

Compte rendu de la table ronde « Déremboursement des médicaments » du mercredi 14 mars 2007 , dans le cadre de l'UEP « Préparation à la Filière Industrie

Afin de débattre sur le thème du déremboursement des médicaments, 4 conférenciers étaient présents : 3 acteurs de l'industrie pharmaceutique : Mr Bajou, Mme Rehby et Mr Mardachti et un officinal : Mr Doco. Chacun ayant exprimé son opinion sur le sujet à tour de rôle.

Mr Bajou (Laboratoires Servier)

Rentré dans l'industrie il y a 25 ans en tant que médecin de formation (gériatrie, gérontologie), il a occupé différents postes, notamment en marketing opérationnel : chef de produit, chef de groupe. Il est actuellement responsable de l'équipe stratégie de groupe chez Servier et Professeur associé à l'université Paris 5 depuis 3 ans pour ce qui concerne les problématiques de communication et de management.

I HISTORIQUE DES DEREMBOURSEMENTS

Le phénomène des déremboursements a commencé en 1993, avec Mr Marmot, l'un des responsables de l'économie qui parle de « Révision des services votés » d'après lui on ne peut pas continuer à faire rentrer dans le panier des produits remboursés des centaines de médicaments sans en faire sortir d'autres.

En 1998, Mme Aubry et le ministre de la santé Mr Kouchner ont commencé à installer les bases techniques de la stratégie de déremboursement en demandant à la commission de transparence de réévaluer toutes les classes thérapeutiques de médicaments.

Il existe 3 commissions qui gèrent l'activité de l'industrie pharmaceutique :

- la commission d'AMM : donne l'autorisation de mise sur le marché
- la commission de transparence : évalue l'apport de nouveaux médicaments par rapport aux produits qui existent déjà.
- le comité économique du médicament : établit le prix de vente.

En 1999, les premières mesures théoriques apparaissent : publication d'un décret reliant le Service Médical Rendu (SMR) au taux de remboursement :

- SMR important : remboursé à 65%,
- SMR modéré/faible : remboursé à 35%,
- SMR insuffisant : déremboursé.

Le travail de réévaluation de la commission de transparence a duré de 1999 à 2001, 4494 spécialités ont été étudiées : 2815 ont obtenu un SMR important, 840 ont obtenu un SMR modéré/faible et 835 ont obtenu un SMR insuffisant.

A la suite de cette étude les médicaments à SMR insuffisant ne sont plus remboursés qu'à 35% et les prix de ventes sont diminués pour certains.

En 2002, la commission de transparence commence par réexaminer les médicaments à SMR insuffisant.

En 2003 a lieu la première vague de déremboursement de médicaments qualifiés comme « inutiles ou dangereux », ce qui aura un gros impact psychologique sur les patients, les médecins et les pharmaciens. 82 spécialités sont déremboursées pour un Chiffre d’Affaires (CA) de 82 millions d’euros et un montant de remboursement de 42 millions d’euros.

En 2005 a lieu la deuxième vague de déremboursement qui concerne les médicaments à SMR insuffisant, susceptibles de faire l’objet d’une automédication. 156 spécialités sont déremboursées pour un CA de 400 millions d’euros et un montant de remboursement de 289 millions d’euros. Les veinotoniques constituent un cas particulier car leur taux de remboursement est baissé à 15% jusqu’au 01/01/08, date où ils seront totalement déremboursés.

Enfin, en 2006 a lieu la troisième vague de déremboursement, cette fois-ci elle concerne les médicaments à SMR insuffisant, ne pouvant faire l’objet d’une automédication (exemple du Pneumorel, produit listé, qui une fois déremboursé devra toujours être prescrit par un médecin) . 41 spécialités sont concernées, leur taux de remboursement est abaissé à 15% jusqu’au 01.01.08 où ils seront déremboursés. Impact sur le CA de quelques dizaines de millions d’euros et sur le remboursement de 20 à 30 millions d’euros.

La vague de déremboursement prend fin en 2007.

II ANALYSE DES EVOLUTIONS

L’évolution du marché total officine

En 2005, le marché des médicaments remboursables représente environ 18 milliards d’euros contre 1,3 pour les non remboursés.

En 2006, il y a eu une augmentation de 0,7% pour les remboursables contre 14,5% pour les non remboursables. Le marché total de l’officine a augmenté de 1,6% en 1 an.

L’évolution du marché non remboursable

Le marché total non remboursable a chuté de 44,6% entre 2005 et 2006.

