

Document de travail n° 106

Prix du médicament :
des avancées positives,
un *aggiornamento* nécessaire

Ce document de travail a été réalisé par



**Olivier
REDOULÈS**

Olivier Redoulès est depuis octobre 2022 directeur des études de Rexecode, en charge de l'évaluation de l'impact des politiques publiques sur le système productif, la compétitivité, l'emploi et la croissance. Diplômé de l'Ecole polytechnique et de l'Ecole nationale de la statistique et de l'administration économique, administrateur de l'Insee, il a réalisé son parcours à l'Insee, puis à la Direction générale du Trésor, avant de devenir directeur des études économiques au MEDEF. Il a également occupé les fonctions de rapporteur la première chambre de la Cour des comptes et au Haut Conseil des finances publiques. Il est vice-président de la Société d'Economie Politique (SEP).

Rexecode

COMITÉ DE DIRECTION

Denis FERRAND, directeur général
Olivier REDOULÈS, directeur des études
Charles-Henri COLOMBIER, directeur de la conjoncture
Raphaël TROTIGNON, directeur du pôle énergie-climat

Michel DIDIER : Conseiller scientifique
Eric DUBOIS : Conseiller scientifique

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président : Pierre GADONNEIX

Invités permanents - Présidents d'honneur : Jacques-Henri DAVID, Michel DIDIER

Vice-président : Michel CICUREL ; Trésorier : Amaury de WARENGHIEN

Administrateurs : Ghislaine BAILLY, Frédéric CARRE, Pierre-André de CHALENDAR, Christian DARGNAT, André EINAUDI, Xavier FONTANET, Julien GUEZ, Olivier KLEIN, Pascal LE GUYADER, Ross MC INNES, Hubert MONGON, Henri MOREL, Jérôme PELLETAN, Agnès PERRE, Michel de ROSEN, Samuel TUAL, Xavier URSAT, Arnaud VAISSIÉ

Centre de Recherche pour l'Expansion de l'Economie et le Développement des Entreprises

Rexecode : association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 - Siret : 784 361 164 00048 - APE 9412Z
Siège social : 24 place du Général Catroux - 75017 PARIS - Tél. (33) 01 53 89 20 89 - www.rexecode.fr

Prix du médicament : des avancées positives, un *aggiornamento* nécessaire

Synthèse	5
1. L'économie du médicament : un coût fixe mondial, partagé selon la propension à payer	9
2. La régulation par les prix : un modèle qui a longtemps fonctionné. .	11
3. Un modèle en tension, pour des raisons différentes selon les médicaments	14
4. Le changement de braquet américain rend le modèle intenable. . . .	18
5. Trois leviers pour financer l'accès aux traitements.	20
Conclusion	22
Bibliographie et sources.	23

Prix du médicament : des avancées positives, un *aggiornamento* nécessaire

Prix du médicament : des avancées positives, un *aggiornamento* nécessaire

Synthèse

*Le médicament se situe à l'intersection de plusieurs enjeux de politique publique : accès à la santé par la population à la fois abordable et innovant, développement industriel, finances publiques et sociales, souveraineté, décarbonation. La France a longtemps suivi une politique de modération du prix du médicament, en bénéficiant d'un contexte exogène (mondialisation, payeur américain), qui est remis en cause. Poursuivre cette politique conduirait à devoir sacrifier plusieurs des autres enjeux, dont notamment l'accès par la population à des médicaments matures comme innovants. Pour tenir compte de cette nouvelle donne, un *aggiornamento* de cette politique est donc nécessaire, au-delà des inflexions positives engagées ces dernières années.*

La France fixe le prix des médicaments remboursables par une négociation administrée, comme de nombreux voisins européens, en cohérence avec un niveau de prise en charge élevée de la consommation de médicaments des ménages, sous forme de remboursement par l'Assurance maladie. Son modèle de régulation a contenu la dépense d'assurance maladie tout en assurant un large accès aux traitements et un faible reste à charge pour les patients. Il repose cependant sur deux conditions extérieures qui s'effritent : le financement de la recherche mondiale par le consommateur américain et une production mondialisée à bas coût. Les améliorations récentes ont permis de repousser un *aggiornamento* qui devient désormais nécessaire pour préserver l'accès des ménages aux médicaments tant matures qu'innovants.

1. L'innovation pharmaceutique représente un coût fixe mondial, supporté surtout par les États-Unis

Un médicament combine un coût de recherche élevé, engagé avant toute vente, et un coût de fabrication comparablement faible. Le brevet, monopole temporaire, permet de rémunérer cette recherche ; en rentabilisant l'innovation, le brevet stimule les investissements futurs. Le bénéfice de l'innovation étant mondial, la répartition efficace de son coût suit la propension à payer de chaque pays. Les États-Unis en ont porté jusqu'à présent l'essentiel : près de la moitié des ventes mondiales, environ deux tiers des profits des médicaments de marque, des prix de princeps plus de trois fois supérieurs à ceux de l'OCDE après remises. Mais cet équilibre est bousculé par le refus américain (transpartisan) de continuer à supporter ces coûts, par la hausse mondiale du coût de la recherche et par l'extension du référencement international, qui propage les prix d'un pays à l'autre et réduit les espaces de différenciation.

2. Le modèle français a fonctionné grâce à deux conditions désormais fragilisées : le financement américain de l'innovation et la mondialisation de la production

La régulation par le CEPS a produit trois résultats. La dépense de produits de santé a progressé deux fois moins vite que l'ensemble des dépenses de santé entre 2011 et 2021, faisant du médicament une source d'économies budgétaires

dans un ensemble de dépenses tendanciuellement croissant. Les volumes ont suivi les besoins d'une population croissante et vieillissante. Le reste à charge des ménages est resté parmi les plus faibles du monde. Ce triple succès devait beaucoup à un contexte aujourd'hui fragilisé : la France bénéficiait, sans en porter le coût, de l'apport de l'innovation pharmaceutique mondiale dont la rentabilité se jouait aux États-Unis, et la production mondialisée permettait de baisser le prix des produits anciens sans compromettre l'approvisionnement.

3. Un modèle en tension depuis plusieurs années, pour des raisons différentes pour les médicaments matures ou innovants

Pour les médicaments matures, le prix bas a concentré la production chez quelques producteurs, surtout asiatiques, en réduisant en contrepartie les capacités de réserve et les redondances. Les ruptures d'approvisionnement déclarées ont triplé en dix ans et touchent surtout des molécules anciennes vendues moins de 5 €. Pour les médicaments innovants, la contrainte vient du référencement : le prix français sert de référence à quatorze pays, ce qui incite les laboratoires à retarder leurs lancements en France pour éviter un effet cliquet défavorable. La France y a répondu en dissociant un prix facial élevé et un prix net confidentiel, d'où des remises passées de 1 à 8 Md€ en dix ans portant principalement sur les médicaments innovants. Les réponses récentes (accès précoce de 2021, accord-cadre de septembre 2026) ont des effets positifs mais passent toutes par le prix, instrument unique chargé de maîtriser la dépense, garantir l'accès, sécuriser l'approvisionnement et soutenir l'industrie. L'accès est, pour un temps, resté rapide pour les vraies innovations grâce à l'accès précoce, lent en droit commun, mais ce dispositif montre des signes d'essoufflement.

