

ASPECTS SOCIETAUX ET ECONOMIQUES DU MEDICAMENT

ASPECTS SOCIETAUX

La pharmacologie est une science qui démarre à la **fin du 19ème siècle**. C'est une science qui va être liée au développement conjoint de 2 autres sciences : la chimie et la physiologie (c'est un rapprochement des 2).

La pharmacologie se définit comme la **science des interactions entre le médicament et les organismes vivants**.

- ❖ Petite évolution dans le temps :
 - XIXème : [Pharmacologie animale](#)
 - 1940 : la [pharmacologie moléculaire](#) et cellulaire
 - 1960 : [La pharmacologie clinique](#) & [la pharmacovigilance](#)
 - Années 80's : [la pharmaco-épidémiologie](#). c'est l'étude des médicaments à l'échelle des populations
 - Années 90's : [la pharmacologie sociale](#)

II. Définition : La pharmacologie sociale / sociétale

- ❖ **Pharmacologie sociale** : Elle se définit comme l'étude de **l'interaction entre le médicament et la société**.
- ❖ Pharmacologie = médicament + individu
- ❖ Pharmacologie sociale = médicament + société

Donc on va regarder le médicament non plus comme un **fait de société**, c'est-à-dire comment la société s'approprie ou utilise ou regarde ou consomme le médicament.

Cette pharmacologie sociale évalue :

- ❖ Les **facteurs sociaux** influençant l'utilisation des médicaments
- ❖ Les **conséquences sociales de l'exposition** de cette population aux médicaments : ++++

Côté Bénéfique	Côté Néfaste
Augmentation de l'espérance de Vie	Inégalité des populations face à l'accès aux médicaments
Diminution de la mortalité	Conduites dopantes
Essor recherche médicale	Sur-médicamentation

D'autres facteurs qui vont influencer l'utilisation des médicaments :

- ❖ **Socio-démographie** : vieillissement
- ❖ **Culturels**. Exemples : 1. Les suppositoires = grande exception française, partout ailleurs dans le monde ils ne sont pas tellement bien décrits. 2. La contraception, c'est un problème de société
- ❖ **Approches économiques**
- ❖ **Choix religieux** : médicament et jeûne du Ramadan, refus de transfusion des témoins de Jehova, etc.

→ On peut faire un rapprochement de la pharmacologie sociale entre pharmacocinétique et pharmacodynamique :

- « **Pharmacocinétique sociale** » : étude des facteurs régulant la « métabolisation » du médicament par la société, c'est-à-dire comment la société va s'approprier le nouveau médicament
- « **Pharmacodynamie sociale** » : effets bénéfiques et effets indésirables, appelée aussi « pharmacovigilance sociale »

III. Facteurs influençant la pharmacologie sociale :

1) Influence du patient :

= Pression de prescription : c'est une demande explicite formulée par le patient, interférant avec la stratégie de prise en charge. Ça consiste à voir un professionnel de santé et lui demander des prescriptions.

- $\frac{1}{4}$ **des patients** exerce cette pression de prescription sur le médecin généraliste
- En France, **plus de 90%** des consultations chez le généraliste aboutissent à une prescription médicamenteuse.

Cette pression de prescription va dépendre de plusieurs facteurs :

- Personnalité et âge du patient.
- Interaction Médecin-Malade : vous allez oser demander une prescription ou n'allez pas oser le faire.
- Contexte Social : si vous considérez le médicament comme un dû ou pas, si vous êtes élevé avec l'habitude d'avoir des médicaments ou pas.
- Influence de la publicité : et pas forcément de la publicité sur LE médicament, mais de la publicité en général.
- Du côté des médecins, peur des poursuites judiciaires s'ils ne font pas cette prescription.

→ L'influence du patient est en **forte progression**. Et elle repose surtout en France sur certaines classes :

- des **antibiotiques**
- des **anxiolytiques**
- des **hypnotiques**

○ Facteurs favorisant cette pression de prescription

- ❖ Accessibilité aux informations exceptionnelles
- ❖ Développement de la recherche clinique : il y a de plus en plus de médicaments sur le marché avec de plus en plus d'efficacité
- ❖ Place des associations de patients : « démocratie sanitaire »

→ Les associations de patients ont permis beaucoup d'avancer, sauf que c'est devenu aussi un lobbying extrêmement important qui va avoir force de frappe.