Pour sa part, le marché du conseil (non remboursable) a chuté de 1,3%.

Si on inclue les médicaments déremboursés dans l’année, le marché du non remboursable (partie rouge) augmente de 14,5%.

L’évolution du répertoire exploité remboursable

Le chiffre que représentent les princeps a chuté de 0,2% alors que celui des génériques a augmenté de 5,1%.

III IMPACTS ET CONSEQUENCES (FRANCE ET INTERNATIONAL)

Les études chiffrées ont été effectuées dans les paragraphes précédents. Nous nous concentrons ici sur l'impact négatif voire « délétère » des médias traitant du déremboursement sur les ventes des produits concernés et sur l'industrie pharmaceutique en général.

Il se trouve que la vente de produits déremboursés en 2008 recule considérablement depuis l'annonce de leur déremboursement alors qu'ils ne le sont pas encore. Comme le montre la diapositive « impacts & conséquences n° 2 »

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Perte de 106 millions d'unités totales- Recul des ventes en volume de 61% et- recul en CA de 50%- Poids de la prescription : 88% à 56%- Poids de l'automédication : 12% à 44% et croissance de 44% |
|--|

Il y a une véritable baisse du nombre d'unités vendues et du chiffre d'affaire ainsi qu'une diminution des prescriptions de ces produits qui sont totalement déremboursés ou pas encore.

En un an il y a eu une baisse d'environ 100 millions d'unités vendues.

Parallèlement à la baisse de prescriptions, on assiste à une augmentation de l'automédication ainsi que des achats spontanés.

Les produits leaders grâce à des stratégies de prix et d'adaptation de gamme ont réussi à limiter la casse et à modérer la baisse du chiffre d'affaires engendrée par ces produits.

Un exemple pour illustrer la tendance de diminution d'unités vendues avant déremboursement : le problème des veinotoniques .Ceux ci ne seront déremboursés que le 01/01/2008. Malgré cela, en un an, le chiffre d'affaires de ces 5 veinotoniques a diminué de 31 à 27,3% et le nombre de boîtes de 21 à 17,2%.Ceci est du à une mauvaise stratégie de communication entre les médias et les patients et contribue à créer une image très délétère des professionnels de santé.

A la suite à l'annonce du déremboursement les patients souffrant d'insuffisance veineuse ont sérieusement douté de leur traitement. Les plus aisés continueront à acheter des veinotoniques et les moins aisés (et peut être parallèlement les plus exposés!!) achèteront des médicaments tels que des anti-inflammatoires ou des antalgiques en vue de calmer leur douleur. Cette façon de procéder pourrait également augmenter les coûts étant donné les effets indésirables par exemple des anti-inflammatoires qu'il faut associer avec des protecteurs de la muqueuse gastrique.

M^{me} Rehby (responsable pôle pharmaceutique transparence chez Sanofi-Aventis)

DEREMBOURSEMENT DES MEDICAMENTS - Aspects réglementaires et principales étapes.

Avant de pouvoir être commercialisées toutes les spécialités pharmaceutiques doivent disposer d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).

Cette autorisation est délivrée :

- par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSaPS) après avis de la commission d'AMM (procédure nationale ou reconnaissance mutuelle)
- ou par la Commission européenne après avis du Comité des spécialités pharmaceutiques à usage humain (CHMP) de l'Agence européenne, l'EMA, (procédure centralisée).

L'AMM est octroyée sur démonstration de :

- la qualité du médicament,
- l'efficacité du médicament,
- la sécurité de l'emploi du médicament.

Il y a 2 catégories de médicaments destinés à 2 marchés distincts :

- celle des médicaments destinés au marché de ville qui comprend :
 - les médicaments remboursables (inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux),
 - les médicaments non remboursables.
- celle des médicaments destinés au marché à l'hôpital : ce sont les médicaments vendus aux hôpitaux (inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques agréés à l'usage des collectivités et divers services publics).

Le chiffre d'affaire se répartit à 5,5% sur les médicaments non remboursables, 18,5% pour l'hôpital et 76% pour des médicaments remboursables.

Les médicaments remboursables en ville doivent être inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.

Pour être remboursés, il y a nécessité d'une prescription.

Les prix fixés ne sont pas libres, le prix fabricant des médicaments remboursables en ville est administré, régulé et les marges de distribution des médicaments remboursables en ville sont fixées par arrêté.

Il y a donc pour cela négociation entre les laboratoires et le comité économique des produits de santé.