4. Le basculement américain, transpartisan, rend le modèle intenable

Les États-Unis refusent désormais de porter seuls le coût de la recherche. Cette nouvelle orientation reflète une inflexion déjà ancienne, qui était tangible dans l'*Inflation Reduction Act* de l'administration Biden. Elle prend la forme de la politique de la «nation la plus favorisée» (Most Favored Nation ou MFN) mise en œuvre par l'Administration Trump. Cette politique a déjà conduit à 27 accords bilatéraux avec les industriels du secteur dont deux, révélés, prévoient de reverser à l'État américain une partie des hausses de prix obtenues dans les autres pays, une enquête commerciale contre l'Allemagne, un accord avec le Royaume-Uni qui relève d'environ 25 % le prix des nouveaux médicaments bénéficiant aux patients britanniques. Un prix facial français bas devient un plafond potentiel pour le marché américain, que les laboratoires éviteront par un prix plus élevé ou un lancement différé. Sauf à accepter une restriction d'accès aux médicaments innovants pour les patients français, la facture du médicament va donc augmenter sous la pression croissante de l'administration américaine. Les choix de l'automne 2026 (un accord-cadre qui charge le prix de nouveaux objectifs, un ONDAM limité à +2,0 % pour une tendance de 3,4 %) n'en tirent pas encore les conséquences.

5. Trois leviers pour financer l'accès aux traitements

Le premier consiste à continuer à garder des prix faciaux au niveau des grands pays européens et à négocier le prix net par remises ; c'est une première ligne de défense, fragile si la confidentialité cède ou si les clauses américaines s'étendent aux revenus nets. Le deuxième consiste à mobiliser la pension à

payer des ménages et des complémentaires en relevant le reste à charge après l'assurance maladie obligatoire. L'objection d'une médecine à deux vitesses appelle une réponse en termes d'efficience : des assureurs qui différencient leurs garanties selon la valeur des produits allouent mieux la dépense qu'une assurance publique déficitaire soumise à des règles uniformes. Le troisième consiste à rendre la France attractive pour la recherche et la production pharmaceutiques, afin qu'elle récupère en activité une partie de ce qu'elle paie en prix. Ses leviers relèvent de la politique industrielle (délais des essais, prévisibilité des prix, fiscalité sectorielle, données de santé) plus que du prix. Ils mettent également en jeu la préservation de l'attractivité économique du pays par ses conditions de fiscalité, de réglementation, d'accès aux compétences, de financement de l'investissement et de soutien à l'innovation.

Chiffres clés

Indicateur	Valeur	Source
Part des ventes mondiales de médicaments, 2024	États-Unis 46 % ; France 3 %	Leem, Bilan économique 2025
Prix des princeps aux États-Unis, rapportés à 33 pays de l'OCDE, 2022	× 4,2 (brut) ; × 3,1 (après remises)	RAND, 2024
Coût moyen de R&D par actif, 20 premiers laboratoires, 2024	2,23 Md\$	Deloitte, 2025
Croissance 2011-2021 : produits de santé / ensemble des dépenses de santé	+12 % / +27 %	Cour des comptes, 2024
Ventes de médicaments remboursables en ville 2004-2024, par an	total +2,3 % ; prix -3,3 % ; boîtes -0,4 % ; structure +6,0 %	CEPS, RA 2024
Remises conventionnelles sur les produits	1,0 Md€ (2015) ; 8,0 Md€ (2024)	CEPS, RA 2024
Économies tirées des baisses de prix, 2024	856 M€	CEPS, RA 2024
Taux de remise moyen, 2024	22,2 % ; 42,1 % pour les anticancéreux	CEPS, RA 2024
Ventes de médicaments remboursables, 2024 (prix facial)	37,2 Md€	CEPS, RA 2024
Reste à charge des ménages, 2024	7,8 % de la CSBM (292 €/hab.) ; 12,6 % des médicaments en ville	DREES, 2025
Prix faciaux français vs moyenne d'un panel européen	-13 % (sans générique) ; -17 % (avec)	Leem-PwC, Baromètre 2026
Sites de principes actifs certifiés en Europe, 2020	Inde 41 % ; Chine 13 %	La Fabrique de l'industrie, 2026
Ruptures de stock déclarées à l'ANSM	345 (2014) ; 1 076 (2024)	La Fabrique de l'industrie, 2026
Délai d'accès médian après l'AMM	520 jours en droit commun ; -7 jours en premier accès pour 72 innovations	Leem-EFPIA ; Assurance Maladie, 2026
ONDAM 2027 / croissance tendancielle	+2,0 % / +3,4 %	Caducée (presse), 2026
Accord Royaume-Uni - États-Unis	prix des nouveaux médicaments +25 % ; dépense 0,3 % à 0,6 % du PIB d'ici 2036	House of Commons Library
Essais cliniques multinationaux : rang de la France en Europe	4 ^e en 2025 (2 ^e en 2022)	Leem-PwC, Baromètre 2026

La France fixe le prix des médicaments remboursables par une négociation administrée, conduite par le Comité économique des produits de santé (CEPS). Ce modèle a longtemps contenu la dépense tout en assurant un large accès aux traitements et un faible reste à charge. Il reposait sur deux conditions extérieures : le financement de l'essentiel de la recherche mondiale par le consommateur américain, et des coûts de fabrication abaissés par la mondialisation des chaînes de valeur. Depuis quelques années, ces deux conditions s'effritent, et force à repenser notre modèle en profondeur afin de garantir l'accès des Français aux médicaments matures comme innovants, tout en maîtrisant le coût économique pour le pays.

La présente note décrit l'économie du médicament (1), le fonctionnement et les résultats de la régulation française (2), ses tensions, qui diffèrent selon les médicaments (3), et le basculement américain qui rend le modèle intenable (4). Elle propose trois leviers pour financer l'accès aux traitements (5).

1. L'économie du médicament : un coût fixe mondial, partagé selon la propension à payer

a. Deux temps économiques : innovation et production

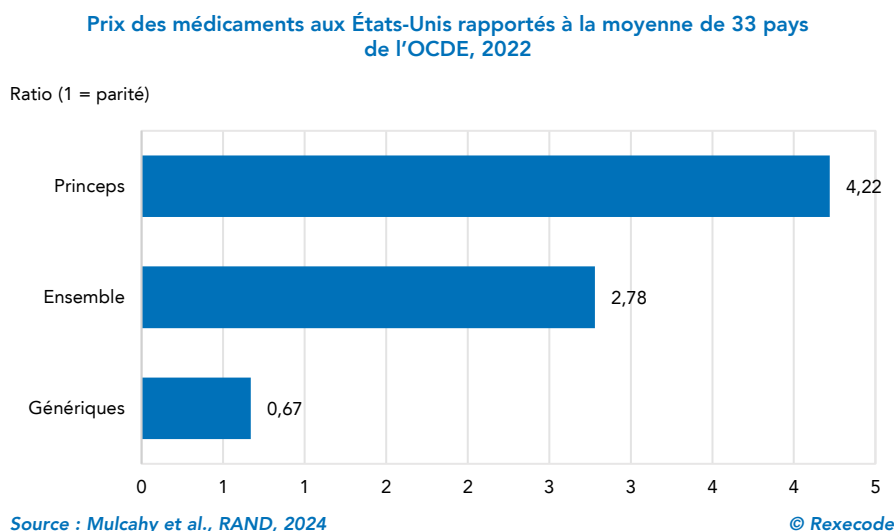
Durant son cycle de vie, chaque médicament traverse deux temps économiques. Le premier temps est celui de l'investissement dans **la recherche et le développement : dix ans ou plus d'essais, des taux d'échec élevés, un coût engagé avant toute vente et perdu en cas d'échec**. Le second est celui de la production et de la commercialisation : une fois la molécule mise au point, fabriquer une unité supplémentaire coûte peu, et le produit devient aisément reproductible. Un concurrent pourrait copier la molécule au coût de fabrication et capter le marché sans supporter la dépense de recherche. Une telle situation dévitaliserait la recherche en la privant de financement.

