

## Médicaments : entre profits privés et santé publique, quelles alternatives ?

Laurent Ziegelmeier, syndicaliste dans l'industrie pharmaceutique.

*Politique*, revue européenne de débats n°4, octobre 2002

Les questions de l'accès aux médicaments ou de l'inexistence de traitements se sont retrouvées en plein dans l'actualité en 2001, du procès de Pretoria au sommet de l'OMC à Doha. Mais cette tragédie mondiale n'a pas commencé l'année dernière, et ne s'est malheureusement pas terminée le 1<sup>er</sup> janvier 2002. L'article de Eels Torrele « Maladies négligées : une crise sanitaire oubliée » décrit parfaitement une situation inadmissible qui compromet l'avenir même de ces pays et de leurs populations. Mais il semble important d'insister sur la réalité de Big Pharma tant sur le plan de sa «santé» économique que sur la financiarisation à outrance de ce secteur. Eels Torrele dit en conclusion de son article que « ni les mécanismes de marché ni leur soutien ou la mise sur pied de structures mixtes n'ont réussi à résoudre une crise sanitaire endémique qui coûte chaque année la vie à des millions de personnes ». Alors quelles propositions alternatives ? Je propose d'explorer quelques pistes.

Lors du procès de Pretoria Big Pharma défendait la protection des brevets indispensables selon eux au financement de la recherche. Quelques éléments de réponse à cet argument :

- Dans l'industrie pharmaceutique les budgets de marketing / publicité sont le double de ceux accordés à la recherche. Dans une étude récente menée par des universitaires américains, on peut lire qu'entre 1995 et 2000, le secteur marketing / force de vente de cette industrie est passé aux USA de 55000 à 88000 salariés, quand dans le même temps le secteur Recherche et développement passait de 49400 à 48500 ! !
- Sur la santé économique de cette industrie, quelques chiffres tirés d'une étude publiée par une association de consommateurs américains - Public Citizen - sont pour le moins parlants. Selon ces travaux basés sur le palmarès Fortune 500, l'industrie pharmaceutique est de loin la plus rentable 8 fois supérieure à la moyenne des 500 compagnies américaines étudiées. Quand les profits de ces 500 entreprises les plus riches ont baissé de 53% en 2001, ceux des 10 plus gros de Big Pharma ont progressé de 33%. Un exemple de ces trusts Merck, 7.3 milliards de dollars de bénéfices, plus que toutes les compagnies des secteurs des semi conducteurs, des pipelines, du pétrole, de l'agroalimentaire, des mines et de l'hôtellerie réunies présentes dans Fortune 500. La même compagnie Merck a un budget publicité pour un antiarthrite aux USA supérieur au cumul des budgets pub de Pepsi et Budweiser.
- Enfin Big Pharma évite d'évoquer les nombreuses aides publiques, dont il bénéficie !

Pour compléter le décor, évoquons le poids majeur de la notion de profit dans le choix des projets de recherche. La direction d'Aventis Pharma avait mis en place en 2000 un système d'évaluation des molécules, basé sur une notation.. Jusque là quoi de plus normal ? Prenons l'exemple du tableau d'évaluation d'un antibiotique. C'est très éclairant d'une certaine logique. La note maximum est 87, le besoin médical est sur une échelle de 0 à 3, le marché potentiel de 0 à 10. En clair, si la molécule correspond à une maladie sans thérapie, elle obtient 3 points. Par contre, si cette molécule a comme «potentiel» un marché de 1 milliard de dollars elle obtient 10 points !!

Après ces quelques compléments économiques, il est intéressant de revenir sur le dernier événement de l'année 2001 : le sommet de l'OMC à Doha, présenté par de nombreux commentateurs et médias comme une victoire pour les pays du Sud. En fait, ce fut avant tout un deal entre le Brésil et les USA. D'un côté, Brasilia peut continuer sa politique en interne, mais sans chercher à exporter sa production

pharmaceutique. De l'autre Washington, mal à l'aise suite à l'affaire du Cipro<sup>1</sup>, obtient l'ouverture d'un nouveau cycle de négociations commerciales. D'ailleurs, on peut se demander si le retrait en juillet 2001 d'une plainte américaine (sur injonction de l'industrie pharmaceutique) devant l'OMC contre l'état brésilien ne fut pas une première phase de cette négociation. Il ne faudrait pas oublier non plus dans cette affaire la Chine, qui rentre à l'OMC. Son soutien aux pays du 1/3 monde s'explique par sa prise de conscience de l'épidémie de SIDA sur son territoire, liée à sa capacité de production de génériques, d'où son intérêt dans cette tractation. L'accord de Doha divise le Sud en deux, il favorise les pays ayant des capacités de production (Brésil, Inde, Thaïlande...) au détriment de tous les pays qui n'en ont pas, et qui sont les plus touchés par les épidémies. Leur cas sera examiné d'ici fin 2002 dans un groupe de travail. De plus, il n'est sorti qu'une déclaration politique réaffirmant ce qui existait dans les accords Trips. Cela changera-t-il la réalité ? On se peut se poser la question quand on voit la réaction plutôt positive de Big Pharma ! Rappelons que l'Afrique ne représente aujourd'hui que 1% du marché mondial du médicament. Le fond du problème n'est pas réglé, notamment en terme d'inexistence de la recherche sur les maladies tropicales. Dans ce cas, pas de problèmes avec les brevets, il n'y en a pas. Certains se réjouissent qu'enfin dans un tel sommet ce sujet soit abordé. Mais ne faut-il pas être plus radical et imposer que l'OMC soit dessaisie de la santé.

