accès au logement et de conditions de vie dans les logements auxquels ils accèdent ou encore des obstacles bancaires et financiers, auxquels doit répondre la politique de renforcement de la cohésion sociale.

#### *pauvreté et logement : des contraintes qui s'aggravent*

Les travaux de l'ONPES 2003-2004 mettent en exergue l'aggravation des contraintes qui pèsent sur les ménages pauvres que ce soit en terme d'accès au logement, de taux d'effort mais aussi de conditions de vie dans leur habitat.

L'exploitation des données de l'enquête Logement 2002 permet de caractériser les ménages à bas revenus, définis comme des ménages dont le niveau de vie est inférieur à la demi-médiane des niveaux de vie, au regard du logement en se limitant cependant aux ménages disposant d'un logement. Les ménages à bas revenus sont plus jeunes, concentrés en milieu urbain et essentiellement locataires (32 % dans le parc social et 24 % dans le parc privé).

Le rajeunissement de ces ménages à bas revenus a entraîné une diminution de la part des propriétaires avec un accroissement du rôle joué par le parc Hlm qui constitue un lieu d'accueil où les loyers sont régulés. Dès lors, on constate un mouvement de paupérisation de la population logée en Hlm renforcé par de moindres perspectives de mobilité résidentielle. Le parc Hlm tend à devenir d'une part un parc de relégation pour les plus pauvres et, d'autre part, le support de mobilités ascendantes.

L'effet solvabilisateur des aides permet de diviser par deux la part des revenus que les ménages à bas revenus consacrent au logement (15 % du budget des ménages pauvres). En 2002, 85 % des locataires pauvres perçoivent une aide à la personne. L'impact des aides personnelles au logement a été limité par la forte augmentation des loyers dans le secteur privé comme dans le parc social. Néanmoins, le taux d'effort des ménages pauvres est nettement moins élevé en Hlm que dans le parc locatif privé (10 % contre 26 %). Dès lors, l'existence des Hlm induit, au sein des populations ayant les mêmes ressources, des différences de niveau de vie très importantes. Ce constat se double d'une inégale répartition d'offre de logements bon marché sur le territoire avec un parc de logement social plus important dans le nord de la France et en zone urbaine.

De nouvelles situations d'exclusion du logement sont apparues avec un continuum de solutions entre la rue et le logement : les sans domiciles, les « hébergés » (structures d'accueil temporaire, famille, amis ou tiers), les habitants aux droits d'occupation limités (squats, habitations de fortune, en situation contentieuse voire en procédure d'expulsion) ou encore les chambres d'hôtel meublées occupées de façon permanente.

Ces évolutions s'inscrivent dans un contexte marqué par la stagnation résidentielle dans le parc Hlm, et la très forte diminution du parc de logements privés à bas loyer (réhabilitation du parc Hlm, destruction et amélioration de l'habitat vétuste du parc privé, hausse continue des loyers).

Quant aux conditions de logement, 18 % des ménages à bas revenus les considèrent comme « insatisfaisantes » ou « très insatisfaisantes », soit un taux d'insatisfaction trois fois supérieur aux ménages des sept déciles supérieurs d'après l'enquête Logement 2002 de l'Insee. Sont surtout mises en exergue la question de l'insonorisation et celle de l'entretien des parties communes.

L'enquête permanente sur les conditions de vie et sa partie variable « Vie de quartier » conduite auprès de 10 000 ménages d'avril à juin 2001 par l'Insee fait en outre apparaître une proportion élevée de ménages pauvres, définis ici comme des ménages dont le revenu par unité de consommation appartient au premier décile, vivant dans un logement que l'on peut qualifier de surpeuplé : plus d'un ménage urbain pauvre sur quatre habite un logement qui ne comporte pas un nombre de pièces suffisant. 51 % des familles pauvres de trois enfants et plus vivent à l'étroit, ces familles nombreuses représentant 25 % des ménages à bas niveau de vie. 46 % des ménages pauvres locataires rencontrent un problème d'humid-

dité, de manque de chauffage et / ou de « mauvais » état général. Pour les ménages pauvres, locataires, les problèmes de confort sont encore plus fréquents dans le parc privé que dans le parc Hlm.

Les conditions de logement des allocataires de minima sociaux révèlent des difficultés similaires aux ménages pauvres mais exacerbées : la place de l'habitat social est encore plus prépondérante pour un allocataire de l'API sur deux, un tiers des allocataires de l'ASS et 40 % de ceux au RMI à comparer à 15,6 % de la population générale en 2002. Les allocataires sont plus nombreux à être hébergés par la famille ou des amis (21 % des allocataires de l'AAH, 17 % de ceux du RMI, 12 % de ceux de l'ASS et 12 % de l'API). Ce type de logement concerne particulièrement les jeunes adultes. Enfin, si l'on excepte les ménages d'une personne, la proportion de logements surpeuplés en France est de 7 % en 2002 mais 29 % des allocataires du RMI, 23 % de ceux à l'API, 18 % de ceux à l'ASS et 9 % des bénéficiaires de l'AAH connaissent cette situation.

#### *l'accès aux services bancaires et financiers : des difficultés particulières*

Dans le cadre des travaux de l'ONPES pour 2003-2004, l'exclusion bancaire et financière est définie comme une situation dans laquelle une personne « subit un degré d'entrave dans ses pratiques bancaires et financières, qui ne lui permet plus de mener une vie sociale normale dans la société qui est la sienne ». À partir des travaux de deux équipes à la demande de l'ONPES et de la Caisse des dépôts et consignations, les mécanismes de l'exclusion bancaire et financière sont décrits ainsi que leurs conséquences économiques et sociales.

La loi de 1998 de lutte contre les exclusions a mis en place un droit au compte et défini un service bancaire de base. En 2001, l'absence totale de comptes et services bancaires concerne moins de 1 % des ménages français en particulier grâce au rôle joué par les services financiers de La Poste. 8 % des ménages bénéficiaires de minima sociaux ne disposent d'aucun compte. Ces ménages sont plus nombreux à ne posséder que des cartes de retrait (32 % contre 7 % de l'ensemble de la population), le plus souvent utilisables dans leur seule banque (66 % contre 38 %). Ils ne sont que 54 % à disposer d'un chéquier (contre 96 %) et 40 % d'une carte bancaire (contre 79 %).

Les pratiques des établissements bancaires, orientées par des impératifs de résultats commerciaux, renforcent les difficultés des ménages les plus modestes dans l'usage de services bancaires, souvent vécus comme complexes et incitant donc à un usage restreint.

Ces processus d'auto-exclusion sont renforcés par des obstacles tels que la localisation géographique des agences, la mise en place de distributeurs automatiques ou encore la facturation du retrait d'espèces au guichet. Le recentrage des établissements bancaires sur les clients rentables, auxquels sont proposés des produits nouveaux et une relation personnalisée, contraste avec la relation bancaire des clients aux revenus modestes qui représentent un coût, paient des services plus chers et doivent s'adapter à l'établissement bancaire. Dès lors, lorsqu'elles sont confrontées à des besoins de liquidités, les personnes aux revenus modestes sont incitées à recourir à leurs proches ou à solliciter des établissements de crédit spécialisés aux coûts nettement plus élevés.

L'exclusion bancaire a à cet égard tendance à inscrire les ménages dans des projets exclusivement de court terme et constitue un signal négatif pour l'accomplissement d'autres démarches (accès au logement...). Enfin, le recours aux solidarités familiales ou amicales engendre une dette morale parfois difficilement supportée.

#### *LES POPULATIONS EN DIFFICULTÉ : DES PROBLÈMES SPÉCIFIQUES PERSISTANTS*

En ce qui concerne les populations les plus en difficulté, les études ont principalement porté sur les difficultés spécifiques d'insertion sociale et professionnelle que rencontrent les allocataires des minima sociaux, les conditions de vie des personnes sans domicile, les problèmes d'autonomie et les difficultés des jeunes adultes mais aussi les étrangers, notamment les demandeurs d'asile. Elles révèlent non seulement des difficultés similaires à celles observées chez les ménages pauvres mais aussi des problèmes spécifiques aux populations les plus vulnérabilisées.

#### *l'insertion des allocataires de minima sociaux : un besoin important d'accompagnement social*

En ce qui concerne l'insertion des allocataires du RMI, d'après une enquête menée dans cinq départements sur les contrats avec le recours complémentaire à des données administratives, un peu plus de la moitié (52 %) des titulaires ont signé au moins un contrat d'insertion depuis l'entrée dans le dispositif. Les résultats de cette étude corroborent et approfondissent les enseignements tirés de l'exploitation des enquêtes antérieures sur le contrat d'insertion et le devenir des allocataires du RMI. Elles confirment, au sein des personnes sorties du RMI, une appréciation positive du contrat d'insertion de la part des



individus les plus fragiles et une appréciation plus nuancée (utilité faible ou nulle) chez les allocataires sortis avec un potentiel professionnel plus élevé.

Le jugement porté par les bénéficiaires sur l'efficacité du contrat d'insertion pour le retour à l'emploi conduit en outre à distinguer deux publics aux caractéristiques différentes. Les actions tournées vers l'emploi dispensées dans le cadre du contrat d'insertion - les deux tiers des contrats étant orientés vers la recherche d'emploi, l'accompagnement spécifique ou l'orientation vers un emploi aidé - bénéficient aux publics les plus à même de sortir du RMI mais sont relativement peu valorisées par leurs bénéficiaires. La seconde catégorie d'allocataires en contrat - dont une part importante de quinquagénaires - reçoit surtout un accompagnement social et apprécie fortement l'aide apportée par le contrat d'insertion, notamment l'accès à des aides complémentaires en matière de santé ou de logement.

L'analyse des besoins exprimés d'accompagnement dans le champ social par les allocataires du RMI souligne la place prédominante de la santé - citée par près de la moitié des bénéficiaires -, quasiment à parité avec le logement, suivis par la formation et les aides financières dans près d'un tiers des cas. L'étude a illustré l'obstacle à la reprise d'emploi que peut représenter un état de santé dégradé.

Dans le domaine de l'insertion professionnelle des titulaires de minima sociaux, une exploitation de l'enquête sur le devenir des personnes sorties du RMI a en outre été réalisée pour mieux cerner les facteurs explicatifs du retour à l'emploi. Elle a permis de mettre en évidence le rôle du statut social apporté par le travail dans la motivation des personnes qui reprennent un emploi, au-delà des gains financiers engendrés par la reprise d'activité. En effet, parmi les allocataires sortis vers l'emploi (soit le quart des anciens allocataires), le bilan financier issu des déclarations des enquêtés est neutre pour 21 % d'entre eux et même négatif dans 11 % des cas, tandis que 32 % ont au bout du compte des revenus plus élevés, mais pas de beaucoup. Un septième des allocataires occupant un emploi perçoit d'ailleurs un revenu d'activité trop faible pour sortir du RMI, ce qui tient à la mauvaise qualité de cet emploi, souvent de courte durée, à temps réduit et mal rémunéré. Pour autant, une très large majorité d'allocataires disent se sentir mieux depuis la reprise d'un travail. L'étude montre ainsi la nécessité de compléter les analyses reposant sur la prise en compte des seuls gains financiers à la reprise d'emploi.

Une enquête réalisée au 1er trimestre 2003 auprès de 5 000 bénéficiaires au 31 décembre 2001 de quatre minima sociaux (RMI, API, AAH et ASS) à partir de l'échantillon national inter régimes d'allocat-

res de minima sociaux (ENIAMS) permet de mieux connaître leurs situations et leurs trajectoires.

Au début 2003, plus du quart des allocataires du RMI, de l'ASS et de l'API ne sont plus allocataires du minimum social qu'ils percevaient à l'époque. Seuls les allocataires de l'AAH le demeurent massivement. À cet égard, la sortie des minima sociaux ne se fait pas uniquement vers l'emploi et, lorsque tel est le cas, les revenus tirés de l'emploi peuvent parfois être cumulés avec la perception de l'un des minima sociaux. Les emplois occupés par les bénéficiaires du RMI, de l'ASS et de l'Api sont le plus souvent temporaires, à temps partiel et aidés par l'État avec une prédominance du CES. Une part non négligeable de la sortie du RMI par l'emploi se fait par la création d'entreprises (20 %). Près de la moitié des allocataires du RMI, de l'ASS et de l'Api déclarent être à la recherche d'un emploi au premier trimestre 2003. Parmi ces allocataires, ceux ne recherchant pas un emploi l'expliquent par des raisons de santé (la moitié des bénéficiaires du RMI et 37 % de l'ASS), des raisons familiales (89 % des allocataires de l'API et 37 % de ceux du RMI), un découragement (plus de 50 % des allocataires de l'ASS, 31 % de ceux du RMI et 18 % de l'Api) ou des raisons financières essentiellement les bénéficiaires de l'Api sans doute pour les problèmes et les coûts de garde d'enfants en bas âge.

Enfin, l'étude précitée révèle que bien que très peu d'allocataires déclarent n'avoir aucun contact avec leur famille, ce constat n'empêche pas le développement d'un sentiment d'isolement. Le relatif isolement des bénéficiaires de minima sociaux est également illustré par leur plus faible taux de participation à des activités diverses dans leur quartier : seuls 10 à 15 % des bénéficiaires, suivant le type de prestation perçue, sont inscrits à une activité de ce type (club sportif, association de parents d'élèves...). À titre de comparaison, en 1998, plus du tiers de la population générale adhère à au moins une association.

*les personnes sans domicile :  
des difficultés plus aiguës,  
y compris en termes d'accès aux droits*

La réalisation début 2001 de l'enquête de l'Insee auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement et les distributions de repas chauds a comblé une carence statistique importante en fournissant des données précieuses sur les personnes sans domicile. Les résultats de cette enquête révèlent les problèmes encore plus aigus rencontrés par les personnes sans domicile en particulier en terme d'é-

tat de santé ou de condition de logement mais aussi des difficultés spécifiques comme l'accès aux droits, qui interpellent dans le cadre de la lutte contre les exclusions.

L'enquête a permis de mieux caractériser les personnes sans domicile par rapport à la population générale : elle montre une sur-représentation masculine qui croît avec l'âge, une proportion d'étrangers plus élevée, et un âge moyen relativement faible. Les trois-quarts des personnes sans domicile ont déjà eu un logement personnel. Environ 40 % l'ont perdu au cours des douze derniers mois. La faiblesse de leurs revenus ne leur permet pas d'accéder à un logement indépendant, a fortiori dans un contexte de difficulté accrue d'accès au logement pour les ménages modestes : la moitié dispose d'un revenu inférieur à 380 € un quart perçoit le RMI et un sur dix n'a aucune ressource.

En ce qui concerne le lien à l'emploi, 71 % des sans domicile âgés de 18 à 60 ans se déclarent sans emploi début 2001 (41 % au chômage, 22 % inactifs et 8 % autorisés à ne pas travailler). Cependant, 29 % ont une activité professionnelle, le plus souvent comme employés ou ouvriers. Chez les femmes sans domicile, les professions les plus courantes sont en rapport avec les services directs aux particuliers. Chez les hommes, les secteurs d'activité les plus fréquents sont le bâtiment, le transport ou l'entretien. Leur durée hebdomadaire de travail atteint en moyenne 32 heures. Un sans domicile en emploi sur cinq travaille pour une association.

Cette enquête a permis de disposer également d'éléments sur la santé des sans domicile qui montrent une exacerbation des problèmes rencontrés chez les populations pauvres en difficulté. 16 % des sans domicile usagers des services d'aide s'estiment en mauvaise santé contre 3 % de la population ayant un logement personnel. Plus d'un sans domicile sur dix souffre de maladies respiratoires, de séquelles d'accidents ou de maladies graves. Un sur quatre se juge dépressif. L'état de santé se dégrade proportionnellement à la durée globale passée dans la rue et ce quelle que soit la maladie. Bien que les personnes sans domicile consultent des médecins assez régulièrement, le retard apporté aux soins, les pathologies plus lourdes et leurs difficultés financières expliquent probablement les hospitalisations plus nombreuses.

La problématique de l'accès aux droits, du recours aux prestations sociales, doit enfin être considérée spécifiquement pour les personnes en difficulté. Cette question a ainsi fait l'objet de travaux pour le premier rapport de l'ONPES qui ont porté notamment sur la connaissance des aides et qui ont analysé la perception de certaines personnes en grande

difficulté de ne pas bénéficier de toutes les aides auxquelles elles avaient droit. Cette question, qui s'applique tout particulièrement aux personnes sans domicile, est revisitée par une étude sur le recours aux institutions par ces populations. Cette exploitation de l'enquête de l'Insee menée début 2001 sur les personnes sans domicile révèle que 85 % d'entre eux déclarent avoir vu au moins une fois un médecin au cours des douze derniers mois et 82 % un travailleur social. 60 % des sans domicile déclarent avoir perçu au moins une prestation sociale au moins le mois précédent. Pourtant, entre 5 % et 15 % des personnes sans domicile, vivant seules et éligibles, n'auraient pas recours au RMI.

### *la situation des jeunes adultes : la fragilité de certains publics*

En ce qui concerne les jeunes adultes, le dispositif de suivi statistique des demandes adressées aux fonds d'aide aux jeunes (Faj), institués dans chaque département, permet de mieux connaître la situation de ces publics qui se tournent avant tout vers cette prestation faute d'éligibilité au RMI, ce qui complète les analyses sur la pauvreté monétaire des jeunes adultes (hors ménages d'étudiants) qui peuvent être tirées de l'exploitation de l'enquête annuelle Insee-DGI sur les revenus fiscaux.

Un peu plus de 100.000 jeunes chaque année ont ainsi bénéficié d'une ou plusieurs aides du Faj entre 2000 et 2002. Les bénéficiaires des Faj, qui sont de jeunes adultes de moins de 25 ans en difficulté d'insertion sociale et professionnelle, présentent des caractéristiques inchangées de 2000 à 2002 : neuf demandeurs sur dix ne sont plus scolarisés, près de la moitié n'a aucune qualification et la moitié est au chômage. Les finalités les plus fréquentes des demandes concernent l'alimentation puis le transport. Des disparités départementales importantes existent toutefois en termes de nombre d'aides octroyées et de montant moyen de celles-ci.

Une étude qualitative fournit par ailleurs des indications sur la mise en œuvre des Faj et de la bourse d'accès à l'emploi dans cinq départements métropolitains en analysant les régimes locaux de distribution de ces aides.

S'agissant plus généralement des jeunes adultes de 18 à 29 ans, les conditions de leur autonomisation sont mieux connues grâce à une étude sur leur niveau de vie et la pauvreté monétaire en comparaison européenne, actualisant et développant des analyses déjà publiées par l'ONPES. A niveau d'études et situation professionnelle équivalents, les jeunes vivant chez leurs parents sont mieux protégés de la pauvreté et les hommes et les femmes suivent des

trajectoires différentes dans leur accès à l'autonomie, notamment pour l'indépendance résidentielle. L'absence de diplôme, le chômage et l'inactivité demeurent les principaux facteurs de pauvreté des jeunes sortis du milieu scolaire.

*des difficultés spécifiques  
pour certains étrangers,  
notamment les demandeurs d'asile*

Les travaux de l'ONPES pour 2001-2002 ont permis de mieux cerner la pauvreté des étrangers. Selon l'enquête Revenus fiscaux de l'Insee de 1997, les taux de pauvreté des ménages dont la personne de référence est étrangère sont nettement plus élevés que ceux de la moyenne des ménages : alors que 7 % des ménages vivent au-dessous du seuil de pauvreté en 1997, un quart des ménages de nationalité algérienne, marocaine ou tunisienne sont dans ce cas. D'après des données de la Cnaf au 30 juin 2000, alors qu'environ 30 % des allocataires français et ressortissants de l'Union européenne sont pauvres, plus de la moitié des ressortissants hors UE vivent en dessous du seuil de pauvreté.

En matière d'accès aux droits sociaux, les difficultés sont aggravées pour les étrangers dont les droits diffèrent en fonction de leur statut juridique. La perte d'un emploi peut avoir des incidences sur le renouvellement du titre de séjour avec des conséquences sur les droits sociaux attachés. Enfin, la durée de résidence joue pour certaines prestations comme le RMI dont l'une des conditions d'ouverture du droit comporte la justification d'une résidence non interrompue et régulière en France depuis trois ans.

Enfin, l'étude du logement des immigrés révèle plusieurs types de difficultés spécifiques. En premier lieu, le logement des travailleurs migrants s'avère inadapté : problèmes de cohabitation, normes de confort insuffisantes, vieillissement de la population accueillie, montant élevé des redevances et difficulté de sortir du parc. Les parcours résidentiels des immigrés font apparaître deux modèles : l'un promotionnel vers l'accession à la propriété, l'autre vers l'accès au logement social. Les ménages considérés comme très mal logés sont quatre fois plus nombreux en leur sein que dans l'ensemble de la population. L'analyse de l'attribution du logement dans le parc social révèle en outre certaines formes de discrimination vis à vis des demandes des migrants. L'objectif de la mixité sociale semble ainsi parfois justifier des pratiques discriminatoires de la part des bailleurs.

En outre, les travaux de l'ONPES mettent en exergue la demande croissante émanant de familles demandeurs d'asile. Les structures d'hébergement

pour les personnes sans domicile ne sont pas organisées pour l'accueil de ce public : accueil familial difficile, séjours courts, problème de langue, d'assistance juridique... Bien que l'offre d'accueil ait augmenté dans les centres d'accueil des demandeurs d'asile en 2000 et 2001, le dispositif est saturé non seulement du fait de l'accroissement du nombre des demandeurs mais aussi de la lenteur des procédures d'instruction.

Deux études exploratoires conduites dans les départements du Rhône et des Alpes Maritimes à la demande de la Drees analysent plus avant la spécificité des obstacles auxquels se heurtent les demandeurs d'asile. De façon globale, l'accès aux droits des demandeurs d'asile semble effectivement incertaine et dépendre pour une large part des personnes rencontrées au cours de leur parcours.

En terme d'accès au logement, outre la diversification des structures d'accueil (structures spécialisées, structures d'urgence, CHRS), la situation familiale constitue une variable déterminante pour une population relativement jeune avec une tendance à une répartition par nationalités : les familles accèdent plus facilement à l'hébergement spécialisé. Néanmoins, célibataires et familles sont contraints à la multiplication des lieux de résidence du fait de la durée des procédures mais aussi à vivre dans la rue par périodes.

Les conditions d'hébergement, dans un cadre de vie collectif, induisent en outre des tensions du fait de la cohabitation des familles et des célibataires, des demandeurs d'asile et des publics en précarité sociale mais aussi des habitudes culturelles pas toujours compatibles. Les demandeurs d'asile vivent en outre difficilement l'interdiction de travailler et le manque de ressources qui les contraint, pour la plupart, à recourir à l'aide alimentaire.

*DIFFICULTÉS SOCIALES,  
PROBLÈMES DE SANTÉ  
ET ACCÈS AUX SOINS :  
DES INTERACTIONS MULTIPLES*

Les travaux menés mettent en évidence l'importance du lien entre difficultés sociales, santé et recours aux soins. A cet égard, la couverture maladie universelle a permis aux plus démunis d'accéder à des soins auxquels ils renonçaient avant son instauration.

La surreprésentation de troubles et maladies parmi les personnes en situation précaire apparaît dès le plus jeune âge. Subies de manière prolongée, il semble que les conditions de vie de ces personnes soient à même d'induire, de déclencher ou de révéler

des pathologies latentes. L'accumulation de désavantages sociaux tend ensuite à amenuiser les capacités des personnes à prévenir et à gérer les maladies ainsi que leurs conséquences. Néanmoins, la moins bonne gestion de la santé révèle également les difficultés des dispositifs de prévention à sensibiliser l'ensemble des publics et en particulier les personnes les plus défavorisées .

Plusieurs études ont mis l'accent sur les problèmes très importants d'état de santé qui demeurent à prendre en compte au sein des milieux défavorisés comme la fréquence de l'obésité chez l'enfant, les problèmes de prévalence et de compensation du handicap, la toxicomanie et la contamination par le VIH . Des problèmes particuliers aux personnes les plus vulnérables doivent en outre être pris en charge par les politiques publiques, notamment concernant les allocataires de minima sociaux (RMI, ASS, Api et AAH) qui sont deux fois plus nombreux que le reste de la population à citer un problème de santé chronique et dont plus du tiers pensent que leurs conditions de vie affectent leur état de santé.

*un recours aux soins différencié  
selon le niveau social  
et la situation sur le marché du travail*

Alors que les systèmes d'information d'origine médicale tels que le PMSI sont dépourvus de données sur l'origine sociale des patients, un appariement des Echantillons permanents des assurés sociaux (EPAS) et de l'enquête Santé et protection sociale (SPS) du CreDES, a mis en exergue l'importance des déterminants sociaux des dépenses de santé . La corrélation étroite entre consommation de soins et milieu social, au sens de la personne de référence du ménage, est ainsi confirmée. Les personnes appartenant à des ménages ouvriers sont à l'origine, à structure d'âge et de sexe comparable, des dépenses hospitalières deux fois plus élevées que ceux issus de milieux de cadres ou de professions intellectuelles supérieures. Les dépenses hospitalières comptent pour plus de la moitié de la consommation de soins des ouvriers, contre un tiers chez les cadres et professions intellectuelles supérieures. En corollaire, les dépenses ambulatoires sont plus élevées chez les cadres, avec une différence particulièrement marquée s'agissant des dépenses optiques, de spécialistes et de biologie médicale. Le faible niveau d'éducation est identifié comme un frein à l'accès aux soins de spécialistes, dentaires et optiques.

La situation sur le marché du travail joue également un rôle majeur : toutes choses égales par ailleurs, les personnes au chômage ont une plus faible

probabilité que les actifs occupant un emploi d'engager des dépenses de généralistes, de médicaments ou d'optique ; *a contrario*, lorsqu'ils engagent ces dépenses de soins ambulatoires, elles sont d'un niveau plus élevé que la moyenne -leur recours aux soins est par ailleurs moins fréquent, ce qui suggère un problème d'accès aux soins - ; en outre, les dépenses hospitalières des inactifs sont supérieures de près de 40 % à celles des actifs.

L'exploitation d'une enquête réalisée en janvier 2002 auprès d'un échantillon d'utilisateurs ayant eu recours à un service d'urgence et ayant pu retourner à domicile après ce passage indique que parmi les actifs (ayant un emploi ou chômeurs) un tiers des patients venus aux urgences sans être hospitalisés sont des ouvriers (contre 27 % de l'ensemble de la population). Cette présence importante des milieux sociaux ouvriers et employés parmi les usagers se confirme lorsque l'on prend en compte la profession passée des retraités ou des chômeurs.

*la couverture maladie universelle :  
un net progrès dans l'accès aux soins*

La couverture maladie universelle (CMU), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2000, comporte deux volets, la CMU de base et la CMU complémentaire. La CMU de base permet d'affilier à l'assurance maladie toute personne, résidant en France de façon stable et régulière qui n'est pas couverte au titre de son activité professionnelle ou comme ayant droit d'un assuré, la CMU complémentaire offre une protection complémentaire gratuite en matière de santé aux personnes dont les revenus sont les plus faibles.

À partir des données transmises par la CNAMTS, la CANAM et la CCMSA, un dispositif de suivi permet de mesurer trimestriellement l'évolution du nombre de bénéficiaires tant de la CMU de base que de la CMU complémentaire en distinguant chaque régime. Au 30 juin 2003, un million cinq cent mille personnes étaient affiliées à l'assurance maladie sur critère de résidence (CMU de base), pour la France entière, soit cinq cent mille personnes de plus qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2000. Le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire a lui atteint 5,3 millions au 30 juin 2001, pour se stabiliser ensuite entre 4,6 et 4,8 millions.

Une enquête qualitative a été réalisée auprès des acteurs sur six sites afin de décrire les conditions de mise en place de la CMU fin 2000, concernant l'accès au dispositif ou encore les modifications des rôles des différents acteurs induites par cette réforme. Les résultats ont souligné le caractère essentiel de l'adhésion des professionnels pour faciliter l'accès

concret aux soins, et le rôle primordial joué par les caisses d'assurance maladie dans l'accueil et la diffusion d'information auprès des associations ou directement des publics concernés.

L'enquête a fait ressortir un certain retrait des CCAS et des conseils généraux pour l'aide à la constitution du dossier dans certains sites. Par ailleurs, le versement de prestations soumises à des conditions de ressources a constitué une nouveauté pour le personnel des caisses d'assurance maladie, avec une analyse des ressources souvent ressentie comme complexe par ces agents.

Enfin, la définition du panier de soins couverts par la CMU a pu faire l'objet de divergences d'appréciation entre les soins jugés nécessaires par les professionnels et ceux inclus dans ledit panier, notamment pour les soins dentaires. Certains professionnels de santé reconnaissent diriger les bénéficiaires de la CMU vers les centres mutualistes lorsque la structure de l'offre locale est marquée par une différenciation des tarifs pratiqués.

À partir d'un appariement des Echantillons permanents des assurés sociaux (EPAS) et de l'enquête Santé et protection sociale (SPS) du CreDES pour l'année 2000, l'analyse de l'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins fait ressortir des dépenses brutes plus élevées pour les bénéficiaires de la CMU à l'hôpital et en ville.

Deux enquêtes par échantillon ont été réalisées par la Drees auprès de ménages de bénéficiaires de la CMU complémentaire, la première en novembre 2000 et la deuxième en mars 2003. En mars 2003, les principales caractéristiques de la population bénéficiaire sont semblables à celles observées dans l'enquête de novembre 2000 : une population jeune (39 % âgés de moins de 20 ans, 70 % moins de 40 ans), féminine et comportant peu d'actifs occupés (39 % d'inactifs, 37 % de chômeurs parmi les bénéficiaires âgés de 20 à 59 ans), avec une forte prédominance des milieux ouvriers (37 % de bénéficiaires dont la personne de référence est ouvrier) et employés (26 %). Les bénéficiaires jugent leur état de santé de façon globalement plus défavorable que la population générale. 71 % des ménages de nouveaux affiliés, ayant renoncé à des soins avant de se voir ouvrir le bénéfice de la CMU, ont entamé des soins depuis qu'ils disposent de la CMU. 80 % des personnes interrogées trouvent qu'il est plus facile du point de vue financier de se faire soigner depuis qu'elles sont couvertes par la CMU, le tiers payant étant le principal motif de satisfaction (73 %). Toutefois, une personne interrogée sur cinq indique qu'elle ne peut toujours pas effectuer certains soins du fait de sommes importantes restant encore à charge. 15 % des personnes interrogées

déclarent s'être déjà vu refuser des soins par un médecin ou un professionnel de santé du fait de leur affiliation à la CMU. Néanmoins, 86 % des personnes interrogées indiquent avoir l'impression d'être considérées comme les autres patients dans leurs relations avec les professionnels de santé.

En outre, parmi les allocataires de minima sociaux, plus de 99 % des personnes interrogées ont une couverture sociale ou une demande en cours (87 % des allocataires du RMI bénéficient de la CMU, 71 % de ceux à l'API, 34 % pour l'ASS et 14 % pour l'AAH). Néanmoins, pendant l'année 2002, près de 40 % des allocataires de l'ASS, du RMI et de l'Api disent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières ainsi que 33 % des bénéficiaires de l'AAH.

### *une fréquence préoccupante de l'obésité chez les enfants de milieux défavorisés*

Un cycle triennal d'enquêtes organisées conjointement par la Drees et la DEP avec l'INVS menées par les médecins et infirmiers de l'éducation nationale, permet d'examiner la santé des enfants de trois classes d'âge : les enfants scolarisés en section grande maternelle, en CM2 et en troisième.

La première vague de l'enquête réalisée en 2000-2001 à partir d'un échantillon de 30 000 élèves de 6 ans ne permet pas de connaître le niveau des ressources du ménage dans lequel vivent des enfants mais seulement leur éventuelle scolarisation dans une zone d'éducation prioritaire (Zep). Les résultats de cette enquête révèlent un déficit de dépistage et de prise en échange des troubles de la vision des enfants scolarisés en Zep ainsi qu'une moins bonne santé bucco-dentaire en terme de prévention et de soins des caries. Enfin, la proportion d'élèves manifestant des difficultés, retards ou troubles du langage apparaît sensiblement plus élevée en Zep.

On constate également une proportion plus importante en Zep d'enfants de 6 ans en surcharge pondérale soit 17,3 % contre 13,3 %, sachant que ce risque de surpoids et ses conséquences potentielles sur la qualité de vie des enfants et comme facteur de risque ultérieur (pathologies cardiovasculaires, métaboliques, articulaires, vésiculaires, cancéreuses et augmentation de la mortalité). Cette différence attire l'attention sur les inégalités sociales qui peuvent exister dans le domaine des comportements de nutrition et de santé et de la façon dont elles peuvent se répercuter sur les enfants.

La deuxième vague du cycle triennal d'enquêtes durant l'année scolaire 2000-2001 auprès d'un échantillon représentatif d'adolescents scolarisés en classe de troisième met plus directement en évidence une liaison forte entre prévalence de l'obésité et

milieu social. L'obésité est ainsi dix fois moins fréquente chez les adolescents dont le père est cadre que chez ceux dont le père est ouvrier non qualifié. L'analyse multivariée confirme l'effet majeur de la catégorie socio-professionnelle paternelle sur la prévalence de l'obésité.

### *le poids de l'alcoolisme et la prévalence du VIH*

Des travaux spécifiques sur l'alcoolisme et l'infection par le VIH éclairent la situation des personnes les plus en difficulté et, dans certains cas, les disparités sociales dans leur ensemble.

Une enquête menée en 2000 auprès des médecins généralistes libéraux et des établissements de santé sur la prévalence des problèmes d'alcool chez les personnes ayant recours au système de soins un jour donné, permet de connaître les publics à risque d'alcoolisation excessive ou dépendants à l'alcool. Dans l'ensemble, les patients témoignent d'un risque d'alcoolisation excessive pour un cinquième d'entre eux, en médecine ambulatoire comme à l'hôpital. La proportion de personnes dépendantes à l'alcool atteint 7 % à l'hôpital et 5 % chez les médecins généralistes. Parmi les patients qui consultent, les personnes en situation difficile (personnes sans domicile, au chômage ou en emploi précaire, allocataire de l'AAH, du RMI ou bénéficiaire de la CMU...) sont plus fréquemment touchées par les problèmes d'alcoolisme, qui peuvent à cet égard être considérés comme un marqueur de difficultés sociales.

Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de dépendance à l'alcool est ainsi près de trois fois supérieure chez les chômeurs et deux fois chez les personnes d'emploi précaire que chez les titulaires d'un emploi stable ; celle observée pour les allocataires du RMI serait 2,4 fois celle des personnes ne bénéficiant ni du RMI, ni de la CMU. Globalement, les taux de prévalence les plus élevés se retrouvent au sein des allocataires du RMI, dont un tiers des patients présents à l'hôpital et un quart des patients consultant des médecins généralistes ont été diagnostiqués comme dépendants à l'alcool. Juste après les allocataires du RMI, la situation des chômeurs est à peine moins défavorable ; par degré décroissant de gravité apparaissent ensuite les bénéficiaires de la CMU dont se rapprochent les titulaires d'emploi précaire.

Un éclairage complémentaire en termes d'inégalités socio-professionnelles et de genre peut être tiré de l'analyse de la mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique en France en 1998. Les pathologies directement dues ou principalement liées à une consommation excessive et régulière d'alcool

provoquent surtout le décès de personnes de sexe masculin, particulièrement lorsqu'ils vivent seuls. La mortalité prématurée (avant 55 ans) atteint trois fois plus fréquemment les ouvriers et employés que les cadres supérieurs et professions libérales, l'écart allant de 1 à 10 pour l'alcoolisme et la cirrhose et de 1 à 11 pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures.

