

LE POIDS DES INDUSTRIES PHARMACEUTIQUES

POUR LE SEUL RÉGIME GÉNÉRAL, les dépenses pharmaceutiques 101
représentent une dépense de près de 80 milliards de francs chaque
année, coût de la distribution pharmaceutique inclus. Les agents éco-
nomiques que sont aussi les médecins confèrent à l'industrie son poids
économique, puisque leurs prescriptions conditionnent la vente des
médicaments : en 1997, 82 % de la consommation n'a pu être délivrée
que sur présentation d'une ordonnance. Si le pouvoir médical existe, c'est
donc, après les patients, sur l'industrie pharmaceutique qu'il s'exerce.

C'est ce qui autorise l'industrie à lancer son excuse ou son explica-
tion, à chaque dérapage constaté des dépenses pharmaceutiques, par
rapport soit à un objectif de dépense légitime (car voté par le Parlement),
soit à un objectif économique neutre (la croissance du PIB supposée
représenter la croissance de la richesse nationale) : « Ce n'est pas de
notre faute si les médecins prescrivent. » On pourrait ajouter « *sic !* »,
car c'est bien sous cette forme que l'industrie pharmaceutique tente,
souvent avec succès, de déplacer tout ou partie de l'effort qui pourrait
lui être demandé vers d'autres agents économiques, qui sont en général
les médecins, dénoncés comme prescripteurs, ou même, parfois, les
patients, dénoncés comme consommateurs irresponsables. On aura
l'occasion d'y revenir.

La prescription médicale est indispensable au succès de l'industrie
pharmaceutique, de même que celle-ci est indispensable au progrès thé-
rapeutique, puisque c'est de sa recherche que sont issues l'écrasante
majorité des molécules réellement innovantes et porteuses d'avancées
thérapeutiques. Mais alors, on peut penser que le pouvoir médical est
réduit au strict devoir médical, pour se confondre avec lui, tant on voit

mal les médecins ne pas mettre au service de leur art ce que la recherche et l'industrie pourraient apporter de mieux ou de beaucoup mieux. De fait, on les verrait mal prescrire ce qui pourrait être inutile voire dangereux. Mais tant le titre de cet article que la réalité commandent de regarder de plus près ce qu'il en est.

Observons d'abord que la relation de l'industrie avec les médecins n'est pas la seule à jouer. Interviennent aussi les relations avec les pouvoirs publics, les organismes sociaux, obligatoires ou complémentaires, les lobbies, les médias et, bien sûr, l'opinion qui directement ou indirectement contribue à donner à l'industrie pharmaceutique son poids.

102 Avant d'analyser ces relations et de comparer le poids respectif de chacun de ces acteurs avec celui de l'industrie pharmaceutique, ce qui permettra de cerner au mieux ce dernier, revenons sur le rôle du médecin comme praticien et comme ordonnateur de dépenses publiques.

CORPS MÉDICAL ET INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

La relation entre le corps médical et l'industrie n'est peut-être pas aussi déséquilibrée, au profit du rôle et de l'influence des médecins, que ne pourrait le laisser penser le constat fait plus haut. Jusqu'à une date récente, la faiblesse de la formation médicale continue était un des éléments de la fameuse exception française. Il a fallu toute la volonté d'un ministre, Claude Evin, pour que ce concept soit introduit dans une convention médicale, accord conclu entre organismes payeurs et syndicats médicaux devant être approuvé par le pouvoir exécutif pour s'imposer à tous, médecins, assurés et caisses de sécurité sociale.

C'était en 1990, et il a fallu près d'un an de négociations très délicates, ainsi qu'un système d'indemnisation, plutôt généreux, du temps consacré par les médecins à leur formation, pour que certains syndicats médicaux acceptent que la formation médicale continue fasse partie du bloc conventionnel.

Qu'en était-il auparavant ? La formation continue était quasi exclusivement assurée par l'industrie pharmaceutique, chaque laboratoire allant porter la bonne parole au sein même des cabinets médicaux par l'intermédiaire des visiteurs médicaux. Quand un sujet paraissait suffisamment important, et pas nécessairement au seul regard de la santé publique, il était toujours possible de le traiter à l'occasion d'un congrès

dans des lieux rarement déplaisants. A ma connaissance, la commune d'Hazebrouck n'en a jamais accueilli en plein hiver. Enfin, et en précisant que des preuves n'ont que très rarement pu être apportées, il fut dit que d'autres moyens ont pu être utilisés afin de convaincre telle ou telle partie du corps médical de la valeur de telle ou telle molécule.

