

Audition de M. François PESTY,
Projet de création de l'Institut PUPPEM,
« Pour Une Prescription Plus Efficace du Médicament »,

par M. Alain VASSELLE, Sénateur,
Rapporteur pour la Commission des affaires sociales (a.vassel@senat.fr),
et M. Maurice-Pierre PLANEL, Administrateur (mp.planel@senat.fr),
dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005,
le Mardi 26 octobre 2004 à 10h00.

Monsieur le Sénateur, rapporteur pour la Commission de affaires sociale, Monsieur l'Administrateur, je vous remercie de votre invitation.

Le *changement des comportements* est au cœur de la réforme et son succès y est étroitement lié.

S'agissant du médicament, aucune *maîtrise médicalisée des dépenses* ne sera possible sans une *implication réelle des médecins* et un changement de leurs comportements de prescripteurs.

Si le publipostage ou la mise à disposition des recommandations de bonne pratique en format téléchargeable sur les portails Internet des agences sanitaires suffisaient pour changer les comportements, cela se saurait. Non, il faut tout autre chose pour aider les médecins à modifier leurs habitudes.

Tout d'abord, deux mots pour me présenter : Pharmacien, ancien interne des hôpitaux de Paris, et diplômé d'une grande école de commerce, j'ai 15 ans d'expérience opérationnelle des métiers de la commercialisation du médicament, au sein de l'industrie pharmaceutique, et tout particulièrement, j'ai acquis une expertise dans la conduite d'équipes de visiteurs médicaux en ville, comme à l'hôpital. Mon offre de services est précisément : « ***comment changer les habitudes de prescription des médecins ?*** ».

L'utilisateur payeur, sollicité par solidarité, ne comprend plus pourquoi il m'est demandé aussi souvent de financer pour d'autres bénéficiaires, des médicaments, qu'en tant que professionnel de santé je ne choiserais pas pour moi-même ou pour mes propres enfants.

Je ne vous apprendrai rien en rappelant que le poste du médicament est celui qui a contribué le plus à la croissance des dépenses de soins de ville depuis 1990. Avec un doublement en dix ans, il en représente désormais plus du tiers, soit davantage que les honoraires médicaux.

Le responsable : *l'effet « structure »*, c'est-à-dire la substitution rapide des nouvelles classes de médicaments plus coûteuses, aux anciennes, sous l'effet de leur promotion par les laboratoires.

Une part importante de cette croissance ne correspond nullement à une amélioration du service médical rendu en rapport avec l'augmentation des coûts que l'on fait supporter à notre société. Il s'agit tout particulièrement de la croissance assise sur la prescription de ce qu'il est convenu d'appeler les « *me-too* », ces médicaments aux formules chimiques voisines, appartenant à la même classe ou à une classe suivante, aux propriétés pharmacologiques en tout point semblables aux « chefs de file » et dont l'efficacité et la tolérance clinique leurs sont équivalentes dans les mêmes indications thérapeutiques.

Je souhaite m'attarder quelques instant pour prendre en exemple trois domaines thérapeutiques et commenter avec vous les courbes d'évolution des prescriptions correspondantes (voir en annexes). Elle sont édifiantes et illustrent parfaitement la dérive d'un système où les pouvoirs publics laissent le champ totalement libre à l'industrie pour orienter la prescription là où bon lui semble.

Les **antibiotiques** en ville dans les infections ORL et respiratoires en pratique courante. Les effets combinés de la généralisation du Test de Dépistage Rapide de l'angine, de la campagne de la CNAMTS, « Antibiotiques c'est pas automatique », de la réactualisation par l'AFSSAPS des recommandations de bonne pratique en 2001-2002, ont permis une baisse globale de 16% des prescriptions dont tout le monde s'est félicité. L'analyse de ventes en officine (GERS à fin mai 2004) révèle néanmoins que cet effet semble s'épuiser et que la baisse des ventes en boîte est terminée depuis août 2003, que ces ventes exprimées en montants sont reparties depuis à la hausse. Mais, durant toute cette période, aucune des actions précitées n'a pu impacter sur l'abandon progressif des antibiotiques recommandés en première intention par les experts, au profit d'antibiotiques plus récents, plus coûteux. Ces derniers médicaments non recommandés, mais largement promus par les industriels, car encore protégés par des brevets, représentaient il y a 5 ans une boîte sur deux et déjà 80% des dépenses. Ils constituent aujourd'hui 2/3 des boîtes vendues et 90% des montants. Les pratiques médicales continuent donc de tourner le dos aux recommandations. Les conséquences de cette dérive sont jugées préoccupantes en terme d'écologie bactérienne et de résistances aux antibiotiques.

