

LETTRE du COLLÈGE

COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

LE MOT DU PRÉSIDENT

Après le renouvellement de son CA lors de sa dernière AG, le 7 avril, le CES s'est doté d'un nouveau Bureau, à vrai dire très semblable au précédent puisque le Président, les vice-présidents et le trésorier ont été reconduits dans leurs fonctions. Cette nouvelle mandature s'ouvre sur des perspectives contrastées. Elles sont excellentes sur le plan scientifique. Nous avons ainsi été très honorés d'être sollicités par l'AFSE pour organiser une session thématique « économie de la santé » lors du prochain congrès. C'est une nouvelle reconnaissance de notre légitimité à représenter la discipline au niveau académique. Nous avons ainsi choisi trois papiers (dont les auteurs principaux sont Florence Jusot, Pierre-Yves Geoffard et Marc Perronnin) à partir de quelques critères simples : la diversité des thèmes, la capacité à intéresser des économistes non spécialisés dans la santé et le fait de répondre à de véritables enjeux et de ne pas être des simples exercices de virtuosité technique. Mettre la science au service de la société est en effet une des missions fondatrices du CES. De même, la préparation des 3^{èmes} rencontres franco-britanniques à Aix-en-Provence en Janvier 2012 progresse grâce à l'engagement de nos collègues marseillais. Nous espérons accueillir de nombreux membres du CES pour ce qui sera à n'en pas douter une des manifestations phare de l'année prochaine.

En revanche, les perspectives financières sont moins brillantes et les comptes de l'association sont à nouveau en péril, après s'être sensiblement améliorés ces deux dernières années. Pour maintenir notre haut niveau d'activité et notre forte présence scientifique et institutionnelle, nous avons en effet besoin d'une structure permanente active. Sans elle, le CES devrait se replier sur un fonctionnement bénévole qui se limiterait sans doute à la seule organisation des JESF de décembre. Ce serait insuffisant pour assumer de manière pleine et entière notre rôle d'animation de l'économie de la santé en France. Le nouveau CA a donc décidé d'entreprendre une réflexion stratégique sur les moyens de retrouver un financement stable et pérenne. Le débat est ouvert et nous y reviendrons dans les prochains mois. Parallèlement, nous devons réfléchir à améliorer les liens entre le CES et ses membres. Il est apparu en effet que beaucoup de nos initiatives étaient parfois plus connues à l'extérieur du CES qu'à l'intérieur. Nous avons donc résolu non seulement de mieux faire connaître à l'intérieur de l'association les activités que nous menons, mais aussi d'associer plus systématiquement les membres élus et non élus à l'organisation de nos manifestations. Il nous semble nécessaire de déléguer davantage de responsabilités et de mobiliser nos collègues au-delà du cercle restreint des membres actifs qui ont supporté la plupart de nos initiatives ces dernières années. A l'aube de cette nouvelle mandature qui débute dans un contexte difficile, nous aurons ainsi besoin de toutes les bonnes volontés prêtes à s'engager pour préparer l'avenir. Je n'ai pour ma part aucun doute que cet appel ne soit entendu.

Claude LE PEN
LEDa, LEGOS, Université Paris Dauphine

ÉDITORIAL :

Comment faire de la concurrence sur des marchés administrés ?

Les deux articles de Valérie Paris et de Jean-Jacques Zambrowski sont de vibrants plaidoyers pour une politique encore plus offensive de recours aux génériques. Ils pointent néanmoins tous les deux, chacun à sa façon, sur les paradoxes d'une économie administrée des médicaments : les génériques sont presque devenus des produits « ordinaires » de consommation, avec une offre très concurrentielle. On s'attendrait donc à ce que le meilleur mode de fixation des prix pour ces produits soit le marché. Naturellement, cette concurrence devrait s'exercer à l'intérieur de règles précises de contrôle de la qualité des produits et de sécurité d'approvisionnement. Comme le souligne Valérie Paris, la limite de la pression concurrentielle est la survie des génériqueurs eux-mêmes ou l'apparition d'une forte concentration avec une fabrication délocalisée, limitant le recours à la concurrence. Malheureusement, l'exercice de cette concurrence se heurte à d'autres régulations propres aux systèmes administrés et/ou à l'assurance maladie universelle. Un facteur est celui de la régulation des distributeurs : l'économie des pharmaciens est elle-même administrée, en France par le contrôle des marges calculées sur le coût d'acquisition. Il est dans ce cas inévitable, ne serait-ce que parce que les règles vont moins vite que le marché, qu'une partie de la rente des génériques soit captée par le réseau des officines, ce qui induit encore plus de régulation (la loi Chatel sur la limitation des marges arrières). Si on veut néanmoins capturer la marge, on doit alors faire face à la fronde des officines qui demandent une compensation pour maintenir leur niveau de revenu. Faut-il alors introduire plus de concurrence entre les officines, qui pourraient différencier de façon plus forte les prix des génériques qu'ils proposent ?

