

N° 364 • décembre 2004

En 2003, les dépenses de soins de ville remboursées par le régime général, exprimées en valeur, ont crû plus modérément que les années précédentes : 6,7 % en 2003, 8,6 % en 2002 et 7,9 % en 2001, avec toutefois un dynamisme encore important des honoraires médicaux. Ces évolutions s'expliquent par les revalorisations tarifaires consenties aux médecins et par un ralentissement des évolutions en volume : +5,7 % en 2003 après 7,6 % en 2002. Ce ralentissement est surtout dû à une plus faible contribution à la croissance des dépenses des indemnités journalières (-0,7 point comparé à 2002) et des médicaments (-0,5 point par rapport à 2002). Ces évolutions apparaissent elles-mêmes liées au ralentissement de l'activité économique et à la diminution du taux de remboursement de certains médicaments. Pour les expliquer et mieux appréhender l'impact de facteurs inhérents à la croissance économique et aux pratiques de soins, les dépenses d'honoraires, de prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'actes de biologie, de médicaments, de produits et prestations sanitaires et d'indemnités journalières sont ici modélisés au moyen de relations économétriques. Celles-ci mettent en évidence l'impact du PIB et des honoraires sur la dynamique des principaux postes de dépenses de soins de ville. À ces facteurs explicatifs s'ajoutent, pour les indemnités journalières, la montée du chômage et celle du nombre d'actifs âgés de 55 ans et plus.

Les dépenses de soins de ville remboursées par le régime général en 2003

Exprimées en valeur, les dépenses de soins de ville en données brutes et en dates de remboursement ont crû de 6,7 % en 2003, moins fortement qu'en 2002 (8,6 %) et qu'en 2001 (7,9 %). Ce ralentissement résulte toutefois d'évolutions contrastées. Les honoraires ont encore progressé de 6,0 % en 2003, presque autant qu'en 2002 (6,5 %), mais plus qu'en 2001 (5,2 %). Le rythme des prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques a présenté le même profil, 7,9 % en 2003 après 9,6 % en 2002 et 8,4 % en 2001, comme la progression des dépenses de produits inscrits à la liste des produits et prestations sanitaires (LPP) [10,7 % en 2003 après 17,1 % en 2002 et 14,9 % en 2001], alors que les dépenses de médicaments ont régulièrement ralenti : 6,7 % en 2003, contre 7,1 % en 2002 et 8,9 % en 2001. Enfin, les indemnités journalières ont connu un profil d'évolution très contrasté : un net ralentissement en 2003 (5,6 %) après une forte augmentation en 2002 (13,3 %) et en 2001 (8 %).

Karim AZIZI et Marie PODEVIN

Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale
Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille
DREES

Ces évolutions en valeur s'expliquent dans un premier temps par celles des tarifs des différentes prestations. En 2003, la progression du prix des honoraires (2,9 %) résulte notamment des augmentations tarifaires consenties en 2002¹, celle du prix des indemnités journalières (2,4 %) correspond à la progression des salaires mensuels, alors que le prix des autres composantes a quasi stagné (0,2 % pour les prescriptions, -0,1 % pour les médicaments et 0 % pour les produits inscrits à la LPP). Toutefois, ces évolutions en valeur s'expliquent aussi pour une large part par les évolutions des volumes consommés et c'est sur ces dernières qu'est centrée l'analyse qui suit.

**Indemnités journalières
et médicaments
sont principalement
à l'origine du ralentissement
des dépenses en 2003**

Le profil d'évolution des dépenses est plus contrasté lorsque ces dernières

sont exprimées en volume plutôt qu'en valeur. Leur rythme d'augmentation ralentit ainsi sensiblement en 2003, à 5,7 % après 7,6 % en 2002 et 8,3 % en 2001. Le ralentissement de la progression des honoraires est en particulier plus marqué avec 2,9 % en 2003 contre 3,9 % en 2002 et 5,3 % en 2001. Il en est de même pour les indemnités journalières, dont la croissance en volume n'est plus que de 3,1 % en 2003, après 10,4 % l'année précédente. Le calcul des contributions au taux de croissance en volume des soins de ville consiste à le décomposer afin d'appréhender le rôle de chacune de ses composantes (encadré 1). La contribution des honoraires à la croissance en volume des soins de ville correspond par exemple au taux de croissance des honoraires (2,9 %) que multiplie sa part dans les dépenses de l'année précédente (26 %), soit une contribution égale à 0,8 point en 2003. Le ralentissement de la progression des dépenses de soins de ville en volume en 2003 (-1,9 point par rapport à 2002) serait ainsi principalement

imputable à une plus faible progression des indemnités journalières (contribution en recul de 0,7 point par rapport à 2002) et des médicaments (contribution en recul de 0,5 point par rapport à 2002).

**Une évolution 2003 en partie liée
au ralentissement de l'activité
et au déremboursement
de certains médicaments**

Divers facteurs contribuent à l'explication de l'évolution des dépenses de soins de ville observée en 2003. Les facteurs d'ordre réglementaire, comme la diminution du taux de remboursement de certains médicaments, semblent avoir joué un rôle modérateur important. D'autres facteurs, d'ordre économique, comme la croissance de l'activité, jouent également d'après la modélisation ici proposée, un rôle de tout premier plan.

L'année 2003 a pourtant été marquée par deux pics épidémiques, le premier survenant en février et le second, moins habituel car précoce, aux mois de novembre et décembre. Selon la Cnamts², le premier de ces deux pics aurait été d'ampleur modérée. En revanche, le second aurait été plus violent et aurait coûté 150 millions d'euros, ce qui représente d'après la Cnamts³ environ 0,3 point de la croissance annuelle en valeur des dépenses de soins de ville en dates de soins. L'épisode caniculaire du mois d'août, en particulier, en raison de la surmortalité et des consommations supplémentaires de soins qu'il a engendrées⁴, a également contribué à la progression en 2003 des dépenses de soins de ville.

E•1

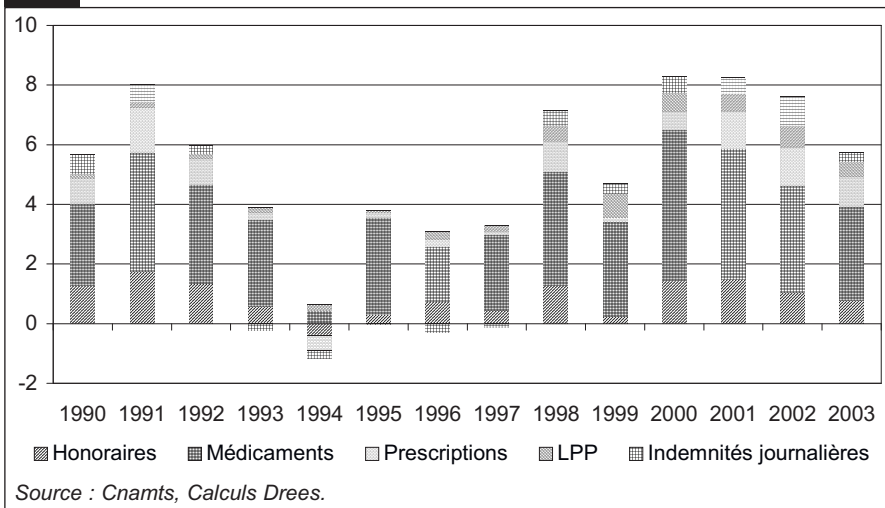
Le calcul des contributions à la croissance des dépenses

La contribution à la croissance du total des soins de ville, pour une dépense *d* et une année *t* donnée est définie comme le produit du taux de croissance en *t* de cette dépense et de son poids dans le total en *t-1*. Elle a la forme suivante :

$$\frac{Y_{d,t} - Y_{d,t-1}}{Y_{d,t-1}} \cdot \frac{Y_{d,t-1}}{\sum_d Y_{d,t-1}} = \frac{Y_{d,t} - Y_{d,t-1}}{\sum_d Y_{d,t-1}} \quad \text{Où } Y_{d,t} \text{ est la dépense } d \text{ de l'année } t.$$

G•01

**contributions des différents postes à la croissance en volume
des dépenses remboursées du régime général, pour le risque maladie**



1. Dans la mesure où nos données sont en date de remboursement, chaque fois que le tarif d'un acte est révisé, nous appliquons des coefficients de montée en charge dont l'une des conséquences est d'étaler dans le temps l'effet des revalorisations.

