

LES DOSSIERS DE LA DREES

N° 139 • juillet 2026

Innovation thérapeutique et régulation des prix : les déterminants de la hausse des dépenses de médicaments en France (2016-2024)

Le coût réel du médicament

Manon Cadillac, Édouard Maugendre (Drees)

Innovation thérapeutique et régulation des prix : les déterminants de la hausse des dépenses de médicaments en France (2016-2024)

Le coût réel du médicament

Manon Cadillac, Édouard Maugendre

Remerciements : Les auteurs remercient Rosalinda Solotareff, Odran Bonnet, Catherine Pollak, Benoît Ourliac, Fanny Mikol, Élisabeth Fery-Lemonnier et Thomas Wanecq pour leur contribution.

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

SYNTHÈSE

Cette étude analyse les évolutions des dépenses de médicaments remboursables en officine de ville et à l'hôpital entre 2016 et 2024. Elle s'appuie sur les données exhaustives du Système national des données de santé (SNDS), et couvre conjointement l'ensemble des lieux de délivrance (officines de ville et hôpital). Fait inédit pour la statistique publique, elle mobilise par ailleurs des données détaillées, médicament par médicament, sur le montant de remises conventionnelles que les laboratoires versent à l'Assurance maladie. Ces nouvelles données permettent ainsi d'étudier le coût réel des médicaments en France. Les informations relatives aux remises étant confidentielles, seules des informations agrégées et non identifiantes sont publiées.

Sur la période 2016-2024, avant application des remises, les dépenses de médicaments remboursables ont augmenté de 12,1 milliards d'euros, pour atteindre 41,1 milliards d'euros en 2024, soit une dépense moyenne par habitant¹ passant de 437 à 604 euros.

Replacée dans une perspective plus longue, cette hausse récente succède à une décennie de stabilité (2010-2020), elle-même précédée d'une décennie de forte croissance (2000-2010). Les dépenses de médicaments avaient en effet vivement augmenté dans les années 2000, au point qu'en 2010 le panorama de la Drees sur les comptes de la santé 2010 estimait que, par habitant, la dépense de médicament en France était la 4^{ème} plus élevée du Monde². À la suite du rapport Briet (2010)³, le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) voté par le Parlement devient une priorité ce qui entraîne une régulation accrue sur plusieurs postes de dépenses, dont le médicament. Au cours de la décennie suivante, cette régulation a pris plusieurs formes, mais a reposé pour l'essentiel sur des baisses de prix adossées à l'essor des génériques (et, dans une moindre mesure, des biosimilaires⁴). Soutenue également par les politiques de pertinence de prescription, la consommation française en unités standards, longtemps supérieure à celle des pays voisins, a rejoint le peloton européen sur la période (Hcaam, 2026). Après cette décennie de stabilité, les dépenses repartent pourtant à la hausse : d'où vient cette croissance ? La présente étude cherche à le déterminer en analysant l'évolution du marché entre 2016, alors que les dépenses étaient encore stables, et 2024.

Pour certains produits innovants et onéreux, les laboratoires négocient avec le Comité économique des produits de santé (CEPS) des remises versées à l'Assurance maladie en fonction des volumes vendus. Ces remises ont fortement progressé, passant de 1,2 à 9,0 milliards d'euros entre 2016 et 2024. Ce mécanisme reflète une logique de régulation à dimension internationale : les laboratoires préfèrent consentir des remises confidentielles, préservant ainsi un prix facial élevé utilisable comme référence dans les négociations sur les marchés internationaux, plutôt que d'accepter des prix publics moins élevés. La conséquence est l'absence de transparence des coûts réels des médicaments entre les différents pays⁵.

Une fois les remises déduites, la progression des dépenses est réduite des deux tiers entre 2016 et 2024, mais demeure importante : la hausse nette s'établit à 4,3 milliards d'euros, portant la dépense nette totale à 32,0 milliards en 2024, soit une dépense moyenne par habitant passant de 418 à 471 euros sur la période. Rapportée à la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), la part des dépenses nettes de médicaments s'inscrit en recul, de 14,2 % à 12,6 %, reflétant la dynamique plus soutenue des autres postes de soins. Ce recul au sein de la CSBM, incontestable sur la période, doit être relativisé par deux constats. Le premier est que ce recul se fait intégralement avant 2020. Par la suite, la dépense de médicaments évolue sensiblement comme la CSBM. Ce poste n'est donc plus un facteur de modération de la dépense de santé. Le second constat intervient quand on décompose un peu plus finement la dépense.

La progression contenue des dépenses nettes recouvre ainsi des disparités importantes. La hausse des dépenses de médicaments issus de prescriptions hospitalières, qu'ils soient délivrés en officine de ville ou à l'hôpital, dépasse ainsi nettement la croissance de la CSBM. D'une part, les dépenses nettes de médicaments onéreux consommés pendant les séjours à l'hôpital ont fortement augmenté entre 2016 et 2024 (1,8 milliards d'euros, soit une hausse de 61 %). D'autre part, les médicaments prescrits à l'hôpital mais délivrés en ville progressent tout

¹ Estimation de la population française, Insee, chiffres hors Mayotte ([Estimation de la population au 1^{er} janvier 2024 | Insee](#)). Les dépenses de médicaments sont calculées à partir de l'ensemble des données disponibles dans le SNDS. Les taux rapportés à la population utilisent toutefois les estimations de population de la France hors Mayotte, la couverture des consommations de soins n'étant pas exhaustive sur ce territoire.

² Fenina *et al.* (2011).

³ Rapport du Groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie.

⁴ Pour les médicaments biologiques on ne parle pas de princeps et de génériques mais de médicament de référence (ou bioprinceps) et de biosimilaires, car la copie du procédé de fabrication ne permet pas de produire une spécialité rigoureusement identique.

⁵ En 2018, une étude montrait que les prix faciaux français étaient inférieurs à ceux de ses comparateurs européens, et que l'écart pouvait atteindre, par exemple, 38 % avec l'Allemagne. Sur la période de l'étude, les remises étaient inférieures en France par rapport à l'Allemagne ; ainsi, en tenant compte des remises, la différence de prix réel payés était réduite entre 21 % et 6 %, selon leurs hypothèses (Dahmouh *et al.* ; 2018).

aussi vivement sur la période (4,1 milliards d'euros soit une hausse de 61 %), sous l'effet notamment de l'élargissement des indications thérapeutiques et de la montée des traitements chroniques initiés à l'hôpital puis suivis en ville. A l'inverse, les prescriptions de ville reculent (-0,9 milliards d'euros soit une baisse de 6 %), compensant ainsi partiellement la hausse de la dépense totale.

La hausse des dépenses nettes de médicaments, quel que soit le lieu de prescription, est concentrée sur un nombre limité de classes thérapeutiques ayant bénéficié de l'arrivée de nouveaux médicaments⁶. Les antinéoplasiques et immunomodulateurs, utilisés dans le traitement des cancers et des maladies du système immunitaire, représentent à eux seuls 10,2 milliards d'euros de dépenses nettes en 2024, contre 5,9 milliards en 2016. Cette dynamique se traduit par une concentration croissante de la dépense : la part des antinéoplasiques et immunomodulateurs dans la dépense totale de médicaments est passée de 24 % à 34 % entre 2016 et 2024, traduisant une hausse de 72 % de leurs dépenses nettes sur la période. Des dynamiques similaires, quoique d'ampleur moindre, s'observent pour les médicaments du sang et de l'appareil respiratoire. Au sein de la classe des antinéoplasiques et immunomodulateurs, la dépense est fortement concentrée sur un faible nombre de substances actives. Le pembrolizumab (Keytruda®) représente 1,9 milliard d'euros de dépenses brutes (avant déduction des remises) en 2024 à l'hôpital alors qu'il en était absent en 2016 ; le daratumumab (Darzalex®) atteint quant à lui 1,4 milliard d'euros de dépenses brutes. Ces deux seules molécules concentrent près de 20 % des dépenses brutes de la classe. L'évolution du coût du pembrolizumab constitue un enjeu prospectif majeur : l'expiration de ses brevets pourrait ouvrir la voie à une concurrence susceptible de réduire significativement les dépenses. De façon plus transversale, la « personnalisation » des traitements et les innovations thérapeutiques concernant les maladies rares (hémophilie, mucoviscidose) ont permis la croissance rapide des médicaments orphelins, destinés à traiter un petit nombre de patients, et qui présentent en conséquence les coûts de traitement par patient les plus élevés.

L'augmentation des dépenses de médicaments se décompose en quatre effets : un effet « prix » (évolution du prix moyen des substances actives vendues deux années consécutives), un effet « volume » (variation du nombre de boîtes et d'unités vendues), un effet « structure » (modification de la répartition des dépenses entre substances) et un effet « entrées-sorties » (dépenses des substances nouvellement commercialisées, nettes de celles qui quittent le marché). Cette décomposition annuelle confirme que l'effet de structure, le glissement de la consommation vers des classes onéreuses, est le principal facteur haussier (+1,6 milliard d'euros par an en moyenne), pour une progression de la dépense nette annuelle moyenne de 0,6 milliard⁷. L'effet prix est à l'inverse nettement négatif (-1,0 milliard), traduisant la baisse des prix au sein des classes déjà commercialisées.

Ces deux effets opposés reflètent le cycle de vie des médicaments. À leur lancement, les molécules récentes captent des parts de marché et se vendent bien au-dessus de leur coût de production : protégées par le brevet, elles échappent à la concurrence, et cette prime rémunère l'innovation et elle est censée couvrir les coûts de développement. Le brevet tombé, le prix s'érode, sous l'effet des renégociations du CEPS et de l'arrivée des génériques (ou des biosimilaires s'il s'agit d'un médicament biologique). D'où un paradoxe apparent : le prix des traitements augmente globalement alors que chaque produit installé voit son prix baisser continûment. Ce ressort de modération pourrait toutefois s'affaiblir pour les spécialités à production complexe et coûteuse, au premier rang desquelles les médicaments issus du génie génétique.

Les deux autres effets restent modérés : l'effet volume est quasi nul (-0,1 milliard par an), le nombre de boîtes vendues diminuant légèrement sur la période, et l'effet entrées-sorties contribue faiblement (+0,2 milliard). Ce dernier ne capte que la première année de commercialisation du médicament, la diffusion ultérieure relevant de l'effet de structure. C'est donc bien le renouvellement du répertoire thérapeutique, et non une dérive des volumes ou des prix au sein des classes existantes, qui explique l'essentiel de la hausse.

Les médicaments récents, dont la dépense est en hausse sur la période, bénéficient de taux de remboursement élevés par l'Assurance maladie obligatoire (AMO) du fait de leur service médical rendu évalué comme majeur ou important par la Haute autorité de santé (HAS). Par ailleurs, ils sont fréquemment prescrits dans le cadre d'affections de longue durée (ALD), dont les bénéficiaires sont exonérés du ticket modérateur. En conséquence, les dépenses de l'Assurance maladie obligatoire augmentent, ce qui participe au déficit actuel de la branche maladie. Ainsi, sur la période, le taux de prise en charge des dépenses de médicaments par l'Assurance maladie a progressé de 84 % à 88 %, et symétriquement, les restes à charge des assurés ont diminué en proportion de la dépense.

L'offre n'est pas le seul déterminant de la dépense ; celle-ci dépend aussi de la demande. Entre 2016 et 2024, si le nombre de consommateurs par âge était resté celui de 2016, la dépense nette aurait augmenté de 12,7 %, pour une augmentation observée⁸ de 20,6 %. C'est donc 38 % de la dynamique qui est strictement liée à des effets démographiques. Pour les 62 % restants, plusieurs évolutions ont pu modifier, à la hausse ou à la baisse, la dépense par assuré à âge donné : modification de l'état de santé de la population⁹, baisse des prix sur certains

⁶ La décomposition par classe thérapeutique exclut les médicaments délivrés par des établissements de santé à des patients en ambulatoire (rétrocession) et les médicaments sous accès dérogatoire (AAP et AAC selon les dénomination actuelles).

⁷ Hors accès dérogatoire et rétrocession.

⁸ Hors accès dérogatoire et rétrocession sur l'échantillon avec un âge identifié.

⁹ L'espérance de vie sans incapacité a progressé sur la période d'étude (Francou, 2026).

médicaments, évolutions des pratiques de prescriptions et surtout renouvellement profond du panier thérapeutique par l'arrivée de nouveaux traitements. Ces dynamiques reflètent les progrès récents de la médecine et l'élargissement de l'accès aux traitements des pathologies chroniques et cancéreuses. La hausse de la dépense se retrouve à tous les âges, mais à des degrés divers. Entre 2019 et 2024, parmi l'ensemble des patients, les dépenses des 20-39 ans ont augmenté de 204 à 238 euros nets par consommant, celles des 60-70 ans de 776 à 847 euros, et celles des plus de 80 ans de 905 à 1 052 euros. La dépense moyenne des patients identifiés par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) comme ayant un cancer a notamment fortement progressé : elle a crû de 2 285 euros en 2019 à 3 188 euros en 2023.

Au vu de la croissance des dépenses de médicaments innovants prescrits à l'hôpital et des montants en jeu, l'analyse conduit ainsi à s'interroger sur la soutenabilité à moyen terme des dépenses de médicament. Les facteurs de croissance démographiques sont pérennes et le coût des traitements innovants prescrits à l'hôpital connaît une dynamique telle que sa poursuite pourrait ne pas longtemps être compensée par les économies générées sur des produits plus anciens. Dans ce contexte, la mesure de l'efficacité des produits de santé¹⁰, c'est-à-dire la mise en relation de leur coût avec les gains qu'ils apportent à l'espérance de vie et à la qualité de vie¹¹, sera un élément primordial d'analyse pour comprendre l'évolution des dépenses de médicament.

¹⁰ La question de l'efficacité des produits de santé mesurée par le ratio différentiel coût-résultat (RDCR) ou le coût par QALY. Le QALY est « Quality Adjusted Life Year », ou année de vie pondérée par la qualité, il permet de quantifier l'apport d'un médicament à la survie d'un patient en pondérant celle-ci par la qualité de vie. En France, les RDCR sont estimés par la Haute Autorité de Santé.

¹¹ Certains produits de santé pourraient ainsi s'avérer coût-efficaces en dépit d'un prix relativement élevé, du fait de leur impact sur des traitements évités, par exemple. A contrario, certains d'entre eux apparaîtront comme particulièrement chers au regard de leur efficacité.

SOMMAIRE

■ INTRODUCTION	5
■ LE MÉDICAMENT, SON PRIX ET SA RÉGULATION	6
Mise sur le marché	6
Évaluation par la HAS et conditions de remboursement	6
Fixation des prix	6
Médicaments délivrés en ville	7
Médicaments délivrés à l'hôpital	7
Les mécanismes de remises	7
Les médicaments non remboursables	8
■ LES DONNÉES, SOURCES ET CONCEPTS	9
Les sources de données	9
Méthode d'appariement des remises aux dépenses	9
Concepts étudiés	10
■ STATISTIQUES DESCRIPTIVES : DÉCOMPOSITION DE LA DEPENSE DE MÉDICAMENT EN FRANCE	11
42 % de la dépense brute concerne des médicaments coûtant plus de 1 000 euros l'unité	11
Répartition par lieu de prescription et de délivrance	11
■ LES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS ENTRE 2016 ET 2024	14
Entre 2016 et 2024, la part des dépenses de médicaments dans la consommation totale de biens et services médicaux diminue	14
Entre 2016 et 2024, la dépense de médicaments en ville est portée par les prescriptions hospitalières	15
La hausse des dépenses portée par les médicaments onéreux	18
La hausse des dépenses portée par les médicaments récents	18
Décomposer la hausse des dépenses : un effet prix qui tire les dépenses à la baisse et un effet structure qui les tire à la hausse	20
Impact sur les dépenses de sécurité sociale	23
L'augmentation de la dépense tirée par les antinéoplasiques et immunomodulateurs	24
La croissance des antinéoplasiques et immunomodulateurs tirée par la dépense antinéoplasique ...	25
Forte augmentation de la dépense pour des traitements contre la mucoviscidose dans la classe des médicaments du système respiratoire	26
Les traitements contre l'hémophilie tirent la hausse des dépenses des médicaments des maladies du sang	26
La hausse des dépenses de la classe « système nerveux » portée par des traitements de l'insuffisance cardiaque	26
■ DÉCOMPOSITION DE LA HAUSSE SELON LES TYPES DE PATIENTS	28
Une forte progression de la dépense pour les patients atteints de cancer	28
Le vieillissement de la population explique 38 % de l'augmentation de la hausse des dépenses nettes de médicaments	29
■ POUR EN SAVOIR PLUS	30
Annexe 1. Appariement des données de remises aux données de remboursements	32
Préparation des données	32
L'appariement sur les données postérieures à 2021	32
Répartition des remises et calcul de la dépense nette	32
L'imputation des remises sur les données antérieures à 2021	32
Annexe 2. Méthode de décomposition	34

■ INTRODUCTION

Les dépenses de médicaments sont en forte progression depuis plusieurs années. De nombreux travaux ont documenté cette progression récente, par exemple, en 2025, ceux de la Cnam, de la Commission des comptes de la sécurité sociale, de la Drees, ou encore de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et de l'Inspection Générale des Finances. Cette hausse suscite une attention croissante pour plusieurs raisons. Tout d'abord, elle est majoritairement financée par l'Assurance maladie obligatoire, dans un contexte de déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale de 13,8 milliards d'euros en 2024 (Commission des comptes de la sécurité sociale, 2026). Ensuite, au-delà des enjeux financiers, une consommation élevée de médicaments n'est pas sans risques sanitaires (effets indésirables, interactions médicamenteuses en cas de polymédication, etc.) ni sans effets sur la santé publique, comme en témoigne le phénomène d'antibiorésistance, ou sur l'environnement (*The Shift Project*, 2025).

Cette hausse s'observe malgré l'existence de nombreux dispositifs de régulation agissant à plusieurs niveaux. Sur l'accès au marché, ce sont les autorisations de mise sur le marché puis la pharmacovigilance. Sur les comportements de prescription et de consommation, on peut citer le conditionnement du remboursement au service médical rendu établi par la HAS, la rémunération sur objectifs de santé publique incitant à la substitution des génériques, le relèvement du plafond des remises génériques des pharmaciens de 17 % à 40 % en 2014, ou encore le relèvement des franchises. Sur les prix, la régulation s'exerce à travers la négociation tarifaire conduite par le Comité économique des produits de santé (CEPS), les baisses périodiques de prix, et les remises produits versées par les laboratoires en contrepartie du maintien de prix faciaux élevés : un mécanisme dont l'importance a considérablement crû sur la période, les remises passant de 1,2 à 9,0 milliards d'euros entre 2016 et 2024.

