

## Questions des étudiants de PAES Nice pour le Pr MOUSNIER :

- 1) Vous dites que le prix est fixé en s'aidant de l'ASMR et du SMR. Mais dans d'autres cours, on apprend que :
  - Le **taux de remboursement** est fixé à l'aide du SMR **OUI**
  - Le **prix du médicament** est fixé à l'aide de l'ASMR **OUI**

Quelle est la version juste ?

**OUI ceci est juste(noté dans diapo 77)**

- 2) D'après vous, l'**ASMR V** est pour les vraies innovations et l'**ASMR I** pour quasiment pas d'innovation.

D'après le site de l'HAS :

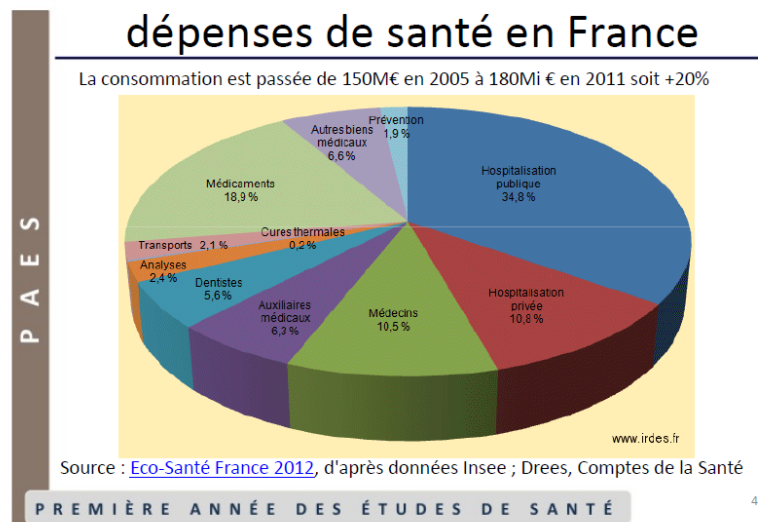
« L'amélioration du service médical rendu (ASMR) correspond au progrès thérapeutique apporté par un médicament. La commission de la transparence de la Haute Autorité de Santé évalue le niveau d'ASMR, cotée de I, majeure, à IV, mineure. Une amélioration de niveau V (équivalent à "pas d'ASMR") signifie "absence de progrès thérapeutique" »

Que doit-on retenir ?

**OUI ceci est juste(ceci est une erreur , Merci de me l'avoir signalé)**

- 3) Dans le cours Aspect Sociétaux et économique du médicament, on a un schema avec la part des dépenses de santé en France et on a les chiffres suivant:

### 1- part du médicament dans les dépenses de santé en France



- 20 % pour les mdc (environ puisque sur le graphique, on lit précisément 18.3% en 2011, cette part des dépenses correspond aux ordonnances délivrées par les officines de ville et donc prescrits par les médecins, sages femmes, dentistes biologistes libéraux mais aussi pour les prescriptions hospitalières pour des malades non hospitalisés, par exemple, les malades vus en consultation ou sur les prescriptions de sortie )
- 35 % pour l'hôpital public (34.8% exactement selon le graphique, inclut toutes les dépenses intra hospitalières, les salaires des personnels incluant le personnel médical mais également tous les produits de santé prescrits et administrés au cours de l'hospitalisation)
- 10 % pour les cliniques (10.8% exactement selon le graphique, inclut toutes les dépenses intra hospitalières, les salaires des personnels incluant mais également tous les produits de santé prescrits et administrés au cours de l'hospitalisation)
- 10 % pour les médecins ~~généralistes~~ libéraux

Dans votre cours magistral, vous dites que dans les dépenses des hôpitaux et cliniques on retrouve les dépenses de médicament (médicaments prescrit par les médecins au sein de l'hôpital je suppose ? **OUI mais surtout médicaments administrés au cours de l'hospitalisation**) et dans les dépenses des médecins ~~généralistes~~ **libéraux** (médicaments prescrit par les médecins généraux je suppose? **NON il s'agit de la masse des honoraires versés aux honoraires des médecins quelle que soit leur spécialité**)

Du coup les 20 % de médicaments qui ne font pas parti de ses 2 catégories, ils viennent d'où ? Ce sont les prescriptions des spécialistes ?? **NON comme précisé plus haut, cette part correspond aux médicaments vendus en officine de ville, la prescription peut provenir des médecins exerçant en libéral mais également par les médecins hospitaliers mais dans ce cas, il ne peut s'agir que de malades qui ne sont plus hospitalisés**

Ce graphique a pour but de vous montrer que les médicaments représentent une part considérable si on les compare aux émoluments des professionnels libéraux de la santé ou pour dire autrement, on dépense davantage pour acquérir des biens (médicaments) que pour rétribuer le travail des professionnels

- 4) Ma question est simple : dans le contexte de l'achat d'un princeps dont il existe un générique, le TRF (Tarif Forfaitaire de Responsabilité) ainsi que la perte du bénéfice du tiers-payant s'appliquent-ils dans le cas où la prescription est précédée de la mention « non-substituable » ? Ou alors est-ce que cela s'applique seulement dans le cas où le patient refuse lui-même le générique ?

Cette deuxième version me paraît plus logique, autrement l'existence de la mention « non-substituable » ne présente aucun intérêt, mais un détail peut m'avoir échappé !

A- Dans le contexte de la prescription d'un princeps dont il existe un générique, le TRF (Tarif Forfaitaire de Responsabilité) **s'applique dans tous les cas**

B- si le patient refuse lui-même le générique (que lui propose le pharmacien), il perd le bénéfice du tiers payant

C Dans le cas particulier où la prescription est précédée de la mention « non-substituable », mention manuscrite par le médecin sur l'ordonnance, le pharmacien doit délivrer le princeps selon l'ordonnance, et le patient n'a aucune sanction pour le patient en matière d'avance de tiers payant,

En pratique, le refus du tiers payant entraîne un retard de paiement pour les patients

Pour récapituler : S'il y a marqué la mention « non substituable » sur l'ordonnance par le médecin, le patient ne perd pas le tiers payant ? **OUI Exact**

- 5) Pouvez vous faire un petit récapitulatif sur switch/fausse innovation ? Les étudiants ont du mal à distinguer la différence entre switch et fausse innovation. Pour eux :
- Le switch est la stratégie industrielle pour le laboratoire princeps de relancer ses ventes suite à la sortie des génériques **OUI**
  - Les switches sont une catégorie des fausses innovations

En médecine, la définition du switch est *le remplacement d'un traitement par un autre (ayant le même but thérapeutique)*, on pourrait utiliser le terme changement de pratique

Un industriel qui voit baisser ses ventes de son produit générique, peut essayer de maintenir un volume de vente en obtenant un switch (transfert) des prescriptions d'un produit générique sur un "nouveau" produit qu'il commercialise (par définition, nouveau donc couvert par un brevet)

Le switch est donc l'objectif attendu de la part de l'industriel.

Pour parvenir au switch, l'industriel se doit donc de mettre sur le marché un nouveau médicament pour la même indication. Or la "vraie" innovation est rare, par contre il est beaucoup plus fréquent que les industriels se tournent vers une fausse innovation (modification mineure) présentée comme une réelle innovation.