2. Cnamts, *Point de conjoncture*, n° 14.

3. Cnamts, *Point de conjoncture*, n° 21.

4. La consommation d'actes techniques infirmiers s'est accrue pour les personnes

Néanmoins, cette progression a été moins vive que celle des années 2001 et 2002 et ce, notamment en raison de facteurs économiques, qui ont, en revanche, contribué à en modérer le rythme d'évolution. La conjoncture économique, déjà atone en 2002 (1,1 % de croissance du PIB), a ainsi continué à ralentir en 2003, avec un taux de croissance du PIB de 0,5 % ce qui, compte tenu des effets de l'activité économique sur la consommation des ménages, et notamment sur la consommation de soins (encadré 3), a contribué à une croissance plus modérée des dépenses de soins de ville.

Cette modération a d'ailleurs été accentuée par la progression contenue des volumes de médicaments remboursés, qui peut s'expliquer par la réduction du taux de remboursement de certains d'entre eux. Cette évolution à la baisse du taux de remboursement a sans doute contribué au ralentissement global de la consommation de soins dans la mesure où les médicaments représentent près de 50 % des dépenses de soins de ville. Dans le domaine des honoraires, le ralentissement également observé en 2003 (+2,9 % après 3,9 % en 2002), est lié à la faible croissance de l'activité économique, mais paraît modeste au regard des augmentations de tarifs consenties qui auraient dû, à l'observation des évolutions passées, se traduire par une inflexion sans doute plus importante des volumes.

Une modélisation des dépenses de soins de ville en fonction de l'activité économique

Pour expliquer les évolutions des dépenses de soins de ville, notamment celles survenues au cours de l'année

décédées au mois d'août. La Cnamts précise, en outre, que même les personnes âgées qui ne sont pas décédées des suites de la canicule ont fait plus fréquemment appel en août aux infirmiers (Cnamts, *Point de conjoncture*, n° 23). La consommation de médicaments des personnes âgées (en particulier, les psychotropes) s'est également accrue.

5. Pour une revue détaillée de la littérature économique sur le sujet, se reporter à L'Horty et alii (1997).

2003, de nombreux éléments de nature économique peuvent être avancés à côté de facteurs de long terme comme l'évolution de l'organisation et des pratiques médicales ou le progrès technique dans le secteur de la santé. Ils peuvent tenir à la fois à la demande de soins, comme le revenu des ménages ou les comportements des usagers, et à des éléments d'offre, comme la densité ou le revenu des professionnels de santé et, plus généralement, les relations entre catégories de professionnels (généralistes, spécialistes, auxiliaires médicaux, laboratoires, hôpitaux publics et privés).

Afin d'appréhender l'impact global de ces facteurs, l'évolution de grands types de dépenses (honoraires, pres-

criptions d'auxiliaires médicaux et d'actes de biologie, médicaments, LPP et indemnités journalières) est reliée, dans cette étude, à travers une modélisation économétrique, aux principaux indicateurs de l'activité économique (PIB, chômage...). Le niveau de développement économique, approché par le PIB, est considéré comme le principal facteur d'ordre économique explicatif de l'évolution de la demande de soins⁵, et permet en général d'expliquer une part élevée de la variabilité des dépenses de santé. Plus globalement, l'utilisation du PIB comme variable explicative permet d'intégrer une approche tant en termes de demande, en approchant le niveau de vie des ménages, qu'en termes d'offre, puisque la

E•2

Description des données

Les données utilisées proviennent des séries mensuelles de la Cnamts, pour le régime général et pour le risque maladie. Il s'agit de dépenses remboursées. Ces données correspondent aux feuilles d'assurance maladie liquidées chaque mois par les CPAM. Elles sont donc en date de remboursement et non en date de soins. Ces séries sont caractérisées par des perturbations importantes liées à des phénomènes divers (saisonnalité, nombre de jours ouvrables du mois, conjoncture épidémique, rythme de liquidation des dossiers du fait de délais existants entre consommation et dates de remboursement¹, etc.). Il est donc nécessaire de les corriger afin de mettre en évidence les mouvements réellement liés à une modification du comportement des agents économiques. Ainsi, ce sont les séries corrigées des jours ouvrés et des variations saisonnières qui sont considérées. Il est également probable que la prise en compte dans la modélisation d'une variable approchant le stock de dossiers en instance de liquidation dans les CPAM contribue à réduire les perturbations affectant ces séries ; c'est ce que semblent suggérer les résultats de travaux préliminaires. Les changements de lettre-clé ou du ticket modérateur vont affecter les dépenses remboursées associées à un acte sans forcément refléter une modification de comportement. De ce fait, un « indice de prix », construit pour rendre compte de ces variations, est utilisé pour « déflater » chaque série. L'analyse est finalement effectuée sur les variables, hors prestations d'hospitalisation, en « volume » corrigées des jours ouvrés et des variations saisonnières².

L'analyse concerne la période de 1988 à 2003. Le regroupement des séries s'inspire du cadre conceptuel des Comptes de la santé. Ainsi l'agrégat des dépenses maladie se décompose en : soins ambulatoires, médicaments, autres biens médicaux, hospitalisation privée, hospitalisation publique.

Les quatre premiers postes constituent les soins de ville. On peut décomposer le poste « soins ambulatoires » en deux composantes principales : les honoraires (médecins, dentistes), les prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques (analyses, infirmiers, masseurs, divers et cures thermales).

L'agrégation des séries mensuelles à une fréquence trimestrielle est justifiée par, d'une part, la disponibilité des variables explicatives potentielles qui est trimestrielle (par exemple le PIB) et, d'autre part, par l'importance de l'erreur de mesure des données qui, pour un horizon d'un mois, peut être supérieure à la variation observée. En effet, les variations du rythme de liquidation dans les caisses primaires peuvent affecter de façon importante ces séries mensuelles en date de remboursement. On peut en revanche espérer que, sur un trimestre, le montant des erreurs soit plus faible que la variation observée de la série, des retards de liquidation pouvant être comblés en trois mois.

1. Les délais entre consommation et date de remboursement, variables à la fois dans le temps et entre catégorie de dépenses, induisent des feuilles en instance de remboursement. La variation de ces dossiers en instance, en raison de perturbations du rythme de liquidation des dossiers, est parfois supérieure à la croissance des dépenses en elle-même

2. Toutes les séries sont en millions d'euros, déflatées par l'indice de prix qui vaut 1 en janvier 1988.

Le modèle dépenses d'assurance maladie développé par la Drees

Ce modèle ¹ est estimé sur des variables trimestrielles pour la période 1988-2003. A l'exception des biens inscrits à la Liste des produits et prestations sanitaires (LPP), chaque bloc comporte une relation de long terme et une relation de court terme qui modélise l'ajustement à la tendance issu de la première équation.

La théorie économique est souvent plus explicite sur les liens de long terme entre les variables que sur leur ajustement de court terme. Le modèle à correction d'erreur propose des mécanismes d'ajustement compatibles avec la cible de long terme. Il combine deux types de variables : celles non stationnaires exprimées en niveau qui déterminent les cibles de long terme, et les variables stationnaires, généralement les taux de croissance, liées à court terme.

La première équation modélise le niveau de la dépense considéré en logarithme de façon à ce que les effets des variables explicatives, elles-mêmes en logarithme, s'interprètent comme des élasticités. Cette équation correspond à la relation de long terme. La seconde équation porte sur la différence première du logarithme de la dépense considérée ($D(\log(y))$) qui correspond au taux de croissance de cette dépense. Cette équation décrit l'ajustement de court terme.

