

Aspects Sociétaux et Economiques du Mdc



PHARMACOLOGIE

COURS N°10 – 16/02/2016 - PR. BERTOCCHIO

Pharmacologie = science de l'interaction du médicament avec le vivant (récente : fin 19^{ème} siècle) développée avec chimie et physio) : père de la pharmaco et de la physio = Claude Bernard

XIX^{ème} : Pharmaco **animale expérimentale** (organes/tissulaire) → observation

1940 : Pharmaco **moléculaire et cellulaire** → observation de l'effet du M

1960 : Pharmaco **clinique** → début des essais cliniques

1960 Bis : **Pharmacovigilance** : étude des effets indésirables

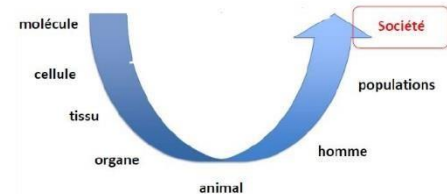
≈1980 : Pharmaco **épidémiologie** : échelle des populations

⇒ études rétrospectives, utilisée par les assureurs pour déterminer les remboursements.

➤ ≈90s/2000s : Pharmaco **sociale/sociétale** = interaction entre le M et la société = **PK sociale + PD sociale**

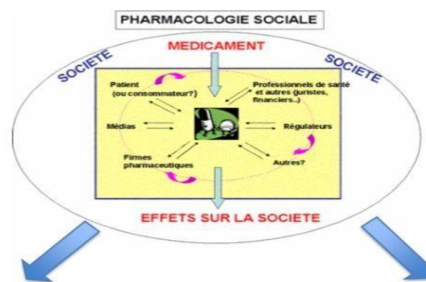
⇒ évalue les **csqcs sociales** de l'**exposition** d'une pop aux Mdc et les **facteurs sociétaux** influençant leur utilisation hors raisons cliniques ou rationnelles

⇒ Important dans la détermination des **coûts, efficacité et toxicité**



I/ ASPECTS SOCIETAUX :

Effets de l'utilisation des M :



Bénéfiques pour la société	Néfastes pour la société
<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation espérance de vie (+ 3mois chaque an) => 1 enfant sur 4 sera centenaire • Diminution mortalité infantile • Amélioration qualité de vie • Essor de la recherche médicale 	<ul style="list-style-type: none"> • Inégalités face à l'accès aux Mdc (Tiers Monde) • Médicamentation de la société (psychiatrie) • Nouvelles maladies • Dopage ...

Autres facteurs :

- **Sociodémographique** => vieillissement de la population = + de conso
- **Culturels** => utilisation de certaines formes galéniques (suppositoires en France), contraception : certaines sociétés sont culturellement favorables, d'autres non.
- **Economiques** => quand on n'a pas d'agent, on ne se soigne pas (en France il y a la CMU)
- **Choix religieux** => médicament et jeûne du Ramadan / Refus de transfusion des témoins de Jehova

RMQ : Certains médicaments nécessitent la sécrétion de sels biliaires pour être absorbés, problématique en période de Ramadan par exemple.

Rapprochement entre pharmacologie sociale et pharmacocinétique/pharmacodynamique :

- **Pharmacocinétique sociale** : étude des facteurs régulant la « métabolisation » du médicament par la société

-> comment la société s'approprie le mdc, comment elle va l'absorber, l'éliminer..

- **Pharmacodynamie sociale** : effets bénéfiques et effets indésirables, appelée aussi pharmacovigilance sociale

Différents acteurs autour du médicament : patient ; fabricant = industriel ; agences ; prescripteur = médecin + ceux autour qui régulent ; politique ; nouvelles technologies

A) Influence du patient :

= **Pression de prescription** ⇒ en **forte progression**

⇒ Demande **explicite** formulée par le patient, interférant avec la stratégie de prise en charge ⇒
Concerne **¼ des malades** et dans **20% des cas, concerne un médicament**.

90% des consultations avec un **généraliste** aboutissent à une prescription médicamenteuse.