S'il est hors de question de trouver normal l'emploi de moyens de promotion qui auraient été délictueux, force est de reconnaître que seule la passivité coupable des pouvoirs publics a permis que la formation médicale continue soit à la charge de l'industrie pharmaceutique. Celle-ci eut beau jeu dès lors, d'une part, de se plaindre d'une situation qui lui conférait un rôle qu'elle n'avait pas à assumer, d'autre part, de l'assumer au mieux de ses intérêts. Seul le contraire eût été surprenant.

Qu'en est-il aujourd'hui ? La formation médicale continue est à rebâtir. Celle mise en place à l'occasion de l'application des différentes conventions médicales a contribué, les faits sont connus et prouvés, à faire vivre aussi certains syndicats médicaux, ce qui, on en conviendra, n'est pas l'objet premier de cet outil de formation. 103

Reste celle faite par les visiteurs médicaux et par voie de presse spécialisée. Elle n'a jamais cessé. Mais, d'une part, les sommes consacrées à cette fin sont taxées au même titre que les dépenses publicitaires et, d'autre part, les messages ainsi délivrés sont en partie contrôlés soit par voie réglementaire pour la publicité, soit dans le cadre d'accords conventionnels conclus pour la promotion auprès des médecins.

Jusqu'au 31 décembre 1998, les entorses au règlement en matière de publicité diffusée par voie de presse avaient comme seule conséquence la publication au *Journal officiel* d'un avis de la commission de la publicité enjoignant le laboratoire concerné de mettre un terme à la publicité incriminée. Ce qu'il faisait sans dommage puisque aucune sanction ne pouvait être prononcée. Et en gardant l'avantage procuré par la diffusion du message, celui-ci ayant été délivré pendant quelques mois avant que la commission ait pu rendre et publier son avis. Un système nettement plus dissuasif prévaut désormais : c'est le prix du médicament lui-même qui pourra être modifié en cas de publicité illégale.

Quant aux accords conventionnels, que peut réellement contrôler un aréopage parisien composé de gens éminents, en général juristes, magistrats, toujours hauts fonctionnaires ? Les écrits officiels, certes. Le reste sûrement pas... *Scripta manent, verba volent*.

Enfin, concernant les congrès, il faut reconnaître que les sujets traités et les conditions de participation sont choisis et établis de façon plus

rigoureuse qu'auparavant... Reconnaissons aussi qu'il n'était pas très difficile de faire mieux.

Parallèlement à cette dérive, celle de la formation médicale continue conventionnelle, et à cette constante, la formation « maison », se mettaient en place ce que l'on appelle les références médicales opposables. Ces recommandations sont censées être la vérité médicale du moment sur des sujets choisis en commun par les caisses et les syndicats médicaux. Leur finalité est d'inciter fortement à la meilleure prescription possible. Elles sont élaborées à l'occasion de conférences de consensus. Dans certains cas au moins, les laboratoires pharmaceutiques leaders sur les marchés correspondants furent très largement partie prenante dans l'organisation de ces conférences, dont les conclusions ne leur furent d'ailleurs pas défavorables... Mais il s'agit là de cas minoritaires dont l'évocation ici a moins pour but de discréditer un système qui ne le mériterait pas que d'en évoquer les dérives potentielles.

104

Quoi qu'il en soit, cette description d'un passé récent condamnable et d'un présent insatisfaisant a pour objet d'étayer l'idée que, *volens nolens*, les médecins ont été et restent en partie sous influence, ce qui n'a, les concernant, rien de nécessairement malhonnête ou déshonorant.

Tous les arguments, voire toutes les indignations, feintes ou réelles, que pourrait déclencher le constat lucide de l'influence des laboratoires pharmaceutiques devraient, le cas échéant, être appréciés avec bon sens : la philanthropie n'est pas l'objet social des laboratoires pharmaceutiques et, s'ils consentent de tels investissements, c'est parce qu'ils en attendent en retour un bénéfice supérieur à celui que la seule valeur intrinsèque de leurs produits pourrait leur faire légitimement espérer. En somme, dépendante des prescripteurs, l'industrie pharmaceutique a très intelligemment su rééquilibrer ce rapport de forces depuis les années 1970 et 1980. C'est de cette époque que date la dénotabilisation des médecins. L'industrie pharmaceutique est parfois parvenue à le leur faire oublier au prix de l'abandon partiel de leurs prérogatives de prescripteurs : ce sont près de 2 500 cardiologues qu'un grand laboratoire pharmaceutique américain a invités, en plusieurs voyages et avec leurs conjoints, à visiter la muraille de Chine. Peut-on croire que c'était par pure sinophilie ?