BLOC HONORAIRES

$$\begin{aligned} \text{LOG}(\text{HONO}) &= 1,73 + 1,03 \cdot \text{LOG}(\text{PIB}) - 0,98 \cdot \text{LOG}(\text{PX}) \\ &\quad (1,63) \quad (5,63) \quad (-1,33) \\ \text{DLOG}(\text{HONO}) &= -0,001 - 0,53 \cdot \text{E_HONO}(-1) + 1,89 \cdot \text{DLOG}(\text{PIB}) \\ &\quad (-0,36) \quad (-3,92) \quad (3,58) \\ R^2 &= 0,37 ; \text{DW} = 2,05 \end{aligned}$$

BLOC MÉDICAMENTS

$$\begin{aligned} \text{LOG}(\text{MEDIC}) &= -0,55 + 1,06 \cdot \text{LOG}(\text{HONO}) + 0,011 \cdot \text{TREND} \\ &\quad (-0,53) \quad (7,42) \quad (12,66) \\ \text{D}(\text{LOG}(\text{MEDIC})) &= 0,015 - 0,33 \cdot \text{E_MEDIC}(-1) + 0,49 \cdot \text{DLOG}(\text{HONO}) \\ &\quad (9,8) \quad (-2,58) \quad (8,04) \\ R^2 &= 0,58 ; \text{DW} = 1,79 \end{aligned}$$

BLOC PRESCRIPTIONS

$$\begin{aligned} \text{LOG}(\text{PRES}) &= -3,82 + 1,41 \cdot \text{LOG}(\text{HONO}) \\ &\quad (-4,42) \quad (12,31) \\ \text{DLOG}(\text{PRES}) &= 0,003 - 0,18 \cdot \text{E_PRES}(-1) + 1,05 \cdot \text{DLOG}(\text{HONO}) \\ &\quad (1,36) \quad (-2,17) \quad (12,07) \\ R^2 &= 0,73 ; \text{DW} = 2,37 \end{aligned}$$

BLOC LPP²

$$\begin{aligned} \text{DLOG}(\text{LPP}) &= 0,021 + 0,79 \cdot \text{DLOG}(\text{HONO}) \\ &\quad (6,02) \quad (5,84) \\ R^2 &= 0,37 ; \text{DW} = 1,95 \end{aligned}$$

BLOC INDEMNITES JOURNALIÈRES

$$\begin{aligned} \text{LOG}(\text{IJE}) &= -1,29 + 0,81 \cdot \text{LOG}(\text{HONO}) - 0,13 \cdot \text{LOG}(\text{CHO}) - 0,06 \cdot \text{DUMMY96} + 0,25 \cdot \text{LOG}(\text{POP55}) \\ &\quad (-1,87) \quad (8,49) \quad (-3,96) \quad (-6,66) \quad (3,75) \\ \text{DLOG}(\text{IJE}) &= 0,007 - 0,93 \cdot \text{E_IJE}(-1) - 0,25 \cdot \text{DLOG}(\text{HONO}(-1)) + 0,45 \cdot \text{DLOG}(\text{POP55}(-1)) \\ &\quad (2,81) \quad (-4,62) \quad (-2,30) \quad (2,02) \\ R^2 &= 0,39 ; \text{DW} = 1,78 \end{aligned}$$

Description des variables du modèle

HONO : Honoraires (médecins + dentistes).

PRES : Prescriptions (analyses, cures, infirmiers, masseurs, divers).

MEDIC : Prescriptions médicamenteuses.

LPP : Listes des produits et prestations sanitaires (prothèses, optique, accessoires et pansements).

IJ : Indemnités journalières.

IJE : IJ / emploi salarié (t-3).

Cho : Nombre de chômeurs.

PIB : Produit intérieur brut.

Trend : Tendance temporelle.

Emploi : Emploi salarié.

Pop55 : Part dans la population active des individus âgés de 55 ans et plus.

Px = Prix relatif des honoraires (prix des honoraires déflaté par l'indice des prix à la consommation)

Dummy96 : variable indicatrice prenant la valeur 0 avant 1996 et 1 à partir de 1996.

e_hono = force de rappel ou terme à correction d'erreur pour les dépenses d'honoraires.

e_medic = force de rappel ou terme à correction d'erreur pour les dépenses de médicaments.

e_pres = force de rappel ou terme à correction d'erreur pour les dépenses de prescriptions.

e_ije = force de rappel ou terme à correction d'erreur pour les dépenses d'indemnités journalières.

1. Les écarts types des relations de long terme présentées ici (relations de cointégration) sont ajustés pour la variance de long terme par la méthode des MCO dynamiques de Stock et Watson. En outre, dans le cadre de l'estimation d'une relation de cointégration, les statistiques du R² et de Durbin et Watson ne sont plus valides. Nous ne les présentons donc pas.

2. À l'exception des listes des produits et prestations sanitaires (LPP), tous les modèles utilisés dans cette étude sont des modèles à correction d'erreur.

taille du système de soins paraît elle aussi liée à la richesse nationale. Elle a donc été privilégiée d'autant que, sur le plan statistique, elle se révèle être un facteur explicatif essentiel de l'évolution des honoraires des professionnels

de santé (encadré 3 pour une présentation du modèle utilisé).

De plus, dans la filière de soins actuelle, le médecin, et en particulier l'omnipraticien, est le plus souvent le point d'entrée du patient. Pour tenir

compte de cet aspect qui paraît essentiel dans l'explication de la dynamique des dépenses, la modélisation retenue accorde une place centrale aux dépenses d'honoraires en tant que facteur explicatif des autres dépenses. Une des

spécificités de la modélisation consiste donc à expliquer l'évolution en volume des honoraires remboursés par des facteurs macroéconomiques comme le PIB, et à prendre également en compte leur effet à travers la relation entre les honoraires et les autres postes des dépenses de soins de ville.

Pour chaque type de dépense, la modélisation se fonde sur deux équations. La première, dite de long terme, permet d'estimer l'évolution tendancielle de chaque catégorie de dépenses et l'impact des facteurs explicatifs introduits dans le modèle sur cette tendance. Toutefois, les séries étudiées ne suivent pas strictement celle-ci, trimestre après trimestre. La seconde équation, de court terme, permet⁶, par l'intermédiaire du terme à correction d'erreur ou « force de rappel » (encadré 3), d'appréhender dans quelle mesure les séries reviennent vers leur valeur tendancielle à l'horizon d'un trimestre. Cette force de rappel rend donc compte des délais d'ajustement des dépenses à leur valeur de long terme.

Les dépenses ici étudiées, qui sont exprimées en dates de remboursement (encadré 2), correspondent aux feuilles de soins liquidées chaque mois. Ces données diffèrent de celles relatives à la consommation de soins (données en dates de soins). Aux délais qui interviennent entre la date des soins et celle de mise au remboursement, s'ajoutent en effet ceux de la liquidation qui peuvent être variables et dont la conséquence est d'induire une plus forte

variabilité des séries exprimées en dates de remboursement. Les résultats de la modélisation doivent donc être appréciés en conséquence.

L'analyse proposée se fonde en effet sur les données de la statistique mensuelle de la Cnamts évaluées en date de remboursement (encadré 2), trimestrialisées et corrigées des jours ouvrés ainsi que des variations saisonnières. Le champ est celui des dépenses remboursées d'assurance maladie, en volume, pour le régime général et pour le risque maladie, sur la période 1988-2003.

Les honoraires

Les honoraires comprennent les honoraires médicaux (consultations, visites et actes techniques), les honoraires des dentistes ainsi que ceux des sages-femmes. Ils représentent un peu plus du quart des dépenses du champ total considéré dans cette étude. La décélération des honoraires – exprimés en volume – amorcée entre 2001 et 2002 (5,3 % puis 3,9 % – tableau 1) s'est prolongée en 2003 avec un taux de croissance de 2,9 %.

■ Le rôle du PIB et des prix relatifs.