Du point de vue de l'Assurance Maladie, les exemples néerlandais et allemand soulèvent une question intéressante, qui est celle de la différenciation des niveaux de prix ou de remboursement d'une caisse à l'autre, puisque les assureurs des Pays-Bas et les Caisses allemandes ont la possibilité de négocier directement des prix, en sélectionnant des « produits préférés ». Du strict point de vue du

« consommateur final », cela veut dire moins de choix, sauf si cela devient un élément important du choix de l'assureur. Mais le patient est-il de ce point de vue suffisamment informé ? Par ailleurs, la restriction du choix des génériques est-elle une bonne chose, sachant que ceux-ci peuvent différer notablement sur le plan de la forme galénique (qui ne s'est pas plaint de la taille parfois étonnante de cachets que le pharmacien vous impose ?). Enfin, si Valérie Paris ne prend pas position sur l'impact potentiel sur la qualité des soins de la pratique de « l'équivalent thérapeutique », Jean-Jacques Zambrowski dénonce avec vigueur ce qu'il considère comme une extension abusive de la concurrence entre molécules génériques et molécules de spécialité dans la même classe thérapeutique, en rappelant à juste titre qu'il existe des différences objectives d'attribut entre ces molécules. Accepter cette vision exten-

sive peut alors aboutir à terme à limiter la concurrence dans une classe, les laboratoires n'investissant plus dès lors que la référence devient la molécule la plus ancienne dans la classe.

On le voit, l'administration d'une économie crée des rigidités à la flexibilité des prix, qui peuvent certes se justifier, mais qui rendent délicat l'exercice d'une concurrence, alors que celle-ci présente des avantages indéniables dès lors qu'il s'agit de produits « banalisés » par la perte d'une protection intellectuelle. Ceci rend presque inévitable le maintien de rentes, certes plus ou moins importantes : comment en mesurer l'impact sur le fameux surplus du consommateur ?

Gérard de POUVOURVILLE
Chaire ESSEC Santé

LE PRIX DES GÉNÉRIQUES DANS LES PAYS DE L'OCDE : RÉGULATION OU CONCURRENCE ?

Tous les pays de l'OCDE ont pris conscience du potentiel d'économies réalisables grâce aux génériques. Même si les moyens mis en œuvre pour stimuler le marché générique n'ont pas tous la même envergure, le droit de substitution est à peu près acquis partout -ce qui n'était pas gagné il y a 15 ans- et diverses incitations ont été introduites pour les patients, les pharmaciens et parfois les médecins. La pénétration des génériques est encore inégale : de 15% à 75% en volume dans la zone OCDE¹, et certains pays -dont la France- pourraient faire beaucoup mieux. Mais que sait-on des prix et de leur dynamique ? Pas grand-chose à vrai dire. Les comparaisons internationales de prix des médicaments sont extrêmement sensibles à la méthode (échantillon, indice, type de prix) et donnent régulièrement des résultats discordants.

La dernière étude française publiée² compare les prix fabricant moyens³ de 74 molécules représentant 80% du CA total des génériques en France dans 10 pays européens. Elle conclut que la France paie ses génériques moins chers que l'Allemagne, le Royaume-Uni, l'Autriche, le Portugal, et la Belgique mais plus chers que l'Espagne, l'Italie, la Finlande et la Pologne ; les

prix étant relativement moins élevés pour les présentations lancées plus récemment. Ces niveaux de prix s'expliquent par les politiques adoptées pour réguler les prix des génériques.

