

Les génériques, une fausse réponse à l'accroissement des dépenses de santé

Très fortement en retard sur ses voisins dans l'essor des médicaments génériques, la France montre, depuis trois ou quatre ans, une réelle volonté politique d'appui à leur développement afin de répondre au problème de l'augmentation des dépenses de santé. Or un rapide calcul montre que les économies potentiellement réalisables ne pourront compenser l'augmentation de la consultation généraliste, ni celle des marges des pharmaciens. Elles seraient, en outre, gommées en quelques mois par la hausse des dépenses liées au médicament.

par Olivier Argaut

En pratique, le médicament générique doit contenir le même principe actif que le princeps, sous le même dosage et sous la même présentation physique (gélule, aérosol, ampoule...).

Du point de vue thérapeutique, un médicament générique a exactement la même efficacité que le princeps et, comme le fabricant d'un médicament générique n'a pas à amortir de frais de recherche et de développement, il peut le commercialiser à un prix inférieur à celui du princeps. Aussi efficace et moins cher que celui qu'il remplace, le médicament générique apparaît fournir une réponse évidente au problème de l'augmentation des dépenses liées au médicament.

En France, un médicament générique est facilement identifiable grâce à son nom ; en effet, il est soit identifié par le nom du principe actif appelé « dénomination commune internationale (DCI) » (1), obligatoirement suivi du nom du laboratoire, soit par un nom de marque déposé (ou nom de fantaisie) suivi du suffixe « Gé ».

Quant au prix, un générique coûte, en France, environ 30 % moins cher. Cette décote est quasi systématique, souvent à la demande des pouvoirs publics qui considèrent que ces 30 % correspondent à la proportion moyenne des dépenses de R&D par rapport au chiffre d'affaire d'un laboratoire innovant.

Une mise en place laborieuse

Tandis qu'aux Etats-Unis, il existe des « *generic drugs* » depuis les années 60, cette notion est beaucoup plus tardive en France : on parle de *spécialités essentiellement similaires* seulement depuis 1975, et la première vraie définition du générique en France a été

donnée dans l'ordonnance 345-96 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, dite « ordonnance Juppé ». Ceci marque le début du lancement des génériques en France, avec la création du cadre légal permettant la constitution de l'offre de générique.

Parallèlement, les grands fabricants de génériques sont apparus dans la période 95-96. Il y a très certainement eu des pressions des pouvoirs publics sur les laboratoires français, ou installés en France, afin que ceux-ci mettent sur pied des filiales spécialisées dans le générique.

De 1995 à 1998 se déroule la première époque du générique : tous les acteurs industriels s'installent et développent une offre générique relativement complète tout en accumulant les pertes, car à ce moment-là, les génériques sont un véritable fiasco, à part quelques produits en nom de fantaisie. En effet, cette première mise en place du générique s'est faite en confondant marché régulé et marché libre : sur un marché libre où les acteurs sont contraints par les prix, la différence de prix entre princeps et générique est suffisante pour assurer le développement des génériques, ce qui n'est pas du tout le cas sur le marché officinal français où le malade est peu sensible aux problématiques de prix.

Ainsi, en 1998, on dispose en France d'une offre de générique, sans en avoir la demande correspondante. Le statu quo est intenable, d'où le début de la deuxième époque du générique.

Afin de créer la demande générique, les pouvoirs publics s'étaient d'abord efforcés de travailler avec les médecins. Malheureusement, ces négociations échouèrent pour plusieurs raisons,

(1) DCI ou, en anglais, INN (International Nonproprietary Name).

notamment l'incompréhension et l'opposition de principe entre les médecins et les caisses d'assurance maladie.

Devant cet échec, les pouvoirs publics se tournèrent vers les pharmaciens pour aider au développement des génériques, d'où une série d'accords et de textes publiés en 1998 et 1999. Ceux-ci définissent le cadre de l'exercice du droit de substitution et de son pendant économique, l'égalisation des marges. Depuis le 1^{er} septembre 1999, un pharmacien peut, en effet, de son propre chef et sans recueillir auparavant l'avis du prescripteur, remplacer un médicament par un autre dans le cadre du répertoire de l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) : c'est le fameux « droit de substitution ».

Ainsi, depuis fin 1999, le marché du générique français a pris un tout autre visage, très original au niveau international, puisque ce sont les pharmaciens qui sont les moteurs du générique.