Dans ce contexte, l'objectif de cette étude est de mesurer par quels mécanismes les dépenses de médicaments, (à l'exception de ceux intégrés aux forfaits de séjour hospitalier¹²), ont progressé, et dans quelle mesure les dispositifs de régulation en ont limité la trajectoire. Pour cela, l'étude documente la progression des dépenses sur la période 2016-2024 et en décompose la hausse en contributions distinctes : variation des prix unitaires, évolution des volumes consommés, glissement du « mix thérapeutique » vers des classes plus onéreuses, et renouvellement du marché par l'arrivée de nouvelles molécules. Elle se distingue des travaux antérieurs en couvrant conjointement l'ensemble des lieux de délivrance et de prescription (officines de ville et hôpital), ainsi qu'en intégrant, au niveau de chaque médicament, les remises produits versées par les laboratoires à l'Assurance maladie, qui constituent un mécanisme central de modération du coût net et dont l'importance a considérablement crû sur la période.

L'étude s'appuie sur les données exhaustives du Système national des données de santé (SNDS), complétées par des données inédites pour la statistique publique de remises produits médicament par médicament. Ces dernières permettent pour la première fois d'appréhender le coût réel net des médicaments à l'échelle nationale ; soumises au secret statistique, seules des informations agrégées non identifiantes sont publiées.

La première section de cette étude décrit le contexte institutionnel du marché du médicament en France. La deuxième présente les données et les méthodes mobilisées. La troisième fournit des statistiques descriptives sur la structure de la dépense en 2024. La quatrième mesure la hausse des dépenses entre 2016 et 2024 et en identifie les déterminants. La cinquième analyse l'évolution de la dépense selon l'âge, le sexe et les pathologies des assurés.

¹² Ces dépenses de médicaments ne sont en effet pas directement retraçables dans les dépenses de l'assurance maladie car elles sont intégrées au sein d'un forfait qui couvre l'ensemble du séjour hospitalier.

■ LE MÉDICAMENT, SON PRIX ET SA RÉGULATION

La régulation du marché du médicament poursuit plusieurs objectifs parfois contradictoires : garantir l'accès aux soins en maîtrisant les dépenses de l'Assurance maladie et des ménages, tout en soutenant l'activité industrielle intérieure (emplois, recherche, exportations). Cette tension entre régulation des dépenses et politique industrielle est au cœur des débats récents sur le système français (IGAS-IGF, 2025). Cette section décrit le contexte institutionnel, en suivant les différentes étapes de la vie d'un médicament¹³ : de la mise sur le marché, à la fixation du taux de remboursement et du prix.

Mise sur le marché

Pour être commercialisé¹⁴, un médicament doit obtenir une autorisation de mise sur le marché (AMM), délivrée soit par la Commission européenne sur avis de l'Agence européenne des médicaments (EMA), soit par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Le laboratoire dépose un dossier comportant des données de qualité pharmaceutique, d'efficacité et de sécurité pour l'indication revendiquée. Par dérogation, certains médicaments peuvent être délivrés en établissement de santé sans AMM, via les autorisations d'accès précoce (AAP) ou compassionnel (AAC), pour des maladies graves ou rares sans alternative thérapeutique disponible¹⁵. Le système d'accès dérogatoire d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) a été remplacé au 1er juillet 2021 par les dispositifs d'AAP et d'AAC, afin de simplifier les procédures et réduire les délais d'accès aux traitements des patients.

Évaluation par la HAS et conditions de remboursement

Une fois l'AMM obtenue, la Haute Autorité de santé (HAS) va effectuer une évaluation qui conditionne à la fois le remboursement et le prix. Cette évaluation repose sur trois critères : le service médical rendu (SMR), l'amélioration du service médical rendu (ASMR) et l'efficience médico-économique. Le SMR détermine le taux de remboursement par l'Assurance maladie obligatoire selon une échelle de cinq niveaux qualifiant l'intérêt médical du médicament : insuffisant (pas de prise en charge par l'assurance maladie), faible (taux de remboursement de l'Assurance maladie de 15 %), modéré (30 %), important ou majeur (65 %). Un médicament à SMR important peut être reconnu comme irremplaçable et coûteux par le Gouvernement, auquel cas, son taux de prise en charge est remonté à 100%¹⁶. L'ASMR, quant à elle, quantifie le progrès thérapeutique apporté par le médicament lorsqu'il existe déjà des traitements disponibles dans la même indication, et oriente la négociation du prix avec le CEPS. Elle est composée de cinq niveaux : majeure (ASMR I), importante (ASMR II), modérée (ASMR III), mineure (ASMR IV) et inexistante, sans progrès thérapeutique (ASMR V).

Fixation des prix

En France, les prix des médicaments remboursables sont négociés et administrés. Le Comité économique des produits de santé (CEPS) négocie le prix fabricant hors taxe (PFHT) avec les laboratoires dans le cadre d'accords-cadres pluriannuels conclus avec l'organisation professionnelle des entreprises du médicament opérant en France (LEEM) et arrête consécutivement leur prix par publication au Journal Officiel. Sa mission articule deux impératifs : rémunérer justement l'innovation thérapeutique et garantir la disponibilité durable des traitements anciens, ce qui en fait à la fois un instrument de régulation des dépenses et de politique industrielle, tension que souligne notamment un rapport IGAS-IGF (2025).

¹³ Pour une description plus détaillée, voire Jacquet et al. (2018), IGAS-IGF (2025), Cours des comptes (2017) et enfin CEPS (2025) pour les descriptions des remises.

¹⁴ [Autorisation de mise sur le marché. Ministère de la santé.](#)

¹⁵ Ces médicaments sous AAP sont destinés à traiter des maladies graves, rares ou invalidantes, lorsqu'il n'existe pas d'alternative thérapeutique, que le traitement doit être commencé sans délai et que l'efficacité et la sécurité du médicament sont fortement présumées. Les médicaments disposant d'une AAC sont destinés à traiter des patients souffrant de maladies sans traitement approprié, pour une indication donnée, sans avoir vocation à obtenir une AMM en France.

¹⁶ Article R 160-8 du code de la sécurité sociale.

Médicaments délivrés en ville

La fixation du prix dépend du statut du médicament, selon qu'il s'agit d'un princeps (médicament d'origine¹⁷) ou d'un générique¹⁸. Pour un princeps encore sous brevet, le CEPS fixe le PFHT en tenant compte notamment de l'ASMR, des prix des équivalents thérapeutiques et des volumes prévisionnels ; ce prix est ensuite publié au Journal officiel. Un médicament avec une faible amélioration du service médical rendu (un ASMR IV ou V) peut tout de même avoir un prix élevé si les équivalents thérapeutiques avaient jusqu'alors un prix élevé. Le prix de vente en officine qui servira de base au remboursement s'obtient ensuite en ajoutant les marges de distribution, incluant les honoraires de dispensation, et la TVA.

La protection par brevet court pendant vingt ans à compter de son dépôt, parfois prolongée de cinq ans. La phase effective de commercialisation est toutefois plus courte, un délai étant nécessaire pour les essais cliniques préalables à la mise sur le marché. À l'expiration du brevet, le princeps subit une décote de 20 % et les génériques éventuellement introduits sont fixés à 60 % en dessous du prix historique du princeps. Si le taux de pénétration des génériques demeure insuffisant, un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) peut être fixé sur la base du générique le moins cher, ou de la moyenne des prix d'un groupe de génériques, limitant ainsi le remboursement du princeps à un montant indépendant du prix effectivement dispensé. Depuis 1999, les pharmaciens disposent d'un droit de substitution et sont encouragés à l'exercer, notamment via la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) instaurée en 2012 et surtout à travers le dispositif de « remises pharmaceutiques ». Effectivement, les pharmacies peuvent négocier des remises auprès des fournisseurs (laboratoires ou grossistes), dans une limite de 40 % pour les génériques et de 2,5 % pour les princeps offrant donc des marges potentiellement plus élevées sur les premiers que sur les seconds. Ces mécanismes visent à concilier deux impératifs : inciter les entreprises à investir dans des programmes de recherche coûteux et de longue haleine, tout en garantissant, une fois les brevets expirés, un accès élargi à des thérapeutiques moins onéreuses.

Médicaments délivrés à l'hôpital

Les établissements de santé achètent leurs médicaments par appels d'offres, souvent via des centrales d'achat, à des prix négociés généralement inférieurs au tarif de référence fixé par le CEPS. La majorité des médicaments hospitaliers sont financés forfaitairement dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), leur coût étant intégré au tarif du groupe homogène de séjour (GHS). Mais les médicaments particulièrement onéreux et ayant un service médical rendu majeur ou important¹⁹ peuvent être inscrits sur une « liste en sus », ce qui permet leur facturation à l'Assurance maladie en dehors du GHS : ce dispositif concentre une part croissante des dépenses dynamiques observées sur la période. Pour ces produits, le CEPS fixe un tarif de responsabilité national selon les mêmes règles que la fixation des prix en ville²⁰. L'Assurance maladie obligatoire (AMO) prend en charge le remboursement de ces médicaments selon les règles suivantes. Lorsque le prix d'achat est supérieur au tarif de responsabilité, l'écart est intégralement supporté par l'établissement. Lorsqu'il lui est inférieur, l'AMO rembourse l'établissement sur la base du prix d'achat, majoré d'une prime égale à la moitié de l'écart entre le tarif de responsabilité et le prix d'achat. Ce mécanisme d'intéressement, qui incite les établissements à négocier des prix inférieurs au tarif de responsabilité, est désigné sous le terme d'écart médicament indemnisable (EMI) pour les médicaments.

Les mécanismes de remises

Au-delà des prix faciaux, le CEPS peut négocier avec les laboratoires des remises produits, créant un écart entre prix public et coût net réel. Trois types de remises sont distinguées : les remises produits spécifiques à certaines spécialités (74 % du total en 2024, *graphique 1*) ; les remises liées aux dispositifs d'accès précoce, dont le poids a fortement augmenté depuis la réforme de 2021 (10 % en 2024) ; et les remises de la clause de sauvegarde, indexées sur le chiffre d'affaires global de l'industrie pharmaceutique. Les remises produits (hors clause de sauvegarde) sont réservées aux produits innovants (ASMR I à IV) et ne concernent qu'environ 3 % des produits remboursables, mais leur montant a fortement progressé ces dernières années sous l'effet de l'arrivée de nouvelles molécules, notamment en oncologie.

¹⁷ C'est-à-dire un médicament de marque de référence.

¹⁸ Les médicaments génériques partagent la même composition qualitative et quantitative en principe actifs, et la même forme pharmaceutique que la spécialité de référence (princeps) et ayant démontré la bioéquivalence avec cette dernière, c'est-à-dire la même biodisponibilité (même vitesse et même intensité de l'absorption) dans l'organisme et, en conséquence, la même efficacité. Sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public. Un groupe générique est défini, dans le répertoire générique, par le médicament de référence (princeps) et les médicaments génériques de celui-ci.

¹⁹ Décret n° 2016-349 du 24 mars 2016 relatif à la procédure et aux conditions d'inscription des spécialités pharmaceutiques sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale - Légifrance

²⁰ « Articles L. 162-16-4 à L. 162-16-6 du Code de la sécurité sociale. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a harmonisé les critères de fixation du prix des médicaments vendus en officine, rétrocédés et de la liste en sus ». Cour des comptes, 2017.

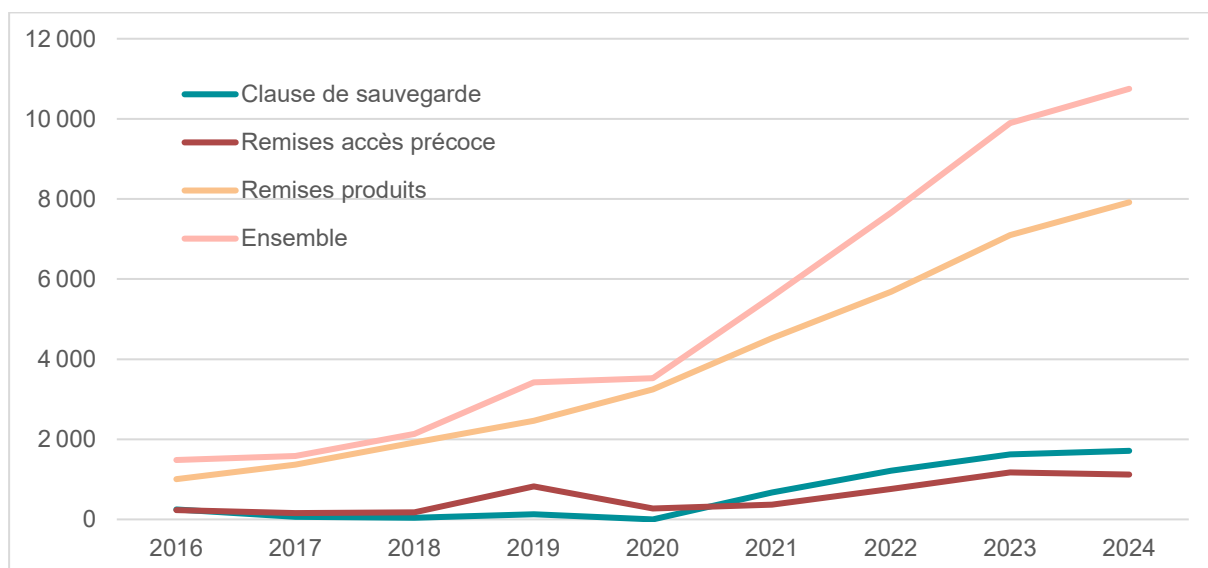
Cette progression reflète une logique de régulation financière à dimension internationale : les laboratoires²¹ peuvent préférer consentir des remises confidentielles, qui réduisent le coût net pour l'Assurance maladie, plutôt qu'accepter une baisse du prix facial, dont le niveau sert de référence dans les négociations sur d'autres marchés internationaux. Par nature temporaires, ces remises ont vocation à se transformer à terme en baisses de prix.

En 2018, une étude montrait que les prix faciaux français étaient inférieurs à ceux de ses comparateurs européens et l'écart pouvait atteindre 38 % avec l'Allemagne. Sur la période de l'étude, les remises étaient inférieures en France par rapport à l'Allemagne ; ainsi en tenant compte des remises la différence de prix réel payés était réduite entre 21 % et 6 %, selon leurs hypothèses (Dahmouh *et al.* ; 2018).

Les médicaments non remboursables

Les médicaments non remboursables voient leur prix librement fixé par les fabricants et les pharmaciens, sans intervention du CEPS.

Graphique 1 Remises versées par les laboratoires pharmaceutiques, en millions d'euros, à l'Assurance maladie, de 2016 à 2024



Lecture > En 2024, les remises produits versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie étaient de 7 917 millions d'euros.

Champ > Remises versées pour la France.

Source > CEPS, calculs Drees.

²¹ Rapport IGAS IGF, 2025.

■ LES DONNÉES, SOURCES ET CONCEPTS

Les sources de données

Cette étude mobilise les données du Système national des données de santé (SNDS²²), et plus précisément le DCIR pour les dépenses de ville et le PMSI pour les dépenses hospitalières, sur la période 2016-2024.

Les **données de consommation de ville** proviennent de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam). Elles couvrent de manière exhaustive les dépenses de médicaments remboursables par l'Assurance maladie obligatoire et délivrés en officine, qu'ils soient prescrits par des médecins libéraux en ville ou par des médecins salariés à l'hôpital (voir section « Concepts étudiés »). L'unité de référence est le code CIP (code identifiant de présentation), qui identifie de manière unique une présentation des médicaments : il s'agit de la combinaison d'un conditionnement, d'un dosage et d'une forme pharmaceutique. Ces données renseignent sur les prix unitaires, les quantités et les montants remboursés. Elles incluent également les médicaments en rétrocession hospitalière²³.

Les **données de consommation hospitalière** sont issues du PMSI, renseignées par les établissements de santé et centralisées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Elles renseignent sur la consommation des médicaments de la liste en sus ainsi que des médicaments sous accès dérogatoire. L'unité de référence est le code UCD (unité commune de dispensation), qui repère pour chaque présentation si c'est un flacon, une ampoule, une seringue, un comprimé, etc. .

Les **données de remises produits** sont issues de base de données du CEPS. Elles indiquent le montant des remises estimées²⁴ par nom commercial entre 2021 et 2024. Pour les années 2023 et 2024, la ventilation est disponible par lieu de consommation (officine de ville, pharmacie hospitalière ou hôpital). Les remises agrégées des années antérieures sont issues des rapports annuels du CEPS disponibles en ligne²⁵.

Méthode d'appariement des remises aux dépenses

L'objectif est d'affecter les remises notifiées par le CEPS aux lignes de dépenses issues du DCIR et du PMSI, afin de calculer, pour chaque année et lieu de délivrance, une dépense nette par médicament. En l'absence d'identifiant commun entre les deux types de sources, l'appariement repose sur une correspondance textuelle des noms commerciaux. Cette méthode constitue une limite à prendre en compte dans l'interprétation des résultats ; le détail de la procédure et les tests de robustesse sont présentés en annexe 1.

Les données de remises par produit n'étant disponibles qu'à partir de 2021, une imputation est réalisée pour les années antérieures en trois étapes : le montant unitaire de remise observé en 2021 est appliqué à chaque produit, multiplié par les volumes de l'année considérée, puis les montants sont proportionnellement ajustés pour que leur somme corresponde aux totaux publiés par le CEPS. Le biais associé à cette imputation reste limité pour deux raisons : les remises étaient structurellement plus faibles avant la crise liée à l'épidémie de Covid-19 (représentant moins de 5 % des dépenses brutes en 2016 contre 20 % en 2024), ce qui réduit mécaniquement l'impact d'une erreur d'estimation sur les années anciennes ; par ailleurs, la distribution des remises imputées par classe thérapeutique se révèle cohérente avec celle publiée dans les rapports détaillés du CEPS, ce qui constitue un test indirect de validité. Ces données du CEPS étant protégées par le secret statistique, les résultats présentés dans cette étude correspondent uniquement à des analyses agrégées ne permettant pas de retrouver les montants de remises par produit.