S'agissant cette fois de l'infection par le VIH, une étude menée sur les patients soignés en 1999 dans les services hospitaliers de court séjour a mis en évidence la sur représentation de personnes en grande difficulté, à travers le repérage de l'origine principale de leurs ressources. Pour seulement 43 % d'entre eux, leurs ressources proviennent surtout de revenus d'activité, tandis que 20 % perçoivent l'AAH et 6 % le RMI. La proportion d'allocataires de minima sociaux apparaît très forte - 41 % pour l'AAH et 9 % pour le RMI - chez les usagers de drogues injectables, groupe particulièrement fragile en termes d'insertion sociale et professionnelle.

### *des inégalités sociales devant le handicap*

La connaissance du handicap doit beaucoup à l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance (HID) réalisée de 1998 à 2001 par l'Insee en collaboration notamment avec la Drees et l'Inserm. Son exploitation a mis en évidence l'impact des inégalités sociales aux trois stades que sont l'apparition des déficiences (d'origine médicale), leur conversion en incapacités et leur transformation - en relation avec l'environnement social - en désavantages sociaux.

Le processus du handicap se caractérise à chaque étape par une aggravation des inégalités entre les personnes issues de ménages de cadres et professions libérales d'une part et de milieux ouvriers d'autre part. À âge et sexe égaux, le rapport passe de 1 à 2 pour le nombre de déficiences, à 1 à 5 pour le nombre d'incapacités et 1 à 6 pour le non-emploi, désavantage social majeur.

Une étude démontre qu'il existe des différences selon le sexe, l'âge ou le statut social dans les risques d'avoir un problème fonctionnel mais aussi dans les chances de maintenir son autonomie en dépit de ce problème. Les ouvriers, les inactifs ou les agricultrices déclarent ainsi plus de limitations fonctionnelles que les cadres et de surcroît des problèmes globalement plus sévères et plus générateurs de restrictions d'activité. Ces catégories plus exposées sont par ailleurs défavorisées face à la chance de préserver son autonomie en présence de tels problèmes. Une partie des différences sociales provient sans doute de la mise en place de stratégies pour pallier les limitations fonctionnelles, grâce à la mobilisation de res-

sources tant individuelles que collectives : les conditions de vie, les revenus, l'environnement quotidien et le niveau d'instruction favoriseront l'adaptabilité de l'environnement ou encore l'accès à l'information, aux systèmes de soins et de rééducation, aux technologies de compensation des problèmes fonctionnels... Les ouvriers ont ainsi non seulement une espérance de vie plus courte que celle des cadres, mais ils ont donc aussi une espérance de vie sans incapacité moins importante.

Par ailleurs, en ce qui concerne les modes de prise en charge, les personnes handicapées d'origine modeste tendent davantage à être placées en institution pour un même niveau de déficiences ou d'incapacités. Les inégalités sociales devant le handicap se combinent alors aux conséquences des disparités notables, bien qu'en diminution, qui existent dans la répartition territoriale des établissements d'accueil.

### *L'ACTION SOCIALE DES CONSEILS GÉNÉRAUX ET DES COMMUNES : UNE IMPLICATION VARIABLE SELON LES DISPOSITIFS*

Les conseils généraux mais aussi les communes contribuent à la réduction de la pauvreté des populations dont ils ont la charge à travers l'aide sociale légale ou extralégale. Ils apportent ainsi un soutien non négligeable aux personnes en difficulté en complément de l'action conduite par l'Etat ou encore les organismes de sécurité sociale. Cette aide, tant légale que facultative, a en outre vocation à croître notamment dans le cadre du projet de loi relatif aux responsabilités locales.

#### *l'aide sociale des départements : des interventions facultatives complémentaires aux dispositifs obligatoires*

L'aide sociale relève de la compétence des conseils généraux et constitue un dernier filet légal de protection pouvant être complété par l'action sociale facultative. Une enquête annuelle conduite auprès de l'ensemble des conseils généraux permet de disposer de données relatives aux bénéficiaires de l'aide sociale départementale et aux dépenses afférentes.

Les dépenses d'aide sociale représentent entre 1996 et 2000 plus de 52,7 % des budgets départementaux, en baisse légère avec la création de la CMU qui s'est substituée à l'aide médicale départementale. Les charges nettes du RMI ont augmenté en termes réels de 20 % entre 1996 et 2000 ; mais en

2001, les départements n'ont cependant dépensé en moyenne que 15 % des dépenses engagées par l'État au titre du RMI alors que ce pourcentage devait réglementairement atteindre 17 %.

Le rapprochement des données de la Cnaf et de la Drees permet d'analyser les disparités départementales en matière d'aide sociale. Par rapport aux populations potentiellement concernées, la dispersion la plus forte concerne le nombre d'allocataires de RMI et la plus faible le nombre de bénéficiaires de l'aide aux personnes âgées. Plus les dépenses par bénéficiaires sont élevées, moins on observe, en proportion, de bénéficiaires. L'accès à l'aide départementale paraît toutefois plus homogène que ne l'est la couverture assurée par les minima sociaux correspondants (minimum vieillesse, allocation adultes handicapés). Enfin, la richesse des départements est un facteur explicatif important des disparités observées en matière d'aide sociale.

En ce qui concerne plus particulièrement l'aide sociale facultative des départements, en 2002, la distribution de colis ou de repas, l'hébergement (règlement de factures de gaz ou d'électricité), le transport ou le versement d'un secours financier constituent les principales aides des fonds de solidarité départementaux en direction des personnes en difficulté sociale.

Certains départements prennent en outre en charge des heures d'aide ménagère complémentaires pour des ménages disposant de faibles ressources ou présentant des problèmes de santé pour faciliter leur maintien à leur domicile. D'autres prennent en charge des dépenses de soins pour des personnes ne bénéficiant pas de la CMU, notamment pas de la CMU complémentaire, ou qui sortent du dispositif.

Enfin, un certain nombre de départements dispensent des aides financières aux jeunes de moins de 25 ans en difficulté en plus de leur participation aux côtés de l'État aux fonds d'aides aux jeunes (Faj). Ces aides facultatives peuvent prendre la forme d'une allocation complémentaire de ressources dans le cadre d'une démarche d'insertion sociale et professionnelle, d'un soutien financier aux foyers de jeunes travailleurs ou encore d'aides aux étudiants (prise en charge des intérêts bancaires d'un prêt étudiant, prêt d'honneur).

#### *l'action sociale des communes : orientée vers le logement et l'aide alimentaire re pour les communes de taille moyenne*

D'après une enquête réalisée auprès de 1 832 municipalités, une aide en faveur des personnes en difficulté sociale ainsi que des enfants et adolescents

est dispensée par 4 communes sur 10. Plus la commune est grande, plus les champs de l'action sociale communale sont diversifiés. Les communes de plus de 10 000 habitants proposent davantage que les communes moyennes des logements-foyers pour les personnes âgées et des logements d'urgence aux personnes en difficulté.

Une analyse de l'action sociale des communes de 100 à 5 000 habitants permet à cet égard de dégager trois groupes de communes :

- le groupe le plus important concentre ses actions sur les personnes âgées
- un second groupe, rassemblant les communes de plus grande taille, mène une politique sociale intense et diversifiée
- le troisième réunit des communes petites et moyennes dont les interventions sont à la fois moins fréquentes et moins tournées vers les personnes âgées.

Une étude sur les communes de 5 000 à 200 000 habitants, soit 5 % de l'ensemble des communes mais 53 % de la population française, permet de connaître plus spécifiquement les bénéficiaires de l'action sociale de ces communes et le type d'actions menées.

Les communes de plus de 5 000 habitants privilégient dans le cadre de leur politique sociale à destination des personnes en difficulté sociale des services (Faj, purement d'impayés...) plutôt que l'accueil dans des établissements : c'est le cas de moins de deux communes de 5 000 à 200 000 habitants sur dix mais de près de trois communes de 25 000 habitants à 200 000 sur dix.

Près de quatre communes de 5 000 à 200 000 habitants sur dix fournissent une aide au logement que cela se traduise par une sous-location immobilière ou par des logements ordinaires d'urgence mis à disposition. Parmi elles, plus de la moitié ne proposent que des logements ordinaires d'urgence. La fréquence de l'aide au logement augmente avec la taille de la commune. Moins d'un quart des communes disposent d'un service d'accueil d'urgence et parmi les communes de 25 000 à 200 000 habitants, quatre communes sur dix sont concernées.

Près de trois communes sur dix sont gestionnaires d'une banque alimentaire dont l'objet est d'approvisionner les associations humanitaires et caritatives en denrées comestibles mais aussi d'accompagner les associations dans leurs actions. Une commune sur dix a mis en place une épicerie sociale et l'intensité de cette action augmente avec la taille de la commune : c'est le cas de moins d'une commune sur dix de 5 000 habitants à 10 000 habitants et deux communes sur dix de 25 000 à 200 000 habitants.

Les communes de 5 000 à 200 000 habitants par-

ticipent enfin à des fonds pour près de sept sur dix d'entre elles que ce soient les fonds d'aide aux jeunes de moins de 25 ans (Faj), les fonds d'impayés ou les fonds de solidarité de logement (FSL). La moitié des communes enquêtées délivrent des prêts ou des avances remboursables

Cette revue synthétique des études publiées par le système statistique public entre 2001 et début 2004 permet de mettre en exergue les progrès accomplis récemment. Les travaux engagés ont amélioré la connaissance de la situation de catégories spécifiques, comme celle des demandeurs d'asile au sein des dispositifs d'accueil d'urgence ou encore des personnes sans domicile fixe, mais aussi de thématiques en développement telles que l'action sociale obligatoire et facultative des collectivités locales en direction des personnes en difficulté.

À cet égard, la loi du 15 août 2004 relatif aux responsabilités locales prévoit le transfert aux collectivités locales de compétences dont certaines, telles que le Faj ou encore le FSL, auront un impact direct sur la situation des personnes en difficulté. Cette nouvelle décentralisation renforce le besoin de travaux sur l'action conduite par les collectivités locales tant au plan national que local.

Ce tour d'horizon est en outre l'occasion de souligner la nécessité de prévoir des études pour approfondir la connaissance de problématiques nouvelles ou restant à explorer. Tel est le cas de la situation particulière des personnes en difficulté dans les départements d'outre mer. De même, serait-il pertinent d'engager des travaux au delà de l'accompagnement dispensé aux personnes pauvres sur les conditions de travail et les difficultés rencontrées par les travailleurs sociaux à leur contact ou enfin de compléter l'analyse sur certaines populations particulières. ■



## BIBLIOGRAPHIE

- ANGUI S M., avec la collaboration de ALGAVA E., CHANUT J.M. et GILLES Ch. : « Les allocataires de minima sociaux en 2001 », Drees, *Études et Résultats*, n° 209, décembre 2002.
- ANGUI S M., avec la collaboration CHANUT J.M. et GILLES Ch. : « Les allocataires de minima sociaux en 2002 », Drees, *Études et Résultats*, n° 276, décembre 2003.
- AVENEL M. et DAMON J. : « Les contacts avec les intervenants sociaux des sans-domicile usagers des services d'hébergement et de distribution de repas chauds », Drees, *Études et Résultats*, n° 277, décembre 2003.
- BADÉYAN G., FONTAINE D., Mouquet M.C., TRUGEON A., VILLET H. : « Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné », Drees, *Études et Résultats*, n° 192, septembre 2002.
- BALLAIN R. : « Pauvreté, exclusion et logement », Travaux de l'ONPES, 2003-2004.
- BAUBEAU D., CARRASCO V. : « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », Drees, *Études et Résultats* n° 215, janvier 2003.
- BAUDIER-LORIN C. et BONNARDEL C. : « Les disparités départementales en matière d'aide sociale », Drees, *Études et Résultats* n° 269, octobre 2003.
- BAUDIER-LORIN C. : « L'aide sociale facultative des départements en 2002 », Drees, étude à paraître.
- BELLEVILLE A. : « Insertion sociale et conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux », Drees, *Études et Résultats*, n° 300, mars 2004.
- BELLEVILLE A. : « Situations et trajectoires des allocataires de minima sociaux », Drees, *Études et Résultats*, n° 320, juin 2004.
- BERGER E. : « Les entrées en CIE en 2002 », Dares, *Premières Informations*, n° 50-2, décembre 2003.
- BERGER E., Le CIE : « Un retour durable à l'emploi », Dares, *Premières Synthèses*, n° 44.5, octobre 2003.
- BERGER E., DEFOSSEUX M., de PALMAS J.Ph., EVENS K., MAS S., SANCHEZ R, ZAMORA Ph. : « Les bénéficiaires des politiques de l'emploi : des parcours sensibles aux mouvements conjoncturels de l'économie », Dares, *Premières Synthèses*, n° 52.3, Décembre 2002.
- BONNARDEL C.avec MESRINE A. « Les dépenses d'aide sociale de 1996 à 2000 », Drees, *Études et Résultats*, n° 164, mars 2002.
- BONNARDEL C. : « Les dépenses d'aide sociale des départements en 2001 », Dares, *Études et Résultats*, n° 198, octobre 2002.
- Boisguérin B. :  
« La CMU au 31 décembre 2000 », Drees, *Études et Résultats*, n° 107, mars 2001.  
« Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 31 mars 2001 », Drees, *Études et Résultats*, n° 128, août 2001.  
« Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 30 juin 2001 », Drees, *Études et Résultats*, n° 141, octobre 2001.  
« La CMU au 31 mars 2002 », Drees, *Études et Résultats*, n° 179, juillet 2002, DREES  
« Les bénéficiaires de la CMU au 30 juin 2002 », Drees, *Études et Résultats*, n° 211, décembre 2002.  
« Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2002 », Drees, *Études et Résultats*, n° 239, mai 2003.  
« Les bénéficiaires de la CMU au 30 juin 2003 », Drees, *Études et Résultats*, n° 287, janvier 2004.  
« État de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU : un impact qui se consolide entre 2000 et 2003 », Drees, *Études et Résultats*, n° 294, mars 2004.
- BOUCHOUX J., DEMAILLY D., OUTIN J.L. : « Les contrats d'insertion du RMI : pratiques des institutions et perceptions des bénéficiaires », Drees, *Études et Résultats*, n° 193, septembre 2002.
- BOURGEOIS F., EBERMEYER S., SEVIN M. : « Demandeurs d'asile, réfugiés statutaires et déboutés dans les dispositifs d'accueil : étude exploratoire dans le département du Rhône », *Forum réfugiés et Économie et humanisme*, janvier 2004.
- BROUSSE C., de la ROCHERE B. : « Hébergement et distribution de repas chauds : qui sont les sans domicile usagers de ces services », Insee, *Insee Première*, n° 824, janvier 2002.
- CAILLOT L. : « Les enseignements des travaux récents autour de la pauvreté et de l'exclusion : une relecture des études menées sous l'égide de la DREES en 2002 », Drees, *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 4, 2002.
- CAMBOIS E. : « Les personnes en situation sociale difficile et leur santé », Travaux de l'ONPES, 2003-2004.
- CAMBOIS E, ROBINE JM. : « Problèmes fonctionnels et incapacités chez les plus de 55 ans: des différences marquées selon les professions et le milieu social », Drees, *Études et Résultats*, n° 295, mars 2004.
- CAZAIN S., DONNE S., ANGUI S M., GILLES C. : « Le nombre d'allocataires du RMI au 31 décembre 2003 », Drees, *Études et Résultats*, n° 301, avril 2004.
- CEALIS R., Anna SMYK A. : « Insertion par l'activité économique : plus de la moitié des salariés retrouve un emploi hors structure », Dares, *Premières Synthèses*, n° 26.1, juin 2003.
- CHAMBAZ C. : « Les familles monoparentales en Europe : des réalités multiples », Drees, *Études et Résultats*, n°66, juin 2000.
- CHANTEAU J. P., Martine KHERROUBI M., Brigitte LARGUEZE B. : « Exclusion sociale, exclusion scolaire », Travaux de l'ONPES, 2003-2004.
- COURTIoux P., LAPINTE A., LE MINEZ S., PUCCI M., ALBOUY V., BOUTON F. : « Les effets redistributifs et les avantages familiaux du système socio-fiscal », in France, portrait social, édition 2003-2004.
- COLLIN C., GUILLEMOT D., PETOUR P., ZADJELA H. : « Le retour à l'emploi des allocataires du RMI : les enseignements de l'enquête sur le " devenir des personnes sorties du RMI », Drees, *Dossiers Solidarité et Santé* n° 1, janvier-mars 2002.
- DEFOSSEUX M. « Les entrées en CES et CEC en 2002 », Dares, *Premières Informations*, n° 50-1, décembre 2003.
- DEFOSSEUX M. : « La formation au cours du CES : une influence durable sur les parcours mais un accès limité », Dares, *Premières Synthèses*, n° 44-2, octobre 2003.

- DRIANT J.C., Christelle RIEG C. : « Les conditions de logement des ménages à bas revenus », Insee, *Insee Première*, n° 950, février 2004.
- DUTHEIL N. : « L'action sociale des communes : premiers résultats », Drees, *Études et Résultats*, n° 195, octobre 2002.
- DUTHEIL N. : « L'action sociale des communes de 100 à moins de 5 000 habitants », Drees, *Études et Résultats*, n° 271, novembre 2003.
- DUTHEIL N. : « L'action sociale des communes de 5.000 à moins de 200.000 habitants », Drees, *Études et Résultats*, n° 307, mai 2004.
- ESPINASSE M.Th. : « Pauvreté et précarité des étrangers », Travaux de l'ONPES, 2001-2002.
- FRIGOLI G., Jessica JANNOT J. (SOLIIS-URMIS) : « L'hébergement des demandeurs d'asile comme enjeu local », janvier 2004.
- GLOUKOVIEZOFF G. : « L'exclusion bancaire et financière des particuliers », Travaux de l'ONPES, 2003-2004.
- GORGEON C. : « Les fonds d'aide aux jeunes », Drees, *Études et Résultats*, n° 213, janvier 2003.
- GUIGNON N. avec la collaboration de Gérard BADEYAN G. : « La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire », Drees, *Études et Résultats*, n° 155, janvier 2002.
- GUMIOT A., KLEIN T. : « Que deviennent les allocataires du RMI et de l'ASS passés par un dispositif de la politique de l'emploi ? », Travaux de l'ONPES, 2003-2004.
- JOUGLA E., MICHEL E. : « La mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique en France en 1998 », Drees, *Études et Résultats*, n° 153, janvier 2002.
- « L'insertion par l'activité économique en 2002 », Dares, *Premières Informations*, n°52.1, décembre 2003.
- LEFÈVRE C., ZOYEM J.P. : « Les contrats d'insertion du RMI : quelle perception en ont les allocataires ? », Drees, *Études et Résultats*, n° 45, décembre 1999.
- LE MINEZ S., LHOMMEAU B., PUCCI M. : « L'impact des prestations familiales sur le revenu des ménages en 2001 : une estimation à l'aide du modèle de microsimulation INES », Drees, *Études et Résultats*, n° 174, mai 2002.
- LHOMMEAU B., Laurent PAUPY L. : « Les effets redistributifs de la politique familiale : un éclairage à l'aide de quelques cas-typés », Drees, *Études et Résultats*, n° 100, février 2001.
- MOLLET A. : « Le logement des étrangers et des immigrés », Travaux de l'ONPES, 2001-2002.
- MONROSE M. :  
« Les demandeurs de Fonds d'aide aux jeunes : résultats de l'année 2000 », Drees, *Études et Résultats*, n° 113, mai 2001.  
« Les Fonds d'aide aux jeunes : bilan de l'année 2001 », Drees, *Études et Résultats*, n° 173, mai 2002.  
« Les fonds d'aide aux jeunes : bilan de l'année 2002 », Drees, *Études et Résultats*, n° 253, août 2003.
- MONROSE M. : « Les jeunes adultes de 18 à 29 ans : indépendance résidentielle et niveau de vie » Drees, *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 2, avril-juin 2002.
- MORMICHE P., « Inégalités sociales et handicaps » in « Handicaps-incapacités-dépendance. Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID », Drees, *Document de travail*, n°16, juillet 2001.
- NADAL J.M., de PERETTI C., WCISLO M. : « Les patients soignés pour infection à VIH en 1999 dans les services hospitaliers de court séjour », Drees, *Études et Résultats*, n°149, décembre 2001.
- de PERETTI C., Katia CASTETBON K. : « Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième », Drees, *Études et Résultats*, n°283, janvier 2004.
- Rapport de l'ONPES, 2003-2004.
- RAYNAUD D., « L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins », Drees, *Études et Résultats*, n° 229, mars 2003.
- RAYNAUD D. : « Les déterminants individuels des dépenses de santé », Drees, *Études et Résultats*, n° 182, juillet 2002
- RAYNAUD D. : « Les déterminants individuels des dépenses de santé » in « Les dépenses de santé », Drees, *Études et Résultats*, n° 1, janvier-mars 2002.
- RIZK C., : « Le cadre de vie des ménages les plus pauvres », Insee, *Insee Première*, n°926, octobre 2003.
- de la ROCHERE B. : « Les sans domicile ne sont pas coupés de l'emploi », Insee Première n°925, octobre 2003, INSEE.
- STARZEC C. : « Du revenu initial au revenu disponible : le point sur le système socio-fiscal en 2001, in France, portrait social, édition 2002-2003, octobre.
- TREMOUREUX C., Emmanuel WOITRAIN E. : « Les établissements pour personnes handicapées entre 1988 et 1998 : réduction globale des disparités territoriales », Drees, *Études et Résultats*, n° 58, avril 2000.
- Synthèse des rapports de SZEFTEL D., MAGUER A., VOLPINI F. et JSORIA J. par BOISGUERIN B., BURDILLAT M. et GISSOT C. : « La mise en place de la CMU : une synthèse d'études qualitatives sur les premiers mois du dispositif », Drees, *Études et Résultats*, n° 151, janvier 2002.

# VIEILLISSEMENT ET PROTECTION SOCIALE EN EUROPE ET AUX ETATS-UNIS

*Elisabeth ALGAVA \* et Mathieu PLANE\*\**

\* Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale  
Ministère de la santé et de la protection sociale  
Drees

\*\* Département analyse et prévision, OFCE

*Le vieillissement de la population a une incidence potentielle importante sur l'évolution des dépenses de protection sociale. À partir de projections de population de l'ONU et d'un modèle économique simplifié, une projection tendancielle de ces dépenses (hors réformes en cours ou à venir) a pu être réalisée pour sept pays européens et pour les États-Unis à l'horizon de 2050.*

*Selon le scénario central, le rapport du nombre d'inactifs âgés au nombre d'actifs croîtrait dans tous les pays et atteindrait jusqu'à 1,30 en Italie et 1,15 en Espagne, contre 0,40 aux États-Unis.*

*De façon purement tendancielle, c'est-à-dire sans prendre en compte l'impact des réformes en cours et en supposant le maintien du niveau relatif des prestations, la part des dépenses de retraite dans le PIB s'accroîtrait, de 3,6 à 9 points selon les pays, celle des dépenses de santé de 2 à 3,6 points. Celle des dépenses liées à la famille et au chômage aurait plutôt tendance à décroître du fait du vieillissement de la population et de l'hypothèse de retour progressif au plein emploi qui fonde la projection.*

*Cumulées, et toujours selon un scénario purement tendanciel ne prenant pas en compte l'effet des réformes, les dépenses de protection sociale verraient leur part dans le PIB accrue en 2050, de 6 à 12 points selon les pays. Ces résultats, très dépendants des hypothèses du scénario central, sont encadrés par cinq variantes qui permettent d'appréhender leur sensibilité à différents changements possibles.*

L'étude réalisée ici vise à appréhender les effets du vieillissement de la population sur les systèmes de protection sociale de sept pays européens (Allemagne, Espagne, France, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède) et des États-Unis. Ce travail a été engagé suite à une demande du Conseil d'orientation des retraites (COR) et sert d'appui à la troisième partie, Les réformes à l'étranger, du rapport publié en mai 2004 par cet organisme.

Le vieillissement attendu de la population, mesuré par la déformation de la pyramide des âges et l'importance croissante des tranches d'âge les plus élevées, est un phénomène commun à tous les pays. Ses rythmes et son ampleur varient toutefois d'un pays à l'autre. De ce fait, les conséquences en termes de financement de la protection sociale sont potentiellement différentes selon les pays, en dépit d'une tendance commune à l'augmentation globale, entre 2000 et 2050, des dépenses de retraite et de santé rapportées au produit national.

L'étude comparée des mécanismes par lesquels le vieillissement de la population influe sur l'équilibre financier des systèmes de protection sociale est délicate du fait de la complexité et de la spécificité des systèmes de protection sociale propres à chacun des pays. Chaque système est en effet le fruit de structures et de compromis nationaux hérités de longue date. De plus, dans tous les pays, des réformes ont été engagées face aux difficultés potentielles liées au vieillissement, dont les effets sont souvent attendus dans le long terme. Définir un état des lieux à un moment donné est une tâche délicate, en simuler l'évolution d'autant plus. L'exercice proposé ici a pour objectif de réaliser, à partir de la situation actuelle, une projection destinée à fournir un cadre de réflexion commun et comparable, et non de prévoir les évolutions futures jusqu'en 2050.

La méthode utilisée s'appuie sur les scénarios démographiques construits par l'Onu, à partir desquels est réalisée une estimation des variations de la

population active et de l'activité économique. Ce cadrage macroéconomique sert de base à une simulation de l'évolution tendancielle des dépenses de protection sociale, directement liée à l'impact du vieillissement de la population.

## DES ÉVOLUTIONS DÉMOGRAPHIQUES CONTRASTÉES

### les projections de l'Onu

L'Onu a réalisé en 2002 des projections démographiques selon une méthode uniforme pour l'ensemble des pays. Le scénario central de ces projections sert ici de scénario démographique de référence. Ce choix se justifie avant tout par l'optique comparative adoptée ici, l'Onu étant la seule institution à avoir réalisé des projections qui couvrent l'ensemble des pays retenus (encadré 1). Par contre, les hypothèses peuvent varier fortement d'un jeu de projections à l'autre. Ainsi, dans le cas français, l'ampleur attendue du vieillissement est différente selon que l'on retient les projections réalisées par l'Insee, par Eurostat ou par l'Onu (encadré 2). Le scénario central de l'Insee s'appuie sur l'hypothèse d'une croissance plus forte de l'espérance de vie que les autres institutions, aboutissant de ce fait à un vieillissement plus prononcé que dans les scénarios construits par l'Onu et Eurostat.

En termes de fécondité, l'Onu a retenu l'hypothèse d'une convergence très progressive de tous les pays étudiés ici vers un indicateur conjoncturel de fécondité de 1,85 enfants par femme. L'espérance de vie continue

dans cette projection à s'accroître entre 2000 et 2050, mais selon un rythme ralenti par comparaison aux décennies antérieures. Enfin, le solde migratoire est maintenu presque constant, à une valeur proche de celle observée récemment, cela représente, rapporté à la population totale, un taux annuel de migrations nettes à peine supérieur à 0,1 % en Suède et en France, mais qui atteint un maximum de 0,27 %, en Allemagne et aux États-Unis.

### une tendance commune au vieillissement

Dans les projections de l'Onu, la valeur de convergence de l'indicateur conjoncturel de fécondité, de 1,85 enfants par femme, est inférieure au seuil de renouvellement des générations (2,1 enfants par femme). Cela correspond aux situations observées récemment, puisque tous les pays étudiés, à l'exception des États-Unis, se situent assez nettement en deçà de ce seuil. La première conséquence de ce phénomène est la croissance très ralentie de la population (tableau 1), voire même sa décroissance dans certains pays (Italie, Espagne, Allemagne, Suède). Seule la population américaine connaît une croissance entre 2000 et 2050 similaire à celle enregistrée entre 1950 et 2000, pour plus de moitié imputable à son solde migratoire important<sup>1</sup>. En Allemagne, le taux de migrations nettes est également élevé mais son impact est insuffisant pour compenser les conséquences d'une fécondité très faible.

L'impact des variations de la fécondité, qui génèrent la succession de générations plus ou moins nombreuses, se combine avec le phénomène plus

TABLEAU 1 ●

population totale et âge médian, en 1950, 2000 et 2050

	Population totale (en millions)			Population totale (base 100 en 2000)			Age médian		
	1950	2000	2050	1950	2000	2050	1950	2000	2050
Allemagne	68,4	82,2	79,1	83,0	100,0	96,0	35,4	39,9	46,8
France	41,8	59,3	64,2	71,0	100,0	108,0	34,5	37,6	45,1
Espagne	28,0	40,8	37,3	69,0	100,0	92,0	27,7	37,4	51,9
Italie	47,1	57,5	44,9	82,0	100,0	78,0	29,0	40,2	52,4
Pays-Bas	10,1	15,9	17,0	64,0	100,0	107,0	28,0	37,6	44,9
Royaume-Uni	49,8	58,7	66,2	85,0	100,0	113,0	34,6	37,7	43,8
Suède	7,0	8,9	8,7	79,0	100,0	98,0	34,3	39,6	46,3
États-Unis	157,8	285,0	408,7	55,0	100,0	143,0	30,0	35,2	39,7

Source : Onu, World Population Projections, 2002

1 - Ces résultats s'appuient sur la comparaison du scénario central du Census Bureau, assez similaire au scénario central de l'Onu retenu ici, avec le scénario, également réalisé par le Census Bureau, sans aucune migration et les mêmes hypothèses quant à la mortalité et la fécondité. En l'absence de migrations, la population totale ne croîtrait dans cette projection que de 18 % entre 2000 et 2050, contre 45 % dans leur scénario central et la proportion de plus de 65 ans rapportés aux 20-64 ans passerait de 21 % en 2000 à 45 % en 2050, de 21 % à 39 % dans le scénario central. Les migrations ont donc un rôle plus modéré dans l'amortissement du vieillissement.

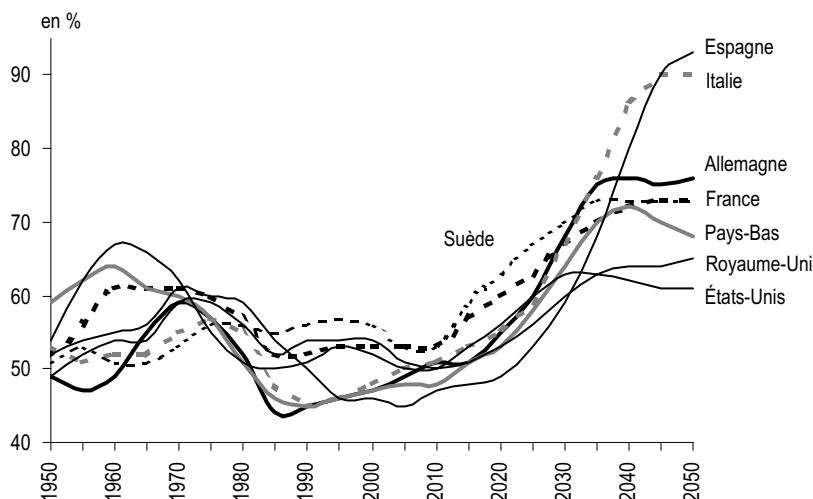
graduel de hausse de l'espérance de vie. De ce fait, si les hypothèses retenues diffèrent selon les scénarios et peuvent être discutées, le constat qui en découle est toujours le même : dans tous les pays, entre 2000 et 2050, la pyramide des âges se déforme dans le sens d'une forte croissance de la part des plus de 65 ans dans la population. L'élévation de l'âge médian que sous-tendent les projections est ainsi plus prononcée entre 2000 et 2050 qu'elle ne l'a été entre 1950 et 2000. En Italie et en Espagne, cet âge médian est proche de 52 ans en 2050 dans le scénario central, alors qu'il reste inférieur à 40 ans aux États-Unis. Dans les autres pays, comme en France, il est voisin de 45 ans en 2050.

Le ratio démographique connaît également une évolution importante. C'est un indicateur majeur pour l'équilibre des systèmes de protection sociale, qui mesure le rapport entre les personnes d'âge actif (qui représentent un potentiel de cotisants ou de contribuables), et celles qui, trop âgées ou trop jeunes, n'ont pas vocation à être actives (mais à être prises en charge par les mécanismes, publics ou privés, de redistribution). Le constat est cependant très différent selon l'indicateur de dépendance démographique que l'on retient (graphique 1). Ainsi, le ratio rapportant de façon globale les personnes âgées de plus de 65 ans et de moins de 15 ans à la tranche d'âge des 15-64 ans est conjoncturellement faible

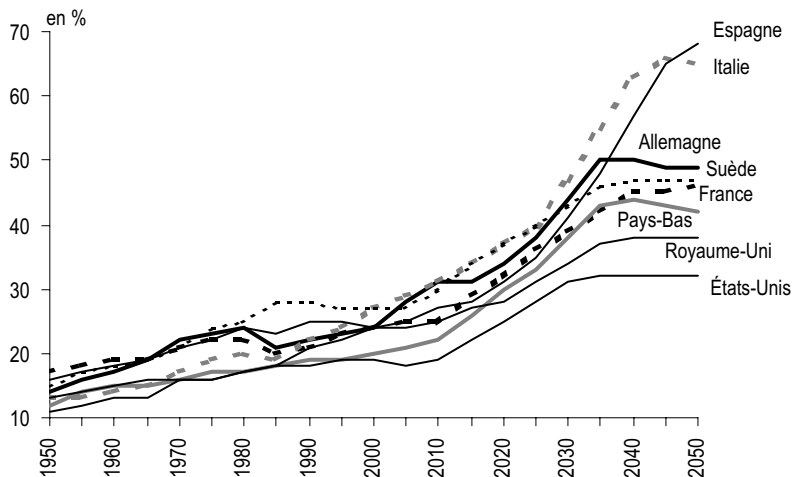
GRAPHIQUE 1 ●

la dépendance démographique, deux indicateurs

a - personnes de 65 ans et plus et de moins de 15 ans, rapportées aux personnes d'âge actif (15-64 ans)



b - personnes de 65 ans et plus, rapportées aux personnes d'âge actif (15-64 ans)



Source : Onu, World Population Projections, 2002

aujourd'hui, que ce soit par rapport aux décennies antérieures, ou futures pour lesquelles une augmentation est attendue. Ce ratio suit en effet l'avancée en âge des générations les plus nombreuses, celles du baby-boom : il s'élève jusqu'à ce qu'elles entrent sur le marché du travail, pour devenir plus faible jusqu'à ce qu'elles atteignent l'âge de la retraite, et s'accroître ensuite. Par contre, si l'on s'intéresse à un ratio de dépendance démographique mesuré par le rapport entre les seules personnes âgées de plus de 65 ans et celles d'âge actif, le constat et les perspectives sont celles d'une croissance continue, directement liée à la hausse de l'espérance de vie, le passage des générations les plus nombreuses se traduisant seulement par des inflexions, et notamment par une accélération à partir de 2010.

### *des spécificités nationales dans le calendrier et l'ampleur du vieillissement*

Comme l'espérance de vie croît à un rythme comparable dans tous les pays étudiés ici, ce sont les différences de fécondité, et surtout de fécondité passée, qui expliquent pour l'essentiel les écarts entre pays dans le calendrier et l'ampleur du vieillissement. Alors qu'en 2000, il y a en moyenne 2,4 personnes de plus de 65 ans pour 10 personnes ayant entre 15 et 64 ans dans les pays étudiés, avec un minimum de 1,9 aux États-Unis et un maximum de 2,7 en Suède et en Italie, les écarts se creusent entre pays à l'horizon de

notre projection. En Italie et en Espagne, il y aurait, en 2050, 7 personnes de plus de 65 ans pour 10 personnes d'âge actif, autour de 3 pour 10 aux États-Unis. Entre les deux, un groupe central de pays aurait environ 5 personnes de plus de 65 ans pour 10 personnes âgées de 15 à 64 ans (c'est le cas en Suède, en Allemagne, en France) ou de 4 pour 10 (Pays-Bas, Royaume-Uni). L'ordre des pays est étroitement lié au niveau passé de leur fécondité : même si tous les pays sont supposés converger vers 1,85 enfants par femme à l'horizon 2050, ce rapprochement est lent : en 2025, l'indicateur conjoncturel de fécondité est ainsi dans les projections de l'Onu de 1,54 en Italie, 1,58 en Espagne, 1,61 en Allemagne. De plus, la faible fécondité actuelle de ces pays, plus encore que son évolution entre 2000 et 2050, explique l'importance du vieillissement de leur population d'ici 2050 : les personnes qui auront plus de 65 ans en 2050 sont en effet nées avant 1985. Ainsi, la hausse du ratio de dépendance s'accélère-t-elle en Allemagne une première fois entre 2000 et 2010, du fait des générations nées avant la seconde guerre mondiale, et une seconde fois vers 2025, cette fois du fait des naissances importantes des années 1960. Au contraire en France, c'est très nettement à partir de 2010 que la proportion de personnes des plus de 60 ans augmente, du fait de l'arrivée à cet âge des générations nées après la seconde guerre mondiale.

