

En France, des dépenses pharmaceutiques par habitant proches de la moyenne de l'UE-15

En 2016, au sein des pays de l'OCDE comparés ici (pays européens, États-Unis, Canada et Japon), les **dépenses pharmaceutiques** dans le secteur ambulatoire représentent de 0,5 % (Luxembourg) à 2,2 % du PIB (Grèce) [graphique 1]. Consacrant 1,6 % de son PIB aux dépenses pharmaceutiques en 2016, la France se situe dans la moyenne des pays de l'Union européenne à 15, comme l'Allemagne et l'Italie. Au sein de l'UE-15, les dépenses pharmaceutiques représentent 10 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), soit le 3^e poste de dépense derrière les dépenses hospitalières (38 %) et celles de soins ambulatoires (25 %).

Exprimées en parité du pouvoir d'achat (PPA), les dépenses pharmaceutiques ambulatoires par habitant sont nettement plus variables : elles sont deux fois plus élevées aux États-Unis qu'en moyenne dans l'UE-15. Au sein de l'UE-15, l'Allemagne est le pays qui dépense le plus à ce titre par habitant (+27 % par rapport à la moyenne, contre +8 % en France). La régulation du prix des médicaments peut apporter un éclairage sur ces écarts. En Allemagne, la loi AMNOG (1^{er} janvier 2011) fixe les tarifs de remboursement des médicaments dans un délai de douze mois après leur commercialisation. L'introduction sur le marché allemand de tout nouveau médicament, y compris les plus onéreux, se fait donc à prix libre la première année. À l'inverse, l'accès au marché français nécessite des délais plus longs (malgré l'existence d'une procédure accélérée pour les innovations thérapeutiques), mais les prix sont négociés entre les industriels et l'État avant la commercialisation.

En France, une moindre participation des ménages

La grande majorité des dépenses de médicaments concerne des médicaments délivrés sur ordonnance. La part de l'automédication dans ces dépenses est toutefois très variable : elle s'élève à 30 % en moyenne dans les NM, contre 16 % en moyenne dans l'UE-15. Le poids de l'automédication résulte, en partie, de la politique du médicament. Les contraintes budgétaires auxquelles sont confrontées les États depuis plusieurs années les ont conduits à rechercher des voies d'amélioration de l'efficacité, y compris en redéfinissant le panier des biens qui bénéficie d'une prise en charge publique. Outre ces politiques de rationalisation de la prise en charge, des mesures reportant une partie du financement sur les ménages ont été adoptées, en particulier dans les pays les plus touchés par la crise : l'Espagne, la Grèce et l'Irlande ont augmenté la participation des patients aux coûts pharmaceutiques (co-paiements, ticket modérateur, base de remboursement déconnectée du prix).

En 2016, dans les pays de l'UE-15, les fonds publics couvrent 71 % des dépenses pharmaceutiques (76 % en France), alors qu'ils représentent seulement 45 % de ces

dépenses dans les NM et 36 % au Canada et aux États-Unis (graphique 2), pays où l'assurance privée occupe une part importante dans le financement des dépenses de santé. Parmi les pays de l'UE-15, le financement par les régimes publics ou obligatoires est particulièrement élevé en Allemagne (84 % du total).

En moyenne au sein de l'UE-15, l'assurance privée prend en charge moins de 1 % des dépenses pharmaceutiques, laissant plus de 28 % à la charge des ménages. Ce reste à charge est très supérieur à celui des soins hospitaliers (3 %) ou des soins ambulatoires (20 %). Cette différence tient à une plus grande participation des assurés au coût des médicaments dans les dispositifs d'assurance maladie, à l'absence de couverture de certains produits et au non-remboursement de l'automédication. En France – qui se distingue par une couverture supérieure de la dépense pharmaceutique par l'assurance privée – en Allemagne et au Luxembourg, le reste à charge des ménages pour les produits pharmaceutiques est nettement plus faible que dans les pays voisins (voir fiche 39).

Le recul des ventes officinales par habitant se poursuit en France

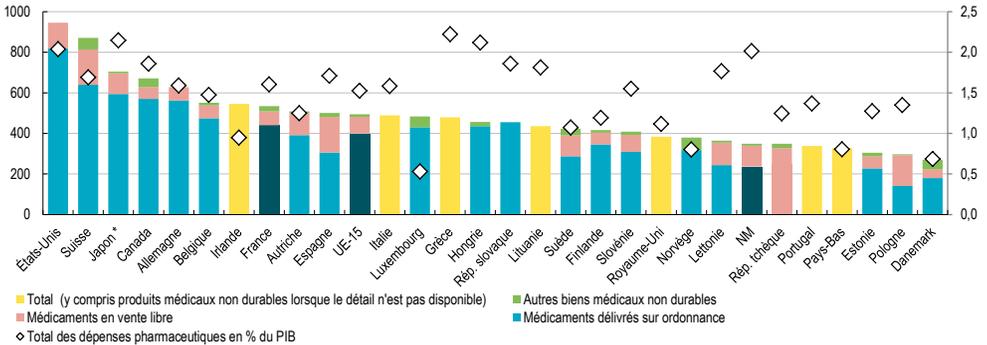
Les écarts de dépenses pharmaceutiques entre pays proviennent de différences importantes portant sur le volume, la structure de la consommation, la politique de prix et de remboursement des médicaments, ou encore la politique du générique. En effet, de nombreux pays ont mis en place des incitations financières, tant au niveau du prescripteur que de la distribution, afin que soient privilégiés les traitements les moins coûteux.