²² Le Système national des données de santé (SNDS) est un ensemble de bases de données médico-administratives ayant trait à la santé et comprenant dans sa partie principale des données couvrant l'ensemble de la population : les données de remboursement de l'Assurance maladie (base Sniiram/DCIR) ; les données de déclaration d'activité des hôpitaux (base PMSI) ; les données de causes médicales de décès (base du CépiDC de l'Inserm). Le SNDS comprend également une partie « catalogue » progressivement enrichi et regroupant des bases de données ne couvrant pas l'ensemble de la population.

²³ La rétrocession hospitalière consiste en la vente de médicaments (appelés médicaments rétrocédables) par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé à des patients en ambulatoire, dans le respect de certaines conditions (médicaments présentant notamment des contraintes particulières de distribution, de dispensation ou d'administration, ou nécessitant un suivi de la prescription ou de la délivrance). Ces médicaments, facturés à l'Assurance maladie, ne pèsent pas sur les budgets hospitaliers, puisque leur prise en charge est retracée dans l'enveloppe « soins de ville » (Delecourt *et al.*, 2026). Bien que disponible dans le DCIR, l'unité de compte des médicaments rétrocedés est l'UCD comme pour les données de consommation hospitalière (voir infra) et non le code CIP.

²⁴ Il s'agit des remises dues au titre de l'année N, estimées au regard des ventes ; ces montants ne correspondent pas aux versements effectifs, lesquels peuvent inclure des rattrapages relatifs aux années antérieures.

²⁵ [Rapport d'activité du CEPS, 2025.](#)

Concepts étudiés

Les dépenses de médicaments couvrent les médicaments délivrés en ville et remboursés par l'Assurance maladie obligatoire (qu'ils soient prescrits en ville ou à l'hôpital), et les médicaments de la liste en sus consommés à l'hôpital. Sont exclus les médicaments intégrés dans les forfaits GHS. Les médicaments sous accès dérogatoire sont inclus dans les évolutions agrégées mais exclus des évolutions nécessitant une décomposition par produit faute de disposer des remises d'accès précoce à ce niveau de granularité. Une partie des médicaments rétrocedés sont des médicaments sous accès dérogatoire et dès lors l'ensemble des médicaments rétrocedés sont également exclus des évolutions nécessitant une décomposition par produits, mais sont inclus dans les évolutions agrégées. Les vaccins sont inclus dans le champ de cette étude comme dans les séries labellisées de la Cnam²⁶, bien qu'ils soient classés dans le poste « prévention » des comptes nationaux de la santé (ce qui constitue un écart à prendre en compte lors des comparaisons avec les statistiques nationales). Sont exclus également les médicaments sans identifiants²⁷.

La dépense brute correspond aux quantités consommées valorisées au prix d'achat pour les patients : en ville, il s'agit du prix toutes taxes comprises payé en pharmacie, supporté conjointement par l'Assurance maladie obligatoire, les organismes complémentaires et les ménages selon le taux de remboursement ; à l'hôpital, il s'agit du montant pris en charge par l'Assurance maladie. À l'hôpital, les médicaments sont financés intégralement par l'Assurance maladie et le montant remboursé peut être supérieur au prix effectivement payé par l'établissement lorsque celui-ci a obtenu un prix d'achat inférieur au tarif de référence (voir supra)²⁸. La dépense nette s'obtient en déduisant les remises produites reversées par les laboratoires à l'Assurance maladie. Cette distinction brut/net s'applique également aux remboursements. Un troisième niveau de dépense aurait pu être retenu, à savoir les dépenses nettes des remises et de la clause de sauvegarde. Cependant, cette dernière définition est écartée dans la plupart des analyses car la clause de sauvegarde n'est pas directement imputable à la vente d'un produit spécifique dont elle viendrait réduire le coût réel, et s'apparente en cela davantage à un prélèvement sur le chiffre d'affaires qu'à une remise commerciale.

Les médicaments délivrés en officine de ville sont distingués selon le statut du prescripteur (salarié ou libéral), ce qui conduit à rattacher les prescriptions des centres de santé au secteur hospitalier. Cette convention n'affecte pas les tendances observées²⁹.

Les médicaments en accès dérogatoire dans cette publication correspondent à la fois aux anciens médicaments en accès temporaire d'utilisation (ATU) et aux nouveaux dispositifs d'accès compassionnel et précoce (AAC et AAP).

Dans l'analyse, les médicaments sont décrits selon la classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC), développée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui organise les médicaments de façon hiérarchique selon l'organe cible, les propriétés thérapeutiques puis les propriétés chimiques de la substance active. Elle comporte cinq niveaux : le groupe anatomique (14 classes distinctes, indiquées par une lettre, par exemple : A pour le système digestif et le métabolisme), le groupe pharmacologique ou thérapeutique (deux chiffres supplémentaires : A02 pour les médicaments liés à des problèmes d'acidité), deux sous-groupes successifs (une lettre chacun : A01AB pour les anti-infectieux et antiseptiques à usage oral), et enfin la substance active (deux chiffres : A01AB02 pour l'eau oxygénée). Il convient de noter qu'une même molécule peut se voir attribuer plusieurs codes ATC lorsqu'elle est utilisée dans des indications thérapeutiques distinctes. La codéine, par exemple, est classée à la fois comme analgésique (N02AA59) et comme antitussif (R05DA04).

²⁶ [Médicaments délivrés par les pharmacies de ville par classe ATC - Medic/AM - 2012 à 2026 | L'Assurance Maladie](#). Les estimations en ville sont proches de celles de ces séries de référence, avec un écart inférieur à 1 % en 2024, imputable en partie aux filtres appliqués sur les bénéficiaires, notamment l'exclusion des identifiants non valides.

²⁷ Cela a pour effet d'éliminer une partie des médicaments en rétrocession pour environ à 0,2 milliard d'euros.

²⁸ Ce qui inclut l'écart médicament indemnisable (EMI), considéré comme une marge d'intermédiaire rémunérant l'hôpital. Le montant des EMI en 2024 est de 174 millions d'euros pour les médicaments de la liste en sus et pour ceux bénéficiant d'une AAP ou d'une AAC.

²⁹ Dans les établissements privés à but lucratif, il est difficile de distinguer les prescriptions relevant d'une activité libérale de ville de celles effectuées dans le cadre d'un séjour hospitalier. Retenir l'ensemble de ces prescriptions conduit à surestimer la part hospitalière dans les délivrances en ville, tandis que ne retenir que les prescriptions émanant d'établissements publics et ESPIC conduirait à la sous-estimer. En retenant cette dernière option, les prescriptions hospitalières délivrées en ville seraient réduites de l'ordre de 1,6 milliard d'euros par rapport à celles estimées dans cette étude.

■ STATISTIQUES DESCRIPTIVES : DÉCOMPOSITION DE LA DEPENSE DE MÉDICAMENT EN FRANCE

42 % de la dépense brute concerne des médicaments coûtant plus de 1 000 euros l'unité.

En 2024, la dépense de médicaments remboursables, en officine de ville et à l'hôpital, hors médicaments inclus dans les forfaits de séjour, s'élève à 32,0 milliards d'euros nets de remises produits. Ces remises atteignent 9,0 milliards d'euros, dont 7,9 milliards au titre des remises produits et 1,1 milliard au titre des remises liées aux dispositifs d'accès précoce (voir section 1). La dépense brute, avant déduction des remises, s'établit ainsi à 41,1 milliards d'euros. Pour mémoire, les médicaments intra-GHS et les médicaments non remboursables, estimés respectivement à moins de 3 milliards d'euros et à 2,8 milliards par les comptes de la santé, sont exclus de ce périmètre.

Rapportée à la population française³⁰, cette dépense représente environ 35 boîtes ou unités de dispensation de médicaments par personne et par an, pour un montant moyen de 604 euros par personne et par an. Cette moyenne masque une forte concentration de la dépense sur un petit nombre de médicaments très coûteux : les médicaments valant plus de 80 euros ne représentent que 2 % des quantités achetées, mais concentrent 66 % de la dépense totale ; ceux qui valent plus de 1 000 euros représentent moins de 1 % des quantités, mais plus de 42 % de la dépense brute (et environ 30 % de la dépense nette³¹), et ceux qui valent plus de 10 000 euros représentent 3 % de la dépense brute et 1 % de la dépense nette (ces médicaments représentent 10 000 unités vendues). À l'opposé du spectre, le paracétamol illustre la prépondérance en volume des médicaments peu coûteux : avec plus de 400 millions de boîtes vendues en ville sur prescription (sur un total de 2,4 milliards de boîtes), il est le médicament le plus consommé, pour un coût moyen inférieur à 5 euros l'unité.

Répartition par lieu de prescription et de délivrance

Les prescriptions libérales délivrées en officine de ville concentrent la part la plus importante des dépenses nettes (14,6 milliards d'euros), devant les prescriptions hospitalières délivrées en ville (10,7 milliards d'euros) et les médicaments de la liste en sus consommés à l'hôpital (4,7 milliards d'euros). Mais le coût moyen par unité est structurellement beaucoup plus élevé en milieu hospitalier : une boîte prescrite par un médecin libéral et délivrée en ville coûte en moyenne 8 euros, contre 25 euros pour une boîte prescrite à l'hôpital et délivrée en ville, et plus de 700 euros pour un médicament de la liste en sus (*tableau 1*). Cet écart reflète la concentration des traitements innovants et onéreux dans les prescriptions hospitalières.

Cette concentration est également visible à travers l'ancienneté des molécules prescrites. Quel que soit le prescripteur, les médicaments dont la substance active a été commercialisée après 2010 restent minoritaires³², mais leur part est nettement plus élevée dans les prescriptions hospitalières que dans les prescriptions libérales délivrées en ville.

³⁰ Estimation de la population française, Insee, chiffres hors Mayotte ([Estimation de la population au 1^{er} janvier 2024 | Insee](#)).

³¹ Hors médicaments sous AAP et AAC, 29 % de la dépense nette.

³² Par convention dans cette étude, l'âge du médicament est calculé à partir de la première date de commercialisation de la substance active (ou, le cas échéant, de la combinaison) composant le médicament. Ainsi, les médicaments génériques ont par construction ici le même âge que le premier princeps commercialisé.

Tableau 1 Structure de la dépense de médicament par lieu de prescription et de délivrance en 2024

	Rétroces- sion et ac- cès déro- gatoire	Hôpital (liste en sus)	Officine de ville (pres- cription ville)	Officine de ville (prescrip- tion hôpi- tal)	En- semble
Dépenses brutes (M€)	3 467	7 659	16 439	13 506	41 070
Remises produits (M€)	1 391	2 999	1 832	2 816	9 038
Dépenses nettes (M€)	2 076	4 660	14 607	10 690	32 032
Nb d'unités (ou boîtes) (en millions)	40	6	1 917	433	2 396
Montant remboursés par l'assurance maladie obligatoire (M€)	N/C	7 659	13 628	12 781	35 579
Prix moyen (en euros)	56	722	8	25	14
Part de la dépense brute imputable aux médicaments dont le taux remboursement est de 100% (en %)	86	100	14	40	45
Part de la dépense imputable aux médicaments dont le taux remboursement est de 65 % (en %)	3	0	74	55	48
Part de la dépense brute imputable aux médicaments dont le taux remboursement est de 30% (en %)	1	0	10	3	5
Part de la dépense brute imputable aux médicaments dont le taux remboursement est de 15% (en %)	0	0	2	1	1
Part de la dépense brute imputable aux onéreux (prix moyen>80 euros) (en %)	91	100	34	80	66
Part des quantités imputable aux onéreux (prix moyen>80 euros) (en %)	11	97	1	4	2
Part de la dépense brute imputable à la classe ATC A- appareil digestif (en %)	NC	3	15	5	8
Part de la dépense brute imputable à la classe ATC B-sang et organes hématopoétiques (en %)	NC	2	9	9	7
Part de la dépense brute imputable à la classe ATC L - Antinéoplastiques et immunomodulateurs (en %)	NC	86	14	43	36
Part de la dépense brute imputable à la classe ATC N - Système nerveux (en %)	NC	0	15	10	9
Part de la dépense brute imputable à la classe ATC R - appareil respiratoire (en %)	NC	0	8	9	6
Part de la dépense brute imputable substance apparue avant 2010 (en %)	20	20	60	37	47
Part de la dépense brute imputable substance apparue entre 2010 et 2020 (en %)	60	61	35	53	43
Part de la dépense brute imputable substance apparue après 2020 (en %)	12	12	5	11	8

Notes > Les classes ATC de niveau 1 correspondent aux grands groupes anatomiques de la classification ATC des médicaments (Anatomique, Thérapeutique et Chimique), définis selon l'organe ou le système principal sur lequel agit le médicament. Les dépenses nettes correspondent aux dépenses brutes dont les remises versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie ont été déduites. Elles incluent les remises produits et d'accès dérogatoire. NC : Non calculé, les médicaments rétrocedés et d'accès dérogatoire ne sont pas ventilés par classe ATC.

Lecture > En 2024, la dépense nette de médicaments de la liste en sus est de 4 660 millions d'euros, le prix moyen d'un médicament de la liste en sus est de 722 euros, et 97% des médicaments de la liste en sus sont des médicaments onéreux.

Champ France. Dépense de médicaments, incluant l'ensemble des dépenses remboursables en officine, en rétrocession et sous accès dérogatoire, ainsi qu'en sus des séjours à l'hôpital (médicaments de la liste en sus, en accès dérogatoire), à l'exclusion des dépenses intégrées dans des forfaits tarifaires, notamment les médicaments administrés pendant les séjours hospitaliers financés par GHS ou dans les Ehpad. Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS).

Sources > DCIR, PMSI, CEPS, calculs Drees.

■ LES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS ENTRE 2016 ET 2024

Entre 2016 et 2024, la part des dépenses de médicaments dans la consommation totale de biens et services médicaux diminue

Après une forte hausse dans les années 2000, les dépenses brutes de médicaments se sont stabilisées au cours de la décennie suivante, avant de croître à nouveau rapidement à partir de 2020 (*graphique 2*).

En 2010, le rapport Briet appelait à réguler les dépenses dans un contexte de dépassements répétés de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). Cette régulation a pris plusieurs formes au cours de la décennie mais s'est notamment appuyé sur des baisses de prix en lien avec l'essor des génériques, encouragé par l'incitation des pharmaciens à substituer ces derniers aux médicaments de marque. Le mécanisme principal est le suivant. Les pharmaciens peuvent négocier avec leurs fournisseurs (laboratoires ou grossistes) des remises, mais celles-ci sont plafonnées réglementairement. Le plafond de remises pour les médicaments génériques a été relevé de 17 % à 40 % en 2014 alors qu'il est 2,5 % pour les médicaments de marque et cela crée ainsi une forte incitation financière à la substitution générique en officine. Portée aussi par les politiques de pertinence de prescription, la consommation française en unités standards, longtemps supérieure à celle de ses voisins, a rejoint le peloton européen sur la période³³. L'arrivée de traitements à très fort impact budgétaire (Sovaldi en 2014, biothérapies, immuno-oncologie) a toutefois conduit à la création d'instruments de régulation complémentaire en 2015 et le renforcement de la clause de sauvegarde³⁴, tandis que l'accès précoce aux médicaments innovants a été encadré de façon renforcée à partir de 2016³⁵. Pourtant, à partir de 2020, les dépenses repartent à la hausse. Cette étude décrit leur évolution entre 2016 et 2024, période charnière entre la fin de la stabilité et la reprise.

Entre 2016 et 2020, les dépenses brutes sont restées relativement stables, progressant modérément de 29,0 à 29,7 milliards d'euros (-+ 0,7 milliard). Elles ont ensuite augmenté nettement pour atteindre 41,1 milliards d'euros en 2024, soit une hausse de 11,4 milliards sur la seule période 2020–2024.

Cependant, la progression des remises versées par les laboratoires modifie substantiellement le constat. En dépenses nettes, la trajectoire est non seulement moins marquée mais s'inverse entre 2016 et 2020 : les dépenses nettes ont diminué de 1,6 milliard d'euros sur cette période, avant de progresser de 5,9 milliards entre 2020 et 2024 pour atteindre 32,0 milliards d'euros, soit une hausse deux fois moins élevée que celle observée en dépenses brutes. Si l'on déduit également la clause de sauvegarde, la hausse 2020–2024 est de +4,2 milliards d'euros, pour des dépenses s'établissant à 30,3 milliards en 2024.

Rapportées à la consommation totale de soins et de biens médicaux (CSBM), les dépenses nettes de médicaments ont vu leur part reculer de 14,2 % en 2014 à 12,6 % en 2020, avant de se stabiliser autour de 12,6 % en 2024^{36 37}. Cependant, cette évolution contenue masque le dynamisme de la hausse des dépenses de médicaments dans certains secteurs.

³³ Hcaam (2026).

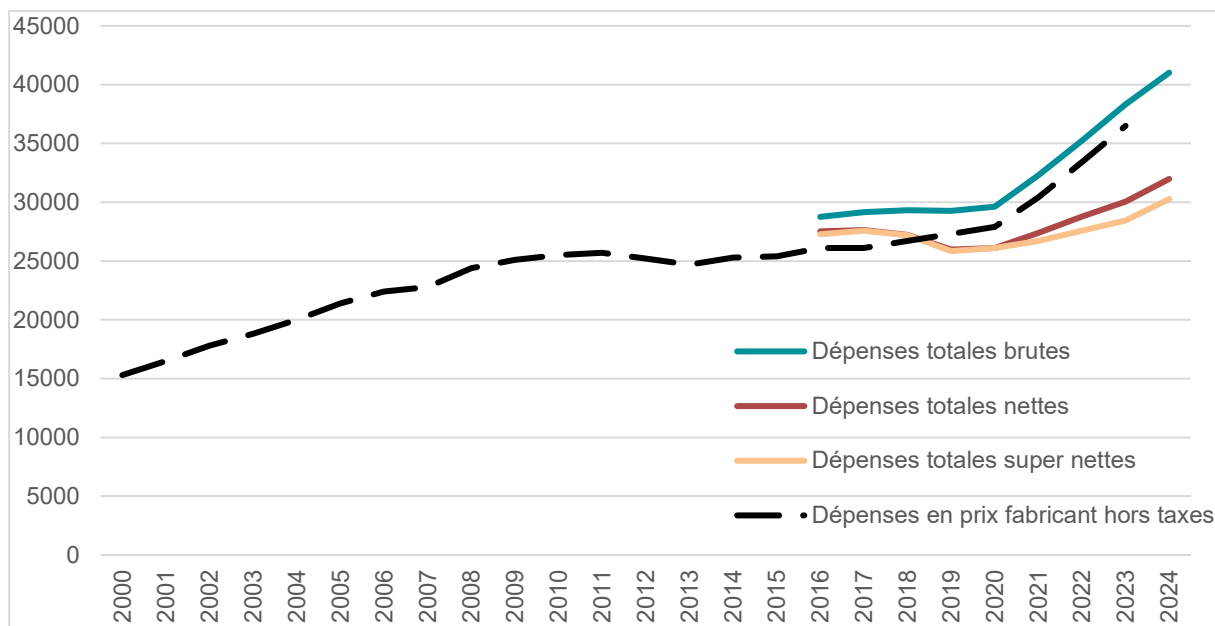
³⁴ Cours des comptes (2017), chapitre VIII : La fixation du prix du médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficience et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer ; p. 355.

