



*En 2004, les dépenses de soins de ville remboursées par le régime général ont crû de 4,5% en valeur, soit une augmentation moindre que l'année précédente. Dans un contexte de relative stabilité des prix (+0,1 %), l'essentiel de la croissance constatée est due à une augmentation en volume des dépenses de soins de ville (+4,4 %), inférieure toutefois à celle observée l'année précédente (+5,4 %). Cette progression résulte d'évolutions contrastées des différents postes de dépenses, tant en valeur qu'en volume. Pour les honoraires médicaux, la croissance de 3,2 % en valeur s'explique principalement par celle des volumes (+2,8 %), avec une augmentation limitée des prix (+0,4 % contre +2,9 % en 2003). Les évolutions de ces dépenses sont liées à des facteurs économiques, démographiques et relatifs à l'organisation du système de soins. Le présent article propose une modélisation liant l'évolution en volume des agrégats qui composent la dépenses de soins de ville (honoraires médicaux, dépenses de médicaments, prescriptions d'auxiliaires médicaux et actes de biologie, produits et prestations sanitaires, indemnités journalières) aux principaux indicateurs caractérisant la conjoncture économique (PIB, chômage, prix relatifs...). Cette modélisation met en avant l'impact du PIB sur l'ensemble des dépenses, mais aussi des honoraires médicaux sur la dynamique des autres postes. La diminution exceptionnelle des indemnités journalières (-0,7 % en valeur et -3,1 % en volume) doit toutefois être mise en regard, à la fois de l'évolution de la part des actifs âgés de plus de 55 ans, et surtout des mesures spécifiques de régulation et de contrôle mises en œuvre en 2004.*

**Karim AZIZI, Marie HENNION  
et Marie PODEVIN**

Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement  
Ministère de la Santé et des solidarités  
Drees

## Les dépenses de soins de ville remboursées par le régime général en 2004

Exprimées en valeur, les dépenses de soins de ville en dates de soins corrigées des jours ouvrés et des variations saisonnières (cjo-cvs) ont crû de 4,5 % en 2004, enregistrant ainsi un ralentissement par rapport à 2003 (tableau 1 et encadré 1). Cette progression résulte toutefois d'évolutions contrastées. Les honoraires ont crû de 3,2 % en 2004, contre 6,0 % en 2003. Le rythme d'évolution des prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques a fortement diminué, avec un taux de croissance de 4,6 % contre 8,3 % en 2003. En revanche, les dépenses de médicaments et de biens inscrits sur la liste des produits et prestations sanitaires (LPP), ont continué de progresser au rythme antérieur, les dépenses de médicaments ayant crû de 6,9 % en 2004 contre 6,7 % en 2003, et les LPP respectivement de 10,3 % et 9,9 %. Enfin, les indemnités journalières ont connu un profil d'évolution très contrasté, avec un taux de croissance fortement positif en 2003 (6,7 %), puis une évolution négative en 2004 (-0,7 %). D'après les premiers éléments d'information communiqués par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs sala-

**T 01** la croissance en 2003 et en 2004 des soins de ville  
en valeur, en volume et les évolutions de prix en 2004

|                               | Honoraires | Médicaments | Prescriptions | LPP  | IJ   | Total soins de ville |
|-------------------------------|------------|-------------|---------------|------|------|----------------------|
| en %                          |            |             |               |      |      |                      |
| <b>Croissance en valeur</b>   |            |             |               |      |      |                      |
| 2003                          | 6,0        | 6,7         | 8,3           | 9,9  | 6,7  | 6,9                  |
| 2004                          | 3,2        | 6,9         | 4,6           | 10,3 | -0,7 | 4,5                  |
| <b>Croissance des prix</b>    |            |             |               |      |      |                      |
| 2003                          | 2,9        | -0,4        | 2,3           | 1,6  | 2,4  | 1,5                  |
| 2004                          | 0,4        | -1,2        | 0,7           | 1,6  | 2,5  | 0,1                  |
| <b>Croissance des volumes</b> |            |             |               |      |      |                      |
| 2003                          | 3,0        | 7,2         | 5,9           | 8,1  | 4,2  | 5,4                  |
| 2004                          | 2,8        | 8,2         | 3,9           | 8,6  | -3,1 | 4,4                  |

Source : Cnamts, calculs Drees.

**E 1**

**Description des données**

Les données utilisées proviennent de la statistique mensuelle en dates de soins fournie par la Cnamts. Il s'agit des dépenses remboursées. Contrairement aux dépenses étudiées précédemment<sup>1</sup>, celles-ci incluent à présent les honoraires et prescriptions liées à des soins reçus en cliniques privées, et concernent les trois risques maladie, maternité et accidents du travail sauf pour les Indemnités journalières (IJ) pour lesquelles seuls les risques maladie (IJ maladie de plus et de moins de trois mois) et accidents du travail sont considérés. Ces données n'étant disponibles que depuis 1994, nous avons, afin de disposer d'une plus grande profondeur historique, rétropolé ces dernières à partir des données en dates de remboursement. Les séries en dates de soins ainsi obtenues sont disponibles sur la période 1989-2004. Les postes de dépenses de soins de ville qui sont analysés, se composent des honoraires (médecins, dentistes, sages femmes), des prescriptions (auxiliaires médicaux, analyses biologiques et cures thermales), des médicaments (35 %, 65 %, 80 % et 100 %), des biens (prothèses, optique, accessoires et pansements) inscrits à la liste des produits et prestations sanitaires (LPP), des indemnités journalières (IJ).

1. AZIZI Karim, PODEVIN Marie, « Les dépenses de soins de ville remboursées par le régime général en 2003 », *Études et Résultats*, n° 364, Drees, décembre 2004.

**T 02** contributions\* des différents postes à la croissance des dépenses de soins de ville en volume en 2003 et 2004

|      | Honoraires | Médicaments | Prescriptions | LPP | IJ   | Total soins de ville |
|------|------------|-------------|---------------|-----|------|----------------------|
| en % |            |             |               |     |      |                      |
| 2003 | 0,9        | 2,5         | 0,9           | 0,5 | 0,6  | 5,4                  |
| 2004 | 0,8        | 3,0         | 0,6           | 0,6 | -0,4 | 4,4                  |

\* Les contributions sont exprimées en points de pourcentage.  
Source : Cnamts, calculs Drees.

riés (Cnamts), les évolutions en valeur des dépenses de soins de ville des trois premiers mois de l'année 2005 prolongeraient la tendance au ralentissement observée en 2004. En reconduisant sur le reste de l'année 2005 la moyenne des évolutions des mois de janvier, février et mars 2005 (respectivement 0,3 et 0,4 et 0,4 %), la croissance en moyenne annuelle pour 2005 serait ainsi de 3,2 %.