La moitié des pays de l'OCDE régulent le prix du générique à l'entrée sur le marché, en fonction du prix de l'original

La France a choisi de réguler le prix du générique à l'entrée sur le marché en imposant une décote minimale par rapport au prix du produit original. Initialement fixée à 30%, cette décote a régulièrement augmenté depuis 2006. En 2009, elle a été fixée à 55%, auxquels s'ajoute une baisse supplémentaire de 7% après 18 mois. Près de la moitié des pays de l'OCDE pratiquent ce type de politique avec quelques variantes. La Suisse par exemple vient d'introduire un système de décote progressive, liée à la taille du marché du princeps au moment de l'expiration du brevet. Mais au fond, pourquoi l'assurance maladie paye-t-elle plus cher pour un princeps que pour ses copies après l'expiration d'un brevet ? Ne devrait-elle pas payer le même prix pour un effet attendu équivalent ? C'est la logique qui inspire les prix de référence ou forfaits de remboursement.

Deux tiers des pays de l'OCDE fixent des forfaits de remboursement

En Europe, les prix de référence sont apparus en Allemagne, sur un marché où les prix n'étaient pas régulés à l'entrée. Outre-Rhin, les assureurs

¹ OCDE (2010), Optimiser les dépenses de santé, Organisation de coopération et de développement économiques, Paris.

² Étude de Philippe Février, citée par le Gemme dans la présentation « Le modèle français du générique, quelle efficacité économique ? » du 9 mars 2011.

³ PFHT par unité standard.

paient le même prix pour tous les produits inclus dans un groupe ; les fabricants -princeps et génériques- restent libres de fixer leur prix, les prescripteurs et les patients libres de choisir leur produit, à condition d'être prêts à payer, le cas échéant, la différence entre le prix et le forfait de remboursement. Les médecins sont obligés d'informer leurs patients lorsque le prix du produit prescrit dépasse le prix de référence et sont par ailleurs incités à prescrire de manière efficiente. Les médicaments soumis à prix de références représentent 75% des prescriptions remboursées par les caisses d'assurance maladie.

Aujourd'hui, les forfaits de remboursement sont utilisés dans deux tiers des pays de l'OCDE et s'articulent parfois avec une régulation du prix du médicament (en France par exemple). La majorité des pays limitent les prix de références aux groupes génériques (Niveau 5 de la classification ATC) ou à certains d'entre eux. D'autres pays, comme les Pays-Bas ou l'Allemagne, forment des groupes de produits équivalents d'un point de vue pharmacologique et/ou thérapeutique (niveau 4, voire 3 de la classification ATC)⁴. L'Allemagne inclut même des produits brevetés dans des « jumbo groups » (statines, ISRS, IPP), au grand dam de l'industrie pharmaceutique. Le prix de référence est fixé en fonction des prix disponibles sur le marché, selon des règles propres à chaque pays (souvent le prix le plus bas, mais pas toujours).

Ces politiques ne conduisent pas toujours à de bas prix

En pratique, les prix de référence ont généré une concurrence par les prix, y compris pour les produits originaux. Mais elles n'ont pas toujours conduit à des prix des génériques réellement bas. Pas plus que la régulation des prix liée aux prix des originaux. On peut même se demander à quel point ces politiques ne servent pas plutôt à garantir un prix minimum aux fabricants plutôt qu'à stimuler une concurrence par les prix.

Pourtant, il existe une concurrence par les prix, qui s'exerce le plus souvent au niveau de l'officine.

Les fabricants de génériques sont prêts à consentir des rabais substantiels aux pharmaciens pour qu'ils choisissent leur produit plutôt qu'un autre au moment de la délivrance. Ces rabais sont mal connus mais importants. Le bureau de la concurrence canadien a estimé qu'ils représentaient 40% des coûts des génériques pour les payeurs

en 2008⁵. Or, trop souvent, ces rabais ne bénéficient ni aux consommateurs, ni aux payeurs publics. Conscients de cet écueil, les régulateurs ou les payeurs ont adopté des stratégies diverses. La France a décidé de réguler les « marges arrières » des pharmaciens c'est-à-dire les rabais consentis par les génériqueurs : elle a en quelque sorte négocié un plafonnement de ces marges en échange de baisses des prix « catalogues » des génériques⁶.

