

## **La consommation de médicaments antidouleur en France : l'expression des préférences des patients ?**

Claude Le Pen

*Professeur d'économie, Paris-Dauphine*

L'économiste convié à un colloque sur la prise en charge de la douleur est le plus souvent mis en demeure de répondre à deux questions : « Combien coûte la douleur ? » et « Peut-on faire des économies sur le budget de la santé tout en prenant mieux en charge la douleur ? ». Il se trouve d'emblée confronté au risque de décevoir son auditoire. On ne dispose en effet pour la première question que de données relativement étroites relatives au coût des médicaments, ce qui ne représente évidemment qu'une petite partie du coût de la douleur. Il est dès lors encore plus difficile de répondre à la seconde question. L'économiste peut en revanche apporter des éléments de réponse aux questions suivantes : « Qu'y a-t-il de nouveau dans le domaine de la douleur ? Quels sont les éléments qui justifient la réunion d'un colloque scientifique sur un problème aussi ancien que l'humanité et dont le traitement fait appel en pratique à des molécules disponibles depuis bien longtemps ? ».

Le coût de la douleur est difficile à évaluer car c'est celui d'un symptôme de causes très diverses et non d'une affection précisément identifiable. Il serait bien sûr absurde d'inclure dans le coût de la douleur, sous prétexte que la coxarthrose est une affection douloureuse, celui des prothèses de hanche. Force est dès lors de se limiter, si l'on veut rester objectif, au coût des médicaments de la douleur physique, en excluant celui du traitement de l'affection causale.

Les analgésiques représentent un milliard d'euros annuels de dépenses remboursées, auxquels il faut ajouter quelque 350 000 euros d'automédication. Il est fait ici abstraction des traitements non médicamenteux de la douleur, pour lesquels les données manquent presque totalement. Avec un milliard d'euros, l'antalgie coûte autant que tous les antibiotiques confondus, que les antihypertenseurs, que les hypocholestérolémiants et que les antiulcéreux. Elle se situe ainsi dans le peloton de tête des postes de dépense pharmaceutiques dans notre pays.

Il faut souligner ici que si le coût global est très élevé, le coût des molécules est très faible : c'est le volume qui fait le coût. Les quatre premiers produits pharmaceutiques

consommés en France, en volume, sont des antalgiques et les trois premiers sont du paracétamol (tableau 1). En d'autres termes, chaque Français (nouveau-nés et nourrissons compris) consomme chaque année quatre boîtes d'antalgiques remboursées par la Sécurité sociale et une boîte et demie en automédication.

Plus intéressant que le coût absolu est l'évolution de la consommation, dont la croissance est impressionnante : +12 % par an environ. Dans leur rapport mensuel de septembre 2004, les analystes de la Caisse nationale d'assurance maladie s'interrogeaient sur « le taux de croissance de certains médicaments, notamment les antalgiques et les psychotropes, médicaments dont la France détient déjà la palme de la consommation ». Est-ce une dérive consumériste ou le reflet d'une meilleure prise en charge de la douleur ?

La question mérite d'être posée car le mode de croissance de la consommation des médicaments antidouleur est atypique par rapport à celle des médicaments en général. On l'a souligné à plusieurs reprises : la croissance des dépenses pharmaceutiques est essentiellement imputable à ce qu'on appelle en jargon technique « l'effet qualité-structure », c'est-à-dire la substitution de produits plus innovants et plus coûteux à des médicaments anciens et peu chers. Ce ne sont pas les quantités consommées qui croissent : elles sont au contraire remarquablement stables (-0,5 % entre mars 2004 et mars 2005). Ce ne sont pas non plus les prix des produits existants qui sont eux-mêmes constants en l'absence de revalorisation des prix. La quasi-intégralité de la croissance en valeur (+5 % entre les mêmes dates) est donc imputable à ce fameux effet qualité-structure, lui-même conséquence de l'innovation pharmaceutique. Dans le domaine de la douleur, on n'observe rien de tel. Les médicaments sont pour l'essentiel des produits anciens, souvent présents sur le marché depuis plus de 20 ans. Aucune molécule nouvelle et coûteuse n'est venue révolutionner le traitement de la douleur depuis plus de 20 ans, à telle enseigne qu'une exception réglementaire a été nécessaire pour régler le statut du paracétamol : il fallait en effet inventer une notion originale de générique sans molécule princeps ! Ils sont de ce fait peu chers et ne viennent qu'assez loin dans le classement des médicaments par montants remboursés (tableau 2) : le premier d'entre eux, Effergal<sup>®</sup>, se situe à la 25<sup>e</sup> place en valeur. Contrairement donc au reste du marché pharmaceutique, la croissance de ces médicaments est donc imputable à un effet volume.