Le même type d'analyse conduite sur les **anti-ulcéreux**, montre que malgré un même niveau de recommandation par l'AFSSAPS dans le RGO (reflux gastro-oesophagien), indication la plus fréquente, les montants remboursés par l'assurance maladie sont déjà 15 fois moins importants pour les médicaments de la classe des anti-H2, génériqués et moins coûteux, que pour ceux de la classe des IPP. Au sein de cette dernière, avant même la générication en mars 2004 de son chef de file, le MOPRAL®, les autres représentants de cette classe avaient déjà conquis 60% du marché. Sous l'effet d'une visite médicale très active, les transferts de prescriptions se poursuivent rapidement pour échapper à la substitution des princeps par des génériques. ***La générication constitue donc un formidable tremplin à l'essor des médicaments récents, plus coûteux et protégés par des brevets.***

Pour les **antihypertenseurs**, nous constatons un basculement rapide et non médicalement justifié des prescriptions entre les 2 chefs de file de la classe des IEC (inhibiteurs de l'enzyme de conversion), aujourd'hui génériqués, et les ARA2 (antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II), classe plus récente et coûteuse. Les prescriptions en volume sur le répertoire du captopril, médicament génériqué depuis 5 ans, ont encore reculé de 17% sur les 12 derniers mois, malgré des guidelines européennes publiées en septembre 2004 par un groupe d'experts de la Société Européenne de Cardiologie, qui recommandent son utilisation en première intention. Dans cet exemple, la baisse constatée des prescriptions médicales

ruinerait en totalité un effort qui serait consenti par les pharmaciens pour faire progresser le taux substitution par des génériques de 50 à 60%.

D'autre part, il est notoire que la prescription du médicament recelle de gisements considérables d'amélioration et donc d'économies potentielles : Entre 15% et 40% de prescriptions hors indications AMM ; Des posologies maximales recommandées, des durées de traitement conseillées fréquemment dépassées ; Un élargissement courant des populations cibles.

De surcroît, les utilisations inappropriées et la surconsommation abusive de certaines classes de médicaments (psychotropes, anti-inflammatoires, antibiotiques...) font peser un risque de iatrogénie médicamenteuse ou d'infection nosocomiale, et représentent un enjeu majeur de santé publique.

Enfin, la méconnaissance par les prescripteurs des coûts de traitement est patente.

Il est grand temps pour les pouvoirs publics d'agir sur le terrain de l'information médicale. Les génériques, notamment, leurs donnent l'opportunité et toute la légitimité pour le faire.

Monsieur le Sénateur, tout ceci est connu. Pourtant, il va manquer des bras et des jambes à la Haute Autorité de santé, pour que les médecins puissent s'approprier les pratiques recommandées en matière de prescription du médicament.

Toutes les politiques publiques en matière de Santé semblent se heurter à l'indifférence des médecins, mais a-t-on choisi le bon média pour les influencer ? L'industrie pharmaceutique connaît ce média : la visite médicale qui représente plus de 80% de ses dépenses de communication.

J'ai donc l'honneur aujourd'hui, Monsieur le Sénateur, de vous soumettre dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, **un projet autofinancé d'accompagnement par les pouvoirs publics de la politique de maîtrise médicalisée des dépenses de médicaments, par la mise en jeu d'équipes de visiteurs médicaux, outil le plus efficace pour changer les comportements des médecins.**

La mise en œuvre d'une telle méthode pragmatique, pédagogique et non coercitive, nécessiterait simplement de « doper » la dotation financière prévue pour la Haute Autorité de Santé par la Loi du 13 août 2004 et d'en « muscler » sa mission d'information en direction des professionnels de santé en complétant utilement le décret d'application qui doit être publié au J.O. ces jours-ci.

En définitive, il s'agirait de *suivre les recommandations récentes de la Cour des Comptes* :

- Relever la part de la taxe sur la promotion de l'industrie pharmaceutique affectée au FOPIM pour impulser vraiment des actions de communication en direction des prescripteurs,
- Mettre en place une véritable stratégie d'information publique, en délivrant aux prescripteurs une information aisément accessible et compréhensible, fiable et indépendante...

Je suggère donc d'amender dans ce sens le projet de loi. Le mieux serait probablement de convaincre les ministres de déposer un amendement gouvernemental.

Je ne suis pas là pour dresser un constat, ou critiquer, mais bel et bien pour proposer un plan d'actions chiffré, assorti d'objectifs précis, dont l'objet est de promouvoir auprès des médecins une prescription plus efficace du médicament.

Il s'agit tout particulièrement de défendre par une action sur le terrain auprès des médecins, la place d'une vingtaine de médicaments qui malgré leur ancienneté, sont encore au cœur des pratiques recommandées, présentent un intérêt économique ou de santé publique pour la société, mais sont aujourd'hui délaissés par les entreprises du médicament.

Ce plan d'actions est **autofinancé**, faut-il le souligner, puisqu'il devrait générer **1.8 milliards d'euros d'économie cumulée entre 2005 et 2008** au bénéfice de l'assurance maladie, économie progressive, de 160 millions d'€ dès la première année, augmentant graduellement pour représenter plus de 750 millions d'€ dès la 4^{ème} année de fonctionnement, avec un budget prévisionnel annuel de 90 millions d'€ et un effectif de 758 personnes, répartis sur 6 réseaux nationaux de visite médicale en ville et 2 réseaux nationaux à l'hôpital. Les 6 principaux domaines thérapeutiques proposés pour son champ d'application sont les premiers en montants remboursés ou sont ceux dont les dépenses de remboursement ont le plus progressé depuis 10 ans. Ils représentent 28% du marché des médicaments remboursables en 2002 (MEDIC'AM) et davantage en terme de dynamique, puisque, 26 des 50 premiers médicaments ayant le plus contribué à la croissance en 2003, sont concernés par les actions envisagées. D'autre part, les indications thérapeutiques couvertes par ces médicaments, correspondent à celles les plus fréquemment rencontrées au cours des consultations par les médecins généralistes.