Le brevet articule ces deux temps en conférant un monopole temporaire à l'innovateur, qui lui permet de vendre au-dessus du coût de production et de rémunérer son investissement initial. Ce monopole ne porte que sur la molécule et laisse place à une concurrence entre molécules d'une même classe de médicaments. Ainsi, dans plusieurs classes récentes, des concurrents sont arrivés presque simultanément (hépatite C, immunothérapies, inhibiteurs anti-BRAF et anti-ALK ; CEPS, 2026). À l'expiration du brevet, les génériques ramènent le prix vers le coût de fabrication. **La rente procurée par le brevet est une condition essentielle pour que l'innovation se fasse** : sans cette perspective, l'investissement en innovation n'est pas économiquement rentable. Par ailleurs, dans la mesure où l'économie du médicament est faite de jeux répétés, réduire la rentabilité d'un brevet existant (au motif par exemple qu'elle serait trop élevée), est de nature à freiner les futurs investissements en altérant leur équilibre économique anticipé.

b. Un coût partagé entre pays selon leur propension à payer au bénéfice de tous

Le bénéfice de la recherche est par définition mondial : une molécule développée dans un pays ou par une entreprise peut être produite et vendue partout. Sa rémunération, c'est-à-dire la prise en charge du coût avancé par l'industrie pharmaceutique et des risques afférents, peut en théorie suivre plusieurs options. Celle qui est la plus favorable au progrès scientifique au bénéfice de tous les pays maximise l'effort de recherche mondial : Dubois et al. (2015) établissent en effet un lien positif entre la taille potentielle du marché d'une classe thérapeutique et le nombre de nouvelles molécules qui y sont lancées.

L'option la plus efficace revient alors à répartir le coût entre les pays selon leur propension à payer. La théorie de la tarification différenciée montre en effet que cette répartition est efficace lorsque les pays à forte disposition à payer contribuent davantage, ce qui permet de servir aussi les marchés moins solvables (Ramsey, 1927 ; Danzon et Towse, 2003). En pratique, les États-Unis portent historiquement l'essentiel de la charge. Ils représentent près de 46 % des ventes mondiales, contre 3 % pour la France (Leem, 2024), et environ deux tiers des profits des médicaments de marque (EU Perspectives, 2026). En 2022, les prix américains des princeps atteignaient ainsi 4,2 fois la moyenne de 33 pays de l'OCDE, et plus de trois fois après prise en compte des remises (Mulcahy et al., 2024).



Source : Mulcahy et al., RAND, 2024. Lecture : les princeps sont 4,22 fois plus chers aux États-Unis ; l'écart reste supérieur à 3 après prise en compte des remises. Les génériques y sont moins chers.

c. Un équilibre remis en cause par trois bouleversements combinés

En premier lieu, les États-Unis ne veulent plus assumer leur charge de premier financier de l'innovation pharmaceutique. La dépense de santé y atteint 18 % du PIB en 2024, soit 5 300 milliards de dollars (CMS, 2025). Le prix des médicaments y est devenu un sujet politique majeur, avec l'*Inflation Reduction Act* de l'administration Biden en 2022, qui ouvre la négociation des prix par Medicare, puis la politique dite de la « nation la plus favorisée » (*Most Favoured Nation* ou MFN) (partie 4).

Deuxièmement, le coût de la recherche et du développement progresse rapidement. Deloitte estime le coût moyen par actif des vingt principaux laboratoires à 2,23 milliards de dollars en 2024, pour un rendement interne de la R&D de 3,8 % hors traitements GLP-1 (Deloitte, 2025). Les estimations académiques dépendent fortement de la méthode : 2,6 milliards de dollars de 2013 par molécule approuvée, coût du capital et échecs inclus, en hausse de 8,5 % par an en termes réels par rapport à l'estimation précédente des mêmes auteurs (DiMasi et al., 2016), contre une moyenne de 1n6 milliard de dollars sur données publiques (Wouters et al., 2022).

Enfin, le référencement international remet en cause le partage du coût fixe selon la propension à payer. Le référencement est le processus par lequel un pays aligne ses prix sur ceux de ses voisins dans sa négociation avec l'industrie pharmaceutique. Par construction, ce processus propage les prix bas d'un marché à l'autre, et réduit la marge de différenciation entre pays (Kyle, 2007 ; Dubois, Gandhi et Vasserman, 2022). Le partage du coût fixe selon la propension à payer devient plus difficile à mesure qu'il devient plus coûteux.

2. La régulation par les prix : un modèle qui a longtemps fonctionné

a. Le dispositif français : un triple bénéfice pour les patients (reste à charge et innovation) et les budgets publics (économies)

Le prix d'un médicament est fixé par convention entre le laboratoire et le CEPS, dans le cadre d'un accord-cadre avec l'industrie, sur la base de l'amélioration du service médical rendu (ASMR, notée de I à V) établie par la Haute Autorité de santé, et le cas échéant d'une évaluation médico-économique (CEPS, 2026 ; Cour des comptes, 2024). **Deux prix coexistent** : le **prix facial**, public, bénéficie pour les ASMR I à III d'une garantie de prix européen, au moins égal au plus bas de quatre grands pays de référence ; le **prix net**, confidentiel, est obtenu par des remises et reflète la valeur thérapeutique négociée.

La régulation financière repose sur deux prélèvements visant à contrôler le chiffre d'affaires total remboursé au secteur. La **clause de sauvegarde**, dite montant M, ne se déclenche qu'en cas de dépassement d'un seuil voté chaque année, fixé à 22,44 Md€ pour 2027. Depuis la loi de financement pour 2026, une **contribution supplémentaire**, dont les taux sont fixés à l'avance (7,06 % et 4,01 % pour 2027), doit rapporter 1,7 Md€ en 2027 ; la clause de sauvegarde devient une « corde de rappel » dont le rendement attendu est nul (PLFSS 2027, annexe 9, article 11). Le prélèvement sectoriel est ainsi fixé ex ante, au lieu de dépendre d'un dépassement.

La doctrine du Comité vise une trajectoire de prix pour préserver l'accès à l'innovation et aux volumes tout en réduisant la dépense : un prix d'entrée plus élevé pour une innovation, puis « *une baisse plus marquée avec l'arrivée de concurrents, jusqu'à la perte du brevet* », afin de « *reproduire un mécanisme de marché concurrentiel* » (audition de la présidente du CEPS, 25 mars 2026). Le nouvel accord-cadre, signé le 28 septembre 2026 et applicable jusqu'au 30 septembre 2030, inscrit cette trajectoire dans le texte conventionnel : premier rendez-vous de révision trois à quatre ans après l'inscription, puis tous les deux ans, prix stable entre deux rendez-vous, et, à la perte d'exclusivité, conversion de toutes les remises en baisse de prix assortie d'une décote minimale de 10 % (accord-cadre, article 11).