Ces évolutions en valeur s'expliquent à la fois par celles des volumes et

des tarifs des différentes prestations (encadré 2 pour le partage prix-volume). L'évolution des prix des différents postes de dépenses en 2003 et 2004 (tableau 1) telle qu'elle résulte d'un partage prix-volume fondé sur des indices de Laspeyres n'a à cet égard pas été homogène. Le prix des honoraires a moins progressé en 2004 qu'en 2003 (0,4 % en moyenne annuelle contre 2,9 % en 2003), en raison de revalorisations tarifaires principalement limitées en 2004 aux honoraires de médecins

spécialistes. Le prix des prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques a augmenté de 0,7 % en 2004 (contre 2,3 % en 2003). Au contraire, celui des médicaments a diminué de 1,2 % (contre -0,4 % en 2003), cette diminution résultant pour partie du développement des ventes de génériques qui pèsent sur le prix moyen des spécialités pharmaceutiques par classe thérapeutique, et celui des LPP a progressé de 1,6 % en 2004 et 2003. Enfin, le prix des indemnités journalières (qui correspond à l'indice du salaire moyen par tête calculé par la Dares) a connu une vive progression (+2,5% en 2004 et 2,4 % en 2003).

C'est sur l'évolution des dépenses en volume que porte plus particulièrement cette étude, et en particulier sur leur contribution au ralentissement observé. C'est le cas des honoraires (avec une croissance de 2,8 % en 2004 contre 3,0 % en 2003) et des prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques (3,9 % contre 5,9 % en 2003). De leur côté, les médicaments (avec une croissance de 8,2 % contre 7,2 % en 2003) et les dépenses de LPP (8,6 % contre 8,1 % en 2003) ont connu une progression en volume légèrement plus forte en 2004 qu'en 2003. Mais, l'évolution la plus spectaculaire concerne les indemnités journalières dont le volume a fortement diminué (-3,1 % contre +4,2 % en 2003), contribuant ainsi au ralentissement de l'ensemble des dépenses de soins de ville en volume (4,4 % en 2004 contre 5,4 % en 2003).

Le ralentissement de la croissance des dépenses de soins de ville<sup>1</sup> en 2004 (1 point) traduit à cet égard quasi-intégralement l'évolution à la baisse des indemnités journalières (IJ). En effet, la contribution des IJ à l'évolution d'ensemble a été respectivement de 0,6 point en 2003 et -0,4 point en 2004, les contributions des autres postes se compensant mutuellement (tableau 2). La contribution des prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques a ainsi été de 0,9 point en 2003 contre 0,6 point en 2004, celle des LPP

1. L'analyse ici proposée porte sur les évolutions en volume.

de 0,5 point en 2003 contre 0,6 point en 2004, celle des médicaments de 2,5 points en 2003 contre 3,0 points en 2004 et celle des honoraires de 0,9 point en 2003 contre 0,8 point en 2004.

Divers facteurs peuvent être avancés afin d'appréhender l'évolution des dépenses de soins de ville observée en 2004. Il semblerait en particulier que cette année ait enregistré un impact moindre d'épisodes épidémiques (Cnamts, point de conjoncture n° 25, mai 2004). Le pic épidémique qui survient habituellement à la fin de l'année, a été reporté sur 2005, ce qui pourrait concourir à l'explication de la progression ralentie des dépenses de soins de ville, en contraste avec l'année 2003 qui fut marquée par deux pics épidémiques (février et novembre - décembre).

En outre, l'année 2004 a été marquée par certaines modifications réglementaires, en particulier la suppression de l'exonération du ticket modérateur pour les soins faisant suite à des actes cotés plus de K50, qui ont pu favoriser un ralentissement notamment des dépenses de prescriptions. Elle a surtout vu la mise en œuvre par l'Assurance maladie de la réorientation de son dispositif de contrôle des arrêts de travail, qui explique sans doute la majeure partie de la diminution très sensible du nombre des indemnités journalières versées. D'une façon plus générale, l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre en 2004 de la réforme de l'assurance maladie ont pu inciter les offreurs de soins et les patients à des recours plus parcimonieux aux actes et aux prescriptions.

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

Pour expliquer les évolutions des dépenses de soins de ville en volume, notamment celles survenues au cours de l'année 2004, plusieurs 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, prescriptions d'auxiliaires médicaux et

d'actes de biologie, médicaments, LPP et indemnités journalières) est reliée dans le cadre de cette étude aux principaux indicateurs de l'activité économique (PIB, chômage...). Le niveau de développement économique, approché par le PIB, est considéré comme le principal déterminant d'ordre économique de l'évolution de la demande de soins, et permet en général d'expliquer une part élevée de la variabilité des dépenses de santé. Il a donc été privilégié

## **E•2**

### **Partage prix – volume et désaisonnalisation**

*Le partage prix-volume pour chacun des postes retenus dans la modélisation (honoraires, prescriptions, médicaments, LPP, IJ) est déduit de celui fourni par la Cnamts<sup>1</sup> dans sa statistique mensuelle en dates de soins, en rapportant les données en valeur à celles exprimées en volume. On déduit des prix ainsi obtenus un indice de prix agrégé pour chacun des cinq postes précédents (encadré 1) en calculant un indice de Laspeyres mensuel chaîné annuellement. Ces indices de Laspeyres permettent alors de déflater les données agrégées exprimées en valeur et de calculer les volumes pour chacun des postes de la modélisation. La particularité du partage prix-volume est de comptabiliser, par convention, tout nouveau produit dans les seuls volumes. Dans le cas des médicaments, ce type de convention nécessite de déterminer si les nouveaux produits constituent de véritables substituts à des produits existants (par exemple des substitutions entre molécules princeps et génériques) ou s'ils sont des produits entièrement nouveaux (par exemple de nouvelles molécules) qui améliorent la qualité moyenne. L'indice de prix de Laspeyres des médicaments utilisé est celui de l'Insee. Cet indice a les particularités suivantes :*

- Les médicaments y sont classés en fonction de la composition moléculaire dans des classes thérapeutiques ;
- Une classe d'équivalents thérapeutiques regroupe les médicaments ayant même DCI (Dénomination commune internationale qui désigne le principe actif), même dosage et même voie d'administration.