L'économie escomptée équivaut à **faire infléchir de 6% à 2.5% environ la croissance annuelle des dépenses des médicaments concernés** par cette action de communication en direction des prescripteurs.

Cette action vise à encourager les médecins à mieux **respecter les recommandations de bonne pratique déjà existantes** et se rapportant à ces médicaments. Celles-ci sont déjà nombreuses, il suffirait simplement de les faire appliquer : antibiothérapie des infections courantes en ville, ulcères et RGO, dyslipidémies, syndrome dépressif isolé de l'adulte, prise en charge de l'hypertension artérielle essentielle de l'adulte... Les prescripteurs non seulement ne se les sont pas suffisamment appropriés, mais leur pratique s'en éloigne chaque jour un peu plus.

Il est tout aussi nécessaire de promouvoir la **conformité des prescriptions** aux indications validées par l'AMM, le respect des références médicales opposables, des avis de la Commission de la transparence, et particulièrement des informations pertinentes issues de ces avis, à savoir : l'amélioration du service médical rendu, la place dans la stratégie thérapeutique, et la ou les populations cibles définies par la Commission.

Il s'agit aussi, en délivrant enfin aux médecins une information comparative sur les différents **coûts de traitement**, de les **responsabiliser sur l'incidence économique** de leurs décisions.

Il est indispensable de ***coordonner une action de promotion de la qualité de la prescription s'appuyant sur l'ensemble de ces informations utiles au bon usage du médicament.***

Celles-ci sont produites par différents acteurs : L'AFSSAPS, lors de l'évaluation du rapport bénéfice/risque pour l'autorisation de mise sur le marché, la Commission de la transparence dans ses avis rendus sur l'évaluation comparée (ASMR, place dans la stratégie thérapeutique, populations cibles), l'AFSSAPS et l'ANAES lors de l'élaboration des recommandations de bonne pratique, le CEPS, pour la dimension économique du médicament et lors de la négociation des prix, la CNAMTS, dans son expertise de l'évaluation des pratiques.

D'autres acteurs encore contribuent à la production d'informations utiles au juste soin dans le domaine du médicament : l'IRDES (ex-Credes), l'InVS, la DGS, la DSS, la DREES, ...

Bien sur, il existe d'autres ***outils de la qualité*** qui sont complémentaires à l'action proposée de visite médicale :

- ***Les accords conventionnels***, et leur promotion auprès des professionnels de santé par les ***Délégués de l'assurance maladie*** mis en place en 2003 par la CNAMTS : Ils sont nécessaires, mais non suffisants pour changer les comportements, comme l'a montré l'exemple cuisant de l'accord du 5 juin 2002, et tout reste aujourd'hui à bâtir pour le médicament.
- Les « ***rencontres confraternelles*** » des ***médecins conseils*** de l'assurance maladie,
- Les ***logiciels médicaux et le DMP*** : S'ils permettaient déjà la prescription en dénomination commune, ce serait un grand progrès. Quant à la constitution de systèmes experts, et à l'intégration dans les algorithmes d'aide décisionnelle à la prescription, des recommandations de bonne pratique, des ASMR, des critères médico-économiques et de la confrontation des informations sur le médicament avec les données diagnostiques du patient, ce n'est assurément pas pour demain (commençons par construire une base de donnée de référence sur le médicament, facilement accessible, compréhensible, exhaustive et comprenant notamment tous les avis de la commission de la transparence...),
- La ***FMC*** : Elle est balbutiante, chacun le mesure bien, et encore trop dépendante de l'industrie. Sans suivi, sans accompagnement sur le terrain, les actions de formation n'ont rien de continu, et leur impact sur la pratique est modeste.
- La ***charte de qualité*** et l'éventuelle ***certification*** de la visite médicale de l'industrie : Il ne faudrait pas faire croire que l'on puisse attendre beaucoup de cette charte, car elle ne résoudra pas les problèmes de fond de non qualité de la prescription liée au manque d'objectivité et au caractère incomplet par essence de l'information que l'industrie diffuse notamment sur ces médicaments « me-too ».

Ces différentes actions, certes utiles, ne dispensent aucunement les pouvoirs publics d'actionner l'outil le plus performant pour changer les habitudes de prescription du plus grand nombre de médecins : ***la visite médicale.***

La politique de développement du médicament générique, souhaitée par les pouvoirs publics, ne pourra réussir, comme le rappelait récemment M. Noël RENAUDIN, Président du CEPS, sans une ***réelle implication des médecins*** pour qu'ils prescrivent en ***dénomination commune***, ce à quoi ils s'étaient d'ailleurs engagés lors de l'accord du 5 juin 2002, qu'ils n'ont pas respecté faute d'outils. Il est donc nécessaire de ***défendre le périmètre de prescription du répertoire des groupes de génériques.***

Les efforts consentis par les *pharmaciens d'officine*, seuls acteurs vraiment impliqués dans la politique de développement du médicament générique, par l'exercice du droit de substitution qui leur a été accordé, sont anéantis par l'abandon organisé par l'industrie de la prescription par les médecins de ces standards thérapeutiques que sont l'amoxicilline, le captopril, la ranitidine, le fénofibrate, la fluoxétine, le kétoprofène, pour n'en citer que quelques uns.