Le circuit réglementaire de mise sur le marché des médicaments remboursables en ville doit passer par l'accord de différentes institutions comme l'AFSSaPS ou l'HAS.

L'HAS est une grande institution c'est une autorité publique indépendante à caractère scientifique. Ses missions sont les suivantes :

- Evaluer le service attendu des produits, actes ou prestations.
- Contribuer, par ses avis, à l'élaboration des décisions relatives à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations
- Elaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonnes pratiques.
- Etablir et mettre en œuvre des procédures d'évaluation des pratiques professionnelles et d'accréditation des professionnels et des équipes médicales ainsi que les procédures de certification des établissements de santé.
- Participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé.

Elle comprend des commissions spécialisées présidées par un membre du collège, parmi lesquelles:

- la Commission de la Transparence (CT)
- la Commission d'Evaluation des Produits et Prestations (CEPP) pour les dispositifs médicaux.

. La Commission de la Transparence (CT) est une commission spécialisée de la Haute Autorité en Santé (HAS). Elle a pour mission de fournir un avis sur l'intérêt d'un médicament en le comparant notamment aux médicaments existants et en se prononçant sur plusieurs critères, dont :

- **l'amélioration du service médical rendu (ASMR)**
- **le service médical rendu (SMR)**

Finalement, la décision d'inscription ou de déremboursement revient au Ministre qui peut dans certains cas même ne pas suivre l'avis de la commission de la transparence.

L'Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) (décret du 27 octobre 1999)

L'ASMR est un critère relatif. Il compare le nouveau médicament par rapport à des alternatives thérapeutiques ou des stratégies thérapeutiques existantes.

Il y a 5 niveaux différents :

- ASMR I : le progrès thérapeutique est majeur
- ASMR II : l'amélioration est importante en termes d'efficacité thérapeutique et/ou de réduction des effets indésirables
- ASMR III : l'amélioration est modeste en termes d'efficacité thérapeutique et/ou de réduction des effets indésirables
- ASMR IV : l'amélioration est mineure en termes d'efficacité thérapeutique et/ou de réduction des effets indésirables
- ASMR V : il n'y a pas d'amélioration avec avis favorable à l'inscription.

L'ASMR a donc un impact important sur la négociation du prix entre le laboratoire et le CEPS.

Le Service Médical Rendu (SMR) (décret du 27 octobre 1999)

Le SMR est évalué indication par indication. Il permet de déterminer si le médicament peut être inscrit « au remboursement ».

Cette appréciation prend en compte :

→ La gravité de l'affection à laquelle il est destiné :

- si elle engage le pronostic vital, immédiatement ou par suite de complications,
- si elle évolue vers un handicap,

- si elle dégrade la qualité de vie ;

→ L'efficacité et les effets indésirables du médicament ;

→ La place du médicament dans la stratégie thérapeutique, par rapport à d'autres thérapies disponibles (existence d'alternatives, 1^{ère}/2^{nde} intention...) ;

→ Le caractère préventif, curatif ou symptomatique du traitement médicamenteux ;

→ Son intérêt pour la santé publique (critère qui pose « problème » aux industriels car la définition n'est pas claire... la majorité des médicaments ne sont pas d'intérêt de santé publique : un rhume, une gastro-entérite, toux... !)

- si le médicament a un impact sur la santé des populations (mortalité, morbidité, qualité de vie)
- si il apporte une à un besoin de santé publique
- si il a un impact sur le système de santé (sur les autres options thérapeutiques, l'utilisation de personnel de santé, d'actes...)

Il existe 4 niveaux de SMR :

- Majeur ou important
- Modéré
- Faible
- Insuffisant pour justifier une prise en charge

Le SMR est qualifié lors de la demande d'inscription et pour chaque extension d'indication du médicament. Mais il est réévalué :

- lors des renouvellements (tous les 5 ans)
- lors de réévaluation de SMR (par classe généralement)

SMR et taux de remboursement

Les médicaments sont inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux (par rapport à l'appréciation du SMR, indication par indication).

Les médicaments dont le SMR est insuffisant ne sont pas inscrits sur la liste (ou sont radiés).

La décision relative à l'inscription du médicament est prise par les ministres chargés de la Sécurité sociale et de la Santé.