*Un produit nouveau ne peut être intégré dans l'indice en cours d'année que s'il possède ces caractéristiques en commun avec une classe existante (par exemple la présentation passe de 20 à 30 comprimés par boîte) ; en revanche, on ne peut pas traiter le passage d'une présentation sous forme de comprimés à une présentation sous forme de sirop.*

*De ce fait, un médicament issu d'une molécule nouvelle sera classé dans une nouvelle classe thérapeutique. Ce médicament ne sera donc intégré dans l'indice des prix à la consommation que l'année suivante, mais ne sera comptabilisé, par convention, que dans les seuls volumes.*

*De plus, les médicaments sont pondérés en valeurs par les quantités commercialisées l'année précédente valorisées par les prix correspondants. Or dans le cas d'un nouveau médicament, les quantités de l'année précédente sont nulles au moment de sa première commercialisation.*

*- En ce qui concerne les génériques, il est possible de les introduire dans la classe thérapeutique des médicaments princeps correspondants. Le prix de base du générique à la période d'introduction sera alors le prix moyen de la classe thérapeutique. En général un générique est commercialisé environ 15 % moins cher que son princeps. L'introduction du générique a donc pour effet de faire baisser l'indice des prix des produits pharmaceutiques dans la classe thérapeutique, effet mécanique auquel peut s'ajouter la diminution du prix des princeps qu'elle peut induire par ailleurs.*

*L'indice de prix global des médicaments agrège alors l'ensemble de ces indices par classe et permet de déduire les dépenses de médicaments en volume. Les dépenses en volume (honoraires, prescriptions, médicaments, LPP et IJ) sont ensuite corrigées des jours ouvrés ainsi que des variations saisonnières, la méthode de correction de ces dernières dépendant de leur amplitude et de leur régularité.*

1. Point de conjoncture – note méthodologique 2002 – « Pour mieux comprendre la statistique mensuelle en dates de soins » ; Cnamts.

d'autant qu'il se révèle sur le plan statistique 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 ensuite en compte leur effet sur les autres dépenses de soins de ville, à travers une relation entre les honoraires et ces autres postes de dépenses.

Pour chaque type de dépense, la modélisation se fonde sur deux équations. La première, dite de long terme, permet d'estimer une évolution tendancielle et l'impact des facteurs explicatifs sur cette tendance. Toutefois, les séries étudiées ne suivent pas strictement cette tendance trimestre après trimestre. La seconde équation, de court terme, permet, par l'intermédiaire du terme à correction d'erreur ou « force de rappel » (encadré 3), d'apprécier la mesure dans laquelle les séries reviennent vers leur valeur tendancielle à l'horizon d'un trimestre<sup>2</sup>. Cette force de rappel rend donc compte des délais d'ajustement des dépenses à leur valeur de long terme.

Il est important de souligner que l'analyse développée ci-après repose sur une nouvelle version de la modélisation développée par la Drees. Les estimations obtenues, réalisées à l'aide des données de la statistique mensuelle de la Cnamts en dates de soins (encadré 1), apportent un certain nombre de modifications par rapport aux études précédentes menées par la Drees dans le domaine de la conjoncture des dépenses d'assurance maladie<sup>3</sup> (encadrés 3 et 4). Malgré ces différences significatives, les propriétés de ce modèle, en terme d'adéquation aux données observées, restent globalement satisfaisantes : à l'exception des indemnités journalières dont le modèle économétrique surestime sensiblement la progression en 2004, très probablement en raison de la politique vigoureuse engagée par l'Assurance maladie, les évolutions « prévues » par le modèle pour les quatre autres postes de dépenses – honoraires, prescriptions, médicaments et LPP – paraissent très proches des évolutions observées (tableau 3).

### Les honoraires

Les honoraires comprennent ceux des médecins généralistes et spécialistes (consultations, visites et actes techniques), ceux des dentistes, ainsi que ceux des sages-femmes, afférents à des actes pratiqués à la fois dans le cadre de la médecine ambulatoire et en cliniques privées. Ils représentent environ 30 % du total des dépenses de soins de ville ici prises en compte. En 2004, la croissance des dépenses d'honoraires en volume est donc restée quasi stable (2,7 % contre 2,9 % en 2003).

Le PIB constitue un facteur explicatif essentiel des évolutions de long terme des honoraires. Sur la période 1990 – 2004, une augmentation d'un point de PIB s'accompagnerait d'une progression de 0,6 point des dépenses d'honoraires en volume.

Les prix relatifs des biens et services de santé<sup>4</sup> 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. Une étude empirique sur le Québec<sup>5</sup> a ainsi montré que les prestataires de soins cherchent plutôt à garantir le maintien de leur revenu qu'à obtenir 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

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

3. Note 1 encadré 2.

4. 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.

5. ROCHAIX L. « Financial incentives for physicians : the Quebec experience » ; *Health Economy* ; vol. 2 pp. 163-176 ; 1993.

4

### T • 03 croissance « observée » et estimée des différents postes

en %

|       | Honoraires |            | Médicaments |            | Prescriptions |            | LPP     |            | IJ*     |            |
|-------|------------|------------|-------------|------------|---------------|------------|---------|------------|---------|------------|
|       | Estimée    | Observée** | Estimée     | Observée** | Estimée       | Observée** | Estimée | Observée** | Estimée | Observée** |
| 2 003 | 2,0        | 2,9        | 7,4         | 6,9        | 6,5           | 5,8        | 8,3     | 7,8        | 4,4     | 3,8        |
| 2 004 | 2,9        | 2,7        | 7,7         | 7,9        | 3,7           | 3,8        | 8,2     | 8,2        | -0,4    | -2,7       |

\* Il s'agit plus exactement des IJ déflatées par l'emploi salarié retardé de trois trimestres.

\*\* 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 les taux de croissance présentés dans ce tableau et ceux présentés dans le tableau 1.

Source : Cnamts, calculs Drees.

