

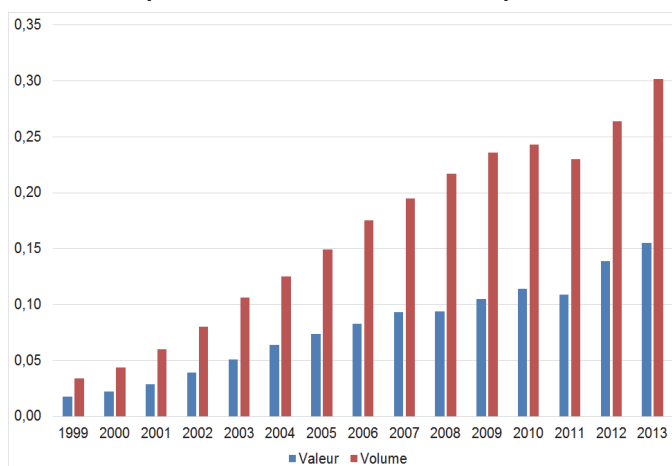
Quelle politique pour poursuivre la diffusion des médicaments génériques ?

- Lorsqu'un laboratoire souhaite commercialiser une nouvelle molécule, il dépose un brevet, et la commercialisation du médicament, dit « princeps », reste protégée généralement de 10 à 15 ans. Après la tombée du brevet, le laboratoire n'a plus le monopole de la fabrication du médicament et il peut être concurrencé par des laboratoires génériques. En France, les médicaments génériques doivent être fabriqués à partir de la même substance active, au même dosage et avec le même mode d'administration que le médicament princeps, par des laboratoires concurrents ou par le laboratoire produisant le princeps.
- La générique d'un médicament induit une baisse des prix à travers deux canaux : la consommation de médicaments génériques moins chers que le princeps (prix réglementairement fixé 60 % en-dessous du prix initial du princeps) et la baisse de prix du princeps (baisse réglementaire immédiate de 20 %).
- Les médicaments génériques représentent un atout majeur pour la maîtrise des dépenses de santé : ils fournissent un service médical équivalent à celui des médicaments princeps tout en ayant de moindres coûts pour l'assurance maladie.
- Certaines mesures ont favorisé la substitution de médicaments princeps par des génériques (notamment le « tiers-payant contre génériques »¹), qui a augmenté ces dernières années, s'établissant à 73 % en volume et 66 % en valeur en 2014 dans le champ des médicaments pouvant être substitués. Selon la Cour des Comptes, ces efforts ont ainsi contribué à réduire les dépenses de médicaments de l'ordre de 1,6 Md€ pour l'assurance maladie en 2013, net des gains potentiels rétrocédés aux officines (1,8 Md€).
- Le développement des génériques pourrait toutefois aller plus loin, puisque leur part dans la consommation de médicaments en France est près de 1,6 fois inférieure à la moyenne des pays de l'OCDE, le bon taux de substitution des princeps par des génériques (pour ceux dont il en existe) étant compensé par une faible part de prescriptions de médicaments pour lesquels il existe des génériques.
- Différentes adaptations du système en vigueur pourraient être proposées pour accroître la pénétration des génériques et dégager des économies :
 - en renforçant les baisses de prix réglementaires, tout en veillant à préserver la viabilité des laboratoires producteurs de génériques. Différents scénarios ont été simulés avec des gains financiers de 170 M€ à 1 Md€ ;
 - par de nouvelles incitations pour que les médecins prescrire davantage dans le répertoire des génériques ;
- Aujourd'hui les 2/3 des médicaments les plus coûteux pour l'assurance maladie sont des médicaments biologiques (et non chimiques) qui ne sont pas couverts par le système qui s'applique aux génériques. Il est donc essentiel de mettre en place un meilleur cadre de gouvernance pour ces médicaments, afin d'exploiter au maximum les économies possibles à l'échéance de leurs brevets.

Source : Cour des Comptes à partir de données de l'ANSM.

Note : Le champ retenu par la Cour des Comptes diffère de celui de notre étude du fait de l'intégration des médicaments consommés à l'hôpital et des rétrocessions.

Évolution de la part des médicaments génériques dans le marché des spécialités remboursables (ville et hôpital)



(1) Obligation pour un patient de prendre un médicament générique pour bénéficier de la dispense d'avance de frais à la pharmacie.

1. Médicaments génériques : définition et cycle de vie

1.1 Les médicaments génériques en France : définition

Lorsqu'un laboratoire souhaite commercialiser une nouvelle molécule chimique, il peut déposer un brevet pour ce médicament. Celui-ci prend alors le nom de spécialité de référence ou princeps. Une fois que le brevet de la spécialité de référence tombe dans le domaine public, la commercialisation de médicaments génériques devient possible. Ils peuvent être produits par le laboratoire lui-même ou ses concurrents. Un médicament générique doit avoir une biodisponibilité équivalente (vitesse et intensité d'absorption comparables) dans l'organisme et donc la même efficacité.

La France a mis en place en 1998 un « *répertoire des groupes génériques* » tenu à jour par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), et qui regroupe les spécialités princeps et génériques substituables entre elles par les pharmaciens. Le répertoire est en France plus restrictif que celui des autres pays (où il est souvent fondé sur le fait de contenir le même principe actif), puisqu'il ne permet que de constituer des groupes homogènes avec les seules spécialités comprenant les mêmes principes actifs, au même dosage et avec le même mode d'administration. Ainsi, en France, la substitution n'est possible qu'au sein de ces « *groupes génériques* » relativement étroits.

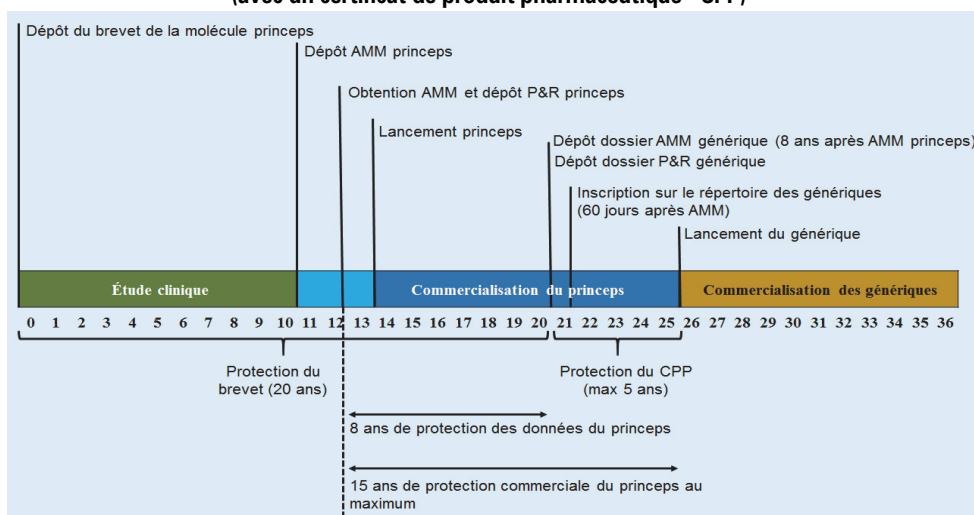
En 2014, le répertoire des génériques est composé de 1 304 groupes génériques, dont 810 groupes génériques de médicaments remboursables. Les médicaments (princeps et génériques) appartenant à l'un de ces groupes représentent 29 % du chiffre d'affaire des officines pharmaceutiques¹ et 31 % des remboursements de la sécurité sociale au titre des médicaments².

1.2 Cycle de vie du médicament et de son générique

Lorsque le brevet d'un médicament princeps tombe, au bout de 20 ans dans le cas général, il devient généricable. Les données du princeps ne sont protégées qu'environ 8 ans à partir de la demande d'autorisation de mise sur le marché (AMM) afin de laisser d'autres laboratoires développer des médicaments génériques qui viendront concurrencer le princeps. Toutefois, la fin de la protection des données ne signifie pas que les laboratoires de médicaments génériques pourront bénéficier d'un « manuel de fabrication » du médicament. Ils pourront simplement commencer les recherches pour tenter de le copier.