Depuis 2007, l'Australie demande aux pharmaciens de révéler leurs prix d'achat et révisé les prix des génériques dès que les prix d'achat réels sont 10% au-dessous du prix officiel. Le Japon révisé également régulièrement les prix des génériques pour tenir compte des prix réellement pratiqués et relevés par enquête. D'autres pays ont choisi de stimuler la concurrence sur les prix par la contractualisation et/ou les appels d'offre. Ces méthodes, déjà très utilisées par les hôpitaux, se sont développées dans le secteur ambulatoire^{7,8}. La Nouvelle-Zélande a adopté cette démarche dès 1997. Elle a permis d'abaisser les prix de 40% la première année et 60% la deuxième année. Pour certains produits, les réductions de prix ont atteint 84 à 96%⁹.

Aux Pays-Bas, les assureurs ont commencé en 2005 à sélectionner des « produits préférés » : ils contractent avec le fabricant le plus offrant, et seuls ses produits sont remboursés aux assurés pour une période donnée. Au départ, les assureurs pouvaient contracter collectivement : la première année, sept d'entre eux s'étaient associés pour l'achat de simvastatine, pravastatine et omeprazole. Les conséquences de ces appels d'offre sur le marché ont été telles que les acteurs se sont mis d'accord pour limiter les possibilités de contracter aux assureurs individuels et à une trentaine de molécules. Les réductions de prix obtenues grâce à ces contrats ont atteint des records de 90% pour certains produits. Les économies initialement réalisées ont été estimées à plus de 300 millions d'euros. Mais cette politique a privé les officines d'une partie de leurs revenus, mettant certaines d'entre elles en péril.

5 Competition Bureau Canada (2008), Benefiting from Generic Drug Competition in Canada: The Way Forward, Competition Bureau Canada, Ottawa.

6 Mutualité Française (2008), Bilan de 25 ans de politique du médicament générique. Propositions pour une politique plus ambitieuse, Mutualité Française, Paris.

7 Leopold, C., C. Habl and S. Vogler (2008), Tendering of Pharmaceuticals in EU Member States and EEA Countries, ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH, Vienna.

8 Kanavos, P. (2009), Tender Systems for Outpatient Pharmaceuticals in the European Union: Evidence from the Netherlands, Germany and Belgium, London Schools of Economics, London.

9 OXERA (2001), Fundamental Review of the Generic Drugs Market, A report prepared for the Department of Health, OXERA, Oxford.

4 Habl, C. et al. (2008), Referenzpreissysteme in Europa, ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH, Vienna.

Pour compenser leurs pertes, la rémunération des services des pharmaciens (exécution d'ordonnance) a été augmentée, pour un montant total de 200 millions d'euros, annulant une partie des économies réalisées^{8,10}.

Les caisses d'assurance maladie allemandes émettent des appels d'offre depuis 2007, essentiellement pour les génériques. Seuls les produits sélectionnés sont remboursés au patient, qui peut même être exonéré de copaiement lorsque le prix négocié est inférieur d'au moins 30% au forfait de remboursement. En 2010, on comptait un peu plus de 12000 contrats, signés par 166 caisses et 138 laboratoires¹¹. Les contrats étant confidentiels, l'impact sur les prix n'est pas connu, mais le plus gros assureur (AOK) annonce 1,2 milliards d'économies pour son seul compte en 2010-2011 grâce à ces contrats¹².

Les fabricants génériques soulignent à juste titre les risques de ces politiques d'appels d'offre¹³. Dans de rares cas, les fabricants n'ont pas pu honorer le contrat et les assureurs ont dû trouver d'autres fournisseurs. Aux Pays-Bas, certains fabricants ont quitté le marché. A long terme, il existe donc un risque de concentration excessive du marché, réduisant le jeu de la concurrence. Par ailleurs, ces politiques ont l'inconvénient de contraindre sérieusement le choix des patients et des prescripteurs et d'imposer régulièrement des

changements de traitement. Les politiques doivent donc faire un arbitrage entre réduction des coûts et contraintes pour les acteurs.