### Le modèle de la Drees

Ce modèle<sup>1</sup> est estimé sur des variables trimestrielles pour la période 1989-2004. À l'exception des biens inscrits sur la Liste des Produits et Prestations Sanitaires, 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

$$\text{LOG (HONORAIRES)} = 18,2 + 0,60 \cdot \text{LOG (PIB)} - 0,98 \cdot \text{LOG (PRIX)} + 0,05 \cdot \text{INDICATRICE (2002T2)}$$

(33,0)                      (6,17)                      (-2,37)                      (4,53)

$$\text{DLOG (HONORAIRES)} = 0,003 - 0,50 \cdot \text{E\_HONORAIRES (-1)} + 0,40 \cdot \text{DLOG (PIB)}$$

(2,02)                      (-5,07)                      (1,69)

$$R^2 = 0,35 \quad \text{DW} = 2,28$$

#### BLOC MÉDICAMENTS

$$\text{LOG (MÉDICAMENTS)} = -9,31 + 1,41 \cdot \text{LOG (HONORAIRES)} + 0,011 \cdot \text{TENDANCE}$$

(-1,50)                      (4,89)                      (8,23)

$$\text{DLOG (MÉDICAMENTS)} = 0,015 - 0,21 \cdot \text{E\_MÉDICAMENTS (-1)} + 0,76 \cdot \text{DLOG (HONORAIRES)}$$

(9,92)                      (-2,50)                      (6,60)

$$R^2 = 0,46 \quad \text{DW} = 1,58$$

#### BLOC PRESCRIPTIONS

$$\text{LOG (PRESCRIPTIONS)} = -17,81 + 1,78 \cdot \text{LOG (HONORAIRES)}$$

(7,71)                      (16,77)

$$\text{DLOG (PRESCRIPTIONS)} = 0,004 - 0,19 \cdot \text{E\_PRESCRIPTIONS (-1)} + 1,12 \cdot \text{DLOG (HONORAIRES)}$$

(1,90)                      (-2,42)                      (7,72)

$$R^2 = 0,53 \quad \text{DW} = 1,97$$

#### BLOC INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

$$\text{LOG (IJE)} = 0,94 + 0,55 \cdot \text{LOG (HONORAIRES)} - 0,1 \cdot \text{LOG (CHO)} + 0,27 \cdot \text{LOG (POP55)}$$

(0,35)                      (4,26)                      (-1,65)                      (2,74)

$$\text{DLOG (IJE)} = 0,00001 - 0,56 \cdot \text{E\_IJE (-1)} + 0,63 \cdot \text{DLOG (HONORAIRES)}$$

(0,006)                      (-4,33)                      (3,13)

$$R^2 = 0,34 \quad \text{DW} = 2,1$$

#### BLOC LPP

$$\text{DLOG (LPP)} = 0,007 + 0,65 \cdot \text{DLOG (HONORAIRES)} + 0,02 \cdot \text{INDICATRICE (1997T2)} - 0,01 \cdot \text{INDICATRICE (2002T2)}$$

(2,45)                      (3,79)                      (4,82)                      (-2,22)

$$R^2 = 0,42 \quad \text{DW} = 2,54$$

#### Description des variables du modèle

IJE : indemnités journalières (t)/emploi salarié (t-3).

Cho : nombre de chômeurs.

PIB : Produit intérieur brut.

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

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

INDICATRICE (1997T2) : variable indicatrice prenant la valeur 0 avant 1997 et 1 à partir du deuxième trimestre 1997.

INDICATRICE (2002T2) : variable indicatrice prenant la valeur 0 avant 2002 et 1 à partir du deuxième trimestre 2002.

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

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

e\_prescriptions = 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 (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 R<sup>2</sup> et de Durbin et Watson ne sont pas présentées dans les relations de cointégration, n'étant plus valides.

### Les modifications apportées à l'équation d'honoraires du modèle de la Drees sous l'effet des changements des données et de la période d'estimation

*Jusqu'en 2004, afin de suivre la conjoncture des dépenses de soins de ville, la Drees fondait son analyse sur un modèle économétrique estimé sur la période 1988-2003, dont les données alors utilisées étaient en dates de remboursement et portaient sur les dépenses du seul risque maladie du régime général hors prestations avec hospitalisation.*

*Dans le cadre de l'estimation réalisée à l'occasion de la présente étude, et afin de contribuer à éclairer les travaux du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, la Drees utilise les données mensuelles nouvellement publiées par la Cnamts. Elles diffèrent des précédentes sous trois aspects importants :*

*- il s'agit tout d'abord de données en dates de soins, et non plus en dates de remboursements, ce qui revient à anticiper de près de trois mois les données en dates de remboursements, et donc, potentiellement, à modifier la nature de la relation existant sur données trimestrielles entre dépenses de santé et agrégats démographiques et macroéconomiques; d'autre part, dans la modélisation en dates de remboursements, les changements de nomenclature (cf. infra) intervenaient avec retard (en raison notamment de coefficients de montée en charge), alors que ces effets interviennent dorénavant de façon instantanée;*

*- de plus, ces données portent désormais sur les trois risques maladie, maternité et accidents du travail, à l'exception des IJ qui ne concernent que les risques maladie et accident du travail; en outre, les honoraires et les prescriptions incluent à présent les dépenses occasionnées à ce titre en cas d'hospitalisation dans un établissement privé à but lucratif, ce qui conduit à majorer entre 10 % et 15 % le montant total des honoraires;*

*- enfin, l'estimation a été réalisée sur la période 1989 – 2004, intervalle de temps au cours duquel les années 2002, 2003 et 2004 ont été caractérisées par des perturbations importantes dans le partage entre volume et prix des évolutions des dépenses de soins de ville en valeur. Ainsi, des changements importants de nomenclature des actes médicaux sont intervenus au cours des années récentes : la réforme de la nomenclature des actes de soins dentaires en 2001, la refonte de la tarification des visites à domicile en 2002, la création de nouveaux actes en 2002<sup>1</sup>, ou encore pour cette même année, le renforcement de l'activité conventionnelle des généralistes, spécialistes et auxiliaires de soins (accords de bon usage des soins relatifs notamment aux prescriptions médicamenteuses). La méthode utilisée pour opérer le partage entre volume et prix des évolutions en valeur en présence de changements de nomenclature et d'apparition de nouveaux produits, reposant sur le calcul d'un indice de Laspeyres des prix, a alors pour effet de traiter la contribution de ces changements en variations de volume uniquement, alors même qu'il est hautement probable que certains d'entre eux n'ont fait qu'opérer des substitutions de soins et de biens médicaux existant antérieurement.*

*Ces changements concernent notamment l'estimation de certains paramètres comme l'élasticité des honoraires au PIB en volume qui passe à 0,6, contre une valeur proche de l'unité dans les estimations précédentes. La conjonction au cours de la période récente d'évolutions de grande ampleur des prix des honoraires à partir de 2002, du passage à des données en dates de soins qui précèdent d'un trimestre environ les données en dates de remboursement et d'un changement notable du champ des séries avec la prise en compte dans les statistiques des dépenses d'hospitalisation privée sont autant de changements qui ont contribué à modifier la modélisation.*

1. Parmi ces créations de nouveaux actes en 2002, on trouve entre autres, la consultation approfondie annuelle au profit de patients atteints d'ALD, la consultation bilan, des majorations de déplacements pour l'ensemble des professionnels de la santé, la création d'un forfait majorant l'acte d'accouchement et d'anesthésie, la création d'astreintes pour les pédiatres et de majorations forfaitaires pour les actes de nuit, la création d'un forfait pédiatrique s'ajoutant aux consultations et aux visites effectuées auprès d'enfants âgés de 0 à 24 mois dont le montant est remboursé à 100 % ou encore l'inscription de la démarche de soins infirmiers à la nomenclature.