Il faut rajouter que d'ores et déjà de nombreux textes empêchent l'application des faibles avancées de Doha : accords de Bangui en Afrique, accords bilatéraux entre certains trusts et certains états, parfois avec l'intermédiaire de gouvernements occidentaux....

Malgré le deal à Doha, il est intéressant pour avancer des propositions d'évoquer l'expérience brésilienne: les soins contre le sida y sont gratuits, l'état a économisé plus de 420 millions de dollars pouvant être affectés à d'autres dépenses de santé, enfin entre 1995 et 1998, le nombre de morts du sida a diminué de 50% dans les villes de Sao Paulo et Rio. Jusqu'en 1996, le Brésil ne reconnaissait pas les brevets, et même la nouvelle législation permet toujours la fabrication de médicaments «génériques » pour cette politique de santé pour le moins originale. Je voudrai surtout que l'on oublie pas un aspect essentiel de cette expérience, aspect trop souvent mis de côté et pour cause. Ce qui a permis cette expérience au Brésil c'est la présence d'un secteur public de recherche et de production pharmaceutique, secteur né d'une volonté politique.

Revenons sur la notion de médicaments génériques, et les différences entre Nord et Sud. Les médicaments fabriqués au Brésil, en Inde par exemple dénommés génériques sont des copies de médicaments encore protégés. Par contre, en Europe, le terme générique évoque des molécules dont le brevet a expiré. Et en général, les fabricants de ces génériques sont des filiales de grands groupes pharmaceutiques ! Il y a aussi une différence dans le débat, ce que font les brésiliens est l'appropriation de médicaments pour répondre à des besoins de santé, appropriation inévitable face à Big Pharma. Au nord, les gouvernements disent augmentons la part des génériques, pour diminuer les dépenses de santé. Au delà de l'aspect contestable de cette approche comptable, il faut évoquer également le marchandage avec les industriels, qui est en gros, nous augmentons la présence des génériques, si vous augmentez nos prix sur les molécules innovantes, avec le risque d'aggraver encore l'écart entre une médecine pour les riches et une médecine pour les pauvres Il ne faudrait pas qu'à terme on aille vers des médicaments pour les pauvres les génériques, et des médicaments pour les riches avec des prix libres que seraient les molécules innovantes ! ! Et puis cette réflexion sur le générique, cette mode devrai je dire, part d'un principe contestable : considérer le médicament comme un produit anodin. Enfin il serait illusoire de croire que dans un cadre exclusivement privé, sans réforme des brevets, la concurrence entre grands groupes pour la fabrication de génériques ferait réellement baisser les prix de manière durable. C'est un secteur où pour protéger les profits, l'entente est de mise. Prenons l'exemple de Pretoria, mais surtout la découverte récente aux USA et en Europe

---

<sup>1</sup> Cipro : molécule de Bayer traitant l'anthrax, les USA avaient menacé cette entreprise d'importer des génériques si elle ne baissait pas ses prix, alors que les mêmes USA quelques mois plus tôt soutenaient Big Pharma lors du procès de Pretoria.

d'un accord illicite entre trusts sur le prix des vitamines ! Il faut dire également qu'aujourd'hui les génériques les moins chers restent encore hors de portée pour la plupart des habitants des pays pauvres.

Passons maintenant à la réflexion de fond. Dans la plupart des idées avancées ces derniers temps, malheureusement Big Pharma s'en tire plutôt bien, que ce soit :

- Pour le fond de l'ONU pas mis à contribution
- Pour un certain nombre d'organisation qui pensent qu'il n'y a pas antagonisme entre soigner les maladies « négligées » et l'abondance financière de l'industrie pharmaceutique.
- Ou pour le rapport Khanblai du parlement européen, qui après un excellent diagnostic de la situation, avance des vœux pieux et évoque même l'idée d'incitations financières pour la recherche privée. Ce rapport a d'ailleurs reçu le soutien de la Fédération Européenne de l'industrie pharmaceutique. L'union européenne qui évoque maintenant l'autorisation de publicité pour des médicaments sous prescription. L'Union Européenne considère malheureusement le médicament comme un produit banal, en encourageant la publicité, l'automédication...