Quel juste prix pour les génériques ?

Les coûts de production d'un médicament sont assez faibles. L'association des génériqueurs allemands explique par exemple que le prix sortie-usine d'une boîte de 50 comprimés d'un anti-épileptique générique est de 16 cents (pour un prix public de 9,87 Euros)¹⁴. Aux États-Unis, pour les génériques les plus vendus, l'indice du prix moyen fabricant¹⁵ diminue régulièrement dans les 25 premiers mois de commercialisation pour se stabiliser à 6% du prix d'entrée du premier générique¹⁶. Toutes ces informations suggèrent qu'en France, l'assurance-maladie et les patients ne profitent pas pleinement des potentiels d'économies réalisables grâce aux génériques. Pourrait-on faire mieux tout en gardant un marché attractif pour les génériqueurs et des incitations appropriées pour les pharmaciens ? La question mérite au moins d'être posée.

Valérie PARIS
OCDE.

« Les opinions exprimées dans cet article sont celles de l'auteur, pas celles de l'OCDE, ni de ses pays membres. L'auteur assume toute la responsabilité en cas d'erreur ».

¹⁰ Maarse, H. (2009), "Drug Preference Policy", Health Policy Monitor, October 2009, available at: www.hp.m.org/en/Surveys/BE0Z_Maastricht_-_Netherlands/14/Drug_preference_policy.html.

¹¹ Progenerika (2010), Marktdaten 2009 / 2010.

¹² AOK (2011), Erfolgsmodell AOK-Arzneimittelrabattverträge, Antworten auf häufig gestellte Fragen, Stand : Juni 2011.

¹³ Carradinha, H. (2009), "Tendering Short-term Pricing Policies and the Impact on Patients, Governments and the Sustainability of the Generic Industry", Journal of Generic Medicines, Vol. 6, No. 4, pp. 351-361.

¹⁴ Progenerika (2011), Was gibt es heute für 16 Cent?, Zahl des Monats, April 2011.

¹⁵ 25 génériques les plus vendus parmi ceux commercialisés entre 2005 et 2009.

¹⁶ Berndt E. et M. Aitken (2010), Brand loyalty, generic entry and price competition in pharmaceuticals in the quarter century after the 1984 Waxman-Hatch legislation.

GENÉRIQUES : ENCORE UN FORT POTENTIEL D'ÉCONOMIES

Les médicaments génériques ont compté en 2010 pour 70 % en unités et 58 % en chiffre d'affaires du marché du Répertoire, qui compte pour 34,8 % en unités et 22,8 % en valeur du total du marché officinal des spécialités remboursables¹⁷. Ainsi, les médicaments génériques figurent pour 24,4 % en unités et 13,5 % en valeur du marché des spécialités remboursables. En prix fabricant hors taxes, le prix moyen des médicaments génériques remboursables inscrits au Répertoire est de 4,09 € contre 6,94 € pour les médicaments de référence, soit un écart de 2,85 € par unité, correspondant à une économie de 41,1 %. Cet important écart de prix explique l'économie réalisée par l'Assurance maladie, évaluée à 1,79 milliards d'euros en 2010¹⁸. Or certains observateurs laissent entendre que l'économie susceptible d'être ainsi réalisée par les génériques serait menacée d'épuisement. Nous entendons montrer ici qu'il n'en est rien, et qu'au contraire de multiples raisons justifient la projection inverse.

Il y a peu, Frédéric van Roekeghem, Directeur général de la CNAMTS, estimait que les économies réalisées grâce aux génériques pourraient doubler entre 2009 et 2013, en raison principalement de la fin de la protection brevetaire de nombreuses molécules largement prescrites et fort coûteuses pour l'assurance maladie. L'Assurance maladie a donc mis en place diverses mesures pour accroître notamment la pénétration des génériques, tels les CAPI, les profils de substitution, le réseau des DAM et autres actions de promotion de la prescription au sein du Répertoire. La LFSS pour 2011 a de même prévu l'instauration de diverses mesures visant en particulier « à inciter les médecins à prescrire dans le Répertoire des génériques ».

