

# A S S E M B L É E   N A T I O N A L E

1 7 <sup>e</sup>   L É G I S L A T U R E

## Compte rendu

### Commission des affaires sociales

- Examen, en application de l'article 88 du Règlement, des amendements à la proposition de loi visant à interdire les sucres ajoutés dans les aliments destinés aux nourrissons et aux enfants en bas âge (n° 2527) (M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur) ..... 2
- Audition de Mme Virginie Beaumeunier, présidente du Comité économique des produits de santé ..... 2
- Informations relatives à la commission..... 11
- Présences en réunion ..... 12

Mercredi  
25 mars 2026  
Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 57

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence de  
M. Nicolas Turquois,  
*vice-président***



*La réunion commence à neuf heures trente-cinq.*

*(Présidence de M. Nicolas Turquois, vice-président)*

*La commission procède à l'examen, en application de l'article 88 du Règlement, des amendements à la proposition de loi visant à interdire les sucres ajoutés aliments destinés aux nourrissons et aux enfants en bas âge (n° 2527 rect.) (M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur).*

*La commission a accepté les amendements figurant dans le tableau ci-après (\*):*

<i>N°</i>	<i>N° Id</i>	<i>Auteur</i>	<i>Groupe</i>	<i>Place</i>
25		M. ISAAC-SIBILLE Cyrille	Dem	Unique
22		M. ISAAC-SIBILLE Cyrille	Dem	Unique
23		M. ISAAC-SIBILLE Cyrille	Dem	Unique
24		M. ISAAC-SIBILLE Cyrille	Dem	Unique
26		M. ISAAC-SIBILLE Cyrille	Dem	Unique
27		M. ISAAC-SIBILLE Cyrille	Dem	Unique

*(\*) Les autres amendements étant considérés comme repoussés.*

*La commission auditionne ensuite Mme Virginie Beaumeunier, présidente du Comité économique des produits de santé.*

**M. Nicolas Turquois, président.** Nous avons souhaité vous entendre, madame la présidente, car la question des produits de santé se trouve chaque année au cœur de nos discussions sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). À l'automne 2023, nous avons ainsi été confrontés à une surexécution des dépenses pour le médicament de 1,2 milliard d'euros, ce qui a conduit la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale à se pencher sur le mécanisme de fixation du prix des médicaments.

**Mme Virginie Beaumeunier, présidente du Comité économique des produits de santé.** La régulation des produits de santé est un sujet important pour nos concitoyens, mais aussi pour les finances publiques et pour le développement économique, puisqu'il recouvre des enjeux de souveraineté sanitaire et de développement industriel, dans des filières dont l'évolution est peu favorable au maintien d'une production en France.

Le Comité économique des produits de santé (Ceps) est un organisme interministériel tenu de prendre en compte, en toute transparence, l'intérêt des patients, la maîtrise des dépenses publiques et la dimension industrielle de la politique de régulation du

médicament. Pour rappel, le médicament représente approximativement 30 milliards d'euros de dépenses d'assurance maladie, et les dispositifs médicaux entre 10 et 11 milliards d'euros.

Lors de ma prise de fonctions, le Premier ministre alors en fonction m'avait confié une mission flash visant à rénover la politique de régulation du médicament en tenant compte de l'évolution du contexte géopolitique. Indépendamment de ce contexte, il m'a semblé nécessaire de moderniser un certain nombre de mécanismes existants, et d'améliorer la visibilité et la prévisibilité de cette régulation, pour répondre aux critiques formulées par les industriels. Ceux-ci, en effet, sont soumis, d'une part à la clause de sauvegarde, en partie remplacée par une taxe depuis cette année, et d'autre part au plan annuel de baisse des prix, dont le montant est voté chaque année dans le cadre du PLFSS : 1 milliard d'euros pour 2025 et 1,4 milliard d'euros prévus pour 2026.