XXème siècle = essor du médicament (vision positive) / XXIème = image dégradée (Médiator ...).

Nombreux facteurs intrinsèques au patient:

- **Personnalité** et âge du patient (anxieux)
- **Interaction Médecin-Malade** (rapport de confiance)
- **Contexte Social** (ma voisine a eu ça, donnez moi ça !)
- **Influence publicité** (campagnes ⇒ les antibiotiques pas automatiques pour que le malade ne réclame pas)
- **Peur des poursuites judiciaires**

Evolution actuelle : en forte progression, forte conso de certaines classes de médicaments : *antibiotiques, anxiolytiques, hypnotiques*

Facteurs favorisant cette pression de prescription :

- Accessibilité aux info (internet ++)
- Développement de la recherche clinique
- **Place des associations de malades (lobbying important ++)**
- Rôle des politiques et des industriels

Facilitation de la communication :

- Accès aux données scientifiques valides ou non (vérifier la date de publication+)
- Discussion sur les forums
- Difficultés pour certains : trop d'information tue l'information (parfois contradictoire)

Rôle des associations de malades, point de vue en tant que malade (parfois omis par les pro de santé) :

- Amélioration de la prise en charge
- Education thérapeutique
- Action de lobbying auprès des labos (surtout dans le cas des maladies rares, quand il n'y a pas assez de recherches effectuées)

Ex : Démocratie sanitaire : infection du VIH → influence sur les *prescripteurs*, sur les *industriels* (pression pr dev une classe pharmaceutique et pour ↗ le recrutement des essais cliniques), sur les *politiques*, sur la *pdc° de recommandations scientifiques*, reconnaissance de *nouvelles maladies* (fatigue chronique)

Inconvénient : La majorité des associations de patients sont financées par l'industrie pharmaceutique

B) Influence de l'industriel :

Rôle majeur (Découvre, développe et commercialise). → **Amélioration thérapeutique + Rentabilité économique**

Axes de développement et investissements ≠ en fonction de l'importance/prévalence des maladies.

⇒ fort développement dans pathologies **fréquentes** (cardio), **coûteuses** (oncologie) ou **chroniques** (diabète, HTA) **Les 10 classes ci-contre représentent 26% du marché mondial en valeur**

20% de la population mondiale consomme 80% des médicaments en valeur

→ Contraste pays riches/émergents, faible accès des pays pauvres aux M

- Les laboratoires sont sous le contrôle de leurs actionnaires -> demande de rentabilité financière => objectif = développer la consommation
- **Médicalisation** = interventions médicales dans des domaines non habituels
- **Médicamentation** = prise de M dans des conditions de médicalisation. L'industrie contribue à la médication :

Antinéoplasiques	4,3 %
Anticholestérolémiants	3,6 %
Antiulcéreux	3,0 %
Anti-TNF	2,9 %
Antipsychotiques	2,7 %
Insulines humaines	2,4 %
Antiviraux HIV	2,2 %
Antidépresseurs et stabilisateurs de l'humeur	2,2 %
Antipileptiques	1,7 %
Antagonistes de l'angiotensine II	1,6 %

➤ **Disease Mongering** : = fabrication de nouvelles maladies

Objectif = **augmenter la consommation**

- **Augmenter la prévalence des troubles** en modifiant les valeurs seuils Ex : HTA > 140/90 mmHg, si on diminue le seuil à 130 => + 35% de pop cible
- **Redéfinir les caractéristiques banales du comportement** (turbulence enfant = hyperactivité donc ttt aux amphétamines, surtout aux US / timidité requalifiée en phobie sociale / notion de deuil pathologique)
- **Requalifier les troubles bénins en maladies graves** (ex : syndrome des jambes sans repos)
- **Augmenter la visibilité médiatique d'une maladie** (ex : articles autour de maladies spécifiques dans les revus grands public, campagne contre le papillomavirus pour lequel il n'existe qu'un seul vaccin, campagne sur la patho que l'on va vacciner : DMLA)