- ❖ Rôle des politiques et des industriels

Facilitation de la communication :

- ❖ Accès aux données scientifiques sur Internet

→ Vigilance & Discrimination sur les informations que vous tirez d'Internet.

❖ **Echanges dans les Forums**

→ Pour certains c'est le contraire : trop d'informations tue l'information, ils ne comprennent plus rien.

Rôle des associations de patients :

- Amélioration de la prise en charge
- **L'éducation thérapeutique**
- Ont une **représentativité**
- Représentées systématiquement dans les Agences nationales → exercent le **lobbying** c'est-à-dire qu'ils vont faire pression sur les gens capables de prendre des décisions pour obtenir ce qu'ils veulent eux.
- Influence les prescripteurs
- Surtout influencer les industriels qui font la recherche, pour qu'ils développent telle classe ou pas telle classe...
- Influence à très haut niveau les politiques puisqu'ils vont avoir un lobbying extrêmement important
- **Production de recommandations scientifiques** : poussent les scientifiques à faire des recommandations qui leur conviennent

→ **MAIS conflit d'intérêt** : La majorité des associations de patients sont financées par l'industrie pharmaceutique...

2) Influence de l'industrie pharmaceutique :

- ❖ C'est elle qui **découvre, développe et commercialise**.
- ❖ C'est elle qui est en charge théoriquement de **l'amélioration thérapeutique ET la rentabilité économique** : l'industrie pharmaceutique est une société qui est là pour faire des bénéfices car elle a en général des actionnaires, qui attendent que l'industrie fasse des bénéfices pour pouvoir en retirer des dividendes.
- ❖ Ce ne sont pas des philanthropes ! +++
- ❖ **Choix des axes de développement** → choix non pas en fonction des besoins de la population, mais en fonction de leurs intérêts financiers

Ils vont choisir le développement :

- dans les **pathologies fréquentes** (ex : cardio)
- dans les **pathologies coûteuses** (ex : cancéro)
- dans les **pathologies chroniques** (diabète, HTA)

Dans le monde, 20% de la population consomme 80% des médicaments en valeur

Les laboratoires sont sous le contrôle de leurs actionnaires -> demande de rentabilité financière => objectif = développer la consommation

→ **Médicalisation de la société** : on va faire intervenir les médicaments dans des domaines qui *n'étaient pas habituels*

→ **Médicamentation** = prise de médicament dans des conditions de médicalisation, *c'est-à-dire qu'on va faire croire à la société que certains faits de société sont des maladies, et du coup puisque ce sont des maladies, on va mettre des médicaments.*

Cela s'appelle le **DISEASE MONGERING** + = L'industrie pharmaceutique va fabriquer de nouvelles maladies ! +++

- On va commencer par prendre une **constante de base, physiologique** → **Augmenter la prévalence des troubles en modifiant les valeurs seuils**
- **Redéfinir** les caractéristiques banales du comportement en maladie
- **Requalifier** des syndromes qui existent déjà (= *troubles bénins*) en maladies graves
- **Augmenter** la visibilité médiatique d'une maladie

→ **Modalités : sites internet, lignes téléphoniques gratuites**

- **articles autour de maladies spécifiques** dans les revus grand public
- **Education indirecte** : *je mets un dispositif bien compliqué et je suis le seul capable de pouvoir expliquer au patient comment il marche.*
- **Faire des campagnes (publicitaires)** pour les médicaments en France vendus uniquement sans ordonnance

- Je mets un produit en commercialisation avec une ordonnance, on me dit que c'est une horreur, je l'enlève de la vente sur ordonnance, je le mets en vente libre (c'est le même) et je gagne le pactole

3) Influence des agences :

Les 2 grandes agences sont :

- **La HAS** (Haute Autorité de Santé)
- **L'ANSM** (Agence Nationale de Sécurité du Médicament)

Rôles :

- **Négociation avec les industriels**
- **Décisions sur les enregistrements**, prix, recommandations
- **Financement des agences par les industriels (conflits d'intérêts) → déclaration des liens d'intérêts)**
- **Actuellement, absence de transparence sur négociations**
- **Evolution de ces structures après scandales**
- **Obligation de déclaration des liens d'intérêts** par l'industriel et par la personne concernée

La HAS

- Son principal rôle c'est **de promouvoir le bon usage des médicaments.**
- **Rôle uniquement consultatif**
- Elle donne des avis importants qui s'appellent **service médical rendu** (=SMR) et **amélioration du service médical rendu** (=ASMR).