Le PIB constitue un facteur explicatif essentiel des évolutions de long terme des honoraires. Sur la période 1990-2003, une augmentation d'un point de PIB s'accompagnerait d'une progression identique en points de pourcentage des dépenses d'honoraires en volume. L'élasticité des honoraires

au PIB serait ainsi voisine de l'unité (1,03) [encadré 3].

Les prix relatifs des biens et services de santé⁷ peuvent également exercer une influence sur l'offre et la demande de soins. Dans le système actuel de remboursement, l'impact des prix sur la demande de soins passe par le mécanisme du ticket modérateur (somme non prise en charge par l'assurance maladie). Toutefois, son impact est, de fait, limité par la tendance à la généralisation de la couverture complémentaire d'assurance maladie. L'effet global du prix sur la consommation de soins peut alors s'interpréter plutôt comme un effet d'offre. Ce dernier point est d'ailleurs confirmé par différents travaux. Selon une première étude⁸, la réaction des volumes aux prix « pourrait s'interpréter comme une réaction de l'offre confrontée à une structure de prix administrée... ». Une seconde étude empirique sur le Québec⁹ tend à montrer que les prestataires de soins cherchent plutôt à garantir le maintien de leur revenu qu'à réaliser des gains plus importants, du moins à court terme, ce qui les conduit à freiner leur activité en cas de hausse tarifaire. Ces conclusions semblent être corroborées par le présent travail de modélisation qui fait état, à long terme, d'une relation négative entre le volume des honoraires et leur prix relatif. Une augmentation d'un point du prix relatif aurait ainsi pour conséquence une réduction de 0,98 point du volume d'honoraires remboursés. Un tel résultat semble donc étayer l'hypothèse d'un arbitrage

6. Cette seconde équation permet également d'appréhender le rôle des autres facteurs explicatifs de la dynamique de court terme.

7. Le prix relatif des biens et services de santé est exprimé comme le rapport de l'indice de prix de ces biens et services à celui de la consommation des ménages.

8. MAHIEU R. : « Les déterminants des dépenses de santé : une approche macroéconomique », Insee, document de travail de la Direction des Études et Synthèses Économiques ; n° G 2000/01.

9. ROCHAIX L. « Financial Incentives for Physicians : the Quebec Experience », Health Economy vol. 2, pp. 163-176, 1993.

T • 01 **taux de croissance en volume, parts et contributions des principaux postes de dépenses du régime général d'assurance maladie (données CJO-CVS)**

En %

	Taux de croissance annuel en volume			Part dans le total des soins de ville			Contributions		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Honoraires	5,3	3,9	2,9	27,0	26,0	25,3	1,5	1,0	0,8
Médicaments	9,7	7,8	6,8	46,1	46,1	46,6	4,4	3,6	3,1
Prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques	9,5	9,8	7,6	13,2	13,5	13,7	1,2	1,3	1,0
Indemnités journalières	5,6	10,4	3,1	9,5	9,7	9,5	0,5	1,0	0,3
LPP ¹	14,8	17,0	10,8	4,3	4,6	4,8	0,6	0,7	0,5
Total soins de ville	8,3	7,6	5,7	100,0	100,0	100,0	8,3	7,6	5,7

1. Il s'agit plus précisément de l'ensemble des biens médicaux inscrits à la Liste des produits et prestations sanitaires (LPP) qui sont constitués des prothèses, accessoires et pansements et de l'optique.

Source : Cnamts, Calculs Drees.

des professionnels en faveur d'un nombre d'actes moins important lorsque le tarif de ces derniers s'accroît. Au contraire, dans les périodes où il n'y a pas de revalorisation tarifaire, les professionnels de santé auraient tendance à accroître le volume de leurs honoraires afin de pallier l'érosion de leur revenu réel découlant de l'augmentation du niveau général des prix. Ce raisonnement, sous-jacent à l'élasticité prix négative mise en évidence par le modèle, s'entend toutefois à effectifs donnés des professionnels de santé, et ne tient pas compte d'éventuels changements dans la répartition entre les soins délivrés en ville et à l'hôpital.

Enfin, à court terme, le taux de croissance des honoraires serait influencé par celui du PIB et par la force de rappel dont le coefficient estimé est de -0,53. Par conséquent, lorsque les dépenses d'honoraires s'écartent de leur tendance de long terme, une force de rappel les rapproche de cette tendance à la période suivante (soit un trimestre plus tard) pour un peu plus de 50 %.

■ Un ralentissement qui semble avoir été moins important que « prévu ».

En 2003, les dépenses d'honoraires en volume ont enregistré un ralentissement de leur croissance (2,9 % contre 5,3 et 3,9 % en 2001 et 2002) qui apparaîtrait en premier lieu imputable en partie à la dégradation de la conjoncture

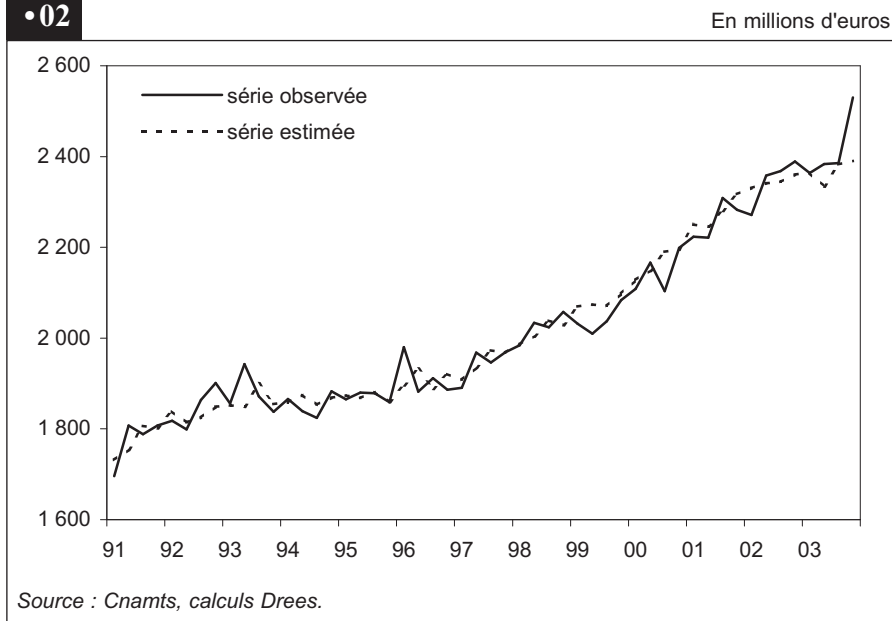
économique. Avec un taux de croissance du PIB de 0,5 % en 2003 contre 1,1 % en 2002, la contribution du PIB à la progression des dépenses d'honoraires en 2003 a, en effet, été plus faible. À cela, il faut ajouter l'impact négatif de la progression des prix relatifs qui ont contribué au ralentissement de la croissance des honoraires. En effet, en raison d'effets décalés dans le temps, la forte augmentation du prix relatif des honoraires en 2002 a contribué au ralentissement de la croissance des volumes remboursés en 2003. Cependant, ces deux facteurs auraient dû entraîner par eux-mêmes un ralentissement plus important des dépenses remboursées d'honoraires, conduisant selon la modélisation retenue à une croissance en volume attendue de 1 % seulement. Une partie significative de la croissance de l'année 2003 (graphique 2) reste donc inexplicquée (1,9 point contre seulement 0,7 point en 2002, l'augmentation attendue en 2002 étant de 3,1 % selon le modèle et la croissance observée de 3,8 %¹⁰). Il est à cet égard permis de penser que le ralentissement¹¹ de la croissance des volumes d'honoraires en réaction aux fortes revalorisations consenties aux médecins en 2002 n'a pas été aussi fort qu'attendu¹². Il est difficile à ce stade de savoir si l'ajustement sera durablement plus faible que celui prévu par le modèle ou s'il sera simplement plus étalé dans le temps,

comme semblent le laisser penser les évolutions toujours ralenties du début de l'année 2004. Enfin, d'autres facteurs non pris en compte par le modèle ont pu jouer en sens contraire et contribuer à limiter le ralentissement de la progression des honoraires en 2003.