#### ENCADRÉ 1 ●

#### LES PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES DE L'ONU

##### Le scénario moyen

*Les pays considérés font tous partie du groupe à fécondité basse de l'Onu. Dans le scénario moyen, tous les pays convergent très progressivement en 2050 vers une fécondité totale de 1,85 enfants par femme, mais selon des sentiers différents.*

*L'espérance de vie connaît une augmentation similaire dans tous les pays, à un rythme ralenti par rapport à la seconde moitié du 20<sup>ème</sup> siècle. Les écarts entre pays sont globalement maintenus, mais assez faibles.*

*Les hypothèses en terme de migrations nettes reposent globalement sur l'hypothèse d'un statu quo des politiques en matière d'immigration. Même si les flux et les politiques en la matière ont été très variables par le passé, la connaissance statistique de leur ampleur est très lacunaire et la prévision des politiques futures est impossible. Aussi cette hypothèse conservatoire s'impose-t-elle de façon quasi identique dans tous les exercices de projection.*

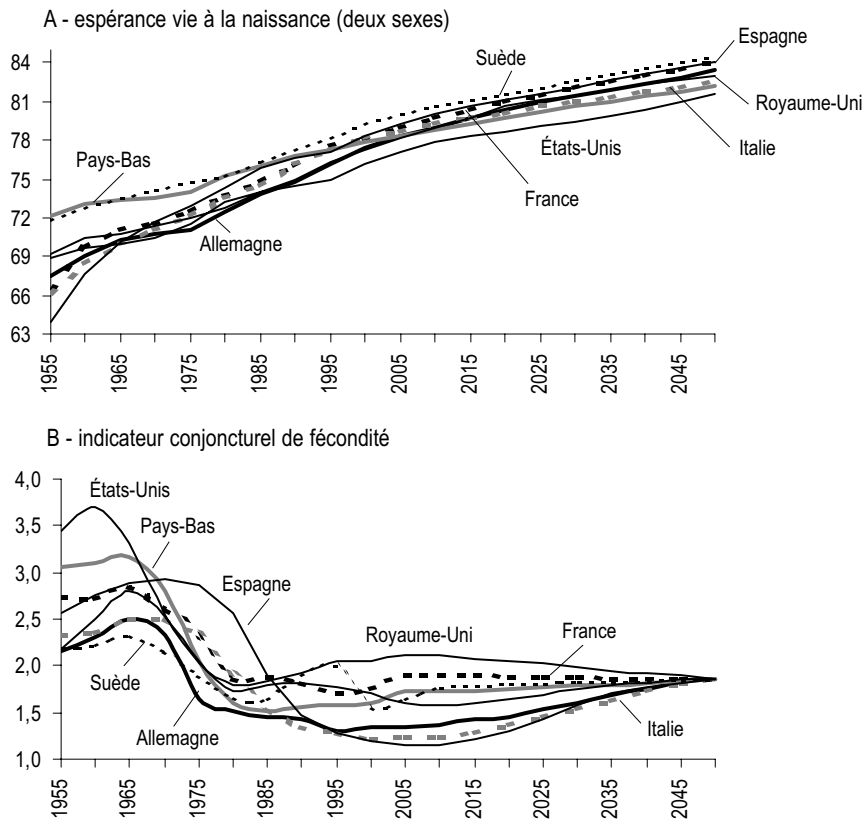
##### migrations nettes annuelles en 2045-2050

	Effectifs (milliers)	Taux (pour 1000 habitants)
Allemagne	211	3
France	75	1
Espagne	56	2
Italie	62	1
Pays-Bas	30	2
Royaume-Uni	135	2
Suède	10	1
États-Unis	1100	3

Source : Onu, World Population Projections, 2002

GRAPHIQUE 1 ●

hypothèses du scénario central



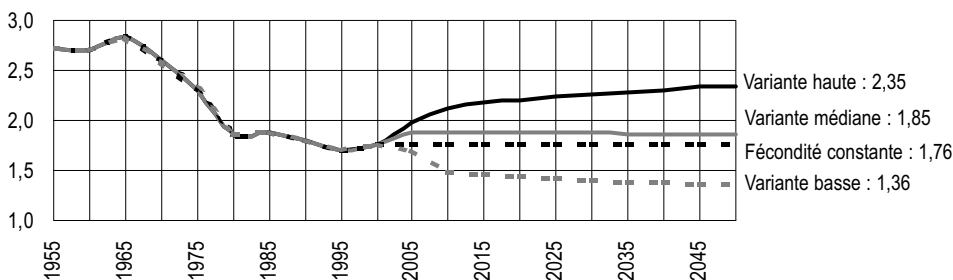
Note : Les espérances de vie et les indicateurs conjoncturels de fécondité (ICF) sont calculées par l'Onu par tranches de cinq ans. L'abscisse " 1955 " désigne par exemple la période " 1950-1955 " et l'abscisse " 2050 ", la période " 2045-2050 ".

les variantes portant sur la fécondité

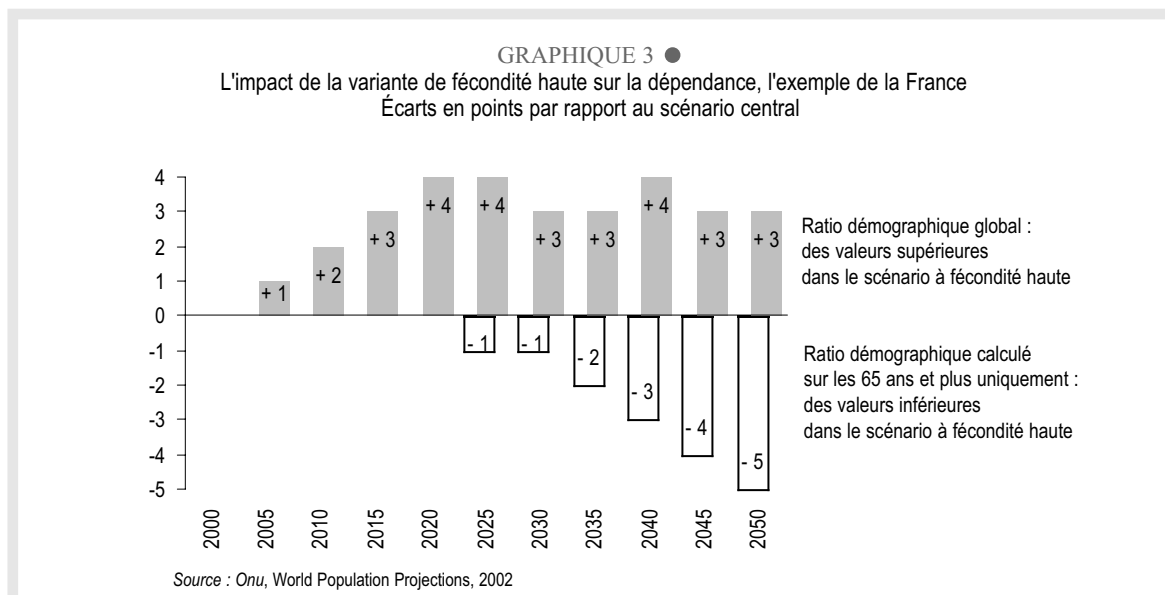
Les variantes proposées par l'Onu ne portent que sur les hypothèses de fécondité. Dans la variante haute, la valeur de convergence de l'indicateur conjoncturel de fécondité est 2,35, soit 0,5 de plus que dans le scénario central (graphique 3). Symétriquement, la variante à fécondité basse fait converger tous les pays vers 1,35 enfants par femme. Enfin, le scénario à fécondité constante maintient le niveau actuel jusqu'en 2050. Sur le ratio de dépendance des personnes âgées, l'impact de ces variantes est facile à démêler : la hausse de l'indicateur conjoncturel de fécondité conduit 15 ans après à augmenter la population d'âge actif et donc diminue le ratio de dépendance (graphique 3). Par contre, la dépendance globale est immédiatement augmentée par la hausse du nombre de personnes de moins de 15 ans, puis l'écart s'atténue lorsque ces personnes supplémentaires deviennent progressivement actives. L'impact de ces variantes sur les dépenses de retraite est donc univoque (plus de fécondité induisant une moindre charge), mais ce n'est pas forcément le cas pour l'ensemble des dépenses de protection sociale.

GRAPHIQUE 2 ●

différentes hypothèses de fécondité, l'exemple de la France



Source : Onu, World Population Projections, 2002



### LES LIENS ENTRE DÉMOGRAPHIE ET ÉVOLUTION ÉCONOMIQUE : LE RÔLE DES TAUX D'ACTIVITÉ

Pour simuler les conséquences de cette évolution démographique au niveau de l'activité économique et du financement de la protection sociale, un modèle est utilisé (encadré 3). Bien que très simplifié, il prend en compte les situations initiales du marché du travail des différents pays et simule l'évolution économique en tenant compte de la contrainte démographique, sur la base d'une hypothèse centrale de retour au plein-emploi. L'évolution des taux d'activité a pour sa part fait l'objet d'estimations économétriques, qui permettent d'obtenir une projection de population active jusqu'en 2050. Nous avons estimé, puis projeté, pour chaque pays, les comportements d'activité masculins et féminins pour six classes d'âge (15-19 ans, 20-24 ans, 25-54 ans, 55-59 ans, 60-64 ans et 65 ans et plus). Outre une tendance temporelle, les variables qui ressortent comme significatives pour expliquer les variations des taux d'activité sont le taux de chômage, la part passée de l'emploi à temps partiel dans l'emploi total et dans le cas de la France, la part des dispositifs de préretraites au sein d'une classe d'âge<sup>2</sup> (encadré 3). Afin d'aboutir à une projection réaliste des taux d'activité, la tendance temporelle prend classiquement la forme d'une courbe logistique qui permet de prolonger les évolutions

observées, jusqu'à un maximum envisageable, en amortissant leur évolution attendue. Cela conduit en projection à ne pas maintenir les mêmes rythmes de croissance des taux d'activité que ceux observés sur la période d'estimation, ce qui aurait pu conduire à des situations impossibles (taux d'activité supérieur à 100 % en 2050) ou improbables (taux d'activité des 55-59 ans supérieurs à ceux des 25-54 ans en 2050).

Les différentes variables intervenant dans l'estimation des taux d'activité sont projetées de la façon suivante : la part de l'emploi à temps partiel est maintenue constante. Le taux de chômage est endogène au modèle : il se réduit du fait de la croissance économique, le retour progressif à l'équilibre du marché du travail attirant un certain nombre d'inactifs vers l'activité (effet de flexion des taux d'activité). En France, le nombre de dispositifs de cessation anticipée d'activité reste stable.

La projection des taux d'activité tient également compte des effets liés à la déformation de la structure démographique de chacune des classes d'âge sur l'évolution du taux d'activité moyen de ces classes. Ces effets d'« âge » sont particulièrement sensibles pour les classes d'âge composées de générations qui ont des taux d'activité différents et dont la structure évolue au cours du temps. Ils jouent ainsi davantage dans les pays où l'âge moyen de chacune des classes d'âge de plus de 50 ans recule au cours du temps. La prise en compte de cet effet d'« âge » dans les projections diminue en 2050 le taux d'activité moyen

2 - En France, le nombre de dispositifs de cessation anticipée d'activité reste stable en France. Cependant, le nombre de personnes en âge d'être potentiellement concernées par ce type de dispositifs augmente, ce qui fait que la proportion de personnes bénéficiant de ce type de dispositifs diminue. Dans certains pays, des dispositifs de cessation anticipée d'activité prenant différentes formes (préretraites, invalidité...) ont été mis en place. Faut de données, nous n'avons pu tester leurs effets sur les taux d'activité. Cependant, comme la plupart de ces dispositifs ont été mis en place pour lutter contre le chômage, ils sont corrélés avec celui-ci. Ces effets sur l'activité liés à des dispositifs institutionnels sont donc partiellement pris en compte dans les effets de flexion dus aux variations du chômage.



des personnes âgées de 15 à 64 ans de 0,4 point dans les 8 pays par rapport à une projection n'intégrant pas cet effet.

Cette évolution des taux d'activité qui fonde le scénario central de la projection est dite au « fil de l'eau » car elle ne fait que prolonger les comportements passés. Cette méthode apparaît adaptée et pertinente pour appréhender sur la base de comparaisons les plus homogènes possibles l'impact direct et spécifique du vieillissement sur l'évolution économique tendancielle des différents pays. Par contre, elle ne permet pas de prendre en compte les effets à venir sur l'activité des réformes engagées, qui sont à un stade plus ou moins avancé selon les pays, et encore moins celles qui pourraient être décidées dans le futur.

### des taux d'activité potentiellement en hausse

Les disparités de taux d'activité sont actuellement grandes entre les pays européens. Les pays du Sud de l'Europe se distinguent par la faiblesse des taux d'activité des personnes en âge de travailler. En Italie et en France, les taux d'activité sont particulièrement faibles aux deux extrémités de la vie active. En Espagne et en Italie, la participation des femmes au marché du travail est plus limitée que dans les autres pays.

Les projections réalisées conduisent à une convergence progressive à la hausse des taux d'activité des différents pays qui porte essentiellement sur les taux d'activité des femmes et des personnes de 55-59 ans. Du fait de la hausse de l'activité féminine, l'Espagne et l'Italie connaîtraient une augmentation du taux d'activité de leur population en âge de travailler (15 à 64 ans), comprise entre 0,8 point et 1,5 point, malgré le vieillissement important de l'âge moyen de cette population (tableau 3). A l'inverse, dans les pays où la participation au marché du travail est d'ores et déjà élevée (Royaume-Uni, Suède et États-Unis) les projections anticipent une baisse d'environ 2 points du taux d'activité des 15-64 ans. La France et l'Allemagne se situent dans une position intermédiaire avec en projection tendancielle une quasi-stagnation de leur taux d'activité. Le seul pays qui fait figure d'exception sont les Pays-Bas où la participation au marché du travail est aujourd'hui supérieure à la moyenne et qui devrait tendanciellement connaître une hausse significative de ses taux d'activité, sous l'effet de l'augmentation de l'activité des femmes hollandaises.

Ainsi, selon les résultats de la projection, les taux d'activité des femmes italiennes et espagnoles âgées de 25 à 54 ans passeraient entre 2000 et 2050

TABLEAU 2 ●

Taux d'activité par classes d'âge et par pays (en %)

	Allemagne	Espagne	France	Italie*	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède**	État-Unis	Moyenne
<b>Femmes 25-54 ans</b>									
2000	76,9	62,8	78,4	60,9	72,8	76,1	85,6	76,7	73,8
2050	83,5	75,1	82,1	74,2	86,1	76,7	85,7	76,5	80,0
Écart (2000-2050)	6,6	12,3	3,8	13,4	13,3	0,6	0,1	-0,2	6,2
<b>Hommes 55-59 ans</b>									
2000	76,0	75,8	65,8	69,2	70,5	74,8	72,8	77,1	72,8
2050	76,3	76,0	71,3	70,6	74,2	74,5	72,3	77,4	74,1
Écart (2000-2050)	0,3	0,2	5,5	1,4	3,7	-0,3	-0,5	0,3	1,3
<b>Femmes 55-59 ans</b>									
2000	55,8	28,3	52,0	33,4	38,9	57,7	66,0	61,3	49,2
2050	58,7	40,2	56,6	43,6	48,1	58,8	67,0	64,6	54,7
Écart (2000-2050)	2,9	11,9	4,6	10,2	9,2	1,1	1,1	3,3	5,5
<b>Ensemble 15-64 ans</b>									
2000	71,7	65,8	67,8	60,3	74,7	76,4	78,1	76,8	71,5
2050	72,1	67,3	67,3	61,1	76,6	74,7	76,4	74,5	71,3
Écart (2000-2050)	0,4	1,5	-0,5	0,8	1,9	-1,7	-1,7	-2,3	-0,2

\*Nous ne disposons pour l'Italie que des tranches d'âge 25-49 ans et 50-59 ans.

\*\*Nous ne disposons pour la Suède que de la tranche d'âge 55-64 ans.

Sources : OCDE, calculs OFCE-Drees.

respectivement de 60,9 % à 74,2 % et de 62,8 % à 75,1 % alors que la moyenne non pondérée des 8 pays passe de 73,8 % en 2000 à 80,0 % en 2050. Le taux d'activité des femmes hollandaises, plus faible que dans les autres pays en 2000, augmenterait également fortement, en raison de la tendance observée au cours de ces trente dernières années (+50 points) qui est prise en compte dans les projections.

La hausse des taux d'activité féminins serait sous ces hypothèses plus modérée en France et en Allemagne. Enfin, aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Suède, les taux d'activité des femmes adultes ont très peu progressé depuis une dizaine d'années et la projection reconduit cette stabilisation entre 2000 et 2050.

De la même manière, plus le niveau de participation au marché du travail des personnes de 55-59 ans est faible en 2000, plus la progression à attendre paraît importante. C'est le cas aux Pays-Bas, en Italie, pour les hommes en France et les femmes en Espagne. Pour les autres pays où l'activité de ces personnes est plus développée en 2000 (États-Unis, Allemagne, Royaume-Uni, Suède), la variation en projection est très faible.

### *des perspectives économiques contraintes par le vieillissement de la population*

Du fait de l'évolution projetée de la population en âge de travailler, et de celle des taux d'activité, la diminution de la population active entre 2000 et

2050 devrait être marquée en Italie et en Espagne où elle atteindrait respectivement 40 % et 32 % (tableau 4). En Allemagne, la diminution de la population active serait également importante (-23 %, soit environ 9 millions d'actifs en moins entre 2000 et 2050). Pour la France, les Pays-Bas et la Suède, la baisse attendue de la population active est plus modérée : elle serait comprise entre 7 % et 8 % en 50 ans. Seul le Royaume-Uni connaîtrait une quasi-stabilité de son nombre d'actifs entre 2000 et 2050 (-2 %), alors que les États-Unis auraient une croissance régulière de leur population active, avec 43 millions d'actifs supplémentaires, soit une hausse de 30 % entre 2000 et 2050, essentiellement expliquée par la forte croissance de la population (+42 %).

Les différences dans les rythmes de croissance à long terme projetés pour les différents pays sont à cet égard étroitement liées à l'évolution de la population active qui détermine l'offre de travail mobilisable. Dans les pays qui connaissent un niveau de chômage élevé en début de période, la projection prend d'abord pour hypothèse un retour au plein-emploi qui s'échelonne entre 2010 en Italie et 2015 en Espagne (tableau 4). Cette date de retour au plein-emploi dépend du niveau initial du taux de chômage et de la dynamique de la population active. A taux de croissance de l'emploi équivalents, le taux de chômage baisse plus rapidement en Italie qu'en France, la décroissance de la population en âge de travailler, et donc de l'offre de travail, y étant plus forte.

TABLEAU 3 ●

évolution de la population active (2000-2050) et contribution de chacune des composantes

	Variation		Contribution à la variation (en points de %)			
	de la population active		Taux d'activité			Démographie
	en millions	en %	Global	Femmes 25-54 ans	55 à 64 ans	
Allemagne	-9,2	-23	2	2	0	-25
Espagne	-5,8	-32	3	4	1	-35
France	-1,8	-7	2	2	1	-9
Italie	-9,5	-40	3	3	1	-43
Pays-Bas	-0,7	-8	6	5	1	-14
Royaume-Uni	-0,7	-2	-1	0	0	-1
Suède	-0,4	-8	-1	0	0	-7
États-Unis	43,7	30	0	0	1	29

Lecture : En Allemagne, la population active diminuerait de 9,2 millions entre 2000 et 2050, soit une baisse de 23 %. Le vieillissement démographique entraînerait une diminution de 25 %, tandis que l'augmentation des taux d'activité permettrait une hausse de 2 %. Le solde est donc une variation de 23 %. La hausse des taux d'activité est par ailleurs en totalité (2 %) imputable aux taux d'activité féminins.

Source : OFCE-Drees

Lorsque toutes les économies ont atteint une situation de plein-emploi et se trouvent donc sur leur sentier de long terme (2<sup>e</sup> phase de la simulation), le taux de croissance du PIB devient déterminé, à productivité du travail donnée, par celui de l'offre de travail, et donc de la population active. Tous les pays européens devraient alors enregistrer une diminution, ou au mieux une stagnation, de l'emploi d'ici 2050, ayant pour origine celle de la population active. Au Royaume-Uni et aux Pays-Bas cette réduction serait faible (-0,1 % en moyenne annuelle), un peu plus forte en France et en Suède (-0,2 %). L'Italie et l'Espagne se trouveraient dans une situation largement plus défavorable, avec une décroissance de 1,1 % par an en moyenne. L'Allemagne se situerait entre la France et l'Italie avec un taux d'évolution annuel moyen de l'emploi de -0,6 %. Seuls les États-Unis connaîtraient une croissance positive de l'emploi (+0,5 % par an). De ce fait, en matière de croissance économique, le contraste entre l'Europe et les États-Unis demeurerait sur la base de ce scénario très marqué : le taux de croissance annuel moyen du PIB potentiel serait faible en Europe (compris entre 0,9 % et 1,8 %) et relativement élevé aux États-Unis (2,3 %).

#### DAVANTAGE D'INACTIFS AGES PAR ACTIF, SURTOUT EN ITALIE ET EN ESPAGNE

Du fait des évolutions ainsi projetées de population active, le ratio de dépendance économique (rapport entre le nombre d'inactifs âgés et d'actifs) augmente très fortement dans tous les pays, les écarts entre pays étant sur ce point plus marqués qu'en matière de dépendance strictement démographique

(supra). On considère ici, dans le numérateur de ce ratio, les personnes de plus de 55 ans qui sont passées de l'activité à l'inactivité après cet âge, sans distinguer les préretraités des retraités. De plus, certaines personnes de plus de 60 ou 65 ans considérées comme inactives peuvent, en réalité, ne pas avoir liquidé leur retraite. Au-delà de l'âge de 75 ans, toutes les personnes en vie sont considérées comme retraitées. Le nombre d'inactifs âgés ainsi estimé est calculé par génération et par année à partir des taux d'activité par âge des personnes de 55 ans et plus. Il s'agit donc d'une évaluation qui ne tient pas compte du statut juridique des personnes. Cela est cohérent avec le fait que les dépenses de retraites prises en compte comportent l'ensemble des dépenses engagées pour les personnes âgées inactives ayant eu une activité auparavant (ou leur conjoint), que celles-ci soient ou ne soient pas retraitées. L'Italie et l'Espagne se distinguent très nettement, avec des ratios atteignant respectivement 1,30 et 1,15 inactifs âgés pour 1 actif en 2050 (graphique 3).

L'Allemagne et la France se trouveraient en 2050, comme en 2000, et sans tenir compte des réformes en cours dans ces deux pays, dans des situations proches du point de vue de cet indicateur (autour de 0,45 en 2000 et 0,80-0,85 en 2050). Un troisième groupe est constitué du Royaume-Uni et de la Suède, avec un rapport en inférieur à 0,6 inactif âgé pour un actif. Les Pays-Bas, dans une situation proche de ces deux pays en 2000, connaîtraient un vieillissement un peu plus marqué, atteignant en 2050 un rapport d'environ 0,65. Enfin les États-Unis ont une trajectoire toujours inférieure aux autres, avec un rapport d'environ 0,40 en 2050.

TABLEAU 4 ●

Les deux phases d'activité

En moyenne annuelle (en %)	1 <sup>re</sup> phase				2 <sup>e</sup> phase		
	de 2000 jusqu'à la date de retour au plein emploi				de la date de retour au plein emploi jusqu'en 2050		
	Emploi	Productivité	PIB	Retour au plein emploi	Emploi	Productivité	PIB
Allemagne	0,8	1,8	2,5	2012	-0,6	1,8	1,2
Espagne	1,0	2,0	3,0	2015	-1,1	2,0	0,9
France	0,8	1,8	2,5	2014	-0,2	1,8	1,5
Italie	0,8	1,8	2,5	2010	-1,1	1,8	0,6
Pays-Bas	Plein emploi				-0,1	1,8	1,6
Royaume-Uni	Plein emploi				0,0	1,8	1,8
Suède	Plein emploi				-0,2	1,8	1,5
États-Unis	Plein emploi				0,5	1,8	2,3

Lecture : Dans la simulation, l'Allemagne connaîtrait entre 2000 et 2012 un taux de croissance annuel moyen du PIB de 2,5 %. Après 2012, date de retour au plein-emploi, la croissance ne serait plus que de 1,2 % en moyenne annuelle.

Source : OFCE-Drees

L'impact potentiel du vieillissement sur les systèmes de protection sociale, et en particulier des retraites apparaît donc très différent selon les pays à l'horizon de 2050. Les pays à faible natalité (Italie et Espagne) cumulent le handicap d'une faible croissance de la population active et de l'augmentation rapide de la population âgée liée aux vagues démographiques passées. Les pays comme la France qui ont conservé une natalité plus forte, sont surtout pénalisés par le passage de la vague du baby-boom, alors que la Suède, à la démographie plus régulière, doit faire face principalement aux effets de l'allongement de la durée de la vie. Enfin, les États-Unis restent le pays où, notamment du fait de l'augmentation régulière de la population, le rapport entre inactifs âgés et actifs devrait rester le plus faible.

### L'IMPACT POTENTIEL DU VIEILLISSEMENT SUR LES DÉPENSES DE PROTECTION SOCIALE

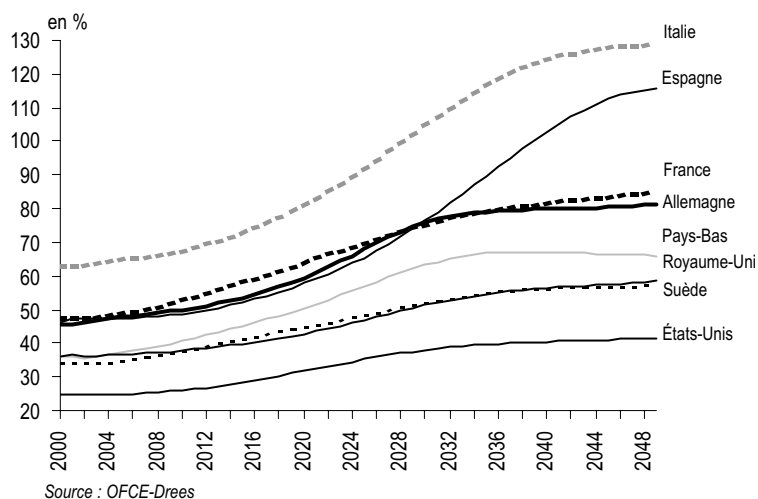
Une fois évalué l'impact tendanciel du vieillissement sur la population et l'activité économique à long terme de chacun des pays, les conséquences de ce phénomène sur les dépenses de protection sociale peuvent être estimées. Cette estimation repose sur

une schématisation forte du fonctionnement des systèmes de protection sociale, qui à partir des différentes fonctions distinguées par le système SESPROS<sup>3</sup> construit par Eurostat pour les pays européens, répartit les dépenses en cinq grands secteurs : les dépenses liées à la vieillesse et la survie sont regroupées dans un secteur « retraite », celles liées à la maladie et à l'invalidité sont regroupées dans un secteur « santé », tandis que d'autres secteurs concernent les dépenses liées à la « famille », au « chômage », et qu'un secteur « divers » regroupe les dépenses de logement et de lutte contre l'exclusion<sup>4</sup>.

La complexité des systèmes nationaux est difficile à prendre en compte dans une telle comparaison tendancielle. Celle-ci ne prend en compte que la (petite) partie des réformes en cours déjà intégrée dans l'évolution observée, et tendanciellement projetée, des taux d'activité, et consiste donc à comparer l'impact tendanciel du vieillissement sur les dépenses, sans tenir compte de l'effet à venir de ces réformes. De ce fait, dans le scénario de référence, l'évolution des dépenses de chacun des secteurs de la protection sociale, exceptée la santé, est estimée en faisant évoluer les prestations moyennes au même rythme que le revenu du travail net moyen et en évaluant les variations du nombre de leurs bénéficiaires.

GRAPHIQUE 2 ●

évolution du ratio de dépendance démo-économique ( retraités / actifs) entre 2000 et 2050



3 - Pour mesurer les dépenses de protection sociale, nous nous appuyons pour les pays européens sur le système SESPROS, construit par Eurostat pour établir une comptabilité uniformisée pour tous les pays de l'Union Européenne. Les États-Unis n'ont pas de système de comptabilité de la protection sociale et comparable.

4 - Dans le cas des États-Unis, en l'absence de données SESPROS, les données les plus similaires possibles sont utilisées, correspondant aux dépenses de retraite évaluées par la comptabilité nationale américaine et, pour les autres postes de dépenses de la protection sociale, par l'OCDE.

Par exemple, les dépenses liées au chômage croissent comme le nombre de chômeurs et le revenu du travail net moyen, ce qui signifie que la dépense moyenne par chômeur évolue par hypothèse comme ce dernier.

Chaque secteur du système de protection sociale est en outre supposé équilibré en permanence par des cotisations supplémentaires à la charge des ménages, venant couvrir le surcroît de dépenses. Cela écarte de l'analyse les problèmes liés au financement des déficits, qu'ils soient publics ou privés lorsqu'il s'agit de systèmes par capitalisation.

Les résultats sont d'abord présentés dans le cadre du scénario central pour chaque secteur de dépenses (retraite, santé, famille, chômage), ainsi que pour le total des dépenses de protection sociale. Dans un second temps, des variantes sont présentées par rapport à ce scénario de référence.

### dépenses de retraite (vieillesse et survie)

Les dépenses de « retraite » sont la somme des postes « vieillesse » et « survie » (qui correspond aux droits dérivés, notamment les pensions de réversion)

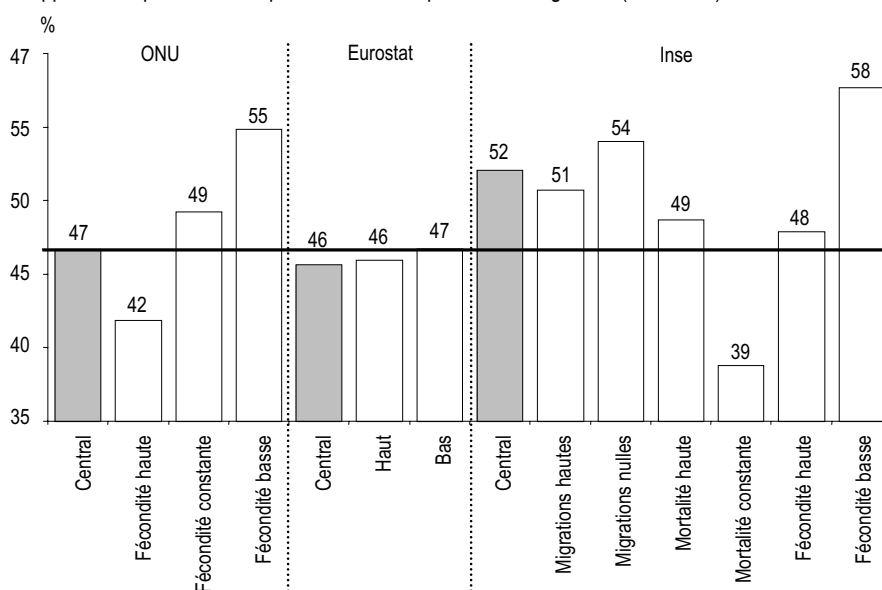
#### ENCADRÉ 2 ●

#### LES PROJECTIONS À L'HORIZON 2050, LES DIFFÉRENTS EXERCICES DISPONIBLES POUR LA FRANCE

*Pour la France, trois institutions ont réalisé des projections démographiques : l'Insee, Eurostat et l'Onu. Le cadre d'analyse est différent dans les trois cas. A la différence de l'Insee, l'Onu et Eurostat ont pour contrainte de retenir un jeu d'hypothèses démographiques cohérent avec celui adopté pour les autres pays.*

*En termes de migrations, les différences sont limitées : seule l'Onu retient une hypothèse de 75 000 personnes par an, les deux autres retenant 50 000 personnes. Pour ce qui est de l'indicateur conjoncturel de fécondité, l'hypothèse médiane retenue est de 1,8 pour l'Insee et Eurostat, de 1,85 pour l'Onu. Sur ces deux premiers critères, les exercices sont donc très similaires. Par contre, des différences notables sont relevées dans les hypothèses concernant l'espérance de vie à la naissance. Les choix de l'Onu et d'Eurostat sont similaires, à 80 ans pour les hommes et 87 ans pour les femmes en 2050, alors que l'Insee se distingue par des espérances de vie sensiblement plus élevées, de 4 ans supérieures pour les femmes et presque 5 ans pour les hommes. Ceci a bien entendu un impact marqué sur les ratios de dépendance, puisque l'espérance de vie est le paramètre qui agit le plus immédiatement et directement sur le vieillissement. Ainsi, par rapport au scénario central d'Eurostat, celui de l'Onu aboutit à des résultats très proches, alors que les scénarios de l'Insee, y compris celui à mortalité haute, produisent des ratios de dépendance plus élevés : 52 % dans le scénario moyen de l'Insee, 49 % dans celui à mortalité élevée contre 47 % dans le scénario moyen de l'Onu (graphique ci-dessous).*

Rapport entre personnes de plus de 65 ans et personnes d'âge actif (15-64 ans) selon le scénario



Source : Onu, Eurostat et Insee, calculs des auteurs

de SESPROS. Toutes les prestations sont incluses, qu'elles soient publiques ou privées, si elles constituent un revenu de remplacement et sont versées périodiquement à partir d'un âge donné, et notamment les pensions de retraite provenant des régimes publics et privés ainsi que les pensions de survie. Les formes individuelles d'épargne sont exclues. Nous avons adopté la définition de SESPROS, fondée sur une distinction entre formes individuelles et collectives d'épargne retraite, ce qui conduit à intégrer dans ces dépenses les systèmes par capitalisation. Il s'agit donc de l'ensemble des dépenses à financer collectivement et non des seules dépenses publiques. Selon les pays, la part des dépenses de retraite ainsi définies dans le PIB était comprise, en 2000, entre 10,9 % aux Pays-Bas et 15,4 % en Italie (tableau 5). La part privée intégrée dans ces dépenses est variable selon les pays. Deux pays européens sont particulièrement concernés, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, où les dépenses publiques de retraite étaient en 2000, selon l'Economic Policy Committee<sup>5</sup> (2003), respectivement de 7,9 % et 5,5 % du PIB, alors que l'ensemble des dépenses de retraite y étaient respectivement 10,9 % et 12,3 %. Pour les États-Unis, on peut estimer ce ratio à 8,9 %, en ajoutant les prestations du

système public et celles des fonds de pension collectifs. Il s'agit d'une estimation et il est difficile d'évaluer la part des dépenses de retraite selon une logique cohérente avec celle du système SESPROS.

Dans la simulation tendancielle, le taux de remplacement macroéconomique est maintenu constant. Il s'agit d'un taux macroéconomique fictif, calculé en rapportant la retraite nette moyenne au revenu du travail net moyen<sup>6</sup>. Il dépend à la fois de la part du PIB que le pays consacre aux retraites, de la proportion des personnes retraitées par rapport aux actifs et du partage de la valeur ajoutée.