Modalités : sites internet, lignes téléphoniques gratuites => pour agir sur la pharmacologie sociale Publication d'article autour d'une maladie spécifique dans des revus « grand public »

➤ **Médicaments en vente libre** :

Education **indirecte** = médias et internet (car éducation directe de l'industriel envers son consommateur interdite)

Publicité **autorisée** (mais interdite en France pour les M remboursés → publicité indirecte par séries médicales)

Ex : Xenical (Orlistat), M pour l'obésité vendu sous ordonnance en 120 mg, on crée un dosage moindre (60 mg) sous un nouveau nom (Alli) en vente libre, publicité => ↗ ventes

C) Influence des agences : (HAS, ANSM)

- **Rôles** : ○ négociation avec industriels ○ décisions sur les médicaments (enregistrement, prix, recommandations)

Liens entre agences de régulation et industriels ⇒ sources de conflits d'intérêts par les experts

- * **Financement des agences par les industriels**
- * **Actuellement, absence de transparence sur négociations**
- * **Evolution de ces structures après scandales**

- Aux USA, affaire du Vioxx 2004 ⇒ réforme FDA
- En France, affaire Médiateur 2011 ou pilule Diane 35 ⇒ grand ménage des structures de réglementation (AFSSAPS -> ANSM) **Obligation de déclaration des liens d'intérêts par l'industriel et par la personne concernée**

HAS : rôle principal : promouvoir le bon usage des médicaments ; Donne des avis importants (SMR/ASMR)

D) Rôle des médecins :

Influence du médecin lui-même :

- Caractéristiques du patient (âge, sexe, religion)
- formation
- niveau socioculturel
- éducation religieuse
- conviction personnelle sur efficacité du M

Marketing des laboratoires : ciblent les médecins car majorité des M délivrés sur ordo

E) Rôle du pouvoir politique :

- Pouvoir politique (décision) ≠ experts (avis)
- **Médias** (amplifier les problèmes) et **pouvoir public** ⇒ influencent les décisions, chaque parti tente de prouver qu'il n'est pas en tort (Mediator, pilule 3^e Generation ...)
- **Principe de précaution** : ex = arrêt de la promotion de la vaccination anti hépatite B (risques affections démyélinisantes) = Tamiflu®, pour la grippe H1N1
- **Influe sur la conso médicamenteuse en jouant sur les taux de remboursement ou sur le prix de base**
- **Campagne nationale d'information et de sensibilisation sur le bon usage des médicaments (mars 2012)** « les médicaments, ne les prenez pas n'importe comment », affiches ⇒ faire prendre conscience aux français des risques de la banalisation de la conso de M et réaffirmer le rôle prépondérant des professionnels de santé
- **Campagnes de sensibilisation** « les antibiotiques c'est pas automatique »

Depuis fin 2013 : **portail national des M**, pour permettre aux patients d'avoir accès à des infos fiables et vérifiées

- **Régula° plus fine des systèmes de santé** : difficulté de financement de la protec° sociale (occidentaux), M svt plus gros poste de dépenses d'assurance maladie et poids ↗, ppal mode d'interven° des autorités publiques passe par l'administra° des prix du M + détermina° de sa PEC éventuelle par l'assurance-santé (L'État fait en sorte que les mdc ne soient pas remboursés)
- Le pouvoir public répartit les ressources de la nation : les **chambres** votent la répartition budgétaire et le **pouvoir politique** trouve des solutions en matière de santé avec l'enveloppe qu'on lui a donné
- En France, négocia° entre labo et institution publiques repose sur 2 éléments : ASMR et comparaison des prix proposés par les labo à ceux des ttt existants (= compareurs)
- Si ASMR nulle : **prix fixé de façon à apporter une économie dans le coût du ttt** ; Les taux de remboursements ont été réduits depuis 1977 ; De nombreux mdc avec SMR insuffisant ont été déremboursés