Les pouvoirs publics connaissent mon projet.

Sa nouvelle version, « ***PourUnePrescriptionPlusEfficiente.pdf*** », un dossier de présentation de 112 pages et 1.7 Mo, dont je ne vais pas détailler le contenu ici, a été diffusée le 30 septembre dernier, et vous en étiez également destinataire au Sénat, ainsi que M. Adrien GOUTEYRON, Sénateur, et rapporteur pour avis de la Commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation et M. Xavier MOAL, Administrateur.

Il est déjà bien connu des *décideurs opérationnels rapportant directement aux Ministres* et qui sont en charge du dossier « Médicament ». Tous m'ont reçu et ont accueilli *favorablement* ma proposition : MM. Dominique LIBAULT, Directeur de la sécurité sociale, le Pr William DAB, Directeur général de la santé, Noël RENAUDIN, Président du Comité Economique des Produits de Santé, Jean MARIMBERT, Directeur général de l'AFSSAPS, François MEYER, Secrétaire général de la Commission de la Transparence, Alain COULOMB, Directeur de l'ANAES, et Mmes Fabienne BARTOLI et Anne-Claude CRÉMIEUX, Conseillers techniques auprès de M. Philippe DOUSTE-BLAZY.

Les *responsables de la santé ou de la politique du médicament*, des 6 caisses d'assurance maladie obligatoires et complémentaires approuvent la démarche.

Ce projet est également connu d'un certain nombre de **responsables politiques** qui ont souvent soutenu cette initiative : MM. Jean-Louis DEBRÉ, qui l'a diffusé aux députés membres de la Mission d'information qu'il a présidée sur la problématique de l'assurance maladie, MM. Bruno GILLES et Bernard ACCOYER, qui avaient écrit à M. le Pr Jean-François MATTEI, alors Ministre de la Santé, pour le saisir de ma proposition. M. Bernard ACCOYER a depuis écrit notamment à MM. Xavier BERTRAND, Secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, et à M. Daniel LENOIR, alors Directeur de la CNAMTS ; Par ailleurs, MM. Jean-Michel DUBERNARD, Président de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, Pierre MORANGE, Yves BUR, Jean-Pierre DOOR, à l'assemblée nationale et M. Adrien GOUTEYRON, au Sénat, m'ont reçu et ont manifesté de l'intérêt pour ce projet.

Mme Marie-Claire CARRERE-GEE, Conseiller technique chargé des affaires sociales, M. Philippe BAS, Secrétaire général de la Présidence de la République, et M. Gérard MARCHAND, Chef adjoint du cabinet, m'ont manifesté leur intérêt pour ce dossier qu'ils ont transmis au services de M. Philippe DOUSTE-BLAZY, Ministre de la Santé et de la Protection sociale.

Les *médecins* eux-mêmes attendent des pouvoirs publics qu'ils mettent à leur disposition une information sur le médicament qui soit objective, complète et indépendante de l'industrie. Bien sur, c'est à demi-mot qu'ils l'avouent officiellement, car leur ego et leur statut de « demi dieu » en souffrirait, s'ils devaient publiquement reconnaître qu'ils sont faillibles et très

influençables dans leur pratique par la visite médicale des laboratoires. Mais dans les enquêtes anonymes, notamment celles récentes de la DGS, du FOPIM ou de l'AFSSAPS, cette demande est très pressante.

L'action proposée doit permettre de développer chez les médecins visités *un esprit plus critique à l'égard des informations reçues sur le médicament.*

Les *syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine*, les *fabricants de génériques*, notamment rassemblés dans l'association GEMME, plusieurs *économistes de la santé*, et les représentants des *associations de consommateurs*, tous souhaitent le développement d'une telle action.

En fait, personne n'est véritablement opposé à cet initiative, peut être pas même les représentants du LEEM, il faudrait leur poser la question.

Il serait vraiment dommage que l'indécision des pouvoirs publics pour mettre à la disposition des médecins un outil pédagogique simple, efficace et pragmatique pour changer leurs comportements, et les aider à opter pour une prescription plus raisonnable et mieux raisonnée du médicament, laisse la croissance incontrôlée des dépenses non médicalement justifiées, compromettre les chances réelles de succès de cette réforme indispensable de notre système de santé, et qui semble par ailleurs bien engagée sur d'autres fronts : dossier médical personnel, médecin traitant.

L'examen du PLFSS 2005 au Sénat pourrait être l'occasion pour les sénateurs de combler cette lacune.