³⁵ Rapport du CEPS (2014).

³⁶ La CSBM s'établissait à 195 milliards en 2016, 209 milliards en 2020 et 255 milliards en 2024 (Comptes de la Santé, Drees, 2025).

³⁷ Par ailleurs, des épisodes de ruptures de stocks de médicaments et de risque de rupture de stock peuvent affecter les approvisionnements des officines, diminuant respectivement les ventes de 11 % et 7 % en moyenne pour les médicaments concernés durant ces épisodes (Baudet, 2025). L'augmentation des épisodes de rupture est ainsi susceptible d'avoir atténué la hausse des dépenses sur la période, mais sans remettre en cause les tendances observées

Graphique 2 Dépenses brutes et nettes de médicaments remboursables de 2016 à 2024, en millions d'euros



Notes > Le graphique représente les dépenses de médicaments brutes et nettes (en déduisant les remises). Les remises correspondent aux remises produits versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie ainsi que les remises d'accès dérogatoire. Dans le cas des dépenses super nettes, la clause de sauvegarde est également déduite. Pour les séries en trait plein, les dépenses sont estimées au prix d'achat en officine et selon le montant remboursés par l'assurance maladie obligatoire à l'hôpital. Pour la série en tiret, les dépenses sont estimées au prix fabricant hors taxes et n'inclut pas les remises.

Lecture > En 2024, la dépense totale de médicaments est estimée à 41 070 millions d'euros en brutes, 32 032 après déduction des remises produits et d'accès dérogatoire et à 30 320 millions d'euros après déduction de la clause de sauvegarde.

Champ > France. Dépense de médicaments, incluant l'ensemble des dépenses remboursables en officine, en rétrocession, ainsi qu'en sus des séjours à l'hôpital (médicaments de la liste en sus, en accès dérogatoire), à l'exclusion des dépenses intégrées dans des forfaits tarifaires. Pour les séries en trait plein, sont exclues les dépenses intégrées dans des forfaits tarifaires, notamment les médicaments administrés au cours des séjours hospitaliers financés par GHS ou en Ehpad ; pour la série en tiret, les dépenses de médicaments au cours des séjours hospitaliers financés par GHS sont incluses. Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS).

Sources > SNDS, DCIR, PMSI, CEPS, calculs Drees.

Entre 2016 et 2024, la dépense de médicaments en ville est portée par les prescriptions hospitalières

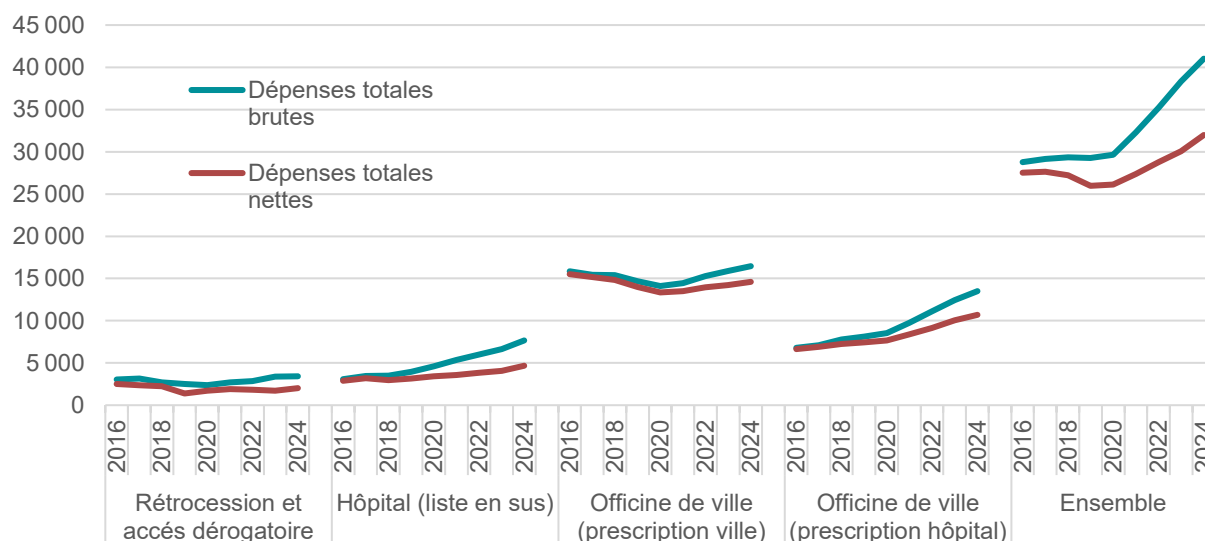
La hausse des dépenses de médicaments remboursables entre 2016 et 2024 recouvre des évolutions très hétérogènes selon l'origine de la prescription et le lieu de consommation (*graphique 3*).

Les prescriptions hospitalières délivrées en officine de ville constituent le principal moteur de la hausse : leurs dépenses ont crû de 6,7 milliards d'euros en brut et de 4,1 milliards d'euros en net sur la période, s'accompagnant d'une hausse de 44 % du nombre de boîtes vendues. Cette dynamique reflète en partie l'élargissement des indications thérapeutiques et la montée en charge de traitements chroniques initiés à l'hôpital dont le suivi est ensuite assuré en ville.

À l'hôpital, les médicaments de la liste en sus affichent la plus forte croissance en valeur brute (+4,6 milliards), mais seulement +1,8 milliard en net du fait de la forte progression des remises conventionnelles sur ces produits innovants. Cet écart entre dépense brute et nette illustre concrètement le rôle amortisseur des remises sur les produits les plus onéreux.

Ainsi, sur l'ensemble des prescriptions faites (médicaments, dispositifs médicaux, transports, indemnités journalières et actes de soin exécutés par d'autres professionnels de santé), les dépenses les plus dynamiques entre 2019 et 2024 sont celles liées aux médicaments de la liste en sus, suivi par les indemnités journalières pour arrêt maladies (IGF, IGAS, 2025).

Graphique 3 Dépenses brutes et nettes (en millions d'euros) de médicaments par lieu de prescription et de consommation, de 2016 à 2024



Notes > Le graphique représente les dépenses brutes et nettes (en déduisant les remises) de médicament. Les remises correspondent aux remises produits et aux remises d'accès dérogatoire versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie.

Lecture > En 2024, la dépense totale de médicaments en officine de ville et prescrit en ville est estimé à 16 439 millions d'euros en brut et à 14 607 millions d'euros en net.

Champ > France. Dépense de médicaments, incluant l'ensemble des dépenses remboursables en officine, en rétrocession et accès dérogatoire, ainsi qu'en sus des séjours à l'hôpital (médicaments de la liste en sus), à l'exclusion des dépenses intégrées dans des forfaits tarifaires, notamment les médicaments administrés pendant les séjours hospitaliers financés par GHS ou dans les Ehpad. Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS).

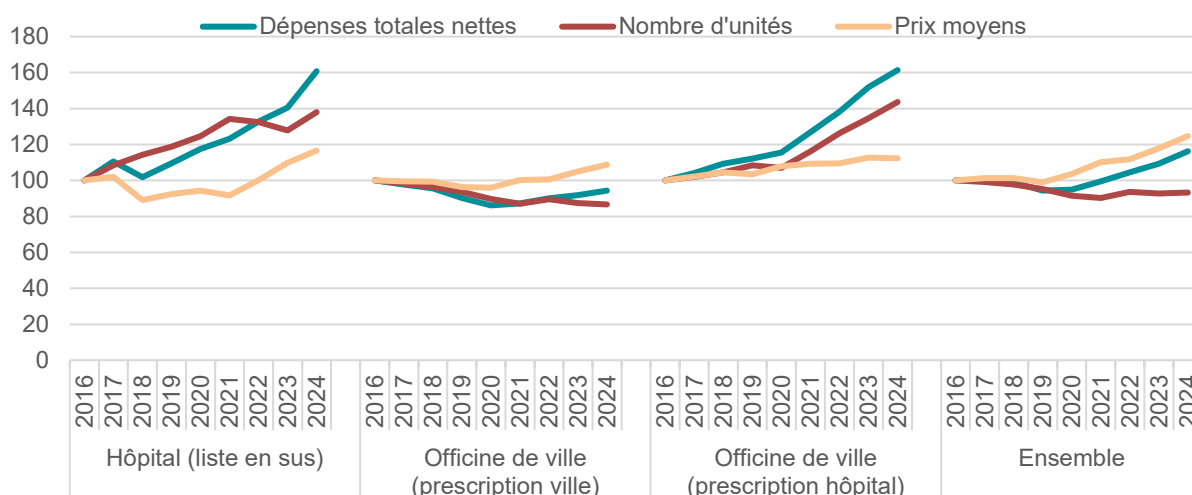
Sources > SNDS, DCIR, PMSI, CEPS, calculs Drees.

À l'opposé, les dépenses nettes de médicaments prescrits par des médecins libéraux en ville ont reculé de 0,9 milliard entre 2016 et 2024. La baisse du nombre d'unités vendues (-13,5 %) témoigne d'une modération des volumes de prescription, cohérente avec le constat d'une normalisation progressive des habitudes prescriptives françaises, historiquement plus élevées que la moyenne européenne (HCAAM, 2026 ; Richard *et al.*, 2023).

Ces dynamiques contrastées selon le lieu de prescription et de délivrance ont une conséquence mécanique sur le prix moyen observé toutes catégories confondues. La montée en charge des prescriptions hospitalières, structurellement plus onéreuses, tire le prix moyen global à la hausse, quand bien même les prix moyens progressent de façon moins dynamique au sein de chaque sous-secteur pris séparément (*graphique 4*).

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer l'augmentation de la dépense de médicaments prescrits à l'hôpital et délivrés en ville : le vieillissement de la population, la progression des maladies chroniques, la diffusion de traitements innovants à coût élevé et le développement de la prise en charge ambulatoire (IGF, IGAS, Novembre 2025). Le financement hospitalier constituerait une hypothèse complémentaire : les établissements seraient peu incités à optimiser la prescription de médicaments qu'ils ne supportent pas financièrement, qu'il s'agisse des produits de la liste en sus ou des prescriptions exécutées en ville après la sortie du patient.

Graphique 4 Dépenses nettes, nombre d'unités et prix moyens des médicaments par lieu de prescription et de consommation, de 2016 à 2024, en base 100 de 2016.



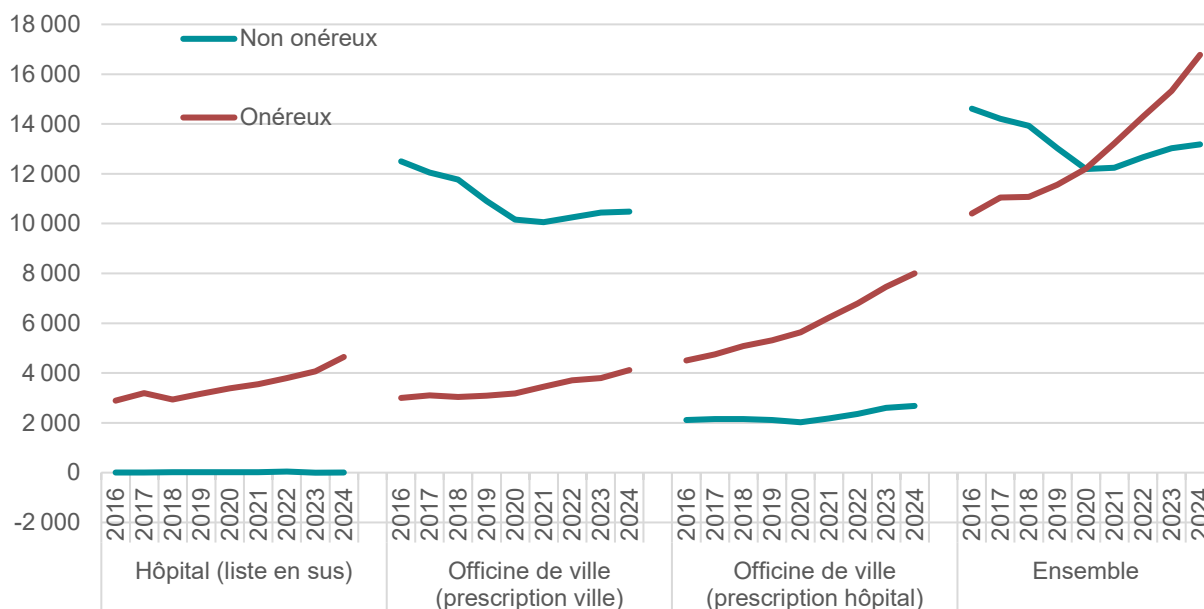
Notes > Le graphique représente, en base 100 en 2016, l'évolution des dépenses nettes de médicaments, des prix moyens et des volumes par lieu de prescription et de délivrance. Les dépenses sont présentées après déduction des remises versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie (remises produits). Les volumes sont mesurés en nombre de boîtes pour les délivrances en ville et en unités communes de dispensation (UCD) à l'hôpital. Le contenu des boîtes ayant pu varier sur la période, les volumes et prix moyens sont mécaniquement affectés, sans remettre en cause les conclusions du graphique.

Lecture > Entre 2016 et 2024 les prix moyens des médicaments sur l'ensemble des secteurs ont augmenté de 25% : l'indice de la dépense est de 125 en 2024, contre 100 en 2016. Les quantités consommées ont baissé de 7% : l'indice de la dépense est de 93 en 2024, contre 100 en 2016.

Champ > France. Dépense de médicaments, incluant l'ensemble des dépenses remboursables en officine, ainsi qu'en sus des séjours à l'hôpital (médicaments de la liste en sus), à l'exclusion des dépenses intégrées dans des forfaits tarifaires, notamment les médicaments administrés pendant les séjours hospitaliers financés par GHS ou dans les Ehpad. Sont également exclus les médicaments en accès dérogatoire (AAP et AAC). Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS).

Sources > SNDS, DCIR et PMSI, CEPS, calculs Drees.

Graphique 5 Dépenses nettes (en millions d'euros) de médicaments, selon leurs prix, de 2016 à 2024



Notes > Le graphique représente les dépenses de médicaments nettes (en déduisant les remises) par lieu de prescription et de délivrance selon le prix. Les remises correspondent aux remises produits versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie. Les médicaments onéreux sont définis comme ceux dont le coût unitaire ou par boîte excède 80 euros, ainsi que les médicaments faisant l'objet de remises s'ils font partie de la liste en sus. Cette condition supplémentaire vise à garantir le secret statistique et n'affecte que marginalement les résultats.

Lecture > En 2024, la dépense nette de médicaments onéreux à l'hôpital sur la liste en sus est de 4 649 millions d'euros et de 10 millions d'euros pour les médicaments non onéreux.

Champ > France. Dépense de médicaments, incluant l'ensemble des dépenses remboursables en officine, ainsi qu'en sus des séjours à l'hôpital (médicaments de la liste en sus), à l'exclusion des dépenses intégrées dans des forfaits tarifaires, notamment les médicaments administrés pendant les séjours hospitaliers financés par GHS ou dans les Ehpad et les médicaments en accès dérogatoire et rétrocedés. Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS).

Sources > SNDS, DCIR et PMSI, CEPS, calculs Drees.

La hausse des dépenses portée par les médicaments onéreux

En 2024, la hausse des dépenses de médicaments prescrits à l'hôpital s'explique quasi exclusivement par la dynamique des médicaments onéreux, qu'il s'agisse des médicaments de la liste en sus consommés pendant un séjour hospitalier ou des médicaments prescrits à l'hôpital et délivrés en ville dont le prix unitaire dépasse 80 euros. À l'inverse, les dépenses en médicaments non onéreux sont restées stables pour les prescriptions hospitalières et ont diminué pour les prescriptions libérales de ville.

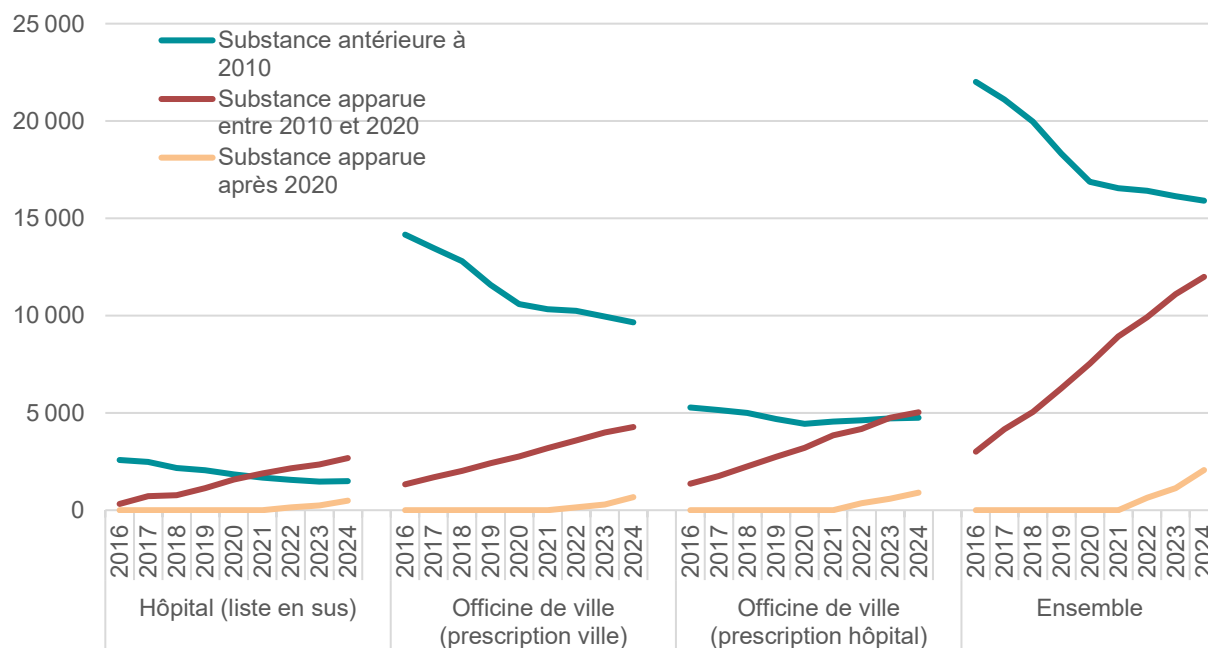
Cette progression ne s'explique pas par un effet de substitution entre secteurs : les médicaments onéreux prescrits en ville ont eux aussi vu leurs dépenses augmenter sur la période, ce qui exclut un simple transfert de la consommation du secteur libéral vers le secteur hospitalier.