Avec cette hypothèse, la part des prestations de retraite dans le PIB évolue tendanciellement sous la seule influence du vieillissement<sup>7</sup> et en fonction de son ampleur. Supposer un « taux de remplacement » constant constitue bien sûr un scénario peu réaliste dans la mesure où les réformes engagées ou à venir dans certains pays modifient ce paramètre, les retraites étant souvent indexées soit sur les prix, soit sur la base d'un taux d'indexation minoré par rapport au salaire net. Cela permet cependant de mettre en évidence de façon intéressante et isolée l'impact spécifique des évolutions démographiques sur les dépenses de retraite dans chacun des pays. Ainsi, en Italie

TABLEAU 5 ●

taux de remplacement « macroéconomiques » maintenus constants  
et part des dépenses de retraite dans le PIB, scénario central

	Taux de remplacement « macroéconomiques » constants (en %)	Part des dépenses de retraite dans le PIB (en %)		
		2000	2050	Écart
Allemagne	68,0	12,0	17,4	+5,3
Espagne	38,0	9,1	17,0	+8,0
France	73,0	12,4	17,4	+5,0
Italie	55,0	15,4	24,3	+8,9
Pays-Bas	72,0	10,9	17,0	+6,1
Royaume-Uni	69,0	12,3	17,8	+5,5
Suède	82,0	11,8	17,5	+5,6
États-Unis	85,0	8,9	12,5	+3,6

Source : OFCE-Drees

5 - Economic Policy Committee, « The impact of ageing populations on public finances : overview of analysis carried out at EU level and proposals for a future work programme », 22 octobre 2003, Brussels..

6 - « Net » s'entend ici net du financement de la protection sociale.

7 - La part des retraites dans le PIB ( $r$ ), dépend de la part des salaires dans le PIB ( $k$ ), du rapport entre la pension moyenne nette et le salaire moyen net ( $t$ ) et du ratio de dépendance démo-économique ( $d = \text{Retraités} / \text{Emploi}$ ). En négligeant l'impact des modes de financement des autres prestations (précisément en supposant que celles-ci sont financées par un impôt direct (type CSG ou IR)), il vient :  $r = k \cdot t \cdot d / (1 + t \cdot d)$

En supposant que la part des salaires dans le PIB et le ratio pension moyenne nette / salaire moyen net sont constants, il s'en déduit que l'évolution de la part des retraites dans le PIB dépend non linéairement de l'évolution relative du ratio  $d$ . L'évolution de  $r$  induite par la modification du ratio démographique dépend donc aussi du niveau de  $t$  du fait de la non linéarité de la relation. Il en résulte que la hausse de part des dépenses de retraite dans le PIB n'est pas strictement proportionnelle à la dégradation du ratio démo-économique. C'est ce qui explique par exemple que la part des dépenses de retraite dans le PIB augmente plus en Grande Bretagne qu'en France.

et en Espagne, la hausse de la part des dépenses de retraite dans le PIB liée au vieillissement est potentiellement très importante (respectivement +8,9 et +8 points). Elle est comprise entre 5 et 6 points de PIB dans les pays en situation intermédiaire en ce qui concerne le vieillissement de leur population (Allemagne, France, Grande Bretagne, Suède et Pays-bas) et plus faible aux États-Unis où le vieillissement est comme on l'a vu plus limité (+3,6 points de PIB).

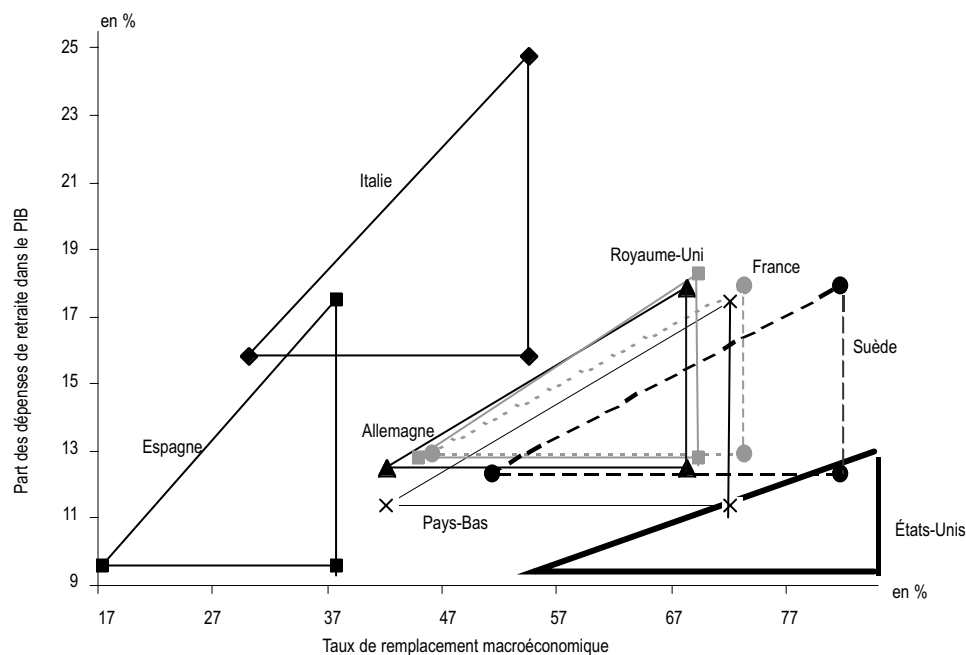
Considérer l'hypothèse opposée à celle retenue dans le scénario tendanciel, en prenant cette fois comme hypothèse que les cotisations sont maintenues constantes et que l'ensemble des effets du vieillissement se répercute sur le taux de remplacement macroéconomique, permet de disposer de deux fourchettes extrêmes, qui définissent les solutions de financement envisageables sans politique de modification de l'âge de cessation d'activité. Logiquement, ce sont les pays qui accuseraient, lorsque l'on fait l'hypothèse d'un maintien des taux de remplacement, la plus forte hausse des dépenses liées au vieillissement, qui devraient accepter la plus forte baisse de

ces taux de remplacement pour maintenir les taux de cotisations inchangés.

La représentation graphique des trois situations évoquées, celle de 2000, celle de 2050 à taux de remplacement inchangé et celle de 2050 à taux de cotisations inchangées, montre à la fois les disparités initiales entre pays et les différences dans l'impact qu'aura potentiellement le vieillissement sur le financement des dépenses de vieillesse et survie (graphique 4). Encore une fois, l'Espagne et l'Italie se distinguent des autres pays, mais la différence de maturité des deux systèmes de retraite se lit également ici : les Espagnols, ayant institué plus tardivement leur régime de retraite, ont un système actuellement moins généreux. La projection effectuée ici ne tient pas compte des effets liés à la maturation de ce système, qui conduiraient à une hausse du taux de remplacement moyen, abstraction faite de toute réforme, du seul fait d'une meilleure couverture de la population. Si cette évolution tendancielle était intégrée à la projection, la situation de l'Espagne en 2050 pourrait alors se rapprocher de celle de l'Italie.

GRAPHIQUE 4 ●

évolution du système de retraites selon que l'impact du vieillissement se traduit en totalité par une hausse des dépenses et des cotisations ou par une diminution des taux de remplacement



Lecture : Pour chaque pays, le point en bas à droite (A pour l'exemple italien) correspond à la situation en 2000. À partir de là, et compte tenu du vieillissement, il faudrait augmenter la part des dépenses de retraite jusqu'au point le plus haut (B) pour maintenir le taux de remplacement macro-économique net constant comme dans notre scénario central, ou au contraire diminuer celui-ci jusqu'au point le plus à gauche pour maintenir une part des dépenses constante (C).

Source : OFCE-Drees

Le graphique fait également apparaître un groupe très homogène de pays qui se trouvent confrontés à des situations relativement similaires, aussi bien actuellement que dans leur situation simulée pour 2050 : il s'agit du Royaume-Uni, de l'Allemagne, de la France et des Pays-Bas. La Suède, malgré un système de retraite plus généreux<sup>8</sup>, serait proche du groupe précédent en terme d'arbitrages à réaliser pour le financement du système de retraites (baisse du taux de remplacement ou hausse des dépenses et des cotisations de retraite dans le PIB). Les États-Unis enfin, se distinguent par un vieillissement nettement moins accentué, et de ce fait les « couples de solutions » (taux de remplacement / taux de cotisations) y apparaissent plus favorables.

### les dépenses de santé

La simulation effectuée ici suppose le maintien des écarts relatifs de dépenses de santé par tête entre pays et ne prend donc pas en compte les éventuelles politiques volontaristes de rattrapage dans les pays les moins généreux ou d'économies dans les pays les plus dépensiers. Par contre, elle tient compte des effets du vieillissement en supposant le maintien des écarts de dépense selon l'âge, ce qui aboutit à une dépense d'autant plus forte que l'âge moyen de la population est élevé.

Les dépenses de santé évoluent en effet tendanciellement sous le poids de la déformation de la pyra-

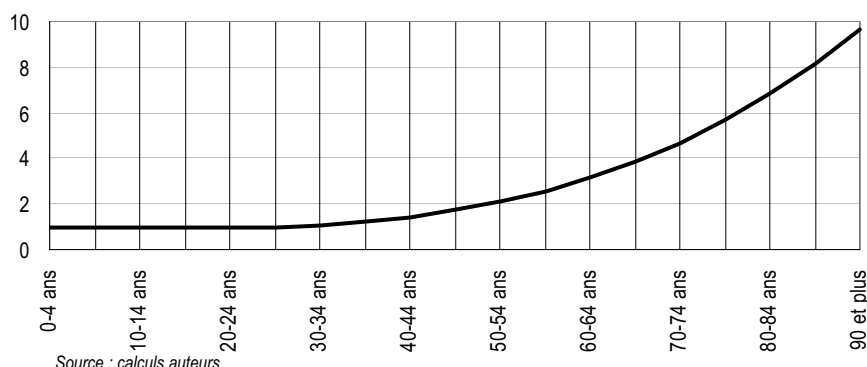
vide des âges : une personne âgée dépense plus pour se soigner qu'une personne jeune. Cet effet est pris en compte par le biais d'un index des dépenses de santé par âge (graphique 4). L'index retenu ici est identique pour tous les pays car les données, trop disparates, ne permettent pas de construire un index propre à chacun d'entre eux. Inspiré essentiellement par des données françaises, il est très proche de celui obtenu par M. Grignon<sup>9</sup>. Par ailleurs, les dépenses relatives de chaque classe d'âge sont maintenues inchangées de 2000 à 2050<sup>10</sup>.

La dépense entre 20 et 24 ans, qui sert de référence pour l'index, est supposée évoluer au même rythme que le produit intérieur brut par tête. Cela signifie d'une part, que les écarts entre pays sont maintenus : un pays qui consacre une part importante de son produit intérieur brut aux dépenses de santé est supposé maintenir un niveau de dépenses plus élevé que les autres pays, une fois contrôlé l'impact propre du vieillissement. D'autre part, cela suppose l'absence de dérive autonome des dépenses de santé par tête par rapport au produit intérieur brut par tête, l'impact d'une telle dérive étant testé à titre de variante.

Selon ces hypothèses, la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut augmente dans tous les pays. Cette évolution serait relativement homogène, dans une fourchette comprise entre 3,0 et 3,6 points de PIB selon les pays (tableau 6), à l'exception du Royaume-Uni pour qui la hausse attendue serait moins

GRAPHIQUE 4 ●

dépenses de santé, en moyenne de tranches d'âge quinquennales, base 1=20 an



8 - La réforme suédoise fait explicitement référence à une modulation de ce taux de remplacement en fonction de l'évolution de l'espérance de vie, ce qui rend donc l'hypothèse de la projection particulièrement théorique, et uniquement destinée à une comparaison de l'impact du vieillissement avec les autres pays.

9 - GRIGNON M., « Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé », Credes, *Questions d'économie de la santé*, série analyse, n°66, mars 2003.

10 - En effet, l'hypothèse d'une réduction relative des dépenses de santé aux âges élevés allant de pair avec l'évolution de l'espérance de vie ne semble pas, à ce stade, être confirmée par les études empiriques, certains travaux plaçant d'ailleurs pour l'évolution inverse.



ENCADRÉ 3 ●

LE CADRE ÉCONOMIQUE DE LA SIMULATION

La démarche de modélisation retenue tient compte des interactions entre la démographie et l'activité économique. Par contre, le système de protection sociale ne rétroagit pas sur les comportements économiques et démographiques. Ainsi, un certain nombre d'effets ont été éliminés comme par exemple l'éventuel effet incitatif du niveau des dépenses de la politique familiale sur la fécondité ou celui de l'organisation du système de retraite sur les taux d'activité.

L'hypothèse essentielle est qu'au plein emploi, la croissance économique évolue au même rythme que celui de la population active augmenté du taux de croissance à long terme de la productivité du travail. Pour les pays qui connaissent actuellement une situation de sous-emploi et ne se trouvent pas sur leur sentier de croissance de long terme, l'évolution économique se déroule en deux phases : une première phase de retour au plein-emploi et une seconde où le niveau d'activité économique est contraint par l'offre de travail.

Durant la première phase, caractérisée par un sous-emploi de la main d'œuvre disponible, le taux de croissance est déterminé de façon exogène (et donc par une contrainte implicite sur la demande). Le taux de croissance de l'emploi résulte alors de l'écart entre la croissance de la production et celle de la productivité du travail. On tient compte en outre de ce que l'augmentation des emplois disponibles, et la résorption progressive du chômage qui en résulte, incitent certains inactifs à se présenter sur le marché du travail pendant la phase de convergence vers l'équilibre. Cet effet de flexion tire les taux d'activité à la hausse et retarde le retour au plein-emploi. Durant la seconde phase, lorsque l'on peut considérer que l'économie est au plein-emploi, c'est l'offre de travail qui contraint le taux de croissance de l'économie, la productivité du travail restant exogène.

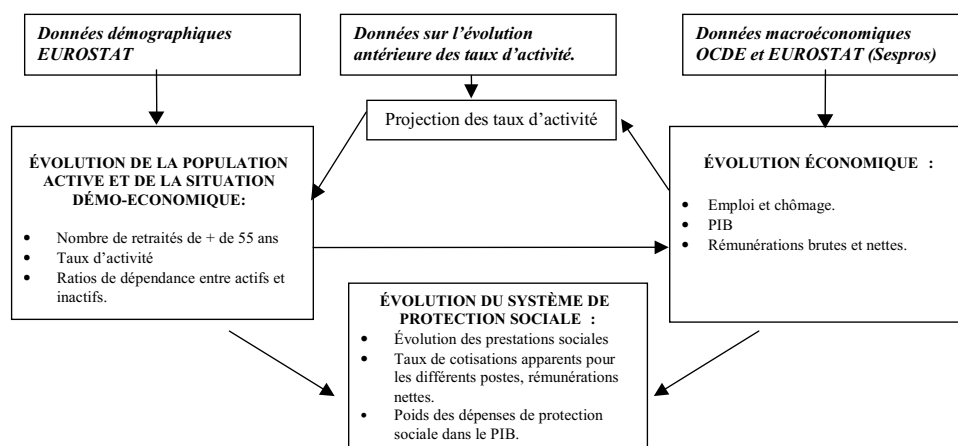
Les hypothèses macro-économiques retenues sont simples et harmonisées :

- Tant que l'économie n'a pas atteint son taux de chômage d'équilibre, elle croît au rythme de 2,5 % par an, sauf en Espagne où l'hypothèse du taux de croissance est de 3 % afin de prolonger le rattrapage entamé depuis quelques années et aux États-Unis où un taux de 2,75 % a été retenu pour prendre en compte une dynamique démographique plus importante que dans les pays européens ;
- Les économies croissent au rythme ainsi défini jusqu'à ce qu'elles atteignent le niveau de taux de chômage d'équilibre, en deçà duquel on considère qu'il est impossible de descendre. Ce taux a été fixé à 5 % pour tous les pays sauf les Pays-Bas (4 %, car le taux de chômage d'équilibre semble plus bas dans ce pays). Pour les États-Unis, malgré un taux de chômage légèrement supérieur à 5 %, nous avons considéré que l'économie américaine était au plein-emploi ;
- Une fois le taux de chômage d'équilibre atteint, la croissance de l'économie résulte de la croissance de la productivité du travail et de celle de la population active. Cette dernière est endogène, contrainte par l'évolution démographique. La croissance de la productivité du travail est pour sa part fixée à 1,75 % dans tous les pays, exceptée en Espagne où elle est de 2 %.

La perspective de long terme, retenue pour simuler l'évolution des comptes sociaux, conduit à retenir l'hypothèse centrale de stabilité du partage du revenu entre le travail et le capital. Cette hypothèse standard conduit à faire évoluer les revenus du travail comme la productivité du travail. La rémunération du travail (superbrute, c'est-à-dire y compris les cotisations sociales salariales et patronales) est donc directement déduite du produit intérieur brut dont elle constitue une part fixe.

Le modèle de simulation utilisé considère le système de protection sociale comme un ensemble financé uniquement par des cotisations sociales. De plus, il n'y a aucune distinction entre cotisations sociales salariales et patronales. Les cotisations sociales sont déterminées par les besoins de dépenses et le système est toujours équilibré<sup>1</sup>. Les cotisations sociales, une fois déduites de la rémunération super brute et de la pension brute, permettent d'obtenir la rémunération nette et la pension nette.

fonctionnement d'ensemble



1 - Les retraités cotisent dans une proportion, variable selon les pays mais fixe dans le temps, par rapport au taux supporté par les rémunérations. Cette proportion est estimée sur la base du taux d'imposition et de cotisations supportés par retraités et salariés en 2000 et du mode de financement des dépenses du système de protection sociale (schématiquement la répartition entre cotisations salariales, patronales et la contribution publique financée par l'impôt).

forte que dans les autres pays (2,2 points de PIB), essentiellement du fait d'un niveau de dépenses plus faible en 2000. Exprimées en taux de variation, ces évolutions permettent de distinguer trois groupes : la part des dépenses de santé augmenterait d'environ un quart dans trois pays (États-Unis, Suède, Royaume-Uni), d'un tiers dans un second groupe de pays (France, Allemagne, Pays-Bas), et enfin de 43 % en Italie et de 49 % en Espagne.

Si on suppose qu'il n'y a pas de dérive des dépenses de santé, deux éléments contribuent à la hausse des dépenses de santé par rapport au PIB : la croissance de la population, si elle est plus rapide que celle du PIB (et notamment si la population active croît moins vite que la population totale) et la déformation de la pyramide des âges qui entraîne un surcoût directement lié au vieillissement. Ces deux facteurs, approchés respectivement dans le tableau par l'évolution du rapport entre population totale et population active et par la part des plus de 65 ans dans la population totale contribuent à expliquer les différences entre pays. Ainsi, les trois pays qui connaîtraient la plus faible croissance tendancielle de la part des dépenses de santé dans le PIB verraient également une augmentation moins prononcée qu'ailleurs de ces deux ratios (tout particulièrement, le rapport entre population totale et population active augmente moins aux États-Unis qu'ailleurs).

#### *les autres dépenses de protection sociale (chômage, famille...)*

Dans la mesure où la projection indexe les dépenses liées à la famille sur le nombre de personnes âgées de moins de 20 ans et les dépenses liées au

chômage sur le nombre de chômeurs, ces deux postes de dépenses voient leur part décroître dans le système de protection sociale et dans le PIB, du fait du vieillissement démographique et des hypothèses macroéconomiques retenues concernant le retour au plein-emploi.

Si l'on additionne les dépenses liées à la famille et au chômage (ainsi que le poste des dépenses diverses), la réduction obtenue dans cette simulation est d'ampleur variable selon les pays. Elle est presque nulle aux États-Unis et inférieure à 1 point en Italie, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas (tableau 7). Dans ces quatre pays, le niveau des dépenses liées au chômage et à la famille est actuellement faible, d'où une marge réduite à la baisse. Par ailleurs, le niveau de chômage est d'ores et déjà assez proche de son niveau d'équilibre, sauf en de l'Italie. Au contraire, en Allemagne, en France et en Espagne, le niveau actuel de chômage est élevé et sa diminution à un horizon de moyen terme dégage une marge financière potentiellement importante. De plus, la France, l'Allemagne, la Suède et l'Espagne consacrent une part importante de leur produit intérieur brut aux dépenses liées au chômage et à la famille (sauf en Espagne où ce dernier poste est faible), et dégagent donc des marges de financement plus importantes lorsque ces dépenses sont appelées à diminuer.

#### *l'évolution de l'ensemble des dépenses de protection sociale*

Tous secteurs cumulés, les dépenses de protection sociale ainsi projetées représenteraient, du fait du vieillissement et toujours en l'absence de réformes

TABLEAU 6 ●

part des dépenses de santé dans le PIB, scénario central

	Part des dépenses de santé dans le PIB (en %)			Évolutions entre 2000 et 2050 (en %)		
	2000	2050	Écart (en points)	Part des dépenses de santé dans le PIB	Rapport entre la population totale et la population active	Part des plus de 65 ans dans la population totale
Allemagne	10,3	13,6	+3,3	32,0	18,0	74,0
Espagne	7,3	10,9	+3,6	49,0	28,0	109,0
France	9,8	13,0	+3,1	33,0	13,0	67,0
Italie	7,5	10,7	+3,2	43,0	23,0	92,0
Pays-Bas	10,6	14,0	+3,5	32,0	10,0	83,0
Royaume-Uni	9,1	11,3	+2,2	24,0	9,0	52,0
Suède	11,8	14,9	+3,0	26,0	10,0	55,0
États-Unis	13,1	16,5	+3,4	26,0	6,0	68,0

Source : OFCE-Drees

des systèmes de santé et de retraite, une part du PIB plus importante en 2050 qu'en 2000, avec une différence comprise entre 6 et 12 points selon les pays. Il faut souligner encore une fois que le raisonnement se fait en l'absence de réformes et en supposant que la hausse des dépenses se traduit uniquement par des cotisations supplémentaires supportées par les ménages, ce qui fournit une projection indicative, ne préjugant pas des réponses politiques qui seront mises en œuvre dans les différents pays.

Le classement des pays, en fonction du poids des dépenses de protection sociale dans le PIB, ne serait pas dans cette hypothèse profondément bou-

leversée entre 2000 et en 2050. L'Italie remonterait toutefois de la 6<sup>e</sup> à la 2<sup>e</sup> position, tandis que la France passerait au contraire de la 2<sup>e</sup> à la 5<sup>e</sup> (graphique 5). Entre 78 % (États-Unis) et 90 % (Italie) de l'augmentation des dépenses aurait lieu entre 2010 et 2040, ce qui correspond à la période durant laquelle le ratio de dépendance se détériore le plus. Plus précisément, dans tous les pays, la hausse la plus marquée est attendue pendant la décennie 2020-2030, sauf en Espagne, où l'augmentation la plus forte des dépenses de protection sociale devrait avoir lieu entre 2030 et 2040, en raison d'un baby-boom plus tardif.

TABLEAU 7 ●

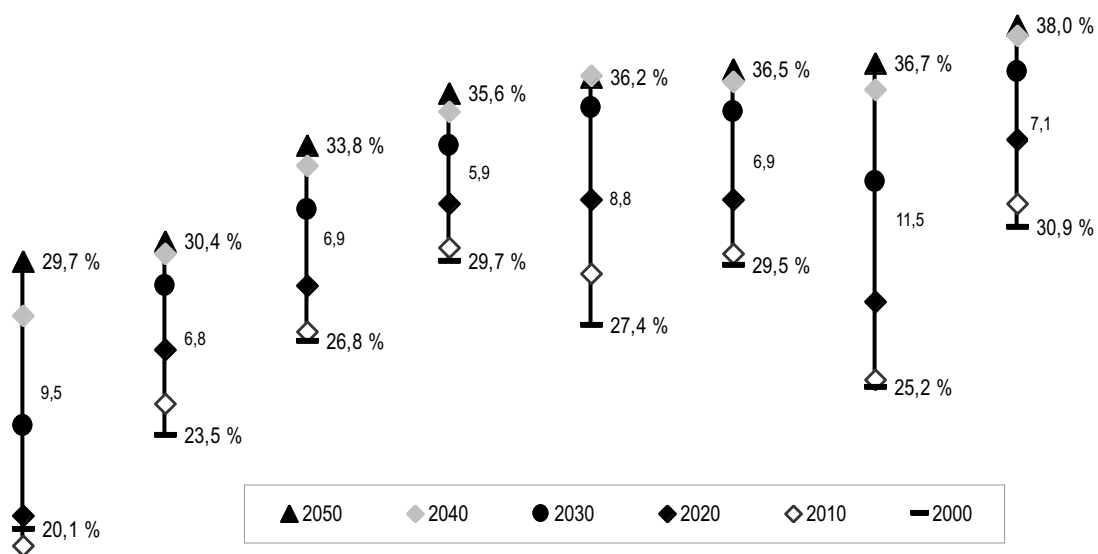
part des dépenses de famille, de chômage et divers dans le PIB, scénario central

	Famille			Chômage			Ensemble*		
	2000	2050	Écart	2000	2050	Écart	2000	2050	Écart
Allemagne	3,0	2,7	-0,4	2,4	1,2	-1,2	7,2	5,5	-1,7
Espagne	0,5	0,4	-0,1	2,4	0,6	-1,8	3,8	1,8	-1,9
France	2,7	2,0	-0,7	1,9	0,8	-1,2	7,4	5,2	-2,2
Italie	0,9	0,7	-0,2	0,4	0,1	-0,3	2,3	1,7	-0,6
Pays-Bas	1,2	0,9	-0,3	1,3	1,3	0,0	5,9	5,3	-0,7
Royaume-Uni	1,8	1,5	-0,4	0,8	0,6	-0,2	5,4	4,7	-0,7
Suède	3,3	2,5	-0,8	2,0	1,4	-0,6	7,2	5,7	-1,5
États-Unis	0,5	0,4	-0,1	0,4	0,4	0,0	1,5	1,3	-0,2

\* : L'ensemble regroupe ici les postes de dépenses « famille », « chômage » et « divers ».  
Source : Calculs des auteurs

GRAPHIQUE 5 ●

évolution de la part des dépenses de protection sociale dans le PIB de 2000 à 2050



Source : OFCE-Drees

Cependant, même si la hiérarchie des pays ne devrait pas a priori être profondément modifiée, il existe entre eux des différences notables, à la fois liées aux caractéristiques actuelles de leur système de protection sociale et aux conséquences que l'ampleur du vieillissement exercerait sur celui-ci :

- La **Suède** a le niveau initial de prestations sociales le plus élevé de l'ensemble des pays étudiés (30,9 % du PIB). En 2050, malgré un baby-boom plus étalé et plus précoce que dans les autres pays, la part de ces dépenses de protection sociale devrait

rester plus importante que dans les autres pays étudiés (38 % du PIB).

- Symétriquement, **l'Espagne** a un niveau initial de protection sociale plus faible que la moyenne (18,5 % du PIB). Cependant, l'importante rupture démographique entre les générations aurait de fortes conséquences sur l'augmentation de ses dépenses de protection sociale (9,6 points de PIB de 2000 à 2050). Le niveau de ces dépenses devrait cependant rester inférieur à la moyenne en 2050. Une convergence de la générosité des systèmes de protection

## ENCADRÉ 4 ●

## L'ESTIMATION ÉCONOMÉTRIQUE DES TAUX D'ACTIVITÉ

Les facteurs qui jouent sur le niveau des taux d'activité sont nombreux, de diverses natures (socio-économiques, culturels ou démographiques) et différents selon le sexe et l'âge. Pour tenir compte au mieux des tendances relatives à chaque pays tout en éliminant le plus possible les différences dans les évolutions simulées imputables à des écarts de méthode, un travail économétrique relativement approfondi a été réalisé.

Les évolutions des taux d'activité par sexe et classes d'âge de chaque pays ont ainsi été estimées à l'aide d'équations incorporant une tendance temporelle logistique (bornée en plus et moins l'infini par des taux d'activité limites), et tenant compte de l'influence du taux de chômage et de la part de l'emploi à temps partiel dans l'emploi total. Pour la France on a tenu compte en outre de l'impact des préretraites.

$$\begin{aligned} \text{Taux d'activité } ij_t = & \alpha * \text{Taux de chômage}_t + \delta * \left( \frac{\text{Emploi Temps partiel } t}{\text{Emploi Total } t} \right) + \beta * \left( \frac{\text{Préretraités } i_t}{\text{Population } i_t} \right) \\ & + (\mu + \lambda * \exp(\rho + \sigma * \text{temps})) / (1 + \exp(\rho + \sigma * \text{temps})) + \mathcal{E}_{\text{taux d'activité } ij_t} \\ i = \text{groupe d'âge} = \{1, \dots, 6\} \text{ et } j = \text{sexe} = \{1, 2\} \end{aligned}$$

Les quatre coefficients de la tendance logistique s'interprètent de la façon suivante :  $\mu$  et  $\lambda$  correspondent respectivement aux taux d'activité limites bas et haut ;  $s$  représente la vitesse de diffusion des comportements d'activité et  $(-\rho/\sigma)$  coïncide avec l'année d'inflexion de l'évolution du taux d'activité.

Le coefficient  $\alpha$  mesure la sensibilité du taux d'activité au taux de chômage, appelée flexion conjoncturelle (tableau). L'amélioration de la situation sur le marché du travail attire en effet une part des inactifs vers l'activité. Certains individus, sensibles à l'amélioration des perspectives d'emploi, cherchent du travail alors qu'ils ne le feraient pas en d'autres circonstances. La baisse du chômage accroît donc, via l'effet de flexion, la participation à l'activité et augmente l'offre de travail.

Mais, la flexion des taux d'activité peut aussi résulter de dispositifs institutionnels comme les préretraites. Le coefficient  $\beta$  mesure ainsi, la sensibilité du taux d'activité au taux de préretraites. Cet effet de flexion institutionnel n'a pu être introduit que pour la France faute de données disponibles pour les autres pays.

Le développement de l'emploi à temps partiel (lorsqu'il est choisi) permet à certaines personnes d'accéder au marché du travail. Le coefficient  $\delta$  mesure la réactivité du taux d'activité à la part du travail à temps partiel dans l'emploi total.

	$\Delta$ Population active / $\Delta$ Chômage (A)	$\Delta$ Chômage / $\Delta$ Emploi (B)
Allemagne	-0,41	-0,71
France*	-0,24	-0,81
Italie	-0,34	-0,75
Pays-Bas	-0,19	-0,84
Royaume-Uni	-0,57	-0,64
Suède	-0,73	-0,58
États-Unis	-0,56	-0,64

\* L'effet de flexion direct est sous-estimé dans le cas de la France car on a tenu compte dans les estimations de la variable préretraites qui est fortement corrélée avec le taux de chômage.

Lecture : En France, la création de 100 emplois permet de réduire le chômage de 81 personnes (colonne B), car 19 personnes, auparavant inactives, saisissent les possibilités d'emploi nouvelles. Une diminution du chômage de 100 personnes entraînera une augmentation de la population active de 24 personnes (colonne A).

Source : calculs OFCE-Drees

sociale en Europe, en renforçant les effets démographiques, alourdirait fortement le poids de la protection sociale dans ce pays.

- La **France** et l'**Allemagne** ont des systèmes de protection sociale plus généreux que la moyenne (environ 29,5 % en 2000). L'Allemagne resterait en 2050 un des pays qui consacre le plus de ressources à la protection sociale (36,5 % du PIB). Avec une démographie plus favorable que l'Allemagne, la France verrait tendanciellement la part de ses prestations sociales s'accroître de 6 points de PIB. Cette hausse est relativement plus limitée que celle des autres pays en raison en particulier des économies réalisées sur les prestations chômage avec le retour au plein-emploi (-1,2 points de PIB) et sur les prestations familiales avec la diminution du nombre de personnes âgées de moins de 20 ans (-0,7 point de PIB).

- Le **Royaume-Uni** et les **Pays-Bas** ont aujourd'hui un niveau de prestations sociales proche de la moyenne (respectivement 26,8 % du PIB et 27,4 % en 2000), mais qui serait plus restreint si on ne prenait en compte que les dépenses publiques de retraite. Le Royaume-Uni, grâce à une démographie plus favorable que celle des Pays-Bas, verrait tendanciellement ses dépenses de protection sociale s'accroître de 6,9 points de PIB entre 2000 et 2050 (contre 8,8 points de PIB pour les Pays-Bas). Les dépenses de santé britanniques pèseraient à cet égard assez peu dans la hausse globale des dépenses (+2,2 points de PIB), ce qui n'est pas le cas pour les Pays-Bas (+3,5 points de PIB).

- L'**Italie** a, dans l'ensemble, un niveau de protection sociale assez circonscrit (25,2 % du PIB en 2000), même si elle en consacre une part importante aux retraites (15,4 % du PIB en 2000). C'est dans cette simulation le pays dont les dépenses de protection sociale augmenteraient tendanciellement le plus (+11,5 points) du fait des dynamiques démographiques attendues. Il serait en effet confronté à un vieillissement marqué de sa population dans un contexte de faible niveau des taux d'activité. De plus, l'hypothèse d'un rattrapage de la générosité du système de santé italien vers une moyenne européenne, non prise en compte dans la projection, alourdirait encore potentiellement le poids des dépenses de protection sociale.

- Enfin, les **États-Unis** ont aujourd'hui un niveau global de prestations sociales plus faible que la plupart des pays européens (23,5 % du PIB en 2000), même si ce pays a des dépenses de santé particulièrement élevées. Malgré une dynamique démographique contrastant avec celle des pays européens, les États-Unis consacraient d'ici 2050 6,9 points de PIB supplémentaires à leur système de protection

sociale entre 2000 et 2050, en raison de la hausse tendancielle des dépenses de santé (+3,4 points de PIB), et de l'absence d'économies potentielles en matière de prestations famille et chômage.

## SEPT VARIANTES POUR ENCADRER LA PROJECTION TENDANCIELLE

Les résultats présentés précédemment sont bien évidemment fortement dépendants des hypothèses retenues dans le scénario de référence. Les sept variantes qui suivent permettent d'en mesurer l'impact, en présentant chaque fois l'incidence d'hypothèses alternatives sur les résultats de la projection.

### *une variante de fécondité haute*

Cette variante, réalisée par l'Onu, repose sur l'hypothèse d'une remontée progressive à 2,35 de l'indice conjoncturel de fécondité, soit 0,5 de plus que dans le scénario central. Les conséquences sur le ratio de dépendance (inactifs âgés / actifs) ne se font sentir par rapport au scénario de référence qu'au bout d'une vingtaine d'années, laps de temps nécessaire pour qu'une génération arrive à l'âge actif. Cependant, à terme, l'effet est important sur les dépenses de protection sociale. En 2050, les dépenses liées à la famille augmenteraient de 0,6 ou 0,7 point en France, en Allemagne ou en Suède (tableau 8). Dans les pays qui dépendent actuellement peu pour la politique familiale, l'augmentation ne serait toutefois comprise qu'entre 0,1 point et 0,2 point de PIB (Espagne, Italie, Pays-Bas).

L'impact de ces hausses sur les dépenses totales de protection sociale est cependant plus que compensé par l'accroissement important du nombre d'actifs en 2050, compris entre 7 % et 12 % selon les pays, qui permet d'abaisser la charge des retraites de 0,6 à 1,3 point de PIB. De même, en diminuant l'âge moyen de la population, l'augmentation de la fécondité permettrait, en 2050, d'économiser sur les dépenses de santé entre 0,5 point de PIB (Italie) et 1,2 point de PIB (États-Unis).

### *une variante de taux de chômage plus élevé*

Dans le scénario de référence, le niveau du taux de chômage d'équilibre est fixé à 5 % de la population active pour tous les pays sauf pour les Pays-Bas (4 %). Néanmoins, l'incertitude sur cette hypothèse est forte dans les pays à taux de chômage élevé. Pour ces pays, nous avons simulé un scénario dans lequel le taux de chômage resterait à un niveau élevé de 2000 à 2050 : 9 % pour la France, l'Italie et l'Espagne

et 8 % pour l'Allemagne (tableau 9). Au contraire de la situation de référence, où le retour progressif au plein emploi améliore le taux d'emploi et le potentiel d'activité, permettant de diminuer la part des dépenses liées au chômage et aux retraites, cette variante aboutit à environ un point de PIB supplémentaire consacré aux dépenses de chômage et de retraite par rapport au scénario de référence.