<p>SMR = critère absolu tenant compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efficacité et EI - Place dans stratégie thérapeutique - Gravité de l'affection - Caractère préventif, curatif, symptomatique - Intérêt pour la santé publique <p>4 niveaux correspondant à un taux de remboursement donné par la HAS (réduit depuis 1997, nbx M à SMR insuffisant déremboursés) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Insuffisant = 0% ↳ Faible = 35% ↳ Modéré = 65% ↳ Majeur/Important = 100% 	<p>ASMR = critère relatif constatant l'amélioration ou non de la PEC grâce au M, comparativement à ce qui existe sur le marché</p> <p>5 niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ I = Progrès thérapeutique majeur ↳ II = Amélioration importante ↳ III = Amélioration modérée ↳ IV = Amélioration mineure ↳ V = Absence d'amélioration → prix fixé
---	---

F) Impact des nouvelles technologies :

* Diffusion de l'information

* Internet ⇒ **portail d'information sur le Mdc** pour les professionnels de santé mis en place en 2013/2014 à l'initiative du gouvernement : influence sur le consommateur et sur le prescripteur

* Patient se sent plus impliqué grâce aux info + celles des associations de malades = **démocratie sanitaire**

* **Réactivité plus grande** des patients à un nouveau médicament

* **Vente des médicaments sur internet** sans prescription (risque d'inefficacité, et/ou toxicité)

⇒ Modification relation médecin/malade

⇒ Evolution de la prise en charge de la santé

Achats en ligne = attirants pour les patients recherchant la confidentialité et évitant une visite chez le doc.

Trafic de faux Mdcs en pleine expansion (+300% entre 2007 et 2008 selon Organisa° mondiale des douanes)

⇒ rapporterait 50 Milliards € / an : responsable de milliers de morts dans les pays en voie de développement

❖ Télémédecine :

* En plein **essor** car pénurie de médecins, zones désertifiées

Utilisation de techniques d'imageries ou d'un appareil à distance (ECG analysé à 200 km de l'endroit où on l'a fait) puis utilisation dans **maison de retraite médicalisée** (EPHAD = établissements pour personne handicapée agée dépendante)

Mise en œuvre dans certains pays comme le Canada => lutter contre les zones de désertification

⇒ réflexion en France, démarrage grâce à aides financières

* renforcement de la participation du patient, qui doit accepter cette nouvelle forme de contact

II/ ASPECTS ECONOMIQUES :

A) Introduction :

Financement et dépenses de santé :

Dépenses de santé et de M = aspect essentiel des politiques de santé ⇒ PEC financière variable selon les états

50% de la pop mondiale n'a pas accès aux médicaments essentiels

Couverture sociale = élément clé pour l'accès : pb des couvertures sociales aux USA, bcp de gens n'en ont pas et donc pas accès aux soins trop coûteux ou faillite personnelle

La part des ménages va **croissant** (taux de remboursement)

Augmentation de la part des complémentaires ⇒ risque de **renoncement aux soins +20%** entre 2004 et 2008

Politique de santé et financement :

Financement de l'assurance maladie par les actifs donc dégradation d'emplois ⇒ ∩ financement dépenses santé
↗ dépenses + ∩ financements = **déficit**, aggravé par crise mondiale ⇒ **Réflex° stratégique de la politique de santé**

Politique de santé et difficultés de mises en œuvre :

- Pays Industrialisés ⇒ Industrie pharmaceutique est un secteur d'importation, richesse et emploi
- ∩ des dépenses de santé = **prioritaire sur coûts de médicaments plutôt que sur coûts de personnels**
⇒ choix politique pour **favoriser l'emploi**

Concentration des dépenses :

Les consommations médicales varient fortement selon différents critères : état de santé, âge, sexe, milieu social et couverture maladie.