4) Rôle des médecins :

1) Le médecin **lui-même**, cela va dépendre de :

- **Votre âge, sexe, religion (caractéristiques du patient)**
- **Votre formation**

- Votre niveau socioculturel, puisqu'on peut être médecin et pas très cultivé...
- Votre éducation religieuse.
- Vos convictions personnelles sur l'efficacité d'un médicament

2) **Marketing** des laboratoires.

5) **Rôle du pouvoir politique :**

- ✚ Il doit agir suivant le **principe de précaution**
- ✚ Les médias et la presse, vont faire que le pouvoir politique va prendre des décisions parfois étonnantes.
- ✚ Le pouvoir politique ce n'est pas le pouvoir d'experts ! Dans la politique actuelle :
 - les politiques prennent la décision
 - les experts donnent leur avis
- ✚ Mène **des grandes campagnes de sensibilisation** sur le bon usage du médicament
- ✚ Régulation + fine des systèmes de santé

→ En France, la négociation sur les prix entre laboratoires pharmaceutiques et les institutions publiques repose sur 2 points:

- ✓ L'amélioration du service médical rendu = ASMR
- ✓ La comparaison des prix proposés par les laboratoires à ceux qui existent déjà dans le même créneau thérapeutique (appelés « comparateurs »)

SMR	ASMR
= critère absolu tant compte de : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Efficacité et effets indésirables du médicament ❖ Place dans la stratégie thérapeutique ❖ Gravité de l'affection ❖ Caractère préventif, curatif, 	critère relatif , 5 niveaux de 1 à 5, (5 étant le plus mauvais +++) <ul style="list-style-type: none"> ❖ ASMR 1 = progrès majeur ❖ ASMR 5 = pas d'amélioration du SMR ☒ Pour l'instant c'est encore l'échelle la + importante de

symptomatique ❖ Intérêt pour la santé publique, 4 niveaux : Majeur = important, Modéré, Faible, Insuffisant Votre médicament sera pris en charge à 100%, 65%, 30%, 15% ou pas du tout.	négociation économique.
--	-------------------------

6) **Impact des nouvelles technologies :**

- ❖ **Diffusion de l'information**
 - ❖ **Internet** : les malades sont souvent informés plus vite que le médecin généraliste du médicament qui va sortir.
 - ❖ **Vente des médicaments sur Internet** : ça a changé la vie, mais de temps en temps il y en a qui meurt. Le problème il est là, c'est que les médicaments ça circule, donc vous avez :
 - **Modification de la relation médecin/malade** :
 - **Evolution de la prise en charge de la santé** : formation médicale très dense
 - ❖ **Trafic de faux médicaments en pleine expansion** : pleine expansion,
 - ❖ **Télémedecine** : point très important à l'heure actuelle
- C'est actuellement quelque chose en plein essor (imagerie). Mais ça ne suffit pas donc on fait des expérimentations : Utilisation dans les EPHAD

ASPECTS ECONOMIQUES

I. **Introduction :**

1) **Financement du médicament et politique de santé :**

Le problème des dépenses de santé et notamment de médicaments sont un aspect essentiel des politiques de santé :

- **Prise en charge financière varie dans le monde**
- **Couverture sociale = clé pour l'accès aux mdcs**

Ex : USA : problème de couverture sociale pour bcp de personnes. Même pour les assurés → couts élevés → risque de faillites personnelles

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

- La part des ménages va croissant (taux de remboursement)
- Système social français = bien pris en charge.**
- Bien que la part des ménages va croissant** : c'est le **reste à charge** du patient, ce qu'il doit payer après remboursement
- De plus en plus d'aides complémentaires = augmentation de la part des assurances complémentaires de santé
- **Risque de renoncement aux soins** (augmentation de 20%)

- En France, le financement de l'assurance maladie est fait par les actifs (=les gens qui travaillent) = lien entre **la dégradation de l'emploi et la baisse du financement des dépenses de santé.**

→ **Augmentation croissante des dépenses** et une baisse des financements, ce qui pose un réel problème

NB : Plus on vieillit, plus on coute cher, et moins on rapporte d'argent à la sécu (retraite, etc.).