Pour mettre sur le marché des médicaments génériques, il est nécessaire de procéder préalablement à une inscription au répertoire des génériques. La durée de commercialisation du princeps sans concurrence des génériques varie entre 10 et 15 ans après l'AMM (cf. graphique 1).

Graphique 1 : cycle de mise sur le marché du médicament générique dans le cas général (avec un certificat de produit pharmaceutique - CPP)



Sources : DG Trésor, ANSM et Observatoire du médicament.

Note 1 : AMM = Autorisation de mise sur le marché, CPP = certificat de produit pharmaceutique et P&R = prix et taux de remboursement par l'assurance maladie.

Note 2 : Dans le cas spécifique des médicaments, si la durée du brevet est la même que pour les autres innovations industrielles, l'autorisation de commercialisation des molécules découvertes par les autorités sanitaires peut mettre jusqu'à 10 ans à survenir. Dans le but d'encourager l'innovation pharmaceutique, le médicament bénéficie d'un « certificat complémentaire de protection » (CCP) qui prolonge la durée du brevet de 5 ans au maximum, portant ainsi la durée moyenne de protection de l'innovation par le brevet à 15 ans.

Toutefois, les laboratoires pharmaceutiques fabriquant des princeps ont développé un ensemble de stratégies visant à limiter les baisses de chiffre d'affaires liées aux tombées de brevet des molécules qu'ils ont développées. Elles consistent par exemple à développer des équivalents thérapeutiques dits « *me too* » (médicaments qui diffèrent peu de celui dont le brevet vient de tomber, mais de mêmes propriétés) ou bien à retarder l'arrivée des génériques sur le marché par des procédures judiciaires.

Enfin, si le processus de développement d'un médicament générique est moins risqué que celui d'un médicament innovant, il n'est pas pour autant sans risques. En effet, seul un médicament générique développé sur quatre parvient à obtenir une AMM, pour un coût moyen compris entre 0,5 M€ et 2 M€³. Ceci est à comparer au coût moyen de développement d'un médicament princeps qui était de 780 M€ en 2012⁴. Dans ce contexte, il convient d'inciter les laboratoires à générer les médicaments dont le brevet arrive à échéance, et ainsi d'accroître le répertoire générique.

(1) DREES (2015), « *Les dépenses de santé en 2014* ».

(2) Base « *Open Médic* » 2014.

(3) Source : Medicines for Europe (Association européenne des médicaments génériques).

(4) LEEM (2014), « *Quel est le coût de développement d'un médicament ?* »

2. Quel est l'impact de la mise sur le marché des génériques ?

2.1 La mise sur le marché des médicaments génériques conduit à des baisses de dépenses de médicaments

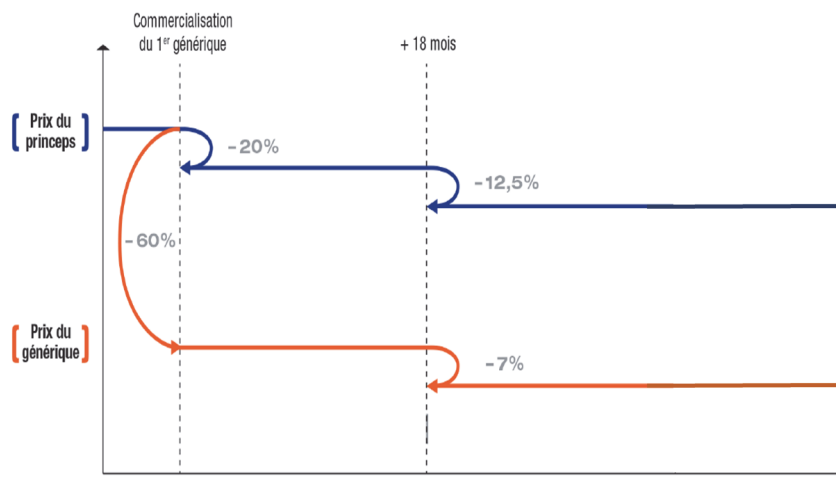
L'entrée sur le marché des médicaments génériques induit des économies pour l'assurance maladie par deux canaux :

- une substitution partielle de la consommation du princeps par ses médicaments génériques dont le prix est généralement plus bas (effet volume) ;
- une baisse de prix du princeps pour rester compétitif (un effet prix⁵).

2.1.1 Effet prix : baisse des prix des princeps et génériques

La générotation d'un médicament s'accompagne d'une baisse réglementaire du prix du princeps. La réglementation impose en effet des baisses de prix minimales au moment de la commercialisation du 1^{er} générique et 18 mois plus tard (-20% et -12,5% respectivement). Le prix maximal du médicament générique est aussi fixé réglementairement (-60% par rapport au prix du princeps avant générotation) et une baisse lui sera imposée au bout de 18 mois (-7% / cf. graphique 2).

Graphique 2 : réglementation concernant les prix (PFHT) après générotation



Source : Leem.

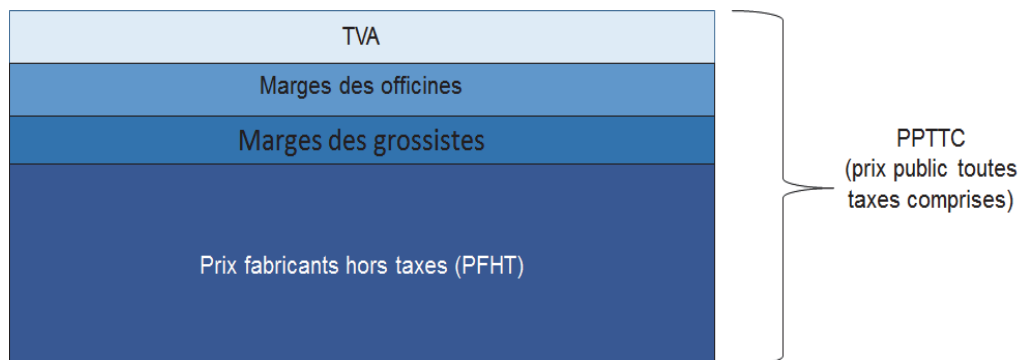
Ces réglementations tarifaires ne sont toutefois pas appliquées sur le prix de vente (PPTTC, prix public TTC ou base remboursable), mais sur le prix des fabricants avant remises éventuelles (PFHT, prix des fabricants hors taxe). Le prix de vente s'obtient en ajoutant les marges des grossistes, des officines, et la TVA (cf. graphique 3).

En pratique, les données concernant les groupes génériques montrent effectivement une baisse du prix (PPTTC) des prin-

ceps, même après prise en compte des marges des grossistes et de la TVA⁶.

Au-delà des baisses de prix réglementaires, le prix des princeps continue de baisser de manière soutenue, et même bien après la générotation du fait des négociations avec l'administration⁷. Par ailleurs, le prix des génériques continue de baisser : lorsque le prix (PPTTC) du princeps décroît, la marge des officines sur les génériques décroît aussi car elle est alignée sur le prix princeps (cf. *infra*).

Graphique 3 : décomposition du prix de vente d'un médicament



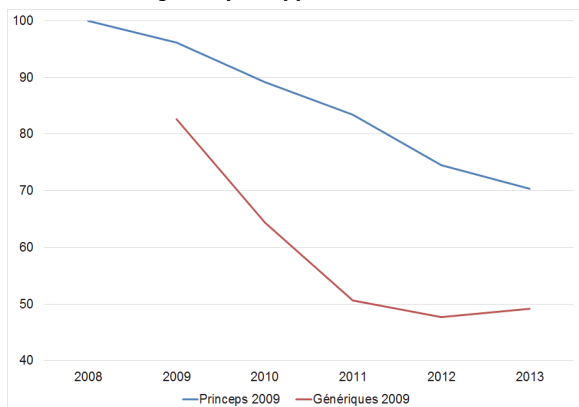
Source : DG Trésor.