Au total, les médicaments dont le prix unitaire dépasse 80 euros ont contribué à hauteur de +6,4 milliards d'euros à la hausse des dépenses entre 2016 et 2024, tandis que les médicaments non onéreux affichaient dans le même temps un recul de 1,4 milliards (graphique 5). La hausse nette, hors rétrocession et accès dérogatoire, de 4,9 milliards résulte donc d'un double mouvement : une forte progression des dépenses de médicaments innovants et coûteux, partiellement compensée par la baisse des dépenses de médicaments anciens et peu onéreux.

La hausse des dépenses portée par les médicaments récents

Les médicaments onéreux dont la progression tire la dépense à la hausse sont pour l'essentiel des médicaments récents, protégés par un brevet et sans équivalent générique disponible. La hausse est ainsi concentrée sur les médicaments dont la classe thérapeutique est apparue depuis 2010 (graphique 6), ce qui reflète le cycle de vie du médicament : tant que la protection par brevet est en vigueur, le prix bien que négocié par le CEPS en tenant compte de l'innovation apportée, ne subit pas la concurrence générique comme les médicaments anciens.

Graphique 6 Dépenses nettes (en millions d'euros) de médicaments par année d'apparition de la substance, de 2016 à 2024



Notes > Le graphique représente les dépenses de médicaments nettes (en déduisant les remises) selon la date de commercialisation de la substance (ou, le cas échéant, de la combinaison) composant le médicament. Ainsi, les médicaments génériques ont par construction ici le même âge que le premier princeps commercialisé. Les remises correspondent aux remises conventionnelles versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie. Pour des questions de confidentialités des données, les substances apparues après 2020 ne sont comptabilisées qu'à partir de l'année 2022.

Lecture > En 2024, la dépense totale de médicaments en officine de ville et prescrit à l'hôpital dont la substance est apparue après 2020 est estimée à 0,9 milliards d'euros en brut.

Champ > France. Dépense de médicaments, incluant l'ensemble des dépenses remboursables en officine, ainsi qu'en sus des séjours à l'hôpital (médicaments de la liste en sus) à l'exclusion des dépenses intégrées dans des forfaits tarifaires, notamment les médicaments administrés pendant les séjours hospitaliers financés par GHS ou dans les Ehpad. Les médicaments en accès dérogatoire sont également exclus faute de données de remises disponibles au niveau produit, ainsi que les médicaments délivrés en rétrocession, pour lesquels la date de la substance n'était pas systématiquement renseignée dans les données mobilisées. Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS).

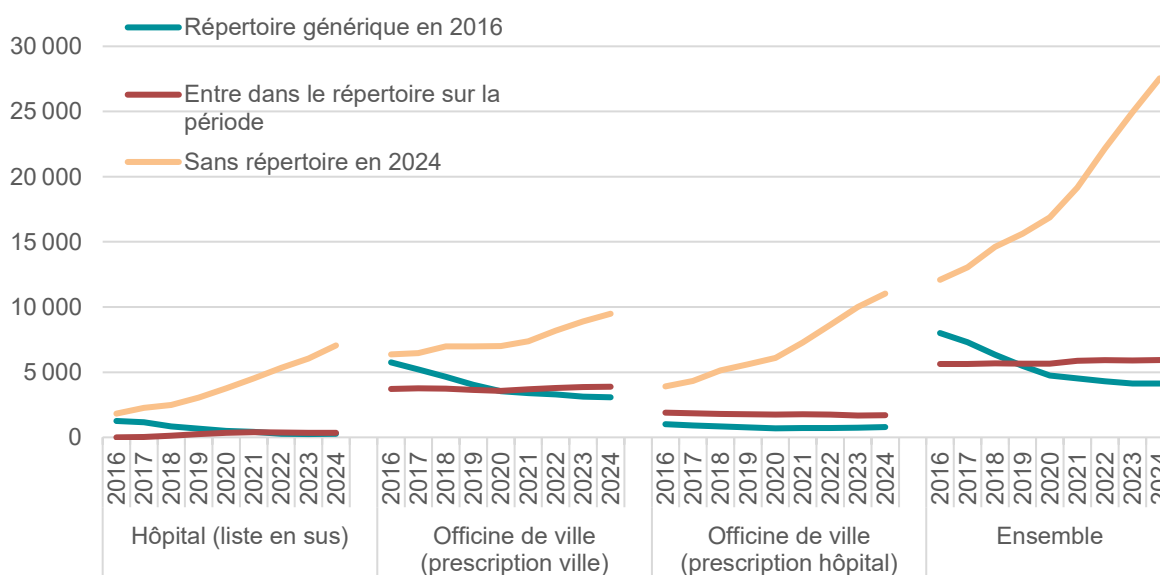
Sources > SNDS, DCIR et PMSI, rapport du CEPS, calculs Drees.

Pour rendre compte de ces dynamiques, les médicaments, hors médicaments sous accès dérogatoire et hors rétrocession, ont été classés selon leur statut dans le répertoire des génériques. Le répertoire des groupes génériques regroupe l'ensemble des spécialités pharmaceutiques susceptibles de faire l'objet d'une substitution

générique, à savoir les spécialités de référence (princeps) et leurs génériques associés. En sont exclues les spécialités encore sous protection brevétaire, pour lesquelles aucune substitution n'est juridiquement possible. L'évolution des dépenses brutes³⁸ a été réalisée en distinguant trois groupes : ceux déjà inscrits au répertoire en 2016, ceux qui y sont entrés au cours de la période 2016-2024, et ceux qui en étaient absents sur l'ensemble de la période.

Les résultats de cette décomposition sont sans ambiguïté (*graphique 7*). Les dépenses brutes des médicaments qui n'ont pas d'équivalent générique sur toute la période progressent d'environ 15,4 milliards d'euros entre 2016 et 2024 ; cette hausse aurait été sensiblement plus élevée sans la progression des remises conventionnelles, qui en ont limité l'ampleur sans toutefois l'annuler. À l'inverse, les dépenses des médicaments génériques ou des médicaments ayant déjà un équivalent générique en 2016 reculent d'environ 3,9 milliards d'euros, sous l'effet potentiel des baisses de prix administrées par le CEPS, de la substitution par les génériques et de la modération des volumes. Les dépenses des médicaments ayant intégré le répertoire au cours de la période baissent ce qui illustre concrètement les effets du passage sous brevet générique : décote du princeps, introduction de génériques à prix réduits, et intensification de la substitution en officine (*graphique 8* ; Drees, 2025).

Graphique 7 Dépenses brutes (en millions d'euros) de médicaments selon l'appartenance à un groupe générique dans la période, de 2016 à 2024



Notes > Le graphique représente les dépenses de médicaments brutes selon l'appartenance ou non au répertoire générique. Le répertoire des groupes génériques regroupe l'ensemble des spécialités pharmaceutiques susceptibles de faire l'objet d'une substitution générique, à savoir les spécialités de référence (princeps) et leurs génériques associés. En sont exclues les spécialités encore sous protection d'un brevet, pour lesquelles aucune substitution n'est juridiquement possible. Les médicaments de l'échantillon sont répartis en trois groupes selon leur appartenance ou leur date d'entrée dans le répertoire des groupes génériques : les spécialités inscrites au répertoire avant 2016, celles y ayant été intégrées entre 2016 et 2024, et celles qui n'en font pas partie en 2024. Les remises correspondent aux remises conventionnelles versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie.

Lecture > En 2024, la dépense totale de médicaments en officine de ville et prescrits en ville inscrits au répertoire depuis 2016 au moins est de 3 078 millions d'euros ; elle est de 3 885 millions d'euros pour les médicaments qui sont entrés dans le répertoire entre 2016 et 2024 et 9 476 millions d'euros pour les médicaments hors du répertoire en 2024.

Champ > France. Dépense de médicaments, incluant l'ensemble des dépenses remboursables en officine, ainsi qu'en sus des séjours à l'hôpital (médicaments de la liste en sus) à l'exclusion des dépenses intégrées dans des forfaits tarifaires, notamment les médicaments administrés pendant les séjours hospitaliers financés par GHS ou dans les Ehpad. Les médicaments en accès dérogatoire (AAP ou AAC) sont également exclus faute de données de remises disponibles au niveau produit, ainsi que les médicaments délivrés en rétrocession. Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS).

Sources > SNDS, DCIR et PMSI, CEPS, calculs Drees.

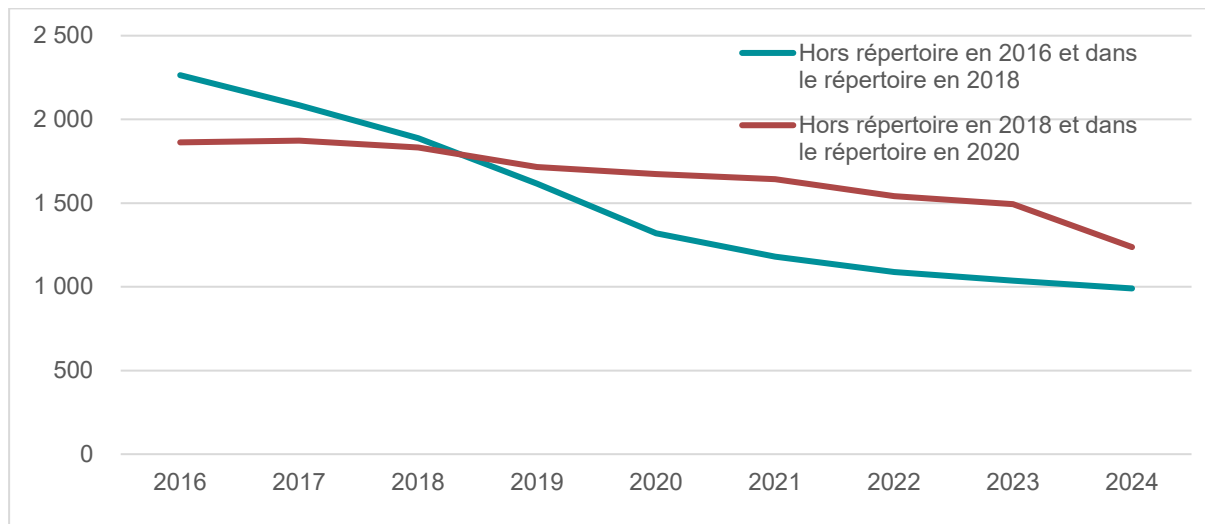
Ces résultats confirment le rôle central des génériques dans la maîtrise des dépenses de médicaments. En 2017, Caby et Zafar (2017) relevaient néanmoins leur faible taux de pénétration du marché et appelaient à étendre la logique de substitution aux médicaments biologiques via les biosimilaires³⁹ (autorisation obtenue en 2025 pour

³⁸ Pour des questions de secret statistique.

³⁹ Présentés comme des alternatives prometteuses aux médicaments classiques issus de synthèses chimiques, les biomédicaments (ou médicaments biologiques) sont fabriqués à partir d'organismes vivants. Parmi eux, on distingue le biomédicament de référence (appelé « bioréférent »), premier médicament biologique autorisé pour une substance donnée et protégé par brevet, et ses biosimilaires,

certaines biosimilaires). Cette même note identifiait un risque de contournement stratégique de la concurrence générique : certains laboratoires, anticipant la perte de brevet, lancent des équivalents thérapeutiques peu différenciés du produit original afin de limiter l'érosion de leur chiffre d'affaires. Ce comportement reste toutefois encadré par le CEPS : dans la mesure où le prix des nouveaux produits est fixé en fonction du niveau d'amélioration du service médical rendu (ASMR) évalué par la HAS, cela devrait limiter la portée de telles stratégies.

Graphique 8 Baisse des dépenses brutes de médicaments pour les médicaments vendus en officine à l'entrée dans le répertoire générique, en millions d'euros, de 2016 à 2024



Notes > Le graphique représente la chute des dépenses brutes de médicaments en ville lors de l'entrée des médicaments dans le répertoire générique. Le répertoire des groupes génériques regroupe l'ensemble des spécialités pharmaceutiques susceptibles de faire l'objet d'une substitution générique, à savoir les spécialités de référence (princeps) et leurs génériques associés.

Lecture > En 2024, la dépense totale brute de médicaments en ville pour les spécialités absentes du répertoire en 2016 mais y figurant en 2018 est estimée à 990 millions d'euros.

Champ > France. Dépense de médicaments, incluant l'ensemble des dépenses remboursables en officine. Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS).

Source > SNDS, DCIR et PMSI, rapport du CEPS, calculs Drees.

Décomposer la hausse des dépenses : un effet prix qui tire les dépenses à la baisse et un effet structure qui les tire à la hausse

L'augmentation des dépenses de médicament peut être décomposée en quatre effets⁴⁰. L'effet « prix » retrace l'évolution du prix moyen des substances actives (classe ATC) vendues deux années consécutives. L'effet « volume » mesure la variation du nombre de boîtes et d'unités vendues d'une année sur l'autre. L'effet « structure » capture les modifications dans la répartition des dépenses entre substances actives. Enfin, l'effet « entrée et sortie » comptabilise le montant des substances actives nouvellement commercialisées dans l'année en soustrayant les dépenses des substances actives disparaissant du marché (voir annexe 2 pour le détail de la méthode).

L'effet prix est négatif sur l'ensemble de la période, contribuant à hauteur de - 8,4 milliards d'euros à l'évolution des dépenses nettes entre 2016 et 2024 (graphique 9). Il traduit une baisse des prix moyens au sein des classes thérapeutiques existantes, sous l'effet conjugué des baisses tarifaires administrées par le CEPS et de la progression de la substitution générique. Cette dynamique baissière est cohérente avec les résultats présentés à la section précédente : les médicaments inscrits au répertoire des génériques ont vu leurs dépenses reculer de près de 3,9 milliards d'euros entre 2016 et 2024.

L'effet volume reste globalement modéré sur l'ensemble de la période, avec une contribution cumulée de -0,4 milliard d'euros. Il masque toutefois des variations annuelles notables : en 2020, il pèse significativement à la baisse,

médicaments comparables au bioréférent et commercialisables une fois son brevet expiré, à l'instar des médicaments génériques pour les traitements de synthèse.

⁴⁰ Cette décomposition est réalisée au niveau de la substance active, identifiée par son code ATC de niveau 5, ce qui permet de distinguer finement les évolutions de prix et de volume au sein d'une même classe thérapeutique de celles liées au glissement vers de nouvelles substances. Elle porte sur l'ensemble des dépenses nettes en officine de ville et de la liste en sus, hors rétrocession et autorisations d'accès précoce et compassionnel (AAP-AAC), dont la hausse s'établit à 4,9 milliards d'euros sur la période. Les médicaments ne disposant pas de code ATC de niveau 5 identifié ont été écartés de l'analyse ; ils représentaient 0,2 milliard d'euros en début de période et sont quasi absents en fin de période. Cette exclusion a pour effet de minorer légèrement l'effet sortie, sans modifier les conclusions générales. La hausse effectivement décomposée s'établit donc à 5,1 milliards d'euros.

reflétant la contraction de la consommation de soins liée à la crise sanitaire ; en 2021-2022, il soutient la hausse, traduisant probablement l'effet rebond post-Covid ainsi que le rattrapage de soins différés.

L'effet entrées-sorties, qui mesure l'écart d'une année sur l'autre entre les dépenses associées aux médicaments entrant dans une classe thérapeutique et ceux en sortant⁴¹, demeure faible en variation annuelle, avec une contribution cumulée de 1,7 milliard sur la période. Ce résultat n'est pas surprenant : l'adoption d'un nouveau médicament se généralise progressivement sur plusieurs années, de sorte que son impact sur les dépenses s'accumule davantage via l'effet structure que via l'effet entrées-sorties au moment de son lancement.

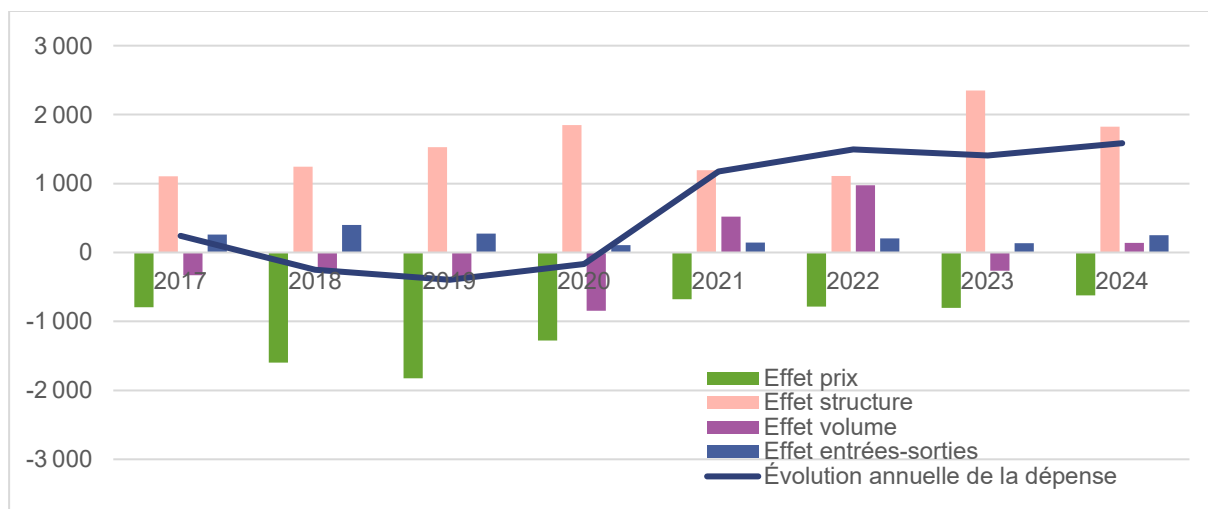
Le principal facteur explicatif de la hausse est l'effet structure, qui contribue à hauteur de 12,2 milliards d'euros à la hausse des dépenses nettes sur la période. Il reflète le déplacement progressif de la consommation vers des classes thérapeutiques récentes et onéreuses (en particulier les antinéoplasiques et immunomodulateurs, les médicaments du sang et ceux de l'appareil respiratoire), portée en grande partie par les prescriptions hospitalières, qu'elles soient délivrées en ville ou consommées à l'hôpital. C'est donc bien le renouvellement du répertoire thérapeutique, et non une dérive des volumes ou des prix au sein des classes existantes, qui explique l'essentiel de la hausse observée sur la période.