La croissance de l'économie apportée par les génériques dépend en effet principalement de l'évolution de la prescription, donc de l'offre, liée au nombre et à la pertinence thérapeutique des molécules inscrites au Répertoire. Le GERS estime à plus de 1,9 milliards d'euros le potentiel de chiffre d'affaires officinal des nombreuses molécules qui vont devenir généricables au cours des prochaines années. De plus, la croissance de la pénétration générique est plus rapide qu'auparavant. Fin 2008, le rapport du Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

notait que « sur l'ensemble des produits généricables, la pénétration générique est passée de 24% [en 2000] à plus de 70,2% en 2007. Il fallait en 2004 ou 2005 un an et demi pour qu'un générique prenne 50% du marché alors qu'il faut aujourd'hui à peine six mois. Une étude du GERS¹⁹ confirme que la pénétration des génériques au sein d'un nouveau groupe générique en volume après 18 mois était de 38 % en 2002 et de 85 % en 2008.

L'économie pour le payeur est bien plus significative lorsqu'elle émane de la prescription : selon le CEPS, 1 point additionnel de substitution génère 12 M€ d'économies pour l'assurance maladie, tandis que 1 point additionnel de prescriptions dans le Répertoire rapporte 60 M€. Sur la base de l'offre générique et des règles de substitution anticipées pour 2011, le Leem, qui regroupe 11 des principaux industriels du médicament générique, estime même cet apport à 105 M€²⁰.

D'autres réservoirs de prescriptions favorables aux génériques doivent également être évoqués, comme les réformes affectant la consommation pharmaceutique dans le secteur médico-social en pleine expansion en France et notamment les EHPAD, pour lesquels la LFSS pour 2011 a prolongé l'expérimentation de forfaits, favorables par nature aux traitements les moins onéreux.

La relance de la mesure « tiers-payant contre génériques » serait pour le Leem une des mesures susceptibles de concourir au développement du marché français des génériques.

A côté des génériques à proprement parler, il faut mentionner les biosimilaires. Même s'il est vrai que ces médicaments sont encore peu nombreux, qu'ils ne bénéficient pas du droit de substitution par le pharmacien ni d'aucun mécanisme d'incitation particulier, on doit s'attendre à un développement de ce segment de marché.

La France a fait le choix d'une politique générique originale, caractérisée notamment par une offre bien identifiée, avec un Répertoire regroupant spécialités de référence et larges gammes de génériques de qualité, un droit de substitution très étendu ou encore un système de prix fixant par décision ministérielle le différentiel entre

¹⁷ Données GERS - Cumul Janvier Décembre 2010

¹⁸ Gemme - Conférence de Presse - Mars 2011.

¹⁹ Etude sur la pénétration des génériques 2000 - 2008 - GERS - Septembre 2009

²⁰ Communiqué de Presse. Gemme - 16 novembre 2010

génériques et princeps. Au différentiel initial de -55 % s'ajoute après 18 mois une décote complémentaire de 7 %. Pour autant, les analystes internationaux s'accordent à considérer que ce système, quoique fortement administré, n'a pas encore atteint la plénitude de son rendement.

Parmi les mesures récentes positives, la LFSS pour 2011 vient de porter de 2,5 à 17 % la remise susceptible d'être consentie aux pharmaciens pour les « quasi-génériques - spécialités à libération modifiée. Au-delà, les pharmaciens aimeraient davantage de contrôle quant à l'usage de la mention « non substituable » qui tendrait à se répandre chez certains médecins.

La loi Chatel a sensiblement réduit les montants des marges arrières et autres avantages commerciaux proposés aux pharmaciens. Au surplus, le recours au mécanisme du TFR (tarif forfaitaire de responsabilité), nettement moins favorable aux pharmaciens, paraît appelé à s'étendre. Si ce recours n'est encore que marginal, représentant 3 % du marché remboursable de ville en valeur et 7 % en volume, on constate en effet qu'il a pratiquement doublé en 3 ans.

Ainsi, les choix du politique font assez clairement glisser le moteur de la croissance du marché des génériques de l'officine vers le cabinet médical, dont le gisement n'est encore que faiblement exploité.