(5) Insee (2012), « Les prix des médicaments de 2000 à 2010 ».

(6) Ce qui explique en partie la baisse plus faible que celle inscrite dans la législation sur le PFHT. La TVA est certes proportionnelle aux prix (et ne devrait donc pas influencer sur les évolutions) mais elle porte aussi sur les marges grossiste et pharmacien qui, elles, ne sont pas proportionnelles au prix.

(7) Certains génériques ont même un prix plus élevé que le princeps. En 2014, les remboursements de l'assurance maladie au titre de ces génériques dont le prix est supérieur à celui du princeps étaient de 160 M€ soit 20 M€ de plus que si leur prix était égal à celui du princeps.

Graphique 4 : évolution des prix moyens (base remboursable par quantité de substance, à volume constant) des princeps et des génériques dans les groupes génériques apparus en 2009



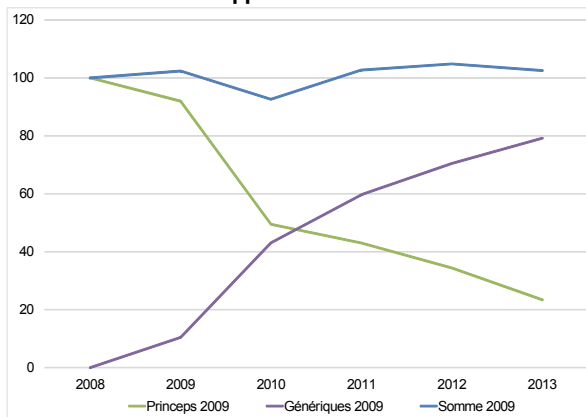
Source : Bases « Medic'AM » et « Open Medic », calculs DG Trésor.

Note de lecture : Sur l'axe des ordonnées on lit le prix des différents médicaments en base 100 (la base 100 étant le prix du princeps en 2008). On constate à partir de 2009 l'impact de l'entrée sur le marché des génériques.

2.1.2 Effet volume

En raison des mesures mises en place pour favoriser la consommation de génériques (*cf. infra*), celle-ci croît en moyenne rapidement suite à la générotation d'un médicament, jusqu'à dépasser celle du princeps. Durant la même période, la consommation des princeps diminue fortement (*cf. graphique 5*).

Graphique 5 : consommation moyenne (quantité de substance vendue par groupe générique, en base 100) des princeps et des génériques dans les groupes génériques apparus en 2009

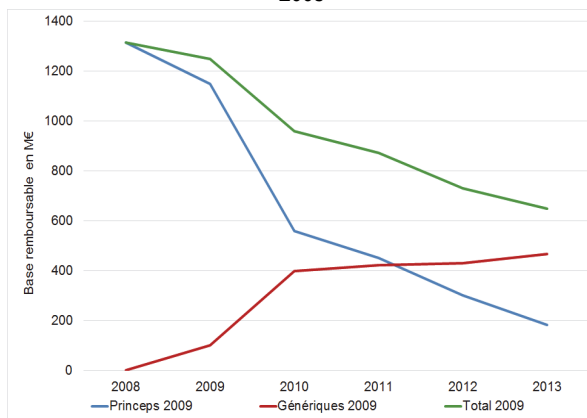


Source : Bases « Medic'AM » et « Open Medic », calculs DG Trésor.

2.1.3 Baisse de la dépense : combinaison des effets prix et volume

La base remboursable des princeps génériques en 2009 a diminué de 75 % entre 2008 et 2013, et la base remboursable totale associée à ces groupes génériques (princeps + génériques) a baissé de moitié, sans que cette baisse puisse être attribuée à l'obsolescence de ces médicaments, car la consommation est restée stable en volume.

Graphique 6 : valeur de la consommation des princeps et des génériques dans les groupes génériques apparus en 2009



Source : Bases « Medic'AM » et « Open Medic », calculs DG Trésor.

2.2 Des mesures ont été mises en place depuis près de 20 ans pour augmenter la pénétration des médicaments génériques

Au-delà de la simple mise en place d'un répertoire des génériques, et de l'instauration du droit de substitution au sein du répertoire des génériques par les pharmaciens en 1999, plusieurs mesures ont été mises en place pour favoriser l'utilisation des génériques.

2.2.1 Actions sur les officines pharmaceutiques

Trois principaux leviers ont été activés afin d'inciter les pharmaciens d'officine à substituer les génériques aux princeps :

- Le fait que la marge des officines croît avec le prix PFHT du médicament⁸ ne les incitait pas à substituer le générique au princeps (ce dernier étant généralement plus cher, donc avec une marge supérieure). Depuis 1999⁹, la marge de l'officine sur un générique est la même que pour les princeps.
- La « rémunération sur objectifs de santé publique » (ROSP) dite « *génériques* » permet d'augmenter les incitations à substituer les génériques aux princeps. La ROSP génériques récompense les pharmaciens en fonction du taux de substitution observé dans les officines : pour la plupart des molécules, la prime est perçue à partir d'un taux de substitution d'environ 75 %, et est progressive jusqu'à la cible de 85 % de taux de substitution¹⁰. Le montant moyen annuel perçu par officine au titre de cette ROSP en 2013 est de 6 000 €, pour un coût total de 135 M€ pour l'assurance maladie.
- Des remises (également appelées « marges arrières ») peuvent être accordées par les laboratoires pharmaceutiques sur le PFHT des médicaments génériques ou princeps. Les remises maximales autorisées pour les médicaments génériques sont plus importantes que celles sur les princeps afin d'inciter les pharmaciens à accroître leur marges par la vente de génériques. Depuis 2014, le différentiel de remises maximales pour médicaments génériques a été relevé : les remises sur le PFHT des médicaments génériques peuvent atteindre 40 % (contre 17 % jusqu'alors) contre 2,5 % pour les médicaments princeps.

(8) Selon un barème par tranches dégressif : la marge du pharmacien augmente avec le prix PFHT du médicament mais moins que proportionnellement.

(9) « Arrêté du 28 avril 1999 relatif aux marges des médicaments remboursables ».

(10) Plus précisément, une cible de taux de substitution est fixée pour chacune des 26 molécules fixées par l'avenant, l'objectif allant de 45 % à 90 %, et étant majoritairement fixé entre 80 et 85 %.

Si ces mesures à destination des officines pharmaceutiques ont contribué à accroître la consommation de génériques, elles ne sont également pas sans coût budgétaire puisqu'elles redistribuent aux professionnels une partie du gain potentiel issu de la substitution par des génériques. Pour la seule année 2013, les

mesures à destination des pharmaciens visant à promouvoir la consommation de médicaments génériques se sont élevées à 1 750 M€ selon la Cour des Comptes, soit environ la moitié du gain potentiel.

Tableau 1 : Gains financiers des pharmaciens consécutifs aux mesures visant à promouvoir les génériques sur la période 2007-2013

Mesures	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Égalité des marges	203	248	271	339	351	368	451
ROSP	—	—	—	—	—	73	135
Marge arrière (= remises)	Nd.	291	314	351	361	410	467
Prestation commerciale	Nd.	Nd.	Nd.	Nd.	Nd.	600	700
Total	203	539	585	690	712	1 451	1 753

Source : Cour des Comptes (2014), « La diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés ».

Note : Prestation commerciale = les fabricants de médicaments ont aussi développé, pour accéder au marché des officines de ville, des pratiques de « coopération commerciale » ou de « rémunération de services » qui constituent des marges arrière déguisées (enquête menée par les réseaux de la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes - DGCCRF - en 2013). Cette pratique, selon la DGCCRF, pourrait être qualifiée d'anticoncurrentielle.

2.2.2 Le tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)

Les médicaments pour lesquels la pénétration des génériques est trop faible, peuvent se voir appliquer un tarif de remboursement unique, dit « tarif forfaitaire de responsabilité » (TFR). Celui-ci est calculé à partir du prix des médicaments génériques les moins chers. En contrepartie de la mise en œuvre d'un TFR, les laboratoires peuvent fixer leurs prix librement. Concernant les patients, s'ils refusent un médicament générique parce qu'ils préfèrent un médicament de marque ou un générique de prix supérieur au TFR¹¹, ils ne seront remboursés que sur la base du TFR.