La spécificité du droit de substitution est de permettre la délivrance d'un produit autre que celui prescrit sans avoir obtenu préalablement l'accord du prescripteur (2).

Cependant, avec le système tel qu'il était alors conçu, le droit de substitution était condamné économiquement car, le médicament générique étant beaucoup moins cher que le princeps, le pharmacien gagnait moins d'argent en délivrant un générique. Le droit de substitution devait donc être accompagné d'un volet d'incitation économique.

En 1999 est signé un accord entre l'Etat et les pharmaciens pour instituer, en

même temps qu'une revalorisation générale des marges (3), le principe d'une marge identique pour le pharmacien, que celui-ci délivre un médicament princeps ou un médicament. Par ailleurs, cet accord fixe un objectif de substitution ambitieux pour les pharmaciens : 35 % du champ du répertoire de l'AFSSAPS, ainsi que des pénalités en cas d'échec. Cet objectif n'a pas été atteint et les pouvoirs publics n'ont pris aucune sanction contre la profession. Enfin, en 2002, les pouvoirs publics français changent radicalement de stratégie en remplaçant les médecins au cœur de la problématique. En échange d'une revalorisation de la consultation des médecins généralistes de 18,5 à 20 €, les médecins se sont engagés à prescrire à hauteur de 25 % en DCI, favorisant ainsi la délivrance de génériques. Cet accord n'a cependant pas été accompagné de pénalités en cas d'insuffisance de résultats.

Un marché très subjectif

Le marché des génériques est une notion qui est souvent mal exprimée et qui conduit à des confusions fréquentes (bien souvent utilisées à dessein). En effet, avant de parler de part de marché des génériques, il faut d'abord bien préciser par rapport à quelle base on mesure celle-ci, et quels sont les facteurs influents ; on peut, en effet, juger la pénétration des génériques par rapport à l'ensemble des médicaments remboursables ou juste par rapport aux groupes génériques (ensemble formé par le princeps et les génériques associés).

Sur la figure 1 ci-dessous, on observe que, au sein de l'ensemble des spécialités remboursables, les spécialités (princeps et génériques) appartenant à des groupes génériques ne constituent qu'environ 14 % du marché en chiffre d'affaire. Ensuite, à l'intérieur de ces groupes génériques, les médicaments génériques comptent pour environ 25 % en chiffre d'affaire, contre 75 % pour les spécialités de référence. On comprend ainsi que les médicaments génériques ne représentent que 14 % x 25 %, c'est-à-dire environ 3 % du marché total des médicaments remboursables.

Comme dans beaucoup de secteurs économiques, il est possible de dire tout et son contraire grâce à des chiffres habilement maniés. Dans le secteur pharmaceutique, ceci est peut-être encore plus vrai à cause des distinctions entre les ventes des laboratoires (en PFHT), les ventes des pharmaciens (PPTTC), les montants présentés au remboursement et les montants effectivement remboursés (selon le taux de remboursement entre 35 et 100 %). Le marché des médicaments génériques ajoute à la confusion avec la notion de groupe générique qui inclut aussi le princeps. Ainsi, pour montrer que les génériques ne représentent qu'une faible part du marché des médicaments remboursables, il suffit de dire qu'ils ne pèsent que 2,8 % du marché. Par contre, on peut dire que leur potentiel est fort puisque les groupes génériques (le répertoire) représentent 15 % du marché.

Pour montrer que les génériques ont bien décollé, il suffit de les replacer dans leur marché potentiel, celui des médicaments princeps inscrits au répertoire de l'AFSSAPS : ils représentent alors 23 % du marché.

Enfin, les chiffres deviennent beaucoup plus positifs et encourageants en utilisant les volumes en nombre de boîtes vendues : les génériques représentent alors presque 30 % de leur marché (voir le tableau page suivante) !