À la faveur des arbitrages du Gouvernement, nous allons nous efforcer de mettre en œuvre les préconisations formulées dans cette mission flash à travers la renégociation d'un accord-cadre avec l'industrie pharmaceutique. L'objectif consiste à donner davantage de prévisibilité aux industriels comme aux pouvoirs publics, tout en conciliant trois priorités : améliorer l'accès des patients aux traitements, maîtriser les finances publiques et renforcer l'attractivité du territoire ainsi que la souveraineté sanitaire.

En matière de tarification, nous proposons d'instaurer une trajectoire de prix pluriannuelle et prévisible pour chaque médicament, dès son inscription. Concrètement, il s'agit de négocier un prix d'entrée du médicament et de fixer des rendez-vous réguliers, tous les deux ou trois ans, au terme desquels le laboratoire doit s'attendre à une baisse de prix fondée sur des critères négociés dans l'accord-cadre. Ces critères reposeraient sur la législation, mais pourraient tenir compte également de l'écart entre les prévisions de ventes initiales et les ventes constatées. Si les dépenses augmentent et que le volume de prescriptions est plus élevé que prévu, une baisse de prix pourra être décidée.

Nous proposons d'accorder un accès plus large à un système en vigueur pour environ 10 % des médicaments, généralement les plus chers et les plus innovants, consistant en une décorrélation entre le prix facial et le prix net, qui donne lieu à des remises versées par les laboratoires à l'assurance maladie. Ces prix faciaux constituent un avantage conventionnel permettant aux laboratoires d'obtenir un référencement international plus homogène.

Pour assurer la sécurité de l'approvisionnement, nous souhaitons valoriser en termes de prix la production réalisée en France et en Europe, afin de l'encourager. Cette disposition, déjà en vigueur pour les nouveaux produits, sera étendue à l'ensemble des produits existants.

Une autre proposition retenue se rapporte à la prise en compte des externalités positives des médicaments, qui doivent naturellement être attestées, traçables et vérifiables. Elle consiste à appliquer des décotes à l'entrée de produits classés en amélioration du service médical rendu (ASMR) de niveau 5 par la commission de la transparence, c'est-à-dire des médicaments qui n'apportent pas de progrès thérapeutique par rapport aux produits existants. Ces décotes seront d'autant plus fortes pour admettre au remboursement que les produits existants seront nombreux.

Il en va de même pour les médicaments génériques ou les biosimilaires. Actuellement, les décotes sont standardisées : 60 % pour les génériques, 40 % pour les biosimilaires. Nous souhaitons rendre possible une modulation de cette décote, c'est-à-dire la

diminuer lorsque le prix des médicaments d'origine est déjà très bas, et l'augmenter lorsqu'il est très élevé.

Outre ces points, qui seront discutés à la faveur de la négociation du prochain accord-cadre – le précédent, arrivé à échéance en 2025, a été prolongé jusqu'à fin septembre 2026 –, nous formulons des préconisations destinées à réduire les délais d'accès aux traitements. Ces délais concernent surtout les médicaments n'apportant pas ou peu d'ASMR, puisque les médicaments innovants et les génériques bénéficient déjà de procédures accélérées.

Le pilotage de la politique du médicament doit apporter de la visibilité tant pour l'industrie pharmaceutique que pour les pouvoirs publics et le Parlement. Aujourd'hui, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) indique le montant d'économies demandé, mais n'offre pas une vision globale de la dépense en matière de produits de santé. Nous avons par conséquent proposé de rendre cette enveloppe plus visible, et de clarifier les choix politiques de priorisation, notamment en termes d'innovation, en définissant une enveloppe d'innovation compatible avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

Concernant les dispositifs médicaux, nous avons pour objectif de conclure cette année un accord-cadre avec les distributeurs, qui s'ajoutera à celui qui nous lie à l'industrie. Nous avons établi un plan de baisse des dépenses de 200 millions d'euros sur les dispositifs médicaux, qu'il nous appartient de mettre en œuvre. Cet effort est plus difficile que celui portant sur les médicaments, car les produits sont très variés, et les gains de productivité en termes de production sont inégaux, certaines prothèses, par exemple, étant produites en petite série.