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 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 une « force de rappel ». Lorsque les dépenses d'honoraires s'écartent de leur tendance de long terme, une force de rappel les en rapprocherait ainsi à hauteur de 50 % au trimestre suivant.

L'analyse des contributions à la croissance des honoraires (tableau 4) révèle que l'estimation 2004 est de bonne qualité, une part proche de zéro de la variation observée restant inexpliquée.

L'utilisation de données en dates de soins et la ré-estimation du modèle conduisent à cet égard à tempérer quelque peu le diagnostic porté sur l'année 2003 (K. Azizi, M. Podevin). La version précédente du modèle, sur données en dates de remboursements, conduisait à une part importante de la croissance des honoraires restant inexpliquée en 2003, dans un contexte où de fortes revalorisations des honoraires étaient intervenues pour les généralistes en 2002, puis pour les spécialistes en 2003. Cette composante inexpliquée de l'évolution des honoraires en 2003 se réduit à 0,9 point avec les nouvelles données en dates de soins et la nouvelle spécification du modèle. Pour 2004, le bon ajustement du modèle aux observations signifie que le niveau relativement élevé des honoraires observé en 2003, relativement à la tendance de long terme, n'a été qu'à peine compensé par un ajustement de sens contraire en 2004. Avec les informations disponibles à ce jour, il est donc permis de penser que les épisodes tarifaires des années 2002 et 2003 se seront globalement traduits par un ralentissement du volume des honoraires inférieur à celui que l'on pouvait escompter dans la mesure où la part inexpliquée de la croissance 2003 (0,9 %) n'a été que très particulièrement compensée en 2004 (-0,2 %).

## Les dépenses de médicaments

La croissance en volume des dépenses de médicaments (remboursées à 35 %, 65 %, 80 % ou 100 %) s'est accélérée en 2004 avec une progression de 8,2 % contre 7,2 % en 2003. Cette progression a fortement contribué à la croissance des dépenses de soins de ville en 2004 à hauteur de 3 points sur 4,4 % de croissance totale. En effet, ces dépenses représentent un peu moins de 40 % des dépenses totales de soins de ville. L'évolution des dépenses de médicaments en volume retrace en outre du fait du mode de calcul des indices de prix, les importants changements qui interviennent chaque année dans la structure des ventes et en particulier la montée en charge de médicaments nouveaux.

Dans la modélisation, l'évolution de long terme des dépenses de médicaments est appréhendée à travers deux variables explicatives. En premier lieu, les dépenses de médicaments augmentent avec les honoraires, et ce, avec une élasticité de 1,41, ce qui signifie qu'une augmentation de 1 % des honoraires se traduit, toutes choses égales par ailleurs, par une augmentation de 1,41 % 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 tendan-

### T •04 contributions à la croissance des honoraires

|   | en % |      |
|---|------|------|
|   | 2003 | 2004 |
| PIB   | 0,3  | 0,5  |
| Prix  | -0,6 | 0,7  |
| Indicatrice                                   | 1,2  | 0,0  |
| effet des honoraires de la période précédente | 1,1  | 1,8  |
| Inexpliqué                                    | 0,9  | -0,2 |
| Taux de croissance des honoraires*            | 2,9  | 2,7  |

\* Dans la mesure où le modèle est estimé sur données trimestrielles, afin d'obtenir des contributions annuelles nous recourons à une approximation, d'où l'écart entre les taux de croissance des tableaux 4 à 8 et ceux du tableau 1.  
Source : Cnamts, calculs Drees.

### T •05 contributions à la croissance des médicaments

|                                      | en % |      |
|--------------------------------------|------|------|
|                                      | 2003 | 2004 |
| Honoraires                           | 1,2  | 0,4  |
| Trend                                | 1,0  | 1,0  |
| Médicaments de la période précédente | 5,3  | 6,3  |
| Inexpliqué                           | -0,5 | 0,2  |
| Taux de croissance des médicaments*  | 6,9  | 7,9  |

\* Dans la mesure où le modèle est estimé sur données trimestrielles, afin d'obtenir des contributions annuelles nous recourons à une approximation, d'où l'écart entre les taux de croissance des tableaux 4 à 8 et ceux du tableau 1.  
Source : Cnamts, calculs Drees.

ce 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 donne lieu, par convention, comme cela a été indiqué plus haut, 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.

Enfin, à court terme, l'évolution des dépenses de médicaments serait influencée par le taux de croissance des honoraires et une force de rappel vers la tendance de long terme : lorsque les dépenses de médicaments s'écartent de leur tendance de long terme, cette force de rappel les en rapprocherait ainsi de 21 % au trimestre suivant.

Le taux d'évolution des dépenses de médicaments attendu, découlant de la modélisation retenue, aurait été de 7,7 % contre 7,9 % observés<sup>7</sup> en 2004.

Le modèle retrace donc fidèlement les évolutions constatées (tableau 5). Il y a lieu de souligner que cette évaluation ne tient pas compte de la progression de la part prise par les médicaments génériques dans l'ensemble du marché des médicaments. Cette progression aurait conduit à une baisse sensible des prix des médicaments en 2004 (-1,2 %), dont l'impact se fait sentir sur les dépenses de médicaments en valeur. En effet, en 2004, la part de marché des génériques a atteint près de 7 % dans les ventes de médicaments remboursables en valeur contre 5,4 % en 2003. Il convient enfin de noter que le rapprochement entre les prix des molécules « princeps » et ceux des génériques des classes thérapeutiques concernées, a également pu contribuer à la réduction du prix des médicaments.