La maîtrise de la dépense s'est traduite depuis 2008 par des baisses de prix fabricant dans la plupart des pays européens et particulièrement, parmi les pays analysés ici, en Italie, en Espagne et surtout en France, avec un recul des ventes réalisées en officines. Qu'elles soient exprimées en prix fabricant hors taxes ou en unités standards par habitant, ces ventes ne poursuivent leur baisse qu'en France et en Italie depuis 2015 (graphique 3). En 2016, la croissance de la consommation pharmaceutique devient particulièrement soutenue en Espagne (6 %) après un recul de 2010 à 2014. En volume, la consommation médicamenteuse française par habitant reste supérieure à celle de ses voisins européens. En revanche, en valeur, l'Allemagne a la consommation la plus élevée des huit pays (31 % de plus qu'en France en euros courants). L'écart franco-allemand s'est creusé notamment du fait de l'importance des baisses de prix menées en France. Il s'explique aussi par la délivrance en officines en Allemagne des antiviraux à action directe dans le traitement de l'hépatite C mis sur le marché entre 2014 et 2015 et de certains anticorps monoclonaux (MAB) utilisés pour lutter contre les cancers et les désordres immunologiques et inflammatoires (produits délivrés uniquement à l'hôpital en France).

Graphique 1 Dépenses pharmaceutiques en 2016

En parité de pouvoir d'achat (PPA) par habitant (histogramme, en euros)

En % du PIB (losanges)



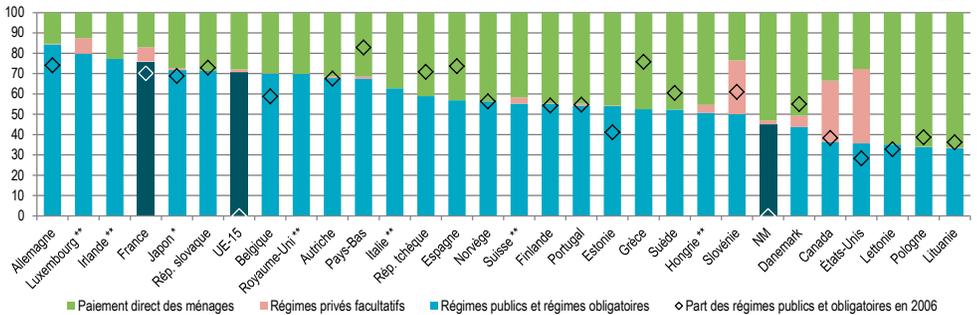
* Données 2015.

Champ > UE-15, NM (voir glossaire), Suisse, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 2 Répartition des dépenses pharmaceutiques entre financeurs publics et privés 2006-2016

En %



* Données 2015 ; ** ruptures de séries au cours de la période 2006-2016 ne permettant pas de présenter les évolutions depuis 2006.

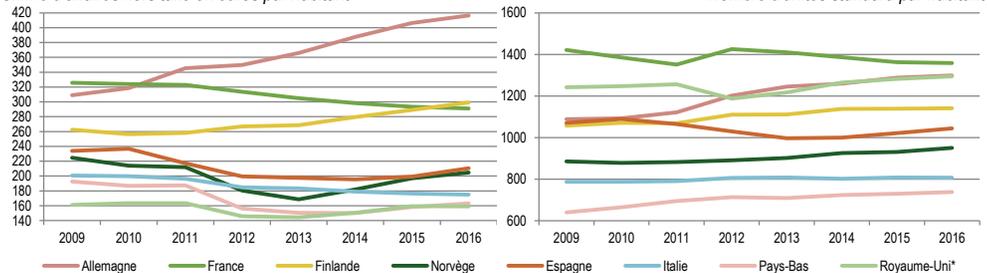
Champ > UE-15, NM (voir glossaire), Suisse, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 3 Ventes par habitant en officines en prix fabricant hors taxe et en unités de 2009 à 2016

Chiffre d'affaires hors taxe en euros par habitant

Nombre d'unités standard par habitant



* Hors ventes ne passant pas par les officines, importantes au Royaume-Uni.

Sources > DREES, données IMS Health 2016 ; OCDE 2016 pour la population.

Définition et précisions méthodologiques

Dépenses pharmaceutiques issues du Système international des comptes de la santé (SHA) : elles incluent les achats de médicaments sur ordonnance délivrés en ville, l'automédication et les achats d'autres produits de santé non durables tels que les pansements, les bandages, les préservatifs, les dispositifs intra-utérins et autres dispositifs de contraception. Elles comprennent les médicaments rétrocedés par les pharmacies hospitalières à des patients ambulatoires (tels que les médicaments indiqués dans le traitement de l'hépatite C commercialisés en 2014 en France par exemple). NB : Seules les dépenses pharmaceutiques ambulatoires sont comparées dans cette fiche.

Pour en savoir plus

> Base de données « OECD.Stat », consultable sur <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>.

> Belloni, A., Morgan, D., Paris, V. (2016). *Pharmaceutical Expenditure And Policies: Past Trends And Future Challenges*, Document de travail de l'OCDE sur la santé, n°87, OECD Publishing Paris.