La même décomposition effectuée en base 2016 confirme ce diagnostic, mais c'est alors l'effet entrées qui domine la hausse des dépenses, devant l'effet structure (*graphique 10*). Cette différence s'explique par le fait que, sur un horizon long, l'effet entrées capte l'intégralité de la dépense associée aux classes ATC apparues depuis 2016, tandis que l'effet structure se restreint aux seuls glissements de mix au sein des classes présentes sur l'ensemble de la période. Les deux approches sont donc complémentaires : la décomposition en variation annuelle chaînée isole les effets conjoncturels année par année, tandis que la décomposition en base fixe offre une lecture synthétique des transformations structurelles du marché sur l'ensemble de la période.

La hausse des dépenses portée par l'effet de structure dans la première décomposition ou l'effet entrées dans la seconde, alors même que l'effet prix joue en sens inverse, traduit le cycle de vie des médicaments. Les produits nouveaux, potentiellement innovants, gagnent des parts de marché sur les molécules anciennes et entrent sur le marché à des prix très supérieurs à leur coût de fabrication ; cet écart est censé rémunérer l'innovation (et les coûts afférents), la concurrence étant écartée par les brevets. À l'expiration de ceux-ci, les prix baissent sous l'effet notamment des baisses de prix négociées par le CEPS, et de la substitution par des génériques. Ainsi, en agrégé, la dépense de médicaments croît alors même que le prix des produits déjà commercialisés ne cesse de diminuer. La complexité et le coût de production de certaines spécialités, notamment celles issues du génie génétique, pourraient toutefois atténuer ces mécanismes de baisse de prix à l'avenir.

⁴¹ Les entrées et sorties analysées correspondent à celles observées sur le marché du remboursable ; une sortie peut ainsi désigner aussi bien l'arrêt de commercialisation d'une classe thérapeutique que son déremboursement. Ces mouvements demeurent toutefois d'ampleur limitée au regard des évolutions de structure de consommation.

Graphique 9 Décomposition de la hausse des dépenses nettes de médicaments en évolution annuelle en millions d'euros, de 2016 à 2024



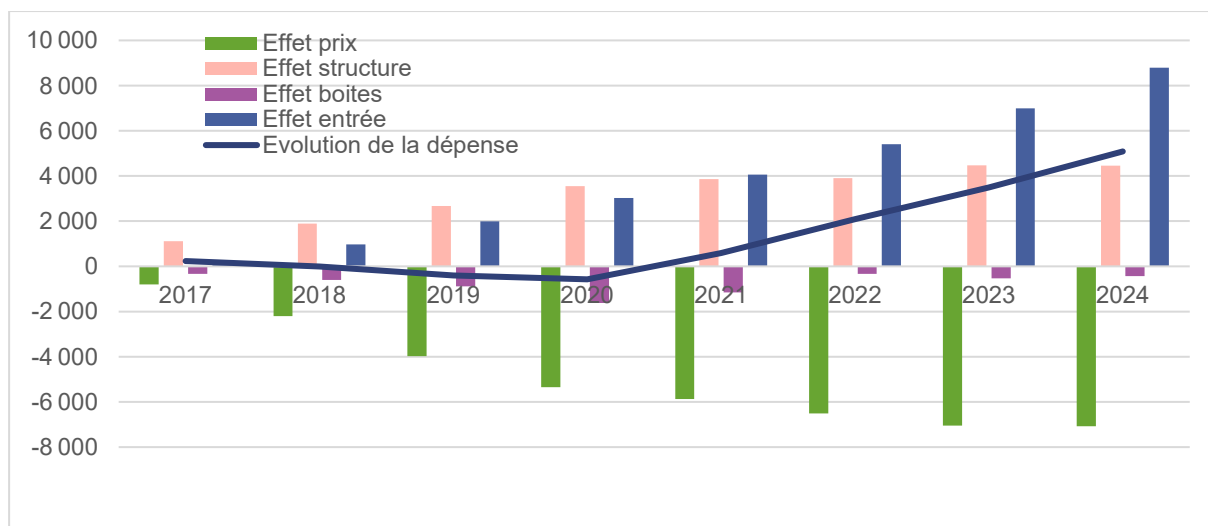
Notes > Le graphique représente l'évolution des dépenses nettes des remises de médicament selon quatre effets. L'effet « prix » retrace l'évolution du prix moyen des substances actives (classe ATC 5) vendues deux années consécutives. L'effet « volume » mesure la variation du nombre de boîtes et d'unités vendues d'une année sur l'autre. L'effet « structure » capture les modifications dans la répartition des dépenses entre substances actives. Enfin, l'effet « entrée et sortie » comptabilise le montant des substances actives nouvellement commercialisées dans l'année en soustrayant les dépenses des substances actives disparaissant du marché (voir annexe 2 pour le détail de la méthode). Chaque barre représente la contribution des différents facteurs à l'évolution des dépenses nettes de médicaments entre l'année considérée et l'année précédente. Les remises correspondent aux remises produits versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'assurance maladie.

Lecture > En 2024, les dépenses de médicaments ont augmenté de 1 585 millions d'euros net par rapport à 2023 ; l'évolution aurait été de 1 826 millions d'euros du fait du seul effet de structure (en l'absence de modification de prix moyen au sein d'une classe ATC, en l'absence d'évolution du volume vendu et en l'absence d'entrée de sorties de classe thérapeutique).

Champ > France. Dépense de médicaments, incluant l'ensemble des dépenses remboursables en officine, ainsi qu'en sus des séjours à l'hôpital (médicaments de la liste en sus) à l'exclusion des dépenses intégrées dans des forfaits tarifaires, notamment les médicaments administrés pendant les séjours hospitaliers financés par GHS ou dans les Ehpad. Les médicaments en accès dérogatoire (AAP ou AAC) sont également exclus faute de données de remises disponibles au niveau produit, ainsi que les médicaments délivrés en rétrocession, pour lesquels la classification ATC n'était pas systématiquement renseignée les données mobilisées. Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS).

Sources > SNDS, DCIR et PMSI, CEPS, calculs Drees.

Graphique 10 Décomposition de la hausse des dépenses nettes de médicaments en évolution par rapport à 2016 en millions d'euros



Notes > Le graphique représente l'évolution des dépenses de médicament selon quatre effets. L'effet « prix » retrace l'évolution du prix moyen des substances actives (classe ATC 5) vendues deux années consécutives. L'effet « volume » mesure la variation du nombre de boîtes et d'unités vendues d'une année sur l'autre. L'effet « structure » capture les modifications dans la répartition des dépenses entre substances actives. Enfin, l'effet « entrée et sortie » comptabilise le montant des substances actives nouvellement commercialisées dans l'année en soustrayant les dépenses des substances actives disparaissant du marché (voir annexe 2 pour le détail de la méthode). Les remises correspondent aux remises produits versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie. Elles incluent les remises produits. Chaque barre représente la contribution des différents facteurs à l'évolution des dépenses nettes de médicaments entre l'année considérée et 2016.

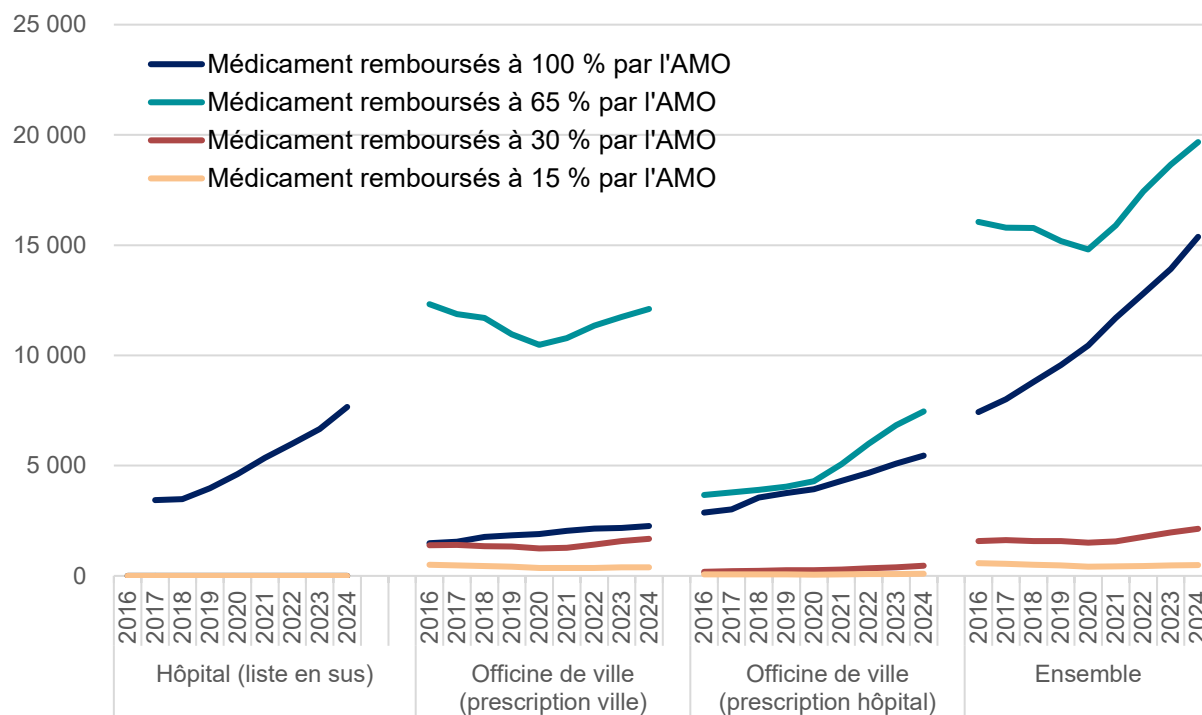
Lecture > En 2024, les dépenses de médicaments ont augmenté de 5 086 millions par rapport à 2016, l'évolution aurait été de 4 452 millions du fait du seul effet de structure (en l'absence de modification de prix moyen au sein d'une classe ATC, en l'absence d'évolution du volume vendu et en l'absence d'entrée de sorties de classe thérapeutique).

Champ > France. Dépense de médicaments, incluant l'ensemble des dépenses remboursables en officine, ainsi qu'en sus des séjours à l'hôpital (médicaments de la liste en sus) à l'exclusion des dépenses intégrées dans des forfaits tarifaires, notamment les médicaments administrés pendant les séjours hospitaliers financés par GHS ou dans les Ehpad. Les médicaments en accès dérogatoire (AAP ou AAC) sont également exclus faute de données de remises disponibles au niveau produit, ainsi que les médicaments délivrés en rétrocession, pour lesquels la classification ATC n'était pas systématiquement renseignée les données mobilisées. Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS).
Sources > SNDS, DCIR et PMSI, CEPS, calculs Drees.

Impact sur les dépenses de sécurité sociale

La hausse des dépenses de médicaments remboursables se répercute différemment selon les acteurs : elle peut se traduire par une hausse des remboursements de l'Assurance maladie obligatoire, et/ou une hausse de la prise en charge par les complémentaires santé, et/ou par une augmentation du reste à charge des ménages. La répartition effective dépend du taux de remboursement du médicament et des garanties des contrats complémentaires. Pour les bénéficiaires d'un contrat responsable (qui représentent 98 % des assurés couverts par une complémentaire, Drees 2024) les médicaments avec un taux de remboursement de 65 % sont intégralement pris en charge, tandis que ceux à 30 % ou 15 % peuvent donner lieu à un reste à charge, selon les garanties souscrites. Les personnes sans couverture complémentaire supportent quant à elles l'intégralité du ticket modérateur.

Graphique 11 Dépenses brutes de médicaments par taux de remboursement AMO, en millions d'euros, de 2016 à 2024



Notes > Le graphique représente les dépenses de médicaments brutes par lieu de prescription et de délivrance selon le taux de prise en charge théorique. Certains patients peuvent bénéficier d'une prise en charge plus importante pour certains médicaments du fait de différents dispositifs d'exonérations (comme le dispositif affectation de longue durée [ALD]).

Lecture > En 2024, la dépense de médicament remboursés à 65 %, prescrits et délivrés en ville, est de 12 102 millions d'euros et 2 226 millions d'euros pour les médicaments remboursés à 100%.

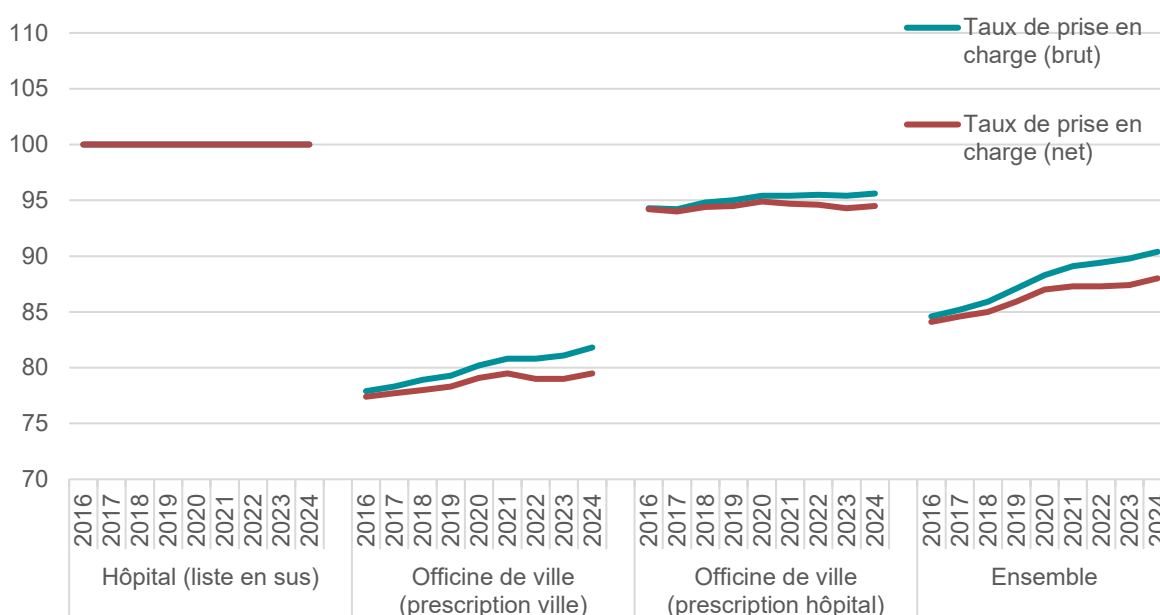
Champ > France. Dépense de médicaments, incluant l'ensemble des dépenses remboursables en officine, ainsi qu'en sus des séjours à l'hôpital (médicaments de la liste en sus) à l'exclusion des dépenses intégrées dans des forfaits tarifaires, notamment les médicaments administrés pendant les séjours hospitaliers financés par GHS ou dans les Ehpad. Les médicaments en accès dérogatoire (AAP ou AAC) et rétrocedés sont également exclus faute de données de remises disponibles au niveau produit. Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS).

Sources > SNDS, DCIR et PMSI, calculs Drees.

Les médicaments ayant le plus progressé sur la période sont précisément ceux pour lesquels la HAS évalue un service médical rendu important ou majeur. En ville, ces médicaments bénéficient d'un taux de remboursement favorable à 65 % ou 100 % et à l'hôpital ils font partie des médicaments inscrits sur la liste en sus et sont à ce titre intégralement pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (*graphique 11* ; voir section Évaluation par la HAS et conditions de remboursement pour la définition de ces critères). Ainsi, les montants remboursés par l'Assurance maladie obligatoire ont augmenté plus que proportionnellement à la dépense totale. Cette hausse fait passer le

taux de prise en charge effectif net des remises⁴² de 84 % à 88 % (graphique 12), une progression qui s'explique aussi en partie par l'élargissement des mécanismes d'exonération du ticket modérateur, au premier rang desquels le régime des affections de longue durée (ALD), qui crée un écart croissant entre le taux de remboursement théorique des médicaments et leur taux effectivement constaté (Drees, 2025). Symétriquement, la part des dépenses restant à la charge des complémentaires santé et des ménages a diminué en proportion de la dépense totale sur la période.

Graphique 12 Taux de prise en charge effectif brut et net, par lieu de prescription, de 2016 à 2024, en %



Note > Le graphique représente les dépenses de médicaments brutes et nettes (en déduisant les remises) par lieu de prescription et de délivrance. Les remises correspondent aux remises produites versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie. Elles incluent les remises produits. Le taux de prise en charge brut est défini comme le rapport entre remboursements bruts et dépenses brutes ; le taux de prise en charge net correspond quant à lui au même ratio calculé après déduction des remises au numérateur et au dénominateur, soit le rapport entre remboursements nets et dépenses nettes.

Lecture > En 2024, l'Assurance maladie obligatoire rembourse 90,6 % des dépenses de médicaments remboursables en ville et dans la liste en sus. Ce taux est de 88,1 % en déduisant les remises (de la dépense et des montants remboursés).

Champ > France. Dépense de médicaments, incluant l'ensemble des dépenses remboursables en officine, ainsi qu'en sus des séjours à l'hôpital (médicaments de la liste en sus) à l'exclusion des dépenses intégrées dans des forfaits tarifaires, notamment les médicaments administrés pendant les séjours hospitaliers financés par GHS ou dans les Ehpad. Les médicaments en accès dérogatoire (AAP ou AAC) sont également exclus faute de données de remises disponibles au niveau produit, ainsi que les médicaments délivrés en rétrocession. Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS).

Sources > SNDS, DCIR et PMSI, calculs Drees.

