

# questions

## d'économie de la santé

analyses

### Repères

En octobre 1993, la convention médicale mettait en place la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et instaurait les premières références médicales opposables. Ces références visent tous les domaines de la prescription et de la pratique médicale libérale.

Deux études nationales ont mesuré l'impact de ces références sur les prescriptions pharmaceutiques. La première examine l'évolution des ventes de médicaments aux officines. La seconde, que nous présentons ici, est une analyse des prescriptions à partir d'enquêtes auprès des médecins. Les données utilisées sont celles de l'Enquête Permanente sur la Prescription Médicale, mise à disposition du CREDES par IMS-France depuis 1992.

### Les références médicales opposables sur le médicament : bilan de trois années d'application

Annick Le Pape, Catherine Sermet

Quatre ans après la mise en place des premières références médicales opposables, on peut s'interroger sur l'efficacité de cette mesure. Les objectifs visés par ces références sont-ils atteints ? Les comportements des médecins se sont-ils modifiés et quel est l'impact économique de ces modifications ? L'effet des références médicales persiste-t-il au cours du temps ? Ce travail apporte des éléments de réponse à chacune de ces questions.

Cette étude analyse les effets de 18 références portant sur le médicament. Elle montre notamment que si les références médicales opposables ont un impact réel et durable sur le comportement des médecins, leur domaine d'application est trop restreint pour avoir un effet significatif sur l'évolution des dépenses de pharmacie.

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION  
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :  
1, rue Paul-Cézanne 75008 Paris  
Téléphone : 01 53 93 43 02/01  
Télécopie : 01 53 93 43 50  
E-mail : document@credes.fr  
Web : www.credes.fr

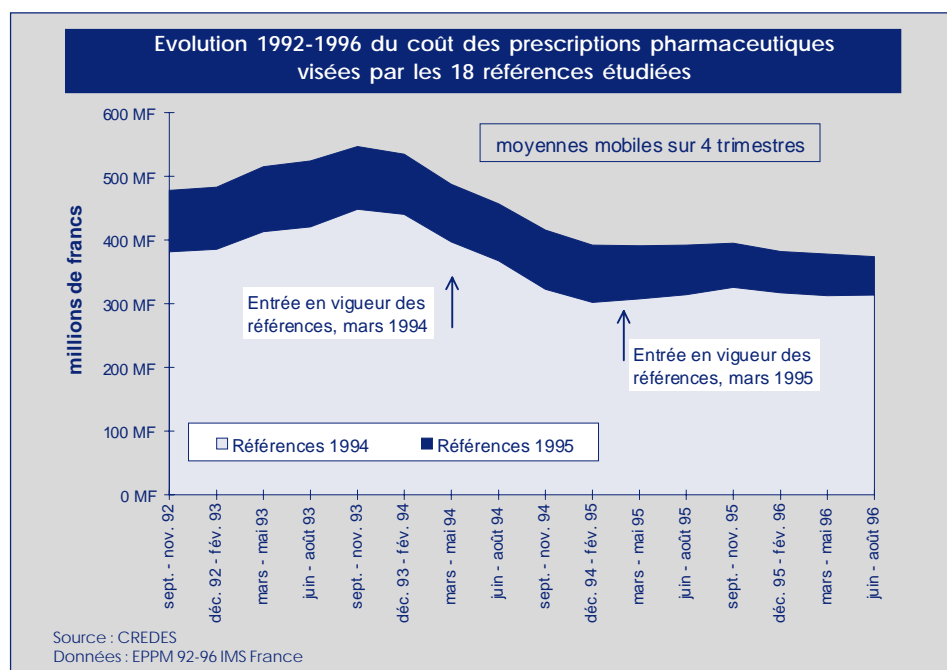
Directrice de la publication :  
Dominique Polton

Secrétaire de rédaction :  
Nathalie Meunier

Secrétaires :  
Catherine Bancheureau et Franck Clérembault

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 300 F par an  
Environ 15 numéros par an



Après l'échec de plans successifs de réduction des dépenses de l'Assurance Maladie, les pouvoirs publics ont développé et diffusé un nouveau concept, la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Au sein de ce dispositif, les références médicales opposables occupent une position prépondérante. Elles affichaient initialement trois objectifs : la recherche de la qualité des soins par l'usage approprié des ressources disponibles un objectif de santé publique par la réduction de comportements dangereux, et un objectif économique dans le cadre de la maîtrise médicalisée.