**M. Nicolas Turquois, président.** Le Parlement a décidé que serait prise en compte l'origine géographique des produits dans les dispositifs de la clause de sauvegarde. Or il apparaît que cette disposition n'est pas appliquée par le Gouvernement. J'aimerais donc vous entendre à ce sujet.

Par ailleurs, ne serait-il pas judicieux d'envisager de nouveaux dispositifs facilitant l'accès aux traitements pour les maladies rares ?

**M. Thibault Bazin, rapporteur général.** Le marché du médicament est animé par trois tendances qui affectent les conditions de son encadrement par les pouvoirs publics : le coût de l'accès aux médicaments, l'ampleur du déficit de la branche maladie, qui appelle des arbitrages, et la dépendance française en matière d'approvisionnement.

Le coût des produits innovants, notamment les thérapies géniques et anticancéreuses, contribue fortement à augmenter les dépenses de médicaments ambulatoires, passées à 34,5 milliards d'euros en 2024. Envisagez-vous un ralentissement ou, au contraire, une accélération de cette dynamique ? Les mesures prises dans le cadre de la dernière LFSS pour combler le retard de la France en matière de médicaments génériques et biosimilaires, vous semblent-elles suffisantes ?

Par ailleurs, vous préconisez un pilotage plus étroit des dépenses de médicaments en définissant un périmètre de dépenses contraintes et des priorités d'innovation ou d'approvisionnement. Cette recommandation est-elle discutée dans la négociation avec l'industrie portant sur le nouvel accord-cadre ?

Enfin, la souveraineté sanitaire requiert de renforcer l'usage de critères industriels dans la fixation des prix et d'encourager la production locale. En dépit des dispositions légales prises en 2022 et en 2024 en faveur de l'implantation des sites de production en France, seuls sept produits ont bénéficié d'une valorisation tarifaire, pour un montant moyen de 7,5 %. Comment renforcer l'application de ces mesures essentielles à la relocalisation de la production des molécules ?

**M. le président Frédéric Valletoux.** Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

**M. Emmanuel Taché (RN).** Le rapport d'activité du Ceps pour 2024 fait état de résultats témoignant d'une régulation efficace à l'échelle macroéconomique : une amélioration des délais de traitement, près de 8 milliards d'euros de remises conventionnelles et 856 millions d'euros d'économies pour l'assurance maladie. Comment le Ceps entend-il renforcer son action, afin que les assurés puissent mieux appréhender l'usage des fonds publics et que les efforts se traduisent plus directement en termes de reste à charge, de disponibilité des traitements et de visibilité sur les prix réellement acquittés par la collectivité ?

Par ailleurs, j'aimerais savoir quelles exigences en matière de sécurisation des volumes, de continuité d'approvisionnement et de localisation de la production sont incluses dans les conventions conclues par le Ceps. Envisagez-vous de faire de la souveraineté pharmaceutique un axe structurant de votre doctrine, au même titre que les impératifs budgétaires ?

**M. Michel Lauzzana (EPR).** Concilier l'exigence économique et la souveraineté sanitaire est un exercice difficile. La LFSS 2022 puis la LFSS 2024 prévoient que la tarification des produits de santé tienne compte de la sécurité d'approvisionnement, notamment à travers l'implantation des sites de production. Pourtant, ces dispositions ne sont pas pleinement mises en œuvre. Comment le Ceps entend-il traduire dans ses décisions tarifaires cette exigence de territorialisation et de sécurisation des approvisionnements ?

**Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP).** Depuis la signature par Donald Trump d'un décret exigeant de l'industrie qu'elle aligne ses prix américains sur les prix européens, c'est la panique chez Big Pharma, qui tente de sauver sa vache à lait américaine en faisant monter les prix en Europe. Au Royaume-Uni, Keir Starmer a signé un accord pour augmenter de 25 % le plafond des dépenses de médicaments fixé par leur organisme public. En France, les laboratoires, au prix d'un lobbying scandaleux, exercent un chantage à la pénurie et à l'emploi.