Dans cette situation, il convient de soutenir une politique claire, bénéfique pour les comptes sociaux, sans toutefois porter atteinte aux fondamentaux qui font la valeur, reconnue de notre système de soins, à savoir la confiance et la sécurité. Il est à ce titre regrettable de voir émerger ici ou là des suggestions visant à promouvoir des mesures dont la mise en œuvre ne manquerait pas d'être potentiellement préjudiciable à la qualité globale des soins en France.

Le concept d'« équivalents thérapeutiques » est le prototype de ces fausses bonnes idées, qui sacrifient sur l'autel de la maîtrise comptable des dépenses de santé, la liberté de prescription des praticiens et la réponse thérapeutique propre à chaque spécialité. C'est aussi la négation du progrès incrémental qui, s'il n'apporte pas de révolution, n'en apporte pas moins des bénéfices d'efficacité, de sécurité ou de praticité pour les malades ou les soignants. Réduire une classe thérapeutique à une seule molécule, sur la base du coût le plus bas, serait une régression signant la fin de la maîtrise médicalisée, au niveau des « formularies » des pires HMO américaines, sans compter l'instauration sous couvert de la loi d'un

risque de « perte de chances » préjudiciable à certains patients.

Il en est de même de la qualité des médicaments génériques. Les normes exigeantes à juste titre de l'Afssaps et de l'EMA en matière de production et de contrôle sont une garantie de qualité et de fiabilité pour tous, médecins, pharmaciens et patients... Accepter l'importation ou la production de médicaments à bas prix qui n'offriraient pas les mêmes garanties serait une autre régression, sans impact décisif sur l'expansion du marché des génériques ni sur les économies attendues. Ce n'est pas non plus en ayant recours à des systèmes qui ont tous démontré dans les pays où ils ont été essayés leur inefficacité et leurs limites, tels les politiques d'appels d'offres ou de remboursements préférentiels ou les quotas imposés aux médecins, solutions contraignantes et attentatoires aux libertés ne produisant que des économies marginales et limitées, en regard de ce que peut produire l'adhésion de l'ensemble des acteurs procédant de la confiance et de la qualité.

Les génériques occupent aujourd'hui une place indéniable dans le marché pharmaceutique mondial. Dans les pays développés disposant d'un système d'assurance maladie géré ou contrôlé par l'Etat, les économies apportées par un juste recours aux génériques permettent de financer par exemple en grande partie les médicaments innovants et onéreux accessibles de manière équitable en ville. Un rapport récent²¹ démontre, chiffres et analyses détaillées à l'appui, qu'en matière de génériques, la France, de même que l'Espagne le Portugal et l'Italie, ne sont que des pays émergents. Pour notre pays, le taux de progression devrait se situer entre 10 et 15 % pour les trois prochaines années. Les auteurs anticipent une forte concurrence entre acteurs industriels spécialisés. Ainsi, les économies liées aux génériques sont très largement devant nous, pourvu que les choix politiques et leur traduction administrative soient judicieux. On peut craindre que ceux qui prétendent qu'elles s'épuisent ne cherchent à induire des arbitrages et des mesures à la portée limitée dans le temps et à l'efficacité économique largement en-deçà des exigences de la santé publique et des comptes sociaux.

Jean-Jacques ZAMBROWSKI
Université Paris Descartes

²¹ Emerging generic drug markets in Europe, Companies & Markets ; 5 décembre 2010.
<http://www.companiesandmarkets.com/Market-Report/emerging-generic-drug-markets-in-europe-394095.asp>

LES ACTIVITÉS DU COLLÈGE

ELECTION DU CA ET DU NOUVEAU BUREAU

L'Assemblée Générale du CES réunie le 7 avril 2011 a procédé au vote du Conseil d'Administration. Ont été élus (par ordre alphabétique) :

BÉJEAN Sophie, BUNGENER Martine, CASES Chantal, DETOURNAY Bruno, DORMONT Brigitte, FRANC Carine, JUSOT Florence, LE PEN Claude, MATHONNAT Jacky, MOUMJID Nora, PARAPONARIS Alain, de POUVOURVILLE Gérard, ULMANN Philippe, VAILLANT Nicolas, et VENTELOU Bruno.