Ainsi, selon la Cnamts¹³, une part importante de la croissance des dépenses de soins de ville s'expliquerait par celle des soins dispensés aux personnes auxquelles sont reconnues une Affection de longue durée (ALD) et par l'augmentation du nombre de ces dernières. La Cnamts précise que « les dépenses d'ALD ont une dynamique propre et beaucoup plus rapide que celle des autres dépenses » et qu'entre 2000 et 2002, près des deux tiers de la progression des dépenses de soins de ville proviennent des remboursements aux patients admis en ALD. Cet effet résulte principalement du nombre de personnes admises en ALD, qui a fortement augmenté depuis 1999¹⁴, ainsi que de la durée moyenne pendant laquelle une personne demeure en ALD, qui a eu tendance à s'allonger (augmentation des durées de traitement, évolution défavorable des taux de sortie sans

6

G dépenses d'honoraires observées et estimées
•02



10. Afin de pouvoir comparer, pour une année donnée, l'évolution estimée et observée des dépenses, on calcule un taux de croissance annuel à partir de taux de croissance trimestriels. Le calcul repose alors sur une approximation, d'où l'écart entre le taux de croissance des honoraires de 3,8 % en 2003 et celui présenté dans le tableau 1.

11. Les nouveaux outils que sont les contrats de bonne pratique (accords de bon usage des soins et contrats de santé publique), qui ont pour but d'améliorer la qualité des soins et faire évoluer les pratiques des professionnels de santé vers un bon usage des soins, font également partie des facteurs susceptibles d'avoir contribué au ralentissement de la progression des honoraires en 2003.

12. Ceci est corroboré par la dégradation de la significativité du coefficient des prix (encadré 3).

13. Cnamts, *Point de conjoncture*, n° 13, mai 2003.

14. Cnamts, *Point de conjoncture*, n° 4-5, septembre 2002.

décès du dispositif ou raisons de nature administrative). Ainsi, toujours selon la Cnamts, la croissance soutenue des dépenses d'ALD, en particulier depuis 2000, pourrait être liée à la combinaison de plusieurs facteurs : l'évolution de la démographie (en particulier le vieillissement de la population, le gain d'espérance de vie et l'accroissement de la durée de vie des malades), celle du progrès technique (en particulier, l'apparition de nouveaux traitements coûteux et de techniques de pointe pour les pathologies lourdes nécessitant souvent une entrée en ALD) ou encore, l'apparition de nouvelles réglementations médico-administratives visant à mieux protéger les personnes en état de fragilité.

Il en résulte que la contribution des dépenses d'ALD à la croissance générale des dépenses est, pour la plupart des postes (surtout le matériel pour traitement à domicile, les postes d'appareils pour traitements divers, les actes infirmiers, les transports, les prothèses externes non auditives et les autres LPP), sensiblement supérieure à celle des dépenses faites pour les patients qui ne sont pas en ALD¹⁵, et ce, malgré la mise

en place en 2000 d'un système de visites à tarif majoré pour les patients en ALD (majoration maintien à domicile).

Les dépenses de médicaments

La croissance en volume des dépenses de médicaments s'est régulièrement ralentie depuis 2001, avec respectivement des taux de croissance de 9,7 % en 2001, 7,8 % en 2002 et 6,8 % en 2003. Le ralentissement de la croissance des dépenses de soins de ville en 2003 (-1,9 point par rapport à 2002) est fortement imputable au ralentissement de la croissance des médicaments (contributions en recul de 0,5 point par rapport à 2002 et de 0,8 point par rapport à 2001)¹⁶.

■ Un impact des honoraires et du progrès technique...

Dans la modélisation, l'évolution de long terme des dépenses de médicaments est appréhendée au moyen de deux facteurs. Les dépenses d'honoraires constituent la première de ces deux variables explicatives. En effet, les dépenses de médicaments augmentent avec les honoraires et ce, avec une élasticité de 1,06¹⁷, ce qui signifie qu'une augmentation de 1 % des honoraires se traduit, toutes choses égales par ailleurs, par une augmentation de 1,06 % des dépenses de médicaments en volume.

La diffusion du progrès technique, qui constitue le second facteur explicatif retenu dans la modélisation des dépenses de médicaments, a été particulièrement importante et régulière dans le secteur de la santé. Afin d'en rendre compte de manière globale une tendance temporelle a été introduite dans la modélisation de long terme des dépenses de médicaments. Son effet est estimé à près de 4,5 % par an. Plusieurs éléments permettent d'en expliquer l'importance. En premier lieu, l'apparition de nouveaux produits ou de nouvelles présentations donne lieu, par convention, à une comptabilisation conduisant à un accroissement des seuls volumes. Au-delà de la commercialisation des nouveaux produits, la tendance liée au progrès technique peut en outre recouvrir des substitutions entre prise en charge hospitalière et prise en charge médicamenteuse, ainsi que l'exten-

sion des indications de certains médicaments, ou encore, l'apparition de molécules nouvelles pour des maladies peu ou mal traitées.

À cet égard, une analyse détaillée par médicament et par classe thérapeutique menée par la Drees¹⁸ a montré que l'évolution des ventes de médicaments ne résulte pas d'une expansion homogène des volumes commercialisés, mais davantage de changements dans la structure de ces ventes et de la montée en charge de médicaments nouveaux ou récents, en nombre relativement limité : les produits mis sur le marché depuis moins d'un an seraient ainsi à l'origine d'un tiers de la croissance des ventes observées en 2003. Ce rôle majeur des produits nouveaux ne préjuge cependant ni de la « qualité » des innovations observées, ni de l'efficacité économique du niveau et de la structure de la consommation de médicaments. Le rapport sur l'exécution de l'Ondam 2003¹⁹ confirme que ces effets de structure semblent avoir joué un rôle plus important en 2003 qu'en 2002.

Enfin, à court terme, l'évolution des dépenses de médicaments serait influencée par le taux de croissance des honoraires et la force de rappel vers la tendance de long terme (lorsque les dépenses de médicaments s'écartent de leur tendance de long terme, une force de rappel les en rapprocherait de 33 % au trimestre suivant). Le taux de croissance des dépenses de médicaments en volume a en effet légèrement diminué en 2003 (6,8 % en 2003 contre 7,8 % en 2002) en raison, principalement, de la plus faible progression des honoraires (2,9 % de croissance en 2003 contre 3,9 % en 2002). Le taux d'évolution des dépenses de médicaments attendu, découlant de la modélisation retenue, aurait à cet égard été de 8,1 % et 7,2 % respectivement pour 2002 et 2003. Le modèle retrace donc fidèlement les évolutions constatées en les surestimant toutefois légèrement, le taux de croissance observé des dépenses de médicaments ayant été de 7,5 % et de 6,6 % chacune des deux années²⁰. La partie inexpliquée par le modèle est donc faible (-0,6 point pour chacune de ces deux années), ce qui confirme l'impact des facteurs explicatifs retenus (graphique 3) et pourrait tenir à la réduction

15. Selon la Cnamts, la progression des dépenses de soins de ville (près de 16 % en 2 ans) serait liée, pour 10 points, aux dépenses d'ALD (Cnamts, *Point de conjoncture*, n° 13, mai 2003).

16. Le ralentissement de la croissance des soins de ville est néanmoins principalement attribuable à celui des indemnités journalières.

17. Cette élasticité n'est toutefois pas significativement différente de 1.

18. AMAR Élise : « Les dépenses de médicaments remboursables en 2003 – une contribution renforcée des produits nouveaux », Drees, *Études et Résultats*, n° 324, juillet 2004.

19. Cnamts : « Rapport sur l'exécution de l'Ondam 2003 ».

20. Ces taux de croissance de 7,5 % et 6,6 % ne sont pas strictement identiques à ceux présentés dans le tableau 1. Pour de plus amples explications, se reporter à la note de bas de page numéro 10.

des taux de remboursement de certains médicaments ainsi qu'au développement des génériques qui ne sont pas spécifiquement pris en compte dans le modèle.