Enfin, il s'agit moins de porter un jugement moral sur les relations complexes entre l'industrie pharmaceutique et les médecins que de faire preuve de réalisme. Admettons que les règles du jeu voulues ou acceptées, puis subies, par les pouvoirs publics sont insatisfaisantes. L'industrie pharmaceutique s'y est remarquablement adaptée. C'était son rôle

et même son devoir vis-à-vis de ses actionnaires, au point de faire beaucoup, désormais, pour les conserver.

Sans revenir, maintenant, sur un exemple très récent, citons néanmoins les conséquences de la « loi anti-cadeaux » de 1993 relative aux actions promotionnelles de certains laboratoires pharmaceutiques à l'égard des médecins. Votée sous forme d'amendement, cette « loi », en fait un seul article, n'a d'abord pas trouvé de ministre acceptant de l'assumer. Celui qui était au banc du gouvernement expliqua que c'était un autre que lui qui l'avait souhaitée, ce dernier expliquant que ce n'était pas lui qui avait présenté et défendu le projet devant l'Assemblée nationale.

Ensuite, et en dépit de la parfaite clarté du texte voté, le gouvernement suivant a pris, fin 1993, une circulaire d'application expliquant le texte et revenant à autoriser sous certaines conditions ce que la loi... interdisait. Puis, début 1994, une disposition législative complémentaire a modifié ce que celle votée en 1993 pouvait avoir d'« excessif » aux yeux de certains.

105

Si le ridicule ne tue pas, il s'explique. Préalablement à cette loi, existaient, et existent toujours, des dispositions interdisant à l'industrie de faire des cadeaux, sauf de « valeur négligeable », aux prescripteurs, mais n'interdisant pas à ceux-ci d'en recevoir, quelle qu'en soit la valeur. La « loi anti-cadeaux » complétait à juste titre ce dispositif en incluant les prescripteurs dans le champ de l'interdiction de toute relation marchande entre prescripteurs, les médecins, et prescrits, en l'espèce l'industrie pharmaceutique. Cela devenait sérieux, ce qui explique les réactions des uns et des autres... ainsi que le résultat final.

Toute décision qui n'aura pour objet que de s'attaquer à des conséquences et non à des causes subira ce type d'avatar. Il est de la responsabilité des pouvoirs publics que de comprendre les causes et d'en tirer les conséquences. Tout le reste n'est qu'agitation de type brownien, ce qui dégage, à l'occasion, beaucoup de chaleur, mais rarement du mouvement.

Pour compléter l'analyse des relations entre le corps médical et l'industrie pharmaceutique, il faut aussi envisager le médecin dans son rôle d'ordonnateur de dépenses publiques.

On le sait, l'organisation dite libérale de la médecine relève en partie du mythe. Si les médecins peuvent s'installer où ils veulent et faire ce qu'ils croient bon sous le seul contrôle de leur conscience, il reste que leur activité n'est solvabilisée que par le produit de cotisations obliga-

toires. Cette solvabilisation publique justifie l'organisation des soins qui, peu à peu, se met en place à l'initiative des pouvoirs publics et que les médecins ressentent comme une contrainte, voire comme une ingérence insupportable.

Un élément de cette organisation est particulièrement mal ressenti. C'est celui relatif à la responsabilisation financière du corps médical, qui se sent, depuis l'instauration de cette règle, en 1996, contraint dans son activité et, en particulier, dans ses prescriptions. Parce qu'il est ordonnateur de dépenses publiques, il est normal qu'un médecin soit responsabilisé. Qu'il doive l'être financièrement, pour des dépenses qu'il engage alors que les recettes sont perçues par l'industrie pharmaceutique et non par lui, est une autre affaire. Le gouvernement d'Alain Juppé avait tranché par l'affirmative et mis en place des mécanismes faisant
106 restituer, en partie, par les médecins, ce que d'autres, les laboratoires, avaient encaissé en totalité.

Le gouvernement actuel a décidé de rompre avec cette logique. D'abord, en limitant le « reversement » sur le dépassement des prescriptions à 5 % du dérapage constaté. Ensuite, en instituant un second plafond, individuel celui-là. Ce reversement est limité à 1 % des honoraires remboursables perçus par chaque médecin. Ainsi les médecins, et surtout les généralistes, dont la structure de prescriptions pharmaceutiques est particulière, sont plus intéressés à modérer leurs prescriptions qu'ils ne sont pénalisés lorsque celles-ci dérapent. Enfin, le gouvernement a instauré des règles spécifiques à l'industrie pharmaceutique, qui dérogent à la logique de la responsabilisation collective qui a prévalu pour les biologistes, les cliniques privées, les infirmières, les masseurs kinésithérapeutes et qui aurait concerné les médecins, si la censure du Conseil constitutionnel n'était intervenue après que la loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999 lui eut été déférée.