L'innovation sur le marché de la douleur ne se situe donc pas au niveau des produits, mais à celui des comportements de prescription. L'une des évolutions majeures, dont témoigne le présent colloque, est ce que l'on pourrait appeler la montée en puissance du regard compassionnel sur les patients, encouragé par les patients eux-mêmes et largement relayé par les institutions et les médias. Le facteur déterminant paraît que les médecins prennent de plus en plus au sérieux la demande de soulagement des patients. Cette évolution s'inscrit dans le vaste mouvement qui tend à faire du patient un acteur à part entière du système de santé. Le thème de la qualité de vie

Tableau 1. Les 25 premiers produits prescrits et remboursés en France (en quantités) en 2003.

Rang 2003	Rang 2002	Nom du produit	Âge du produit (ans)	Unités prescrites année 2003 (millions)	Évolution 2003/2002 (%)	Montant présenté au remboursement année 2003 (milliards d'euros)	Rappel du rang 2003 (montants présentés au remboursement)	Rappel du rang 2002 (montants présentés au remboursement)
1	1	Doliprane (nom associé) <sup>®</sup>	23,3	62 145	8,9	123 839	9	9
2	2	Efferalgan <sup>®</sup>	24,1	42 821	3,3	83 153	23	23
3	3	Dafalgan (non associé) <sup>®</sup>	19,3	29 367	10,7	54 486	59	57
4	4	Di-Antalvic <sup>®</sup>	39,7	15 310	-30,9	45 473	67	31
5	5	Stilnox <sup>®</sup>	15,8	14 834	4,6	57 780	49	48
6	7	Propofan <sup>®</sup>	31,9	14 393	7,0	41 739	81	86
7	8	Levothyrox <sup>®</sup>	22,9	14 036	11,1	32 496	113	130
8	9	Kardegit <sup>®</sup>	10,9	13 439	7,8	37 900	97	98
9	6	Spasfon <sup>®</sup>	40,0	12 914	-4,0	38 154	95	81
10	11	Deroxat <sup>®</sup>	8,9	11 518	8,2	147 272	8	7
11	12	Daflon <sup>®</sup>	32,9	10 642	2,0	68 211	33	27
12	10	Mopral <sup>®</sup>	13,2	10 337	-5,7	392 311	1	1
13	18	Advil <sup>®</sup>	16,3	10 154	15,1	30 210	127	158
14	14	Magne <sup>®</sup> B6	32,9	9255	-5,1	30 788	121	107
15	13	Zyrtec <sup>®</sup>	15,3	9109	-11,7	65 513	36	26
16	23	Tahor <sup>®</sup>	5,7	9089	11,6	297 616	2	2
17	17	Motilium <sup>®</sup>	20,7	9011	2,1	41 790	80	80
18	19	Eldril <sup>®</sup>	35,9	8888	5,3	25 068	148	169
19	16	Renutyl 500 <sup>®</sup>	38,9	8830	-3,2	22 081	178	175
20	15	Aspegic <sup>®</sup>	33,2	8828	-9,2	22 481	175	167
21	25	Temesta <sup>®</sup>	30,7	8649	6,9	19 518	203	204
22	22	Glucophage <sup>®</sup>	41,2	8595	4,5	50 530	61	63
23	26	Subutex <sup>®</sup>	7,9	8427	4,3	113 909	12	11
24	24	Endotelon <sup>®</sup>	25,7	8414	3,7	39 709	87	83
25	20	Efferalgan codéine <sup>®</sup>	24,1	8259	-1,6	22 550	174	176

Tableau 2. Les 25 premiers produits prescrits et remboursés en France (en montants) en 2003.

Nom du produit	Âge du produit (ans)	Rang 2003 Montant présenté au remboursement	Rang 2002 Montant présenté au remboursement	Montant présenté au remboursement année 2003 (milliers d'euros)	Évolution 2003/2002 (%)	Rang 2003 Montant remboursé	Rang 2002 Montant remboursé	Montant remboursé année 2003 (milliers d'euros)	Évolution 2003/2002 (%)
Mopral®	13,2	1	1	392 311	-1,3	1	1	316 739	0,0
Tahor®	5,7	2	2	297 616	14,4	2	2	237 250	14,7
Plavix®	4,9	3	3	256 683	29,1	3	3	236 640	29,4
Seretide®	3,0	4	4	231 191	20,8	4	4	179 268	20,7
Elisor®	12,8	5	5	191 712	16,0	5	5	155 763	16,8
Zocor®	13,4	6	6	174 446	15,3	6	6	142 070	16,9
Vasten®	12,9	7	8	151 157	16,1	7	7	123 248	16,9
Deroxat®	8,9	8	7	147 272	8,2	8	8	111 693	8,3
Dolipran (non associé)®	23,3	9	9	123 839	4,6	11	10	89 159	4,5
Vioxx®	2,5	10	10	120 389	6,1	12	11	86 817	6,2
Amlor®	11,2	11	13	114 168	5,1	9	9	98 378	5,2
Subutex®	7,9	12	11	113 909	3,6	13	14	81 678	4,1
Orelox®	12,8	13	15	109 997	7,7	18	17	73 798	7,4
Inexium®	1,8	14	68	105 992	138,9	14	72	78 948	142,3
Triatec®	14,4	15	17	104 703	21,3	10	15	94 881	22,2
Ogast®	12,0	16	16	103 107	5,9	15	16	76 638	6,5
Celebrex®	3,2	17	12	101 780	-6,9	17	12	74 759	-6,9
Lovenox®	16,2	18	18	95 611	12,2	16	18	76 211	12,2
Seropram®	8,2	19	24	92 384	14,2	20	21	70 050	14,4
Symbicort®	2,4	20	40	91 223	53,7	21	47	68 656	54,1
Lanzor®	12,0	21	21	90 953	9,4	22	20	67 378	9,9
Paricet®	4,0	22	29	84 156	24,5	24	37	61 752	25,2
Efferalgan®	24,1	23	23	83 153	2,2	26	25	60 284	2,3