Cette étude évalue l'impact au plan national des références médicales sur les prescriptions pharmaceutiques.

Grâce à IMS-France, le CREDES dispose en effet depuis 1992 d'une base de données permettant d'analyser l'évolution des prescriptions pharmaceutiques. En 1996, le CREDES a réalisé une première étude intitulée « Les références médicales opposables, impact sur la prescription pharmaceutique » (Le Fur, Sermet 1996). La mise à disposition d'une année supplémentaire de l'En-

quête Permanente sur la Prescription Médicale d'IMS-France nous permet de présenter aujourd'hui une actualisation de cette étude.

## Résultats

### Un effet certain et durable sur les prescriptions visées

**Les 10 références médicales opposables introduites en mars 1994** que nous avons pu étudier<sup>1</sup> ont permis de modifier les prescriptions de 26 % des séances directement concernées par ce dispositif. Ces modifications ont généré une baisse des coûts sur les classes thérapeutiques visées de 545 millions de francs. L'économie totale, après prise en compte de la substitution, c'est-à-dire du report de prescription vers d'autres classes thérapeutiques, est comprise entre 264 et 311 millions de francs, ce qui représente 0,14 % du coût de la prescription pharmaceutique des médecins.

La majeure partie des économies obtenues est liée aux références sur les anti-

biotiques qui ont entraîné une économie maximale, substitution comprise, de 232 millions de francs. Le pourcentage de séances directement concernées pour lesquelles la prescription a été modifiée est d'environ 36 %. D'autres références, malgré un impact financier faible, ont eu un effet important en termes de modification des comportements, comme celle sur la double prescription des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

La baisse acquise la première année a été renforcée par une baisse supplémentaire de moindre importance l'année suivante. Le gain complémentaire a été de 80 millions de francs sur les classes visées et l'économie, après prise en compte de la substitution, de 39 à 47 millions de francs. Les données de l'année 1996, bien qu'elles ne portent que sur 6 mois, indiquent une poursuite de l'effet des références.

**Les références médicales introduites en 1995** sont moins nombreuses et le potentiel économique des 7 références étudiées<sup>2</sup> est beaucoup plus faible. Ces 7 références ont permis de modifier les prescriptions de 17 % des séances directement concernées, entraînant une baisse des coûts sur les classes visées de 86 millions de francs. Ces références concernant le plus souvent l'ensemble d'une classe thérapeutique, les substitutions possibles sont marginales et nous ne les avons pas analysées.

La majeure partie de la baisse des coûts des prescriptions est liée à deux références. Celle sur la double prescription des vaso-actifs dans l'artériopathie a entraîné une économie de 37 millions de francs et celle sur la double prescription des traitements de l'adénome de la prostate, une économie de 27 millions. Pour ces deux références, le pourcentage de séan-

### Le dispositif des références médicales opposables

Le dispositif des références médicales opposables est un des outils de la maîtrise médicalisée en France. Il s'applique uniquement au secteur libéral. Il a été mis en place en octobre 1993, par les signataires de la Convention Nationale. Les premières références sont entrées en vigueur en mars 1994, la liste des références a été mise à jour deux fois, en 1995 et en 1997.

A partir de thèmes médicaux retenus par les partenaires conventionnels, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) et l'Agence du médicament pour les références pharmaceutiques, élaborent des recommandations et des références médicales.

- Les recommandations sont des propositions de bonnes pratiques ou de stratégies diagnostiques ou thérapeutiques destinées à aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés.
- Les références médicales identifient des soins et des prescriptions médicalement inutiles ou dangereux. Elles sont accompagnées de recommandations de bonne pratique.