Faire croire aux gens qu'ils ne pourront plus se soigner si on n'augmente pas les prix est insupportable. La France n'est pas une colonie des États-Unis, et doit préserver son modèle de santé. Céder sur les prix des médicaments revient à prélever une partie des cotisations des Français pour gonfler les profits de Big Pharma, et courir le risque d'une explosion des tarifs des mutuelles. Le Ceps compte-t-il céder à ce chantage et augmenter les prix des médicaments ?

**M. Yannick Neuder (DR).** La prise en compte de la souveraineté dans la politique de tarification du médicament conduite par le Ceps est un sujet essentiel. Or l'application par le Ceps des dispositions prises dans les LFSS pour 2022 et 2024, cette dernière introduisant un critère de territorialité dans la répartition de la clause de sauvegarde, demeure restrictive,

ne traduit pas l'intention du Parlement, et ne bénéficie pas à des laboratoires vertueux installés de longue date en France. Quels sont les freins à l'application de ces dispositions législatives ? Êtes-vous prête, dans le cadre de la renégociation en cours de l'accord-cadre entre le Ceps et les industriels, à intégrer de manière explicite une composante de souveraineté dans la structure du prix des médicaments, au même titre que la valeur thérapeutique ? Enfin, à quelle échéance les décrets d'application nécessaires à la mise en œuvre des mesures législatives que j'ai mentionnées seront-ils publiés ?

**Mme Océane Godard (SOC).** La majeure partie de la hausse des dépenses de médicaments s'explique par les traitements innovants. Entre 2017 et 2023, les dépenses brutes de médicaments sont passées de 25,7 à 37,9 milliards d'euros, une progression largement supérieure à celle de l'Ondam. Dans le même temps, le coût par année de vie gagnée en oncologie a triplé, dépassant 300 000 euros, sans progrès clair en efficacité. À titre d'exemple, le Vyndaqel, vendu au prix unitaire de 7 500 euros la boîte, représente une dépense de l'ordre du milliard d'euros alors que des doutes persistent sur l'ampleur de son bénéfice clinique. En outre, près de 10 milliards d'euros de remises sont récupérés par l'assurance maladie, souvent avec un décalage de plus d'un an, ce qui rend difficile toute lecture claire du coût réel des médicaments.

Comment garantir que le prix des médicaments les plus chers s'aligne sur leur valeur thérapeutique réelle et sur l'intérêt collectif ? Quels leviers le Ceps entend-il actionner pour mieux conditionner les prix aux bénéfices cliniques réels, pour limiter les effets de rente sur certains produits et pour renforcer la transparence du système des prix ?

**Mme Sandrine Rousseau (EcoS).** La LFSS 2021 instaure l'obligation pour les laboratoires de déclarer les investissements publics de recherche et développement qu'ils perçoivent lorsqu'ils exploitent des médicaments remboursables. Or les montants déclarés semblent sans commune mesure avec certaines aides publiques, notamment le crédit d'impôt recherche (CIR). Sanofi, par exemple, aurait perçu près de 100 millions d'euros par an de CIR, bien plus que les 527 000 euros déclarés selon le rapport d'activité du Ceps pour 2024.

Quel regard portez-vous sur cet écart ? Qu'en est-il des dispositifs de contrôle permettant de s'assurer de la sincérité, de l'exhaustivité et de la fiabilité des déclarations ? Comment les financements publics de recherche et développement sont-ils pris en compte dans les négociations tarifaires et conventionnelles ?

Par ailleurs, la progression des remises confidentielles consenties sur les prix des médicaments conduit à un écart croissant entre les prix publics publiés au *Journal officiel* et les prix réellement acquittés par l'assurance maladie. Comment analysez-vous cette décorrélation ? Quel est son impact sur la lisibilité de la politique du prix des médicaments et sur l'information du Parlement comme des citoyens ?