- Crise mondiale aggravante
 - ⇒ **REFLEXION STRATEGIQUE DE LA POLITIQUE DE SANTE**

2) Difficultés dans la mise en œuvre :

Dans les pays industrialisés (comme la France), industrie pharmaceutique = **secteur d'exportation**. Il faut voir l'industrie pharmaceutique de deux façons :

- Comme un « **méchant** » qui ne pense qu'à de faire de l'argent
- Comme un **acteur de la vie économique du pays**

Mais réduction des dépenses = prioritaire.

- ⇒ **Choix pour favoriser l'emploi mais aussi et surtout maîtriser les dépenses de santé et des mdcs**

Les consommations médicales varient fortement selon différents critères :

- L'état de santé**

- De l'âge** *Le moment où l'on consomme le plus ce sont dans les âges extrêmes de la vie (jeunes enfants et personnes âgées).*
- Sexe**
- Du milieu social**
- De la capacité à avoir une couverture maladie**

En 1995 en France, un quart (25%) de la population consommait + de 80% des dépenses

5% en consommaient la moitié

3) Politique de maîtrise des dépenses :

Les méthodes mises en place **par l'OCDE** sont :

- ❖ **Maîtriser les prix des mdcs remboursés**
- ❖ **Moduler les taux de remboursement et même dérembourser selon l'évaluation du SMR**
- ❖ **Favoriser l'émergence des génériques (- chers)**

Le marché du médicament n'est **pas un marché comme les autres** car il est **complètement contrôlé**, il est sous maîtrise de l'état, du gouvernement (qui est l'émanation de la nation).

- Nécessité d'une AMM pour être commercialisé
- Système de distribution verrouillé puisqu'il est réservé aux pharmaciens (avec ou sans prescription)
- Prescription, publicité (communication) et le prix du médicament sont tous règlementés.
- Prise en charge par l'assurance maladie

4) Le marché des médicaments :

Le médicament = **bien de consommation** → obéit aux mêmes règles que les autres biens de consommation.

Les industriels **cherchent à augmenter leur parts de marché** mais ne peuvent pas le faire n'importe comment car les médicaments sont aussi encadrés par des règles de bon usage.

→ Le **consommateur n'est pas le payeur**, c'est la solidarité nationale+++ , ces médicaments ou biens de santé sont payés par les autres. En France c'est **l'assurance maladie**.

→ Le consommateur est payeur seulement pour les OTC (= over the counter), c'est-à-dire les *médicaments en vente libre* que vous pouvez directement acheter en officine.

II. Le marché du médicament dans le monde :

C'est dans les pays les plus industrialisés : **Amérique du nord, Europe, Japon (20% de la population)** qu'on consomme le plus de médicament.

Ces 20% de la population consomment 80% des ressources mondiales

On peut voir la Chine qui est un **marché émergent** (n'était pas connue avant), elle va basculer considérablement les analyses mondiales.

- ❖ En 2013, le premier dans le monde était **Humira** (mdc pour la polyarthrite rhumatoïde), puis le **Sérétide** (mdc utilisé dans l'asthme). **Crestor** : anticholestérolémiant,
- ❖ Choix stratégique des industriels à mettre des cibles sur les **pathologies fréquentes ou les pathologies chroniques**
- ❖ Certaines maladies ne sont jamais correctement couvertes, ce sont les maladies *parasitaires, virales ou pédiatriques*.