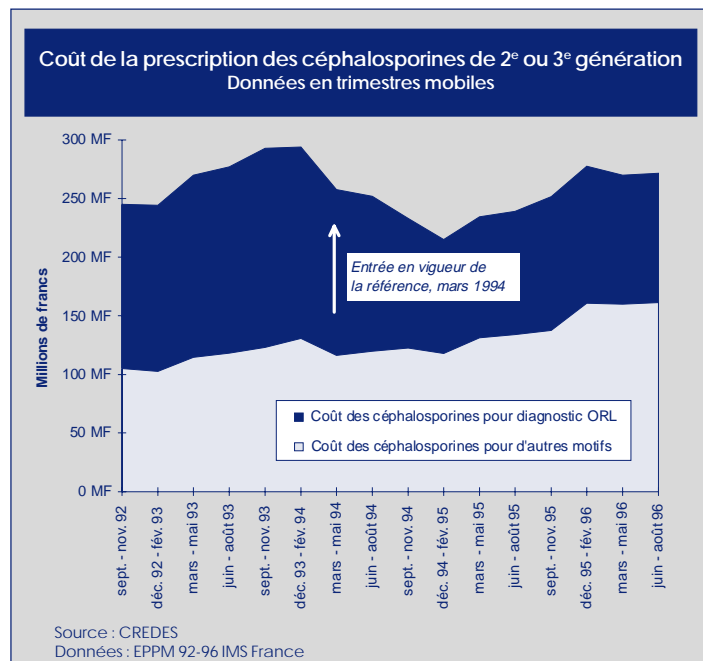
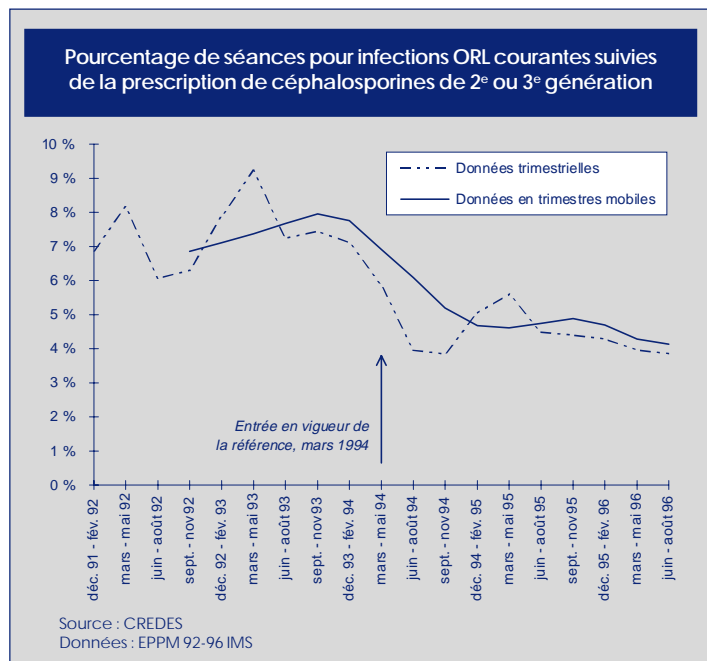
Toutes ces références médicales sont transmises aux parties signataires qui arrêtent la liste des références médicales opposables aux médecins relevant de la convention.

Ces références, au nombre de 243, concernent l'ensemble de la pratique médicale : prescriptions pharmaceutiques, prescriptions de biologie et actes diagnostiques. 77 références concernent les seules prescriptions pharmaceutiques.

Une des particularités du dispositif est son caractère opposable, le non respect de certaines règles pouvant entraîner des sanctions financières pour les prescripteurs. Le contrôle et surtout l'application des sanctions restent toutefois exceptionnels et ont concerné environ 65 praticiens entre octobre 1994 et décembre 1996.

*1 Les 7 autres références de 1994 n'ont pas été étudiées pour des raisons diverses : information nécessaire n'existant pas dans les bases de données, comportements très marginaux... La plupart avait un potentiel probablement très réduit.*

*2 Parmi les références que nous n'avons pas pu analyser, deux avaient un potentiel important en termes d'économies : celle sur le traitement par l'Isotrétinoïne et celle sur les durées de prescription, les posologies et le renouvellement des traitements par les hypnotiques ou les psychotropes.*



ces pour lesquelles la prescription a été modifiée est respectivement de 34 % et 44 %. La référence sur la double prescription des benzodiazépines avait un potentiel important, mais son taux de réussite assez faible, 13 %, a engendré une baisse des coûts de 19 millions de francs seulement.

Pour ces références, la réussite relativement modeste de la première année semble se poursuivre sur les 6 premiers mois de 1996.

**Au total**, en 1995, le cumul des références médicales introduites en 1994 et 1995 a généré une baisse supplémentaire de 125 à 133 millions de francs, soit moins de 0,2 % du montant total des prescriptions pharmaceutiques.