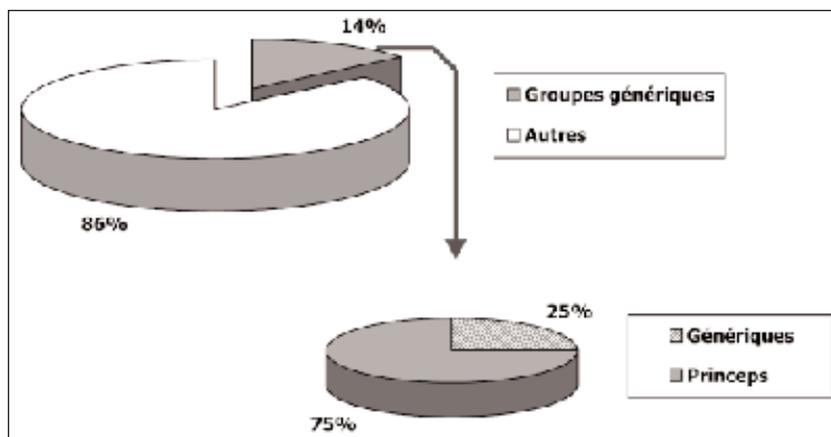


Fig. 1. Schéma explicatif du marché des médicaments génériques. Les données numériques présentées ici sont des valeurs indicatives à fin 2000.

2) Dans la plupart des autres pays qui disposent d'un « droit de substitution » (Allemagne, Etats-Unis, Pays-Bas), celui-ci est à entendre au sens restrictif, c'est-à-dire sur accord explicite du médecin.

3) Le système de calcul des marges très dégressif à six tranches a été abandonné au profit du système actuel, qui comporte seulement deux tranches.

TABLEAU
Parts de marché des génériques
 (spécialités inscrites au répertoire de l'AFSSAPS de janvier 2001)

	PFHT	Volume (nombre de boîtes)
Pourcentage des groupes génériques dans le marché des médicaments remboursables	15 %	21 %
Pourcentage des médicaments génériques dans le marché des médicaments remboursables	2,8 %	6 %
Pourcentage des médicaments génériques dans le répertoire des groupes génériques	23 %	29 %

L'effet générique sur le princeps

Les médicaments génériques ont été créés pour introduire une concurrence sur le marché des médicaments. Face à une attaque par les prix, on aurait pu attendre naturellement une réaction du côté des médicaments de référence avec une baisse de leur prix. Ceci a malheureusement buté sur un effet pervers des mesures gouvernementales mises en place.

L'exemple français le plus représentatif de baisse de prix d'un princeps est celui du Clamoxyl®, produit par GlaxoSmithKline, qui a tenté de contre-carrer la progression des génériques en baissant ses prix de manière spontanée, à plusieurs reprises, de 1996 à 1999 (de 38 à 17 FF), forçant ainsi les génériques à s'aligner sur des prix inférieurs.

La logique de cette baisse est à replacer dans son contexte : en annonçant la baisse de ses prix en octobre 1996, le Clamoxyl® a bénéficié d'un effet médiatique fort en apparaissant comme un pionnier de la lutte contre l'augmentation des dépenses. Ceci a permis au médecin de travailler en faveur du contrôle des dépenses de médicaments sans changer ses habitudes de prescription. Et le Clamoxyl® a vu sa part de marché dans les antibiotiques passer de 15 % en juillet 1996 à 23 % en décembre 1996. En parallèle, il y a eu un effort commercial du laboratoire pour relancer la classe amoxicilline. Grâce à toutes ces actions, le Clamoxyl® a pu protéger ses ventes jusqu'en 1999.

Mais le droit de substitution a profondément modifié la donne puisque même un médicament exemplaire qui

baisserait ses prix se verrait substitué par le pharmacien. C'est ainsi qu'aujourd'hui, dans l'état actuel de la législation française, un laboratoire n'a même aucun intérêt à baisser le prix de son princeps : en effet, avec une baisse de son prix de 30 %, le princeps devient économiquement équivalent au générique ; pourtant il ne bénéficie pas pour autant des avantages accordés au générique (exonérations diverses, plafond de remises supérieur...), et le laboratoire se retrouvera donc dans une situation de concurrence déloyale à ses dépens.

Les exemples étrangers

Souvent cités comme référence en matière de génériques, les Etats-Unis sont de loin le premier marché mondial de médicaments génériques avec un chiffre d'affaire de 13 milliards d'euros, soit une pénétration des génériques de 11 % (et 42 % en unités). Les raisons de ce succès sont la libéralisation du marché des médicaments, avec des prix très élevés et la très forte pression exercée par les assurances pour réduire les dépenses. Les patients sont encouragés à demander des médicaments moins chers (système de co-paiements (4), selon la base de leur couverture médicale) et les médecins sont souvent salariés des compagnies d'assurance.

En Europe, nos voisins britanniques, allemands, danois sont également largement en avance sur la France, puisque les génériques obtiennent une part des ventes allant de 21 % à 38 % du total des médicaments.