■ ... modulé par l'évolution des taux de remboursement et la montée en charge des génériques.

L'année 2003 se caractérise en effet par une évolution plus modérée que les années antérieures des volumes remboursés de médicaments résultant de la réduction de certains taux de remboursement pour des produits à service médical rendu jugé faible ou modéré (616 médicaments). En revanche, les remboursements liés aux délivrances effectuées par les pharmacies hospitalières à des patients non hospitalisés continuent de progresser fortement en 2003²¹. La rétrocession hospitalière, qui fait partie de l'enveloppe des soins de ville, serait ainsi responsable selon le dernier rapport d'exécution de l'Ondam de près d'un tiers de la croissance générale de la dépense de médicaments en 2003. La diffusion des médicaments innovants et coûteux s'opère en effet souvent dans un premier temps par le canal de l'hôpital et s'élargit ensuite à la ville lorsque les médecins libéraux prennent le relais pour assurer le suivi des patients rentrés chez eux. Si l'imbrication de ces deux effets, et en parti-

culier l'effet de la rétrocession sur l'évolution du taux de croissance des médicaments, est difficile à interpréter, le ralentissement des dépenses de médicaments en 2003 semble indiquer que l'effet déremboursement l'ait plutôt emporté. Enfin, selon l'étude d'Élise AMAR précitée, « les génériques renforcent encore en 2003 leur rôle de modération du marché. [...] L'impact de ces derniers sur l'évolution globale des ventes peut être évalué à -1,79 point [...]. Cet impact à la baisse est de plus en plus marqué depuis 2001 (-0,75 point en 2001, -0,86 point en 2002) ».

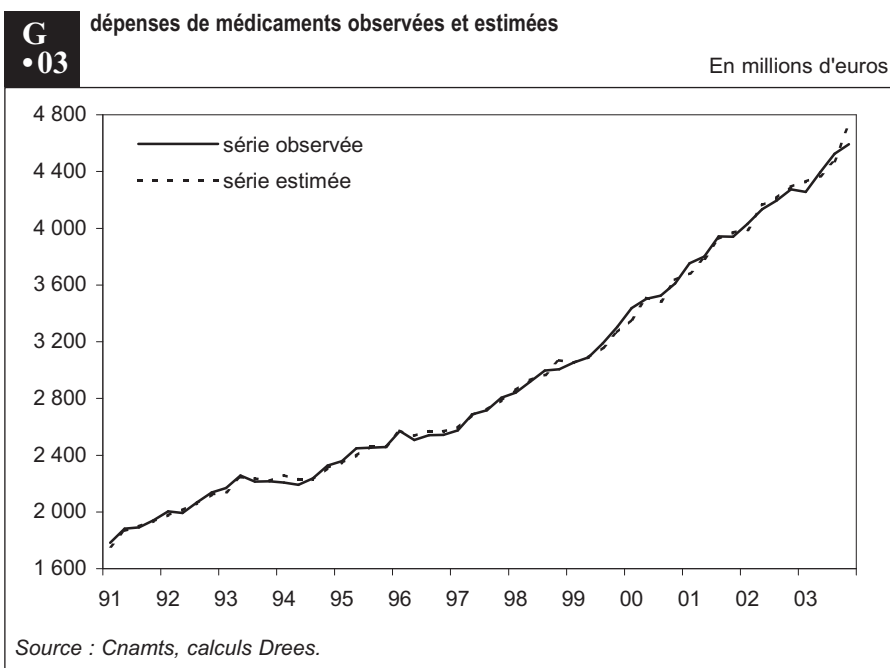
Les prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques

Les prescriptions autres que médicamenteuses qui correspondent au regroupement des analyses (biologie et actes d'anatomo-cytopathologie), des soins d'infirmiers, de masseurs et du poste « divers », constituent une autre composante des soins ambulatoires.

Après une légère accélération en 2002 (9,8 % contre 9,5 % en 2001), les prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques ont enregistré une croissance de 7,6 % en 2003. Dans la présente modélisation, les dépenses d'honoraires constituent à long terme le

facteur explicatif majeur de ces dépenses avec une élasticité supérieure à l'unité²², une augmentation d'un point des honoraires étant associée à une augmentation relative supérieure des dépenses de prescriptions d'auxiliaires et d'analyses. De même, à court terme, le taux de croissance des honoraires affecte positivement celui des prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques avec une élasticité cette fois unitaire : une variation transitoire de la croissance des honoraires est donc intégralement reportée sur celle de ce type de prescriptions. Intervient également un terme à correction d'erreur signifiant que lorsque les dépenses de prescriptions s'écartent de leur tendance de long terme, une force de rappel les en rapproche de 18 % au trimestre suivant. Le ralentissement en 2003 de la croissance des dépenses de prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques s'expliquerait principalement par la plus faible progression des honoraires (2,9 % en 2003 contre 3,9 % en 2002).

Le modèle retrace à cet égard correctement les évolutions observées (graphique 4). Ainsi, le taux de croissance attendu des dépenses de prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques aurait-il été de 8,4 % et de 8,3 % respectivement en 2002 et 2003 contre une croissance observée de



21. LAÏNÉ Mathieu et LEGENDRE Marie-Caroline : « L'évolution des dépenses de pharmacie dans les budgets hospitaliers des établissements sous dotation globale entre 1998 et 2001 », Drees, *Études et Résultats*, n° 339, septembre 2004.

22. On notera qu'à l'instar de la modélisation qui a été retenue pour les honoraires, nous avons cherché à expliquer l'évolution de long terme des dépenses de prescriptions par leur prix relatif, mais sans succès. Cela peut tenir à la quasi-absence d'auto-prescriptions de la part des professionnels qui exécutent les actes.

23. Ces taux de croissance de 9,3 % et 7,4 % ne sont pas strictement identiques à ceux présentés dans le tableau 1. Pour de plus amples explications, se reporter à la note de bas de page numéro 10.

9,3 % et 7,4 % chacune de ces deux années²³. La partie inexplicée par le modèle est donc faible (respectivement 0,9 et -0,9 point en 2002 et 2003).

Les produits inscrits à la Liste des produits et prestations sanitaires (LPP)

Le poste des autres biens médicaux se compose des prothèses, accessoires et pansements, de l'optique, chacune de ces composantes étant inscrite à la liste des produits et prestations sanitaires (LPP). Est ici retenue une modélisation commune aux trois composantes qui ne met pas en œuvre de mécanisme à correction d'erreur. Cette modélisation ne présente donc pas de relation de long terme.

Les LPP ont enregistré une croissance à deux chiffres²⁴ depuis la fin des années 1990, notamment en raison de leur transfert de l'hôpital vers la ville, qui traduit principalement des phénomènes d'ordre comptable. En effet, partant d'un niveau très bas en ville, les dépenses de LPP ont connu une croissance extrêmement rapide. Ce transfert étant maintenant largement achevé, il est probable que la croissance des

24. Entre janvier 1989 et décembre 2003, les LPP ont connu une croissance de plus de 380 %.

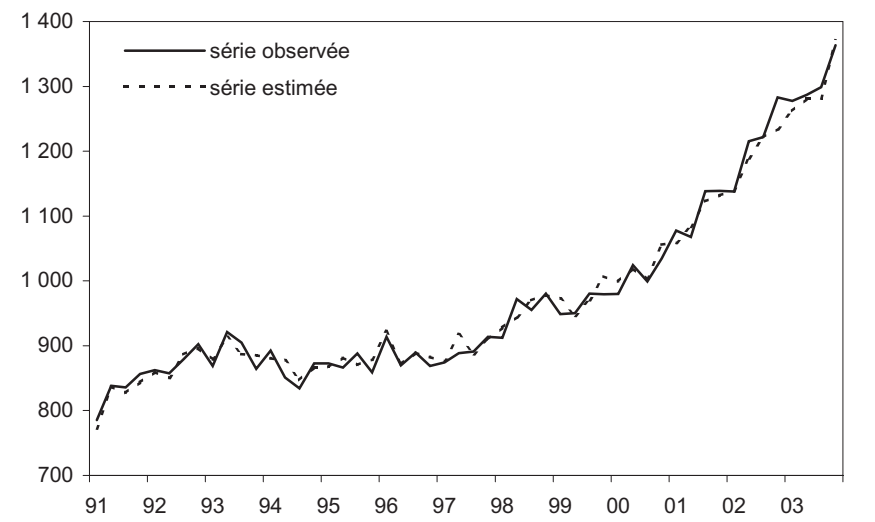
25. Pour passer des valeurs aux volumes, on déflate les IJ par l'indice de salaire mensuel de la Dares.