- **5%** de la population consomme ⇒ **50%** des dépenses de l'Assurance Maladie
- **10%** de la population consomme ⇒ **70%** des dépenses de l'AM
- **25%** de la population consomme ⇒ **85%** des dépenses de l'AM
- **Les ALD** représentent plus de ⇒ **60% des dépenses de l'AM**
- **C'est dans les dernières semaines/mois de vie que sont concentrées les dépenses**

Politique de maîtrise des dépenses :

- **Maîtriser** le prix des médicaments remboursés
- **Moduler taux de remboursement** selon l'évaluation du SMR (déterminé par experts), voire dérembourser
- **Favoriser émergence des médicaments génériques** (moins chers)

Règles spécifiques régissant le médicament :

Marché du Mdc **complètement contrôlé**, pour être commercialisé, il doit avoir une **AMM**

Circuit de distribution et de délivrance réservé aux pharmaciens, prescription est règlementée

Communication sur le Mdc (publicité) et prix sont règlementés (suit des règles définies)

Prise en charge par l'assurance maladie, mais différence selon les pays

Particularité du marché des médicaments :

Médicament = bien de consommation obéissant aux mêmes règles que les autres ⇒ les industriels font des investissements et cherchent à augmenter leurs parts de marché. Mais il existe de nombreuses particularités :

- Consommateur n'est pas totalement le payeur **sauf ventes libres (= OTC)** ⇒ + dépensier, Prescripteur n'est pas non plus le payeur ⇒ tous les acteurs qui déclenchent la dépense ne paient pas ⇒ **Solidarité nationale**
- Utilisation du M expose le consommateur à risque, surtout si mésusage ⇒ notion de Santé Publique
- En France, prise en charge par l'assurance maladie

Consommation mondiale des médicaments :

- En **2012**, marché mondial du M = **856 Mds \$** = 642 843 157 052,99 €
- En **2007**, marché mondial du M évalué à **712 Mds \$** (en 1990, < 200 Mds \$)

B) Le marché du médicament dans le monde :

Poids des marchés pour les pays industrialisés

80% des ressources mondiales consommées par 20% de la population (pays industrialisés : Am du Nord + Japon + Europe) : pays émergents commencent à accéder aux soins et représentent un grand volume (Chine/Brésil)

		Chiffre d'affaires en Md\$	Part de marché
1	Novartis (Suisse)	37,1	5,8%
2	Pfizer (Etats-Unis)	32,5	5,1%
3	Sanofi (France)	27,9	4,4%
4	Merck & Co (Etats-Unis)	26,7	4,2%
5	Roche (Suisse)	26,2	4,1%
6	GlaxoSmithKline (Royaume-Uni)	23,8	3,7%
7	Johnson & Johnson (Etats-Unis)	22,4	3,5%
8	AstraZeneca (Royaume-Uni)	22,2	3,5%
9	Teva (Israël)	17,8	2,8%
10	Lilly (Etats-Unis)	16,9	2,6%
Total		253,5	39,7%

Antinéoplasiques	4,3 %
Anti-TNF	3,1 %
Anticholestérolémiants	3,0 %
Antiulcéreux	2,9 %
Insulines humaines	2,7 %
Antipsychotiques	2,4 %
Antiviraux HIV	2,3 %
Antidépresseurs et stabilisateurs de l'humeur	2,1 %
Antipileptiques	1,8 %
B2-stimulants + corticoïdes	1,7 %

Top 10 mondial des labos pharmaceutiques en 2013 ↑

1^{er} mondial : **Novartis** (Suisse) suivi par les USA (Pfizer, Merk)

(Sanofi (France) = 3^{ème} producteur mondial) : Fr = grd exportateur, emploi et richesse impliquent une politique du M en France de premier ordre

← 10 classes de M les plus vendus dans le monde en 2013

Pas d'antiparasitaire, ni vs paludisme, leishmaniose, et autres patho du 1/3monde
Bcp de M psychiatriques peu chers mais pris toute la vie, pdt toute l'année → gros volumes

Industrie cible maladies **chroniques** (*diabète, HTA, cancer*), **coûteuses**, ou **fréquentes**

→ En 2013, mdc le plus vendu dans le monde : **Humira** (polyarthrite rhumatoïde) suivi de **Sérétide** (asthme) puis **Crestor** (hypercholestérolémie)