Deux corrélations intéressantes sont à remarquer : les génériques ont une forte pénétration dans les pays ayant tradi-

tionnellement des prix élevés, mais où le décideur est impliqué financièrement, et dans les pays protégeant de longue date l'innovation par une politique forte de protection industrielle. Il semble, en effet, que les génériques peuvent plus facilement s'implanter là où la marque de référence est forte.

Pour l'année 2000, le marché des médicaments génériques en France s'élève à 2,37 % des montants remboursés totaux. En Allemagne, cette part de marché était déjà à 27,3 % en 1998. Au Royaume-Uni, les génériques représentaient 21,7 % du marché total en valeur en 1997. Dans ces deux pays, le générique profite d'habitudes de prescription en génériques très développées.

La France est donc réellement très fortement en retard sur ses voisins dans le domaine des génériques et ce retard ne dépend pas entièrement de la nouveauté de leur développement dans notre pays.

Il suffit que le décideur soit le payeur

Comme nous venons de le voir, il est possible pour les génériques de prendre une part de marché très importante dans l'ensemble des médicaments générifiables, de 5 à 10 fois plus que le chiffre actuel en France. D'après l'analyse que nous avons faite, il n'y a qu'une seule raison à cette différence : il faut et il suffit que le décideur soit le payeur.

En effet, le seul et unique avantage des génériques par rapport au princeps est leur coût moindre. Dès qu'il existe un lien entre le comportement des acteurs du système de santé et le prix du médicament, c'est-à-dire dans un marché concurrentiel, le générique est certain d'emporter une part de marché conséquente ou d'exercer une pression financière forte sur le princeps.

Le problème est qu'en France, le payeur final reste le système d'assurance maladie tandis que le décideur peut être le

(4) Le co-paiement consiste à exiger du patient qu'il paie de sa poche la différence de coût entre le traitement qu'il désire suivre et celui pris en charge par son assurance. La plupart des assurances prennent en charge les médicaments sur la base du générique lorsqu'il existe.

médecin, le pharmacien ou le malade, sans qu'aucun des trois ne soit amené à régler la facture finale.

Jusqu'en 2002, nous pouvions affirmer que, sans tomber systématiquement dans la description d'un comportement caricatural lié à l'attachement pour la marque originale, la méfiance des patients était probablement un des obstacles majeurs au développement des génériques, et constituait certainement un bouc émissaire facile pour les autres acteurs du marché : 52 % des pharmaciens considèrent les réticences des patients comme la raison principale de la non substitution.

Les patients mettent spontanément en avant, comme principale raison de leur refus de la substitution, le fait qu'ils désirent avant tout recevoir le médicament qui leur a été prescrit par leur médecin : 69 % réclament le respect de l'ordonnance.

Il existe cependant des raisons profondes plus subjectives du refus de la substitution par le malade. Or les populations les plus réfractaires au générique sont malheureusement les plus gros consommateurs : personnes âgées, jeunes enfants, et malades en traitement chronique.

Les personnes âgées, gros consommateurs, connaissent leurs (nombreux) médicaments bien plus par la couleur et la présentation que par le nom, encore moins par l'effet thérapeutique et pas du tout par la DCI : changer l'apparence de leur produit au hasard de la substitution peut être pour eux un réel facteur de perturbation.

En outre, l'habitude même est un problème : les enfants souffrent notamment des problèmes de changement de goût ; quant aux malades chroniques (par exemple pour les traitements de cardiologie), ils nouent avec leur médicament une relation forte - à rapprocher de l'effet placebo - qui amène à s'interroger réellement sur la pertinence médicale de la substitution dans leur cas.

Par ailleurs, les génériques ne se justifient que dans une optique purement économique, or en France, le malade ne paie en pratique pas ses médicaments : CMU, mutuelles complémentaires (qui couvrent environ 80 % de la population) et délégation de paiement, rendent le patient complètement insen-

sible à la facture santé. Il est donc erroné de faire des comparaisons entre marché du médicament et les problématiques de marques dans les marchés classiques.

Le système français, dans lequel la facture santé n'est pas réglée directement par le consommateur, est par nature peu favorable au générique.

Depuis l'année 2002 et l'annonce par les pouvoirs publics de mesures conduisant à une prescription accrue de médicaments génériques par les généralistes, nous pouvons espérer un changement radical des patients vis-à-vis des génériques.