III. Le poids économique de l'industrie pharmaceutique en France

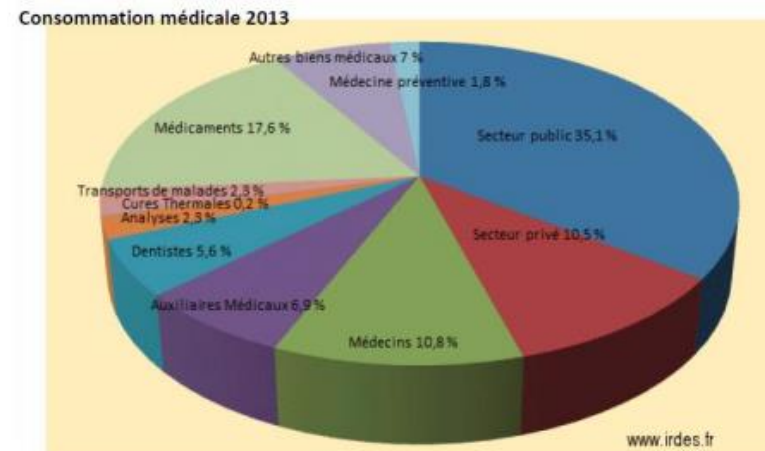
. La France était alors le deuxième marché européen derrière l'Allemagne.

☑ La France consomme et produit donc beaucoup de médicaments, (c'est la quantité de dépense sur la France qui est représentée ici)

La production de médicament en France : en **2010** la France est la **4^{ème} puissance européenne**, derrière la Suisse, l'Allemagne et l'Italie.

Cette production est en baisse → **En 2011** la France passe à la **6^{ème} position**, nous ne sommes donc plus un grand pays producteur de médicaments +++

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



3) Consommer bien ou consommer beaucoup ?

Dans la plupart des pays les **dépenses des médicaments** augmentent plus vite que le reste des soins de santé.

En France on est **22% au-dessus des autres pays** en consommation de médicaments

Le modèle Français :

- ❖ Quand on va voir un médecin on ressort avec une ordonnance, ce qui n'est pas le cas dans les autres pays
- ❖ Recours privilégié aux molécules récentes : en France on veut le dernier produit sorti
- ❖ Consommation en générique est faible par rapport aux autres pays d'Europe
- ❖ **Mésusage**

☞ Importance des ventes sur ordonnances de mdc à prescription facultatives. PMO s'ils sont prescrits vous seront remboursés !

☞ La France est le pays qui possède les prix les **plus bas au niveau des princeps** au niveau de l'Europe. Et de l'autre côté on a les **prix au niveau des génériques les plus chers** !

☞ **Les personnes âgées** : Consommation de médicaments très élevée.

La vraie question en économie de la santé n'est pas « doit-on dépenser plus ? » mais « peut-on dépenser mieux ? ».

☞ Rationnaliser les dépenses

☞ Des fortes dépenses de santé ne veulent pas forcément dire que l'on soigne mieux

☞ La France est un très mauvais élève en matière de prévention ou d'hygiène.

Comment rationaliser ces dépenses ?

☞ En hiérarchisant les priorités de financement

☞ Améliorer l'organisation des arbitrages

☞ Responsabiliser les individus

L'information controversée apportée par l'industrie pharmaceutique

- **La visite médicale** : Il existe une charte de la visite médicale mais elle n'est pas appliquée
- **La presse médicale sous influence**
- Le **Vidal** est aussi un bouquin de **publicité** car il faut payer pour être dedans, tous les médicaments n'y sont pas.

4) Mode de financement des dépenses médicamenteuses.

La répartition en France :

- 60% est couvert par l'assurance maladie
- Le reste est à charge des ménages ou des assurances complémentaires, des mutuelles ou des collectivités locales (ex : CMU)

Il y a une volonté de **responsabiliser le consommateur** :

- On paye 1euro/ ordonnance et 0,50cts/boîte de mdcs
- Forfait max de 50euros (vous achetez 400 boites de mdc vous payerez que 50euros max)

- Déplacer la charge de l'assurance maladie vers les ménages et leurs mutuelles

Le prix des médicaments, suivi par l'INSEE :

- **Prix brut** : le prix du médicament hors remboursement de la sécurité sociale (son prix réel).
- **Prix net** : ce que le consommateur va réellement payer (ou sa mutuelle).

Maitrise des dépenses = 2/3 de la part des ménages :

- **Mise en place de franchise**
- **Hausse des prix des mdcs non remboursables**
- **Baisse du taux de remboursement**

On est passé de 65% à 35% (ou 30%) en 2003 pour certains médicaments et en 2010 certains sont passés de 35% à 15%. Dans la plupart des cas les mutuelles ont compensé donc ça ne s'est pas senti.