**Deux références exemplaires : les céphalosporines et les médicaments de l'adénome de la prostate**

**La référence sur les céphalosporines de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> génération** est un exemple caractéristique puisqu'elle associe les trois objectifs prévus par le dispositif : économique, car ces médicaments sont onéreux, de qualité des soins, car leur prescription n'est pas utile dans les infections ORL communes, et de santé publique, car la banalisation de leur prescription risque d'entraîner l'apparition de résistances.

En 1993, 7,7 % des séances pour infections ORL et respiratoires banales ont

donné lieu à la prescription de céphalosporines de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> génération. Ce pourcentage a fortement diminué dès l'entrée en vigueur de la référence pour atteindre 4 % en 1996. Outre l'impact

direct sur les prescriptions dans le cadre des infections ORL banales, cette référence a eu également un effet ponctuel sur la prescription de céphalosporines pour d'autres motifs.

### Comment est évalué l'impact des références ?

La période d'observation dont nous disposons, décembre 1991 à août 1996, nous permet de faire une analyse de la prescription avant et après la mise en place du dispositif des références médicales opposables. Toutes les références que nous étudions sont entrées en vigueur au mois de mars, que ce soit en 1994 ou en 1995. Nous travaillons donc sur des données annuelles allant de mars à février, " l'année 1994 " correspondant ainsi à la période de mars 1994 à février 1995.

Pour une année donnée, nos évaluations sont basées sur la situation existant l'année précédente : ainsi l'impact des références en 1994 est estimé à partir de la situation de 1993. Pour la période allant de mars à août 1996, les estimations sont basées sur la situation existant lors du semestre précédent, soit septembre 1995 à février 1996.

Pour chacune des références, nous réalisons une première estimation du nombre de séances concernées : nombre de séances pour diabète par exemple. Au sein de celles-ci, nous évaluons ensuite le pourcentage de séances pour lesquelles les références médicales opposables n'ont pas été respectées. En extrapolant cette évaluation, réalisée avant l'entrée en vigueur de la référence, aux périodes suivantes, on obtient un nombre théorique représentant la tendance de la prescription en l'absence de références. Par comparaison avec les résultats réels, nous pouvons déterminer le nombre de séances pour lesquelles les médecins ont modifié leurs prescriptions.

La valorisation de ce nombre par le coût moyen d'un traitement (pour les produits et les séances visés) permet d'obtenir la baisse des coûts de prescription imputable à la référence. Cette méthode attribue aux références toute modification de la fréquence des prescriptions visées : il n'est en effet pas possible de distinguer l'impact des références de l'effet d'autres mesures ou de modifications du marché du médicament.

Enfin, dans certains cas, la substitution d'un produit visé par les références par un produit non visé est possible. Nous avons donc analysé l'évolution des prescriptions de ces classes de substitution afin d'évaluer le coût engendré par le transfert des prescriptions. L'économie totale liée à une référence résulte donc du cumul de la baisse des coûts de la classe thérapeutique visée par les références et du coût supplémentaire observé pour la classe de substitution.

En termes financiers, le coût de la prescription de céphalosporines dans l'indication visée par la référence était de 654 millions de francs en 1993, soit plus de la moitié du coût de l'ensemble de cette classe. En 1994, il diminue de 266 millions de francs dont 251 millions sont attribuables à la référence.

Entre 1994 et 1995, l'effet de cette référence médicale a persisté mais la baisse supplémentaire est de moindre ampleur, et les conséquences financières modestes de cette baisse ont été entièrement masquées par l'augmentation du coût moyen des traitements et la hausse du nombre de diagnostics.

**La référence sur le traitement de l'adénome de la prostate est entrée en vigueur en 1995.** Elle associe au moins deux des objectifs visés par le dispositif : un objectif économique et un objectif de qualité des soins. En effet, ces médicaments sont coûteux et l'efficacité d'un traitement associant deux médicaments n'est pas scientifiquement démontrée.

Avant l'entrée en vigueur de la référence, la double prescription de médicaments concernait environ 9 % des séances pour adénome traité et engendrait un surcoût, par rapport à un traitement comportant un seul médicament, de 60 millions de francs en 1994. Dès l'annonce de la référence, la fréquence des doubles prescriptions a fortement dimi-

nué pour atteindre 5 % en 1995 et moins de 2 % sur les 6 premiers mois de 1996.