Le mirage des économies de santé

Dès l'annonce de l'arrivée des médicaments génériques, de nombreux objectifs d'économies potentielles ont été publiés, provenant de sources diverses mais crédibles, comme la CNAMTS, le ministère de la Santé, des spécialistes de la santé, etc. Pendant longtemps on a parlé de 4 milliards de francs (610 M€) d'économies à terme grâce aux génériques : ce chiffre était obtenu en considérant le marché des molécules génériquables de l'époque et en tablant sur une substitution à 100 %. Depuis, le chiffre a été revu à la baisse à 2,5 milliards de francs (380 M€) (CNAMTS).

Cette économie est, de toute façon, un chiffre attendu à terme, lorsque le mar-

ché des génériques sera mature et la substitution très développée. En comparaison avec les dépenses d'assurance maladie, ces quelques milliards d'économie semblent faibles, surtout en regard des efforts mis en place pour développer les génériques.

De plus, cette économie n'infléchit pas la progression soutenue des dépenses de médicaments et ne sera qu'une « marche » sur la courbe des dépenses, marche qui sera gommée par 3 mois de croissance à un rythme de 11 % par an (voir la figure 2 ci-contre).

On voit donc que les médicaments génériques ne sont pas une réponse efficace au problème véritable qui réside dans ce taux de progression annuelle de 11 %.

Si les pouvoirs publics attendent à terme 380 M€ d'économies grâce aux génériques, ils espéraient déjà de 76 M€ à 150 M€ pour 1999. Les résultats sont loin de cet objectif puisque l'économie cumulée est évaluée à 90 M€ en 2000. De plus, c'est compter sans les dépenses réalisées pour permettre la mise en place des génériques, qui n'a été ni gratuite, ni aisée. Par exemple, l'aménagement des marges des pharmaciens a déjà coûté quelque 90 M€ à la sécurité sociale.

Enfin, en juin 2002, les pouvoirs publics ont négocié une hausse de la consultation des médecins généralistes de 18,5€ à 20€. Cette hausse coûtera environ 255 M€ à l'assurance maladie. En contrepartie, les médecins se sont engagés à prescrire 25 % des lignes

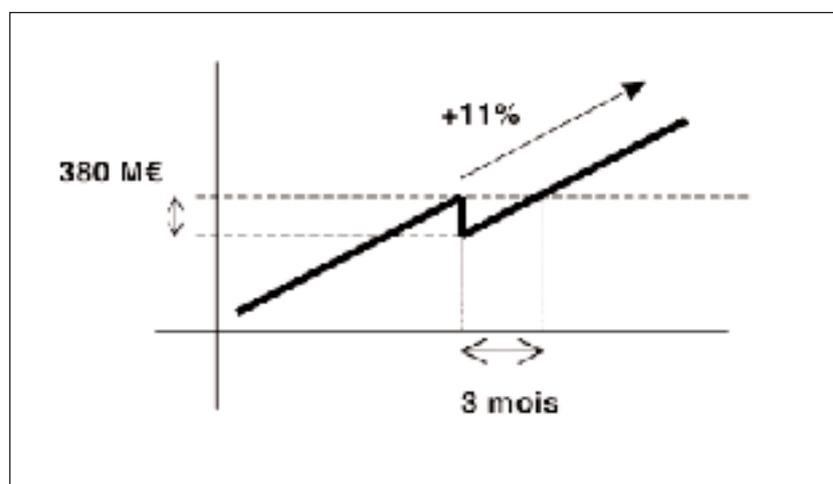


Fig. 2. L'économie réalisable grâce aux génériques n'infléchit pas la progression soutenue des dépenses de médicaments. Elle ne sera qu'une marche sur la courbe des dépenses, qui sera gommée par 3 mois de croissance à un rythme de 11 % par an.

médicamenteuses en DCI, ce qui favorisera la délivrance de génériques, ainsi que l'acceptation de ces derniers par les patients ; même si l'économie réalisable peut, d'un strict point de vue mathématique, couvrir l'augmentation de dépenses consenties, on peut raisonnablement s'interroger sur l'impact réel de cette mesure qui n'est pas accompagnée de moyens d'évaluation, ni de correction en cas d'écart par rapport à l'objectif.