L'augmentation de la dépense tirée par les antinéoplasiques et immunomodulateurs

Entre 2016 et 2024, quatre classes thérapeutiques concentrent l'essentiel de la hausse des dépenses brutes de médicaments hors accès dérogatoire et hors rétrocession. Les antinéoplasiques et immunomodulateurs (classe L) constituent de loin le premier contributeur en brut, avec une hausse de +8,5 milliards d'euros, suivis des médicaments du sang (classe B, +1,0 milliard), des médicaments de l'appareil respiratoire (classe R, +0,8 milliard) et des médicaments du système nerveux (classe N, +0,6 milliard). Les autres classes contribuent collectivement à une hausse inférieure à 1 milliard d'euros, portée notamment par les médicaments de l'appareil digestif et du métabolisme (classe A, +0,5 milliard) (graphique 13).

Ces évolutions sont sensiblement atténuées par les remises conventionnelles versées par les laboratoires à l'Assurance maladie, même si la hiérarchie des classes les plus contributrices reste conservée. La hausse des dépenses de la classe L est ainsi réduite de moitié en net, à +4,3 milliards d'euros, tout comme celle de la classe B, ramenée

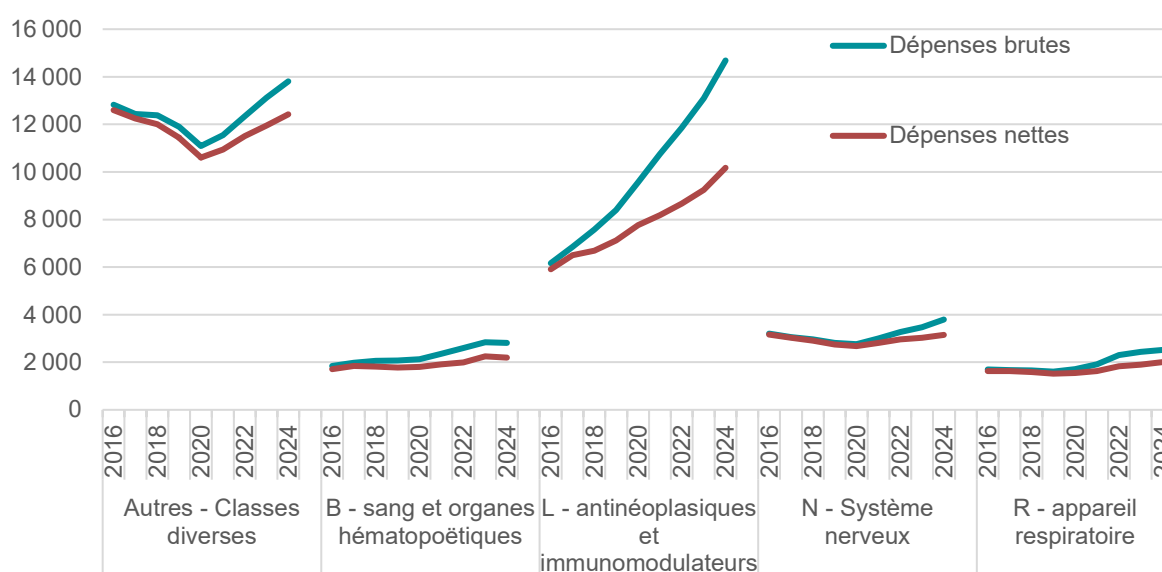
⁴² Le taux de prise en charge brut est défini comme le rapport entre remboursements bruts et dépenses brutes ; le taux de prise en charge net correspond quant à lui au même ratio calculé après déduction des remises au numérateur et au dénominateur, soit le rapport entre remboursements nets et dépenses nettes.

à +0,5 milliard. Ce différentiel brut/net illustre une nouvelle fois le rôle amortisseur des remises, particulièrement marqué pour les médicaments récents.

Pour ces quatre classes, la hausse de la dépense s'accompagne d'une progression du nombre de patients traités, mais cette dernière reste inférieure à la croissance de la dépense : le prix moyen par consommant augmente au sein de chacune de ces classes, ce qui traduit le recours croissant à des molécules plus récentes et plus onéreuses à l'intérieur d'une même indication thérapeutique. À l'inverse, la dépense nette de l'ensemble des autres médicaments recule légèrement sur la période (-1 %), ce qui suggère une baisse des dépenses sur les segments moins onéreux.

Afin de rendre compte plus finement de ces dynamiques, la suite de cette section détaille l'évolution de la dépense hors rétrocession et hors accès précoce et compassionnel pour chacune des principales classes contributrices, à des niveaux plus fins de la classification ATC, notamment la substance active. Par souci de confidentialité des données sur les remises, seules les dépenses brutes sont présentées dans ce qui suit.

Graphique 13 Dépenses brutes et nettes (en millions d'euros) de médicaments par classe ATC 1 de 2016 à 2024



Notes > Le graphique représente les dépenses de médicaments nettes (en déduisant les remises) selon la classe ATC 1. Les remises correspondent aux remises produits versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie. L'année 2017 est absente pour des raisons de confidentialité des données dans la catégorie autres (elle est imputée comme la moyenne entre 2016 et 2018). Les classes ATC de niveau 1 correspondent aux grands groupes anatomiques de la classification ATC des médicaments (Anatomique, Thérapeutique et Chimique), définis selon l'organe ou le système principal sur lequel agit le médicament.

Lecture > En 2024, la dépense brute de médicament de la classe des antinéoplasiques et immunomodulateurs (classe L) est de 14 685 millions d'euros et la dépense nette de 10 174 euros.

Champ > France. Dépense de médicaments, incluant l'ensemble des dépenses remboursables en officine, ainsi qu'en sus des séjours à l'hôpital (médicaments de la liste en sus) à l'exclusion des dépenses intégrées dans des forfaits tarifaires, notamment les médicaments administrés pendant les séjours hospitaliers financés par GHS ou dans les Ehpad. Les médicaments en accès dérogatoire (AAP ou AAC) sont également exclus faute de données de remises disponibles au niveau produit, ainsi que les médicaments délivrés en rétrocession, pour lesquels la classification ATC n'était pas systématiquement renseignée les données mobilisées. Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS).

Sources > SNDS, DCIR et PMSI, CEPS, calculs Drees.

La croissance des antinéoplasiques et immunomodulateurs tirée par la dépense antinéoplasique

Au sein de la classe des « antinéoplasiques et immunomodulateurs » (L), la sous-classe des agents antinéoplasiques (L01) enregistre la plus forte progression des dépenses entre 2016 et 2024, avec +6,3 milliards d'euros en brut, devant la sous-classe des immunosuppresseurs (L04, +1,7 milliard). Ces deux sous-classes connaissent par ailleurs une hausse marquée des volumes : +4 millions de boîtes pour L04 (+48 %) et +3 millions pour L01 (+58 %).

Au sein des antinéoplasiques (L01), la croissance des dépenses est principalement portée par deux molécules récentes. Le pembrolizumab⁴³ contribue à hauteur de +1,9 milliard de dépenses brutes ; il s'agit d'un anticorps

⁴³ Code ATC L01XC18.

indiqué notamment pour le traitement du mélanome et du cancer de la tête et du cou. Le daratumumab⁴⁴ représente quant à lui +1,0 milliard ; il s'agit d'un anticorps indiqué pour le traitement du myélome multiple. Ces deux médicaments, absents des remboursements en 2016, sont dispensés exclusivement en milieu hospitalier et inscrits sur la liste en sus⁴⁵.

En 2024, le pembrolizumab, commercialisé sous le nom Keytruda, affiche un prix unitaire d'environ 2 400 euros, tandis que le daratumumab, commercialisé sous le nom Darzalex, atteint près de 4 400 euros l'unité. La HAS a attribué à ces deux spécialités⁴⁶ un service médical rendu (SMR) important, assortie d'une amélioration du service médical rendu (ASMR) modérée (III) ou mineure (IV) selon l'indication thérapeutique. Si leur niveau de prix peut paraître élevé au regard de cette évaluation, ils peuvent s'expliquer, selon les critères de régulation du Comité économique des produits de santé (CEPS), par le coût des traitements auxquels ils se substituent. L'expiration de ses brevets pourrait ouvrir la voie à une concurrence susceptible de diminuer significativement les dépenses.

Cependant, au vu des montants en jeu du fait de la diffusion croissante de ces thérapies, l'évaluation de l'efficacité de ces thérapies revêt une importance capitale. Or, une étude américaine récente (Horn, 2026) souligne qu'en dépit de la diffusion rapide des inhibiteurs de points de contrôle immunitaires (ICI), dont fait partie le pembrolizumab, il existe étonnamment peu de données en vie réelle (par opposition aux essais cliniques) sur leur impact en termes de résultats de santé et de dépenses. Par ailleurs, des travaux conduits dans le contexte américain suggèrent que les ICI auraient réduit la mortalité à un an des patients atteints de mélanome métastatique, tout en diminuant le recours à la chimiothérapie et à la radiothérapie. Ces auteurs montrent qu'en intégrant le gain d'espérance de vie au-delà de la première année, ces traitements pourraient se révéler coût-efficaces malgré un niveau de dépenses élevé.

Forte augmentation de la dépense pour des traitements contre la mucoviscidose dans la classe des médicaments du système respiratoire

L'augmentation de la dépense dans la classe du système respiratoire (R) est tirée par la sous-classe « autres médicaments de l'appareil respiratoire » (R07). Entre 2016 et 2024, la dépense associée à cette sous-classe thérapeutique a augmenté de 0,7 milliard d'euros en brut, alors qu'elle ne s'élevait qu'à moins de 0,1 milliard d'euros en 2016. Au sein de cette sous-classe, la montée en charge de médicaments innovants à base d'Ivacaftor (HAS, 2019) dans le cadre du traitement de fond de la mucoviscidose (Kalydeco®, Orkambi®, Kaftrio®, Symkevi®), explique notamment cette hausse (Didier, Lefebvre, 2024 ; REPSS, 2023). La dépense de la trithérapie Ivacaftor-tezacaftor-exacaftor (R07AX32), fortement utilisée depuis 2021, est notamment près de 1,5 fois supérieure à la dépense d'Ivacaftor (R07AX02) lorsqu'il est utilisé seul.

Les traitements contre l'hémophilie tirent la hausse des dépenses des médicaments des maladies du sang

La sous-classe thérapeutique des antihémorragiques (B02) est particulièrement dynamique dans l'évolution de la dépense de cette classe, car elle augmente de 0,4 milliard en brut. La nouvelle substance active emicizumab⁴⁷ utilisée à titre préventif dans le traitement de l'hémophilie constitue l'essentiel de la contribution. En nombre de boîtes, c'est cependant la sous-classe B05 qui participe le plus à l'augmentation de la consommation, avec une augmentation en volume de 5 millions de boîtes entre 2016 et 2024.

La hausse des dépenses de la classe « système nerveux » portée par des traitements de l'insuffisance cardiaque

Au sein de la classe des médicaments du système nerveux, c'est la sous-classe « autres médicaments de l'appareil nerveux » (N07) qui pèse le plus dans la hausse des dépenses entre 2016 et 2024 (+ 1,1 milliard d'euros en brut). En effet, parmi les médicaments de la classe des autres médicaments de l'appareil nerveux, la dépense de tafamidis⁴⁸, molécule préconisée en première intention dans les défaillances cardiaques, est passée de montants très faibles à 0,9 milliard d'euros en 2023. Cette molécule a la particularité d'être rangée dans la classe des médicaments du système nerveux du fait de son mode d'action mais d'être surtout utilisée pour les pathologies cardiaques, depuis l'autorisation de son élargissement d'utilisation en 2020 (HAS, 2020). Cet élargissement explique, en partie,

⁴⁴ Code ATC L01XC24.

⁴⁵ Pour un panorama détaillé des médicaments de la liste en sus, voir Drees, 2026.

⁴⁶ Haute autorité de santé, 2025.

⁴⁷ Le code ATC de l'emicizumab est B02BX06.

⁴⁸ Le tafamidis correspond au code ATC N07XX08

l'augmentation récente de sa dépense. 97,1 % de la dépense de tafamidis concerne des assurés de plus de 60 ans, 63 % de plus de 80 ans.

Parmi les dépenses de médicaments de la classe du système nerveux, les dépenses de psychotropes⁴⁹ pèsent pour 24,8 %. Les évolutions attendues au vu de la dégradation de la santé mentale depuis l'épidémie de Covid-19 (Fond *et al.*, 2025 ; Hazo *et al.*, 2024) se confirment : le nombre de boîte prescrites à l'hôpital a augmenté. Le nombre de boîte délivrées augmente quelle que soit la classe d'âge concernée sur cette période, et fait plus que doubler pour les moins de 20 ans⁵⁰. Les dépenses correspondantes ont en revanche globalement baissé entre 2016 et 2024 (-15,4 %, soit -146 millions) du fait d'une baisse des prix moyens, mais elles augmentent chez les moins de 20 ans (+170 %, soit +58 millions). Aussi, ce sont globalement les non-psychotropes qui tirent la hausse globale de la dépense pour cette classe.

⁴⁹ Cette sous-catégorie de médicaments du système nerveux n'a pas de définition officielle unique. Cependant, les différents articles scientifiques et publications institutionnelles (Santé Publique France, 2021 ; Assemblée nationale, 2006) permettent d'en circonscrire le périmètre. Ainsi, les psychotropes sont définis dans cette étude comme : les antipsychotiques, les anxiolytiques, les sédatifs et hypnotiques, les antidépresseurs et les psychostimulants.

⁵⁰ Le nombre de boîte délivrés et la dépense associés aux psychotropes des moins de 20 ans augmentent aussi très fortement pour ceux prescrits en ville.

■ DÉCOMPOSITION DE LA HAUSSE SELON LES TYPES DE PATIENTS

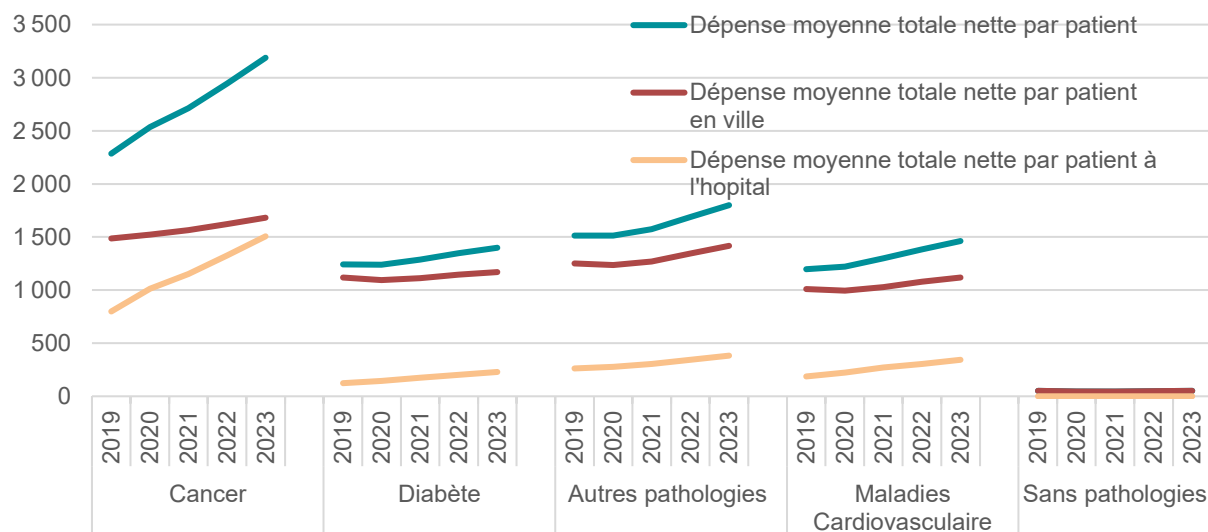
Dans la continuité des sections précédentes consacrées aux caractéristiques des médicaments et des prescripteurs, cette section analyse l'évolution des dépenses de médicaments sous l'angle des caractéristiques des assurés : leurs pathologies et leur âge.

Une forte progression de la dépense pour les patients atteints de cancer

La cartographie des pathologies, construite par la Cnam à partir des données du SNDS, permet d'identifier les principales pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins de chaque assuré à partir de ses consommations de soins en ville, de ses hospitalisations et de ses statuts au titre des affections de longue durée (ALD). Cet outil permet d'analyser la dépense de médicaments non plus sous le prisme des caractéristiques des produits, mais sous celui des caractéristiques des patients.

Sans surprise au regard de la forte progression des antinéoplasiques et immunomodulateurs documentée dans les sections précédentes, la dépense des patients atteints de cancer a le plus progressé entre 2019 et 2023 (*graphique 14*), dernière année disponible dans la cartographie : la dépense moyenne par patient⁵¹ passe de 2 285 euros nets en 2019 à 3 188 euros en 2023, soit une hausse de près de 40 %. Des progressions significatives, quoique d'ampleur moindre, s'observent également pour les patients souffrant de maladies cardiovasculaires (de 1 195 à 1 462 euros entre 2019 et 2023) et pour les patients diabétiques (de 1 242 à 1 399 euros sur la même période). À l'opposé, la dépense des personnes sans pathologie identifiée reste stable, aux alentours de 50 euros par an.

Graphique 14 Dépenses nettes moyennes par patient, par type de pathologies, en euros, de 2019 à 2023



Note > Les pathologies des patients sont définies selon la cartographie des pathologies produite par la Cnam. L'année 2023 est la dernière disponible. Les dépenses de médicament correspondent à toutes les dépenses encourues par un patient qu'il soit atteint de la pathologie ou non. Un patient peut avoir plusieurs pathologies et donc contribuer à plusieurs catégories : elles ne sont pas mutuellement exclusives. Les dépenses estimées sont nettes des remises, c'est-à-dire déduction faite des remises produits versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie.

Lecture > En 2024, en ville, la dépense nette moyenne de médicaments par patient identifiés par la Cnam comme ayant un cancer est de 1 682 euros et de 1 506 euros en moyenne par patient à l'hôpital.

Champ > France. Dépense de médicaments, incluant l'ensemble des dépenses remboursables en officine, en rétrocession, ainsi qu'en sus des séjours à l'hôpital (médicaments de la liste en sus), à l'exclusion des dépenses intégrées dans des forfaits tarifaires, notamment les médicaments administrés pendant les séjours hospitaliers financés par GHS ou dans les Ehpad. Les médicaments en accès dérogatoire sont également exclus faute d'avoir les données de remises produit par produit, les médicaments rétrocédés sont également exclus. Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS).

Sources > SNDS, DCIR et PMSI, cartographie des pathologies, CEPS, calculs Drees.