#### *une variante d'augmentation d'un an de l'âge de cessation de l'activité*

Cette variante suppose un report d'un an de l'âge de cessation d'activité, dans la lignée des réformes qu'ont commencé à mettre en œuvre nombre de pays. Par rapport au scénario de référence, ce report conduirait à une augmentation des taux d'activité des plus de 55 ans, qui accroîtrait l'offre de travail et diminuerait le nombre d'inactifs âgés. À productivité du travail inchangée, la croissance potentielle de l'économie augmenterait, et la part des dépenses de retraite dans le PIB diminuerait par rapport au scénario central. Cette diminution serait comprise entre

0,7 point de PIB (États-Unis, France et Espagne) et 0,9 point de PIB (Allemagne et Royaume-Uni) (tableau 10).

#### *une variante d'alignement du taux d'activité des femmes sur celui de la Suède*

Dans cette variante, nous avons supposé que, dans tous les pays, les taux d'activité des femmes âgées de 25 à 54 ans s'alignaient à l'horizon 2050 sur ceux des femmes suédoises, soit 85,6 %. Le taux d'activité des femmes suédoises sert en effet de référence, dans la mesure où il est le plus élevé des pays étudiés et où ce niveau, atteint dès le début des années 1980, connaît depuis une certaine stabilité. Cette variante permet de mesurer le potentiel d'accroissement de la main d'œuvre féminine, en particulier dans les pays où l'activité féminine est actuellement peu développée : en Italie et en Espagne, cette mobilisation de la main d'œuvre féminine permettrait d'accroître la population active de 4,5 % en 2050 par rapport au scénario central, et de diminuer la charge des retraites de 0,8

TABLEAU 8 ●

variante démographique fécondité haute

Par rapport au scénario central en 2050	Allemagne	Espagne	France	Italie	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	États-Un
Inactifs âgés/actifs (en points de %)	-6,2	-12,9	-7,7	-8,0	-6,2	-4,7	-4,4	-3,9
<b>Dépenses (en points de PIB)</b>								
Famille	+0,7	+0,1	+0,6	+0,2	+0,2	+0,4	+0,7	+0,1
Chômage	+0,0	+0,0	+0,0	+0,0	+0,1	+0,0	+0,0	+0,0
Retraite	-0,9	-1,3	-1,0	-1,0	-1,1	-1,1	-1,0	-0,6
Santé	-0,8	-0,8	-0,9	-0,5	-0,9	-0,7	-0,9	-1,2
Ensemble	-0,9	-1,9	-1,1	-1,2	-1,5	-1,2	-1,1	-1,6

Source : OFCE-Drees

TABLEAU 9 ●

variante taux de chômage élevé

Par rapport au scénario central en 2050	Allemagne	Espagne	France	Italie
Inactifs âgés / Actifs (en pts de %)	+3,9	+6,6	+5,1	+9,1
<b>Dépenses (en points de PIB)</b>				
Chômage	+0,7	+0,5	+0,6	+0,1
Retraite	+0,2	+0,5	+0,3	+1,0
Ensemble	+1,0	+1,0	+1,0	+1,2

Source : OFCE-Drees

point de PIB en Italie et de 0,6 en Espagne (tableau 11). Dans les pays où les taux d'activité féminins sont déjà proches des taux suédois, l'effet est moins important, notamment en France et en Allemagne, dans une moindre mesure au Royaume-Uni et aux États-Unis.

### *une variante sur la diminution des dépenses de santé aux âges élevés*

Les dépenses de santé évoluent sous le poids de la déformation de la pyramide des âges : une personne âgée dépense plus pour se soigner qu'une personne jeune. Cet effet est pris en compte dans la projection par le biais d'un index des dépenses de santé par âge. Dans le scénario central, il est identique pour tous les pays en 2000 et figé dans le temps.

Dans cette variante, la hausse de l'espérance de vie s'accompagne d'un déplacement de l'index des dépenses de santé par âge, reflétant une réduction relative de la dépense de santé aux âges élevés. Les

gains d'espérance de vie sont supposés s'accompagner d'une amélioration de l'état de santé à âge donné et d'une réduction en conséquence des dépenses à cet âge, relativement à celles d'une personne de 20 ans<sup>11</sup>.

Même si les travaux empiriques ne semblent pas confirmer une telle évolution, et font même parfois apparaître une tendance inverse, dans la mesure où l'espérance de vie est prolongée au moins par partie grâce à des dépenses de santé supplémentaires consacrées spécifiquement aux personnes âgées, cette variante donne une idée de l'impact d'une réduction des dépenses de santé aux âges élevés : les économies réalisées sur les dépenses de santé seraient comprises entre 1,4 point de PIB pour le Royaume-Uni et 2 points de PIB pour les États-Unis (tableau 12).

Cependant, cette diminution des dépenses de santé aurait aussi un impact sur les prestations retraites. En effet, la baisse du poids des dépenses de santé dans le PIB implique dans cet exercice de modélisation une diminution des cotisations, donc une hausse

TABLEAU 10 ●

variante recul d'un an de l'âge de cessation d'activité

Par rapport au scénario central en 2050	Allemagne	Espagne	France	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	États-Unis
Inactifs âgés / Actifs (en pts de %)	-5,9	-6,6	-5,3	-4,1	-3,7	-3,5	-3,0
<b>Dépenses (en points de PIB)</b>							
Retraite	-0,9	-0,7	-0,7	-0,8	-0,9	-0,8	-0,7
Ensemble	-0,9	-0,7	-0,7	-0,8	-0,9	-0,8	-0,7

Note : Il n'a pas été possible de réaliser cette variante pour l'Italie, faute de données disponibles suffisamment détaillées par tranches d'âge pour l'activité.

Variante taux d'activité élevé des femmes.

Source : OFCE-Drees

TABLEAU 11 ●

variante taux d'activité élevé des femmes

Par rapport au scénario central en 2050	Allemagne	Espagne	France	Italie	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	États-Unis
Population active (en points de %)	0,9	4,5	1,6	4,5	-0,2	3,5	0,0	3,5
Inactifs âgés / Actifs (en pts de %)	-0,8	-5,1	-1,4	-6,2	0,1	-2,1	0,0	-1,5
<b>Dépenses (en points de PIB)</b>								
Retraite	-0,1	-0,6	-0,2	-0,8	0,0	-0,5	0,0	-0,3
Ensemble	-0,1	-0,6	-0,2	-0,8	0,0	-0,6	0,0	-0,4

Source : OFCE-Drees

11 - Ainsi, si en 2000, une personne de 90 ans dépense a fois plus qu'une personne de 20 ans et une personne de 89 ans b fois plus, si l'espérance de vie augmente d'un an entre 2000 et 2010, alors dans le scénario de référence, la personne de 90 ans dépensera en 2010 toujours a fois plus qu'une personne de 20 ans, mais b fois plus dans la variante présentée ici.

de la rémunération nette des actifs occupés. De ce fait, les retraites, qui sont indexées sur la rémunération nette, verraient leur part augmentée dans le PIB. Cette hausse est comprise entre 0,3 point de PIB pour le Royaume-Uni et 0,6 point de PIB pour l'Allemagne et la France.

*une variante de croissance supplémentaire autonome des dépenses de santé de 0,5 point par an*

Les dépenses de santé par tête à âge donné augmentent dans le scénario central comme le PIB par tête. Ce lien peut refléter un effet de demande (plus les ressources sont élevées plus les individus dépendent pour leur santé) ou d'offre (l'enrichissement des pays permet des techniques de soins de plus en plus coûteuses). Cette hypothèse signifie que les écarts de dépense aujourd'hui constatés entre pays se maintiendraient potentiellement dans l'avenir à âge donné : un pays pourrait être amené à consacrer une part plus importante de son PIB à la santé parce que sa population vieillit, mais sa dépense à âge donné n'augmenterait pas tendanciellement plus vite que la richesse nationale. Cette hypothèse a été retenue de manière à mettre en avant l'effet spécifique du

vieillesse sur la dynamique des dépenses de santé.

Introduire une croissance autonome supplémentaire des dépenses de santé de 0,5 point par an aboutirait à accroître fortement la charge des dépenses de santé dans le PIB par rapport au scénario de référence, de 3 points de PIB pour l'Espagne et l'Italie à 4,6 points de PIB pour les États-Unis (tableau 13). Cette dérive autonome des dépenses de santé aurait un impact supérieur en 2050 à celui de la démographie tel qu'il ressort du scénario de référence. Par contre, l'accroissement des dépenses de santé allègerait mécaniquement le poids des dépenses de retraite dans le PIB, du fait du seul mécanisme d'indexation sur les salaires nets rappelé précédemment : En effet, ceux-ci étant réduits par la nécessité de financer des dépenses de santé supplémentaires, le poids des retraites diminuerait de 0,8 point de PIB (Royaume-Uni) à 1,3 point de PIB (Allemagne et France).

*une variante reprenant pour la France les hypothèses du premier rapport du Conseil d'orientation des retraites (COR)*

La simulation réalisée par le COR dans son premier rapport s'appuyait sur des hypothèses différen-

TABLEAU 12 ●

variante de réduction des dépenses relatives aux âges élevés suivant l'élévation de l'espérance de vie

Par rapport au scénario central en 2050	Allemagne	Espagne	France	Italie	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	États-Unis
<b>Dépenses (en points de PIB)</b>								
Retraite	+0,6	+0,4	+0,6	+0,6	+0,5	+0,3	+0,5	+0,5
Santé	-1,8	-1,4	-1,7	-1,4	-1,8	-1,4	-1,9	-2,0
Ensemble	-1,0	-1,0	-0,9	-0,8	-1,1	-0,9	-1,1	-1,4

Source : OFCE-Drees

TABLEAU 13 ●

variante de croissance supplémentaire autonome des dépenses de santé de 0,5 % par an

Par rapport au scénario central en 2050	Allemagne	Espagne	France	Italie	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	États-Unis
<b>Dépenses (en points de PIB)</b>								
Retraite	-1,3	-0,9	-1,3	-1,2	-1,1	-0,8	-1,2	-1,2
Santé	+3,8	+3,0	+3,6	+3,0	+3,9	+3,1	+4,1	+4,6
Ensemble	+2,1	+2,0	+1,9	+1,6	+2,3	+2,1	+2,4	+3,2

Source : OFCE-Drees



tes de celles retenues ici, essentiellement parce qu'avaient été retenues les hypothèses les plus légitimes ou plausibles dans le cas français, alors que le présent exercice privilégie les hypothèses comparables d'un pays à l'autre. Il est intéressant d'analyser l'incidence de chacune des trois principales différences dans les hypothèses retenues sur les écarts constatés dans les résultats : en premier lieu, le scénario démographique retenu par le COR est celui de l'Insee et non celui de l'Onu ; en second lieu, le taux de remplacement n'est pas constant, mais la pension moyenne nette évolue comme le salaire net moyen minoré de 0,5 point par an ; enfin l'évolution des autres dépenses (santé, famille, chômage), n'est pas prise en compte dans la simulation réalisée par le COR.

Une fois toutes les différences prises en compte, les résultats paraissent très similaires : la hausse mesurée avec ces hypothèses de la part des dépenses de retraites dans le PIB serait dans l'exercice présent de +3,6 points, avec une diminution de 13 points du taux de remplacement macroéconomique fictif, alors que le même scénario donnait dans le rapport du COR une hausse de 3,7 points de dépenses de retraite et un recul de 14 points du taux de remplacement macroéconomique fictif (tableau 14). L'hypothèse de diminution du taux de remplacement (colonne C) réduit de moitié la hausse des dépenses de retraite nécessaire à l'équilibre du système. Il faut noter que cette hypothèse de « désindexation » correspond aux orientations des réformes des retraites de 1993 et de 2003. Par contre, les deux autres sources de différence conduisent la simulation à des résultats plus élevés que dans le scénario de référence : le scénario démographique de l'Insee (colonne A) s'appuie sur

une espérance de vie plus élevée en 2040 et conduit donc à un vieillissement plus prononcé, qui pèse aussi bien sur les dépenses de santé que de retraite. La neutralisation des dépenses de protection sociale hors retraite (colonne B) a pour sa part un effet à la baisse sur les dépenses de retraite. Dans le scénario de référence, le solde de la hausse des dépenses de santé (+3,1 points de PIB) et de la baisse des secteurs famille, chômage et divers (-2,2 points) est positif. Dans le scénario du COR, l'hypothèse d'une stabilisation des dépenses de protection sociale hors retraites a été retenue et donc les cotisations nécessaires au financement de ces dépenses n'augmentent pas. Le salaire net moyen est donc plus élevé dans ce scénario que dans celui de référence. De ce fait, la pension moyenne nette augmente elle aussi un peu plus, ainsi que les dépenses de retraite (+5,0 contre +4,7 dans le scénario de référence). ■

TABLEAU 14 ●

variante reprenant pour la France les hypothèses du premier rapport du COR

	Scénario de référence	A Insee	B neutralisation	C désindexation	A+B+C+D	Scénario central COR
<b>Taux de remplacement macroéconomique fictif</b>						
Valeur en % en 2040	73	73	73	60	60	64
Évolution 2000-2040 (en points de %)	-	-	-	-13	-13	-14
<b>Évolution de 2000 à 2040 des dépenses de protection sociale (en points de PIB)</b>						
Retraite	+4,7	+5,4	+5,0	+2,5	+3,6	+3,7
Santé	+2,8	+3,3	+0,0	+2,8	-	-
Ensemble	+5,4	+6,3	+5,0	+3,5	+3,6	-

A : Le scénario central de l'Insee remplace celui de l'Onu

B : L'évolution des dépenses de protection sociale hors retraites (santé, famille, chômage) est neutralisée

C : La pension moyenne nette évolue comme le salaire net moyen moins 0,5 point

D : La productivité du travail croît au rythme de 1,6% par an (au lieu de 1,75 %) quand l'économie atteint son taux de chômage d'équilibre à 4% (au lieu de 5 %).

# MESURE DE LA PERFORMANCE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

*Dominique BAUBEAU et Céline PEREIRA*

Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale

Ministère de la santé et de la protection sociale

Drees

*Pourquoi et comment mesurer la performance dans le domaine de la santé ?*

*Si cette question du « pourquoi de la mesure » s'avère évidente car légitime,*

*il est plus difficile de donner*

*une seule et unique réponse à la question ;*

*« comment la mesurer » ?*

*En effet, il s'agit là d'une entreprise difficile*

*qui fait écho à la complexité*

*des déterminants de santé,*

*à la multiplication des intervenants*

*ainsi qu'à la nécessité de procéder*

*par comparaison.*

*Quel est le champ considéré ?*

*Parle-t-on du système de santé*

*avec l'ensemble de ses composantes,*

*du seul système de soins ou encore*

*du système hospitalier ?*

*Cette étude met en évidence*

*cette difficulté en présentant à la fois*

*des travaux de l'OMS*

*qui aboutissent à des indicateurs*

*de performances « globales »*

*permettant un classement*

*des systèmes de santé par pays,*

*mais également des programmes*

*menés au niveau européen (projet « ECHI »*

*[ European Community Health Indicators ]*

*ou Euroreves) et les travaux*

*menés par la Drees sur la performance*

*des établissements de soins.*

La mesure de la performance dans le domaine sanitaire est une préoccupation qui remonte au milieu du 19<sup>ème</sup> siècle (Nithingale, 1860) mais dont l'application concrète n'a commencé à être réalisée qu'il y a une dizaine d'années, faute de systèmes d'information suffisants. Dans les années 1980-1990, sous la pression de l'opinion publique et des contraintes financières que connaît le système de santé depuis les années 1970 et grâce au développement d'outils statistiques plus puissants, les travaux sur ce thème se développent. En effet, dans un contexte de ressources publiques limitées, les pouvoirs publics cherchent à savoir si les dépenses engagées au titre de la fonction santé sont bien employées. Quant aux patients, de mieux en mieux informés, ils souhaitent être au courant de la qualité de soins qui leur sont fournis par les différents prestataires.

La mesure des performances dans le domaine sanitaire est :

- Une entreprise légitime, soutenue par les aspirations de l'opinion publique à un meilleur système de santé et à une responsabilité accrue de ce système ;
- Une entreprise difficile qui fait écho à la complexité des déterminants de la santé, à la multiplicité des intervenants ainsi qu'à la nécessité de procéder par comparaison, en l'absence de « valeur absolue » ;
- Une entreprise politique car la nature des performances attendues dépend des objectifs poursuivis par les Pouvoirs Publics et des attentes que les citoyens placent dans le système de santé.

La présentation s'articulera autour de deux points : le champ considéré lors d'une mesure des performances, les différentes dimensions prises en compte et les indicateurs utilisés.

## LE CHAMP CONSIDÉRÉ

La contribution du système de soins à la santé est réputée mineure (autour de 20 % selon les chiffres les plus fréquemment cités<sup>1</sup>), ce qui, a contrario, démontre l'importance des déterminants liés aux individus qui composent une population, mais également de nombreux autres facteurs comme l'environnement social et physique, le niveau socio-économique et sa distribution, le niveau d'éducation ou les conditions de vie. Dans ces conditions, on comprend qu'il soit indispensable, lorsqu'on se propose de mesurer « des performances » d'un pays ou d'une région donnée en matière de santé, de préciser le champ dont on parle.

### *S'agit-il du système de santé avec l'ensemble de ses composantes ?...*

S'agit-il du « système de santé » dans son ensemble, comme ce fut le cas du rapport OMS qui se basait sur un concept large de ce système, incluant tous les déterminants contribuant à une meilleure santé comme l'éducation, le soutien social ou le niveau de revenu et sa distribution ? La plupart des comparaisons entre pays, comme les travaux de la communauté européenne qui s'intéressent à l'espérance de vie à la naissance ou à la qualité de vie, sans aller aussi loin que l'OMS, dépassent également le cadre strict des soins, et ce d'autant que les organisations sanitaires diffèrent assez sensiblement selon les pays. C'est également l'ambition du projet de Loi relative à la Politique de santé publique en cours d'examen par le parlement que de fixer des objectifs obligeant à dépasser la sphère d'intervention traditionnelle des professionnels de santé et mobilisant des acteurs d'autres secteurs d'activité. Il est ainsi prévu de suivre l'amélioration de la performance à travers des indicateurs adaptés. A titre d'exemple, la réduction du nombre d'enfants souffrant d'une intoxication chronique au plomb (saturnisme) en rapport avec un logement insalubre, suppose à l'évidence des décisions hors du champ de compétence des professionnels du soin.

### *... du système de soins ?...*

Par ailleurs, à l'intérieur de territoires où les règles de financement et les principes d'organisation des professionnels sont suffisamment harmonisés, il est possible de comparer les performances respectives des « systèmes de soins » (au sens des organisations

intégrant l'ensemble des acteurs) des différentes « régions » qui les composent. C'est ainsi qu'au Canada, chaque année, un rapport publie les résultats obtenus par les différentes provinces, en s'intéressant à l'état de santé de la population, à la manière dont le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire interagissent et aux résultats obtenus, compte tenu de leurs ressources humaines disponibles et de leur niveau de dépense par habitant. De même, le système de santé des armées aux Etats-Unis (Veteran Administration) a été régionalisé il y a quelques années ; dorénavant, chaque région est comparée aux autres, à l'aide d'un tableau de bord qui prend en compte à la fois les résultats sanitaires globaux, des indicateurs de satisfaction des patients, de coût et de qualité technique des soins hospitaliers. On peut imaginer qu'à terme, si les agences régionales de santé sont créées, ce type de démarche comparative pourra se mettre en place.

### *... ou du système hospitalier ?...*

Pour le moment, en France, la régionalisation dans le domaine de la santé a maintenu la séparation entre les secteurs hospitalier et ambulatoire. Dès lors, dans le cadre de la contractualisation envisagée avec les directeurs d'Agences Régionales d'Hospitalisation, le champ de la mesure des performances ne peut pas s'intéresser au système de soins dans son ensemble, mais seulement au système hospitalier. Il y a quelques années, de telles comparaisons ont déjà été entreprises pour attribuer les « enveloppes » hospitalières aux régions. Le rapport du Haut Comité de Santé Publique relatif aux différentes méthodes envisageables pour réduire les inégalités de ressources entre les régions (HCSP, 1997) avait souligné que le choix de l'une d'entre elles dépendait du modèle de performances attendues et, par conséquent, d'options plus politiques que techniques. A terme, dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité, la détermination du montant des enveloppes consacrées aux missions d'intérêt général et aux aides à la contractualisation à disposition des agences devra s'appuyer peu ou prou sur des analyses comparatives des « performances du système hospitalier ». De même, on pourrait imaginer des comparaisons dans le champ du secteur ambulatoire libéral.

Cette déclinaison des différents champs pouvant être concernés par la mesure des performances en santé, interroge de facto sur le sens donné au terme « performances ». A l'évidence, dans des contextes

1 - « Les systèmes de santé », OCDE, Paris 1990.

aussi différents, il ne recouvre pas les mêmes réalités. Par ailleurs, dans un champ déterminé, il a un contenu différent selon les pays et les valeurs portées par la société. A titre d'exemple, selon les pays, les attentes vis-à-vis de l'hôpital varient selon la place qu'il occupe au sein du système de soins et selon les modes de financement. Mais, plus encore, au sein d'un pays donné, les points de vue des gestionnaires, des usagers, des professionnels de santé et des « régulateurs » divergent sur ce qu'est un hôpital « performant ».

### LES DIMENSIONS DE LA PERFORMANCE ET LES INDICATEURS UTILISÉS

Aussi, il faut insister sur le caractère multidimensionnel de ce concept et s'attacher autant que faire se peut, dans un champ déterminé, à expliciter les dimensions retenues pour la mesure (qualité des soins et efficacité économique par exemple) avant de définir des indicateurs reflétant ces dimensions.

Dans le domaine de la santé, depuis les travaux pionniers de Donabedian (Donabedian, 1980), on a coutume de distinguer :

- Les indicateurs de structure qui représentent les moyens humains, les équipements et les ressources financières nécessaires à la prise en charge des patients (ex : équivalent temps plein de personnel par activité) ;
- Les indicateurs de processus qui renseignent principalement sur les pratiques professionnelles appliquées au cours de la prise en charge du patient ainsi que sur les modalités de fonctionnement et de coordination des secteurs d'activité concernés (ex : délai d'obtention d'un rendez-vous) ;
- Les indicateurs de résultats intermédiaires qui mesurent l'activité et la qualité des différentes étapes du processus de soins (taux de césariennes, taux de vaccination) ;
- Les indicateurs de résultats finaux en termes de santé qui traduisent un changement de l'état de santé des patients (taux de mortalité) ;
- Les indicateurs de satisfaction des patients.

Ils décrivent un élément de situation ou une évolution d'un point de vue quantitatif. Leur utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné. Ils doivent être calculés et analysés à l'aune des définitions retenues et du champ considéré. Dans les faits, les indicateurs sont généralement étudiés sans référence à un modèle explicatif et sans vision globale, ce qui n'autorise pas à porter des jugements pertinents sur les « performances » du champ considéré.

Les dimensions et les indicateurs retenus, ainsi que leur interprétation, varient selon que l'on consi-

dère les performances du système de santé, celles du système de soins ou celles des établissements hospitaliers.

### *la mesure des performances du système de santé*

#### *les travaux de l'Organisation mondiale de la santé*

Le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde paru à l'été 2000 avait clairement l'ambition d'aborder les performances comparées des systèmes de santé et se proposait de classer 191 pays sur la base de critères et d'indicateurs communs. Ce faisant, son optique était celle d'une comparaison de résultats « relatifs », intégrant le niveau socio-économique des pays et non de résultats absolus. Trois dimensions de la performance ont été ainsi retenues :

- L'amélioration de l'état de santé de la population ;
- La réactivité du système par rapport aux attentes des personnes ;
- L'équité du financement du système de soins.

Le classement réalisé tient compte à la fois du niveau de réussite sur ces trois dimensions et de l'équité des systèmes, et fait appel à plusieurs registres différents d'appréciation des performances. Il repose, dans un premier temps, sur cinq indicateurs :

- Le niveau de santé général ;
- La distribution de la santé dans la population ;
- Le degré général de réactivité ;
- La distribution de cette réactivité ;
- La distribution de la contribution financière.

La mesure de l'état de santé est faite en utilisant la charge de mortalité qui permet de calculer pour chaque pays l'Espérance de Vie à la naissance Corrigée de l'Incapacité (EVCI). Celle de l'équité en termes d'état de santé est faite à partir de la mortalité infantile, car c'est le plus souvent la seule donnée disponible permettant de comparer tous les pays entre eux. Il faut cependant noter que cet indicateur ne reflète qu'une partie des inégalités de santé dans la population.

La réactivité est jugée sur deux dimensions principales : le respect des personnes (respect de la dignité, confidentialité, autonomie) et l'attention portée au patient (rapidité de la prise en charge, qualité de l'environnement, accès aux réseaux d'aide sociale, choix du prestataire). Le caractère équitable des systèmes en termes de réactivité renvoie à l'existence de discriminations systématiques.

La contribution financière est dite équitable dans un pays quand le rapport des dépenses individuelles de financement des services de santé au total des autres dépenses de consommation, hors alimentation, est à peu près constant, quels que soient le niveau de

revenu, l'état de santé et l'utilisation individuelle des services de santé. L'équité du financement tient compte de la répartition des charges qui pèsent sur les ménages, eu égard à leur capacité à payer.

Dans un second temps, une pondération est donnée à chaque indicateur, de façon à calculer une note globale<sup>2</sup>, à partir d'une enquête auprès d'un millier de personnes qualifiées dans tous les pays de l'OMS. Après avoir calculé cet indice synthétique, on le rapporte aux moyens mis en œuvre pour l'atteindre : les dépenses de santé mais également le « capital humain » de chaque pays, mesuré par le niveau de scolarisation de la population<sup>3</sup>. Les scores obtenus permettent de positionner les pays en définissant un classement pour les différents objectifs du système et pour la performance globale (tableau 1).

Ce rapport OMS a généré un débat important au niveau de chacun des pays étudiés et à l'échelle internationale. Dans l'ensemble, le modèle des performances utilisé a été considéré comme novateur et riche de perspectives, même si certaines dimensions considérées comme importantes dans les pays développés en

sont absentes comme l'accessibilité, la capacité d'adaptation aux changements ou la satisfaction des personnels de santé. Mais des critiques très vives ont visé l'option d'un classement unique à partir d'un indicateur composé d'un si grand niveau d'agrégation, les modes de calcul des indicateurs et le manque substantiel de données. Ainsi, le choix de mesurer l'équité en termes d'état de santé par la seule survie des enfants de moins de cinq ans est lié à la disponibilité du taux de mortalité infantile. Pour la mesure de la réactivité des systèmes de santé, des enquêtes sont nécessaires. Dans les pays où elles n'ont pas pu être réalisées, les indicateurs sont estimés à l'aide de variables explicatives parmi lesquelles prédominent les dépenses de santé par tête ainsi que la richesse et le nombre d'années d'études de la population.

De plus, l'élaboration de la note globale de résultats, et donc du classement par pays, a été réalisée à partir d'une pondération établie par une enquête auprès d'un millier d'experts dans 125 pays. Le côté « boîte noire » de cette élaboration « à dire d'experts » rend toute interprétation extrêmement délicate.

TABLEAU 1 ●

la performance des systèmes de santé selon l'OMS

Pays	Note globale	Rang des différents indicateurs					Rang des dépenses
		Santé		Réactivité		Distribution de la contribution financière	Dépenses et capital
		Niveau	Distribution	Degré	Distribution		
France	0,994	3	12	16-17	3-38	26-29	4
Italie	0,991	6	14	22-23	3-38	45-47	11
Espagne	0,972	5	11	34	3-38	26-29	24
Portugal	0,945	29	34	38	53-57	58-60	28
Grèce	0,933	7	6	36	3-38	41	30
Pays-Bas	0,928	13	15	9	3-38	20-22	9
Royaume-Uni	0,925	14	2	26-27	3-38	8-11	26
Belgique	0,915	16	26	16-17	3-38	3-5	15
Suède	0,908	4	28	10	3-38	12-15	7
Allemagne	0,902	22	20	5	3-38	6-7	3
Canada	0,881	12	18	7-8	3-38	17-19	10
Danemark	0,862	28	21	4	3-38	3-5	8
États-Unis	0,838	24	32	1	3-38	54-55	1

Source : Rapport sur la santé dans le monde, OMS, 2000.

2 - Un poids de 0,5 est accordé à la santé (espérance de vie corrigée de l'incapacité), 0,25 à la réactivité et 0,25 à l'équité de la contribution financière.

3 - L'OMS admet ainsi que la performance d'une société en matière d'état de santé de ses membres est fonction de son niveau général de développement et pas uniquement

Enfin, on peut regretter la contribution limitée, voire inexistante, des pays dans l'exercice de mesure de la performance.

Malgré ces limites, il faut reconnaître que cet exercice a contribué à mettre à l'agenda politique ces questions de la performance des systèmes de santé et du renforcement des systèmes nationaux d'information. Par ailleurs, il a exprimé, de façon sans doute trop sommaire, l'existence de liens entre les différentes dimensions (y compris la possibilité de tensions contradictoires), ce qui est quasiment toujours occulté dans les travaux sur les indicateurs de mesure des « performances », sauf dans le champ strictement hospitalier.

Au niveau de l'OCDE, en particulier, les travaux qui ont suivi immédiatement la publication reconnaissent les mêmes dimensions fondatrices de la performance que celles mises en avant par l'OMS, mais donnaient plus de place à l'efficacité productive et aux comparaisons de coût et de qualité technique des soins. Par contre, les experts OCDE n'ont pas cherché ensuite à développer de modèle conceptuel intégrateur, ni à préciser le champ concerné par leurs travaux sur « la Qualité en santé ». En fait, si l'on examine les documents produits, l'objet semble se limiter au système de soins et la dimension privilégiée concerne la qualité technique des soins. Ils seront donc développés plus bas.

#### *les études menées au niveau européen*

Dans le cadre de la communauté européenne, des « programmes d'action en santé publique » ont peu à peu émergé depuis dix ans, accompagnés par un programme de surveillance de la santé. Depuis Maastricht, l'ambition s'est élargie et on assiste à la mise en place progressive d'un système d'information sur la santé au niveau européen. Pour servir à la définition d'objectifs et de politiques applicables à l'ensemble des Etats membres, il faut en effet des indicateurs pertinents, comparables et fiables. Leur construction est donc un enjeu collectif considérable (Actualités et Dossiers en Santé publique, n°42, 2003 et Drees, document de travail n°31, avril 2003). Différents projets portant sur des thèmes complémentaires se développent : ECHI (*European Community Health Indicators*), Euroeves (Réseau espérance de vie en santé), ISARE (Indicateurs de santé dans les régions d'Europe), Eurostat (Office statistique de l'Union européenne), Péristat (indicateurs de surveillance et d'évaluation de la santé périnatale), HDP (projet sur les données hospitalières)... Ces projets rassemblent des indicateurs à la fois quantitatifs et qualitatifs, basés sur des systèmes

modernes d'information et de statistiques sur la santé organisés autour de quatre domaines :

- Les déterminants de la santé qui incluent principalement des données sur l'environnement, les styles de vie, les conditions de vie et les conditions socio-économiques, l'environnement au travail ;
- L'état de santé qui comprend quatre principaux sujets : l'état de santé perçue de la population, la morbidité diagnostiquée, les conditions reliées à l'incapacité, les causes de décès ;
- Le système de santé avec trois principaux sujets : les fournisseurs de soins de santé et les équipements, la force de travail et les aspects financiers ;
- L'utilisation du système de santé qui inclut les données sur les patients hospitalisés et reçus en consultations externes ou en services de jour, les patients en soins ambulatoires et ceux qui fréquentent les services médico-sociaux.

Dans le projet **ECHI**, les indicateurs sont regroupés en quatre catégories principales :

- Démographie et facteurs socio-économiques ;
- État de santé, par exemple morbidité, mortalité et état fonctionnel ;
- Déterminants de la santé : facteurs individuels et biologiques, comportements, conditions de vie et de travail ;
- Systèmes de santé : prévention et promotion de la santé, offre de soins, utilisation du système de soins et dépenses, qualité des soins et performance du système.

**Euroeves** a proposé à l'Union européenne un ensemble cohérent de 10 indicateurs :

- Une question générale sur la morbidité chronique ;
- Un ensemble de questions spécifiques sur la morbidité chronique ;
- Un ensemble de questions spécifiques sur les limitations fonctionnelles cognitives ;
- Une question générale sur les restrictions d'activité ;
- Un ensemble de questions spécifiques sur les activités domestiques ;
- Un ensemble de questions spécifiques sur les autres activités de la vie quotidienne ;
- Une question générale sur la santé perçue ;
- Un ensemble de questions spécifiques sur la santé mentale.

Le projet **Péristat** développe un ensemble d'indicateurs sur les thèmes suivants :

- La mortalité et la morbidité maternelles et infantiles associées aux événements de la période périnatale ;
- Les facteurs de risque démographiques, socio-économiques et comportementaux de la santé périnatale chez les femmes enceintes ;

• L'utilisation et les conséquences des technologies médicales dans la prise en charge des femmes et des enfants pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum.

On voit, à travers ce foisonnement de thèmes et d'indicateurs non hiérarchisés que la question des objectifs prioritaires d'un système (de santé et/ou de soins) et, dès lors, la définition des éléments qui pourraient permettre de juger de ses performances n'est pas non plus abordée de façon explicite pour le moment à l'échelle de l'Europe. On assiste, en matière de santé, au même constat que dans les domaines économique et financier (cf. la problématique des statistiques de l'emploi et du chômage ou de la pauvreté). Sans doute est-ce lié au fait que cette réflexion sur les exigences que l'on peut avoir vis à vis d'un système de santé relève plus des « politiques » que des techniciens. En attendant un tel débat sur le fond, ce sont les indicateurs qui occupent l'essentiel des travaux.

*en France, le projet de Loi de Santé publique*

En France, il est encore difficile, à l'heure où nous rédigeons ces lignes, de percevoir le modèle sous jacent de la performance attendue du système de santé en pleine évolution. Le projet de Loi de Santé Publique, qui vise à réduire le paradoxe français d'un système de santé « performant » selon le classement OMS mais laissant subsister une mortalité prématurée élevée et des inégalités de santé entre régions ou entre groupes de populations, a ainsi proposé à la représentation nationale de s'engager sur 100 objectifs de santé quantifiés sus-

ceptibles d'être atteints dans la population ou dans des groupes de population spécifiques ayant des traits communs à une échéance pluriannuelle (5 ans). Le travail préalable du Groupe technique national de définition des objectifs (auquel a participé la Drees) a analysé les connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants et les stratégies de santé publique. Ces indicateurs qui vont au cours de l'année faire l'objet d'un processus de définition et de finalisation avec les producteurs d'informations devraient pour certains être déclinés au niveau régional. Par ailleurs, des indicateurs sur l'environnement social sont indispensables pour contextualiser les effets de la politique de santé publique et expliquer les évolutions qui seront observées.

Les problèmes de santé sélectionnés dans le cadre du projet de Loi relative à la Santé publique sont regroupés en 4 catégories :

- Problèmes pouvant constituer des priorités de santé publique : accidents de la circulation, accidents de la vie courante, asthme, cancer...
- Recours au système de santé dont l'amélioration constitue une priorité de santé publique : IVG et contraception...
- Problèmes de santé, facteurs de risque de pathologies évitables : diabète, dyslipidémie, HTA, surpoids et obésité...
- Autres déterminants, facteurs de risque de pathologies évitables : comportements sexuels à risque, consommation d'alcool, de tabac, de drogues illicites, inégalités sociales et géographiques, malnutrition, risques liés à l'environnement physique et professionnel.