Pas de recherche sur les maladies touchant les gens qui ne peuvent pas payer les M (ex : Ebola). Maladies pédiatriques très peu explorées car très peu répandues

⇒ **Déséquilibre entre nb de spécialités par classe thérapeutique et importance de la population atteinte :**

Maladies négligées par la recherche. Sur les 850 M de 2000 à 2011, **4%** seulement les concernaient → **fondations privées/caritatives** pour palier ce défaut de recherche dans le domaines des **maladies orphelines**

C) Poids économique de l'industrie pharmaceutique en France :

1) Place de la France :

- En 2013 = Marché mondial ↗ **4,5%** par rapport à 2012 : USA **38%** du marché mondial, devant Europe (ALL, FRA, ITA, UK, ESP) **18%**, le Japon **9%** et les pays émergents (CHINE, BRESIL) **10%** ; **France 2^{ème} marché européen** (après All)

- Production de médicaments en 2010 = **France en 4^{ème} place** derrière Suisse, Allemagne, Italie.

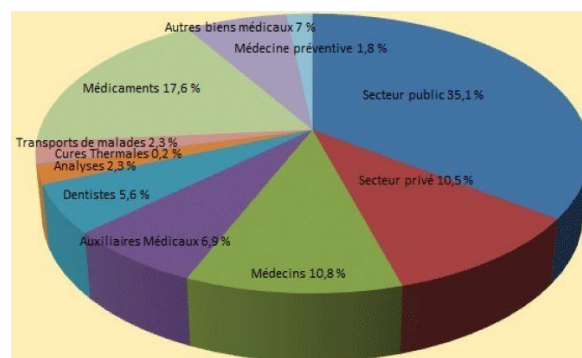
- Production en France en baisse (6^{ème} position en 2011) dû à régime fiscal très dissuasif.

2) Part du médicament dans les dépenses de santé en France :

- Consommation médicale en 2013 : **Mdc (hors hospi) = 17,6%** des dépenses de santé, **secteur public** = hospitalisation publique (35.1%) , **secteur privé** = les cliniques (10,5%) , **médecins** (10%) , **auxiliaires médicaux** = tout ceux qui ne sont pas médecins (6,9%), **dentistes** (5.6%), **analyses biologiques** , **cures thermales**, **transports de malades**

- En 2010 : **mdc : 19,7%**

➤ **Baisse de la part des mdc entre 2010 et 2013**



3) Consommer bien ou consommer beaucoup ? :

- Dans ts pays développés (avec ou sans crise), **conso Mdc augmente plus vite que le PIB**
- 2011 en France, conso soins et biens médicaux = **180 Mds € soit 2762 € / hab** : ↗ de **2,7%** par rapport à 2010
- 2012 en Fr, dépenses de santé = 12% du PIB : 2 pts de pourcentage de + que moyenne des pays de l'OCDE (9,3%)
- Conso française (en unités standards par hab) 22% au-dessus des standards européens (conso médicamenteuse)

Causes surconsommation médicale en France :

- modèle de prescription (**90% des consult aboutissent à ordo**, 43% aux Pays-Bas, 72% en All) + **produits à prescription obligatoire = 84% des ventes de M en officine**
- tendance à prescription dernières nouveautés
- seulement **¼ M substitués par leur générique** (75% dans autres pays d'Europe)
- stockage Mdc dans armoire à pharmacie : M svt prescrits inutilement et source de mésusage donc de soins en +
- commerce Mdc sur internet en Fr, venant des conditions faites à la vente en ligne de M sans ordo ▸ pression de prescription
- **Marché français distinct du reste de l'Europe par importance des ventes sur ordo de Mdc à PMF**
- En France, prix du princeps est un des moins chers, mais générique est le plus cher d'Europe : différentiel entre ces 2 prix est faible → switch princeps-générique moins bénéfique qu'ailleurs
- **Surconsommation d'ATB** : 4^{ème} rang en 2012, conso nationale très au-dessus de la moyenne européenne - **Surconsommation en psychotropes** : 2^{ème} pour les hypnotiques après Belgique, 4^{ème} en Europe pr les anxiolytiques (++) benzo après Belgique, Portugal et Espagne
- **Personnes âgées** : 44% des remboursements en ville (2011) pour les > 65 ans. Il n'est pas rare d'arriver à 14 lignes de prescri° chez une personne âgée → **risque d'interaction ++**