Le taux de remboursement est fixé par l'UNCAM (union nationale des caisses de maladie) sur la base du niveau de SMR évalué par la CT:

- *SMR important: 65%*
- *SMR modéré ou faible: 35%*
- *SMR insuffisant: 0*

Principales étapes de la régulation du médicament impactant le remboursement

→ 27 octobre 1999 : il y a parution d'un décret modifiant les procédures d'inscription et de réinscription au remboursement des médicaments. On définit l'ASMR et le SMR

→ 1999-2000 : il y a réévaluation globale par la CT du SMR de 4490 spécialités remboursables. Le but est de prendre en compte les nombreuses innovations thérapeutiques des années précédentes dans l'évaluation de l'ensemble du panier de soin. Les avis rendus sont très succincts, non documentés et jamais publiés. Seuls les niveaux de SMR ont été rendus publics. La qualification du SMR est fondée sur l'indication « principale »; toutes les indications ne sont pas évaluées.

Au final, on a :

- SMR Majeur ou Important : 2 815 spécialités
- SRM Modéré ou Faible : 840 spécialités
- SMR Insuffisant : 835 spécialités

→ Septembre 2002 : annonce du déremboursement en 3 étapes après audition/recours des 650 spécialités dont le SMR est Insuffisant et qui sont encore remboursables (sur les 835 d'origine).

→ En 2003 : **1ère vague** de réévaluation en vue de leur déremboursement. Sont concernés les Médicaments de prescription non obligatoire qui ont une absence de place dans la stratégie thérapeutique. Cela aboutit au déremboursement de 82 présentations en septembre 2003. Les classes touchées sont très diverses: antitussifs, certains collyres, certains topiques dermatologiques...

→ En 2005-2006 : **2ème vague** de réévaluation en vue de leur déremboursement. Cela concerne essentiellement des médicaments de prescription non obligatoire. Résultat 282 présentations sont déremboursées au 1er mars 2006. Les classes touchées sont:

- essentiellement ORL – pastilles « maux de gorge », fluidifiants bronchiques...
- Veinotoniques: 105 présentations, création du taux à 15% (vignette orange) provisoire – du 1er février 2006 au 31 décembre 2007 puis déremboursement.

→ En Mars 2006-janvier 2007 : **3ème vague** de réévaluation en vue de leur déremboursement, cela concerne les médicaments de prescription obligatoire :

- vasodilatateurs prescrits principalement dans l'artériothérapie oblitérante des membres inférieurs (artérite) et dans les troubles cognitifs de la personne âgée,
- certains médicaments anti-diarrhéiques
- différents médicaments utilisés en ORL, en pneumologie et en infectiologie.

La Haute Autorité de Santé considère « insuffisant » le SMR de **89** médicaments sur 133.

Le service médical rendu est évalué pour chaque produit, indication par indication.

Les médicaments examinés avaient pour beaucoup d'entre eux, des indications multiples. Un même médicament peut avoir un SMR suffisant dans une indication et insuffisant dans une autre.

Le Ministre ne prend que partiellement en compte ces avis!

Les vasodilatateurs indiqués dans les troubles cognitifs du sujet âgé sont maintenus à 35% malgré SMRi et les autres passent par le taux à 15% (type veinotoniques) et seront déremboursés totalement au 1er janvier 2008

→ Pour finir nous allons voir les autres « occasions » de déremboursement:

- La réévaluation d'une classe (divers motifs...)

- Les réinscriptions:

En effet tous les 5 ans en général il y a un rappel de toute une gamme/par exploitant pour toutes les spécialités remboursées par la Sécurité Social depuis le 1er avril 1993.

Mais entre 2004-2008 il est prévu une révision de toutes les spécialités inscrites sans limitation de durée avant le 1er avril 1993. Il y a donc une réévaluation du SMR pour des spécialités relativement anciennes et jamais réévaluées de façon approfondie, cela engendre donc un risque de baisse de taux ou de déremboursement pour certaines

Mr Mardachtj,(Universal Medica)

Monsieur MARDACHTI est pharmacien,

il a fondé Universal medica (<http://www.universalmedica.com/>) qui est une société de conseil, d'études et de services, spécialisée dans le marketing relationnel et la gestion de la relation client en Santé-Pharmacie.

Monsieur MARDACHTI a présenté une étude sur l'impact du déremboursement.

Depuis la réforme du 1^{er} mars 2006, 156 médicaments ont été deremboursés, et les veinotoniques sont deremboursés à un moindre taux jusqu'au 1^{er} janvier 2008.

L'étude effectuée quant à l'opinion sur le déremboursement a été faite auprès de 3 groupes :

Médecins, Pharmaciens et Patients.