### Les prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques

Les prescriptions autres que médicamenteuses, qui regroupent les analyses de biologie, les soins d'infirmiers,

6. AMAR Élise, « Les dépenses de médicaments remboursables en 2004 », *Études et Résultats* n° 404, Drees, juin 2005.

7. 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 médicaments de 7,9 % en 2004 et celui présenté dans le tableau 1 (8,2 % en 2004).

les masseurs-kinésithérapeutes et autres auxiliaires médicaux (orthophonistes...) ainsi que les cures thermales, constituent une autre composante des soins ambulatoires. Ces dépenses représentent près de 15 % des dépenses totales de soins de ville. En 2004, la croissance de ces prescriptions s'est notablement ralentie, atteignant 3,9 % en volume contre 5,9 % en 2003.

Dans la modélisation retenue, les dépenses d'honoraires constituent à long terme le facteur explicatif majeur des dépenses de prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques avec une élasticité largement supérieure à l'unité, une augmentation d'un point des honoraires étant associée à une augmentation relative supérieure des dépenses de prescriptions d'auxiliaires et d'analyses (1,78 point). 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<sup>8</sup> : une variation transitoire de la croissance des honoraires se reporte donc intégralement sur celle de ces 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 d'environ 20 % au trimestre suivant. Le ralentissement en 2004 de la croissance des dépenses de prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques s'expliquerait donc principalement par la plus faible progression des honoraires (2,8 % en 2004 contre 3,0 % en 2003).

Le modèle retrace là aussi correctement les évolutions observées. Ainsi, le taux de croissance attendu des dépenses de prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques aurait-il été de 3,7 % contre une croissance observée de 3,8 %<sup>9</sup>, la part de la variation inexpliquée par le modèle étant donc très faible (tableau 6).

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

Le poste LPP comprend l'ensemble des produits inscrits à la Liste des Produits et Prestations Sanitaires, dont les prothèses, les accessoires et pansements et l'optique, ainsi que les produits d'origine humaine. Ces dépenses représentent environ 5 % des dépenses totales de soins de ville. La croissance des LPP s'est légèrement accélérée en 2004, atteignant 8,6 % en volume contre 8,1 % en 2003.

La modélisation retenue ne met pas en œuvre de relation de long terme assortie d'un mécanisme à correction d'erreur. La croissance des dépenses de LPP est expliquée par celle des honoraires médicaux avec une élasticité de 0,65 %. De plus, la modélisation prend en compte le changement de régime observé entre 1997 et 2002<sup>10</sup> (encadré 3), lié à un mouvement de transfert vers la médecine ambulatoire des prescriptions de produits sanitaires antérieurement fournis à titre gratuit par les établissements hospitaliers.

Le modèle retrace bien les évolutions des dépenses de LPP, dans la mesure où, en 2004, les taux de croissance attendus et observés des dépenses de LPP coïncident exactement (tableau 7).

### Les indemnités journalières

Les dépenses d'indemnités journalières correspondent aux prestations en espèces versées aux salariés par le régime général. À la différence des autres postes présentés dans cette note, elles ne concernent que les risques maladie et accidents du travail. Elles représentaient en 2004 environ 13 % des dépenses de soins de ville. Au cours des années récentes, l'évolution des dépenses remboursées d'indemnités journalières en volume, corrigées des jours ouvrés et des variations saisonnières,

8

#### T • 06 contributions à la croissance des prescriptions

en %

|  | 2003 | 2004 |
|--|------|------|
| Honoraires                             | 1,6  | 0,2  |
| Prescriptions de la période précédente | 4,9  | 3,5  |
| Inexpliqué                             | -0,7 | 0,1  |
| Taux de croissance des prescriptions*  | 5,8  | 3,8  |

\* Dans la mesure où le modèle est estimé sur données trimestrielles, afin d'obtenir des contributions annuelles nous recourons à une approximation, d'où l'écart entre les taux de croissance des tableaux 4 à 8 et ceux du tableau 1.

Source : Cnamts, calculs Drees.

#### T • 07 contributions à la croissance des LPP

en %

|                             | 2003 | 2004 |
|-----------------------------|------|------|
| Honoraires                  | 1,9  | 1,8  |
| Terme constant              | 6,4  | 6,4  |
| Inexpliqué                  | -0,5 | 0,0  |
| Taux de croissance des LPP* | 7,8  | 8,2  |

\* Dans la mesure où le modèle est estimé sur données trimestrielles, afin d'obtenir des contributions annuelles nous recourons à une approximation, d'où l'écart entre les taux de croissance des tableaux 4 à 8 et ceux du tableau 1.

Source : Cnamts, calculs Drees.

8. Celle-ci est en fait égale à 1,12 mais elle est non significativement différente de l'unité.

9. Ce taux de croissance de 3,8 % n'est pas strictement identique à celui présenté dans le tableau 1 (3,9 % en 2004). Dans la mesure où le modèle est estimé sur données trimestrielles, afin d'obtenir des contributions annuelles nous recourons à une approximation, d'où l'écart entre les taux de croissance des tableaux 4 à 8 et ceux du tableau 1.

10. Les LPP ont enregistré une croissance annuelle à deux chiffres entre 1997 et 2002 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, on observe à partir de 2002 une évolution des dépenses de LPP du même ordre de grandeur que celui des médicaments (baisse du taux de croissance de 2 points entre 2002 et 2004).

s'est régulièrement ralentie (8,3 % en 2002, 4,2 % en 2003 et -3,1 % en 2004). Le ralentissement global de la croissance des dépenses de soins de ville observé en 2004, résulte donc pour une large part des dépenses d'indemnités journalières qui ont fortement diminué, avec une contribution de -0,4 point à la variation de l'ensemble des soins de ville en 2004 contre +0,6 point en 2003 (tableau 2).

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 travail<sup>11</sup>. À long terme, le chômage exerce un effet négatif sur ces dépenses. Selon l'estimation réalisée, un accroissement du nombre de chômeurs de 1 % s'accompagnerait en effet d'une diminution de 0,1 % 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 0,55 % des dépenses d'indemnités journalières.

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 a-t-elle pu se traduire par une accélération de la croissance des dépenses d'indemnités journalières. D'autre part, entre 2000 et 2003, 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 IJ<sup>12</sup> 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 0,27 % 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 prendre en charge les problèmes de santé au travail des salariés vieillissants. Enfin, la force de rappel à l'œuvre dans les évolutions de court terme des dépenses d'indemnités journalières s'avère importante puisque lorsque ces dernières s'écartent de leur

tendance, ce mécanisme de « rappel » les en rapproche de 56 % au trimestre suivant.