On peut, il est vrai avec un certain rapport de forces, imposer quelques baisses de prix à Big Pharma, mais il serait illusoire de croire que l'industrie pharmaceutique n'essaiera pas de revenir sur ces concessions. Elle a peur d'une contagion au Nord, que les malades du Nord demandent eux aussi des baisses de prix, preuve en est l'exemple de l'état du Vermont aux USA. Cet état incite ses concitoyens à se fournir au Canada, où les médicaments sont moins chers. Cette initiative a été prise car la justice, sur plainte de Big Pharma, a annulé le plan « médicaments à prix réduits » initié par cet état pour les pauvres. Pour rassurer les trusts, certains proposent des prix différenciés en fonction du pouvoir d'achat des pays, y compris en interdisant les réimportations. Mais avec une telle proposition, on laisse de côté les populations pauvres dans les pays riches, en constante augmentation qui sont de plus en plus exclues des soins.

En fait c'est bien de changements radicaux dont nous avons besoin. Il s'agit tout d'abord de débattre de la notion de propriété intellectuelle et de son appropriation. Les brevets dans ce domaine ne sont qu'une confiscation pour des intérêts lucratifs. Il faut sortir de ce système. Je rappellerai ce que disait le docteur Salk, créateur du premier vaccin contre la polio en 1955. Un journaliste lui demanda à qui appartenait cette découverte, il répondit : « Eh bien au peuple, il n'y a pas de brevet. Peut-on breveter le soleil ? ».

Il ne s'agit pas d'imposer aux labos de faire l'aumône mais bien de donner à chaque être humain le droit à la santé et cela repose la question du médicament pour qui, pour quoi faire ? Je rajouterai avec quelle industrie pharmaceutique ?

Le médicament n'est pas un produit comme les autres, il faut le considérer comme partie intégrante de la politique de santé, comme un bien public, au même titre que l'eau, l'énergie... La recherche, la production et la distribution pharmaceutique ne doivent donc pas être régis par les lois du profit, sous le contrôle exclusif de quelques grands groupes privés. Il apparaît clairement que ceux-ci doivent être placés sous contrôle public. En France dans les années 80, nous avons connu une nationalisation de l'industrie pharmaceutique. Cela n'a pas empêché il est vrai des scandales comme l'Oltipraz, traitement contre la bilharziose découvert chez Rhône-Poulenc mais jamais produit. Cela n'a pas permis la constitution d'un grand pôle pharmaceutique permettant de répondre aux besoins. En fait cette nationalisation a remis ces entreprises à flot, ce qui a permis des privatisations juteuses ensuite. Ce contrôle public peut prendre plusieurs formes. Tout d'abord on peut évoquer la mise en place d'un véritable conseil scientifique du médicament, indépendant de Big Pharma, qui en lien avec les ONG établissent des priorités. Les conclusions de ce conseil pourraient servir d'orientations tant à la recherche publique, j'y reviendrai qu'à l'industrie privée. Comment ? Les aides publiques pourraient

être soumises à ces orientations, et on peut imaginer également l'obligation pour les trusts d'utiliser une partie de leurs bénéfices à des recherches et des productions utiles et indispensables. D'autres pistes peuvent être évoquées : fond alimenté par une taxe sur ces bénéfices, fond de soutien à la recherche publique et à des initiatives de solidarité internationale. On peut penser également à la réquisition des unités de fabrication qui ne sont pas utilisées afin de produire les médicaments faisant défaut aujourd'hui. Il y a également nécessité à réfléchir sur la recherche publique, il faut la sortir de son asservissement au privé. Cela veut dire lui donner plus de moyens mais aussi lui donner une autre dimension. Pour développer un médicament après sa découverte, elle est quasi obligée de passer par Big Pharma, cela suppose donc la mise en place d'un secteur de développement pharmaceutique public.

Cette dernière proposition m'amène à pousser plus loin la réflexion, réflexion que l'on pourrait résumer par une déclaration d'Yves Salesse, président de la fondation Copernic : « La réalité d'aujourd'hui est que des choix fondamentaux pour la vie immédiate et l'avenir de nos sociétés, relèvent de décisions privées, alors qu'ils devraient être au cœur du débat démocratique. ». Toutes les propositions évoquées précédemment ne sont pour moi que des mesures temporaires. C'est vers la constitution d'un grand pôle public de recherche et de production pharmaceutique qu'il faut aller, mais avec un mode de gestion qui ne soit pas calqué sur le privé, pôle public géré par les chercheurs, les salariés, impliquant les syndicats, les associations de malades, les ONG, pôle public très ouvert sur les collaborations internationales notamment avec le Sud, pôle public dont les décisions seraient impulsées par le débat démocratique et non par le profit.