**M. Jean-Carles Grelier (Dem).** Depuis plus de vingt ans, la politique du médicament se résume à des économies drastiques imposées à l'ensemble de la filière, avec des conséquences non négligeables en termes d'innovation thérapeutique, d'investissement en France et de rupture d'approvisionnement. Le moment n'est-il pas venu de doter cette politique d'une véritable vision prospective et pluriannuelle ?

Après cinquante ans de déficit chronique de la sécurité sociale, la régulation par le prix vous semble-t-elle être le seul critère pertinent ?

**Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR).** Quel regard portez-vous sur le dispositif d'accès direct, expérimenté depuis 2022 et récemment prolongé grâce à la LFSS, qui vise à accélérer l'accès des patients aux innovations thérapeutiques ? Quelles évolutions vous sembleraient nécessaires pour le consolider ?

Vous avez proposé d'intégrer un mécanisme de valorisation de la recherche clinique réalisée en France dans la fixation du prix des médicaments. D'autres mesures sont-elles prévues dans la révision de l'accord-cadre, pour améliorer l'attractivité de la France dans ce domaine ?

Enfin, vous avez indiqué qu'un certain pragmatisme pouvait conduire à accepter des prix plus élevés pour certains médicaments innovants. Comment pensez-vous concilier ce soutien à l'innovation et à l'attractivité avec un accès équitable et soutenable aux traitements pour les patients ?

**M. le président Frédéric Valletoux.** Nous en venons aux questions des autres députés.

**M. Hadrien Clouet (LFI-NFP).** Le Keytruda est un médicament contre le cancer bien connu, dont le coût de production n'excède pas quelques dizaines d'euros, et dont chaque flacon est vendu à plusieurs milliers d'euros par le laboratoire MSD. Son remboursement coûte 2 milliards d'euros par an à la sécurité sociale, soit le montant des cotisations annuelles à l'assurance maladie de 900 000 salariés. Le capitalisme pharmaceutique parvient à nous faire payer deux fois les médicaments, car avant de les payer au producteur, le contribuable participe au financement des organismes de recherche publics qui en découvrent le principe et conduisent les essais cliniques. Si le prix de certains médicaments est exorbitant, c'est surtout parce que les profits sont secrets, en dépit des engagements pris par la France en matière de prix des médicaments.

Comment le Ceps compte-t-il avancer vers une nécessaire transparence des prix des médicaments ? Comment la France entend-elle tenir ses engagements à cet égard ? Que pensez-vous de la création d'un pôle public permettant de produire à prix coûtant ?

**Mme Justine Gruet (DR).** La France dispose d'une industrie pharmaceutique solide et exportatrice, mais pour un certain nombre de produits, en particulier les principes actifs, les sources d'approvisionnement demeurent souvent extérieures à notre territoire. Dans quelle mesure notre pays est-il aujourd'hui en mesure de sécuriser durablement ses approvisionnements en produits de santé ? Le Ceps dispose-t-il des leviers adaptés pour encourager la production en France ou en Europe ? Comment concilier l'impératif de maîtrise des dépenses avec celui, tout aussi essentiel, du maintien d'une capacité industrielle sur notre territoire ?

Par ailleurs, on observe sur certains produits de santé un écart entre le prix du matériel et la prise en charge de l'accompagnement – je pense notamment aux prothèses auditives et aux matériels de maintien à domicile. Comment garantir un accompagnement de qualité en valorisant les prises en charge au plus près des patients, notamment dans les territoires ruraux ?

**Mme la présidente du Ceps.** Je m'efforcerai de répondre à vos nombreuses questions, à l'exception de celle portant sur la territorialisation de la clause de sauvegarde.

Non que je m’y refuse, mais parce que ce dossier n’est pas suivi par le Ceps. Il serait préférable d’interroger la direction de la sécurité sociale à ce sujet.

Le Parlement a voté des mesures sur la souveraineté et la réindustrialisation, et il appartient au Ceps de mettre en œuvre ces orientations. Nous le faisons déjà pour les médicaments candidats à l’inscription, en appliquant un système de pondération lié à la localisation des sites composant la chaîne de valeur. Nous avons ainsi valorisé une dizaine de produits. Ce chiffre modeste reflète la réalité : nous fabriquons peu de nouveaux produits en France.