En effet, ni la loi du 13 août 2004, ni le projet de décret d'application portant sur les missions de la Haute Autorité de Santé (dont 17 pages sont consacrées à un cahier des charges précis portant sur l'évaluation des produits et prestations de santé, l'élaboration des références médicales, l'évaluation et l'accréditation des pratiques professionnelles et la certification des établissements de santé, mais seules 2 lignes mentionnent sa contribution à l'information des professionnels de la santé et du public), pas plus que le PLFSS 2005, ne permettent de rompre avec l'absence d'impact des recommandations de bonne pratique et d'envisager un changement se traduisant par leur meilleure appropriation par les médecins.

Ainsi, en refusant de s'en donner les moyens, les pouvoirs publics n'assument pas véritablement leur responsabilité d'information des professionnels de santé de ce pays et n'exercent pas leur devoir régalien qui est de développer leur expertise.

Il ne sert à rien d'élaborer les meilleurs guides de bon usage et les recommandations de bonne pratique les plus fondées, si ces références médicales doivent « rester dans les tiroirs ».

A cet égard, et jusqu'ici, il n'a été tenu aucun compte du constat partagé du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, des rapports qui l'avaient précédé, notamment celui de M. Alain COULOMB, sur la médicalisation de l'ONDAM, celui de M. Etienne CANIARD sur les recommandations de bonne pratique, et celui du Sénateur Adrien GOUTEYRON consacré à l'audit de l'AFSSAPS, pas plus que du dernier rapport de la Cour des Comptes publié en septembre 2004.

L'engagement, à doses homéopathiques, de l'état dans sa politique d'information en direction des professionnels de santé va-t-il continuer à s'appuyer uniquement sur des lettres aux prescripteurs et autres publipostages, envoyées par l'AFSSAPS, lesquels terminent presque inexorablement dans les poubelles des cabinets médicaux, et sur la seule mise à disposition sur les portails Internet des agences sanitaires, de documents en formats téléchargeables dont la pertinence et l'excellence ne sont pas discutées, mais qui ont le défaut rédhibitoire de ne pas atteindre leur cible et d'attendre désespérément la visite occasionnelle d'improbables internautes ?

En effet, pour une *appropriation des pratiques recommandées*, il est nécessaire de mettre en œuvre une *démarche participative et cognitive, faisant intervenir des hommes et des femmes, et dont l'action s'inscrit dans la durée*. C'est ce que permet précisément la visite médicale, en réalisant un *accompagnement individuel et illimité* dans le temps des médecins, pour les aider à modifier leurs habitudes de prescription. Un « coaching » en quelque sorte.

Sans outils d'appropriation des guides de bon usage et des RBP, les comportements des médecins à l'égard du médicament ne changeront toujours pas.

Mais, jusqu'à présent, aucun responsable politique n'aura su amener les pouvoirs publics sur le terrain d'une information efficace des professionnels de santé, capable d'avoir un impact tangible sur les comportements des médecins. Alors que ce champ d'actions est exclusivement investi par les industriels de la santé, qui grâce à leurs 24.000 visiteurs médicaux influencent comme bon leur semble les habitudes des prescripteurs.

Le Sénat est une « bonne fée » qui s'est déjà penchée sur le « berceau » de la Haute Autorité de Santé lors de l'élaboration de la Loi du 13 août 2004, en la fusionnant avec l'ANAES et en restaurant sa mission essentielle qui est de « Contribuer à l'information des professionnels de santé et du public sur les guides de bon usage des soins et les recommandations de bonne pratique ».

Comme l'ont affirmé les ministres devant les représentants des *syndicats de médecins* réunis lors de leurs universités d'été, « *la situation est grave* » et sans une implication des médecins, l'échec de la réforme serait synonyme de « *disparition de la médecine libérale à la française* ». Puissent-ils avoir entendu ce message ?

Le *point de rupture* n'est hélas plus très loin. *Le médicament est le seul poste de dépense des soins de ville à ne pas avoir ralenti*, bien au contraire. Sa croissance est à nouveau incontrôlable, caracolant à +8.7% au premier semestre 2004. Le risque est d'assister à une réaction très brutale de *maîtrise purement comptable*, de type généralisation du TFR aux médicaments princeps encore sous brevets, appartenant à la même classe ou aux suivantes, et qui non seulement fera voler en éclats la *liberté de prescription des médecins*, mais *sanctionnera l'industrie beaucoup plus lourdement*, au grand damne des actuels défenseurs de l'attractivité de la France pour le secteur pharmaceutique. Cela n'est évidemment pas souhaitable.

Il vaudrait beaucoup mieux travailler à une solution de type « gagnant gagnant », et que les pouvoirs publics mettent enfin à la disposition des médecins les indispensables outils pour les aider à une prescription raisonnable et raisonnée du médicament.

De quoi a-t-on peur ? Avec 537 dollars de dépenses par habitant, ce qui en fait le deuxième pays consommateur de médicament au monde derrière les USA, l'attractivité de la France pour le secteur pharmaceutique n'est assurément pas en danger. Au demeurant, le projet proposé n'aura qu'un impact très modeste sur les firmes françaises. Quant aux groupes mondiaux de la pharmacie, ils disposent de **gisement colossaux de croissance inexploitée et médicalement plus utile** : amélioration de l'**observance** des traitements justifiés, **intensification thérapeutique** lorsque nécessaire, **dépistage** des patients méconnus, découvertes d'**innovations « vraies »** correspondant à des besoins médicaux non satisfaits.