⁵¹ Le numérateur correspond à la dépense de médicaments par grande pathologie, calculée par la Drees à partir des dépenses individuelles observées dans le SNDS. Le dénominateur correspond au nombre de personnes identifiées pour chaque pathologie dans la cartographie des pathologies de la Cnam (Pathologies : dépenses remboursées affectées à chaque pathologie — Data ameli). Ce dénombrement peut être influencé par le nombre d'assurés observés annuellement (consommations de soins, hospitalisations et statuts d'ALD).

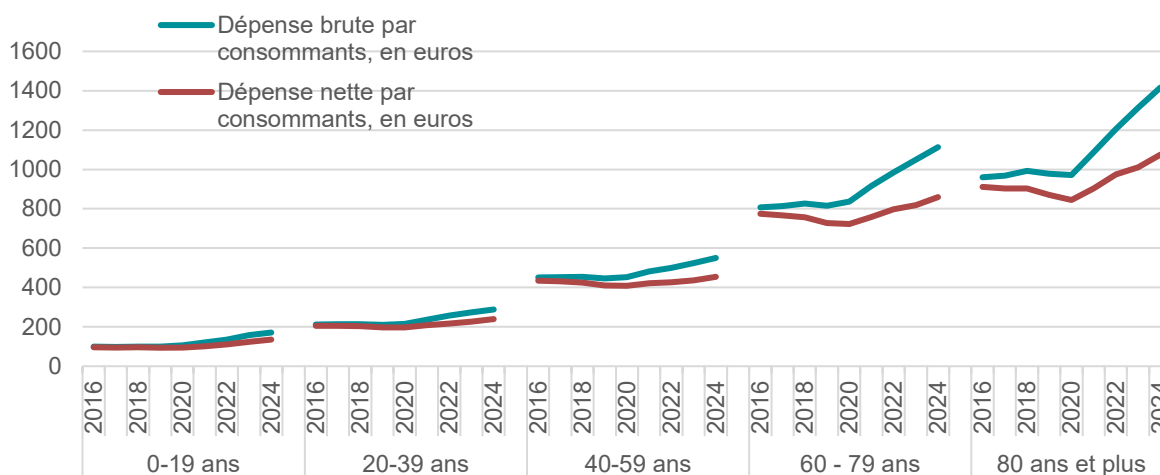
Le vieillissement de la population explique 38 % de l'augmentation de la hausse des dépenses nettes de médicaments

Afin d'isoler l'effet propre du vieillissement sur l'évolution des dépenses, une standardisation directe a été appliquée en rapportant, pour chaque année, les dépenses moyennes par patient à la structure par âge de la population de 2016 retenue comme année de référence.

En 2024, la dépense nette de médicaments s'élève à 29,8 milliards d'euros hors médicaments en accès dérogatoire et hors rétrocession⁵², en hausse de 20,6 % par rapport à 2016. Si le nombre de consommateurs par âge de la population était resté identique à celui de 2016, cette dépense aurait atteint 27,9 milliards d'euros, soit une progression de 12,7 % sur la même période. En réalité, l'état de santé de la population à âge donné a pu être modifié⁵³, certains médicaments ont vu leur prix baisser, les pratiques de prescriptions ont pu être modifiées et surtout l'arrivée de nouveaux médicaments a grandement modifié le panier de médicaments consommés.

En effet, la dépense par assuré⁵⁴ a augmenté à chaque âge sur la période, avec une progression particulièrement marquée aux âges élevés : la dépense moyenne des 20-39 ans a augmenté de 206 à 240 euros nets par consommant entre 2019 et 2024, celle des 60-70 ans de 774 à 859 euros, et celle des plus de 80 ans de 911 à 1 075 euros. Ces évolutions reflètent la montée en charge de traitements innovants et coûteux pour les pathologies chroniques et cancéreuses, dont la prévalence croît avec l'âge (*graphique 15*).

Graphique 15 Dépenses nettes et brutes moyennes par patient selon la catégorie d'âge, en euros, de 2016 à 2024



Note > Les dépenses estimées sont nettes des remises, c'est-à-dire déduction faite des remises produits versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie.

Lecture > En 2024, la dépense nette de médicaments des personnes âgées de plus de 80 ans est de 1 055 euros et de 1 396 euros en brut.
Champ > France. Dépense de médicaments, incluant l'ensemble des dépenses remboursables en officine, ainsi qu'en sus des séjours à l'hôpital (médicaments de la liste en sus), à l'exclusion des dépenses intégrées dans des forfaits tarifaires, notamment les médicaments administrés pendant les séjours hospitaliers financés par GHS ou dans les Ehpad. Sont exclus les médicaments en accès dérogatoire faute d'avoir les données de remises produit par produit et les médicaments rétrocedés ainsi que les médicaments vendus en rétrocession. Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS).

Sources > SNDS, DCIR et PMSI, CEPS, calculs Drees.

⁵² Le montant est un peu inférieur à celui du reste du texte (30,0 milliards sur ce champs du fait de l'exclusion de certains individus sans âges bien identifiés).

⁵³ L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans a progressé d'1 an et 9 mois depuis 2008 (Francou, 2026).

⁵⁴ Les « assurés » correspondent ici aux consommateurs observés sur l'année, c'est-à-dire aux personnes ayant eu au moins une consommation de médicaments durant l'année considérée dans les données du SNDS.

■ POUR EN SAVOIR PLUS

- Amar É., Pereira C.** (2005, novembre). [Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants](#). *Études et Résultats*, 440. Drees.
- Auberger M., Monteil S., Bennaceur I., Slove R., Habert L., Abou Taam M.** (2026, mai). [Bilan et évolution du dispositif de régulation du prix des médicaments](#). Inspection générale des affaires sociales (IGAS) & Inspection générale des finances (IGF).
- Briet, R., (Pré)** (2010). [Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie](#)
- Caby D., Zafar J.-D.** (2017, juin). [Quelle politique pour poursuivre la diffusion des médicaments génériques ?](#) *Trésor Éco*, 199. Direction générale du Trésor.
- Caisse nationale de l'assurance maladie** (2025). [Charges et produits](#)
- Comité Économique des Produits de Santé** (2025). [Rapport d'activités](#). Ministère de la Santé et de l'Accès aux Soins.
- Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2025, juin). [Les comptes de la Sécurité sociale — Résultats 2024, prévisions 2025 et 2026](#). Ministère chargé de la Sécurité sociale.
- Cour des comptes** (2017). [Sécurité sociale 2017](#). Cour des comptes.
- Dahmouh A., Ferretti C., Vergier N.** (2018). [L'importance des remises dans la comparaison internationale des prix du médicament](#). *Revue française des affaires sociales*, 269-296.
- Delecourt C., Didier M. (dir.)** (2025, septembre). [Les dépenses de santé en 2024 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2025](#). *Panoramas de la Drees*.
- Didier M., Lefebvre G. (dir.)** (2024, novembre). [Les dépenses de santé en 2023 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2024](#). *Panoramas de la Drees*.
- Fauchon A., Bonnet O.** (2026, février). [Dérembourser des soins pour maîtriser la dépense de santé : qui paie ?](#) *Les Dossiers de la Drees*, 135.
- Fenina A., Le Garrec M-A., Koubi M.** (2011, septembre). [Les Comptes nationaux de la santé en 2010](#). Études et Résultats, 773.
- Francou, C.** (2026). [L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 11,8 ans pour les femmes et de 10,5 ans pour les hommes en 2024](#). *Études et résultats*, 1363, Drees.
- Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie** (2026, mai). [La France dépense-t-elle trop pour sa santé ?](#) Décryptages Santé,
- Horn D., Alpert A., Duggan M., Jacobson M.** (2026). [The impact of immunotherapy on reductions in cancer mortality: Evidence from Medicare](#). *Journal of Health Economics*, 103115.
- Hunt M.** (2002). [Profit from Sickness: The Case of Technology-Driven Healthcare](#). The National Institute for Health Care Management Foundation.
- Inspection générale des affaires sociales, inspection générale des finances** (2025, juillet). [Bilan et évolution du dispositif de régulation du prix des médicaments](#).
- Inspection générale des affaires sociales, inspection générale des finances** (2025, novembre). [Revue de dépenses sur les prescriptions en ville et à l'hôpital](#).
- Jacquet L. R., Toulemon L., Raimond V. et al.** (2018). [Le prix des médicaments en France : présentation synthétique des évolutions récentes du système français de fixation des prix](#). *Revue française des affaires sociales*, 3, 47-67.
- Kambia-Chopin B., Perronnin M.** (2013, février). [Deductibles and the demand for prescription drugs: Evidence from French data](#). Document de travail, 54. Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES).
- Lapinte A., Pollak C., Solotareff R. (dir.)** (2024, juillet). [La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - Édition 2024](#). *Panoramas de la Drees*.
- Les comptes de la sécurité sociale** (2020). [Les réformes récentes de la rémunération des pharmacies de ville. Fiche Éclairage, septembre 2020](#). Ministère chargé de la Sécurité sociale.

Richard A., Mariotti B., Piñol-Domenech N., Vorilhon P., Vaillant-Roussel H. (2023). [Prescription-free consultation in France and Europe: Rates' evolution, physicians' and patients' perceptions from 2005 to 2019, a systematic review. *Thérapie*, 78\(6\), 733-741.](#)

Sénat (Juin, 2011). [La réforme du système du médicament, Rapport d'information n°675, tome I, déposé le 28 juin 2011](#)

Annexe 1. Appariement des données de remises aux données de remboursements

Préparation des données

Les deux sources mobilisées (données sur les médicaments issues du SNDS et données sur les remises issues du CEPS) font l'objet d'un nettoyage préalable homogène, à partir duquel plusieurs clés de jointure sont construites : pour chaque médicament, libellé raccourci (partie alphabétique initiale), premier mot du libellé, laboratoire complet et premier mot du laboratoire. Certains premiers mots trop génériques sont exclus des clés approximatives afin d'éviter de faux appariements. Les remises hospitalières et de rétrocession sont regroupées en une variable unique de lieu d'achat (hôpital). Les lignes de dépenses sous AAP et AAC sont mises de côté dès cette étape et réintégrées en fin de traitement avec une remise nulle, les accords correspondants étant distincts et les montants par produit non disponibles.

L'appariement sur les données postérieures à 2021

L'appariement entre les données de remises CEPS et les lignes de dépenses repose sur une cascade de sept niveaux, appliqués successivement aux seules lignes non encore appariées. Les trois premiers niveaux sont stricts : libellé exact (niveau 1), libellé raccourci avec laboratoire complet (niveau 2), puis avec le premier mot du laboratoire (niveau 3). Ces trois niveaux permettent de récupérer 70 % des remises. Les niveaux 4 et 5 sont approximatifs et n'utilisent que le premier mot du libellé et du laboratoire, en traitant différemment les doublons côté SNDS : exclus au niveau 4, réintégrés en ne conservant que la première occurrence au niveau 5. Les niveaux 6 et 7, enfin, s'affranchissent de l'information sur le laboratoire (absente pour certains médicaments rétrocedés dans le DCIR et le PMSI et s'appuient respectivement sur le libellé raccourci seul puis sur le premier mot du libellé seul.

Répartition des remises et calcul de la dépense nette

Une fois l'appariement réalisé, le montant total de remise identifié pour un groupe (défini par le triplet libellé du nom commercial × lieu de dispensation × année) est réparti entre les lignes de consommation qui sont par code CIP ou UCD rattachées à ce groupe au prorata de leur poids dans la dépense brute :

$$remises_i = remises_g \times \frac{dépense\ ligne_i}{dépense\ g}$$

Avec

- $remises_i$, les remises pour un code médicament i
- $remises_g$, le montant total de la remises par groupe identifié g
- $dépense\ ligne_i$, le montant de la dépense pour le code médicament i
- $la\ dépense_g$, le montant de la dépense brute par groupe identifié g

Cette méthode garantit la conservation du montant global des remises et attribue mécaniquement une part plus importante de remises aux prescriptions les plus coûteuses. La dépense nette est ensuite obtenue par différence entre la dépense brute et la remise ainsi ventilée. Cette notion de dépense nette constitue l'indicateur de référence utilisé dans la suite du document.

L'imputation des remises sur les données antérieures à 2021

Les remises par produit antérieures à 2021 sont imputées en appliquant les montants moyens de remises par médicaments (code CIP ou UCD) de 2021 aux volumes de chaque année, puis en calant la somme totale sur les agrégats de remises publiés par le CEPS. La validité de cette méthode est confirmée par la cohérence entre la distribution ATC des remises imputées et celle issue des rapports détaillés du CEPS. Les classes où la cohérence semble moins précise présentent des montants de dépenses plus faible et ainsi l'erreur d'estimation ne devrait pas induire de modifications substantielles des analyses macroéconomiques présentées ici, d'autant que les remises sont sept fois plus faibles en 2016 qu'en 2024 et que les raisonnements ne sont pas réalisés produit par produit mais au sein de classes plus larges.

Tableau 2 Montants des remises produits avant et après calage, en millions d'euros, de 2016 à 2024

	Remises avant calage	Remises estimées	Remises rapport CEPS
2016	1155	1005	1005
2017	2116	1365	1365
2018	1899	1916	1916
2019	2559	2466	2466
2020	3501	3246	3246
2021	4445	4526	4526
2022	5563	5683	5683
2023	7100	7100	7100
2024	7899	7917	7917

Note > Les différences entre les remises avant calage et celles publiées dans le rapport CEPS sont attribuables au défaut d'appariement sur quelques noms commerciaux. Les différences avant 2021 sont attribuables aux erreurs liées à l'imputation.

Lecture > En 2024, les remises avant calage étaient de 7 899 millions d'euros, en appliquant le calage les remises sont estimées à 7 917, montant équivalent à ceux publiés après le CEPS pour 2024.

Champ > France.

Source > CEPS.

Tableau 3 Répartition des remises par classe ATC en 2018, taux de remises rétopolés vs publiés par le CEPS, en %

Classe ATC	Remises estimées	Rapport CEPS
J05	32	30
L01	30	28
A16	35	22
L04	14	19
R03	17	17
B01	29	29
A10	15	15
N03, N04, N05, N06	38	13

Note > La comparaison porte sur la première année pour laquelle les rapports du CEPS publient des données de remises désagrégées par classe ATC. Le taux de remise retenu correspond au ratio entre le total des remises produits de la classe et le chiffre d'affaires total des produits de cette même classe faisant l'objet d'une remise. L'ensemble de ces classes représentait plus de 80 % du total des remises produits en 2018. Les classes B01, R03 et A16, pour lesquelles les écarts sont les plus marqués, ne représentent qu'une part minoritaire des remises (inférieure à 20 % du total, soit moins de 0,4 million d'euros en 2018). Ces écarts ne sont pas de nature à modifier les enseignements de ce travail.

Champ > France.

Source > CEPS.

Annexe 2. Méthode de décomposition

L'objectif est de décomposer en contributions distinctes l'évolution de la dépense de médicaments : les changements de prix, les modifications du mix thérapeutique (effet de structure), la variation du volume global de médicaments consommés et l'apparition ou la disparition de produits du marché du remboursable. Cette décomposition peut être produite à différents niveaux de granularité (code CIP et code ATC) et peut être ventilée par lieu de consommation et type de prescripteur, permettant de distinguer la dynamique propre au secteur hospitalier de celle de la médecine de ville. Dans cet exercice, une décomposition suivant la classe ATC est privilégiée, plutôt qu'une décomposition au niveau de chaque médicament. Cette approche permet notamment d'assimiler l'augmentation des génériques à un effet prix et non à un effet de structure, ce qui a davantage de sens économique.

La variation des dépenses entre deux années consécutives est exprimée comme la somme de quatre effets, calculés au niveau de chaque produit puis agrégés :

$$\Delta D = \sum_i p_{it} q_{it} - \sum_i p_{it-1} q_{it-1}$$

$$\Delta D = \sum_{i \in T \text{ jrs present}} p_{it} q_{it} - \sum_{i \in T \text{ jrs present}} p_{it-1} q_{it-1} + \sum_{i \in \{\text{apparaît en } t\}} p_{it} q_{it} - \sum_{i \in \{\text{disparaît en } t \text{ et } t-1\}} p_{it-1} q_{it-1}$$

$$\Delta D = \sum_{i \in T \text{ jrs present}} p_{it} q_{it} - \sum_{i \in T \text{ jrs present}} p_{it-1} q_{it-1} + \text{effet entrée} - \text{effets sortie}$$

$$\Delta D = \sum_{i \in T \text{ jrs present}} (p_{it} - p_{it-1}) q_{it-1} + \sum_{i \in T \text{ jrs present}} p_{it} (q_{it} - q_{it-1}) + \text{effet entrée} - \text{effets sortie}$$

$$\Delta D = \text{effet prix} + \sum_{i \in T \text{ jrs present}} p_{it} (q_{it} - q_{it-1}) + \text{effet entrée} - \text{effets sortie}$$

$$\Delta D = \text{effet prix} + \sum_{i \in T \text{ jrs present}} p_{it} (s_{it} Q_t - s_{it-1} Q_{t-1}) + \text{effet entrée} - \text{effets sortie}$$

$$\Delta D = \text{effet prix} + \sum_{i \in T \text{ jrs present}} p_{it} s_{it} (Q_t - Q_{t-1}) + \sum_{i \in T \text{ jrs present}} p_{it} Q_{t-1} (s_{it} - s_{it-1}) + \text{effet entrée} - \text{effets sortie}$$

$$\Delta D = \text{effet prix} + \text{effet volume} + \text{effet structure} + \text{effet entrée} - \text{effets sortie}$$

Avec :

- effet_prix = $(p_t - p_{t-1}) \times q_{t-1}$. Il mesure ce qu'aurait coûté la variation de prix si les volumes étaient restés constants. p désigne la moyenne des prix dans une classe ATC et q le volume du produit.
- effet_structure = $(s_t - s_{t-1}) \times Q_{t-1} \times p_t$ où s désigne la part en volume du produit et Q le volume total toutes molécules confondues.
- effet_volume = $(Q_t - Q_{t-1}) \times s_t \times p_t$. Mesure la variation du nombre total de boîtes ou d'UCD, à structure constante :
- Entrée : un produit absent l'année précédente contribue intégralement — effet_entrée = $q_t \times p_t$
- Sortie : un produit absent l'année suivante est imputé en négatif à l'année suivante — effet_sortie = $-q_t \times p_t$

Les Dossiers de la Drees
N° 139 • juillet 2026

Innovation thérapeutique et régulation des prix : les
déterminants de la hausse des dépenses de médicaments
en France (2016-2024)

Directeur de la publication
Thomas Wanecq

Responsable d'édition
Valérie Bauer-Eubriet

ISSN
2495-120X