26. Les indemnités journalières de plus de trois mois concernent des pathologies lourdes ou ayant un caractère chronique. A contrario, les indemnités journalières de moins de trois mois sont, à priori, plus sensibles aux déterminants saisonniers et aux variations retardées de l'emploi.

Cependant, afin de respecter la logique de la modélisation retenue, qui s'attache à décrire l'évolution d'un petit nombre de catégories de dépenses, ces deux types d'indemnités journalières ont été étudiées ici de façon regroupée. Les dépenses d'indemnités journalières, déflatées par l'indice de salaire mensuel de la Dares, sont rapportées à l'emploi salarié (retardé de trois trimestres) de manière à modéliser le recours à des IJ par tête. Le précédent retard permet de tenir compte du délai existant entre la reprise d'une activité et l'ouverture de droits aux indemnités journalières.

G 04 dépenses de prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques observées et estimées

En millions d'euros



Source : Cnamts, calculs Drees.

dépenses de LPP ralentisse dans l'avenir.

La croissance des LPP a d'ores et déjà été beaucoup moins soutenue en 2003 (10,8 %) qu'en 2002 (17 %). Cette décélération ne contribue toutefois que très peu à l'explication du ralentissement des soins de ville en 2003, compte tenu du poids réduit des LPP dans la dépense globale (à peine 5 % des soins de ville).

Comme c'est le cas pour les dépenses de médicaments et les prescriptions, la croissance des dépenses de LPP est expliquée par celle des honoraires médicaux. Selon l'estimation réalisée, une augmentation du taux de croissance des dépenses d'honoraires médicaux de 1 % s'accompagnerait d'une augmentation de 0,8 % du taux de croissance des dépenses de LPP. La croissance des dépenses de LPP a donc été plus faible en 2003 (10,8 %) qu'en 2002 (17 %), en raison notamment d'une moindre contribution du taux de croissance des honoraires dont la variation a été plus faible en 2003 qu'en 2002.

Comme pour les prescriptions et les médicaments, le modèle retrace bien ces évolutions dans la mesure où le taux de croissance attendu des dépenses de LPP aurait été de 15,8 % et de 12,2 % en 2002 et 2003 avec une partie inexplicée par le modèle assez faible (graphique 5).

Les indemnités journalières

Les dépenses d'indemnités journalières (IJ) correspondent aux prestations en espèces versées aux salariés par le régime général. Elles représentaient en 2003 9,5 % des dépenses de soins de ville.

Au cours des années récentes, l'évolution des dépenses remboursées d'indemnités journalières en volume²⁵, corrigées des jours ouvrés et des variations saisonnières, a été assez heurtée (5,6 % de croissance en 2001, 10,4 % en 2002 et 3,1 % en 2003). Le ralentissement de la croissance des dépenses de soins de ville en 2003 (-1,9 point par rapport à 2002), a pour une large part été obtenu grâce à la forte décélération des dépenses d'indemnités journalières qui y a fortement contribué (contribution en recul de 0,7 point par rapport à 2002).

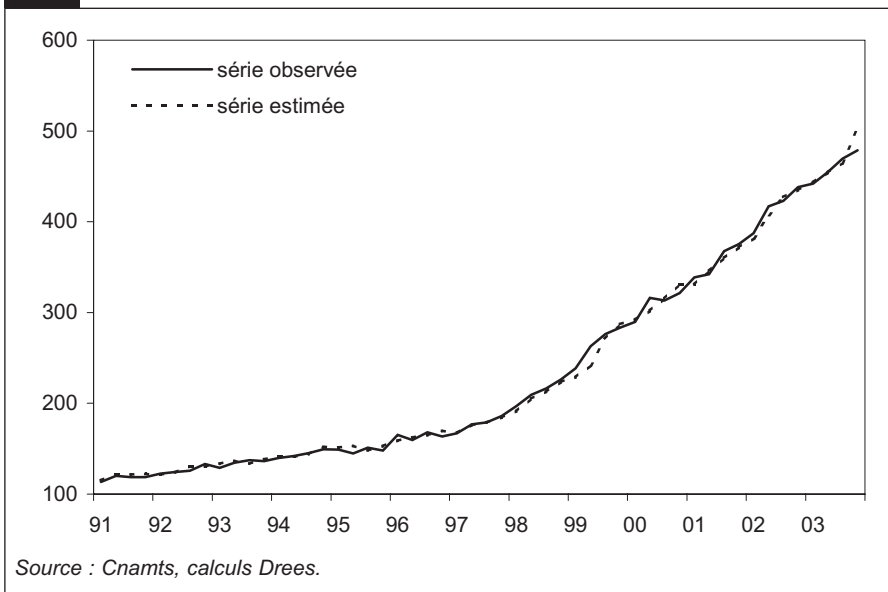
■ Une évolution directement liée aux variations de l'emploi et du chômage...

L'évolution des dépenses d'indemnités journalières semble, à long terme, liée à celle du marché du travail. En particulier, la forte croissance des dépenses observée à la fin des années 1990 a été concomitante de l'amélioration de la situation sur le marché du travail²⁶.

G
•05

dépenses de LPP observées et estimées

En millions d'euros



À long terme, le chômage exerce un effet négatif sur les dépenses d'indemnités journalières. Selon l'estimation réalisée, un accroissement du nombre de chômeurs de 1 % s'accompagnerait en effet d'une diminution de 0,13 % des dépenses d'indemnités journalières, comme si les salariés étaient dissuadés de recourir à des arrêts maladies à cause des craintes qu'ils peuvent entretenir à l'égard de leur emploi.

Les honoraires sont également un facteur explicatif de l'évolution des dépenses d'indemnités journalières. Ils exercent ainsi sur ces dernières une

influence positive, un accroissement des dépenses d'honoraires médicaux de 1 % s'accompagnant, à long terme, d'une augmentation de 0,8 % des dépenses d'indemnités journalières.

■ ... mais aussi au nombre d'actifs âgés de 55 ans et plus.

En raison du lien entre l'âge et l'état de santé, les personnes âgées de 55 ans et plus ont une plus forte probabilité de recourir aux indemnités journalières. Aussi, l'arrivée de la génération du baby boom dans cette tranche d'âge pourrait-elle se traduire par une accélé-

ration de la croissance des dépenses d'indemnités journalières. D'autre part, depuis 2000, on observe une diminution du nombre de préretraités concomitante de l'accroissement des dépenses d'indemnités journalières, qui suggère comme l'a souligné la Cnamts un possible effet de substitution des IJ²⁷ aux préretraites. Selon l'estimation réalisée, un accroissement de la part des personnes âgées de 55 ans et plus dans la population active de 1 % s'accompagnerait d'une augmentation de 0,25 % des dépenses d'indemnités journalières. Ceci corroborerait l'idée selon laquelle la diminution du nombre de préretraités irait de pair avec une progression plus forte des indemnités journalières, potentiellement utilisées par les salariés et par les entreprises comme un moyen de traiter les problèmes de santé au travail des travailleurs vieillissants. Enfin, la force de rappel à l'œuvre dans les évolutions de court terme des dépenses d'indemnités journalières s'avère particulièrement importante puisque lorsque ces dernières s'écartent de leur tendance, le terme à correction d'erreur les en rapproche de 93 % au trimestre suivant.

