

tribune libre

Médicaments : logique de marché ou de santé publique ?

Par Élie Arié,

secrétaire national à la santé du Mouvement républicain et citoyen.

La hausse des prix et des volumes de médicaments consommés - représente aujourd'hui la première cause de hausse des dépenses de soins, en grande partie injustifiée.

Un médicament, c'est trois choses à la fois : un produit industriel (ce qui implique à la fois : du capital, qui est devenu du capital-risque ; des emplois ; des dividendes pour ses actionnaires) ; un produit de santé, lorsqu'il ne s'agit pas de placebos comme l'homéopathie, ou de médicaments actifs mais prescrits en dehors de leurs indications retenues dans leur autorisation de mise sur le marché (AMM) ; un produit social, si nous souhaitons continuer à vivre dans des sociétés où il restera accessible à chaque citoyen, quels que soient ses revenus.

Ces fonctions contradictoires impliquent que ses prix ne pourront jamais être déterminés par le marché (puisque les fonctions classiques du consommateur : s'informer, choisir, consommer, payer sont ici éclatées entre plusieurs acteurs : le médecin, le patient, le tiers payant) et que ses rapports avec les États ne peuvent être que des compromis ; les relations des grands groupes pharmaceutiques avec l'État sont et resteront toujours des rapports de forces.

Mais nous ne pouvons rester dans la situation actuelle, où la totalité de notre médecine (médicaments, mais aussi publications et appareillages) est une médecine importée, avec toutes les conséquences que cela implique sur notre PIB, notre commerce extérieur et l'emploi. Il faut donc en réalité fixer des prix justes pour le paiement des nouvelles molécules et soutenir les efforts des industriels - dynamiques par un partenariat renforcé avec - l'État et l'INSERM, y compris dans le domaine de la recherche clinique.

Lorsqu'on observe le dynamisme des entreprises de biotechnologie aux États-Unis, les fameuses start-up, il me semble évident que la puissance publique doit réinvestir ce secteur dans une logique de - co-investissement et de partenariat privé-public.

Nous sommes actuellement à - - mi-chemin dans une équation qui ne satisfait personne : les prix sont fixés par des accords contournés par tous les partenaires : les laboratoires augmentent la quantité prescrite au-delà des indications retenues par les AMM, en consacrant au marketing

pharmaceutique des sommes bien supérieures à celles qu'ils consacrent à la recherche. En retour, le gouvernement, en taxant chaque année les laboratoires de sommes imprévisibles, fonction des besoins financiers de l'assurance maladie, les oblige à naviguer à vue, sans pouvoir avoir des stratégies sur le long terme.

Or il existe des transferts possibles permettant d'augmenter le prix des médicaments actifs : aux dépens des prescriptions et des médicaments inutiles ou prescrits abusivement (hors AMM) ; aux dépens des baisses des dépenses d'hospitalisation induites par certains médicaments, qu'il faudra calculer « produit par produit », car l'hôpital peut, lui aussi, améliorer sa productivité ; grâce aux génériques, marché dont les grands groupes devraient se saisir au lieu de chercher à l'étouffer - l'analyse de la réalité chez nos voisins montre pourtant que les pays où la part des médicaments génériques par rapport à la totalité des médicaments vendus représente entre 30 % et 40 %, comme les États-Unis ou la Grande-Bretagne, sont pourtant en tête du nombre des nouveaux - médicaments innovants mis sur le marché dans les dernières années ; par le transfert des médicaments à service médical rendu (SMR) nul ou insuffisant vers le marché de - l'auto- médication, appelé à se développer pour les produits anodins ou à - efficacité non - démontrée, mais que la collectivité n'a pas à - financer.

La collectivité doit financer l'innovation, elle n'a pas vocation à continuer à financer les rentes de situation - injustifiées. Au fond, ce que nous - attendons de l'industrie pharmaceutique, c'est qu'elle soit moins libérale dans ses discours et plus libérale dans ses comportements, c'est-à-dire qu'elle renonce aux rentes de situation, aux emplois médicalement improductifs financés par la collectivité, au quasi-monopole de l'information sur ses produits, qui n'est plus alors que de la promotion.

Mais il appartient aussi à l'État de veiller à ce que, dans les périodes de faible innovation thérapeutique comme celle que nous traversons depuis une dizaine d'années, pendant lesquelles l'industrie pharmaceutique n'a rien découvert d'important en dehors des trithérapies antiaids, elle assume les conséquences financières de ses échecs, et cesse de les faire financer par la collectivité en multipliant par 100 les prix de médicaments nouveaux (mais non innovants) n'apportant rien par rapport à ceux qui existent déjà, et en essayant de les faire prescrire à toute une partie de la population à laquelle ils sont inutiles.

Le grand problème qui est devant nous est celui du taux de croissance annuel des dépenses pharmaceutiques, actuellement de l'ordre de 10 %, mais qui pourraient atteindre 20 % dans les années à venir ; cette croissance se fait surtout grâce au prix élevé d'un certain nombre de molécules récentes, sur lesquelles porte l'essentiel des efforts de marketing ; à ce rythme, non seulement les médicaments ne seront plus accessibles aux pays pauvres, mais aussi aux - systèmes (socialisés ou privés) des pays riches.

Mais, depuis quelque temps, nous assistons, en Europe, à une offensive de l'industrie pharmaceutique pour augmenter unilatéralement ses prix que nous ne pouvons accepter ; elle se traduit, notamment, par : l'obtention de la procédure de « dépôt des prix » : pour tout nouveau médicament (pas nécessairement très innovant) apparu sur le marché, le laboratoire en fixera librement son prix, qui sera officiellement accepté si le ministère n'y fait pas opposition dans un certain délai ; la tentative de faire disparaître les génériques, en alignant les prix de tout médicament génériqué sur celui du générique, mais dans le but de le réaugmenter une fois le générique (qui n'aura plus de raison d'être alors prescrit) disparu du marché ; la mise sur le marché, avec une forte campagne promotionnelle, de médicaments très voisins de médicaments sur le point d'être génériqués, de - façon à ce que, lorsque le générique apparaisse, sa place soit déjà prise par un produit non génériquable pendant dix ans ; une accentuation de la désinformation des pouvoirs publics et du corps médical par la présentation d'études de plus en

plus biaisées ; un contournement de l'interdiction de publicité auprès du grand public en suscitant des articles sensationnalistes et prématurés dans la presse sur des médicaments pour inciter l'opinion publique à exercer une pression sur les autorités ou sur les prescripteurs.

Cette politique trouve tout son soutien à la Commission de Bruxelles, mais heureusement pas au Parlement européen. Il existe un conflit entre les politiques menées à Bruxelles par la Commission européenne et par le Parlement ; pour la première, où la politique du médicament est traitée par la Commission chargée de l'industrie, et non de la santé, l'approche en est économique et libérale ; alors que le Parlement - privilégie l'approche en termes de santé publique.

C'est ainsi que la Commission souhaitait autoriser la publicité directe, provenant des firmes pharmaceutiques, auprès des consommateurs, des médicaments vendus sur ordonnance, de façon à ce que ceux-ci soient incités à exiger de leurs médecins qu'ils les leur prescrivent, comme cela se pratique aux États-Unis ; cette proposition a été massivement rejetée par le Parlement européen lors de son vote du 23 octobre 2002 ; mais il s'agit là d'une victoire très fragile, compte tenu du pouvoir de passer en force dont disposent la Commission et le Conseil, désormais majoritairement acquis aux principes de l'économie ultralibérale.

*Page imprimée sur <http://www.humanite.fr>
© Journal l'Humanité*