TABLEAU 2 ●

quelques exemples issus du travail préalable du Groupe technique national de définition des objectifs

Problèmes de santé	Objectif quantifiable	Indicateurs
Tabac (déterminant de santé)	Diminuer la prévalence du tabagisme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge moyen d'initiation au tabac</li> <li>• Prévalence des fumeurs par sexe, classe d'âge et CSP</li> <li>• Prévalence du tabagisme pendant la grossesse</li> </ul>
Santé et travail	Réduire de 20 % le nombre d'accidents routiers liés au travail	Nombre d'accidents routiers par branche professionnelle
Santé et environnement	Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques	Émissions totales et sectorielles de composés organiques volatils, dioxines et métaux toxiques
Maladies infectieuses	Grippe : atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 75 % dans tous les groupes à risque	Taux de couverture vaccinale dans les groupes à risque

Parmi ces objectifs, certains supposent la production d'informations épidémiologiques encore inexistantes, ou encore l'évaluation de programmes précédents ou programmes pilotes. Ainsi, en matière de iatrogénie, il s'agit de réduire d'un tiers la fréquence des événements iatrogéniques évitables en ambulatoire et à l'hôpital, ce qui suppose notamment la mise en œuvre à intervalles réguliers d'une étude portant sur le risque iatrogène global. En ce qui concerne la précarité et les inégalités, il s'agit de réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU. Pour cela, il faut analyser les conséquences d'un effet seuil lié au revenu sur le recours aux soins.

L'évaluation de l'atteinte de ces objectifs quantifiés à l'aide des indicateurs, participe certes de l'évaluation des politiques publiques, mais d'autres étapes seront nécessaires pour parvenir à mesurer les performances de notre système. Il conviendra sans doute mieux hiérarchiser les objectifs, de s'intéresser à l'efficacité ou à la satisfaction des usagers. A ce propos, le collectif des associations d'usagers en santé a exprimé le souhait que cette vision fondée sur l'expertise soit davantage tournée vers les usagers et attentive à la cohérence d'ensemble des performances attendues.

### la mesure des performances du système de soins

C'est sans doute le champ qui a donné lieu jusqu'ici au plus grand nombre de recherches du fait de la part de ressources qui lui est consacrée et de la croissance continue des dépenses de fonctionnement, constatée dans tous les pays.

En France, cette croissance est observable à travers l'évolution des agrégats utilisés dans les Comptes Nationaux de la Santé réalisés par la Drees (Drees, 2003b et 2003c). Ainsi, la Dépense courante de Santé est la somme des dépenses engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé (encadré 1). Par ailleurs, on dispose d'indicateurs reflétant l'état de santé de la population (espérance de vie à la naissance, taux de mortalité infantile...). Une des difficultés de mesure de la performance du système de soins est de comparer les ressources engagées et les résultats de santé obtenus. En effet, même si l'on dispose d'indicateurs permettant de mesurer les deux « agrégats », on ne peut pas les relier l'un à l'autre afin de juger de l'efficacité du système de soins. Pour des pathologies données, d'autres indicateurs sont plus pertinents mais on ne dispose pas encore en routine de données permettant de mesurer les dépenses engagées au titre d'une

#### ENCADRÉ 1 ●

##### LES COMPTES DE LA SANTÉ ET LES COMPTES PAR PATHOLOGIE

**Les Comptes de la Santé** sont un des comptes satellites de la Comptabilité Nationale. Ils s'attachent donc essentiellement à retracer la production et le financement de la fonction santé. Celle-ci se limite au traitement et/ou la prévention d'une perturbation de l'état de santé. Les activités du secteur médico-social (enfance inadaptée, adultes handicapés...) ne font pas partie de la fonction santé.

Les Comptes de la Santé privilégient deux agrégats :

- La Consommation médicale totale représente la valeur totale des biens et services médicaux consommés sur le territoire national - y compris les DOM - par les résidents et les non-résidents pour la satisfaction des besoins individuels.
- La Dépense courante de santé (DCS) mesure l'effort financier consacré au cours d'une année pour l'ensemble des agents. C'est la somme des dépenses engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. A la consommation médicale totale, elle ajoute les indemnités journalières, les subventions reçues, la recherche, l'enseignement et la fonction administrative.

#### Les Comptes par Pathologie

À la demande de la Drees, le Credes a mis au point et testé une méthode de construction de compte de la santé par pathologie pour les dépenses de soins de l'année 1998. Ce prototype vise à répondre à deux questions : à quelles pathologies les ressources utilisées dans le système de soins français sont-elles allouées ? Pour une pathologie donnée, comment se répartissent les dépenses de soins hospitaliers, de soins ambulatoires et de médicaments ? La méthodologie retenue dans ce prototype est une approche descendante : partant des dépenses connues dans les Comptes de la Santé, elle applique des clefs de répartition obtenues à partir des sources médicalisées existantes. La nomenclature utilisée est la 10<sup>ième</sup> révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM10). A chaque pathologie ne sont affectées que les dépenses liées à son propre traitement, sans tenir compte des coûts dus à d'éventuelles complications.

La première version de ce prototype, réalisée pour 1998, permet de répartir 83 % des dépenses par grand chapitre de la CIM. Les maladies de l'appareil cardiovasculaire occasionnent 10,7 % de la dépense totale, précédant ainsi les troubles mentaux (9,4 %), puis six catégories diagnostiques qui s'échelonnent respectivement entre 6,3 % et 5,2 % de la CSBM : les affections de la bouche et des dents, les maladies respiratoires, les affections ostéo-articulaires, les traumatismes, les tumeurs et les maladies génito-urinaires.



pathologie prise isolément. Néanmoins, les travaux entrepris par le CreDES et la Drees sur les Comptes par pathologie à partir des données des Comptes de la santé (CreDES-Drees, 2003) devraient à terme améliorer la mesure de la performance du système de soins dans la prise en charge de pathologies particulières.

Par ailleurs, qui dit système, dit ensemble composite d'éléments en interaction constante les uns avec les autres et l'analyse séparée de la performance de chacun est quasiment une chimère.

Notre système français qui fait coexister secteur libéral et secteur public, à la fois pour les prestations ambulatoires des professionnels de santé et pour les prises en charge hospitalières et qui offre aux patients une grande liberté quant au point d'entrée, accroît cette difficulté. Par exemple, il peut paraître naturel, pour apprécier la performance des maternités, de mesurer les « résultats » de la grossesse (via des indicateurs d'état de santé de la mère et de l'enfant) et de les comparer aux ressources utilisées dans les maternités. Or, dans ce domaine, les résultats de santé sont liés tout autant à la surveillance de la grossesse, laquelle peut être réalisée en médecine de ville ou à l'hôpital, qu'aux moyens et aux compétences mis en œuvre au moment de l'accouchement. De

plus, le phénomène de la « transition épidémiologique », c'est à dire le nombre croissant de pathologies chroniques et le vieillissement de la population multiplient les prises en charge partagées entre l'hôpital et le secteur ambulatoire, ce qui rend l'imputation des résultats à tel ou tel segment très complexe. Malgré tout, l'entreprise est possible. Ainsi, au Canada, on compare les performances du secteur ambulatoire dans les différents états, à travers le taux d'hospitalisation pour des affections susceptibles d'être prises en charge en ambulatoire ou l'augmentation du recours aux urgences hospitalières (un taux d'hospitalisation ou un nombre de passages aux urgences plus élevés signent une performance moindre). En France, les programmes menés par le service médical de la CNAMTS autour du diabète de type 2 et de l'hypertension artérielle, constituent une autre modalité pour approcher la performance des médecins de ville. Ainsi, le service médical de l'assurance maladie étudie périodiquement la part des patients diagnostiqués qui reçoivent les prescriptions de médicaments et d'examen conformes aux recommandations, de manière à réduire la fréquence des complications.

De façon symétrique, pour apprécier la performance du secteur hospitalier, on utilise volontiers

## ENCADRÉ 2 ●

## DES TRAVAUX SUR UNE DES DIMENSIONS : LA QUALITÉ TECHNIQUE DES SOINS

*L'amélioration de la qualité technique de soins est susceptible de limiter la croissance des dépenses en réduisant les complications et en optimisant les résultats. Sa mesure fait l'objet d'un projet récent de l'OCDE (HCQI, 2003). Des experts ont recensé des indicateurs permettant de juger de la qualité technique des soins de santé et d'effectuer en principe des comparaisons mais, la plupart du temps, les méthodes d'ajustement ne sont pas définies. Les indicateurs de qualité hautement prioritaires (liste A) proposés sont les suivants :*

- Taux de mortalité pour cause d'asthme à 5 ans, personnes âgées de 5 à 40 ans ;
- Taux de survie observé à 5 ans, cancer du sein ;
- Taux de survie relatif à 5 ans, cancer du sein ;
- Taux de survie observé à 5 ans, cancer du col de l'utérus ;
- Taux de survie relatif à 5 ans, cancer du col de l'utérus ;
- Taux de survie observé à 5 ans, cancer colorectal ;
- Taux de survie relatif à 5 ans, cancer colorectal ;
- Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus, femmes âgées de 20 à 69 ans, au cours des 3 années passées ;
- Insuffisance rénale chronique au stade ultime parmi les diabétiques ;
- Taux de mortalité à 30 jours après un infarctus aigu du myocarde ;
- Taux de mortalité à 30 jours après un accident vasculaire cérébral ;
- Proportion de diabétiques ayant un dosage HbA1c < 6,5 % ;
- Temps d'attente à l'hôpital pour une opération en cas de fracture du fémur ;
- Proportion d'enfants vaccinés selon le programme de vaccination de base ;
- Taux d'incidence de la coqueluche, de la rougeole et de l'hépatite B.

*Les comparaisons s'effectuent domaine par domaine (prise en charge des cancers, santé mentale, diabète, maladies cardiovasculaires, prévention) à l'aide de listes d'indicateurs, choisis à dire d'experts et sans vision ni systémique (on le sait, la performance n'est pas égale à la somme des performances des sous ensembles), ni globale (la recherche d'excellence sur un axe donné peut se « payer » d'une perte de performance sur un autre). W D'Hoore, spécialiste en santé publique, souligne le danger d'une telle approche : « tant que les objectifs du système de santé resteront indéfinis, tant que les buts de l'évaluation resteront vagues, tant que le public n'aura pas accès aux résultats de l'évaluation, il sera aisé pour des institutions ou des corporations de faire prévaloir leurs normes et de préserver leurs intérêts » (D'Hoore, 1999).*

des pathologies qui relèvent quasiment exclusivement de l'hospitalisation comme l'infarctus du myocarde en phase aiguë, l'accident vasculaire cérébral ou la fracture du col du fémur pour étudier, notamment, le taux de mortalité à 30 jours ou la durée de séjour à l'hôpital. En dehors de ces pathologies assez spécifiques, la plupart des indicateurs utilisés dépendent de l'interaction entre les différents acteurs du système de soins. Cela devrait inciter à une meilleure harmonisation des systèmes de description de l'activité dans le temps, dans l'espace et entre les secteurs et à accroître la communicabilité des systèmes d'information. À ce titre, la construction de la Classification commune des actes médicaux est une avancée structurante qui, même si elle ne considère pas encore l'ensemble des actes hospitaliers, permet d'harmoniser les nomenclatures du secteur ambulatoire et du secteur hospitalier.

En plus de cette analyse de chaque secteur, s'intéresser à la manière dont chaque acteur d'un réseau (de cancérologie par exemple) assure correctement les soins qui relèvent de sa compétence sans se substituer aux autres (principe de « subsidiarité ») et dont l'ensemble des structures assure effectivement la couverture des besoins de la population d'un territoire, c'est chercher à appréhender l'efficacité des interactions et la performance de l'ensemble. Dans ce cadre, l'augmentation du recours aux urgences hospitalières, phénomène que l'on observe dans tous les pays qui ont progressivement créé puis renforcé ce type de services, peut s'analyser suivant les points de vue comme la conséquence d'une amélioration des conditions d'accueil que les usagers plébiscitent, ou comme la traduction d'un relatif désengagement du secteur ambulatoire.

Il faut à nouveau ré-insister sur le fait que l'existence d'indicateurs et d'outils ne préjuge pas des objectifs assignés au système de soins en France. Nous ne sommes pas dans la situation du Canada et de l'Australie qui ont développé des modèles conceptuels multidimensionnels complexes. En particulier, s'expriment simultanément des attentes en partie contradictoires comme une couverture exhaustive des besoins de proximité (notion spécifiquement française, comme le montre l'étude du CreDES), des exigences fortes de normes de sécurité et le souci d'optimiser des ressources humaines moins nombreuses, sans parler des contraintes économiques.

#### *la mesure des performances des établissements hospitaliers*

Adaptant un modèle conceptuel des performances élaboré par des auteurs québécois à partir de la théorie des organisations, des experts français réunis à la

demande de la Drees ont retenu trois dimensions (Drees, 2001) :

- L'atteinte des buts (à savoir l'amélioration de la santé des individus et des populations et qualité du service rendu à la collectivité) ;

- L'efficacité économique (ou utilisation optimale des moyens) ;

- La capacité d'adaptation au changement ;

ainsi qu'un « pré requis », sous la forme d'une culture commune et de conditions de travail favorables : « Pour que l'organisation hospitalière fonctionne de façon optimale sous les contraintes qui sont les siennes, il faut qu'existent en son sein des principes d'action partagés qui assurent la cohésion et la cohérence des différents acteurs au sein de l'organisation et permettent de remplir ses objectifs ».

La dimension « Efficacité en matière d'amélioration de la santé des individus et des populations » renvoie en particulier à apprécier :

- Les structures de l'hôpital (performances des équipements, qualité et niveau des ressources humaines) ;

- Les procédures de soins, actes ou ensemble d'actes mis en œuvre ;

- Les résultats obtenus en termes cliniques (guérisons, rémissions, récupérations fonctionnelles) ou en termes de perception par les patients (perception de leur état de santé, satisfaction de la prise en charge).

La dimension « Qualité en matière de service rendu » renvoie, elle, à différents critères :

- L'accessibilité : physique (distance, horaires d'ouverture, délais d'attente, permanences), financière, culturelle ;

- La continuité de soins ;

- La globalité : répondre globalement aux besoins des malades qu'ils soient physiques, psychologiques ou sociaux et intégrer les dimensions curative, préventive, soins de réhabilitation, soins palliatifs ;

- La coopération avec les différents secteurs.

Afin de comparer les établissements simultanément selon toutes ces dimensions, le groupe de travail a proposé à la fois des indicateurs tirés des bases de données actuelles et des adaptations de méthodes qualitatives inspirées d'autres secteurs (pour la capacité d'innovation ou les conditions de travail perçues). Des travaux sont en cours pour tester la validité et les qualités métrologiques de ces outils à détecter des variations des performances.

La principale difficulté méthodologique en ce qui concerne la qualité technique des soins est de mettre au point des mesures satisfaisantes de résultats des soins prodigués aux malades à distance de la sortie d'hôpital et de trouver les méthodes d'ajustement tenant compte des différences de l'état clinique des patients traités (une appendicite chez un patient âgé

ou diabétique n'a pas les mêmes conséquences que chez un adulte sans antécédents médicaux particuliers ; or les études montrent qu'à pathologie égale, les établissements de santé n'ont pas tous la même proportion de patients à risque).

Un autre point délicat concerne la place et la signification respective des indicateurs globaux (« patineurs » selon la terminologie anglo-saxonne) appréhendant l'hôpital dans son ensemble, comme la valeur du point ISA ou le ratio entrées / ETP médical, et aux indicateurs spécifiques (« plongeurs ») qui ne parlent que d'un segment d'activité (durée moyenne de séjour en chirurgie ou taux de césariennes par exemple).

Enfin, si le bon sens est suffisant pour imaginer qu'un hôpital ne peut, simultanément, satisfaire toutes les attentes qui s'expriment et que sa performance pourra être jugée très différemment selon ses partenaires, les travaux objectivant la nature exacte des liens entre les dimensions décrites (par exemple entre la productivité et l'accessibilité) ainsi que leur ampleur sont pour le moment inexistant, faute d'outils disponibles pour mesurer la capacité d'innovation et les conditions de travail, mais aussi du fait de la difficulté de mesurer simultanément les résultats obtenus sur les différents axes. ■

TABLEAU 3 ●

quelques exemples d'indicateurs pouvant contribuer à la mesure de la performance des établissements hospitaliers

Dimensions de la performance	Indicateurs retenus
<i>Qualité des soins aux patients</i>	
Indicateurs de structures	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délais d'attente</li> <li>• Densité de la couverture infirmière de nuit</li> <li>• Formation du personnel</li> </ul>
Indicateurs de procédure	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de césarienne par niveau de maternité</li> <li>• Prescription contrôlée des antibiotiques</li> </ul>
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proportion de patients ayant acquis</li> <li>• Mortalité à date fixe après une intervention donnée</li> </ul>
<i>Qualité du service rendu à la collectivité</i>	
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horaires de fonctionnement</li> <li>• Effectifs et ETP des assistants de service social</li> </ul>
Bonne utilisation des moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de patients traités (file active)</li> <li>• Valeur du point ISA</li> <li>• Proportion de séjours en hospitalisation &lt; 24h</li> </ul>
<i>Capacité d'adaptation</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de renouvellement du personnel</li> <li>• Existence d'une gestion prévisionnelle des emplois,</li> </ul>
<i>Organisation et conditions de travail favorables</i>	
	Conditions de travail perçues

Tableau issu du Dossier Solidarité Santé n°2 - 2001, p. 79-81, Drees.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Commissariat Général du Plan (1993), « Santé 2010 : Santé, maladies et technologies », La Documentation Française, 1993.
- Credes, « Des Comptes de la Santé par pathologie : un prototype pour l'année 1998 », Credes, Série Analyses n°1480, 2003.
- D'HOORE W., « Enjeux de l'évaluation de la qualité des soins : perspectives soignantes » n°6, 6-28, Edi Selí Arslan, 1999.
- DONADEBIAN A. (1980), *The definition of quality and approaches to its assessment*, Health Administration Press, 163 p.
- xxx, « Les éléments de la performance hospitalière : les conditions d'une comparaison », Drees, Études et Résultats, n°42, 1999.
- xxx, « Éléments pour évaluer la performance des établissements hospitaliers », Drees, Dossiers Solidarité Santé, n°2, avril-juin 2001.
- xxx, « Indicateurs de santé au niveau européen : Journée d'échange et de réflexion du 22 janvier 2003 », Drees, Document de travail, Série Études, n°31, 2003.
- xxx, « Quarante années de dépenses de santé : une rétopoliation des comptes de la santé de 1960 à 2001 », Drees, Études et Résultats, n°243, 2003.
- xxx, « Les Comptes de la santé en 2002 », Drees, Études et Résultats, n°246, 2003.
- Haut Comité de Santé Publique, « Rapport à la conférence nationale de santé : Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé », pp 127-191, 1997..
- Haut Comité de Santé Publique, « Information en Santé : développements européens », Dossier coordonné par G.Badéyan, Actualités et Dossiers en Santé Publique, n°42, 2003.
- OCDE, « The OECD Health Care Quality Indicators Project », 2003.
- OMS, « Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant », Genève, 2000.

# ÉVOLUTION DES VENTES DE MÉDICAMENTS SUITE AU CHANGEMENT DE LEURS CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

*Élise AMAR et Céline PEREIRA*

Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale  
Ministère de la santé et de la protection sociale  
Drees

*En France, les dépenses de médicaments progressent à un rythme élevé depuis le début des années 1980. Afin de mieux maîtriser cette progression, les pouvoirs publics ont accru ces dernières années leurs actions concernant l'accès et le taux de remboursement des médicaments. Elise Amar et Céline Pereira détaillent les modalités d'application de ces leviers d'action et analysent leurs effets économiques potentiels sur l'offre et la demande de médicaments. L'article présente également une étude spécifique de l'évolution des ventes de quelques classes thérapeutiques ayant connu des changements importants de leurs conditions de remboursement depuis 2000. Les effets sont à cet égard différenciés lorsque les médicaments considérés ont été exclus du remboursement, et lorsqu'ils ont vu leur taux de prise en charge diminuer, avec dans ce cas un relais possible de la part des assurances complémentaires.*

En France, les dépenses de médicaments progressent à un rythme élevé : depuis 1983, leur part dans la consommation de soins et de biens médicaux n'a cessé d'augmenter pour atteindre 21 % en 2002 soit 29 milliards d'euros (Fénina, Geffroy, Drees, 2003). Afin de maîtriser les dépenses de médicaments, les pouvoirs publics disposent de différents outils de régulation, du côté de l'offre - politique d'admission au remboursement, régulation par les prix, politique de promotion des génériques, régulation des circuits de distribution - et de la demande - régulation budgétaire des prescripteurs par enveloppe individuelle ou collective, responsabilisation des patients...

## EN FRANCE, DEUX LEVIERS D'ACTION IMPORTANTES : LA POLITIQUE D'ACCÈS AU REMBOURSEMENT DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES ET LA FIXATION DE LEUR TAUX DE REMBOURSEMENT

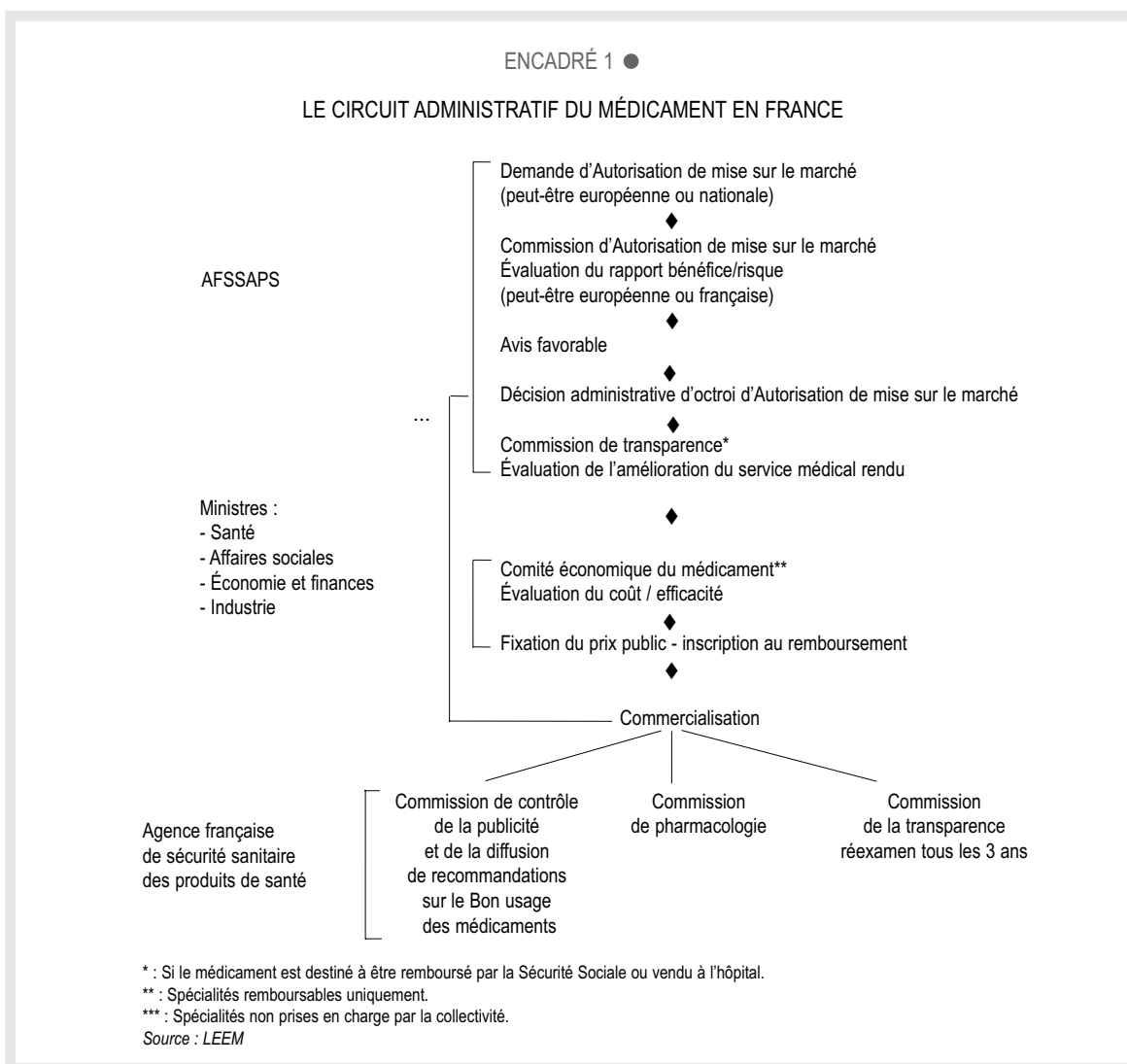
Dans le contexte de prix administrés, les pouvoirs publics ont accru ces dernières années leurs actions sur l'accès au remboursement et le taux de prise en charge des médicaments. Ces leviers d'action visent à maîtriser la dépense de médicaments remboursée par l'assurance maladie obligatoire alors même qu'il semble difficile d'encadrer plus directement le volume de médicaments consommés, à le recentrer sur les médicaments les plus utiles et à agir sur les comportements de consommation. En effet, les patients peuvent acquérir les médicaments qu'ils soient remboursables ou non, dès lors qu'ils bénéficient d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM) et qu'ils sont prescrits par un professionnel (excepté dans le cas de l'automédication).

*la régulation de l'offre de médicaments est centrée sur l'admission au remboursement*

Après obtention de l'AMM<sup>1</sup>, le laboratoire qui a développé le produit peut demander son inscription sur la liste des spécialités remboursables par la Sécurité sociale ou sa mise à disposition à l'hôpital. Cette demande, examinée par la Commission de la transparence<sup>2</sup>, tient compte de plusieurs critères : comparaison entre produits d'une même classe thérapeutique, prix, caractéristiques précises du produit, champ et modalités d'utili-

sation, indications thérapeutique... (encadré 1). Cette Commission évalue également le Service médical rendu (SMR) de la spécialité pharmaceutique. Son inscription sur la liste des spécialités remboursables (liste positive) est ensuite fixée par arrêté pour une durée de 5 ans (Article R163-2 du Code de la sécurité sociale). L'arrêté mentionne les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

À titre de comparaison, à l'étranger<sup>3</sup>, les critères majeurs d'admission au remboursement sont similai-



1 - L'AMM est délivrée par les autorités compétentes européennes (Agence européenne pour l'évaluation des médicaments) ou nationales (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) à la suite d'un processus strict d'études contrôlées qui ont permis de démontrer la qualité, la sécurité et l'efficacité du médicament (Article L5121-8 du Code de la Santé publique).

2 - La Commission de la transparence est placée sous la tutelle des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale. L'AFSSAPS est chargée de son fonctionnement (Article L5311-2 du Code de la Santé publique).

3 - Au sein de l'Union européenne, conformément à l'article 6 (§2 et 5) de la directive « Transparence » (21 décembre 1988), les critères d'admission au remboursement doivent être « objectifs et vérifiables » : valeur thérapeutique du produit, sévérité de la pathologie à traiter, existence d'alternatives en matière de soins, coût du traitement.

res (sévérité de la pathologie, valeur thérapeutique du produit, existence d'alternatives thérapeutiques) mais ils peuvent conduire à l'élaboration d'une liste négative. Ainsi, en Allemagne, en Grande-Bretagne et en Espagne par exemple, les médicaments qui ont obtenu leur AMM bénéficient d'une présomption de remboursement sauf exclusion explicite des pouvoirs publics (principe de la liste négative). Aux États-Unis, la sélection des médicaments remboursables est assurée à titre privé par les réseaux de soins.

*le contrôle de l'offre de médicaments est également réalisé en France par un contrôle des prix des spécialités remboursables*

Selon l'article L162-17-4 du Code de la Sécurité sociale, le Comité économique des produits de santé<sup>4</sup> (CEPS), en application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, peut conclure avec les entreprises du médicament des conventions d'une durée maximum de 4 ans. Ces conventions fixent notamment le prix des médicaments et, le cas échéant, l'évolution de ces prix, notamment en fonction des volumes de ventes. À défaut de convention, le prix est fixé par arrêté ministériel.

Le prix du produit est basé sur l'Amélioration du service rendu (ASMR) évaluée par la Commission de la transparence mais également sur le prix des autres médicaments à même visée thérapeutique ainsi que sur les volumes de ventes prévus ou constatés et les conditions prévisibles et réelles d'utilisation des médicaments. Le non respect de l'accord prix / volume peut conduire à un déclassement ou un déremboursement du médicament ou à une baisse de son prix. Le contrôle des prix des médicaments innovants est plus souple depuis la LFSS 2003 : les laboratoires ont l'autorisation de commercialiser leurs produits à un prix provisoire dès l'obtention de leur inscription sur la liste des médicaments remboursables. L'État dispose ensuite d'un délai pour intervenir si le prix lui paraît abusif (procédure de « dépôt de prix »).

Les prix des médicaments utilisés à l'hôpital sont libres depuis 1987<sup>5</sup>. Les médicaments non remboursables sont directement commercialisables après l'AMM à prix industriel et officinal libre.

Le contrôle des prix, qui peut être justifié dans un contexte de structure de marché trop favorable aux laboratoires, présente cependant, d'après les

enseignements de l'analyse économique, des inconvénients. En effet, il ne permet pas de réduire le volume de médicaments car il y a déconnexion entre le consommateur (le patient), le prescripteur (le médecin) et le payeur final (assurance maladie obligatoire et complémentaire). De plus, compte tenu des coûts croissants de recherche et développement, il peut entraîner une forte croissance des volumes grâce à des dépenses de promotion importantes auprès des médecins et une désincitation à la recherche des laboratoires français au profit de la promotion. Il ne comporte pas d'incitation à l'innovation et à la prise de risque, allonge les délais de mise à disposition des nouveaux médicaments et peut conduire à pénaliser les entreprises françaises par rapport aux entreprises étrangères qui bénéficient de conditions de prix plus avantageuses sur leur marché. À l'étranger, le contrôle des prix est plus souple voire même inexistant aux États-Unis.

*après avoir décidé du remboursement ou non du médicament, les pouvoirs publics fixent son taux de remboursement*

L'assurance maladie obligatoire prend en charge une partie du prix de vente public des médicaments à hauteur de 35 %, 65 % ou 100 %. Ces taux théoriques fixés en fonction du service médical rendu peuvent être différents des taux réels de prise en charge par l'assurance maladie. Ainsi, les patients souffrant d'une affection de longue durée et les femmes enceintes bénéficient d'une exonération du ticket modérateur pour certains médicaments théoriquement remboursés à 35 % ou à 65 %.

Le système, en liant proportionnellement la prise en charge publique aux prix des produits par l'intermédiaire des taux de remboursement, nécessite une politique conjointe de contrôle des prix et des taux de remboursement.

Dans les systèmes de santé qui appliquent un système de remboursement forfaitaire par classe thérapeutique ou prix de référence (Allemagne, Espagne, Pays-Bas, pays nordiques, certains HMO aux États-Unis), les dépenses prises en charge par l'État ou l'assurance maladie obligatoire sont limitées par un montant déterminé pour un groupe de produits pharmaceutiques. Ce mécanisme permet aux industriels de fixer librement leurs prix. Par ailleurs, il permet d'in-

4 - Le CEPS est placé auprès des ministres compétents (santé, sécurité sociale, économie et industrie). Il s'est vu confier par la loi, trois missions spécifiques : il négocie un accord cadre quadriennal avec l'industrie pharmaceutique sur la base des orientations ministérielles ; il fixe le prix des médicaments remboursables ; il conclut, avec chaque entreprise, une convention qui décline notamment, les modalités de régulation financière qui lui sont applicables.

5 - Dans le cadre de l'accord Etat/industrie pharmaceutique signé le 30 mars 2004, le prix des médicaments coûteux et innovants distribués à l'hôpital est fixé par les laboratoires (avec contrôle du CEPS et en fonction des prix pratiqués par les autres pays européens).

*les objectifs indiqués*

citer les patients et les médecins à utiliser des produits moins chers tout en leur laissant le choix de la stratégie thérapeutique. En Allemagne et aux Pays-Bas, la politique de forfait de remboursement des médicaments a conduit à une baisse du prix des produits soumis aux forfaits de prise en charge et à des économies pour les groupes de produits concernés. Néanmoins, elle a eu peu d'impact sur la progression des dépenses de pharmacie. Par ailleurs, cette politique est critiquée : elle peut être un frein à l'innovation<sup>6</sup> et générer des inégalités sociales de traitement de la maladie voire nuire à la qualité des soins (Le Pape, Paris, Sermet, 2000).

En France, ce principe de forfait de remboursement est appliqué depuis septembre 2003 pour certains groupes de médicaments dans lesquels il existe un générique peu délivré<sup>7</sup>. Pour ces groupes de produits, le tarif de remboursement par l'assurance maladie obligatoire est fixé à un niveau forfaitaire, appelé Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR). Le TFR est déterminé en fonction du prix du générique et sert de référence pour le remboursement de certains médicaments de marque correspondants. Un patient qui se voit prescrire un médicament d'un de ces groupes peut alors soit acquérir les produits du groupe au TFR (et il sera remboursé aux conditions habituelles), soit acquérir le produit à prix supérieur mais dans ce cas, la différence de prix sera à sa charge. Actuellement, 71 groupes de médicaments sont concernés et les prix des produits concernés ont, pour la plupart, baissé au niveau du TFR.

Parallèlement à la mise en place de ce principe de forfait de remboursement et à la suite de la réévaluation du SMR de plusieurs spécialités, de nombreux déremboursements et déclassements, accompagnés ou non de baisses des prix, ont été opérés ces dernières années. (encadré 2)

### LES EFFETS ÉCONOMIQUES POTENTIELS DES CHANGEMENTS DES CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

À partir de 1999, le gouvernement a mis en œuvre, par l'intermédiaire de la Commission de la transparence, une procédure de réévaluation des médicaments permettant de déterminer le SMR et d'apprécier, pour chaque spécialité, le bien fondé de son maintien au remboursement. À la suite de ces réévaluations, des spécialités pharmaceutiques présentant un SMR insuffisant ou modéré ont été déremboursées ou déclassées.

Les déremboursements et déclassements effectués depuis 2000 s'appuient sur une logique médicale : la procédure de déremboursement est motivée par une « efficacité non démontrable objectivement » et les déclassements visent les produits à SMR modéré ou faible. Ces mesures ont donc à la fois un objectif de santé publique et un objectif financier. L'économie potentielle réalisée par l'Assurance maladie dépend du volume de ventes des produits déremboursés ou

## ENCADRÉ 2 ●

#### QUELQUES ÉTAPES DE LA POLITIQUE DU MÉDICAMENT EN FRANCE (CONCERNANT LES PRIX ET LES TAUX DE REMBOURSEMENT)

**2000** : Plan concernant les médicaments à SMR insuffisant

- **Juillet** : Décision de baisses de prix en moyenne de 20 % sur 3 ans (1ère vague)
- **Arrêté du 1er août 2000** : baisse du taux de remboursement de 65 à 35 % pour 150 spécialités, modifié par l'arrêté du 14 septembre 2001 (annulé par le Conseil d'État pour deux présentations le 20 juin 2003 : vasodilatateurs et nootropiques)

**2001** :

- **Juin** : 2e vague de baisse de prix et de déremboursement des médicaments à SMR insuffisant
- **Décembre** : arrêté complétant la baisse de taux de remboursement des autres médicaments dont le SMR a été qualifié d'insuffisant et qui étaient encore remboursables à 65 %.

**2002** :

- **Juillet** : 3e et dernière vague de baisses de prix des médicaments de SMR insuffisant
- **Septembre** : déremboursement annoncé en 3 étapes après audition/recours des 650 spécialités de SMR insuffisant ou nul encore remboursables (sur les 835 d'origine)

**2003** :

- **Avril** : baisse de taux de remboursement de 65 % à 35 % de 617 spécialités (soit 194 médicaments) de SMR modéré ou faible et correspondant à 204 principes actifs
- **Septembre** : première vague : déremboursement effectif de 82 spécialités relevant d'un SMR insuffisant
- **Décembre** : le taux de remboursement des médicaments homéopathiques passe de 65% à 35%.