Cette mesure conduit en général à un alignement du prix du princeps et des génériques sur le TFR sans pour autant modifier drastiquement leurs parts de marché respectives¹². En effet, lors de la mise en place d'un TFR les prix des princeps et génériques ont tendance à s'aligner sur le TFR. La hausse de la part de marché des médicaments princeps permise par la baisse de leur prix n'est généralement pas observée, un patient habitué à son médicament générique change rarement son comportement à la suite de l'égénéralisation des prix.

Cette mesure induit également une modification des marges arrière maximales accordées aux pharmaciens par les laboratoires produisant les médicaments princeps (plafonnées à 2,5 % du PFHT). En effet, la loi stipule que si le prix de vente est identique, la remise autorisée doit être identique¹³. Ainsi, les médicaments princeps peuvent également effectuer des marges arrière jusqu'à 40 % du PFHT et les médicaments génériques perdent ainsi leur principal avantage compétitif.

Depuis 2003, (date de la première vague de TFR), le nombre de groupes génériques sous TFR a crû de 17 % par an pour aboutir, en 2014, à un total de 400 groupes génériques (31 % des groupes génériques, soit 5 % du chiffre d'affaire total des officines pharmaceutiques sur le champ des médicaments)¹⁴.

2.2.3 Le « tiers-payant contre génériques »

Généralisé depuis juillet 2012, le « tiers-payant contre génériques » consiste à réserver le tiers payant aux seuls assurés acceptant la substitution du princeps par un générique (en dehors des médicaments avec la mention « non substituable » sur l'ordonnance).

Cette mesure semble avoir été particulièrement efficace pour augmenter la pénétration des médicaments génériques. En effet, le taux de substitution (en nombre de boîtes) dans les groupes génériques déjà présents en 2011¹⁵ est passé, entre 2011 et 2014, de 65 % à 79 %.

2.2.4 Actions sur les médecins

Les actions sur les médecins ont surtout eu pour but de les inciter à orienter leurs prescriptions :

- Les médecins peuvent, pour des raisons liées exclusivement au patient (intolérance à certains excipients par exemple), s'opposer à la substitution, par le pharmacien, du princeps prescrit. Pour cela, ils peuvent inscrire la mention « Non substituable » sur l'ordonnance. En cas d'utilisation excessive de cette mention, les médecins peuvent être convoqués par une CPAM (caisse primaire d'assurance maladie), voire être sanctionnés. L'effet est probablement surtout dissuasif, les sanctions effectives étant rares.
- La dénomination commune internationale (DCI) a pour but de rendre comparables les médicaments dont la substance active est la même mais le nom commercial diffère. En France, la prescription en DCI a été rendue obligatoire en 2015, obligeant *de facto* les médecins à ne plus prescrire le princeps, et favorisant en théorie la prescription de génériques. Toutefois, cette obligation n'a pas été respectée (73 % des prescriptions des médecins français en 2015 ne comporteraient que le nom de marque)¹⁶.

(11) CNRS (2013), « Tarif forfaitaire de responsabilité : quels impacts sur le pharmacien ».

(12) Source : entretien de la DG Trésor avec le GEMME en juillet 2016.

(13) Article L138-9 du code de la sécurité sociale, modifié par la LFSS 2014.

(14) DREES (2015), « En 2014, la décroissance du marché de ville des médicaments remboursables hors rétrocession se poursuit mais faiblit ».

(15) Il convient de distinguer l'ensemble des groupes génériques des groupes génériques déjà présents en 2011, car l'arrivée de nouveaux génériques fait mécaniquement baisser le taux de substitution la première année.

(16) UFC Que Choisir (2016), « Enquête sur la prescription en DCI ».

2.3 Impact des mesures adoptées sur la consommation de médicaments génériques

En partie grâce aux mesures adoptées depuis la fin des années 1990, les génériques représentent une part croissante des médicaments remboursables vendus en officine.

La part des médicaments génériques au sein de la consommation en médicaments a crû de manière soutenue entre 2008 et 2014 (la part des groupes génériques dans le marché des médicaments remboursables en ville (hors rétrocessions) est passée de 22 % à 33 % en valeur et de 31 % à 46 % en volume), en raison à la fois de l'entrée de nouveaux génériques sur le marché et de l'amélioration du taux de substitution des princeps par des génériques.

Ainsi, au sein des groupes génériques, la part des génériques par rapport aux princeps a progressé :

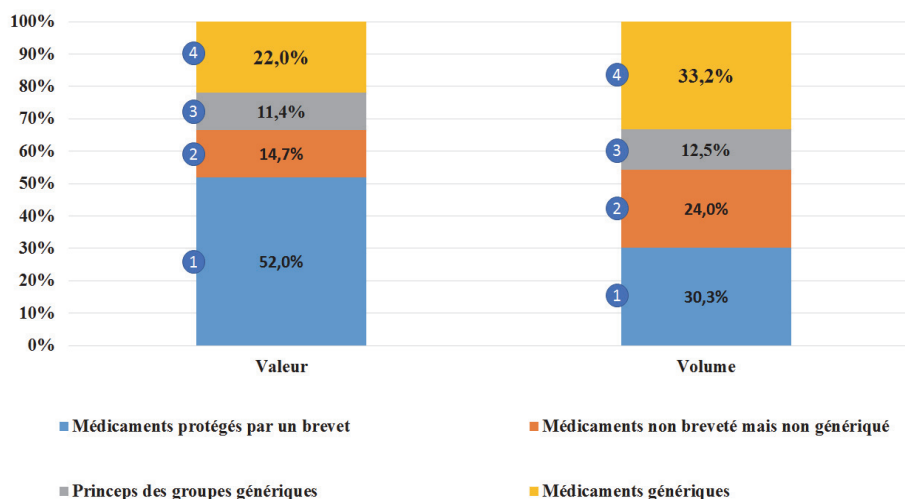
- le taux de substitution des génériques (correspondant au ratio entre la zone (4) du graphique 7 et la somme des zones (3) et (4)) est, en 2014, 73 % en volume et 66 % en valeur ;

- à périmètre constant¹⁷ (groupes génériques existant déjà en 2008), le taux de substitution des génériques a fortement progressé entre 2008 et 2013, passant de 69 % à 84,5 % (en nombre de boîtes).

Selon la Cour des Comptes, les génériques ont ainsi permis d'économiser 3,3 Md€ en 2013 (moindres gains des laboratoires, répartis entre assurance maladie et pharmaciens notamment), dont environ la moitié ont été reversés aux pharmaciens, pour aboutir à des économies nettes de 1,6 Md€ en 2013 pour l'assurance maladie, et 12,1 Md€ depuis 2002¹⁸.

Néanmoins, en raison des principes restrictifs adoptés par la France dans la constitution des groupes génériques, le marché du médicament reste composé aux deux tiers (en valeur soit les zones (1) + (2) sur le graphique 7) de médicaments n'appartenant pas à un groupe générique. En parallèle, près de 15 % du montant remboursable des médicaments porte sur des produits dont le brevet est tombé mais ne faisant pas partie d'un groupe générique en 2014 (zone (2) du graphique 4 – montant remboursé de 2,5 Md€)¹⁹.

Graphique 7 : part du montant remboursable et du nombre de boîtes de médicaments génériques dans les ventes en officine de médicaments remboursables des officines en 2014 (hors rétrocessions)



Source : DG Trésor à partir de la base de données Open Médic'.

Note : Le nombre de médicaments non génériques mais dont le brevet est tombé est probablement sous-estimé du fait de la méthodologie utilisée pour déterminer l'échéance des brevets (voir *infra*). Leur part fluctue au gré des tombées de brevets et de l'arrivée de nouveaux génériques.