Elle a été réalise en 3 phases :

Phase 1 : Enquête auprès de médecins généralistes et pharmaciens d'officine

Phase 2 : Suivi de patients de la prescription à la délivrance

Phase III : Organisation de 2 focus groups

I. Selon les pharmaciens :

Il été démontré que 80% des pharmaciens avaient un avis négatif sur la réforme concernant les déremboursements, car ils considèrent que c'est un changement injustifié, que cela engendre une médecine à deux vitesses, et que les médecins sont dans certains cas amenés à prescrire des produits inadaptés.

Cependant, cette reforme de déremboursement a offert à certains médicaments une notoriété spontanée.

Malgré cela, 72% des pharmaciens pensent que ce n'est pas une bonne initiative, et surtout que le choix des médicaments deremboursés n'est pas justifié.

Cependant, selon 65% des pharmaciens d'officine, cette reforme n'augmente pas l'automédication.

II. L'opinion des médecins généralistes (MG) :

Il y a une majorité d'entre eux, soit 77% qui ne pensent pas que la réforme soit une bonne action pour la sécurité sociale, en raison :

- Le déremboursement non justifié
- Une médecine à 2 vitesses
- Une réforme avant tout économique
- Une réforme imposée
- le report de prescriptions vers des produits inadaptés

Le médecin a pour rôle face à son patient de lui signaler que le médicament prescrit n'est pas remboursé et il se trouve dans la situation de devoir justifier sa prescription. Quant au patient, il a tendance à réclamer des médicaments remboursés.

Cela met donc en jeu la responsabilité du patient et remet en question l'efficacité de la prescription.

1. Points d'accord entre MG et pharmaciens

- Mécontentement général
- Bonne connaissance des classes et des spécialités déremboursées
- Peu d'impact sur le déficit de la Sécurité Sociale
- Choix injustifié des médicaments
- Impact sur les patients à faibles revenus

2. Points de désaccord entre MG et pharmaciens

- Impact sur l'automédication :
 - MG : opportunité pour les pharmaciens
 - Pharmaciens : pas d'augmentation de leur CA

3. L'opinion des patients:

Plus de 85% des patients viennent retirer en pharmacie le médicament qui leur a été prescrit.

Les patients sont 82,2% à avoir un point de vue négatif sur la réforme !

4. Recommandation de l'enquête :

« Réforme désormais incontournable nécessitant une politique de communication avertie.

Actions recommandées :

1. Information des Professionnels de la Santé au sujet des futures vagues de déremboursement
2. Communication auprès du Grand Public pour rendre positive l'image ternie des médicaments déremboursés
3. Politique marketing et commerciale cohérente
4. Marketing de renouveau (redéfinition du packaging,...)
5. Actions de ventes directes

En conclusion, malgré toutes les objections présentées contre cette réforme des déremboursements de certains médicaments, elle est désormais incontournable, il faut donc mettre en place une politique de communication avertie. Il faut informer les professionnels au sujet des futures vagues de déremboursement. Et à cela doit s'ajouter une communication auprès du grand public .

Mr Doco (titulaire d'une petite officine)

Globalement, en ce qui le concerne, Mr DOCO a une bonne impression de la réforme au vu de la progression de son chiffre d'affaire (progression annuelle à 2 chiffres).

Les patients, quant à eux, estiment que la réforme ne présente aucun avantage. Leurs plaintes et leurs interrogations sont nombreuses. Ils ne comprennent pas pourquoi il leur faut payer des médicaments qui jusque là étaient remboursés, ne comprenant pas que la santé a un prix. Certains pensent aussi que si ces médicaments sont déremboursés, c'est parce qu'ils sont inutiles voire même dangereux, ce qui n'est pas le cas. Le pharmacien doit alors les rassurer et leur expliquer ce qu'il en est réellement.

Dans certains cas, le déremboursement peut être favorable au patient car les laboratoires pharmaceutiques ont du s'adapter à la réforme, certains médicaments qui étaient remboursés et appartenaient à la liste II, comme le ZYRTEC, ont subi une modification de packaging (une diminution du nombre de comprimés par boîte qui est passé à 7) et sont maintenant disponibles en vente libre et donc en accès pour la « vente –conseil » ce qui représente un avantage pour le pharmacien mais également pour le patient, qui a maintenant accès à un antihistaminique non sédatif sans ordonnance.

Mr DOCO observe ainsi une augmentation du nombre de « conseils » - en temps et en nombre de produits dispensés - qui justifie sa bonne impression de la réforme.