Quelques chiffres de 2013 :

- ❖ En France il y a 2800 substances et 11 000 spécialités.
- ❖ Une même substance peut être commercialisée sous différentes forme pharmaceutique qui donnent toutes une spécialité.
- ❖ Marché du médicament = 2,8 milliards d'euros (20,6 pour les ventes en officines et 6,2 milliards pour les hôpitaux)
- ❖ En ville, les spécialités les plus vendues sont celles des PMO (avec ordonnance)
- ❖ **3 spécialités sur 10** sont des génériques
- ❖ En France, la substance la plus utilisée en ville est le paracétamol
- ❖ A l'hôpital : la plus utilisée est le **bévacizumab (=antinéoplasique)**
- ❖ Le marché des médicaments à PMO augmente (+2.1%) parallèlement aux médicaments à PMF qui diminue (-0.6%)

IV. Modalités de fixation des prix

1) Les principes

- ❖ En France, les prix des mdc non remboursables par l'assurance maladie est **LIBRE** (fixé par l'industriel)
- ❖ Le prix des mdc remboursés par l'assurance maladie (*que ce soit ordonnance ou prescription facultative*) est donc **fixé par les autorités de santé**.
- ❖ L'état s'autorise à **donner un prix** à un produit s'il organise sa prise en charge via l'assurance maladie

Ce prix est fixé suivant des **critères scientifiques et économiques** en utilisant les informations fournies par l'industriel

Les étapes de la fixation du prix

- I. **Etape préalable** ☑ obtention de l'AMM ! Par l'ANSM ou l'EMA. On ne peut pas commercialiser un médicament, remboursé ou non sans
- II. **Etape 1** : Avis consultatif de la commission de transparence de l'HAS. Va donner plusieurs avis dont le SMR et l'ASMR mais aussi :
 - ✓ Pour la prise en charge du mdc par la sécurité sociale
 - ✓ La population cible
 - ✓ S'il peut être utilisé dans les hôpitaux.
 - ✓ Contribue au bon usage du mdc en publiant des informations scientifiques
- III. **Etape 2A** : L'UNCAM → du taux de remboursement en fonction du SMR
- IV. **Etape 2B** : (CEPS)
 - **Sous l'autorité de 3 ministères** : Economie, Sécurité Sociale, Santé
 - L'accord cadre de 1994 : il organise la négociation entre le CEPS et l'industrie pharmaceutique en fonction des prévisions de vente et des économies engendrées mais
 - Fixe le prix en fonction de l'ASMR
- V. **Etape finale** ☑ le ministère va tenir compte de tout ce qui a été dit précédemment, et il va décider de l'inscription du médicament au remboursement, il va également décider du prix.

2) Les critères d'évaluations

- ❖ **SMR** : Il répond à la question « est-ce que le médicament a intérêt à être pris en charge par la solidarité nationale ? »
- ❖ **ASMR** : « apporte-il une amélioration par rapport aux autres ? »

Le CEESP

Depuis 2013 on a eu l'apparition d'un nouvel avis, et qui va donner le **niveau d'efficience** pour les médicaments possédant un ASMR de niveau I, II ou III. C'est une commission de la HAS **mais distincte de la commission de transparence**.

3) Circuit du médicament remboursable.

• En ville



• A l'hôpital :



*Inscription sur la liste de **rétrocession** (permet à l'hôpital de vendre des produits ne se trouvant pas dans les officines à l'extérieur de l'hôpital) ou **T2A** (tarification à l'activité)

- ❖ **A l'hôpital** : mdcs inclus dans les tarifs de séjour (avant le prix de journée) sauf pour les médicaments placés sur la liste restreinte hors T2A

4) Composition du coût et du prix du médicament

L'industrie récupère 65%, l'état 6.9%, les grossistes 2.7% & les pharmaciens 25.6%

Qu'est ce qui fait le prix d'un médicament ?

- La production **10% = fabrication**
- Les frais administratifs 10%
- La recherche 20%
- Le **marketing 30%** +++
- **Marge de 30%** pour les actionnaires +++

→ **Innovation et recherche** : C'est une grosse partie du prix du médicament, seul 20% des médicaments étudiés en pré clinique seront mis sur le marché.

→ La durée moyenne de développement clinique est **d'environ 7ans** et le coût du développement pré clinique + clinique est de **600M d'euros** !