Car enfin, on ne leur demande pas de réinventer la roue, en nous la faisant payer plus chère !

Doit-on mettre en péril l'ensemble de notre système de soins pour laisser croître d'une manière quasi exponentielle les dépenses de médicaments sans amélioration du service médical rendu aux patients ?

Si malgré tout, l'administration n'osait déployer d'emblée à l'échelle nationale ce dispositif et son plan d'actions, qu'au moins elle accepte de mettre en œuvre la phase test validante proposée pour un coût 10 fois inférieur.

Faudra-t-il attendre le PLFSS 2006 ou 2007 pour que les outils attendus de régulation puissent être mis en place ?

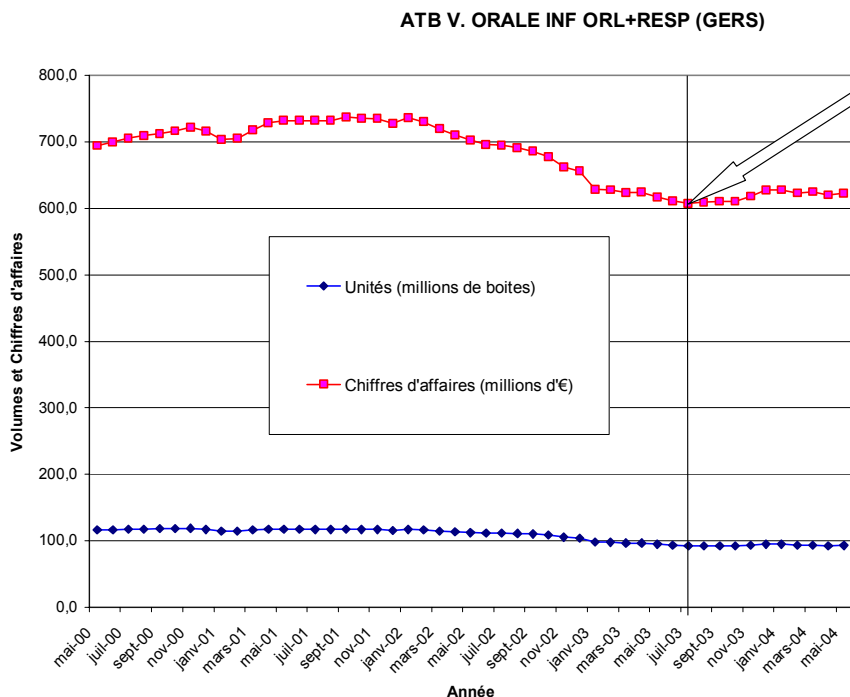
Il sera alors probablement trop tard.

Je vous remercie de votre attention.

François PESTY
2, square Gay Lussac
78330 Fontenay le Fleury
Francois.PESTY@Wanadoo.fr
01 30 45 03 59
06 88 89 53 51

ANNEXES – COURBES PRESENTEES

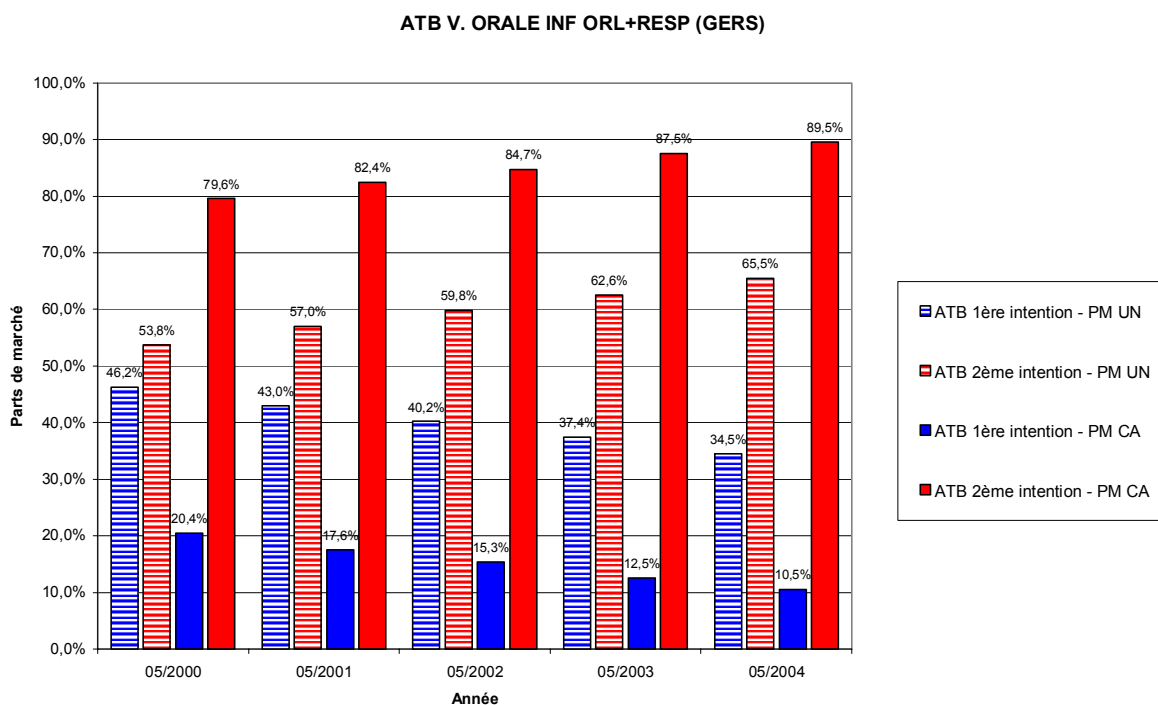
Antibiotiques en ville - Volumes (millions de boîtes) et chiffres d'affaires (millions d'euros, valorisés au PFHT) en cumuls annuels mobiles.