(17) En effet, comme vu *supra*, il est important d'isoler des groupes génériques précis et fixés pour étudier le taux de pénétration, car l'arrivée de nouveaux groupes génériques fait baisser le taux de pénétration global.

(18) Cour des comptes (2014), « *La diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés* ».

(19) Calcul DG Trésor. Minorant du chiffre réel car effectués sur la base d'une hypothèse prudente sur la durée de protection des brevets.

Encadré 1 : Les économies sur le champ du médicament ont également affecté l'industrie des médicaments génériques

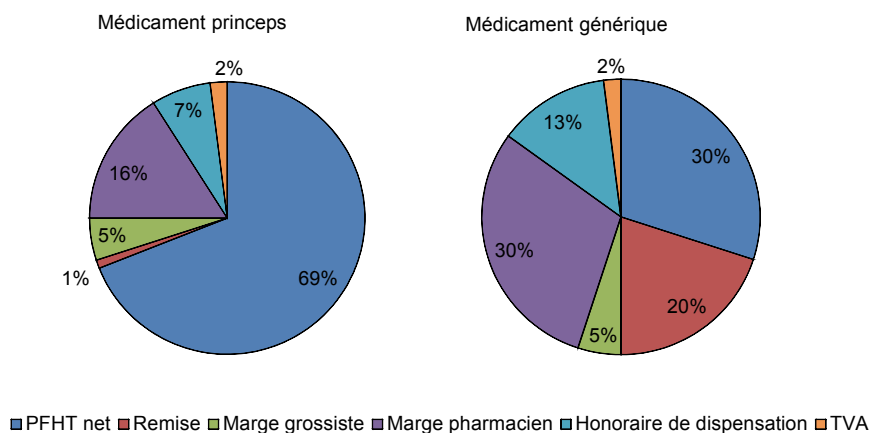
Sur la période 2013-2015, l'ensemble des baisses de prix sur le champ des médicaments vendus en officine pharmaceutique (quelles que soient leurs origines) a permis de réduire la dépense remboursable de près de 2 Md€^a. Les baisses de prix sur les médicaments génériques y ont contribué à hauteur de 28 % alors qu'ils ne représentent que 22 % de la dépense remboursable.

Les mesures d'économies relatives à la dépense de médicaments prises dans le cadre de l'ONDAM ont ainsi eu un impact significatif sur le taux de marge des laboratoires produisant des médicaments génériques. La marge de ces laboratoires n'était que de 1,4 % en 2013 contre 3,1 % en 2010^b. À titre de comparaison, la marge des 10 principaux laboratoires princeps a, dans le même temps, peu varié (20,3 % en 2013 après 20,0 % en 2010).

Une décomposition du PPTTC des médicaments princeps et génériques permet une meilleure compréhension du modèle économique des deux médicaments. Si le PFHT net des remises représente près de 70 % du PPTTC pour un médicament princeps, il n'en représente que 30 % pour un médicament générique pour lequel une fraction importante du prix de vente revient aux pharmaciens.

Ainsi, si le prix des génériques peut sembler élevé en France^c, cela semble résulter des mécanismes qui conduisent à une forte différence entre le PPTTC et le PFHT net des remises (notamment en raison de la rémunération des pharmaciens). Une comparaison des PFHT net des remises des médicaments génériques entre la France, le Royaume-Uni et l'Allemagne^d (sur la base du PFHT net des remises par unité standard à périmètre comparable – même molécule, même forme galénique et même dosage) montre que le PFHT net des remises français est inférieur de 43,4 % à celui allemand et de 2,8 % à celui anglais.

Graphique 8 : décomposition du PPTTC d'un médicament générique et d'un médicament princeps



Source : calculs GEMME.

Note : calcul sur la base d'une spécialité générique dont le PFHT est égal au PFHT moyen (environ 3,90 €), ce PFHT ayant été calculé avec une décote de 60 % par rapport au PFHT de la spécialité de référence (PFHT princeps = 9,75 €), en appliquant les taux de marge et de remise maximale définis par les textes de loi.

a. CEPS (2016), « Rapport d'activité 2015 ».

b. Source : Infogreffe (registre du commerce et des sociétés du greffe du tribunal de Commerce).

c. CNAMTS (2012), « Coût des génériques en Europe et mécanismes de régulation des prix en Allemagne, en Angleterre et aux Pays-Bas ».

d. IMS Health (2013), « Le marché pharmaceutique en France et dans le monde : bilan 2011 et perspectives ».

3. Pistes de réformes pour exploiter davantage le potentiel des génériques

Malgré la succession de mesures visant à stimuler la consommation de médicaments génériques, il semblerait que le modèle de développement des génériques dans lequel le pharmacien joue un rôle central soit proche d'atteindre ses limites : le marché français présente un très bon taux de substitution, sans que la part des génériques dans la consommation de médicaments soit comparable avec celle des autres pays de l'OCDE.

En effet, la France n'est que le 20^e pays en termes de parts de marché des génériques en nombre de boîtes (29 % du total de la consommation de médicaments contre 48 % en moyenne dans les 26 pays de l'OCDE ayant fourni leurs données). En valeur, le constat reste identique, la France se place en 19^e position (16 % du total de la consommation de médicaments contre 24 % en moyenne dans les 26 pays de l'OCDE). Néanmoins, ces chiffres doivent être interprétés avec précaution puisque le champ concerné n'est pas totalement homogène.

Cette moindre consommation de médicaments génériques en France par rapport aux autres pays aurait deux principales causes²⁰ :

- Parfois, une absence de confiance dans ces médicaments de la part de certains patients ;
- La structure de la prescription en France qui favorise les médicaments nouveaux. En effet, les médecins ne prescrivent en moyenne que 40 % de médicaments inscrits dans le répertoire des médicaments génériques (princeps + génériques) alors que les nouveaux médicaments représentent 60 % des quantités prescrites. Ces proportions sont inverses dans les autres pays européens (près de 80 % de prescriptions dans le répertoire générique en Allemagne²¹). Il s'agit là du principal frein à l'accroissement de la part des génériques dans le marché des médicaments.

(20) GEMME (2014), « Mention Non-Substituable : La CNAM va lancer une campagne ciblée ».

(21) GEMME (2016), « Les opportunités de développement du marché des médicaments génériques et biosimilaires ».

Ces comparaisons internationales suggèrent que des marges de manœuvre existent encore en France pour que les médicaments génériques soient source de davantage de gains d'efficacité. Le modèle visant à fortement inciter le médecin à prescrire des médicaments génériques paraît plus efficace, comme le montre l'exemple allemand. Toutefois, dans le cas de la France, l'infra-

structure nécessaire au système plaçant les pharmaciens au centre de la diffusion des médicaments génériques ayant été mise en place, il n'est pas envisagé ici de remise en cause fondamentale du modèle, qui risquerait de se heurter à une résistance des médecins et des pharmaciens..

Encadré 2 : Méthodologie utilisée pour les effets des différentes mesures proposées sur les prix des médicaments

Les données de l'assurance maladie (bases « Open Médic » et « Medic'AM ») ainsi que les données administratives issues de la « Base de données du médicament » de l'ANSM permettent de simuler les effets de la modification de différents paramètres des règles de remboursement par l'assurance maladie. La maquette utilisée pour le chiffrage des trois premières mesures est fondée sur une analyse des consommations de médicaments en 2014 et leurs prix. Elle permet de simuler les conséquences budgétaires d'un changement de régulation des prix de manière précise. En revanche, elle néglige les effets comportementaux que pourraient induire ces changements de prix. Ces effets semblent toutefois limités car ils n'induisent que très peu de variation du reste à charge des ménages.

Les trois premières mesures présentées *infra* nécessitent de déterminer le prix du médicament le moins cher (au sein d'un groupe générique ou d'un ensemble de médicaments de même molécule). Le caractère original de ce chiffrage vient de la définition du prix en ml ou mg de substance active pour tenir compte de l'existence de présentations différentes^a plutôt que d'utiliser l'indicateur usuel en nombre de boîtes. Le prix retenu sera donc le prix par mg ou ml de substance active le plus bas du groupe générique ou des médicaments de même molécule (code ATC^b).