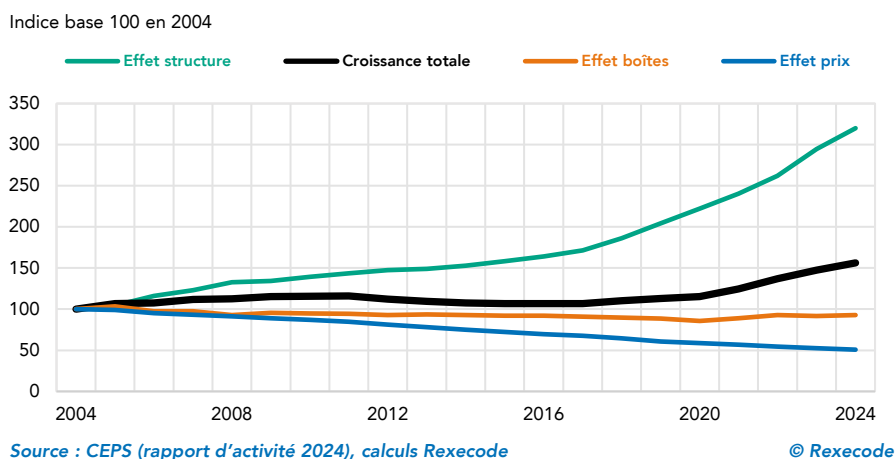
b. Des économies, des volumes en hausse, un faible reste à charge

Ce modèle a produit trois résultats. La dépense a été contenue : entre 2011 et 2021, les dépenses de produits de santé ont progressé deux fois moins vite que l'ensemble des dépenses de santé, et **la part des médicaments dans l'ONDAM est passée 15 % à 11 %** (Cour des comptes, 2024). En 2024, les remises atteignent près de 8 Md€ et les baisses de prix 856 M€ ; au sein du répertoire, la pénétration par les génériques atteint 85 % (CEPS, 2025).

Les volumes ont progressé malgré la baisse des prix. Entre 2004 et 2024, le chiffre d'affaires des médicaments remboursables vendus en ville a crû de 2,3 % par an. Cette croissance combine une baisse des **prix unitaires de 3,3 % par an**, un nombre de boîtes à peu près stable (-0,4 % par an) et un déplacement continu de la consommation vers des produits plus coûteux, principalement innovants, de +6,0 % par an. La régulation a donc abaissé les prix de chaque produit sans empêcher la diffusion des innovations.

Le reste à charge est resté faible. Les ménages financent 7,8 % de la consommation de soins et de biens médicaux, soit 292 € par habitant en 2024, et 12,6 % de la dépense de médicaments en ville, qui atteint 34,5 Md€ ; l'essentiel de ce reste à charge porte sur des médicaments non remboursables (DREES, 2025).

Décomposition de la croissance des ventes de médicaments remboursables en ville



Indice base 100 en 2004. Source : CEPS, rapport d'activité 2024, tableau 14 (données GERS, ventes en prix fabricant hors taxes, avant remises) ; cumul des taux annuels. L'effet structure mesure le déplacement des ventes vers les présentations plus coûteuses ; avec l'effet boîtes, il forme l'effet volume.

c. Les conditions implicites du succès, désormais remises en cause

Ce succès reposait sur deux conditions extérieures au dispositif. La première est le financement de la recherche mondiale par le consommateur américain. La France payait des prix faciaux inférieurs à la moyenne d'un panel de dix-neuf pays européens, de 13 % pour les médicaments sans concurrence générique et de 17 % avec (Leem, Baromètre 360°, 2026), sans effet perceptible sur l'effort de recherche mondial, dont la rentabilité se jouait aux États-Unis. Au sens économique, **la France se comportait en passager clandestin, position tenable tant que son poids restait faible et que le payeur américain l'acceptait.**

La seconde condition est la mondialisation des chaînes de valeur, qui a abaissé le coût de fabrication des médicaments matures. En 2020, **41 % des sites de production de principes actifs homologués par la pharmacopée européenne étaient situés en Inde et 13 % en Chine** (Poterszman et Pouzet, 2026, d'après l'EDQM). Le CEPS pouvait baisser le prix des produits anciens sans compromettre leur approvisionnement.

Le terme de concurrence décrit donc imparfaitement ce mécanisme. Un acheteur unique qui impose un prix exerce un pouvoir de **monopsonne** : il obtient une baisse de prix, au risque d'une offre réduite, risque qui s'est matérialisé en 2023. Aligner un prix sur celui des voisins revient à importer le résultat de leurs négociations, instrument que la littérature juge moins efficace que la négociation directe (Dubois, Gandhi et Vasserman, 2022). La trajectoire de prix du CEPS doit une part de son efficacité au contexte qui la rendait possible.

3. Un modèle en tension, pour des raisons différentes selon les médicaments

a. Médicaments matures : la dépendance croissante à un petit nombre de producteurs mondiaux

Pour les médicaments anciens, le prix bas a concentré la production. **Quand le prix couvre à peine le coût de fabrication, seuls subsistent les producteurs aux coûts les plus bas, souvent situés en Asie, et aucun n'a intérêt à entretenir des capacités de réserve.** La chaîne perd sa redondance, et un incident chez un fournisseur se traduit par une rupture. **Les ruptures déclarées à l'ANSM sont passées de 345 en 2014 à 1 076 en 2024** ; 77,9 % concernent des molécules commercialisées depuis plus de vingt ans et 83,5 % des produits en rupture (chiffre de 2023) ont un prix fabricant inférieur à 5 € (Poterszman et Pouzet, 2026). Dubois, Majewska et Reig (2023) analysent les déterminants de ces pénuries sur données françaises, et concluent que les moindres hausses de prix français augmentent la probabilité et l'ampleur de pénuries en France. La Cour des comptes relève que la clause de sauvegarde, combinée à l'inflation, peut conduire à « *une rentabilité insuffisante des produits, susceptible de favoriser la délocalisation de sites industriels et les tensions d'approvisionnement* » (Cour des comptes, 2024).

La régulation a apporté des réponses à la problématique de l'accès aux médicaments matures, sans changement de doctrine. En 2024, le CEPS a accordé 26 M€ de hausses de prix, pour 51 dossiers jugés éligibles sur 103 demandes, contre 856 M€ de baisses (CEPS, 2025). La doctrine officielle reste de faire financer l'innovation par les produits matures : « *les ressources dégagées tout au long du cycle de vie des médicaments doivent permettre de financer l'innovation et les traitements de demain* », déclare le ministre chargé des comptes publics (communiqué du 28 septembre 2026). **Le nouvel accord-cadre atténue toutefois la pression sur les génériques** : la baisse appliquée à un groupe est de 7,5 % deux ans après l'arrivée du premier générique, plafonnée à 7,5 % aux deux échéances suivantes, et la régulation du groupe prend fin après dix ans (accord-cadre, article 12). **Le PLFSS pour 2027 crée par ailleurs un instrument dédié pour les antibiotiques** : une rémunération en partie indépendante des volumes, encadrée par un chiffre d'affaires minimal et maximal, en contrepartie d'engagements d'approvisionnement (PLFSS 2027, article 28).