Au total, cette référence a permis une économie sur la prescription de 27 millions de francs en 1995 et de 9 millions de francs sur les 6 premiers mois de 1996. Il faut cependant souligner que malgré une efficacité certaine, cette référence n'a pas eu d'effet sur l'ensemble de la prescription des médicaments de cette classe, dont la croissance continue à un rythme soutenu. Cette augmentation résulte de 3 facteurs : la croissance du nombre annuel de séances pour adénome, l'augmentation du pourcentage de diagnostics traités et la hausse du coût unitaire des traitements.

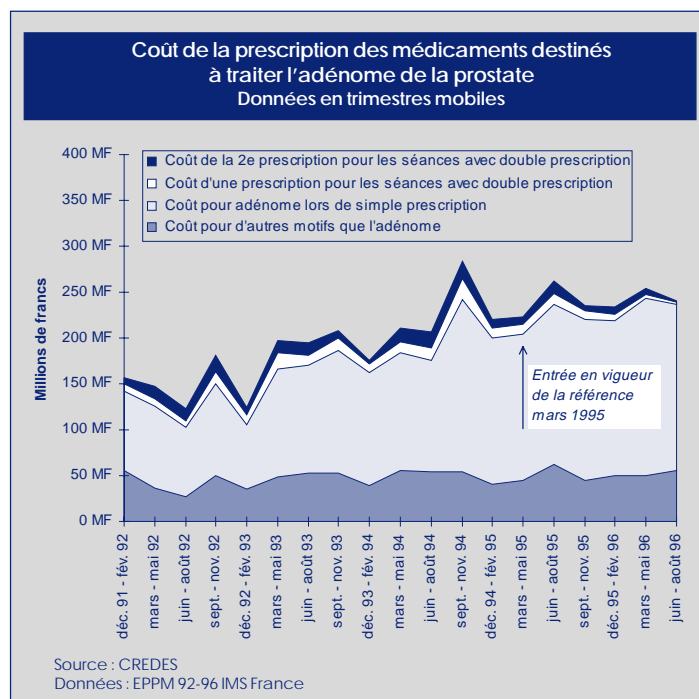
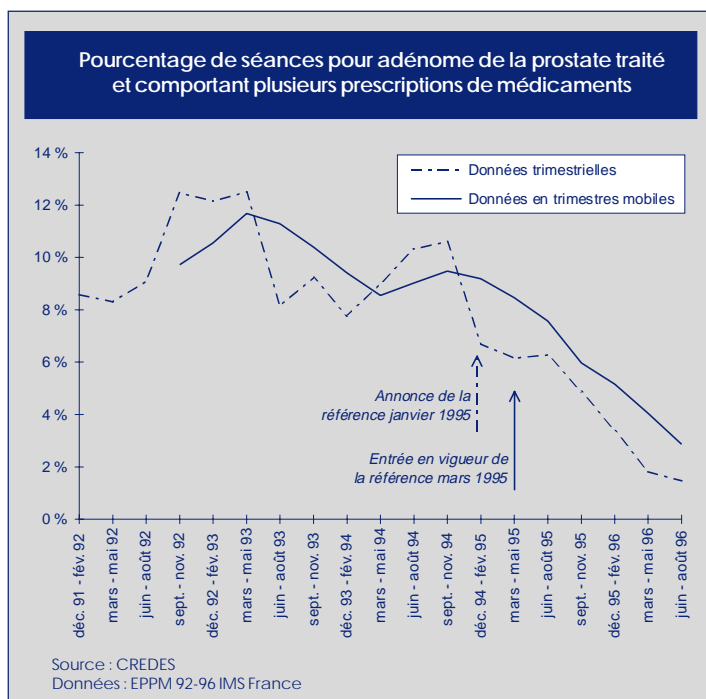
## Analyse et discussion

Notre première étude (Le Fur, Sermet, 1996) avait montré une influence certaine d'une partie des références médicales opposables sur la prescription pharmaceutique, associée à une incidence financière limitée. Aujourd'hui, nous montrons (1) que leur effet est durable, (2) qu'elles n'ont cependant pas infléchi les dépenses de pharmacie et (3) qu'il est possible de dégager une typologie des références médicales opposables en trois catégories.