→ **Production** : part **MINIME** et qui a tendance à diminuer grâce à la production à grande échelle.

→ **Coût de promotion** : comprend les visiteurs médicaux, les publicités dans les journaux professionnels, la communication, le coût des congrès et la prise en charge des professionnels

V. Les génériques

1) Définition

- ❖ Contrôler les dépenses de santé → favoriser la prescription de **médicaments génériques**
- ❖ C'est la copie exacte du médicament princeps. Elle est **possible après l'expiration du brevet**, qui permet pendant 20 ans (+5ans possible) d'être le seul à exploiter le produit avant de tomber dans le domaine public
- ❖ **La posologie, les indications, contre-indications, les effets secondaires et la sécurité sont IDENTIQUES.**
- ❖ Médicament chimique issus des technologies de synthèses de l'industrie chimiques
- ❖ **Pour les biotechnologies** ça s'appellera un **bio-similaire**

2) Dénomination

→ Il est nommé par la DCI + on y accole le nom du labo : DCI-labo

→ Le princeps : va avoir un nom de « fantaisie » choisi par la marque

3) Comparaison du prix

Pourquoi est-il moins cher ?

- Pas le coût de recherche et développement =/= princeps

4) Le développement d'une politique

En France a une politique frileuse et tardive et on reste toujours moyennement contraignant face à la prescription des génériques

- ❖ 1994 : statut du générique défini

- ❖ **Pharmaciens** : en 1999 on a donné le droit au pharmacien de substituer le médicament prescrit par le générique sauf si la mention « non substituable » Leur marge → identique même après substitution
- ❖ Mesures au niveau du **médecin** : discussions avec les médecins pour revaloriser la consultation si prescription en DCI
- ❖ Mesures au niveau du **patient** → remboursement sur la base du TFR

Le TFR : C'est le prix auquel l'assurance maladie prend en charge le générique. Pour avoir le princeps il faut payer la différence

- ❖ Mesures des établissements de santé : travail sur les prescriptions hospitalières exécutées en ville

VI. L'automédication

1) Définition

C'est quand on se **soigne tout seul**. En France on est très **peu automédiqué**,

- ⇒ Cela permettrait de **diminuer les dépenses en santé** si on avait une meilleure éducation médicale, pour pouvoir se prendre en charge soit même dans certains cas.

→ L'automédication comprend une **éducation** sur le réglage des doses

2) Caractéristiques

- Liste de l'ANSM qui permet d'autoriser un mdc en automédication
- Ce sont des produits bien connus depuis longtemps, des doses très inférieures à la dose toxique. Ce sont des médicaments qui sont hors-liste.
- La publicité est autorisée.

→ Leur prix est **fixé ou libre** suivant s'il est pris en charge par l'assurance maladie (*en cas d'ordonnance pas d'automédication*)

3) Quels médicaments ?

- ✓ C'est l'ensemble des **médicaments à PMF en vente libre** qui sont considérés comme peu toxique par autorités de santé
- ✓ Traite **des symptômes ou affections bénignes**

4) Les catégories (4)

→ Les médicaments **conseils**, médicaments **grand public** (*ils bénéficient d'une publicité à la télé ou la radio*), médicaments **ombrelles**, les médicaments **semi éthiques** hors liste

→ Les prescripteurs freinent un peu l'automédication par peur de perdre leur client + Les Français tiennent à leur remboursement

VII. Les défis pour l'assurance maladie

- 1) **Modifications démographiques** : vieillissement population
- 2) **Modifications médicales** : ↗ de consommation des mdc nombreux, parfois innovants + **accès pour ALD** ouvrant droit à remboursement à 100%
- 3) **Modifications économiques** : **augmentation des dépenses** (prise en charge de certaines pathos) et **diminution des recettes** (dégradation de l'emploi)

VII. Les défis pour l'industrie pharmaceutique

- 1) **Recherche et développement** : hausse des coûts, entrée + rapide des génériques...
- 2) **Sur le plan de la rentabilité** : défi du prix, cout de dvpt en croissance, encadrement des prix...

CONCLUSION :

Le médicament ne peut être réduit à sa dimension médicale et scientifique, il y a aussi une dimension sociale