⇒ **Vraie problématique = Efficience/Utilité des dépenses allouées à la santé**, et non montant des dépenses

Comment rationaliser les dépenses de santé ? :

- **définir précisément actes** relevant de assurance/ assistance/conso individuelle
- **hiérarchiser priorités** de financement dans le poste de santé (quels actes ? taux de remboursement ?)
- **améliorer l'organisation des arbitrages** (institutions décisionnaires)
- **responsabiliser les individus** (impossibilité d'être un « consommateur de soins » aujourd'hui. La santé se paye par des prélèvements publics et des fonds propres => ce n'est pas un dû mais un privilège)
⇒ Dépenses de santé doivent être **raisonnées** et **rationnelles** pour améliorer leur efficacité

Rôle controversé de l'industrie pharmaceutique en matière d'information :

- **Visites médicales** = bras armé des labo : source d'info par nature biaisée / charte de la visite médicalisée
- **Presse médicale sous influence** : noyautages de leaders d'opinion / quasi-monopole du Vidal (que 50% des spécialités dispo)

Information médicale et labo pharmaceutiques :

Charte de la visite médicale depuis 2004 : Hôpital = enjeu promotionnel majeur pour les industries de santé.

Présence de visiteurs médicaux = source de désorganisation/perturbation du fonctionnement des services

Etudes montrent qualité **hétérogène** des infos délivrées aux ≠ professionnels (médecins, pharmaciens)

Ministre de la Santé « visite médicale telle qu'elle existe aujourd'hui doit évoluer en profondeur » =>

« en finir avec la situation actuelle, dans laquelle on ne sait pas s'il s'agit d'info ou de promo ».

⇒ **PLUS DE VISITE MEDICALE INDIVIDUELLE A L'HOPITAL, sauf TTT strictement hospitaliers**

Innovation vraie ou nouveauté ?

Ex : ttt de l'HTA rpe un marché de 2 milliards d'€ (+ de 320 spécialités)

Evolu° au profit de Mdc + coûteux (*sartans*) contre pdts + anciens (*diurétiques*, *βbloquants*) fonctionnant pourtant bien ⇒ **Effet de mode ou véritable innovation ?**

4) Mode de financement des dépenses médicamenteuses :

Financement des dépenses de soins et biens médicaux en 2012 :

- **Assurance maladie** couvre environ **60% des dépenses**
Le reste est à la charge :
- Des **ménages** = famille pouvant elle-même avoir des assurances complémentaires
- Des **mutuelles** = CMU qui couvre la complémentaire
- De **l'Etat** et des **collectivités locales** = PEC de pers particulièrement démunies ou pas régulièrement sur sol fr



Evolution depuis 2007 :

- Déplacer charge de l'assurance maladie vers les **ménages** et les **mutuelles**
- **1€ non remboursable pour chaque ordonnance** avec forfait annuel de 50€ maximum
- Nombreuses mesures de **déremboursements**

Prix des médicaments (INSEE) :

- Prix **brut** = **prix de marché hors remboursement de sécurité sociale** (= prix affiché sur la boîte du M) → **en baisse** (base de 100 pour l'an 2000), ↘ de 1,8% / an entre 2000 et 2010
- Prix **net** = **partie résiduelle du prix acquitté par le consommateur, après PEC de tout ou d'une partie du coût par la sécu (hors mutuelles)** (= ce qui reste à la charge des ménages) → **en hausse**
- Prix des M **non remboursable** est extrêmement **en hausse**, ↗ en moy de 0,6% / an

Maitrise des dépenses = augmentation de la part des ménages :