Pour pouvoir simuler un élargissement du répertoire des génériques, il faut connaître les médicaments qui ne sont plus protégés par un brevet. Faute d'une base de données des brevets facilement exploitables^c, il est nécessaire de poser une hypothèse sur les médicaments encore protégés. Afin de ne pas surestimer les économies qu'entraînerait cette redéfinition de la fixation des prix des médicaments princeps et génériques, on a prudemment considéré qu'un médicament est protégé jusqu'à 17 ans après son AMM^d.

Définitions :

Le TFR revient à fixer une base de remboursement maximale pour l'assurance maladie applicable à l'ensemble des médicaments d'un groupe générique (princeps et génériques). Cette égalisation des prix suppose que les marges arrières (remises) que peuvent accorder les laboratoires producteurs de médicaments princeps et génériques doivent être égales (40 %).

La convergence tarifaire revient à rapprocher le prix des médicaments princeps et génériques sans pour autant les égaliser, permettant donc d'accorder des remises différenciées (2,5 % pour les princeps et 40 % pour les génériques).

- Cela revient à déterminer pour chaque présentation le dosage de substance active par unité (comprimé, tube, millilitre etc.) pour obtenir la quantité totale de substance active. Le prix est ensuite divisé par cette quantité totale de substance active.
- La classification anatomique thérapeutique et chimique (ATC) de l'OMS est classée selon 5 niveaux allant du groupe anatomique (14 en tout, il s'agit par exemple du système digestif ou du système nerveux) au sous-groupe de substance chimique. Ce dernier niveau correspond au code ATC5.
- L'INPI dispose d'une base nationale des brevets, mais l'obligation de saisir les spécialités une à une rend son usage impossible pour cette étude.
- LEEM (2006), « *Le brevet et la marque, deux précieux sésames* ». Cette étude évoque une durée moyenne de 15 ans après AMM.

3.1 Agir sur le niveau des prix des génériques

Si la marge de progression par rapport aux autres pays avancés permet d'espérer améliorer la pénétration des génériques en France, il faut rester attentif à ce que les nouvelles mesures ne fragilisent pas les laboratoires génériques, qui exercent une pression bénéfique sur les prix, par exemple en pesant trop sur leurs marges actuellement modestes (*cf.* encadré 1).

En effet, sans les laboratoires génériques, les négociations visant à faire baisser le prix des médicaments princeps seraient bien plus complexes pour les pouvoirs publics.

Quatre mesures sont envisagées dans la suite. Les trois premières consistent à renforcer les baisses de prix après la tombée du brevet à travers différents mécanismes. La quatrième consisterait en une modulation des baisses de prix réglementaires pour les génériques actuellement trop chers à produire pour être rentables.

3.1.1 Piste 1 : Faire converger les prix des princeps et génériques dès la tombée du brevet

Comme *vu supra*, lorsque le premier générique entre sur le marché, son prix est fixé au plus à 40 % du prix du princeps avant générisation, tandis que le prix du princeps passe à 80 % de son prix initial. Dans le but d'induire des baisses de prix plus rapides, tout en laissant un avantage concurrentiel aux labora-

toires génériques²², il pourrait être envisagé de renforcer la baisse de prix du princeps et ainsi de faire converger les prix des princeps et génériques dès l'entrée sur le marché du premier médicament générique, tout en maintenant un surcoût de 10 % pour les médicaments princeps. Du fait de cette différence de prix et en raison de la réglementation, ces médicaments ne pourraient être vendus avec la même remise (marge arrière) que les médicaments génériques, ce qui permettrait aux laboratoires génériques de pouvoir rentrer sur les nouveaux marchés.

Cette réforme toucherait donc particulièrement :

- l'ensemble des médicaments inscrits dans le répertoire des génériques en 2014 depuis plus de 18 mois pour lesquels un TFR n'est pas déjà appliqué ;
- les médicaments inscrits dans le répertoire des génériques en 2014 depuis moins de 18 mois.

La mise en place de cette réforme diminuerait, à consommation des différents médicaments constante, les remboursements de l'assurance maladie d'environ **635 M€**. Pour éviter que la convergence des prix n'incite les patients à refuser les génériques parce qu'ils les trouvent moins bons²³, et fragilise ainsi les laboratoires génériques, il conviendrait de l'expérimenter avant de la mettre en place.

(22) À prix égal, les usagers préfèrent consommer le médicament de marque.

(23) Caucheteux L. (2011), « *Les moteurs et les freins au développement des médicaments génériques* ».

3.1.2 Piste 2 : Mettre systématiquement tous les groupes génériques sous TFR au bout de trois ans

Une autre piste pour dégager des économies serait une application systématique du TFR. Par rapport à la piste précédente, cette mesure permettrait de supprimer le surcoût de 10 % des médicaments princeps et donc de réduire un peu plus la dépense. Cependant, elle impliquerait aussi un risque d'éviction des laboratoires produisant les génériques si elle suivait directement la tombée du brevet, en raison de la suppression de l'incitation aux pharmaciens de substituer les princeps par des génériques.

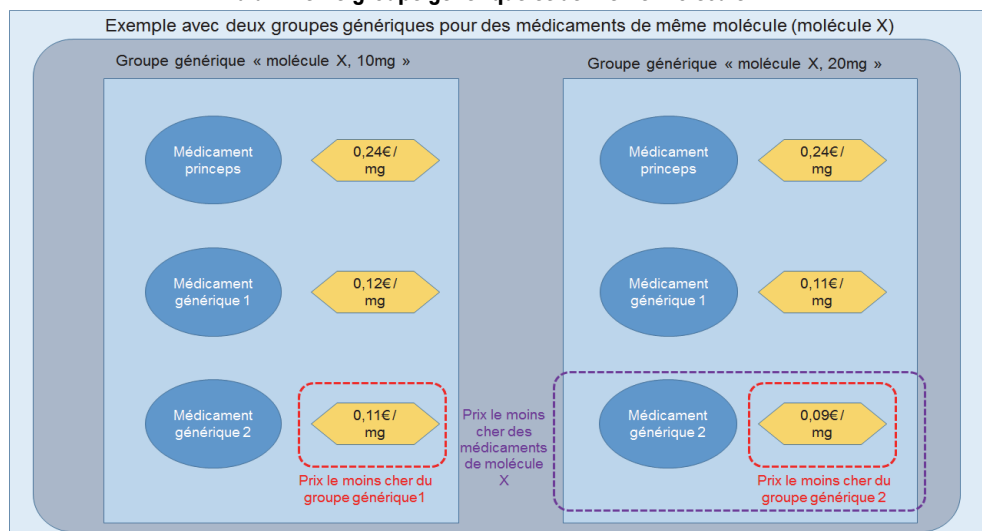
Afin de limiter ces risques d'éviction, il pourrait être envisagé de n'appliquer systématiquement un TFR qu'au bout de 3 ans de commercialisation des médicaments génériques dans le groupe. Ce délai permettrait aux laboratoires génériques de s'engager dans le marché, d'autant que la mise en place d'un TFR dans un marché déjà constitué ne nuit pas aux parts de marché des laboratoires génériques (*cf. supra*). Ce décalage dans le temps permettrait donc de neutraliser le principal impact négatif du TFR. Aujourd'hui seulement 49 % des groupes génériques relatifs à des médicaments remboursables sont concernés par un TFR, cela signifie qu'il est possible de poursuivre ces mesures.

Cette réforme toucherait donc uniquement les médicaments dans le répertoire des génériques en 2014 depuis plus de 3 ans pour lesquels un TFR n'est pas déjà appliqué. Le rendement d'une telle mesure serait de l'ordre de **170 M€**, calculé sur la base de 2014. Ce moindre gain par rapport à l'option précédente est dû au plus faible nombre de médicaments touchés par la réforme (27 % des présentations appartenant à un groupe générique contre 70 % dans la première option), puisqu'une partie importante des brevets sont tombés entre 2011 et 2014. Une part des gains liés à la mise en place de cette mesure adviendrait aussi dans les années ultérieures du fait du décalage de 3 ans.