Cette dispensation de conseils nécessite de faire preuve de professionnalisme auprès du patient et permet ainsi une augmentation du chiffre d'affaire et des marges.

Les visiteurs médicaux s'intéressent donc de plus en plus aux pharmaciens alors que jusqu'ici, leur offensive commerciale était plutôt dirigée vers les médecins généralistes.

Le réseau classique du médicament s'en trouve alors modifié.

En 2006, l'enquête menée par Universal Medica révèle que la majorité des pharmaciens étaient mécontents de la réforme. Selon Mr DOCO les opinions auraient évolué et si on refaisait un

sondage, les résultats seraient sûrement différents, le pharmacien étant enfin considéré comme un professionnel de santé et non un commerçant.

A long terme, il y aura une évolution des mentalités.

L'objectif de la réforme est de pousser à l'achat spontané de produits. Il est nécessaire de faire comprendre aux patients que la santé a un coût, qu'elle n'est pas gratuite et qu'un traitement efficace n'est pas forcément remboursé.

Au fur et à mesure, il y a de moins en moins de remarques de la part des patients qui sont maintenant prêts à dépenser pour la « bobologie ». Ces derniers n'hésitent plus à venir spontanément à l'officine plutôt que de « passer » par chez leur médecin traitant pour se faire prescrire du paracétamol ou encore du sirop lors d'un petit rhume.

Il est nécessaire que le pharmacien s'intègre réellement dans le système de santé et il pourra ainsi tirer son épingle du jeu.

Questions :

La présentation des réactions vis-à-vis de la réforme est plutôt sombre. Qu'aurait on pu proposer à la place ? Comment ce problème est-il réglé à l'étranger ? Les classes de médicaments déremboursés en France le sont-elles dans d'autres pays ?

Mr BAJOU

Les systèmes de remboursement différent d'un pays à l'autre.

Les industriels ne remettent pas la réforme en cause, ils ne reprochent pas le fond, mais la forme . Il est normal que l'Etat s'interroge sur la nécessité de prise en charge des différents médicaments. Le problème vient d'un manque de courage des politiques qui laissent entendre que les produits déremboursés le sont parce qu'ils ne servent à rien.

Il s'agit d'un problème de communication.

Le terme de service médical rendu « insuffisant » est discutable. Il en est de même pour la notion de « médicament de confort ». Il serait préférable de parler de « médicament de soulagement ».

Il faut faire comprendre à la population que la santé n'est pas gratuite. Cependant, quand le pronostic vital est en jeu, il est nécessaire d'obtenir une prise en charge.

On observe un phénomène de transfert sur des produits qui sont toujours remboursés.

Les industriels ont demandé du temps pour « préparer le terrain » avant la mise en place des réformes ce qui leur a été refusé car il est interdit de faire de la publicité pour des produits remboursés...

Mme REHBY

L'impact des campagnes d'information est fort. C'est le cas de la campagne sur les antibiotiques puisque l'on a observé une diminution de consommation de 40%.

Il est maintenant rentré dans les mœurs que « les antibiotiques, c'est pas automatique ».

Mr BASSOU

La CNAM a le droit de faire de la publicité pour des produits remboursés mais pas les industriels.

Mr MARIACHI

Il y a un paradoxe puisque pour des médicaments appartenant à une même classe, certains sont remboursés et d'autres non.

Les inhibiteurs de la pompe à protons représentent un chiffre d'affaire important. Ils risquent de ne plus être remboursés.

Mme REHBY

Le déremboursement peut être un choix stratégique du laboratoire.

Mr DOCO

Pour un industriel, il peut être tentant de s'adresser à la grande distribution. De plus, il y a de plus en plus de confusions entre les médicaments et les compléments alimentaires et le marché de produits agroalimentaires sains (margarine pauvres en cholestérol ...) le médicament doit affronter de plus en plus de concurrence.

Ce compte rendu a été réalisé par le groupe 5 de l'UEP 2 Industrie :

Bertault Patrick	Bourguignat Caroline	Chapiro Tania
Chaouat Clara	Chenorokian Sevag	Chevalier Clemence
Clement Lorna	Coco Nathalie	Cohen Boris
Cohen Rodolphe	Curatolo Niccolo	D'humieres Camille
Deportal Marie Amelie	Devoti Christine	De Robien Michel
Donati Mickael	Dumont Thibault	El Messaoudi Safia
Lastennet Glenn		