b. Médicaments innovants : la contrainte du prix de référence

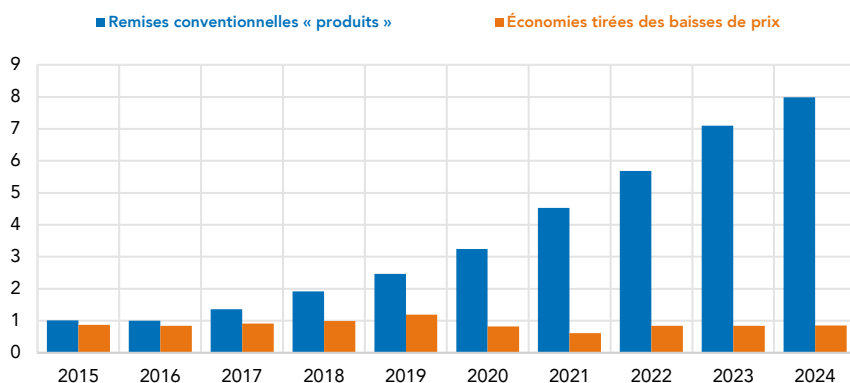
Pour les médicaments innovants, la difficulté vient du référencement. Le prix affiché en France sert de référence à d'autres pays, si bien qu'un prix bas accepté en France se propage ailleurs. Le laboratoire négocie sur un portefeuille de produits et sur plusieurs années. Pour protéger son prix de référence, il a intérêt de retarder ses lancements dans les marchés à bas prix

(Maini L. et Pommolli F., 2023). La littérature empirique confirme que **la régulation par les prix retarde et réduit les lancements** (Danzon, Wang et Wang, 2005 ; Kyle, 2007).

Le système français a répondu en dissociant deux prix : un prix facial élevé, publié et référencé à l'étranger, et un prix net confidentiel, obtenu par remises. L'ajustement s'est déplacé du prix public vers la remise : **les remises conventionnelles sur les produits sont passées de 1,0 Md€ en 2015 à 8,0 Md€ en 2024**, quand les économies tirées des baisses de prix restaient de l'ordre de 0,85 Md€ par an (CEPS, 2025).

Remises conventionnelles et économies tirées des baisses de prix

En milliards d'euros



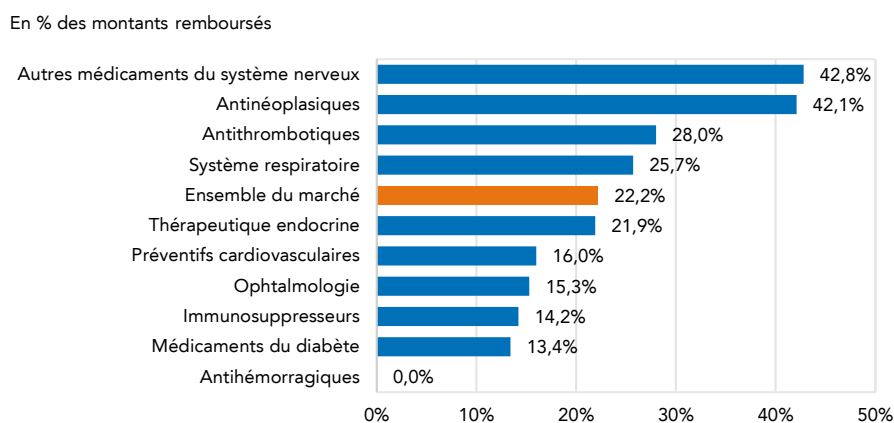
Source : CEPS (rapport d'activité 2024)

© Rexecode

Source : CEPS, rapport d'activité 2024, figures 10 et 11. Remises brutes dues au titre des ventes de l'année, hors remises légales et clause de sauvegarde. Les économies de 2020 et 2021 sont estimées par la DSS.

Cet écart se concentre sur les produits innovants. Les remises représentent en moyenne 22,2 % des montants remboursés, mais 42,1 % pour les anticancéreux, qui concentrent près de la moitié du total des remises, et dont 47,5 % pour les anticorps monoclonaux (CEPS, 2025). **Moins de 6 % des médicaments régulés font l'objet d'un contrat de remise, et la moitié du montant porte sur quatorze produits.** Versées l'année suivant les ventes, ces remises représentent une avance de trésorerie de l'assurance maladie équivalente à environ 22 % de la dépense de médicaments (CEPS, 2025). L'opacité s'étend à la distribution : l'IGAS et l'IGF estiment entre 1,7 et 3,2 Md€ les rétrocessions des laboratoires à la chaîne de distribution sur les génériques, alors que 1,1 Md€ seulement est déclaré au CEPS (PLFSS 2027, annexe 9, article 10).

Taux de remise moyen des dix premières classes thérapeutiques, 2024



Source : CEPS (rapport d'activité 2024)

© Rexecode

Source : CEPS, rapport d'activité 2024, tableau 2. Taux calculé sur les montants remboursés en ville, rétrocession et liste en sus, que les produits fassent ou non l'objet d'un contrat de remise. Ces dix classes concentrent 88 % des remises.

c. Des réponses efficaces, mais des problèmes persistants

Le prix est un instrument unique chargé de plusieurs objectifs : maîtrise de la dépense, accès aux traitements, sécurité d'approvisionnement, attractivité industrielle. La règle de Tinbergen veut autant d'instruments que d'objectifs (Tinbergen, 1952). La présidente du CEPS le reconnaît : « *Il faut veiller à ne pas multiplier les objectifs, au risque de n'en atteindre aucun* » (audition, 25 mars 2026).

Des réponses ont été apportées, avec des effets positifs. L'accès précoce, réformé en 2021, a bénéficié à plus de 140 000 patients entre 2021 et 2025 (Assurance Maladie, 2026). Les ruptures de stock ont reculé de 34 % entre 2024 et 2025 et retrouvent leur niveau de 2017 (Leem, Baromètre 360°, 2026). Le nouvel accord-cadre prolonge ces réponses. Il majore le prix net selon le degré de localisation de la production en France ou dans l'Union, de 100, 50, 25 ou 0 % de l'avantage maximal, sous condition d'approvisionnement du marché français (article 7). Il encadre les hausses de prix des produits matures exposés à une hausse documentée de leurs coûts (article 13). Il module le prix de lancement des innovations selon la part des centres français dans les essais cliniques pivots, avec un objectif d'au moins 5 % des patients inclus (article 3).

Les difficultés persistent pour l'accès aux médicaments innovants. En droit commun, le délai médian atteint 520 jours. En 2025, pour la première fois depuis la création du dispositif, plus de la moitié des médicaments innovants n'ont pas fait l'objet d'une demande d'accès précoce, et seuls 10 % des médicaments autorisés entre 2021 et 2025 disposent d'un site de fabrication en France (Leem, Baromètre 360°, 2026). **Le président de la HAS observe que les demandes d'accès précoce pour les médicaments très innovants « ont**

Délais d'accès aux médicaments innovants : deux indicateurs d'accès qui ne mesurent pas la même chose

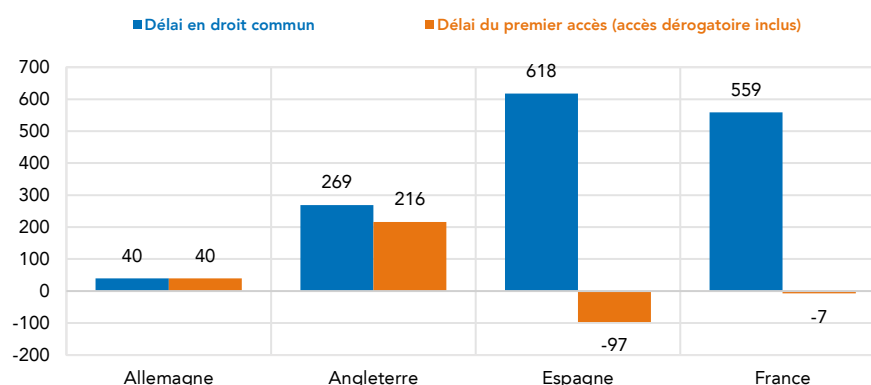
L'indicateur EFPIA W.A.I.T. couvre l'ensemble des médicaments autorisés en Europe, y compris ceux à faible valeur ajoutée thérapeutique, qui forment l'essentiel des produits évalués. Il mesure le délai entre l'autorisation européenne et la disponibilité en remboursement de droit commun, sans tenir compte des accès dérogatoires ni du délai de dépôt de la demande par l'industriel. Il place la France parmi les pays les plus lents d'Europe de l'Ouest : 520 jours en médiane et 60 % de disponibilité en 2025 (Leem, Baromètre 360°, 2026, d'après EFPIA et PwC).