3.1.3 Piste 3 : Trois ans après la tombée du brevet, fixer les prix des produits sur la base du TFR le plus bas dans un périmètre élargi (ATC 5)

Puisqu'il existe un nombre significatif de médicaments dont le brevet est tombé mais qui ne sont pas génériques, il serait envisageable d'encourager la fixation des prix des médicaments dont le brevet est arrivé à échéance sur une base plus large que celle des groupes génériques actuels. Ainsi, le prix des médicaments pourrait être déterminé sur la base du prix le moins cher des médicaments de même molécule et non plus seulement de même groupe générique (*cf. graphique 9*). Même ainsi, ce niveau resterait globalement plus fin que celui utilisé dans certains pays européens tels que l'Angleterre ou l'Allemagne²⁴.

Graphique 9 : exemple type de détermination du prix le moins cher des médicaments d'un même groupe générique et de même molécule



Source : DG Trésor.

Afin d'éviter un choc trop important sur le marché du médicament, cette mesure pourrait ne concerner que les prix des médicaments dont le brevet est tombé depuis plus de 3 ans. Elle pourrait prendre la forme d'une convergence des prix tout en maintenant une différence entre princeps et génériques, de manière analogue à la première mesure. Cela mènerait à la création d'un « répertoire des molécules sous tarif de référence », correspondant aux médicaments dont la substance active n'est plus sous brevet, et au sein desquels les prix (par mg de substance active) seraient homogènes.

La substituabilité ne pouvant, pour des raisons de sécurité sanitaire, s'effectuer que sur la base de la spécialité (même molécule / même mode d'administration / même dosage), ce prin-

cipe ne serait pas ici remis en cause. Cela reviendrait donc à avoir un dispositif en deux niveaux : d'une part un référentiel de prix pour les médicaments dont le brevet est arrivé à échéance depuis plus de 3 ans et d'autre part un référentiel de substitua-bilité des médicaments de même groupe générique.

Le rendement d'une telle mesure serait extrêmement fort, de l'ordre de **1 015 M€**, soit près de 5 % des dépenses de médicaments remboursables en officine (hors rétrocessions,) et se décomposerait en deux effets :

- L'alignement des prix pour les médicaments non génériques : **725 M€**. Ne sont ici concernés que les médicaments dont le brevet est tombé depuis plus de trois ans.
- L'alignement des prix entre médicaments de groupes géné-

(24) Cour des Comptes (2014), « La diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés ».

riques différents : **290 M€**. Ce montant est à comparer avec celui de la piste 2 mais avec un plus gros impact du fait de la prise en compte du prix le plus bas de l'ensemble des groupes génériques de médicaments de même molécule et non plus seulement à l'intérieur des seuls groupes génériques (cf. graphique 9).

3.1.4 Piste 4 : Élargir le répertoire par de moindres baisses de prix pour les médicaments génériques plus coûteux à produire

Certains médicaments dont le brevet est tombé ne sont pas génériques. Pour une partie d'entre eux, l'introduction de génériques n'est pas rentable après application des baisses de prix réglementaires. Le princeps reste alors le seul médicament sur le marché.

Certaines formes galéniques (comme les comprimés effervescents) sont trop chères à produire avec un prix de 60 % inférieur à celui du princeps. Il en est de même pour certaines molécules pour lesquelles les coûts de développement sont importants et le nombre de patients restreint. Le GEMME estime que ces médicaments engendrent des dépenses à hauteur de 1 Md€ en 2014 pour l'assurance maladie.

On pourrait envisager que, une fois constatée l'absence de viabilité des baisses de prix de droit commun, un second processus de baisse de prix puisse être activé : une baisse de prix de 20 % par exemple pourrait être mise en œuvre, pour les groupes dans lesquels aucun générique n'est apparu au bout d'une durée à définir, par exemple 3 ans. Ceci permettrait de dégager des économies de l'ordre de 200 M€ à terme, grâce à l'élargissement du répertoire à ces médicaments.

3.2 Inciter les médecins prescripteurs

3.2.1 Piste 5 : Augmenter les incitations des médecins à la prescription de génériques

a) Par le biais de la prescription en DCI

L'obligation de prescrire en DCI, actuellement en vigueur, n'est que peu respectée à l'heure actuelle (cf. *supra*). Cette mesure induisant un important changement dans la pratique des médecins, il est nécessaire de les accompagner.

Pour ce faire, plusieurs leviers peuvent être activés, par exemple :

- pendant la formation initiale des nouveaux médecins, une formation uniquement à la prescription en DCI et non plus en nom de marque ;
- une modification de la réglementation des logiciels d'aide à la prescription en DCI, empêchant la désactivation de la transcription automatique de la prescription du nom de marque en DCI (affichant donc à la fois la DCI et le nom de marque) ;
- un contrôle accru par les CPAM de la prescription en DCI.

b) Par le biais de la ROSP médecin traitant

La ROSP, qui existe également pour les médecins, représente une fraction significative des revenus d'activité des médecins généralistes (7,5 % en 2014 – avec un montant moyen au titre de la ROSP de l'ordre de 6 000 €). À l'heure actuelle, seuls 22 %²⁵ des objectifs concernent la prescription de médicaments génériques et visent uniquement certaines classes pour une rémunération maximale de 2030 € par an. Pour encourager la prescription de médicaments génériques, il serait pertinent de mettre en place un indicateur unique de la part des prescriptions du médecin au sein du répertoire.

c) Par le biais des dotations aux maisons de santé pluriprofessionnelles

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) où exercent des professionnels de santé libéraux, reçoivent des financements publics contribuant à leur développement. Néanmoins, il n'existe pas de contreparties sur la partie médicale de l'activité de ces professionnels en échange de ces financements.

Il pourrait être envisagé de conditionner une partie du financement au respect d'un objectif de prescriptions médicamenteuses des médecins au sein du répertoire des génériques. Cette mesure serait potentiellement source d'économies : bien calibrée, les dépenses de médicaments baisseraient grâce au respect des objectifs (en cas contraire, les dotations à la MSP à laquelle appartient le médecin surprescripteur reculeraient).

Cette mesure pourrait être d'autant plus incitative que son non-respect par un seul médecin pénaliserait l'ensemble des professionnels aux côtés de qui il travaille. Il faut néanmoins veiller à ce qu'un éventuel mécanisme de ce type ne nuise pas au développement des MSP qui répondent par ailleurs à d'autres besoins (déserts médicaux, etc.).

3.3 Autres mesures

3.3.1 Piste 6 : Accélérer les procédures d'AMM

Si les industriels sont généralement prêts pour lancer leurs médicaments au moment de la tombée du brevet du princeps, ils semblent souvent ralentis par les délais de délivrance des AMM par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). L'ordre des pharmaciens²⁶ précise ce constat, puisqu'il affirme que le délai moyen pour l'obtention d'une AMM est de 300 jours en France en 2014 alors que la réglementation européenne impose un délai maximal de 180 jours.

Ces importants délais administratifs retardent la mise sur le marché des génériques (et les baisses de prix ultérieures) et amoindrissent les économies qu'ils entraînent.

Le GEMME²⁷ estime que les moindres économies du fait de ces délais ont été d'environ 125 M€ par an en 2014 et 2015 (dépendant largement de la date d'échéance des brevets).

(25) CNAMTS (2015), « ROSP médecins traitants ». Soit 5 objectifs sur 29 au total.

(26) Ordre des pharmaciens (2014), « Médicaments, dispositifs médicaux, compléments alimentaires : quelles sont les règles applicables ? ». Ce chiffre comprend médicaments génériques et princeps, il ne semble pas exister de chiffres concernant exclusivement les AMM de médicaments génériques.

(27) Source : entretien de la DG Trésor avec le GEMME en juillet 2016.

