

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 consommées 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 dénominations 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.