## Les références médicales opposables ont durablement modifié les comportements des médecins

Les références médicales opposables ont effectivement infléchi de manière non négligeable les comportements des médecins : ainsi, en 1994, le quart des séances directement visées par les références médicales opposables a été modifié. Pour certaines références, les inflexions sont très importantes. Le pourcentage de prescriptions multiples de vaso-actifs est ainsi passé de 19 % en 1994 à 8 % en 1996, le pourcentage de prescriptions multiples de médicaments destinés à traiter l'adénome de la prostate, de 9 % à 1,6 % pour la même période. En revanche, certains comportements semblent plus difficiles à modifier, comme la double prescription de benzodiazépines ou d'hypnotiques.

Par ailleurs, cette étude démontre la pérennité de l'effet des références médicales opposables. En effet, pour la plupart des références 1994, la fréquence des comportements visés par les références, qui a diminué la première année, est stable ou poursuit une baisse modérée l'année suivante. Une seule inversion de tendance très nette est constatée : il s'agit de la référence sur la prescription des anti-ulcéreux dans la gastrite chronique, référence très contestée dès sa parution et qui a été supprimée depuis. Pour les références 1995, les résultats sur 18





mois semblent indiquer que la réduction des comportements visés par les références se poursuit.

Cet effet durable des références médicales opposables est intéressant à évoquer dans l'optique d'une discussion sur l'impact des différentes actions visant à modifier les pratiques médicales. Durieux (1997), après une analyse approfondie de la littérature conclut à un impact limité, voire inexistant de la plupart des actions de diffusion, d'information et de formation médicale continue. Seule l'intervention de leaders d'opinion, ou les visites confraternelles semblent avoir une efficacité sur les comportements des médecins. Il souligne de plus, que lorsqu'il y a impact, celui-ci s'épuise avec le temps. Le cas des références médicales opposables est intéressant dans ce cadre, car il associe une diffusion de l'information aux médecins par l'intermédiaire d'un support papier à une action répressive. Les médecins ne respectant pas les références médicales opposables s'exposent en effet à des risques de sanctions financières. Il semble donc que cette possibilité de sanction renforce l'action qu'aurait eu la simple diffusion de recommandations, même si dans la pratique les condamnations ont été peu nombreuses.

### Leur impact sur les dépenses de pharmacie s'estompe avec le temps

Entre 1990 et 1996, la consommation pharmaceutique a progressé annuellement de 5,1 % en moyenne. Au cours de cette période, l'évolution en valeur, comme celle en volume, a connu deux inflexions : l'une en 1994 coïncidant avec l'introduction des références médicales opposables, et l'autre en 1996 à la suite de l'annonce du plan Juppé. Alors qu'entre 1990 et 1993, le taux de croissance annuel des dépenses de pharmacie s'établissait autour de 6 à 7 %, l'année 1994 a été marquée par un taux de 2,1 %. La croissance a repris ensuite au rythme de 6 % en 1995.

On peut s'étonner, puisque les références médicales opposables sur le médicament sont durablement efficaces, que le