La diminution des indemnités journalières observée en 2004 (-3,1 % contre +4,2 % en 2003) ne pouvait toutefois pas être prise en compte par le modèle, la variation inexplicée étant de l'ordre de grandeur de l'évolution de 2004 (tableau 8). Cet écart entre valeurs observée et estimée tient notamment à des facteurs non pris en compte par le modèle, et notamment le développement par l'assurance maladie depuis le second semestre 2003 d'un plan d'action, de régulation et de contrôle, traduisant la volonté de réduire les arrêts de travail non justifiés ou d'une durée excessive. Dans l'hypothèse où l'impact de ces mesures prises par l'assurance maladie en matière d'arrêts de travail serait bien approché par l'écart entre les montants observé et simulé des indemnités journalières, on pourrait évaluer à 180 millions d'euros en valeur l'atténuation de dépenses réalisée à ce titre en 2004. La baisse des dépenses d'indemnités journalières en 2004 peut également être liée aux mouvements de départ en retraite anticipée en application de la réforme des retraites entrée en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004. Ces départs anticipés ont concerné 90 000 personnes en 2004 selon une évaluation de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (Cnavts), et ont pu entraîner une contraction de la population active âgée, particulièrement exposée au risque d'arrêt de travail. Cette analyse devra être affinée une fois connues les données définitives de l'évolution du marché du travail en 2004. ●

11. 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, *a 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 en volume, 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.  
12. 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 ».

**T** contributions à la croissance des IJ\*  
**•08**

en %

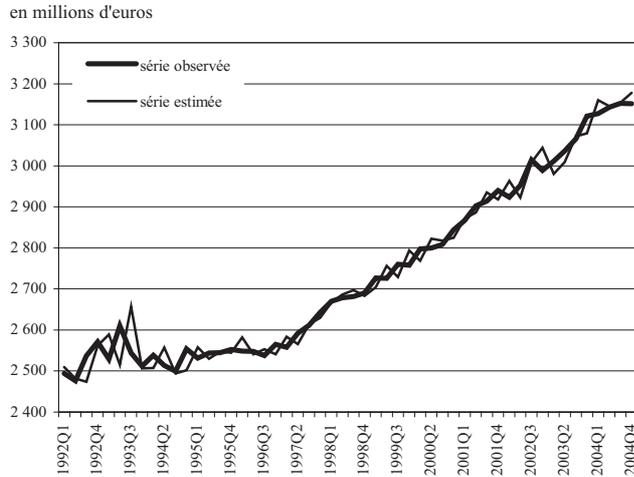
|  | 2003 | 2004 |
|--|------|------|
| Honoraires                             | 1,1  | 0,6  |
| Chômeurs                               | -0,5 | -0,1 |
| Part des actifs âgés de 55 ans et plus | 1,8  | -0,6 |
| Effet des IJ de la période précédente  | 2,1  | -0,4 |
| Inexpliqué                             | -0,6 | -2,3 |
| Taux de croissance des IJE**           | 3,8  | -2,7 |

\* Il s'agit plus exactement des IJ déflatées par l'emploi salarié retardé de trois trimestres.  
\*\* Dans la mesure où le modèle est estimé sur données trimestrielles, afin d'obtenir des contributions annuelles nous recourons à une approximation, d'où l'écart entre les taux de croissance des tableaux 4 à 8 et ceux du tableau 1.  
Source : Cnamts, calculs Drees.

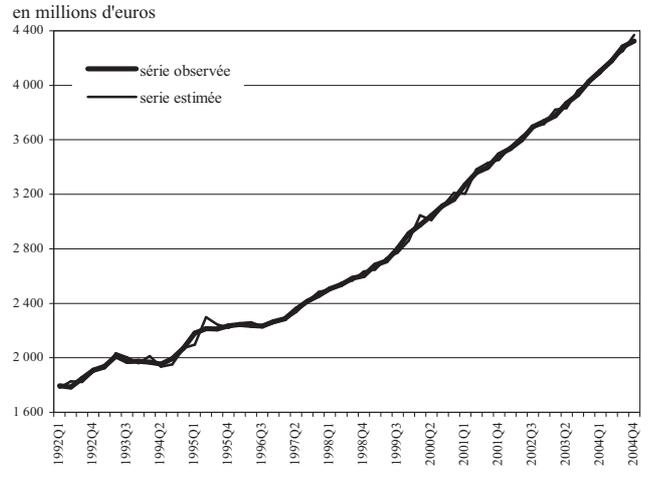
**Annexe**

**comparaison des séries observées et estimées**

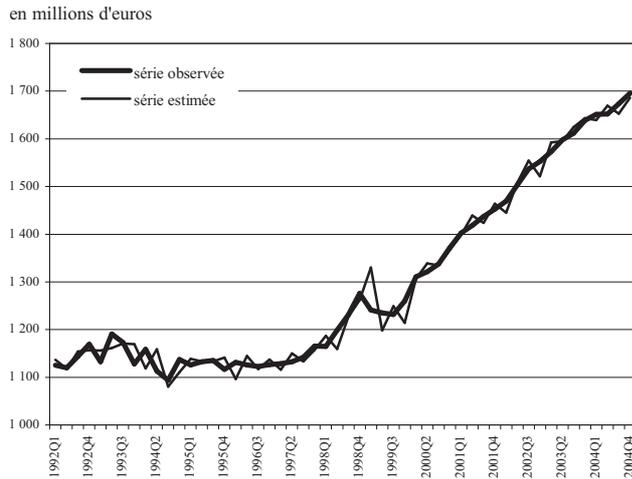
**dépenses d'honoraires observées et estimées**



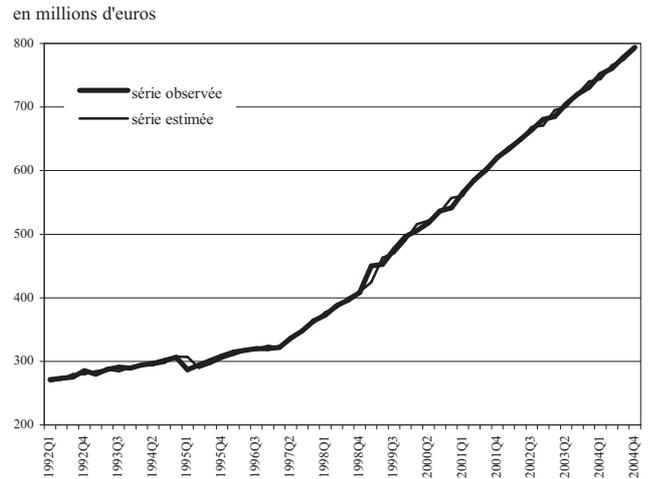
**dépenses de médicaments observées et estimées**