4. Un cadre de développement des médicaments biosimilaires devra être mis en place rapidement

Sur l'année 2015, 13 des 20 médicaments les plus vendus en ville et à l'hôpital²⁸ sont des médicaments biologiques. À horizon 2019, les tombées de brevets parmi ces 13 médicaments permettront de libérer un champ de 2,5 Md€ de médicaments « biosimilarisables ». Il s'agit donc d'une importante source d'économies potentielles pour l'assurance maladie.

Les médicaments biologiques²⁹ ne sont pas concernés par les règles qui s'appliquent aux médicaments produits à base de substances chimiques même si leur cas est relativement proche. Ils s'agit de substances produites à partir d'une cellule ou d'un organisme vivant, ou dérivées de ceux-ci. Les vaccins constituent le type de médicament biologique le plus connu. De manière analogue aux génériques pour les médicaments « chimiques », les médicaments biosimilaires sont des répliques de médicaments biologiques dont le brevet est tombé dans le domaine public. Ces médicaments doivent avoir des propriétés physico-chimiques et biologiques similaires, les mêmes substances et formes pharmaceutiques que les médicaments de référence. De plus, l'efficacité et la sécurité doivent être équivalentes au médicament de référence.

Si la législation actuelle permet de substituer un médicament biologique par son biosimilaire uniquement en initiation de traitement (cette substitution n'est plus possible une fois le traitement commencé)³⁰, il semblerait qu'il soit possible d'élargir le champ de la substituabilité sans accroître les risques pour le patient³¹, sous réserve de veiller au respect de certaines précau-

tions (surveillance clinique lors du traitement, traçabilité des produits devant être assurée, etc.).

Le développement des médicaments biosimilaires est plus coûteux que celui des génériques puisque le nombre de volontaires nécessaires pour les tests est plus grand que pour les génériques, entraînant un temps de développement près de deux fois plus long (7 à 8 ans contre 3 à 4 ans pour les génériques). Il est donc important de fournir un cadre juridique stable et équilibré pour les entreprises qui produiraient des médicaments biosimilaires (maximisation des économies, à partager de façon équitable entre l'assurance maladie, l'industrie et les professionnels). Ainsi, il semblerait que les médicaments biosimilaires ne puissent permettre que des baisses de prix que de l'ordre de 25 % en moyenne contre environ 70 % pour les génériques³².

Pour bénéficier de ces économies, il est indispensable de mettre en place préalablement le modèle de diffusion des médicaments biosimilaires. Alors que le pharmacien, davantage que le médecin, joue un rôle central et parfois discuté dans le développement des génériques³³, il conviendrait probablement de procéder différemment pour les médicaments biosimilaires en agissant au niveau des médecins, qui prescriraient uniquement des molécules et non plus des noms de marque. Des objectifs de prescription au sein du répertoire des médicaments biosimilaires complèteraient le mécanisme.

Daniel CABY, Jean-Denis ZAFAR

(28) Parmi les 10 médicaments dont le chiffre d'affaires est le plus important en ville et les 10 médicaments dont le chiffre d'affaires est le plus important à l'hôpital. Source : GEMME (2016), « *Les opportunités de développement du marché des médicaments génériques et biosimilaires* ». Le chiffre de 2,5 Md€, *infra* provient de la même source.

(29) ANSM (2011), « *Médicaments biosimilaires – Point d'information* ».

(30) Article L5125-23-2 du code de la santé publique.

(31) ANSM (2016), « *État des lieux sur les médicaments biosimilaires* ».

(32) Académie de médecine (2016), « *Observations et propositions sur le coût des nouveaux traitements et solidarité nationale* ».

(33) Cour des comptes (2014), « *La diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés* ».

Le contrepoint de...

Brigitte Dormont

Les comptes de la Santé montrent que la croissance des dépenses de santé a ralenti depuis 2003 et surtout depuis 2012. La politique suivie depuis fin 2012 a cherché à préserver la couverture par la Sécurité sociale, tout en visant des gains d'efficacité. Les années récentes sont intéressantes, car elles montrent que l'assurance maladie a pu « absorber » une innovation médicale très coûteuse comme le Sofosbuvir, qui offre 90 % de guérison de l'hépatite C, sans faire exploser les dépenses globales, et ce grâce à des efforts qui ont surtout porté sur le prix des médicaments et le développement des génériques.

L'efficacité de la dépense est cruciale, car elle peut dégager les ressources pour financer l'accès de tous à des innovations médicales majeures. Or les gisements d'efficacité en matière de diffusion des génériques semblent considérables en France : en 2015, les données de l'OCDE montrent que la part des génériques dans les médicaments remboursés est de 83 % au Royaume-Uni, de 80 % en Allemagne et seulement de 30 % en France.

L'article ici présenté s'intéresse aux mesures pouvant amplifier la diffusion des génériques en France, mais aussi permettre des économies grâce aux réductions de prix. Quatre acteurs sont présents : du côté de l'offre on trouve les industriels du médicament, avec la question de la durée des brevets pour les princeps, celle de l'offre de pseudo innovations (les « me too »), qui prolongent le brevet sans réelle nouveauté dans l'apport thérapeutique, et la question de prix suffisants pour favoriser l'entrée de fabricants de génériques. Du côté de la demande on trouve le médecin prescripteur, le pharmacien et le patient. En France l'action publique s'est concentrée sur les pharmaciens, avec des incitations à la substitution des génériques aux princeps à l'intérieur d'un répertoire pré-défini. Cette politique a rencontré sa limite, à cause du coût des incitations versées et à cause de l'étroitesse du répertoire des génériques, lequel explique l'essentiel du retard français.

Pour que les me-too ne freinent pas le développement des génériques, il faut que les médecins se conforment à l'obligation de prescrire en dénomination commune internationale (DCI). Et il faut aussi agir du côté des patients, en systématisant le tarif forfaitaire de responsabilité et en élargissant son périmètre au-delà du répertoire. L'alignement des prix introduit par les tarifs forfaitaires de responsabilité mimet l'impact escompté d'un marché pour des produits de qualité identique. Tout patient aurait ainsi accès, avec une couverture complète à la molécule conforme à ses besoins, mais devrait payer de sa poche la différence de prix s'il veut utiliser un me-too ou si son médecin refuse de formuler sa prescription en DCI. On peut espérer que l'intérêt du patient oriente le comportement du médecin.

Brigitte Dormont

Économiste, professeur à l'université Paris Dauphine

Éditeur :

Ministère de l'Économie

Direction générale du Trésor
139, rue de Bercy
75575 Paris CEDEX 12

Directeur de la Publication :

Michel Houdebine

Rédacteur en chef :

Jean-Luc Schneider
(01 44 87 18 51)
tresor-eco@dgtrésor.gouv.fr

Mise en page :

Maryse Dos Santos
ISSN 1777-8050
eISSN 2417-9620

Derniers numéros parus

Mai 2017

n°198. Que peut-on dire des prévisions d'inflation des projets de loi de finances ?
Romain Faquet

n°197. Électricité verte : les avantages d'une approche européenne
Mathilde Didier, Alexis Loublier, Arthur Souletie

Mars 2017

n°196. Contribution à la réflexion sur l'approfondissement de l'Union bancaire
Vincent Alhenc-Gelas, Lucie Castets, Thomas Ernoult, Nathanaël Mason-Schuler

n°195. Quel impact de la politique de change pour les pays exportateurs de matières premières ?
Thomas Gillet, Myriam Morin Wang, Mathilde Tisseyre

n°194. La situation économique mondiale au printemps 2017 : amélioration progressive dans un contexte très incertain
Jean-Baptiste Bernard, Laetitia François, Thomas Gillet, Julien Lecumberry, Yasmine Osman, Morgane Salomé

n°193. Brevets et normalisation technique : comment concilier concurrence et innovation ?
Louise Rabier

<http://www.tresor.economie.gouv.fr/tresor-eco>

Ce document a été élaboré sous la responsabilité de la direction générale du Trésor et ne reflète pas nécessairement la position du ministère de l'Économie.