L'Observatoire européen des délais d'accès, coordonné par l'Assurance Maladie avec la HAS et l'ANSM, se restreint à 72 médicaments récents apportant un progrès thérapeutique (SMR important et ASMR I à IV), remboursés en France, en Allemagne, en Angleterre et en Espagne. Il mesure le délai jusqu'au premier accès, accès dérogatoire compris. Il place la France parmi les plus rapides : premier accès médian 7 jours avant l'autorisation européenne, 23 jours avant pour les ASMR II et III, et 83 % de ces médicaments passés par l'accès précoce (Assurance Maladie, 2026).

Les deux indicateurs sont exacts, mais répondent à des questions différentes. Le W.A.I.T. mesure le temps d'accès au remboursement de droit commun d'un panier large ; l'Observatoire mesure le temps de premier accès aux seules innovations. Ils convergent sur le droit commun : hors accès dérogatoire, l'Observatoire mesure 559 jours en France. La France est rapide pour les vraies innovations grâce à l'accès précoce, et lente pour le remboursement de droit commun.

Délais d'accès des 72 médicaments de l'Observatoire européen

En jours après l'AMM (médiane)



Source : Assurance Maladie (Observatoire européen des délais d'accès, juin

© Rexecode

Source : Assurance Maladie, Observatoire européen des délais d'accès aux médicaments, juin 2026. En Espagne, accès dérogatoires nominatifs seulement.

beaucoup diminué » depuis environ un an (Ouest-France, 1^{er} octobre 2026). Cette situation suggère que dans le contexte du MFN américain (voir ci-dessous), les laboratoires préfèrent reporter la mise sur le marché en France que devoir consentir des prix trop bas qu'ils devraient ensuite appliquer aux Etats-Unis, conduisant à dégrader l'équilibre économique des nouveaux produits.

4. Le changement de braquet américain rend le modèle intenable

a. Les États-Unis refusent de porter seuls le coût de la recherche

Le décret américain du 12 mai 2025 sur le prix de la nation la plus favorisée (*Most Favored Nation*, MFN) vise à aligner les prix américains sur les prix les plus bas pratiqués dans les pays comparables. Depuis 2025, la Maison-Blanche a conclu 27 contrats confidentiels, un par laboratoire. Deux d'entre eux, ceux de Pfizer et de Lilly, ont été rendus publics par l'association Public Citizen. Outre l'engagement d'aligner le prix américain sur le plus bas pratiqué ailleurs, ils prévoient que le laboratoire reverse au ministère américain de la Santé une partie du chiffre d'affaires supplémentaire tiré des hausses de prix obtenues hors des États-Unis : dans le monde entier pour Pfizer, pendant trois ans à compter de janvier 2026, et dans certains pays seulement pour Lilly. Rien ne permet cependant d'affirmer que les contrats des laboratoires européens contiennent la même clause (Les Échos, 23 septembre 2026). Un décret d'avril 2026 module les droits de douane sur les médicaments selon la production localisée aux Etats-Unis (Sidley Austin, 2026).

Le volet réglementaire est désormais fixé. Le modèle GLOBE, publié le 30 septembre 2026, s'appliquera du 1^{er} janvier 2027 à mars 2032 à environ un quart des bénéficiaires de Medicare, pour les médicaments administrés par un professionnel de santé (partie B) dont la dépense dépasse 100 M\$, avec un panier de dix-neuf pays de référence dont la France (AJMC, 2026 ; *Medical Daily*, 2026). Sa portée est étroite : les laboratoires signataires d'un accord MFN en sont exemptés, si bien qu'il ne vise que quatre entreprises, et l'économie attendue est ramenée d'environ 12 Md\$ à 440 M\$ sur sept ans (STAT, 2026). La pression américaine passe donc d'abord par les accords bilatéraux et par la menace commerciale. Le 18 juin 2026, **les États-Unis ont ainsi ouvert une enquête au titre de la section 301 du Trade Act contre l'Allemagne** et sa politique de prix des médicaments, au motif que les princes y seraient 3,9 fois moins chers qu'aux États-Unis ; elle vise le projet allemand de remises obligatoires supplémentaires (*Supply Chain Dive*, 2026). En vis-à-vis, 64 % des entreprises interrogées estiment que cette politique réduira le lancement de nouveaux produits en France dans les trois ans (Leem, Baromètre 360°, 2026).

Le Royaume-Uni a déjà ajusté sa politique. L'accord conclu avec les États-Unis en décembre 2025 relève d'environ 25 % le seuil d'efficacité du NICE, porté à 25 000-35 000 livres par année de vie en bonne santé, plafonne à

15 % le taux de reversement du dispositif VPAG et prévoit de porter la part du PIB consacrée aux nouveaux médicaments de 0,3 % en 2026 à au moins 0,6 % en 2036, en échange d'une exemption de droits de douane jusqu'en janvier 2029 (*House of Commons Library*, CBP-10850). Selon Les Échos, la hausse de 25 % des prix des nouveaux médicaments coûterait au système britannique de l'ordre de 3,5 Md€ par an.

b. La facture du médicament va augmenter et l'accès à l'innovation risque de se réduire davantage

La conséquence est mécanique : si le grand payeur réduit sa contribution, le coût fixe de la recherche va se répartir autrement. Trois options : soit **les autres pays, dont la France, vont devoir payer davantage, soit l'innovation ralentit, ou soit les lancements se concentrent dans les pays où les prix sont les plus élevés, retardant l'accès dans les autres pays**. Pour la France, la stratégie du prix bas cesse de fonctionner. Un prix facial bas devient un plafond potentiel pour le marché américain, que les laboratoires éviteront par un prix plus élevé ou par un lancement différé. L'enquête ouverte contre l'Allemagne montre en outre qu'une politique nationale de prix bas peut devenir un différend commercial. Son niveau de prix expose la France à un traitement similaire. **La facture du médicament va augmenter et le levier du prix perd son efficacité.**

Mauvaise nouvelle : la hausse des prix ne financera pas seulement de la recherche. Si les clauses de rétrocession révélées dans les contrats de Pfizer et de Lilly se généralisent, une partie des hausses de prix consenties en Europe reviendra au contribuable américain. C'est une politique assumée de l'Administration américaine de réduire la facture pour le contribuable et le patient américains. Le changement de doctrine américain force les entreprises à reporter une plus forte partie du coût de l'innovation vers les autres pays. Le 22 septembre 2026, la plupart des grands laboratoires européens, dont Sanofi, Ipsen, AstraZeneca, GSK, Boehringer Ingelheim, Novartis, Roche, Novo et Chiesi, ont adressé à l'Union et aux États membres une lettre ouverte réclamant des hausses de prix en Europe et une plus grande souplesse budgétaire pour les États qui investissent dans les médicaments innovants (Les Échos, 2026).