Nous sommes déterminés à mettre en œuvre cette année, progressivement, une mesure similaire pour les produits déjà sur le marché, avec le concours de la direction générale des entreprises. Nous établissons actuellement une doctrine de valorisation, en tenant compte des enjeux concurrentiels et juridiques. La valorisation des médicaments sans concurrent est simple. En revanche, celle des produits substituables, comme les génériques, est complexe car le pharmacien, libre de choisir quel produit il délivre, pourrait être incité à privilégier le produit le plus cher.

Je comprends les préoccupations relatives à la transparence des prix, souvent jugée insuffisante. Le prix publié au *Journal officiel* comprend le prix industriel, la marge du grossiste et celle du pharmacien. Pour certains médicaments – moins de 10 %, mais souvent les plus onéreux –, des remises exceptionnelles et transitoires sont versées par les laboratoires à l’assurance maladie. Jusqu’à l’année dernière, ces remises étaient payées *a posteriori*, ce qui mettait en difficulté la trésorerie à l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Le système d’acomptes sur remises voté cette année permettra de régler ce problème.

Notre travail consiste à rapprocher tout au long du cycle de vie du médicament son prix facial et son prix net, afin d’aboutir à leur coïncidence avant la fin du brevet. Il convient pour cela que ce cycle de vie soit bien défini dans le futur accord-cadre, afin de permettre aux fabricants de génériques et de biosimilaires de construire un modèle économique basé sur le véritable prix des médicaments. Et j’ai proposé la notion de trajectoire, qui consiste à fixer un prix légèrement plus élevé à l’entrée d’un médicament innovant sur le marché, puis une baisse plus marquée avec l’arrivée de concurrents, jusqu’à la perte du brevet. Il s’agit de reproduire un mécanisme de marché concurrentiel classique, tout en maîtrisant les dépenses publiques et en garantissant l’accès à ces produits.

Le plan national Maladies rares a facilité l’arrivée de nouveaux produits, mais il est difficile, par définition, d’obtenir des études cliniques sur des cohortes suffisamment larges pour atteindre le niveau d’exigence attendu. Les produits qui arrivent au Ceps présentent souvent un ASMR de niveau 5, et pour être inscrits, ils doivent démontrer qu’ils génèrent des économies. Une réflexion doit être engagée avec la Haute Autorité de santé (HAS) autour de ces produits. L’idée d’un contrat à la performance a été évoquée, mais sa mise en œuvre est difficile puisqu’elle suppose un suivi précis satisfaisant les exigences en matière de protection de données. En outre, la question du mode de paiement reste entière : faut-il voir pour payer, ou payer pour voir ? Je suis favorable à l’idée d’un paiement progressif en fonction des résultats, mais là encore, il convient de trouver un équilibre entre efficacité, accès aux traitements et maîtrise des dépenses. Concernant les médicaments orphelins, je propose une négociation à l’échelle européenne, ce qui pourrait convenir aux laboratoires en leur épargnant des coûts administratifs.

J'en viens aux enjeux de souveraineté. L'attractivité d'un pays en matière de produits de santé ne saurait se limiter à la question du prix. En outre, le prix est un instrument qui poursuit déjà plusieurs objectifs : l'accès des patients aux traitements, la maîtrise des dépenses, l'attractivité industrielle et la sécurité d'approvisionnement. Il faut veiller à ne pas multiplier les objectifs, au risque de n'en atteindre aucun, et envisager la politique d'attractivité de manière globale, en intégrant les politiques juridiques, fiscales, énergétiques et d'encouragement à l'investissement.

Le Ceps ne dispose d'aucun moyen pour connaître le coût de production des produits de santé. Il n'est donc pas en mesure d'appliquer des tarifs sur cette base, y compris pour les médicaments les plus courants. Notre rôle est de garantir des prix soutenables. À cet égard, je vous assure que nous exerçons une pression considérable sur l'industrie pharmaceutique – j'ai encore affirmé hier, devant ses représentants, que nous n'appliquerons pas les prix américains en France. Ce n'est pas à notre pays de payer pour les dysfonctionnements du système américain.