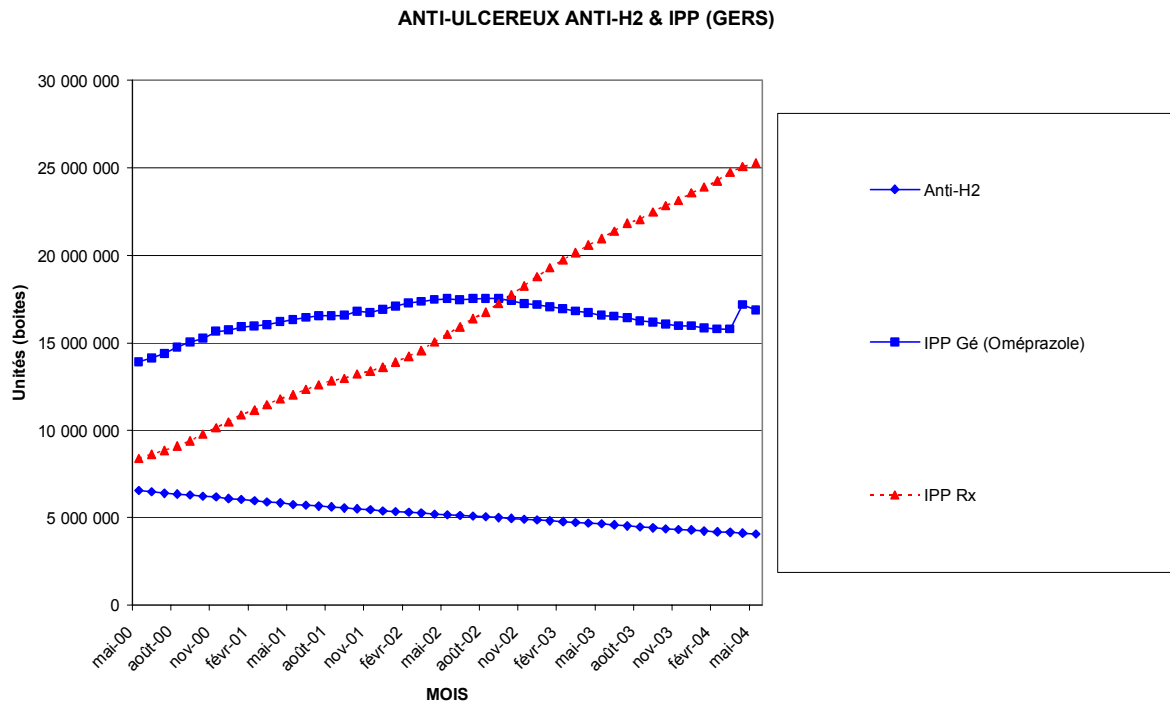
Point bas touché en août 2003, les dépenses sont depuis reparties à la hausse

- 1/ Essoufflement des actions et effets suivants :
 - généralisation du TDR,
 - campagne « antibiotique, c'est pas automatique »,
 - générication de l'Augmentin®,
- 2/ Stabilisation du volume de prescription
- 3/ Maintien de la promotion des antibiotiques de 2ème intention et absence de tout soutien aux ATB de 1ère intention