**Médicaments remboursables : une étude de l'assurance maladie  
pour comprendre les principales évolutions de l'année 2003\***

Le poste médicament demeure un des rares postes de dépenses dont l'augmentation n'a pas fléchi de façon nette lors du premier semestre 2004 (+ 8,7 % de janvier à juin 2004 par rapport aux six premiers mois de l'année 2003 contre + 5,9 % pour l'ensemble des dépenses d'assurance maladie pour la même période).

Au cours de l'année 2003, les différents régimes d'assurance maladie ont remboursé plus de 2,6 milliards de boîtes, flacons ou autres présentations de médicaments acquises dans les 2300 pharmacies d'officines pour un montant total de 16,5 milliards d'euros (+4,6 % par rapport à 2002).

On peut s'interroger sur le taux de croissance de certains médicaments, notamment les antalgiques et les psychotropes, médicaments dont la France détient déjà la palme de la consommation.

\*Source : Caisse nationale d'assurance maladie, point d'information mensuel du 2 septembre 2004.

est devenu un critère essentiel de la qualité des soins. Naguère, les critères d'évaluation des interventions thérapeutiques étaient des taux de guérison ou de survie sans récurrence, par exemple. Désormais, la mesure de la qualité de vie est inscrite comme événement cible principal dans bon nombre d'essais cliniques. Par ailleurs, cette évolution témoigne de l'importance croissante de ce que j'appelle un peu pompeusement « le paradigme de la plainte ». La plainte du patient tend à prendre le pas sur les critères objectifs de la maladie et le premier objectif des soins de répondre à cet appel à l'aide qu'exprime la plainte, au-delà du mécanisme physiopathologique. Le médecin est appelé à traiter une plainte, un symptôme, autant sinon davantage qu'une anomalie physiologique. Le paradigme de la plainte inverse le sens traditionnel de la relation médecin-malade : le « profane » guide la démarche du professionnel de santé, et non l'inverse. Les pouvoirs publics prennent en compte cette évolution, comme en témoignent par exemple le lancement du « plan de lutte contre la douleur 2002-2005 » ou les items « douleur » inscrits dans les « cent objectifs de santé publique ». Il est vraisemblable que cette évolution va s'accroître dans les décennies qui viennent.

Ce qui intéresse l'économiste dans un thème tel que celui de ce colloque, c'est donc d'enregistrer cette évolution, voire cette révolution, du statut du patient dans la relation thérapeutique et sa transformation d'objet en sujet. La question posée est celle de la finalité des soins : le symptôme est-il un simple signal, indiquant un dysfonctionnement biologique, une cause profonde, qu'il s'agit de contrôler, ou, constitue-t-il finalement la motivation même de l'acte thérapeutique ? Si on prend au sérieux la demande immédiate du patient, on ne peut plus considérer le symptôme comme un simple signal, mais comme un objet de soins à part entière.

## Références

- Ballantyne JC, Mao J. Opioid therapy for chronic pain. *N Engl J Med* 2003 ; 349 : 1943-53.
- British Pain Society. Recommendations for the appropriate use of opioids for persistent non-cancer pain (2004). Royal Colleges of Anaesthesia, Psychiatrists, General Practitioners, and the Association for Palliative Medicine and the Royal Pharmaceutical Society ([www.britishpainsociety.org](http://www.britishpainsociety.org))
- CCQ (céphalées chroniques quotidiennes) : diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge. Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé, septembre 2004 ([www.anaes.fr](http://www.anaes.fr))
- Portenoy RK. Appropriate use of opioids for persistent non-cancer pain. *Lancet* 2004 ; 364 : 739-40.