On comprend alors le problème que pose les économies attendues grâce aux génériques : elles sont faibles (610 M€ au maximum, pour un budget plus de vingt fois supérieur de l'assurance maladie consacré au médicament), et ont déjà été comptées plusieurs fois par les gouvernements successifs : elles ont déjà servi à financer 90 M€ pour l'augmentation des marges des pharmaciens, 255 M€ pour la revalorisation de la consultation des médecins, à quoi s'ajoutent les campagnes de publicité, d'information (etc.), toutes ces dépenses étant récurrentes annuellement.

Un vrai bénéfice objectif

La finalité essentielle des médicaments génériques n'est pas uniquement, en fait, de faire des économies dans le domaine de la santé. Même si c'était faire preuve de mauvaise foi que de nier les économies réalisables grâce aux génériques, dans la situation actuelle celles-ci sont négligeables.

Par contre, leurs nombreux avantages ne sont pas sans conséquence :

- grâce à l'ouverture à la concurrence d'un marché historiquement réglementé, le gouvernement pourrait obtenir, par le biais d'un véritable succès des génériques, que les prix des vieux médicaments baissent de façon automatique, naturelle et moins rigide qu'avec les négociations annuelles et les comptes d'apothicaires du ministère de la Santé ;

- l'ouverture des marchés nationaux et l'arrivée des importations parallèles de médicaments rendent l'implantation des génériques indispensables puisque nos voisins anglo-saxons et allemands ont déjà des marchés très développés et que l'homogénéisation européenne est

un mouvement de fond auquel la France ne saurait échapper ;

- les médicaments génériques, via la prescription en DCI, peuvent permettre de s'affranchir du pouvoir marketing des laboratoires - grâce auquel ils peuvent pousser au report des ventes des vieux médicaments (même si leur efficacité est toujours d'actualité) vers des produits plus récents - et de se concentrer sur la nature de la molécule active prescrite ; ils offrent ainsi plus de transparence.

L'aspect positif d'une prise de conscience collective est trop souvent occulté dans les discours d'intentions sur les médicaments génériques. Ces derniers peuvent devenir le symbole et la preuve d'une volonté globale d'agir dans le sens du bien être de la collectivité, ce qui suppose, certes, un certain nombre de changements dans les mentalités. Même si cela reste un vœu pieux à l'heure actuelle, il nous apparaît qu'utiliser l'impact médiatique des génériques permettrait de faciliter la concertation collective pour lutter contre l'explosion des dépenses liées aux médicaments.

Le tarif de référence

La manière la plus intuitive de pousser le malade à demander un générique est de lui faire payer la différence de coût s'il exige un princeps. Tous les pays où le générique obtient des parts de marché importantes ont un système comparable (Etats-Unis, Allemagne, Royaume-Uni).

Pour une telle application en France, il s'agit d'établir un système de prix de référence, constituant un montant de remboursement maximal, avec, pour couper court à toute critique sur le terrain de la santé publique, la possibilité laissée au médecin d'imposer la prise d'un princeps avec prise en charge sans plafond, lorsque cela est justifié.

Il est malheureusement déraisonnable de prendre comme prix de référence le prix du générique le moins cher car, si cette méthode a l'avantage de pouvoir mener à une guerre des prix, elle forcerait en pratique les pharmaciens à avoir toujours en stock le générique le moins cher à chaque instant. On peut alors penser, comme au Royaume-Uni, à un

prix correspondant à la moyenne des prix d'un certain nombre des produits les moins chers.

Si on veut considérer un prix de référence qui soit fixe, on se rapproche naturellement d'une procédure semblable à celle qui permet actuellement de fixer les prix des médicaments par négociation entre partenaires publics et industriels. On peut facilement imaginer, en cohérence avec la situation actuelle, que le prix de référence soit 30 % en dessous du prix du princeps. Dans ce cas, on peut alors laisser toute liberté aux laboratoires pour fixer le prix de leur produits, si ceux-ci sont concernés par le tarif de référence.

Quoi qu'il en soit, le tarif de référence doit permettre aux génériques (ou, du moins, aux moins chers d'entre eux) d'être couverts à 100 % par le tarif de la Sécurité sociale. S'il reste un risque que les mutuelles décident de couvrir systématiquement la différence avec le prix de référence, en guise d'amélioration de la qualité de service, l'effet incitatif progénérique du tarif de référence peut disparaître, mais, au moins, le système d'assurance maladie obligatoire n'en portera pas le coût !