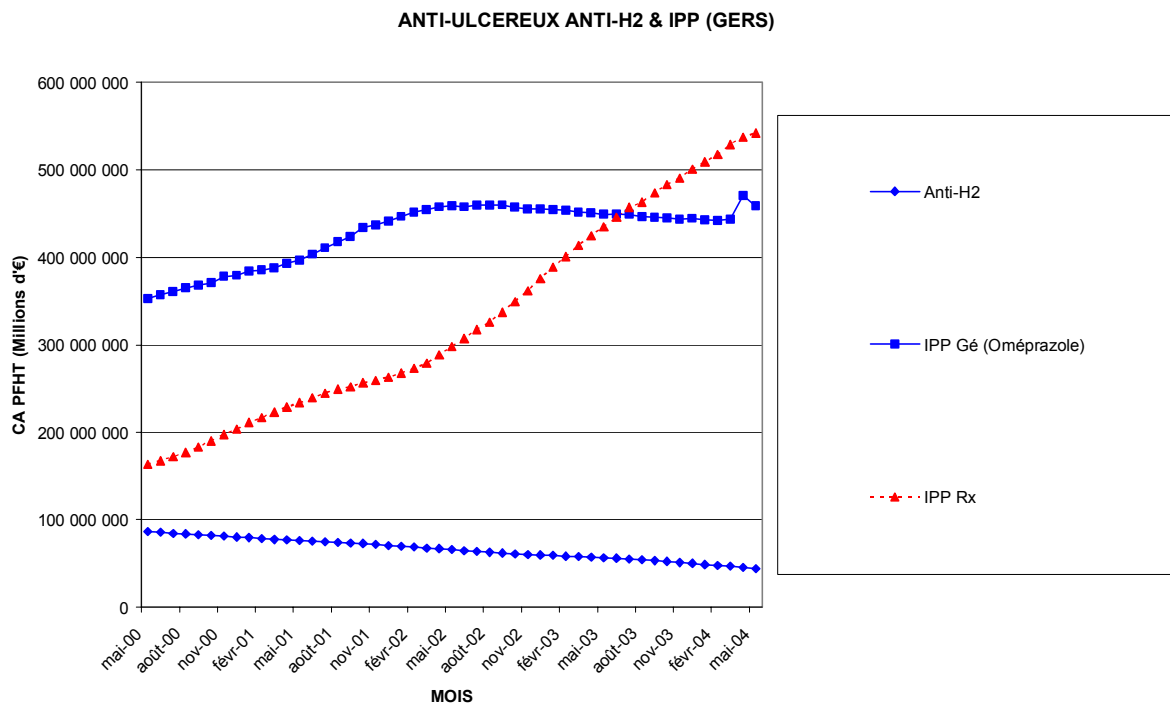
Antibiotiques en ville - Parts de marché en volume (hachurés) et chiffres d'affaires (plein)



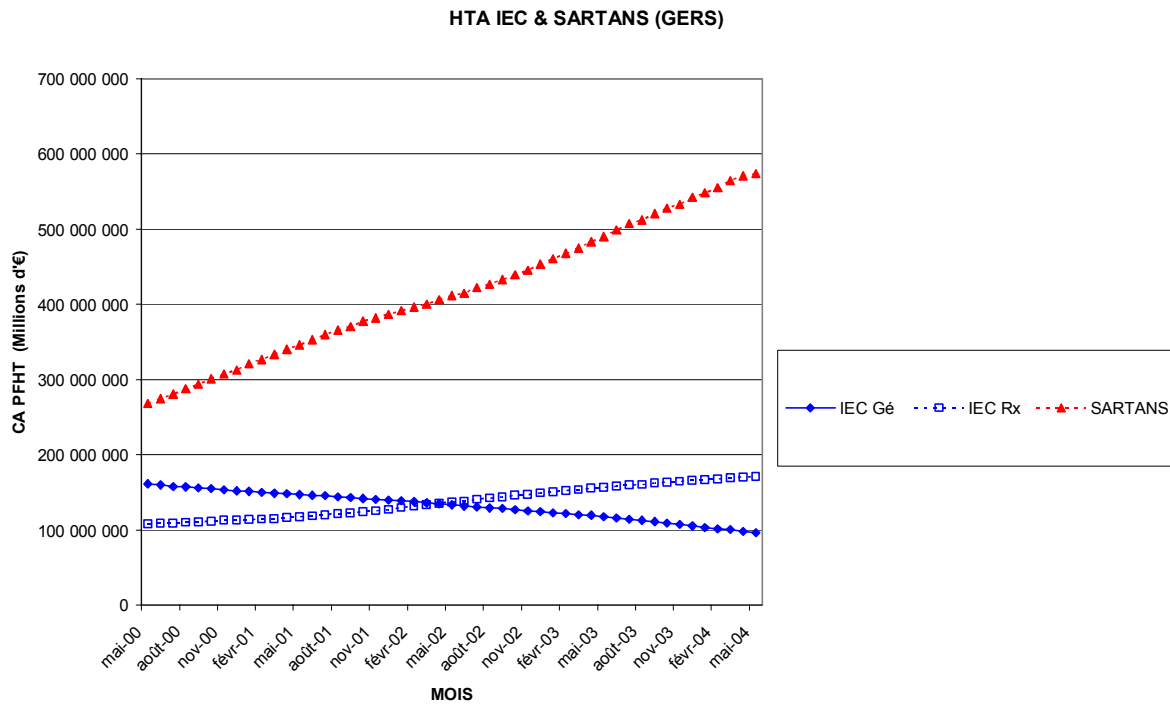
Anti-ulcéreux - Évolution en unités (cumul annuel mobile en boîtes) depuis 5 ans (Gers à fin mai 2004)



Anti-ulcéreux - Évolution du CA (cumul annuel mobile en millions d'€) depuis 5 ans (Gers à fin mai 2004)



HTA - Évolution du CA (cumul annuel mobile en millions d'€) depuis 5 ans (Gers à fin mai 2004)



IEC Gé = total génériques et princeps pour Captopril et Enalapril
 IEC Rx = TRIATEC®+COVERSYL®+ZESTRIL®....

HTA - Évolution en unités (cumul annuel mobile en boîtes) depuis 5 ans (Gers à fin mai 2004)