## Les références médicales opposables analysées dans ce travail

Références prenant effet en 1994	Références prenant effet en 1995
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prescription des antibiotiques en pratique courante (pathologie ORL) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Il n'y a pas lieu d'utiliser une association aminopénicilline-inhibiteur des bêta-lactamases »</li> <li>- « Il n'y a pas lieu d'utiliser les fluoroquinolones systémiques »</li> <li>- « Il n'y a pas lieu d'utiliser les céphalosporines de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> génération »</li> <li>- « Il n'y a pas lieu d'associer à l'antibiothérapie générale, des corticoïdes, en dehors des laryngites striduleuses de l'enfant »</li> <li>- « Il n'y a pas lieu d'associer à l'antibiothérapie générale, des AINS sauf composante inflammatoire et/ou algique importante »</li> </ul> </li> <li>• <b>Prescription des anti-ulcéreux :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Il n'y a pas lieu d'associer ou de prescrire simultanément deux anti-ulcéreux »</li> <li>- « Il n'y a pas lieu de prescrire des anti-ulcéreux dans les gastrites chroniques »</li> </ul> </li> <li>• <b>Diabète non insulino-dépendant :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Il n'y a pas lieu de prescrire un biguanide en cas d'insuffisance rénale, d'insuffisance cardiaque, respiratoire ou hépatique, d'infarctus du myocarde récent, de risque d'ischémie tissulaire aiguë »</li> <li>- « Il n'y a pas lieu chez les sujets de plus de 70 ans, d'utiliser des sulfamides hypoglycémiant à ½ vie longue (carbutamide, chlorpropamide) »</li> </ul> </li> <li>• <b>Prescription des anti-inflammatoires non stéroïdiens :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Il n'y a pas lieu et il peut être dangereux, d'associer deux AINS par voie générale »</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Traitement de l'adénome prostatique :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Il n'y a pas lieu d'utiliser l'association de 2 médicaments ou plus pour traiter les troubles mictionnels de l'hypertrophie prostatique bénigne »</li> </ul> </li> <li>• <b>Prescription des hypnotiques et anxiolytiques :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Il n'y a pas lieu d'associer deux benzodiazépines pour un traitement anxiolytique »</li> <li>- « Il n'y a pas lieu d'associer deux hypnotiques »</li> </ul> </li> <li>• <b>Prescription des vaso-actifs :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Il n'y a pas lieu d'associer deux vaso-actifs ou plus, dans l'indication de l'artériopathie des membres inférieurs »</li> </ul> </li> <li>• <b>Prescription des neuroleptiques :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Il n'y a pas lieu d'administrer d'emblée, à titre préventif, des correcteurs anticholinergiques lors de la mise en route d'un traitement neuroleptique, sauf chez les malades à risque (personnes âgées, antécédents de parkinsonisme ou d'autres dysfonctionnements cérébraux) »</li> <li>- « Il n'y a pas lieu, du fait des dangers potentiels (augmentation du risque des effets secondaires atropiniques), d'associer deux correcteurs anticholinergiques »</li> <li>- « Il n'y a pas lieu, dans le traitement d'entretien de la psychose d'associer deux neuroleptiques à visée anti-psychotique »</li> </ul> </li> <li>• <b>Diabète non insulino-dépendant :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Il n'y a pas lieu d'associer deux sulfamides hypoglycémiant »</li> </ul> </li> </ul>

retentissement sur les dépenses de pharmacie soit aussi peu important. Etonnement d'autant plus justifié que depuis 1994, le nombre de références médicales opposables ne cesse d'augmenter couvrant une part de plus en plus importante du marché officiel.

En fait, au sein de ce marché important, le champ des séances directement visées par les références médicales opposables est très restreint, puisqu'il ne comprend que certaines prescriptions de ces produits. En 1993, pour les références que nous analysons<sup>3</sup>, ce champ représentait seulement 2,6 % de l'ensemble de la prescription des médicaments et en 1994, 2,2 %. On peut bien sûr supposer que l'introduction de références portant sur une partie des médicaments d'une classe thé-

rapeutique ait pu influencer les prescriptions de l'ensemble de la classe. Cet effet en « tache d'huile » explique probablement le ralentissement de la croissance des dépenses observé en 1994, mais il est resté limité et l'effet « références médicales opposables » sur l'ensemble des dépenses de pharmacie n'a pas duré plus d'un an.

### Un essai de typologie des références médicales opposables

Poursuivant la réflexion que nous avons entamée à l'occasion de nos précédentes publications (Le Fur, Sermet, 1996 et Polton, Sermet, 1998) nous pouvons proposer une typologie des références médicales opposables. Celle-ci explique en grande partie les résultats divers obtenus par ces références.

On peut ainsi distinguer au moins trois

<sup>3</sup> Onze références étudiées en 1994 et 18 en 1995.

catégories de références selon leurs objectifs initiaux :

- des références qui visent des prescriptions dangereuses pour la santé publique, heureusement marginaux, et dont on souhaite la disparition. Un exemple peut être fourni par la co-prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens qui est une pratique très peu fréquente. Par construction, de telles références ne peuvent avoir un rendement financier direct important. Leur réussite se mesure à la suppression de pratiques dangereuses et donc indirectement par la réduction des dépenses liées aux complications provoquées par ces pratiques (soins de médecins, hospitalisations...).
- des références qui visent des attitudes de prescription fréquentes, et dont l'objectif principal est d'améliorer la qualité des soins, sur la base d'une légitimité scientifique indiscutable : c'est le cas de la prescription d'antibiotiques dans les affections ORL courantes. Cette rationalisation des comportements peut avoir un impact financier non négligeable. C'est la référence « idéale », évitant des coûts inutiles.

enfin des références qui mettent en jeu également l'évidence scientifique, mais d'une manière plus complexe : les attitudes incriminées ne sont pas strictement inutiles, mais leur rapport coût - efficacité est faible. Dès lors, le choix d'accepter ou non de financer les prestations correspondantes ne peut relever du seul consensus médical et implique obligatoirement un choix de la collectivité. La périodicité des frottis pour les femmes sans facteur de risque, le nombre d'échographies par grossesse normale relèvent de cette troisième catégorie : ces références définissent ce que la collectivité est prête à payer pour tous, avec l'idée implicite que le rendement d'un acte supplémentaire, sans être nul, est faible.