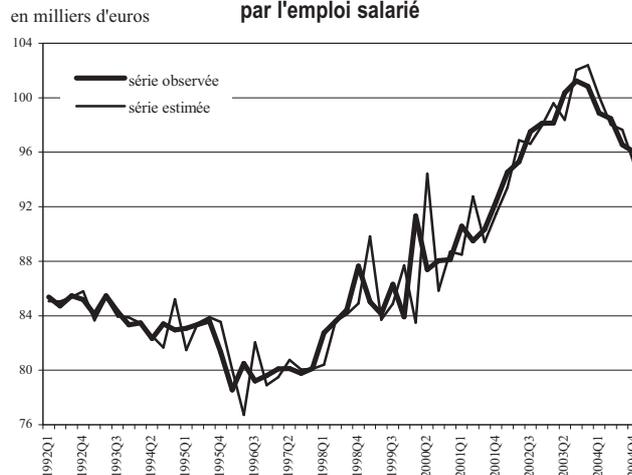
**dépenses de prescriptions observées et estimées**



**dépenses de LPP observées et estimées**



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



source : Cnamts ; calculs Drees.

Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement  
Ministère de la Santé des solidarités  
11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon  
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

**Internet** : [www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)  
Tél. : 01 40 56 81 24



- un hebdomadaire :

### **Études et Résultats**

**consultable sur Internet**  
*abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES*  
télécopie : 01 40 56 80 38  
[www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)

- des revues trimestrielles :

### **Revue française des affaires sociales**

*revue thématique*  
*dernier numéro paru :*  
« Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé »  
n° 1, janvier-mars 2005

### **Dossiers Solidarité et Santé**

*revue thématique*  
*dernier numéro paru :*  
« Études sur les dépenses de santé »  
n° 1, janvier-mars 2005

- des ouvrages annuels :

### **Données sur la situation sanitaire et sociale en France**

#### **Comptes nationaux de la santé**

#### **Comptes de la protection sociale**

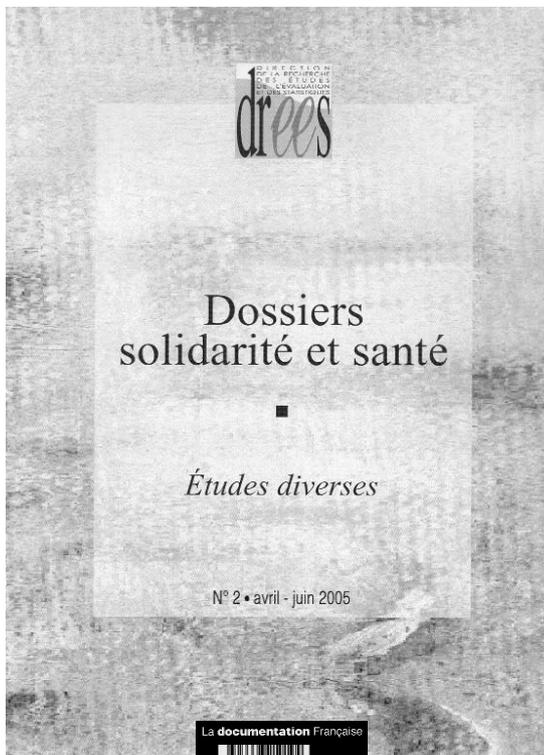
- et aussi...

### **Statiss, les régions françaises**

*Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS*  
**consultable sur Internet** :  
[www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm](http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm)



Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française  
29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07  
tél. : 01 40 15 70 00  
**Internet** : [www.ladocfrancaise.gouv.fr](http://www.ladocfrancaise.gouv.fr)



## DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ N° 2 AVRIL - JUIN 2005

*A paraître en juillet*

## ÉTUDES DIVERSES

Prix : 11,20 euros (4 numéros par an)

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

12

Renseignements,  
commande et abonnement annuel au :  
01 40 15 70 00

Commande en ligne :  
[www.ladocfrancaise.gouv.fr](http://www.ladocfrancaise.gouv.fr)

### *Derniers numéros parus :*

- Études sur les dépenses de santé  
N° 1, janvier-mars 2005
- Les revenus sociaux en 2003  
N° 4, octobre-décembre 2004
- Études diverses  
N° 3, juillet-septembre 2004
- Les indicateurs sociaux dans l'Union européenne :  
avancement et perspectives  
N° 2, avril-juin 2004
- Outils et méthodes statistiques pour les politiques  
de santé et de protection sociale  
N° 1, janvier-mars 2004

*au sommaire de ce numéro*

**QUELLES SONT LES DURÉES D'ASSURANCE VALIDÉES  
PAR LES ACTIFS POUR LEUR RETRAITE ?  
UNE PREMIÈRE ÉVALUATION À PARTIR DE  
L'ÉCHANTILLON INTERRÉGIMES DE COTISANTS (EIC)**  
*Hélène CHAPUT et Najat EL MEKKAOUI DE FREITAS*

**L'ÉCHANTILLON NATIONAL INTERRÉGIMES  
D'ALLOCATAIRES DE MINIMA SOCIAUX (ENIAMS)**  
*Anne PLA*

**CARACTÉRISTIQUES RÉGIONALES ET STRUCTURE  
DE L'ACTIVITÉ DE COURT SÉJOUR :  
IMPACT SUR LES COÛTS HOSPITALIERS  
PAR MODÉLISATION MULTI-NIVEAUX**  
*Monique KERLEAU, Marc LE VAILLANT et Zeynep OR*

**LA DIVERSIFICATION DE L'ACTIVITÉ DE COURT SÉJOUR  
DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ :  
L'ÉCLAIRAGE PAR L'INDICATEUR D'ENTROPIE**  
*Monique KERLEAU, Marc LE VAILLANT et Zeynep OR*

drees

ÉTUDES et RÉSULTATS

N° 414 • juillet 2005

Directrice de la publication : Mireille ELBAUM • Rédactrice en chef technique : Élisabeth HINI • Conseiller technique : Gilbert ROTBART •  
Secrétaires de rédaction : Ezra DANIEL, Catherine DEMAISON, Fabrice GUÉBIN • Mise en page : Thierry BETTY •  
Impression : AIT du ministère de la Santé et des Solidarités  
Internet : [www.sante.gouv.fr/html/publication](http://www.sante.gouv.fr/html/publication)

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources - ISSN 1146-9129 - CPPAP 0506 B 05791