J'ai été surprise comme vous, madame Rousseau, en découvrant les déclarations sur les investissements publics dans le rapport d'activité du Ceps. Je pense qu'il s'agit d'aides très ponctuelles. L'essentiel de l'aide à la recherche et développement en France provient du CIR, et il est difficile d'identifier sa contribution à la mise au point de tel ou tel produit. Le Ceps n'est pas en mesure de vérifier ce type d'information, et pour s'assurer de la transparence des déclarations, il convient de se tourner vers d'autres instruments de contrôle.

Concernant la valorisation de la recherche clinique, nous avons en effet proposé de l'intégrer dans la réflexion sur les prix, mais aussi évoqué une autre mesure visant à revoir le processus administratif afin de raccourcir les délais de lancement des essais cliniques, comme le font avec succès les Espagnols, tout en veillant au respect des règles d'éthique et de sécurité.

De manière plus générale, je plaide en faveur d'une vision d'ensemble de la politique du médicament, avec une enveloppe dédiée aux produits de santé dans la LFSS et une sous-enveloppe pour l'innovation. En matière de régulation, je suis favorable à une approche à l'échelle pluriannuelle. Avec une vision sur trois ans, par exemple, le Parlement pourrait fixer un objectif global d'économies, en laissant au Ceps la liberté de moduler l'effort.

Vous me demandez, monsieur le rapporteur général, comment j'envisage la dynamique des dépenses de santé. À l'évidence, le vieillissement de la population et l'amélioration des traitements des maladies chroniques n'incitent pas à imaginer une réduction des dépenses. C'est pourquoi il appartient aux politiques, et non à l'administration, de définir des priorités en matière d'innovation.

Les taux de pénétration des médicaments génériques sont désormais satisfaisants, avec 80 % de substitution, et des prix parfois très bas. En revanche, nous sommes moins performants sur les biosimilaires, tant en termes de prescription que de prix. Aussi nous proposons d'appliquer des décotes plus fortes pour les biosimilaires de produits très coûteux. Le dispositif de tiers payant contre biosimilaire devrait également faciliter la substitution.

Enfin, sur les conclusions de la mission flash, l'arbitrage du Gouvernement est celui que je vous ai présenté aujourd'hui. Je n'ai pas l'autorisation de transmettre le rapport, mais je crois vous avoir communiqué l'essentiel de son contenu.

**M. Yannick Neuder (DR).** Je suis d'accord avec vous : il n'est pas question de pratiquer en France les mêmes prix qu'aux États-Unis. Nous ne pourrions le soutenir sur le plan financier. Soyons toutefois vigilants : sachant que le marché français représente, pour certaines firmes, une part négligeable de leur chiffre d'affaires, et que le prix des médicaments en France donne souvent le ton au niveau mondial, il ne faudrait pas que des laboratoires décident de ne plus nous approvisionner, ou bien de pratiquer des prix exorbitants.

**Mme Sandrine Rousseau (EcoS).** Permettez-moi de revenir sur l'évolution du prix des médicaments. Les économies d'échelle créent une courbe descendante : les premières unités produites intègrent l'intégralité des coûts de recherche et développement, et plus la production augmente, plus ce coût s'amortit sur la quantité. Or les subventions publiques à la recherche et au développement, comme le CIR, sont valorisées par les laboratoires en haut de cette courbe. Par conséquent, nous payons en quelque sorte deux fois ces coûts. Il me semble par conséquent indispensable d'examiner comment intégrer cet élément dans les calculs de prix, afin d'éviter cette double valorisation de la subvention par les laboratoires.