Le Conseil d'Administration du CES a élu le 14 juin 2011 son Bureau pour la mandature 2011-2014.

Ont été élus à l'unanimité :

Claude LE PEN, Professeur de sciences économiques à l'Université Paris Dauphine, a été reconduit pour la troisième fois consécutive en tant que **Président du CES**.

Sophie BÉJEAN, Professeur de sciences économiques à l'Université de Bourgogne, **Vice-présidente du CES**.

Gérard de POUVOURVILLE, Professeur titulaire de la Chaire Essec-Santé, **Vice-président du CES**.

Bruno DETOURNAY, Co-Directeur général de CEMKA-EVAL, **Trésorier du CES**.

Carine FRANC, Chargée de recherche, CERMES 3, **Secrétaire du CES**.

Philippe ULMANN, Directeur de l'Offre de soins de la CNAMTS, **Trésorier adjoint du CES**.

Le Club Hippocrate

Le Collège poursuit sa collaboration avec Agora Europe en assurant le Conseil scientifique du Club Hippocrate, club informel dédié à l'économie de la santé. Les deux derniers déjeuners, respectivement les 10^{ème} et 11^{ème}, ont été consacrés au thème *Ticket modérateur, franchises, bouclier : quelle assurance santé ?* (Pierre-Yves Geoffard et Jean-Marc Aubert) et à celui du *Prix du Médicament* (Gérard de Pouvourville et Gilles Johanet).

Les notes de synthèse et les comptes-rendus sont disponibles gratuitement sur le site suivant : <http://www.club-hippocrate.fr>

ISPOR : PUBLICATION DE LA SYNTHÈSE 2010

Face à l'intérêt suscité par les précédentes éditions, le Collège des Economistes de la Santé et les Laboratoires Novartis-France présentent, pour la troisième année consécutive une synthèse des principaux apports du dernier congrès de l'International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR), sous la Direction de Bruno Detournay (CEMKA-EVAL), qui s'est déroulé à Prague en Novembre 2010.

VIADÉO : UN NOUVEL OUTIL DE COMMUNICATION

En attendant la refonte du site internet qui sera opérationnel le 1^{er} septembre 2011, le Collège des Economistes de la Santé s'est doté, depuis le 30 décembre 2010, d'un espace public (*Hub*) sur le réseau social VIADÉO. Cet espace rassemble plus de 900 membres et a pour objet *i*) de présenter l'actualité du CES (publications, conférences, Lettres...), *ii*) de fournir des informations générales en économie de la santé (publications, conférences,...), *iii*) de favoriser les échanges entre économistes et non-économistes autour des problématiques de santé et *iv*) de mettre en relation les offreurs et les demandeurs d'emplois (ou de stages) en économie de la santé. Par ailleurs, une newsletter est adressée tous les quinze jours. Si vous n'êtes pas encore inscrit, rejoignez-nous.

CONFÉRENCES SCIENTIFIQUES

Les JESF se déroulent à Clermont- Ferrand (CERDI) les 1^{er} et 2 décembre 2011. Le comité scientifique, présidé par Sophie Béjean, a reçu 34 propositions de contributions et établira le programme des JESF début juillet.

En outre, le CES organise les rencontres franco-anglaises (CES-HESG) qui se tiendront à Aix-en Provence grâce aux collègues marseillais du 11 au 13 janvier 2012. L'appel à communication est ouvert jusqu'au 15 juillet 2011 et disponible sur le site du CES.



COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

Les Coordonnées du Collège

Si vous souhaitez joindre le Collège des Économistes de la Santé,
adressez votre courrier au :

CES - 7, rue de Cîteaux, 75012 Paris.

Tél: +33 (0)1 43 45 75 65 - Fax : +33 (0)1 43 45 75 67

E-mail : ces2@wanadoo.fr

Site internet : <http://www.ces-asso.org>

La Lettre du Collège :

Directeur de rédaction : Claude Le Pen.

Secrétariat de rédaction : Thomas Barnay, Louis Mongrédien.

Tirage : 550 exemplaires.

Réalisation : Louyot.

ISSN : 1953-6755