Cette nouvelle donne devrait forcer un changement de doctrine pour la France : il s'agit moins de savoir de combien baisser les prix que de décider qui financera l'accès aux traitements. Les choix de l'automne 2026 montrent que la France n'a pas fait son aggiornamento. Le 28 septembre, l'État signe un accord-cadre présenté comme « un investissement clair dans l'avenir » (communiqué du 28 septembre 2026). Dans le même temps, le PLFSS pour 2027 limite la progression de l'ONDAM à 2,0 %, pour une croissance tendancielle estimée à 3,4 % (Caducée, 2026), fixe la contribution supplémentaire à 1,7 Md€ et s'appuie sur des baisses de prix négociées par le CEPS de l'ordre de 1,4 Md€ en 2026 (PLFSS 2027, annexe 9). La réponse française semble à ce stade chercher à concilier la nouvelle donne sans dégager des marges de manœuvre adéquates, avec le risque de rater un des objectifs de la politique de santé (accès, prix, innovation, etc.)

5. Trois leviers pour financer l'accès aux traitements

a. Garder des prix faciaux élevés est une première ligne de défense, bien que fragile

Le premier levier prolonge une pratique existante. Lorsque les États-Unis référencent les prix étrangers, un prix facial français bas expose les laboratoires à une perte sur le marché américain et les dissuade de lancer en France. Maintenir des prix faciaux au niveau des grands pays européens, en négociant le prix net par des remises confidentielles, protège l'accès des patients français aux innovations. Le nouvel accord-cadre conforte ce levier : le prix facial des médicaments d'ASMR I à III ne peut être inférieur au plus bas des quatre grands marchés européens de référence, et il peut être accordé aux ASMR IV et, à titre exceptionnel, aux ASMR V produits dans l'Union (article 6). Le modèle GLOBE ne lui donne pas de portée mécanique, puisqu'il s'appuie sur des données commerciales ou sur des prix nets transmis volontairement (AJMC, 2026) ; le prix facial joue surtout comme signal public dans les négociations bilatérales et commerciales. Ce levier a trois limites. Il suppose que la confidentialité des prix nets résiste. Il accroît l'écart entre prix affichés et prix payés, ce qui complique le suivi de la dépense par le Parlement. Enfin, si les clauses de rétrocession américaines portent sur les revenus nets, la dissociation entre prix facial et prix net n'en protège pas.

b. Mobiliser la propension à payer des ménages et des complémentaires

Le deuxième levier consiste à relever le reste à charge après l'assurance maladie obligatoire, et à accroître la part financée par les ménages et les complémentaires. Le point de départ est un reste à charge de 7,8 % (tableau 1), parmi les plus faibles au monde. La franchise médicale, portée à 1 € par boîte en 2024, est plafonnée à 70 € par an, et les contrats responsables excluent pour les complémentaires de la prendre en charge (ameli.fr ; PLFSS, annexe d'évaluation).

Tableau 1.
Financement de la dépense de santé en 2024, en %

Financier	Ensemble des soins et biens médicaux	Médicaments en ambulatoire
Sécurité sociale	78,7	76,1
Organismes complémentaires	12,8	10,9
Ménages	7,8	12,6
État	0,7	0,5
Montant total	254,8 Md€	34,5 Md€

Source : DREES, Les dépenses de santé en 2024, édition 2025, fiche 18. Le total de la consommation de soins et de biens médicaux est reconstitué à partir des montants par financeur (calculs de l'auteur).

Le PLFSS organise aussi la réévaluation annuelle des médicaments à service médical rendu faible ou modéré, qui représentent environ 1,5 Md€ de dépense remboursée, et le passage de certains d'entre eux en délivrance sans ordonnance (PLFSS 2027, article 30). Ces mesures visent à réduire le déficit, mais le même levier pourrait mobiliser des ressources vers le financement de l'innovation.

La logique de différenciation par la propension à payer, qui justifie le partage du coût de la recherche entre pays, vaut aussi à l'intérieur du pays. Les ménages ont des dispositions à payer différentes ; faire contribuer davantage ceux qui le peuvent libère des ressources publiques pour financer l'innovation au prix que le nouveau contexte impose.

L'objection d'une médecine à deux vitesses appelle une réponse sur le terrain de l'efficacité d'allocation. L'assurance maladie obligatoire finance près de 80 % de la dépense dans un cadre budgétaire annuel et avec un déficit croissant. Elle alloue la ressource par des règles uniformes : taux de remboursement, baisses de prix transversales, prélèvements sectoriels. Les complémentaires et les ménages allouent la dépense au plus près des préférences : un assureur peut différencier ses garanties, contractualiser avec des réseaux de soins et moduler la couverture selon la valeur des produits. Confier à ces acteurs une part plus grande du financement revient à confier une part de l'allocation à ceux qui sont le mieux équipés pour l'ajuster.

c. Rendre la France attractive pour équilibrer les flux

Le troisième levier consiste à **recréer les conditions d'un équilibre des dépenses de médicaments par des flux d'investissements en R&D**. En 2024, les ventes de médicaments remboursables atteignent 37,2 Md€ en prix facial (CEPS, 2025), soit de l'ordre de 29 Md€ après remises (calcul de l'auteur). La France reçoit en retour des dépenses de recherche, des emplois et une production exportée : les essais cliniques représentent 6,2 Md€ en 2025, le secteur emploie plus de 100 000 salariés et exporte 38 Md€ (Leem, Baromètre 360°, 2026). **Un pays qui accueille la recherche et la production récupère sous forme d'activité une partie de ce qu'il paie en prix.**

Or la France recule sur ce terrain. Elle est quatrième en Europe pour les essais cliniques multinationaux en 2025, contre deuxième en 2022, et cinquième mondial pour les brevets déposés en Europe, contre troisième en 2024 ; 97 % des entreprises interrogées jugent son attractivité défavorable (Leem, Baromètre 360°, 2026). L'accord-cadre relie désormais le prix de lancement à la part des patients recrutés en France (article 3) et ouvre des avoirs sur remises, accordés avant les investissements de production (article 10). Les leviers les plus puissants relèvent toutefois de la politique industrielle plus que du prix : délais d'autorisation et d'inclusion des essais (185 jours pour le premier patient en 2025), prévisibilité pluriannuelle des prix, fiscalité sectorielle (60 % du résultat d'exploitation, contribution supplé-

mentaire de 1,7 Md€ attendue en 2027), accès aux données de santé. **L'IGAS et l'IGF recommandent à cet effet de confier la politique industrielle à des instruments dédiés et de recentrer le CEPS sur le prix (IGAS-IGF, 2025).**

Conclusion

La régulation française par les prix a atteint ses objectifs tant que deux conditions extérieures tenaient : la mondialisation et la contribution américaine. Le basculement américain rompt la première ; les pénuries ont révélé la fragilité de la seconde. L'automne 2026 en donne la mesure : un volet réglementaire américain plus étroit qu'annoncé mais une pression commerciale qui s'étend à l'Europe, assortie de clauses qui prévoient de rapatrier aux États-Unis une partie des hausses de prix consenties ailleurs, un accord-cadre qui charge le prix de nouveaux objectifs, et un budget qui maintient le freinage. La facture du médicament augmentera, et l'enjeu est désormais d'organiser son financement. Trois leviers se complètent : des prix faciaux élevés pour rester dans la file des lancements, une contribution accrue des ménages et des complémentaires pour mobiliser les propensions à payer, et une politique d'attractivité pour que la France récupère en activité une partie de ce qu'elle paie en prix.