Au total, le fort ralentissement de la croissance des indemnités journalières constaté en 2003 (3,1 % contre 10,4 % en 2002) semble incomber à différents facteurs au premier plan desquels le ralentissement de la croissance des honoraires (2,9 % contre 3,9 % en 2002). Cet effet a été renforcé par celui de l'augmentation du chômage, avec une contribution plus fortement négative en 2003 qu'en 2002 (+183 000 chômeurs²⁸ en glissement en fin d'année en

27. Dans le point de conjoncture n° 3 de juillet 2002, la Cnamts souligne par exemple qu'entre le premier trimestre 2000 et le premier trimestre 2002, « l'essentiel de l'augmentation des arrêts de travail de longue durée se concentre sur la tranche d'âge 55-59 ans ».

28. Il s'agit du nombre de chômeurs au sens du BIT.

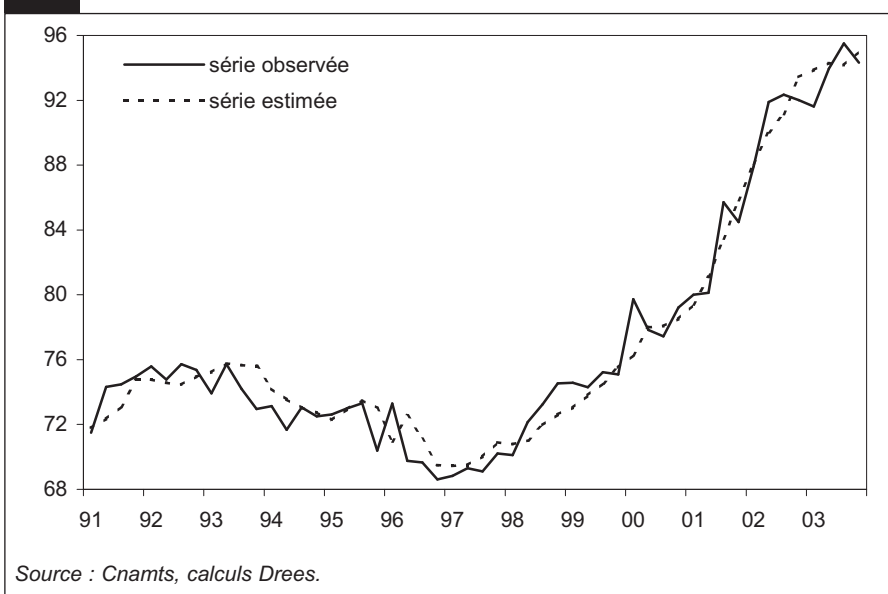
29. Les taux de croissance de 9,8 % et 3 % observés pour les IJ ne sont pas strictement identiques à ceux présentés dans le tableau 1. Pour de plus amples explications, se reporter à la note de bas de page 10. En outre, ce sont les taux de croissance du ratio IJE (encadré 3) et non les IJ qui sont ici calculés.

10

G
•06

dépenses observées et estimées d'indemnités journalières déflatées par l'emploi salarié

En millions d'euros



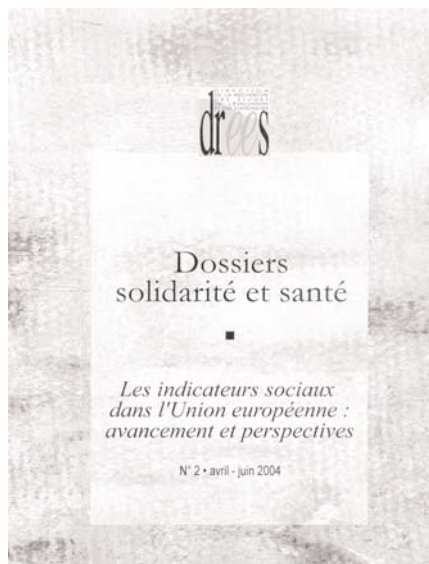
2003 contre +153 000 en 2002). En outre, la plus faible progression en 2003 de la part dans la population active des 55 ans et plus (+8,02 % contre +11,1 % en 2002), aurait également contribué au ralentissement de la croissance des IJ.

A cet égard, le taux de croissance attendu des dépenses d'indemnités journalières issu de la modélisation aurait été de respectivement 9,5 % et

4 % pour 2002 et 2003²⁹. La partie expliquée par le modèle étant respectivement de 0,2 et -0,9 point, la qualité de l'ajustement apparaît globalement satisfaisante (graphique 6).

Le ralentissement de la progression des dépenses d'indemnités journalières peut également s'expliquer par des facteurs d'ordre institutionnel. Le développement de plans d'actions de régulation

et de contrôle, lancés en 2003 sur la base de l'analyse des dépenses de 2002, a en effet correspondu à la volonté des pouvoirs publics de réduire les arrêts de travail non justifiés, itératifs ou d'une durée excessive. C'est ce qu'indique notamment le rapport sur l'exécution de l'Ondam 2003 qui considère que ce plan commence à porter ses fruits. ●



LES INDICATEURS SOCIAUX DANS L'UNION EUROPÉENNE : AVANCEMENT ET PERSPECTIVES

au sommaire de ce numéro

Prix : 10,80 euros (4 numéros par an)

Les Dossiers solidarité et santé
sont diffusés par la Documentation
Française
29, quai Voltaire 75344 - Paris cedex 07

Renseignements,
commande et abonnement annuel au :
01 40 15 72 00

Commande en ligne :
www.ladocfrancaise.gouv.fr

Derniers numéros parus :

• Outils et méthodes statistiques pour les
politiques de santé et de protection sociale
N° 1, janvier-mars 2004

• Les revenus sociaux en 2002
N° 4, octobre-décembre 2003

• La microsimulation des politiques
de transferts sociaux et fiscaux à la Drees :
objectifs, outils et principales études
et évaluations
N° 3, juillet-septembre 2003

• Des comptes de la santé par pathologie :
un prototype pour l'année 1998
N° 2, avril-juin 2003

• Les personnes âgées entre
aide à domicile et établissement
N° 1, janvier-mars 2003

**CONSTRUIRE DES INDICATEURS EUROPÉENS DE PENSIONS :
UNE ENTREPRISE QUI RÉVÈLE LES PARTICULARITÉS NATIONALES
DES SYSTÈMES DE RETRAITE**

Laurent CAUSSAT et Michèle LELIÈVRE

**LES INDICATEURS DE SUIVI DES PENSIONS :
L'ANNEXE STATISTIQUE PRÉSENTÉE PAR LA FRANCE
DANS LE RAPPORT DE STRATÉGIE NATIONALE SUR LES PENSIONS**

Hanène BELHAJ

**MÉTHODOLOGIE DES INDICATEURS DU PLAN D'ACTION
POUR L'INCLUSION SOCIALE**

Patrick PÉTOUR

**PRÉSENTATION DE L'ANNEXE STATISTIQUE FAISANT LE BILAN
DU PLAN NATIONAL D'ACTION POUR L'INCLUSION SOCIALE
EN FRANCE POUR LA PÉRIODE 2001-2003**

Brou ADJÉ et Patrick PÉTOUR

**QUELQUES COMMENTAIRES SUR L'ÉVOLUTION DES INDICATEURS ASSOCIÉS
AU PLAN NATIONAL D'ACTION POUR L'INCLUSION
SOCIALE POUR LA PÉRIODE 2001-2003**

Katia JULIENNE et Patrick PÉTOUR

**UN NOUVEL INDICATEUR EUROPÉEN :
LES TRAVAILLEURS PAUVRES**

Michèle Lelièvre, Eric Marlier et Patrick Pétour

**CONSTRUCTION D'UN INDICATEUR DES « SANS-ABRI » :
QUELLE HARMONISATION AU NIVEAU EUROPÉEN ?**

Cécile BROUSSE

**DÉMARCHE ET PROPOSITIONS POUR UNE HARMONISATION
DES ENQUÊTES ET INDICATEURS DE SANTÉ EN EUROPE :
L'APPROCHE D'EURO-REVES**

Jean-Marie Robine, Emmanuelle Cambois et Isabelle Romieu

12