**2004** :

- Une deuxième vague de déremboursement devrait concerner environ 400 médicaments considérés comme « aptes à être exploités en automédication ». Il s'agit principalement des traitements des troubles digestifs, fluidifiants bronchiques, magnésium, veinotoniques, oligo-éléments, phytothérapie.

6 - En effet, en Allemagne et aux Pays-Bas, l'innovation est définie de façon très restrictive et les produits innovants sont très rapidement intégrés à des groupes de produits pharmaceutiques soumis aux prix de référence.

7 - Et ce malgré la politique de promotion des génériques engagée par les pouvoirs publics depuis 1998 (campagnes publicitaires, droit de substitution au sein du répertoire des génériques accordé aux pharmaciens en juin 1999, autorisation de la prise en charge des prescriptions en Dénomination Commune Internationale (DCI) en 2002)

déclassés, de leur prix de vente mais également de possibles modifications dans le comportement de demande des praticiens et des patients.

Ces mesures visent les spécialités dont l'utilisation peut être soit limitée sans problème pour la santé publique soit avantageusement remplacée par d'autres. En raison de l'évolution des connaissances et de l'existence de nouvelles alternatives, les médicaments déclassés ou déremboursés n'ont plus une place prépondérante dans la stratégie thérapeutique, et il est peut-être plus judicieux soit d'en limiter la consommation s'ils sont jugés utiles soit de les remplacer par des spécialités plus efficaces. L'allocation de l'enveloppe des médicaments devient ainsi plus favorable aux produits au SMR important ce qui améliore l'accessibilité des patients à ces médicaments.

### *L'influence potentielle de la politique de remboursement sur la demande de médicaments*

Le comportement de prescription des médecins est d'abord influencé par leurs caractéristiques individuelles (âge, sexe), professionnelles (secteur conventionnel, mode et lieu d'exercice, type de pratique) et par le profil de leur clientèle. Le taux de remboursement des médicaments peut également être un facteur déterminant notamment lorsqu'il reflète l'intérêt thérapeutique du produit concerné. Par ailleurs, il ne faut pas négliger l'influence de la promotion effectuée par les laboratoires et l'inertie des habitudes de prescription.

Si on suppose que le taux de remboursement des médicaments a une influence sur le contenu de l'ordonnance, on peut envisager :

- une substitution de médicaments au sein de la même classe dans le cas où les politiques de déremboursement ou de déclassement différencient les produits au sein de ces classes ;
- un report de prescription sur des classes thérapeutiques voisines, parfois plus coûteuses (= effets de report)

La variation de la demande de médicaments par les patients est quant à elle liée à une élasticité prix difficile à estimer et qui dépend très fortement de la couverture par les assurances complémentaires. Dans ce cadre, elle devrait être relativement peu sensible aux déclassés dans la mesure où la plupart des assurances complémentaires prennent en charge le ticket modérateur qu'il s'élève à 65 % ou à 35 % du prix de vente. Par contre, le déremboursement des médicaments devrait en théorie exercer un effet plus significatif. En effet, quand un médicament sort de la liste des spécialités remboursables par l'assurance

maladie obligatoire, il n'est généralement plus remboursé par les assurances complémentaires exception faite des pilules de troisième génération remboursées partiellement ou totalement par certaines mutuelles. Les patients peuvent alors être incités soit à renoncer à consommer des produits « peu utiles » soit à se tourner vers des médicaments remboursés même s'ils sont plus chers.

### *L'influence potentielle de la politique de remboursement sur l'offre de médicaments*

À la suite du déremboursement de certains de leurs produits, les laboratoires pharmaceutiques peuvent subir une baisse de la demande de ces produits (sachant toutefois qu'il s'agit le plus souvent des présentations en déclin). Dans la mesure où les médicaments sortent alors du domaine remboursable, la fixation des prix devient libre et les laboratoires peuvent faire de la publicité à destination du grand public mais uniquement pour les médicaments en automédication (encadré 3).

En ce qui concerne les prix, ils peuvent adopter deux types de stratégies : augmenter le prix des produits pour compenser la baisse des volumes et maintenir leur chiffre d'affaires, ou baisser les prix pour relancer la demande.

En cas de déclassement de leurs produits, les laboratoires ont une marge de manœuvre plus réduite sur les prix dans la mesure où ces derniers ont été fixés par convention avec le CEPS pour une durée déterminée. Néanmoins, ils peuvent demander une modification du prix qui est acceptée ou rejetée par le CEPS dans un délai de 90 jours.

De plus, les laboratoires peuvent demander le déremboursement d'un produit, notamment quand il s'agit d'un produit « grand public »<sup>8</sup>. Une telle stratégie leur permet notamment, après autorisation préalable de diffusion délivrée par l'AFSSAPS, de faire de la publicité auprès du public (télévision, journaux). Elle peut contribuer à relancer la demande et, dans certains cas, à maintenir la position de leader du produit sur le marché lors du passage du brevet dans le domaine public et l'apparition de génériques. Ce comportement peut également accélérer le cycle de vie du produit et favoriser le développement de produits plus innovants.

8 - Cela a été le cas pour des médicaments tels que Hextril®, Actifed®, Maalox®.



## ENCADRÉ 1 ●

PRÉSENTATION DE TROIS ÉTUDES PORTANT SUR L'IMPACT DU DÉREMBOURSEMENT  
ET DU DÉCLASSEMENT DES MÉDICAMENTS  
ET SUR LES MODIFICATIONS POSSIBLES DE COMPORTEMENT DES PRATICIENS**1 • Le déremboursement des veinotoniques**

Dans le cadre du plan triennal de déremboursement des médicaments à SMR insuffisant (2003-2005), l'ensemble de la classe des veinotoniques (jusqu'à présent prise en charge à 35 %) devrait être déremboursée en 2004. En 2003, ces produits représentent près de 360 millions d'euros de ventes (données GERS). La prescription de veinotoniques est l'une des stratégies thérapeutiques utilisées pour les patients souffrant d'insuffisance veineuse chronique (IVC). D'un point de vue médical, selon la Commission de la Transparence, il n'y a pas de supériorité de cette stratégie médicamenteuse sur la contention et les règles hygiéno-diététiques pour les deux premiers degrés de gravité de la pathologie veineuse.

**L'étude menée en 2003 par le CRESGE** (Université de Lille II et CNRS) dans le cadre d'une convention de recherche avec les laboratoires Beaufour-Ipsen analyse l'impact du déremboursement complet de la classe des veinotoniques sur l'attitude thérapeutique des généralistes vis-à-vis des patients souffrant d'IVC. Elle cherche à mettre en évidence d'éventuels phénomènes de report et à quantifier leurs conséquences sur les dépenses de santé liées à la prise en charge de l'IVC.

La méthode utilisée est la suivante : un panel de 293 généralistes a répondu à un questionnaire où étaient présentés 5 cas cliniques (tirés parmi un échantillon représentatif de 31 cas). Les réponses au questionnaire concernent les prescriptions qui ont lieu lors d'une première consultation pour cette pathologie. Pour chaque cas, il est demandé au médecin de décrire sa prescription dans le cadre actuel (remboursement des veinotoniques par l'Assurance Maladie et les assurances complémentaires) et dans les situations (hypothétiques) de déremboursement complet des veinotoniques selon que le patient est réticent ou non à prendre en charge personnellement le prix des médicaments prescrits. Une analyse économétrique est ensuite menée afin de cerner les déterminants de la prescription. L'impact du report de prescription sur les dépenses est estimé en comparant « la situation avant le déremboursement des veinotoniques et celle qui prévaut après cette mesure dans la population des patients traités par veinotoniques en première intention » et en retenant une durée de traitement de 3 mois.

Les résultats présentés sont de deux ordres. Dans un premier temps, l'étude économétrique permet de mettre en évidence les déterminants des prescriptions de veinotoniques : jugements que portent les généralistes sur l'utilité des veinotoniques par rapport à la contention, variables de nature médicale (existence d'antécédents personnels, présence d'œdème ou de varicosités, niveau élevé de douleur favorisant la prescription à l'inverse de la présence de varices ou du niveau de gravité de l'insuffisance veineuse), variables socio-économiques (prescription plus fréquente pour les patients d'origine populaire). En outre, la réticence des patients à supporter la dépense apparaît comme une variable instrumentale très significative de l'étude : si une fraction suffisante (90 %) des patients était prête à assumer la charge financière, les prescriptions ne seraient pas significativement modifiées au sens statistique.

Dans un second temps, l'étude mesure l'impact financier des mesures de déremboursement sur les différents acteurs (collectivité dans son ensemble, assurance maladie et patients). Elle montre qu'au final, au-delà de 16 % des patients se montrant réticents à payer les produits déremboursés, le déremboursement de la classe des veinotoniques coûte aux caisses d'assurance maladie (15 à 45 millions d'euros) à cause d'effets de report d'une partie de la consommation des veinotoniques vers des arrêts de travail, des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des antalgiques et de la chirurgie. Dans le cas où aucun patient ne serait réticent à l'idée de payer, l'assurance maladie ne dégage aucun bénéfice du déremboursement des veinotoniques.

Cette étude soulève deux remarques principales. D'une part, la méthode utilisée de nature expérimentale ne permet pas de juger de la représentativité des pratiques de prescription. Bien que tous les gages de la représentativité de l'échantillon des prescripteurs et des cas traités semblent fournis, les résultats obtenus en termes de comportements de prescription ne reflètent pas l'attitude réelle des médecins. D'autre part, le chiffrage macroéconomique de l'impact du déremboursement est contestable : aucun calage sur données réelles n'a été effectué ; le coût du report vers d'autres stratégies thérapeutiques a été calculé pour l'ensemble de la population concernée par l'IVC alors qu'une partie de cette population utilise déjà d'autres traitements.

Cette étude met toutefois en évidence les comportements de report de prescription qui peuvent apparaître dès lors qu'une classe thérapeutique complète est touchée par un déremboursement et l'importance de la propension à payer des patients. Ces reports de prescription, qui s'orientent soit vers des actes ou des prescriptions plus coûteuses pour l'assurance maladie soit vers de l'automédication, peuvent engendrer un bénéfice limité voire une perte pour l'assurance maladie.

**2 • Les déclassements réalisés en avril 2003**

La CNAMTS a mené une étude sur l'impact financier de la baisse du taux de remboursement (de 65 % à 35 %) de 616 spécialités pharmaceutiques au SMR jugé faible ou modéré intervenue en avril 2003 (Point de conjoncture n° 21, janvier 2004). Elle analyse également les modifications de comportement imputables aux professionnels de santé ou aux patients qui ont pu avoir lieu.

L'étude est réalisée sur le champ MEDICAM c'est-à-dire à partir des données du régime général hors sections locales mutualistes et pour la France métropolitaine qui correspondent aux délivrances de médicaments faites dans les officines de ville. Elle calcule une économie potentielle réalisée de l'ordre de 135 millions d'euros pour le régime général soit 356 millions d'euros en année pleine et pour l'ensemble des régimes. Toutefois, cette estimation ne tient pas compte des éventuels effets de report vers d'autres médicaments. La baisse de la consommation des médicaments déclassés touche essentiellement les personnes atteintes d'une affection de longue durée.

### 3 • Les médicaments à SMR insuffisant

L'étude de l'IRDES (Naudin, Sermet, 2004), réalisée à partir des données de l'année 2001 issues de l'exploitation de l'Enquête Permanente sur la Prescription Médicale (EPPM d'IMS-Health), dresse un bilan de la prescription des médicaments à SMR insuffisant (SMRI) avant la première phase de déremboursement entreprise en octobre 2003. Elle montre que la prescription de ces médicaments est une pratique courante (en 2001, un produit prescrit sur cinq) et qu'elle se concentre dans trois groupes de pathologies (maladies infectieuses et parasitaires, maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'appareil respiratoire).

Afin de déterminer s'il existe des alternatives à la prescription de médicaments à SMRI, trois études de cas sont présentées : le traitement de la rhinopharyngite, des maladies cérébro-vasculaires et de la diarrhée. Ces études suggèrent que les médecins adoptent une variété de comportements de prescription et sont susceptibles de modifier de différentes manières ces comportements après déremboursement :

- Soit le médicament prescrit est à SMRI mais il existe dans la même classe thérapeutique une alternative de prescription de médicaments qui ne sont pas à SMRI (Exemples de cas : rhinopharyngites, pharyngites, otites) ; dans ce cas il pourra alors être substitué par des médicaments de la même classe.

- Soit le médicament à SMRI semble être prescrit en supplément sur l'ordonnance et aucune alternative n'est envisageable dans la même classe thérapeutique (Exemples de cas : Diarrhées, rhinopharyngites, pharyngites, otites) ; dans ce cas, il pourra alors ne plus être prescrit, sans entraîner de substitution ou continuer à être prescrit sans être remboursé.

- Soit encore le médicament à SMRI est le plus souvent prescrit seul et aucune alternative n'est envisageable dans la même classe thérapeutique (exemples de cas : maladies des artères, affections veineuses, maladies cérébro-vasculaires) ; il pourrait alors être substitué par des médicaments d'autres classes thérapeutiques (hyperlipidémifiants, antiagrégants plaquettaires).

## LE CONTENU DES MODIFICATIONS DE REMBOURSEMENT INTERVENUES ENTRE 2000 ET 2003

Les données mensuelles du GERS entre janvier 2000 et décembre 2003 recensent plus de 10 000 présentations différentes sur le marché pharmaceutique français. Elles indiquent pour chaque présentation, outre son code CIP<sup>9</sup> et son taux de remboursement par la sécurité sociale, la classe thérapeutique à laquelle elle appartient (selon la classification EPHMRA<sup>10</sup>), les chiffres d'affaires hors taxes et toutes taxes comprises ainsi que les quantités vendues.

Les taux de remboursement utilisés dans l'étude correspondent en fait à des taux théoriques. En effet, ces taux ne prennent pas en compte la part de personnes en Affection longue durée (ALD), prises en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

## les modifications de taux de remboursement entre 2000 et 2003

Plus de 10 % des spécialités recensées dans cette base de données ont vu leur taux de remboursement se modifier sur cette période entre 2000 et 2003 (tableau 1).

Dans plus de 95 % des cas, la modification du taux de remboursement correspond à une baisse. Les variations de taux les plus fréquentes sont celles de 65 % à 35 % (plus de 7 baisses sur 10). Les déremboursements de médicaments (radiation d'un médicament de liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux) concernent 27 % des modifications de remboursement (graphique 1).

53 présentations ont vu leur taux de remboursement augmenter sur la période 2000-2003. Dans 70 % des cas, il s'agit de médicaments mis au remboursement (au taux de 65 %).

9 - Le code CIP est un code numérique identifiant une présentation d'une spécialité pharmaceutique.

10 - La classification EphMRA permet de regrouper des produits au sein de classes thérapeutiques. Elle est repérée par des codes alphanumériques et comporte quatre niveaux de description. Elle est développée par le groupe européen European Pharmaceutical Market Research.

Les médicaments concernés par ces hausses sont, pour la plupart, des traitements coûteux de maladies lourdes. C'est le cas par exemple de :

- Keppra®, nouvel antiépileptique contre les épilepsies rebelles ;
- Prévenar®, vaccin pneumococcique pour les jeunes enfants ;
- Ebixa®, nouveau médicament destiné au traitement des symptômes de la maladie d'Alzheimer dans les stades avancés ;
- Lantus®, analogue de l'insuline stabilisant la glycémie.

Par ailleurs, certains médicaments déclassés (65 à 35 %) en 2001, ont vu leur taux de remboursement initial rétabli en 2003. Ce reclassement concerne en particulier la classe des vasodilatateurs et des nootropiques.

Les diminutions de taux de remboursement ont principalement été effectuées en juin 2001 et avril 2003 et concernent pour la première vague les médicaments jugés comme rendant un service médical insuffisant, et pour la deuxième un service modéré ou faible (encadré 2).

Ces déclassements et déremboursements ont profondément modifié la structure de remboursement du marché pharmaceutique français. En effet, en janvier 2000, le marché comptait cinq fois plus de présentations remboursées à 65 % qu'à 35 %. En octobre 2003, ce rapport a été divisé par deux.

Les tableaux 2 et 3 précisent la nature et l'année où interviennent les baisses ou hausses de taux de remboursement. Les hausses de taux de remboursement concernent aussi bien les inscriptions au remboursement que le réexamen des conditions de remboursement de certaines spécialités (exemple de certains nootropiques, déclassés en 2000 puis reclassés en 2003 après avis du conseil d'État).

Pour les hausses de 0 à 35 ou 65 %, il s'agit en général d'un décalage entre la commercialisation d'un produit et son admission au remboursement, certains laboratoires préférant mettre rapidement sur le marché un produit non remboursable, afin de lancer au plus vite le produit. C'est le cas par exemple de l'anti-inflammatoire non stéroïdien Vioxx® commercialisé dès 2000 mais remboursé à 65 % par l'Assurance maladie à partir de 2001.

La réévaluation du service médical rendu effectuée par la Commission de la transparence en juin 2001 a

TABLEAU 1 ●

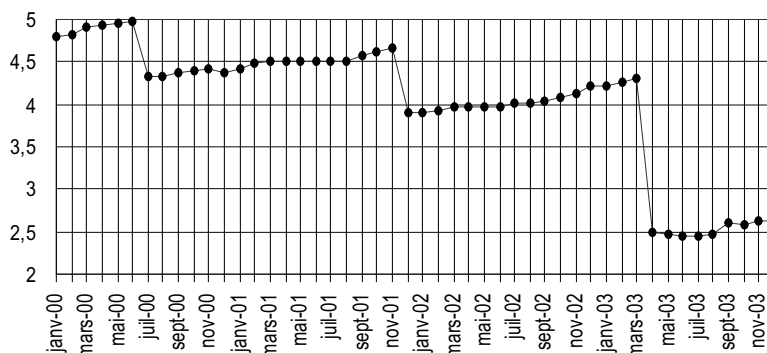
structure des modifications de taux de remboursement entre 2000 et 2003

Type de modification de taux de remboursement	Nombre de présentations concernées entre 2000 et 2003	Répartition en %
<b>Diminution</b>	<b>1 078</b>	<b>95,3</b>
de 100 % à 35 %	4	0,4
de 100 % à 65 %	1	0,1
de 35 % à 0 %	215	19,0
de 65 % à 0 %	93	8,2
de 65 % à 35 %	765	67,6
<b>Augmentation</b>	<b>53</b>	<b>4,7</b>
de 0 % à 35 %	9	0,8
de 0 % à 65 %	37	3,3
de 35 % à 65 %	7	0,6
<b>Total modifications</b>	<b>1 131</b>	<b>100,0</b>

Source : données GERS, traitement Drees

GRAPHIQUE 1 ●

évolution du rapport :  
(Nb présentations remboursées à 65 %) / (Nb présentations remboursées à 35 %)



Source : données GERS, traitement Drees

conduit à une vague importante de baisse de taux de remboursement (de 65 % à 35 %) pour les médicaments dont le SMR a été jugé insuffisant. Il s'agit principalement des vasodilatateurs et des nootropiques. Les trois quarts de ces produits déclassés appartiennent à des classes thérapeutiques dont les ventes ont ensuite chuté en 2002 (Études et Résultats n° 240, 2003).

En avril 2003, 617 médicaments (soit 204 principes actifs), au SMR jugé modéré ou faible, ont vu leur taux de remboursement passer de 65 % à 35 %. Cette liste comprend des antifongiques cutanés, des antiseptiques, des antiacnéiques, certains médicaments permettant de traiter le reflux gastro-œsophagien ou les nausées et certains antihistaminiques. Parmi les médicaments concernés, on note des médicaments jusque là leader sur le marché pharmaceutique : il s'agit notamment des anti-histaminiques comme le Zyrtec© (dont deux présentations ont été déclassées) et Clarityne©, de l'anti-inflammatoire Art© employé dans le traitement de l'arthrose ou encore de certaines présentations du Zovirax© employé contre l'herpès.

### les classes thérapeutiques concernées

Entre 2000 et 2003, les classes thérapeutiques les plus concernées par les modifications de taux de remboursement sont celles traitant la dermatologie (20 % des modifications de taux), l'appareil cardio-vasculaire (14 %), le système nerveux central (14 %), l'appareil digestif (12 %), l'appareil respiratoire et l'appareil locomoteur (tableau 4).

Si on affine cette recherche au niveau 4 de la classification EPHMRA, on peut mieux cerner les déremboursements et déclassés et évaluer la part des produits déremboursés ou déclassés (en terme de fréquence au sein de ces classes).

Au niveau 4 de la classification EPHMRA, les classes les plus concernées sont les antimycotiques (63 % des présentations de cette classe ont subi une baisse de leur taux de remboursement entre 2000 et

2003), les corticoïdes antibactériens (74 %), les anti-histaminiques (64 %), les antivertigineux (83 %) et les antimigraineux (79 %) [tableaux 5 et 6].

### ÉTUDE SPÉCIFIQUE DE QUELQUES CLASSES AYANT CONNU DES DIMINUTIONS IMPORTANTES DE LEURS CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

Afin d'illustrer les mécanismes possibles, deux cas de figure vont être plus particulièrement étudiés quant à l'impact des modifications de taux de remboursement enregistrées en 2000 et 2001, ce qui permet d'avoir le recul nécessaire pour l'analyse.

Premièrement, seront étudiées deux des classes qui ont connu principalement des déremboursements : il s'agit alors de vérifier si les médicaments déremboursés ont vu leurs parts de marché diminuer, et établir les substitutions possibles au sein de la même classe.

Le deuxième cas de figure est celui des classes ayant connu principalement des baisses de taux de remboursement de 65 à 35 % : il s'agit alors d'examiner les

TABLEAU 2 ●

la nature des modifications des taux de remboursement

Année du changement	Nombre de baisses du taux de remboursement	Nombre de hausses du taux de remboursement	Total
2000	116	4	120
2001	275	15	290
2002	56	16	72
2003	631	18	649
<b>Total</b>	<b>1 078</b>	<b>53</b>	<b>1 131</b>

Source : données GERS, traitement Drees

TABLEAU 3 ●

la modification de taux de remboursement de 2000 à 2003

Année	Baisse du taux de remboursement				Hausse du taux de remboursement			
	100 -> 35	100 -> 65	35 -> 0	65 -> 0	65 -> 35	0 -> 35	0 -> 65	35 -> 65
2000	0	1	8	11	96	3	1	0
2001	3	0	64	54	154	2	13	0
2002	0	0	45	11	0	2	14	0
2003	1	0	98	17	515	2	9	7

Source : données GERS, traitement Drees

conséquences, et en outre l'évolution de la consommation de la classe et de sa structure en fonction des taux de remboursement.

### les classes principalement concernées par le déremboursement

En ce qui concerne les déremboursements seuls, le choix de la classe à étudier est orienté par le rapport : part des produits déremboursés (en fréquence, c'est-à-dire en nombre de présentations pharmaceutiques concernées) et part de marché des produits déremboursés au sein de leur classe.

Trois classes semblent à cet égard intéressantes pour l'étude du déremboursement (tableau 7) :

- la classe M06A des enzymes anti-inflammatoires : 40 % des médicaments de cette classe ont été déremboursés en 2000 et 2001 et ils représentent 43 % du chiffre d'affaires global de la classe en 2000 ;
- la classe A07B des anti-diarrhéiques absorbants intestinaux ;
- la classe A02A6 des anti-acides et autres produits.

Dans les paragraphes qui suivent, seule la substitution à l'intérieur de la classe a été examinée (encadré 4). D'autres informations sont en cours d'obten-

tion pour examiner par quels produits appartenant à d'autres classes thérapeutiques les spécialités qui ont été déremboursées peuvent être remplacées.

### M06A : Les enzymes anti-inflammatoires

Les médicaments de cette classe sont utilisés dans le traitement d'appoint des œdèmes post-traumatiques ou postopératoires.

Cette classe thérapeutique compte 10 présentations, soit 7 produits entre 2000 et 2003. Elle est en déclin depuis 1998 (-7 % entre 1998 et 1999, -14 % entre 1999 et 2000, -23 % entre 2000 et 2001, -18 % entre 2001 et 2002). Elle est composée de produits anciens (l'âge moyen de la classe est de 30 ans).

Les médicaments déremboursés sont d'ailleurs plus anciens que les autres : ils ont en moyenne 33 ans en 2000, contre 18 ans pour les autres. Six présentations de la classe ont été déremboursées en 2001 (de 35 % à 0 %) : Alphachymotrypsine® (comprimés et pommade), Alphacutanee® et Ribatran® en février 2001, Extranase® (bt40 et 80) en septembre 2003. En 2000, Ribatran® représentait 37 % des ventes de la classe (suivi d'Extranase® BT 80 (25 %) et de Dazen® (21 %)). En 2002, Ribatran® ne représentait plus que 13 % des ventes de la classe.

TABLEAU 4 ●

les classes thérapeutiques (niveau 1) touchées par les baisses de taux de remboursement

CT1	Libellé Classe thérapeutique (niveau 1)	Baisse					Total baisse	Répartition baisse (%)
		100 -> 35	100 -> 65	35 -> 0	65 -> 0	65 -> 35		
A	Appareil digestif et métabolisme	0	0	36	12	77	125	12
B	Sang, organes hématopoïétiques	0	0	0	1	8	8	1
C	Appareil cardiovasculaire	0	0	18	7	125	150	14
D	Dermatologie	0	0	37	15	165	216	20
G	Appareil génito-urinaire / hormones sexuelles	0	0	4	2	47	52	5
H	Hormones voie générale (sauf sexuelle)	0	0	1	0	15	16	1
J	Anti-infectieux voie générale	1	0	2	3	11	17	2
K	Solutés hôpital	0	0	0	2	6	8	1
L	Antineoplasique et immunomodulateur	3	1	3	2	0	9	1
M	Appareil locomoteur	0	0	14	2	76	91	8
N	Système nerveux central	0	0	13	13	120	146	14
P	Antiparasitaires	0	0	0	0	0	0	0
R	Appareil respiratoire	0	0	64	7	64	132	12
S	Organes des sens	0	0	20	16	44	80	7
T	Produits de diagnostics	0	0	0	5	3	8	1
V	Divers	0	0	2	6	4	11	1
<b>Total</b>		<b>4</b>	<b>1</b>	<b>215</b>	<b>93</b>	<b>765</b>	<b>1078</b>	<b>1</b>

Source : données GERS, traitement Drees

Le fait de dérembourser des médicaments à l'intérieur de cette classe n'a semble-t-il pas accéléré son déclin (tableau 8 et graphique 2). Mais le chiffre d'affaires des présentations déremboursées a diminué de manière importante entre 2000 et 2001 puis entre 2001 et 2002, celui-ci ayant été divisé par 5

entre 2000 et 2002. En revanche, les présentations de cette classe encore admises au remboursement ont vu leur chiffre d'affaires se stabiliser.

En ce qui concerne l'évolution des prix (graphique 3), on constate que la réaction des laboratoires au déremboursement et à la libéralisation des

TABLEAU 5 ●

les classes thérapeutiques (niveau 4) touchées par les baisses de taux de remboursement

	Libelle classe (niveau 4)	Nombre total de présentations par classe	Nombre de baisses de taux enregistrées	Nombre de présentations ayant subi une deuxième baisse	Fréquence de ces baisses par classe (en %)	Baisse			Part des produits de moins de 1 an en 2000 (en %)
						35->0	65->0	65->35	
<b>A</b>	<b>Appareil digestif et métabolisme</b>	<b>2 004</b>	<b>125</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>36</b>	<b>12</b>	<b>77</b>	
A02A1	Antiacides seuls	64	23	0	36	0	0	23	28
A03F	Modif. motricité gastro-intest.	57	13	0	23	0	0	13	1
A07B	Antidiarrh. absorb. intest.	33	13	0	39	0	9	4	7
A02B9	Autres antiulcéreux	10	10	2	100	2	0	8	0
<b>C</b>	<b>Appareil cardiovasculaire</b>	<b>1 373</b>	<b>150</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>7</b>	<b>125</b>	
C04A1	Vasothérapie sauf antag.ca céréb.	131	77	3	59	4	0	73	0
C01D	Thérapie coronarienne (sauf C01E C08)	91	28	0	31	0	0	28	0
C01B	Anti arythmiques	43	11	2	26	2	2	7	0
C04A2	Antagonistes ca activité cérébrale	6	11	5	183	5	0	6	0
<b>D</b>	<b>Dermatologie</b>	<b>747</b>	<b>216</b>	<b>20</b>	<b>29</b>	<b>37</b>	<b>12</b>	<b>164</b>	
D01A1	Antimycotiques dermatologiques voies locales	95	64	4	67	4	0	60	2
D07B1	Corticoïdes + antibactériens	34	39	14	115	15	3	21	5
D10A	Antiacnéique voie locale	56	31	1	55	1	2	28	12
D08A	Antiseptiques et désinfectants	175	28	0	16	3	1	24	21
D03A9	Autres cicatrisants	48	11	0	23	6	1	4	25
<b>M</b>	<b>Appareil locomoteur</b>	<b>495</b>	<b>91</b>	<b>2</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>76</b>	
M03B	Myorelaxants, action centrale	48	36	2	75	2	0	34	6
M01A1	Antirhumatisant non stéroïdes seuls	200	34	0	17	1	0	33	4
<b>N</b>	<b>Système nerveux central</b>	<b>1 354</b>	<b>146</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>120</b>	
N07C	Antivertigineux	35	29	0	83	0	0	29	0
N02B	Analgésiques non narcot. antipyr.	336	19	3	6	4	5	10	10
N02C9	Antimigraigneux autres	24	19	0	79	0	0	19	5
N05B5	Hypnotique sédatifs phytothérapie	86	19	2	22	2	0	17	23
N06D	Nootropiques	29	17	1	59	2	0	15	3
N05B1	Hypnotique non barbiturique seuls	71	9	0	13	0	3	6	9
<b>R</b>	<b>Appareil respiratoire</b>	<b>999</b>	<b>132</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>63</b>	<b>5</b>	<b>64</b>	
R06A	Antihistaminiques voies généraux	50	38	6	74	6	2	30	6
R05D2	Antitussifs en ass. sauf R5B,F	131	27	0	21	26	0	1	16
R03B2	Xanthines voies générales autres	37	23	1	62	1	4	18	0
R05C	Expectorants	238	16	0	7	15	0	1	7
<b>Total</b>	<b>A+C+D+M+N+R</b>	<b>6 972</b>	<b>860</b>	<b>54</b>	<b>12</b>	<b>181</b>	<b>53</b>	<b>626</b>	

Source : données GERS, traitement Drees

prix qu'il engendre a été très rapide. Ainsi, le prix moyen des présentations déremboursées en 2001 a augmenté de 55 % entre janvier 2000 et décembre 2003. La hausse est même de 49 % dès le mois suivant le déremboursement. De même, les deux présentations de la spécialité Extranase® (BT 80 et BT 40), déremboursées en septembre 2003 ont vu leur prix unitaire augmenter respectivement de 80 % et 50 % dès le mois d'octobre 2003.

Les présentations n'ayant pas subi de modification de leur taux de remboursement entre 2000 et

2003 présentent au contraire un prix moyen stable. Afin d'évaluer la part réelle des volumes et des prix dans l'évolution des ventes de la classe, il faudrait avoir recours à la notion de Dose quotidienne définie (DQD). Or ces informations ne sont pas disponibles pour cette classe dans la base de données Thériaque<sup>11</sup>.

Néanmoins, la hausse du prix moyen des présentations déremboursées met en évidence une baisse des volumes de ces présentations encore plus marquée que celle du chiffre d'affaires.

TABLEAU 6 ●

croissance annuelle entre 1999 et 2003 des principales classes thérapeutiques concernées par le déremboursement et le déclassement

CT	Libellé de la classe thérapeutique	Taux de croissance 1999-2000	Taux de croissance 200-2001	Taux de croissance 2001-2002	Taux de croissance 2002-2003
<b>A</b>		<b>7</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>1</b>
A02A1	Antiacides	-4	-1	1	-9
A02A6	Antiacides+autres pds	-8	-10	-24	-15
A03F	Modif. motricité gastro-intes.	-6	-14	-2	-2
A05A1	Cholérétiques, cholecystokin.	-2	-9	-10	-10
A07B	Antidiarrhéique, absorb. intes	0	-14	-13	-12
<b>C</b>		<b>7</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
C01D	Thérapie coron. (SF C01E C08)	4	-6	-6	-12
C04A1	Vasothérapie sf antag. ca céréb.	-8	-9	-9	-12
<b>D</b>		<b>4</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
D01A1	Antimycotiques, dermato., voies locales	4	6	3	3
D07B1	Corticoïdes+antibactériens	2	-1	-11	-10
D08A	Cicatrisants	-5	1	-2	0
D10A	Antiacnéïques voies locales	-6	-9	-10	-3
<b>M</b>		<b>9</b>	<b>27</b>	<b>6</b>	<b>4</b>
M01A1	Antirhumat non stéroïdes seuls	4	-8	3	-3
M03B	Myorelaxants, action centrale	-2	-1	-1	-10
M06A	Enzymes antiinflammatoires	-12	-25	-18	-1
<b>N</b>		<b>12</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>4</b>
N02B	Autres produits gynécologiques	6	3	5	-3
N02C9	Antimigréneus autres	-4	-4	-5	-10
N05B4	Hypnotiques barbituriques associés	-32	-90	-27	-60
N05B5	Hypnotiques	3	2	2	-3
N06D	Nootropiques	-9	-4	-4	-22
N07C	Antivertigineux	2	3	0	-1
<b>R</b>		<b>8</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
R03B2	Xanthines voies générales autres	-12	-14	-14	-14
R05C	Expectorants	-1	-3	-5	-10
R05D2	Antitussifs en ass. sauf R5B,F	-2	-9	-9	-24
R06A	Antihistaminiques voies générales	8	8	4	8

Source : données GERS, traitement Drees

TABLEAU 7 ●

les déremboursements par classe thérapeutique en 2000 et 2001

Classe thérapeutique (niveau 4)	Nombre de déremboursements en 2000 et 2001	Nombre de déremboursements en 2000 et 2001 (en %)	Part de marché de ces produits (en %)
M06A	4	40	43
K01F1	2	33	47
N05B4	2	18	23
A07B	9	17	33
A02A6	1	17	47
A05A1	5	6	15
A07A	2	4	7,5

Source : données GERS, traitement Drees

TABLEAU 8 ●

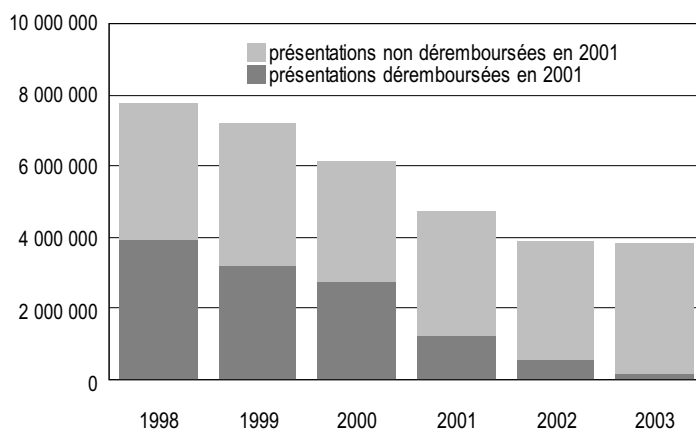
chiffre d'affaires et évolution selon le type de présentation

M06A pour le diagnostic oedème cérébral	ca1998	ca1999	ca2000	ca2001	ca2002	Taux d'évolution 1999/1998	Taux d'évolution 2000/1999	Taux d'évolution 2001/2000	Taux d'évolution 2002/2001
Présentations déremboursées en 2001	3 902 704	3 222 240	2 723 723	1 248 659	581 084	-17 %	-15 %	-54 %	-53 %
Présentations non déremboursées en 2001	3 838 388	3 939 466	3 420 325	3 466 339	3 270 500	3 %	-13 %	1 %	-6 %
<b>Ensemble</b>	<b>7 741 092</b>	<b>7 161 706</b>	<b>6 144 048</b>	<b>4 714 997</b>	<b>3 851 584</b>	<b>-7 %</b>	<b>-14 %</b>	<b>-23 %</b>	<b>-18 %</b>

Source : données GERS, traitement Drees

GRAPHIQUE 2 ●

chiffre d'affaires annuel de la classe M06A suivant déremboursement 2001

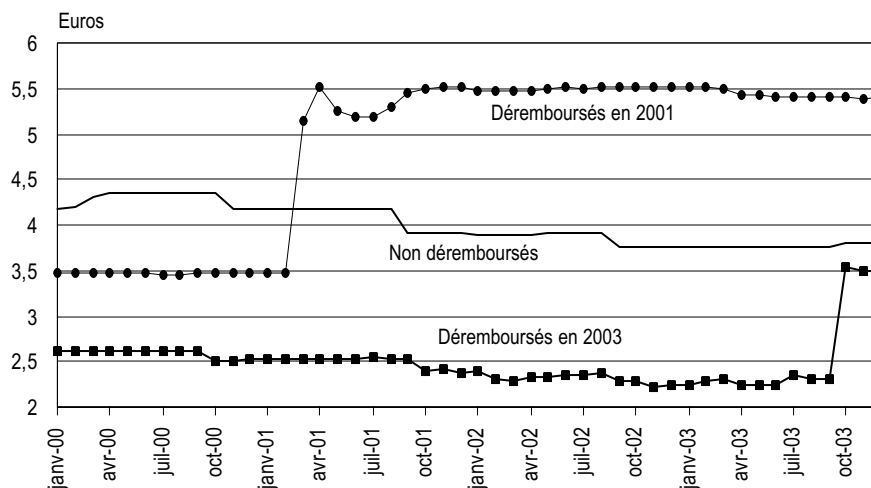


Source : données GERS, traitement Drees



GRAPHIQUE 3 ●

évolution du prix moyen unitaire\* des présentations de la classe M06A entre 2000 et 2003, pondéré par les chiffres d'affaires



\* le prix moyen est la moyenne pondérée par le chiffre d'affaires des prix unitaires des présentations, il est donc sensible aux effets de structure.