- **Franchises en 2008** : 1€ sur ordo et franchise de 0,5€ par boîte de M consommée
- **Baisse des taux de remboursement**, voire politiques de **déremboursement** (M à prix libres) :
 - Passage de 65 à 35% de 450 M en 2003 = 30% de plus à la charge des ménages ou mutuelles
 - Passage de 35 à 15% d'une centaine de plus de M en 2010
- **Hausse de prix des M non remboursables**

Ventes de médicaments en France en 2013 :

- **2800** substances actives différentes, plus de **11 000 spécialités**
- Marché fr dépasse **26,8 Mds €** (en prix fabricant) décomposé entre :
 - Officines = 20,6 Mds €
 - Hôpitaux = 6,2 Mds €
- En ville, **spécialités soumises à prescription obligatoire** les plus vendues = **84% du CA** et plus de 54% des quantités vendues
- Plus de **3/10** spécialités remboursables sont des **génériques**
- **Paracétamol** = subst. active la + utilisée en ville / **Bévacizumab** = subst. active la + utilisée à l'hôpital
- Entre 2003 et 2013, marché fr est passé de 21,8 Mds € à 26,8 Mds € : taux croissant moyen annuel = **2,1%**
- Taux de M **prescrits** qui ↗, alors que M à prescription facultative ↘ de 0,6% car déremboursement

Substances actives les plus vendues en ville
(en valeur) en 2013

Rang	Substance active	Classe ATC	Statut	Part du marché 2013 cumulée
1	Paracétamol	Antalgique	PMF	Les 3 premières: 5,9%
2	Ranibizumab	Médec. contre les troubles oculo-vasculaires	PMO	
3	Adalimumab	Immunosuppresseur	PMO	
4	Rosuvastatine	Hypolipémiant	PMO	Les 6 premières: 10,0%
5	Salmétérol et autres médicaments	Médec. pour les syndromes obstructifs des voies aériennes	PMO	
6	Etanercept	Immunosuppresseur	PMO	
7	Formotérol et autres médicaments	Médec. pour les syndromes obstructifs des voies aériennes	PMO	Les 9 premières: 12,7%
8	Insuline glargine	Antidiabétique	PMO	
9	Imatinib	Antinéoplasique	PMO	
10	Simvastatine et ézétimibe	Hypolipémiant	PMO	Les 12 premières: 15,1%
11	Clopidogrel	Antithrombotique	PMO	
12	Interferon beta-1a	Immunostimulant	PMO	
13	Atorvastatine	Hypolipémiant	PMO	Les 15 premières: 17,4%
14	Ténofovir disoproxil et emtricitabine	Antiviral	PMO	
15	Escitalopram	Psychoanaleptique	PMO	

Substances actives les plus vendues en ville
(en quantité) en 2013

Rang	Substance active	Classe ATC	Statut	Part du marché 2013 cumulée
1	Paracétamol	Antalgique	PMF	Les 3 premières: 20,1%
2	Ibuprofène	Antalgique - Anti-inflammatoire	PMO/PMF	
3	Codéine en association	Antalgique	PMO/PMF	
4	Tramadol en association	Antalgique	PMO	Les 6 premières: 24,1%
5	Amoxicilline	Antibiotique	PMO	
6	Colécalciférol (vitamine D3)	Vitamine D	PMO/PMF	
7	Acétylsalicylique acide	Antithrombotique	PMF	Les 9 premières: 27,5%
8	Lévothyroxine sodique	Médicament de la thyroïde	PMO	
9	Phloroglucinol	Antispasmodique	PMF	
10	Paracétamol en association	Antalgique	PMO/PMF	Les 12 premières: 30,0%
11	Métformine	Antidiabétique	PMO	
12	Diclofénac	Anti-inflammatoire	PMO/PMF	
13	Esomeprazole	Anti-ulcéreux	PMO	Les 15 premières: 32,2%
14	Zolpidem	Hypnotique	PMO	
15	Oméprazole	Anti-ulcéreux	PMO/PMF	