**Mme la présidente du Ceps.** J'entends votre mise en garde, monsieur Neuder, sur le risque de chantage. La France, en effet, représente entre 3 et 4 % du marché mondial du médicament, et le risque qu'elle soit privée d'accès à certains produits existe. Méfions-nous cependant des chiffres que l'industrie fait circuler à propos des 40 % de médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) européenne qui n'entreraient pas en France. Il s'agit principalement de médicaments qui ne sont parfois même pas présentés à la HAS, ou qui ne viennent pas au Ceps car leur ASMR est faible, et les laboratoires savent que la discussion sur le prix sera difficile. En réalité, les négociations au Ceps se soldent rarement par un échec.

Pour l'instant, nous maîtrisons le risque que vous décrivez, mais il serait faux d'affirmer que les laboratoires n'invoquent jamais la clause de la nation la plus favorisée. C'est pourquoi les pouvoirs publics suivent très attentivement la situation aux États-Unis, qui évolue très rapidement. Pour l'instant, le programme dit « Generous », qui s'applique à Medicaid, ne représente qu'environ 9 à 10 % du marché pharmaceutique et concerne plutôt des produits matures, qui posent moins de problèmes que les nouveaux produits. Le mécanisme de prix de lancement que je vous ai exposé entend également apporter une réponse sur ce point, en proposant des prix de lancement un peu plus élevés, mais réservés aux véritables innovations dont nous avons absolument besoin.

Concernant les subventions publiques, notre politique est de baisser le prix au fur et à mesure et d'être rigoureux sur cette trajectoire. Mais, je le répète, il est impossible au Ceps de connaître dans le détail, pour chaque produit, la part de l'aide publique, puisque celle-ci n'est pas répartie produit par produit. Notre rôle est avant tout de faire preuve de vigilance sur la régulation du produit, et c'est ce que nous nous efforçons de faire.

**M. Nicolas Turquois, président.** Je vous remercie, madame Beaumeunier, d'avoir répondu à ces nombreuses questions, qui témoignent de notre vigilance et de notre attention à l'égard du travail du Ceps.

*L'audition s'achève à onze heures.*

## **Informations relatives à la commission**

*La commission a désigné :*

– *M. Louis Boyard, rapporteur en vue du débat thématique de contrôle en séance publique du 29 avril 2026 sur le thème « Responsabilité des politiques conduites depuis 2017 sur la dégradation de la santé mentale des jeunes » ;*

– *M. Yannick Neuder, rapporteur sur la proposition de loi visant à accélérer la prévention cardio-neuro-vasculaire et à anticiper un risque sanitaire et social majeur (n° 2309).*

### Présences en réunion

*Présents.* – Mme Ségolène Amiot, M. Joël Aviragnet, Mme Anchya Bamana, M. Thibault Bazin, Mme Anaïs Belouassa-Cherifi, M. Théo Bernhardt, Mme Sylvie Bonnet, M. Hadrien Clouet, Mme Nathalie Colin-Oesterlé, Mme Josiane Corneloup, M. Fabien Di Filippo, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Nicole Dubré-Chirat, M. Guillaume Florquin, M. Thierry Frappé, M. François Gernigon, Mme Océane Godard, M. Julien Gokel, M. Jean-Carles Grelier, Mme Justine Gruet, M. Jérôme Guedj, Mme Zahia Hamdane, M. Cyrille Isaac-Sibille, M. Michel Lauzzana, M. Didier Le Gac, Mme Élise Leboucher, M. René Lioret, Mme Brigitte Liso, Mme Christine Loir, Mme Joëlle Mélin, M. Éric Michoux, Mme Joséphine Missoffe, M. Serge Muller, M. Yannick Neuder, Mme Agnès Pannier-Runacher, Mme Sandrine Rousseau, M. Jean-François Rousset, M. Arnaud Simion, M. Emmanuel Taché, M. Nicolas Turquois, Mme Annie Vidal

*Excusés.* – M. Louis Boyard, M. Elie Califer, M. Paul Christophe, Mme Stella Dupont, M. Gaëtan Dussausaye, M. Olivier Fayssat, Mme Karine Lebon, M. Jean-Philippe Nilor, M. Sébastien Peytavie, M. Jean-Hugues Ratenon, M. Frédéric Valletoux, M. Stéphane Viry