Source : données GERS, traitement Drees

## ENCADRÉ 1 ●

## LES SUBSTITUTIONS INTRA ET INTER CLASSES

Il n'est pas aisé d'établir de manière rigoureuse des substitutions entre spécialités pharmaceutiques, qu'elles s'opèrent au sein de la même classe thérapeutique (substitution intra classe) ou entre classes thérapeutiques (substitution inter classes). Cette difficulté est liée à différents facteurs :

- Le champ d'indications d'une classe thérapeutique peut être très large avec des différences entre les spécialités (exemple des nootropiques dont certains produits peuvent être indiqués en cas de dyslexie, de vertige, de déficit pathologique cognitif et sensoriel, ou encore dans les suites d'accidents vasculaires cérébraux ischémiques) ;

- Comme le montre l'Enquête Permanente des Prescriptions Médicales (EPPM), au niveau de la pratique médicale, les médicaments d'une même classe thérapeutique peuvent répondre à plusieurs indications thérapeutiques et réciproquement, pour une indication thérapeutique particulière, on peut observer plusieurs classes thérapeutiques prescrites.

Ainsi, les anti-diarrhéiques absorbants intestinaux (A07B) seraient prescrits en 2000, à 50 % en cas de diarrhée ou de gastro-entérite d'origine présumée infectieuse, 20 % en cas de maladie ou trouble fonctionnel spécifique de l'intestin. Mais en cas de diarrhée ou de gastro-entérite d'origine présumée infectieuse, seulement 7 % des prescriptions seraient des anti-diarrhéiques, les plus prescrits dans ce cas là étant les gastroprokinétiques (17 %), les anti-infectieux intestinaux (14 %), les antispasmodiques et anticholinergiques seuls (12 %) et les anti-acides seuls (11 %).

- Les pratiques quotidiennes de prescription varient fortement d'un médecin à l'autre en fonction des caractéristiques individuelles des praticiens (âge et sexe) et de celles de leur patients (type de clientèle) et avant tout des besoins particuliers de ces derniers. Elles peuvent aussi être influencées de façon importante par la stratégie commerciale des laboratoires.

- Lorsqu'il s'agit de pathologie bénigne - indication thérapeutique d'une grande partie des produits déremboursés ou déclassés au SMR insuffisant -, la pathologie observée peut être le signe d'un état de faiblesse général, pour lequel il n'existe pas un unique traitement possible.

Il est donc extrêmement difficile de délimiter les contours de la substitution : les médicaments déremboursés d'une même classe thérapeutique pouvant être remplacés par plusieurs médicaments différents, appartenant à la même classe thérapeutique, à une classe thérapeutique proche voire même à une classe concernant une zone anatomique très différente.

Dans la présente étude, on appréhende les substitutions intra classe en étudiant l'évolution des parts de marché des différentes spécialités pharmaceutiques au sein d'une même classe. Cette évaluation reste très fruste dans la mesure où elle ne dépend pas uniquement de l'évolution du taux de remboursement des produits au sein de la classe (rôle important de la stratégie commerciale des firmes, de l'âge des produits...). En ce qui concerne les substitutions inter classes, il semble difficile, même aux praticiens, de déterminer a priori les produits qui peuvent se substituer à d'autres en cas de déremboursement, à moins de connaître précisément le contexte de la prescription. Il apparaît donc encore plus complexe de déterminer l'ensemble du champ de la substitution. Ceci constitue à l'évidence une limite importante de l'étude.

**A07B : Les antidiarrhéiques absorbants intestinaux**

Cette classe compte 33 présentations différentes entre 2000 et 2003, soit 20 produits. Comme la classe précédente, cette classe est globalement en déclin, son chiffre d'affaires ayant décliné de plus de 20 % entre 2000 et 2002 (tableau 9). En fait, les médicaments composant cette classe sont anciens (moyenne d'âge des produits de la classe : 26 ans). Seuls 4 % des médicaments de cette classe sont apparus après 2000. Ils pèsent néanmoins pour près de 27 % du chiffre d'affaires total de la classe.

Cette classe a subi deux vagues de déremboursement en 2001, en janvier et décembre. Au total, 9 de ses présentations (soit 5 produits) ont été déremboursées en 2001. Ces produits déremboursés en 2001 (de 65 % de taux de remboursement à 0 %) représentaient en 2000, un tiers du chiffre d'affaires total de la classe. En 2002, ils n'en représentent plus que 16 %.

Comme pour la classe étudiée précédemment, le fait de dérembourser des médicaments à l'intérieur de cette classe n'a semble-t-il pas accéléré son déclin de manière significative. Mais les présentations déremboursées ont vu leur chiffre d'affaires diminuer de manière importante entre 2000 et 2001 puis entre 2001 et 2002, avec une division par 3 entre 2000 et 2002. En revanche, les présentations de cette

classe encore admises au remboursement ont vu leur chiffre d'affaires stabilisé. Les médicaments ayant vu leur taux de remboursement baisser de 65 % à 35 % en décembre 2001 (Bedelix®, Karayal® et Norgagil®), ont vu leur poids s'accroître au sein de la classe. Ils représentaient ainsi 39 % des ventes de la classe en 2000, 44 % en 2001, 51 % en 2002 et 2003<sup>12</sup> (graphique 4).

Comme pour les enzymes anti-inflammatoires, le prix moyen des produits déremboursés a subi une hausse importante (+47 %) dès le mois suivant le déremboursement, une même présentation pouvant subir des hausses successives rapprochées dès que celle-ci sort du champ des médicaments remboursables. La baisse des volumes enregistrée pour ces présentations est donc encore plus élevée que ne le montre dans un premier temps l'évolution du chiffre d'affaires.

Le prix moyen des présentations ayant subi une simple baisse de leur taux de remboursement est stable sur la période étudiée (graphique 5).

L'étude de l'Irdes (encadré 3) basée sur les données de l'année 2001 montre que le déremboursement des produits de la classe A07B pourrait inciter les médecins soit à limiter la prescription de ces produits, sans entraîner de substitution soit à continuer à prescrire ces produits même déremboursés. En effet, ces médicaments à SMRI semblent être pres-

TABLEAU 9 ●

chiffre d'affaires et évolution selon le type de présentation

A07B	ca1998*	ca1999	ca2000	ca2001	ca2002	ca2003	taux d'évolution 2000/1999	taux d'évolution 2001/2000	taux d'évolution 2002/2001	taux d'évolution 2003/2002
Ensemble des présentations déremboursées en 2001	10 207 766	9 658 517	9 404 439	7 315 014	3 565 315	2 625 062	-3 %	-22 %	-51 %	-26 %
(65 à 35 %)	11 929 678	11 648 054	11 651 424	11 268 076	11 106 557	9 983 376	0 %	-3 %	-1 %	-10 %
Autres	6 456 767	8 213 027	8 597 172	7 054 061	7 515 008	6 832 331	5 %	-18 %	7 %	-9 %
• dont autres présentations remboursées en 2001	5 219 873	4 979 837	5 453 046	4 555 265	4 536 253	4 130 706	10 %	-16 %	0 %	-9 %
• dont autres présentations non remboursées en 2001	1 236 894	3 233 190	3 144 126	2 498 796	2 978 755	2 701 625	-3 %	-21 %	19 %	-9 %
<b>Ensemble</b>	<b>28 594 211</b>	<b>29 519 598</b>	<b>29 653 035</b>	<b>25 637 150</b>	<b>22 186 880</b>	<b>19 440 769</b>	<b>0 %</b>	<b>-14 %</b>	<b>-13 %</b>	<b>-12 %</b>

\* Pour l'année 1998, on ne dispose pas des données de ventes pour l'ensemble des médicaments non remboursables. Source : données GERS, traitement Drees

12 - Le Norgagil n'est plus commercialisé depuis 2003.

crits en supplément sur l'ordonnance et il n'existe aucune alternative envisageable dans la même classe thérapeutique. Le déclin de cette classe observé entre 1998 et 2003 et qui touche essentiellement les médicaments déremboursés suggère un ralentissement de la prescription de ces produits sans substitution intra classe.

**A02A6 : Les Antiacides + autres produits**

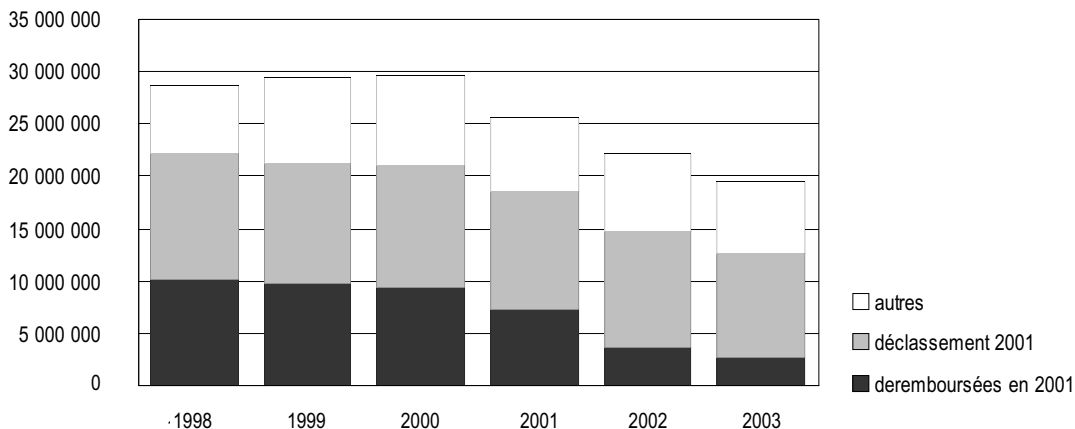
Les médicaments de cette classe traitent la douleur au cours des affections oesogastroduodénales.

Six présentations différentes composent cette classe. Seules deux présentations ont subi des modifications de leur taux de remboursement sur la période étudiée : Acidrine® (déremboursement : 35 % à 0 %, en décembre 2001) et Mutesa® (déclassement de 65 % à 35 % en décembre 2001 puis déremboursement en septembre 2003). Ces deux présentations sont anciennes, puisque mises sur le marché dans les années 1960.

Les quatre autres présentations de la classe ne sont pas remboursées par la sécurité sociale.

GRAPHIQUE 4 ●

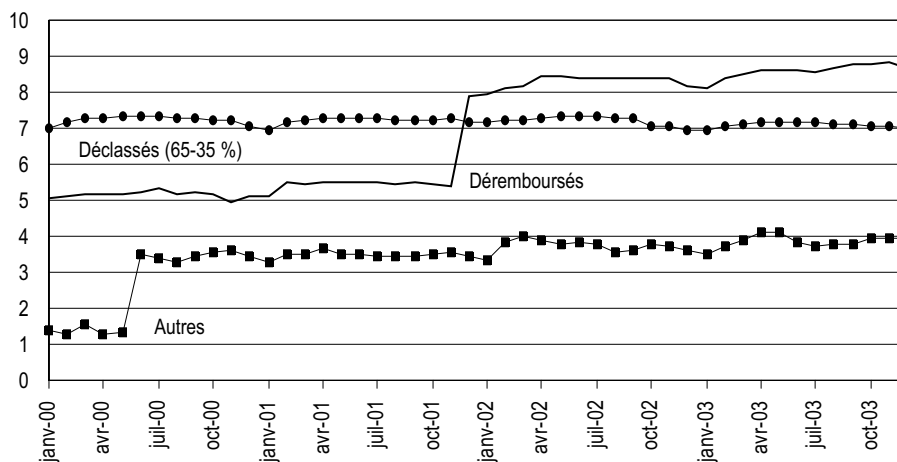
évolution du chiffre d'affaires annuel entre 1998 et 2003 de la classe A07B suivant le déremboursement ou le déclassement



Source : données GERS, traitement Drees

GRAPHIQUE 5 ●

évolution du chiffre d'affaires annuel entre 1998 et 2003 de la classe A07B, suivant le déremboursement ou le déclassement



Source : données GERS, traitement Drees

Le fait de dérembourser Acidrine® n'a pas accéléré le déclin global de la classe (-9 % de croissance annuelle entre 1999 et 2003). Néanmoins, le chiffre d'affaires de cette présentation a été divisé par trois entre 1999 et 2003, et son prix a augmenté de 55 % sur la même période (tableau 10, graphique 6 et graphique 7). On assiste donc à une forte décroissance des volumes.

La part de marché d'Acidrine® au sein de la classe est passée de 37 % en 2000 à 21 % en 2003, celle

de Marga digestif® est passée de 35 % à 55 %. Son prix a d'ailleurs augmenté de 12 % suite au déremboursement de l'Acidrine®.

On observe donc au sein de cette classe une évolution différente de celle observée sur les deux classes précédentes : le déremboursement d'un médicament semble induire un report sur un produit plus cher et non remboursé par la sécurité sociale.

Par ailleurs, il est difficile d'interpréter l'évolution de la structure de la classe dans la mesure où les principales substitutions suite au déremboursement se font très probablement avec des classes thérapeutiques proches (Antiacides seuls par exemple), plutôt qu'au sein de la classe thérapeutique même.

### LES CLASSES AYANT CONNU DES DIMINUTIONS IMPORTANTES DE TAUX DE REMBOURSEMENT

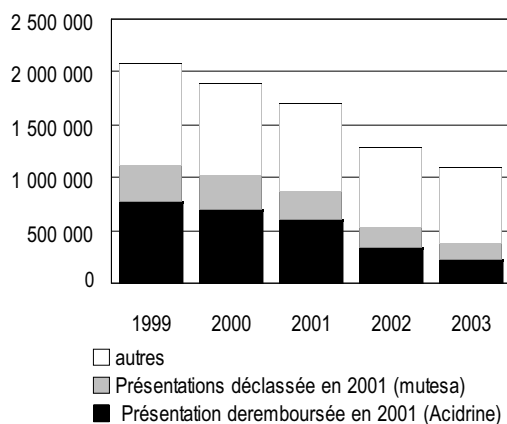
#### C04A : les vasodilatateurs cérébraux et périphériques, antagonistes du calcium exclus

Les médicaments de cette classe sont notamment indiqués dans le traitement symptomatique de la claudication intermittente des artériopathies chroniques oblitérantes des membres inférieurs.

Cette classe compte 141 présentations entre juillet 1998 et décembre 2003. L'âge moyen des médicaments de cette classe est de 25 ans. 73 présentations de la classe ont vu leur taux passer de 65 % à 35 % en juillet 2000 (SMR jugé insuffisant). Certaines de ces présentations sont à nouveau remboursées à 65 % depuis juillet 2003.

GRAPHIQUE 6 ●

évolution du chiffre d'affaires annuel entre 1999 et 2003  
de la classe A02A6,  
suivant le déremboursement ou le déclassé



Source : données GERS, traitement Drees

TABLEAU 10 ●

chiffre d'affaires et évolution selon le type de présentations

AO2A6	ca1998*	ca1999	ca2000	ca2001	ca2002	taux d'évolution 2000/1999	taux d'évolution 2001/2000	taux d'évolution 2002/2001	taux d'évolution 2003/2002
Présentation déremboursée en 2001 (Acidrine)	772 532	703 199	604 451	335 629	232 161	-9 %	-14 %	-44 %	-31 %
Présentations déclassées en 2001 (Mutesa)	343 487	326 341	274 681	193 884	147 359	-5 %	-16 %	-29 %	-24 %
Autres présentations de la classe	961 058	872 024	823 033	756 330	716 445	-9 %	-6 %	-8 %	-5 %
<b>Ensemble de la classe</b>	<b>2 077 077</b>	<b>1 901 564</b>	<b>1 702 165</b>	<b>1 285 843</b>	<b>1 095 965</b>	<b>-9 %</b>	<b>-9 %</b>	<b>-9 %</b>	<b>-9 %</b>

Source : données GERS, traitement Drees

Deux présentations : le Zenium® 4,5mg BT 30 et Rutovincine® CPR BT60 ont été déremboursées en novembre 2001 ; deux autres l'ont été en 2003 (Vincafor® 30MG BT 30 et Perenan® BT30) après un premier déclassé (65 % à 35 %) en 2000.

Sur la période étudiée, la structure de remboursement de la classe a été profondément modifiée. En effet, en 2000, cette classe est pour 97 % des produits concernés remboursée à 65 %. En octobre 2003, elle est composée à 95 % de médicaments remboursés à 35 %. Toutefois la baisse de taux de remboursement ne semble pas avoir modifié la structure de consommation de la classe. En effet, les médicaments ayant vu leur taux passer de 65 % à 35 % représentaient 93 % des ventes globales de la classe en 2000, puis 94 % en 2001 et 2002. De plus, le déclin global de la classe ne s'est pas accéléré suite au déclassé massif de ses produits (de 9 % entre 2000 et 2001 ainsi qu'entre 2001 et 2002) [tableau 11 et graphique 8].

Comme pour les classes précédemment étudiées, les produits déremboursés en 2001 et 2003 voient leur prix augmenter dès le mois suivant la modification de taux (+27 % en août 2000 pour le Rutovincine® CPR BT60). À l'inverse, le prix des médicaments déclassés apparaît relativement stable. En effet, ces produits restent dans le domaine des médicaments remboursables ; leurs prix sont donc encore administrés et ne peuvent être modifiés que si le laboratoire qui les commercialisent en font la demande au CEPS.

Toutefois, la mesure d'un prix moyen unitaire, de par sa construction, est sensible aux évolutions des parts de marché de chaque présentation au sein de la classe ainsi qu'à la taille des conditionnements au sein de la classe. Un prix moyen stable, voire en

légère hausse peut donc refléter diverses évolutions. Ainsi, pour cette classe, la plupart des médicaments déclassés, et en particulier les princeps, voient leur prix unitaire diminuer sur l'ensemble de la période. On peut supposer que cette baisse de prix a été réalisée au regard de la concurrence des génériques. Toutefois, malgré cette diminution de prix unitaires, le prix moyen des médicaments déclassés vendus a augmenté. Cette évolution peut être due à la croissance, dans une classe en déclin constant ces dernières années, de présentations ayant un prix unitaire plus élevé. Ce prix peut encore être justifié par le développement de conditionnements de taille élevée au sein de la classe. C'est le cas de Tanakan® 40MG CPR BT90, leader au sein de la classe thérapeutique : son prix unitaire est près de deux fois plus élevé que le prix moyen des produits déclassés en 2000 ; cependant, en termes de coût de traitement, cette présentation est moins chère que la même contenant 30 comprimés.

L'évolution du prix moyen des autres produits de la classe est difficile à interpréter dans la mesure où elle concerne divers types de médicaments dont les génériques et les nouveaux produits.

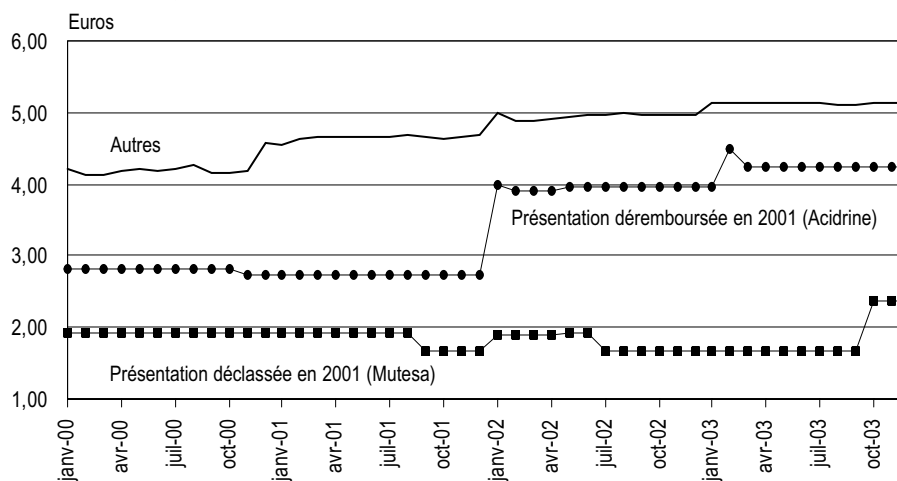
### N06D : Les Nootropiques

Les médicaments nootropiques sont des psychostimulants. Ils sont indiqués en cas de dyslexie, de vertige, de déficit pathologique cognitif et sensoriel, ou encore dans les suites d'accidents vasculaires cérébraux ischémiques.

On recense 32 présentations appartenant à cette classe entre 2000 et 2003. En juillet 2000, l'ensemble des présentations de la classe remboursées à 65 % a vu ses

GRAPHIQUE 7 ●

évolution du prix unitaire moyen des médicaments de la classe A02A6 entre 2000 et 2003, pondéré par le chiffre d'affaires



Source : données GERS, traitement Drees

taux de remboursement passer à 35 %. À noter que les médicaments Nootropyl® et Geram®, après avis du Conseil d'Etat, ont été reclassés en 2003 et à nouveau remboursés à 65 %.

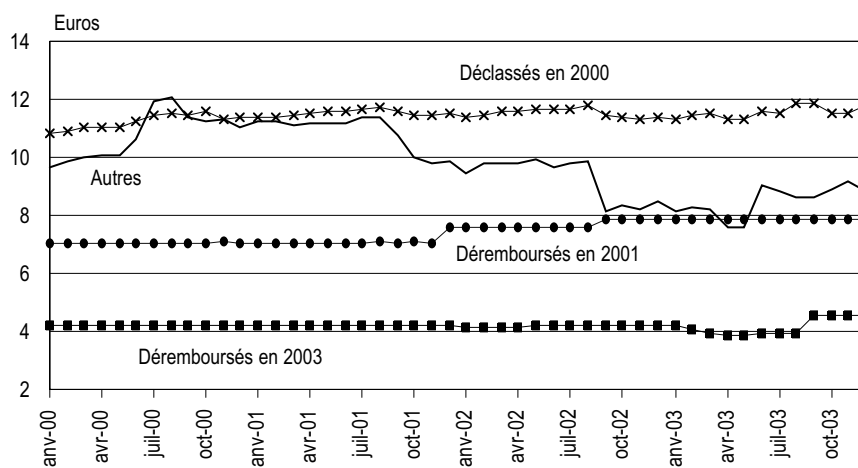
Les médicaments déclassés sont pour l'essentiel des produits anciens ; l'âge moyen de ces produits

est supérieur à 25 ans, contre moins de 10 ans pour le reste de la classe.

En particulier, le Nootropyl® (quatre présentations déclassées) totalise 80 % des ventes de la classe en 2000. En 2003, il ne représente plus que 66 % des ventes.

GRAPHIQUE 8 ●

évolution du prix moyen des médicaments de la classe C04A1 entre 2000 et 2003, pondéré par le CA



Source : données GERS, traitement Drees

TABLEAU I ●

chiffre d'affaires et évolution selon le type de présentation

CO4A1	ca1998*	ca1999	ca2000	ca2001	ca2002	ca2003	taux d'évolution 2000/1999	taux d'évolution 2001/2000	taux d'évolution 2002/2001	taux d'évolution 2003/2002
Ensemble des présentations déclassées en 2000 (65 à 35 %)	309 818 684	332 781 729	315 171 915	289 973 414	263 098 045	224 428 981	-5 %	-8 %	-9 %	-15 %
Ensemble des présentations déremboursées en 2001	193 068	169 548	150 803	131 374	20 381	9 363	-11 %	-13 %	-84 %	-54 %
Autres	83 980 996	37 452 879	23 937 334	17 670 920	17 778 889	21 498 639	-36 %	-26 %	1 %	21 %
• Dont autres présentations remboursées	83 884 946	37 273 129	23 762 757	17 501 404	17 609 533	21 316 127	-36 %	-26 %	1 %	21 %
• Dont autres présentations non déremboursées	96 050	179 750	174 577	169 516	169 356	182 512	-3 %	-3 %	0 %	8 %
<b>Ensemble</b>	<b>393 992 747</b>	<b>370 404 155</b>	<b>339 260 051</b>	<b>307 775 708</b>	<b>280 897 315</b>	<b>245 936 983</b>	<b>-8 %</b>	<b>-9 %</b>	<b>-9 %</b>	<b>-12 %</b>

\* pour l'année 1998, on ne dispose pas des données de ventes pour l'ensemble des médicaments non remboursables

Source : données GERS, traitement Drees

Les médicaments déclassés représentaient 99 % des ventes de la classe en 2000 ; ils n'en représentent plus que 87 % en 2003. Le déclassement n'a toutefois pas accéléré le déclin de la classe, ni modifié profondément sa structure. Les médicaments déclassés restent prépondérants au sein de la classe (87 % en 2003). Le recul de leur chiffre d'affaires (-36 % entre 2000 et 2003) est principalement dû à la baisse des prix.

En effet, 13 des 15 présentations déclassées ont vu leur prix diminuer entre 2000 et 2003 (baisse comprises entre 4 % et 38 %). La présentation leader (Nootropyl® 800 mg) a en particulier subi une baisse de 14 % de son prix unitaire entre janvier 2000 et décembre 2003 (tableau 12). Le prix de la présentation déremboursée (Lucidril® 250MG CPR BT 60) a augmenté de 21 % le mois suivant la modification de taux. Le prix moyen des autres produits (dont les présentations génériques du Nootropyl®, mises sur le marché en 2001 ou 2002 au taux de remboursement de 35 %) a connu une

augmentation sensible à la fin de l'année 2000 liée à l'arrivée de nouveaux produits plus chers puis ce prix s'est stabilisé.

La diminution des taux de remboursement semble donc dans ce cas être allée de pair avec une baisse des prix des produits concernés, avec un mouvement de rapprochement des génériques.

### QUELQUES ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'ÉTUDE DE CES CINQ CLASSES DE MÉDICAMENTS

Au regard des effets économiques attendus des procédures de déremboursement ou de diminution de taux, la première étude réalisée à partir des cinq classes de médicaments précédentes permet d'esquisser quelques constats intéressants. Ceux-ci devront être approfondis en ce qui concerne les effets de substitution entre produits de classes différentes, et vérifié

GRAPHIQUE 9 ●

évolution du prix moyen des médicaments de la classe N06D, entre 2000 et 2003, pondéré par le CA

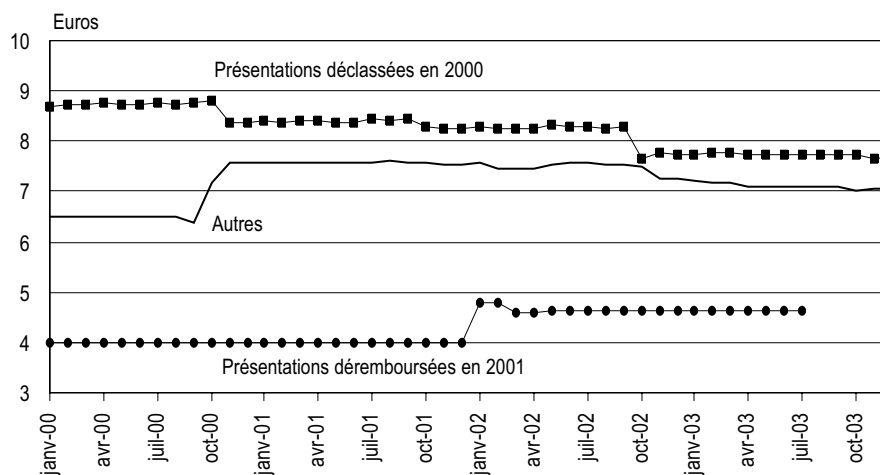


TABLEAU 12 ●

chiffre d'affaires et évolution selon le type de présentation

NO6D	ca1998*	ca1999	ca2000	ca2001	ca2002	ca2003	taux d'évolution 2000/1999	taux d'évolution 2001/2000	taux d'évolution 2002/2001	taux d'évolution 2003/2002
Ensemble des présentations déclassées en 2000	36 330 170	34 590 854	31 542 366	30 049 095	28 388 465	20 080 021	-9 %	-5 %	-6 %	-29 %
Autres	242 994	221 676	268 116	490 006	973 584	2 949 674	21 %	83 %	99 %	203 %
<b>Ensemble</b>	<b>36 573 164</b>	<b>34 812 529</b>	<b>31 810 482</b>	<b>30 539 101</b>	<b>29 362 049</b>	<b>23 029 695</b>	<b>-9 %</b>	<b>-4 %</b>	<b>-4 %</b>	<b>-22 %</b>

Source : données GERS, traitement Drees

sur d'autres classes de produits, dont ceux qui ont été touchés par la vague de remboursements de 2003.

De manière générale, les changements de l'année 2001 ont concerné des classes plutôt en déclin à l'exception des anti-diarrhéiques dont le chiffre d'affaires a été soutenu en 2000 par l'apparition de deux produits nouveaux. C'est donc bien par rapport à une tendance de décroissance générale du chiffre d'affaires de ces classes qu'il faut se situer pour apprécier l'impact des changements de conditions de remboursement.

Le premier constat concerne les produits dont les taux de remboursement sont passés, en 2000, de 65 % à 35 %. On peut ainsi observer sur les classes des vasodilatateurs et celle des nootropiques l'absence d'effet de la réduction des taux de remboursement sur la consommation dont la tendance d'évolution n'a pas été modifiée. En outre, pour ces classes, la réduction du taux de remboursement n'a pas conduit à des phénomènes de substitution entre produits, la structure de consommation de ces médicaments n'ayant que finalement peu changé. De plus, les prix des produits, qui ne sont pas libres du fait de leur caractère remboursable, varient de façon limitée en dehors des négociations régulières. Le phénomène observé semble donc être celui attendu au plan de l'analyse économique, à savoir l'absence d'incidence sur la consommation lié au fait que les couvertures complémentaires garantissent le plus souvent le remboursement total des médicaments remboursables quelle que soit la part des régimes obligatoires.

En revanche, pour les classes qui ont subi des déremboursements importants en 2001, on note une

forte diminution de consommation des produits déremboursés. Cette diminution mesurée par le chiffre d'affaires est encore plus patente quand on tient compte de la politique de prix des laboratoires. En effet, les laboratoires deviennent libres à la suite des remboursements de fixer les prix des produits ; pour les classes étudiées ici, ils ont choisi d'augmenter fortement les prix des produits déremboursés. Cette augmentation n'a toutefois pas permis de maintenir la consommation de ces produits, dont le volume a très fortement reculé. Pour les enzymes anti-inflammatoires par exemple, l'augmentation forte des prix (augmentation d'environ 50 % dès le mois suivant le déremboursement) a finalement accéléré le cycle de vie de ces produits qui ne sont pratiquement plus vendus en 2003. La diminution du chiffre d'affaires des produits déremboursés semble en outre n'avoir induit qu'une faible substitution par des produits restant remboursés au sein des mêmes classes. Toutefois, ces derniers voient leur chiffre d'affaire ne plus reculer que légèrement, voire se stabiliser sur la période 1999-2003, ce qui est quand même le signe d'une substitution limitée, dans des classes par ailleurs en déclin.

En outre, on observe sur un exemple, celui de la classe des anti-acides et autres produits, une substitution des produits déremboursés par des produits innovants non remboursés par la Sécurité sociale. L'aspect innovant du produit l'a donc emporté sur son caractère non remboursable, pour concentrer sur lui les consommations des anciens produits. ■

#### BIBLIOGRAPHIE

- AMAR E. : « Les dépenses de médicaments remboursables en 2002 », Drees, *Études et Résultats*, n°240, mai 2003.
- ANKRI J. : « Le système du médicament en France », *Problèmes Économiques*, n°2646, 21-28, 2000.
- BALSAN D., CHAMBARETAUD S. : « Les dépenses de médicaments remboursables entre 1998 et 2001 », Drees, *Études et Résultats*, n°166, 2002.
- BRIAND A., CHAMBARETAUD S. : « La consommation de médicaments non prescrits », DREES, *Études et Résultats*, n°105, mars 2001.
- BUISSON J.P., GIORGI D. : « La politique du médicament », Montchrestien, 1997.
- BUREAU D., SCHERRER S. : « Innovation, régulation des prix et politique du médicament », *Revue d'Économie Politique*, n°110 (4), p.513-539, 2000.
- CNAMTS : Point de conjoncture n°21, p.19-22, janvier 2004.
- CRESGE : « Déremboursement des veinotoniques et changement d'attitude thérapeutique des médecins : un essai de modélisation », Résultats de l'étude réalisée pour les laboratoires Beaufour-Ipsen, 2003.
- FENINA A., GEFFROY Y. : « Les Comptes de la Santé en 2002 », Drees, *Études et Résultats*, n°246, 2003.
- LECOMTE T., TONNELIER F. : « Prescription et diminution du taux de remboursement », CREDES, Biblio n°667, 1985.
- LE PAPE A., PARIS V., SERMET C. : « Impact d'une politique de forfaits de remboursement en France : l'exemple des hypertenseurs et des antidépresseurs », CREDES, *Questions d'Économie de la Santé*, n°29, 2000
- LE PAPE A., PARIS V., SERMET C. : « Les politiques de forfaits de remboursement des médicaments en Allemagne et aux Pays-Bas », CREDES, *Questions d'Économie de la Santé*, n°28, 2000.
- LE PEN C. : « La nouvelle politique du médicament », *Regards sur l'actualité*, n°288, p.37-41, 2003.
- Mission interministérielle d'enquête sur la régulation de l'industrie et du marché du médicament, *Rapport de Synthèse et annexes*, novembre 2002.
- NAUDIN F., SERMET C. : « La prescription de médicaments à service médical rendu insuffisant en 2001 », IRDES, *Questions d'Économie de la Santé*, n°82, 2004.
- RUPPRECHT F. : « Le marché du médicament : évolutions depuis 1980 », In Régulation du système de santé, Conseil d'Analyse Économique, 1999.