Si l'on s'inspire de l'exemple allemand, on peut prévoir alors que la plupart des fabricants de princeps préféreront aligner leur prix sur le prix de référence, ce qui permettra ainsi d'obtenir des économies immédiates, mais, a contrario, ne facilitera pas particulièrement le développement du générique (qui perdra alors son avantage concurrentiel de prix).

En France, il est peu probable que se déclenche une guerre des prix entre princeps et génériques, car les industriels n'ont jamais, ou presque, raisonné en termes de positionnement en prix face à la concurrence.

Quel que soit le système de calcul du tarif de référence (fixe ou flottant), on peut parier que tous les produits aligneront leur prix 30 % au-dessous du prix d'origine du princeps. Il est donc peu probable que le tarif de référence conduise au développement d'un marché plus fluide et moins régulé, mais il mènera immédiatement à l'économie maximale qu'il est possible d'obtenir par les génériques, identique à une baisse des prix princeps de 30 %.

Quelques remèdes à l'engourdissement des génériques

Nous avons étudié différentes méthodes réglementaires, soit pour aider au développement des génériques sur le marché officinal français, soit pour obtenir grâce aux génériques les économies attendues sur le système de santé. Ces deux objectifs sont en fait indissociables : ce n'est pas tant le chiffre d'affaire total des génériques qui est intéressant, mais leur effet économique, en terme de dépenses de santé et d'apport de flexibilité sur ce marché.

Ainsi, plusieurs stratégies liées aux médicaments génériques paraissent suffisamment prometteuses pour être mises en application :

- la prescription en DCI doit être autorisée sans ambiguïté, et promue auprès du médecin en lui donnant la formation suffisante pour travailler en DCI ; en revanche, contraindre les pharmaciens à délivrer le produit le moins cher par un système de tunnel de prix n'est qu'une complication inutile, puisqu'il existe déjà des incitations financières à la substitution ;
- pour faciliter la substitution, il est important de favoriser la convergence des produits génériques et princeps, notamment en termes de présentation physique ;

- la mise en place d'un tarif de référence pour chaque groupe générique est une évolution majeure mais nécessaire ; accompagnée de la libéralisation des prix des produits concernés (et donc de l'égalité entre princeps et générique), elle permettra enfin d'utiliser la concurrence créée par les génériques pour dégager des profits qu'il sera possible de reverser ensuite à la collectivité par des baisses de prix, non plus arbitraires, mais résultant de la flexibilité normale d'un marché dérégulé ;

- ces propositions doivent, bien sûr, s'accompagner de mesures strictes de lutte contre l'effet de structure (transfert de consommation), sous peine de voir les économies espérées s'évaporer dans les volutes de la croissance des produits nouveaux.

L'action la plus efficace, à long terme, est certainement la communication auprès des professions de santé, mais surtout auprès du grand public. A l'évidence, seules des campagnes d'information sérieuses sur les médicaments génériques pourront désamorcer la méfiance des médecins, l'indifférence des pharmaciens et la crainte des patients.

L'espoir du renouveau

La France, grâce à des mesures audacieuses, notamment l'octroi du droit de substitution, avait clairement montré sa volonté de lancer les médicaments

génériques pour réaliser des économies conséquentes de santé.

Le bilan, cependant, s'est avéré décevant : cette politique, basée uniquement sur les avantages du prix des génériques, a créé une offre abondante de ces médicaments sans toutefois en stimuler la demande. Or cette dernière n'est pas facile à mettre en place, car les acteurs de la chaîne de distribution des médicaments (médecins, pharmaciens et malades) sont profondément ancrés dans leurs habitudes et font parfois preuve de mauvaise volonté pour relayer l'action des pouvoirs publics et que, lors du choix du médicament, le décideur, n'étant pas le payeur, reste donc insensible à l'aspect économique.

Depuis 2002, les médecins sont redevenus la cible des mesures de développement des génériques, notamment par l'encouragement à la prescription en DCI. En outre, la presse spécialisée avance la mise en place probable, en France, d'un système de tarifs de référence, à l'instar d'autres pays européens. Cette mesure, bénéfique pour les économies de santé et pour le développement des génériques, doit toutefois être implémentée avec rigueur, afin d'éviter à tout prix l'écueil d'un système de santé à deux vitesses, que pourrait susciter le comportement des mutuelles complémentaires qui décideraient de couvrir les différences de prix avec le tarif de référence. ●