Bibliographie et sources

Littérature académique

- Danzon P. M. et Towse A. (2003), « *Differential Pricing for Pharmaceuticals: Reconciling Access, R&D and Patents* », *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 3(3), p. 183-205
- Danzon P. M., Wang Y. R. et Wang L. (2005), « *The impact of price regulation on the launch delay of new drugs* », *Health Economics*, 14(3), p. 269-292
- DiMasi J. A., Grabowski H. G. et Hansen R. W. (2016), « *Innovation in the pharmaceutical industry: New estimates of R&D costs* », *Journal of Health Economics*, 47, p. 20-33
- Dubois P., de Mouzon O., Scott-Morton F. et Seabright P. (2015), « *Market size and pharmaceutical innovation* », *RAND Journal of Economics*, 46(4)
- Dubois P., Gandhi A. et Vasserman S. (2022), « *Bargaining and International Reference Pricing in the Pharmaceutical Industry* », NBER Working Paper n° 30053
- Dubois P., Majewska G. et Reig V. (2023), « *Drug Shortages: Empirical Evidence from France* », TSE Working Paper n° 23-1417
- Houy N. et Jelovac I. (2015), « *Drug Launch Timing and International Reference Pricing* », *Health Economics*, 24(8), p. 978-989
- Kyle M. K. (2007), « *Pharmaceutical Price Controls and Entry Strategies* », *Review of Economics and Statistics*, 89(1), p. 88-99
- Ramsey F. P. (1927), « *A Contribution to the Theory of Taxation* », *Economic Journal*, 37(145), p. 47-61
- Tinbergen J. (1952), *On the Theory of Economic Policy*, North-Holland
- Vogler S. et al. (2017), « *Payers' experiences with confidential pharmaceutical price discounts* », *Health Policy*, 121(4)
- Wouters O. J., McKee M. et Luyten J. (2020), « *Estimated Research and Development Investment Needed to Bring a New Medicine to Market, 2009-2018* », *JAMA*, 323(9), p. 844-853

Sources institutionnelles

Accord-cadre entre le Comité économique des produits de santé et les syndicats représentant les entreprises du médicament, signé le 28 septembre 2026

Gouvernement (2026), « Prix des médicaments : l'État et le secteur pharmaceutique concluent un nouvel accord-cadre », communiqué de presse n° 1069, 28 septembre 2026

PLFSS 2027, annexe 9, *Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi* (articles 10, 11, 28 et 30)

Assemblée nationale, commission des affaires sociales (2026), *compte rendu n° 57*, audition de Virginie Beaumeunier, présidente du CEPS, 25 mars 2026

Assurance Maladie (2026), Observatoire européen des délais d'accès aux médicaments, fiche presse, 16 juin 2026

CEPS (2025), *Rapport d'activité 2024*, décembre 2025

CEPS (2026), Dispositions légales, cadre général et politique du CEPS en matière de régulation économique du marché des médicaments, actualisation juin 2026

Cour des comptes (2024), *Le CEPS : un organisme à conforter pour une régulation plus efficace*, S2024-1037

DREES (2025), *Les dépenses de santé en 2024, édition 2025* (fiches 18, 21 et 24) ; *Rapport 2025 sur la situation financière des organismes complémentaires*

IGAS et IGF (2025), *Bilan et évolution du dispositif de régulation du prix des médicaments*

OCDE (2024), *Exploring the Feasibility of Sharing Information on Medicine Prices across Countries*

House of Commons Library, *What is the UK-US pharmaceuticals deal?*, briefing CBP-10850

Données, études et presse

AJMC (2026), *CMS Finalizes Mandatory GLOBE Model to Test Lower Part B Drug Costs*

Caducée (2026), *PLFSS 2027 : 5,1 milliards d'euros d'économies sur la santé et un ONDAM à +2 %*

CMS (2025), *National Health Expenditures 2024 Highlights*

Deloitte (2025), *Measuring the return from pharmaceutical innovation*, 15e édition

EU Perspectives (2026), *Europe's tough choices on medicines*

- IFRAP (2026), *Budget de la Sécu 2027 : il faudra faire plus que 2,15 milliards d'euros d'économies sur la santé*
- Leem (2024), *Le marché pharmaceutique mondial*
- Les Échos (2026), « *Prix des médicaments : ce que révèlent les accords secrets des laboratoires avec Trump* », 23 septembre 2026
- Leem et PwC Strategy& (2026), *Baromètre 360° de l'attractivité de la France pour l'industrie pharmaceutique*, juin 2026
- Medical Daily (2026), *Medicare Finalizes GLOBE Model Tying Some Part B Drug Rebates to Foreign Prices*
- Mulcahy A. W. et al. (2024), *International Prescription Drug Price Comparisons: Estimates Using 2022 Data*, RAND, RR-A788-3
- Ouest-France (2026), « *Nos médicaments plus chers et moins accessibles* », 1^{er} octobre 2026
- Poterszman B. et Pouzet H. (2026), *Médicaments : d'où viennent les pénuries ?*, La Fabrique de l'industrie
- Sidley Austin (2026), *Most-Favored-Nation Drug Pricing Policy: Executive Actions and Manufacturer Agreements*
- STAT (2026), *Trump's final GLOBE rule will save Medicare much less money on drugs*, 30 septembre 2026
- Supply Chain Dive (2026), *US launches Section 301 probe into Germany over drug pricing policies*

Documents de travail récemment parus

<i>Bilan des prélèvements obligatoires 2026</i>	<i>N° 105 - septembre 2026</i>
<i>IA et souveraineté : le risque de déclassement économique</i>	<i>N° 104 - septembre 2026</i>
<i>Repenser l'allocation de l'épargne des ménages en France et en Europe</i>	<i>N° 103 - mai 2026</i>
<i>Climat - une nouvelle ambition économique pour la France</i>	<i>N° 102 - avril 2026</i>
<i>Etude Rexecode-SKEMA de la compétitivité des exportations françaises auprès des importateurs étrangers</i>	<i>N° 101 - mars 2026</i>
<i>La compétitivité française en 2025</i>	<i>N° 100 - janvier 2026</i>
<i>Bilan d'ensemble de l'expérience française d'impôt sur la fortune</i>	<i>N° 99 - janvier 2026</i>
<i>La durée effective du travail et sa quantité en France et en Europe en 2024</i>	<i>N° 98 - décembre 2025</i>
<i>Bilan des prélèvements obligatoires, édition 2025</i>	<i>N° 97 - juillet 2025</i>

Rexecode

Centre de Recherche pour l'Expansion
de l'Économie et le Développement des Entreprises

Siège social : 24 place du Général Catroux • 75017 Paris
Téléphone : +33 (0)1 53 89 20 89

Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 • APE 9412 Z • SIRET 784 361 164 00048 • TVA FR 80 784 361 164
www.rexecode.fr • x.com/Rexecode

ISSN : 1956-0486