\* \* \*

**En conclusion**, si les références médicales opposables pharmaceutiques semblent être un bon moyen de modification des comportements des médecins, leur efficacité en termes financiers est relativement faible et elles n'ont, en l'état actuel, qu'un impact modeste sur l'évolution des dépenses de pharmacie.

### Pour en savoir plus

A. LE PAPE, C. SERMET : " Les références médicales opposables sur le médicament : bilan de trois années d'application ", Rapport CREDES n° 1237, septembre 1998.

### Voir aussi :

Convention nationale destinée à organiser les rapports entre les médecins libéraux et les caisses d'assurance maladie, octobre 1993, CNAMTS.

Arrêté du 22 mars 1994 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins, JO du 24 mars 1994.

P. ALLARD, J. DELIGNE, V. VAN BOCKSTAEL, Prescription des anti-ulcéreux, Etat des lieux, appréciation de la qualité des prescriptions, Le concours médical, 28-06-1997, 119-24, p 1762-1766.

P. ALLARD, A. CARRE, J. DELIGNE, V. VAN BOCKSTAEL, Prescriptions des vaso-actifs dans l'artériopathie chronique des membres inférieurs, Le concours médical, n° 119-23, 21-06-1997, pp 1725-1730.

Ph CAVALIE, Les références médicales opposables : quel impact sur la consommation de médicaments ?, Economie et statistique n°312-313, 1998, pp 85-99.

P. DURIEUX, L'impact des actions de diffusion, d'information et de formation médicale continue sur les pratiques médicales, Communication au séminaire " Comment influencer sur les pratiques professionnelles des médecins ", IEPS, 11-12 décembre 1997.

Ph LE FUR, C. SERMET, Les références médicales opposables, Impact sur la prescription pharmaceutique, Rapport CREDES n°1116, mars 1996.

D. POLTON, C. SERMET, Mesurer l'impact des références médicales opposables, Les approches et les outils possibles, Intervention à la " 1<sup>ère</sup> journée d'Assurance maladie de la CANAM ", Paris, 29 janvier 1998.

### Une autre méthode d'évaluation des références médicales opposables : l'analyse des ventes

Les résultats d'enquête auprès de panels de médecins, publiés ici, apportent des informations complémentaires de celles que l'on peut obtenir à partir des statistiques de vente de l'industrie pharmaceutique aux officines. Cette deuxième méthode d'évaluation a été récemment utilisée par Cavalié (1998) dans un article étudiant l'impact de certaines références médicales opposables.

Après avoir constaté que la part de marché des spécialités remboursables couverte par les références médicales opposables était de 29 % en 1994 et de 34 % (en valeur) en 1995, il met en évidence un différentiel important des taux d'évolution des ventes de ces classes par rapport aux autres spécialités remboursables (-2,5 % versus +3,9 % entre 1994 et 1995). L'analyse détaillée des ventes de quatre classes thérapeutiques montre un effet réel des références médicales opposables avec une baisse ou un ralentissement de la croissance la première année de leur application. Pour deux des classes étudiées, les anti-ulcéreux et les céphalosporines de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> génération, ces baisses ont été suivies d'une nouvelle croissance des ventes, mais le niveau atteint en 1996 est encore inférieur à celui de 1993. Pour les deux autres classes, les médicaments destinés au traitement de l'adénome prostatique et les hypolipémiants, la mise en place des références a généré la première année une moindre progression des ventes, suivie par une reprise de la croissance au rythme antérieur. Dans tous les cas étudiés l'auteur conclut que l'effet des références médicales opposables n'est pas durable.

Cette contradiction avec les résultats que nous obtenons n'est qu'apparente. En effet, nous analysons les évolutions des prescriptions de médicaments dans un champ souvent restreint par rapport à celui de l'ensemble des ventes de la classe, mesurant uniquement les effets directs des références alors que l'analyse des ventes mesure également les effets indirects.