Ce simple rappel montre qu'avec l'aide parfois surprenante des pouvoirs publics le poids de l'industrie pharmaceutique est bien supérieur à celui des autres acteurs de la santé, et notamment des médecins, pourtant très nombreux et en contact direct et quotidien avec la population. On peut qualifier l'attitude du gouvernement de courageuse mais, peut-être, de bien peu politique.

Courageuse, s'il s'agit de préserver l'avenir, c'est-à-dire l'emploi, en donnant l'impression de céder à un secteur qui se révèle donc, par là même, puissant.

Peu politique, néanmoins, car les emplois pouvant être créés dans l'industrie pharmaceutique le seront moins du fait du volontarisme

ainsi affiché que par les réelles possibilités offertes à ces entreprises de majorer leurs profits. Mais il manque, alors, un point essentiel au dispositif : comment dégager les possibilités de financement complémentaires ? Cette question est, à ce jour, restée sans réponse de la part des promoteurs de cette originale organisation. Ce que l'on peut comprendre.

En effet, les seules assiettes susceptibles de subir un transfert au profit de l'industrie sont celles constituées par les revenus des médecins ou par le budget des hôpitaux. Il n'est pas très difficile de deviner pourquoi le raisonnement n'a pas été explicité jusqu'à son terme logique par lesdits promoteurs. D'autant qu'il n'existe qu'une alternative à ce transfert : l'augmentation des ressources que sont les cotisations.

Or, il est impensable que l'actuel gouvernement décide, pour solvabiliser le dérapage des dépenses pharmaceutiques, d'organiser soit un transfert de financement au détriment de l'hôpital, soit une hausse des cotisations. Mais cette étape reste la seule à franchir pour les promoteurs (il en existe) d'une politique destinée à privilégier l'industrie pharmaceutique par rapport aux autres vendeurs de biens et de services de santé.

107

Le poids de l'industrie pharmaceutique, on le voit, donc, est à apprécier à sa juste valeur, qui est la conséquence d'une attitude cohérente de sa part depuis de nombreuses années, quand celle des médecins, pris individuellement ou collectivement, ne le fut pas toujours dans la préservation de leurs stricts intérêts professionnels.

Dans l'organisation de la relation entre l'industrie et les médecins, les pouvoirs publics ont sûrement trop laissé faire, c'est-à-dire trop laissé s'installer ce déséquilibre, quand ils n'ont pas rendu des arbitrages le pérennisant, souvent, et l'aggravant parfois. Mais leur action ne peut se résumer à cela.

L'ACTION DES POUVOIRS PUBLICS

Les pouvoirs publics ont en effet le devoir de mettre à la disposition de la population les médicaments dont elle a besoin en lui garantissant une sécurité raisonnable d'utilisation et la certitude, matérielle, de pouvoir en disposer en tant que de besoin.

La sécurité d'utilisation, qui s'apprécie au regard de l'efficacité démontrée dans le traitement de la pathologie visée, est à la fois un devoir et une prérogative de l'État. Les deux sont exercés par délégation par l'agence du médicament, bientôt par l'agence de sécurité sanitaire.

Loin de se plaindre, en l'espèce, du poids de l'État, l'industrie pharmaceutique se félicite de l'importance de cette structure puisque c'est de sa rapidité d'analyse, de sa transparence et de sa crédibilité que dépend pour une bonne part le succès des produits issus d'une recherche toujours longue, aléatoire et très coûteuse. C'est très tardivement que les structures idoines ont été créées et, à cet égard, il faut reconnaître que le poids de l'industrie pharmaceutique ne fut pas suffisant, on peut s'en étonner, pour l'obtenir plus rapidement.

108 Peut-être faut-il rappeler à ce propos que les expertises faites, si elles sont organisées par des agents de l'État, sont exécutées, sur le fond, par des personnes jugées qualifiées et, en règle générale, issues du monde hospitalo-universitaire. C'est là une spécificité française puisqu'en Grande-Bretagne, ou aux États-Unis, les experts sont membres du NIBSC ou de la FDA et ne peuvent travailler que pour ces organismes. Rien de tel en France puisque le très haut niveau de compétence de nos experts est aussi jugé tel par l'industrie pharmaceutique, qui, à l'occasion, fait appel à eux. Il faut préciser toutefois que nombreux sont ceux qui refusent le conflit éventuel d'intérêts et qui, donc, n'acceptent pas ce type de missions. Cette position n'est toutefois pas unanime et il a fallu toute la vigilance de l'administration, très heureusement et très fortement renforcée à partir de 1992, pour que certains experts ne se retrouvent pas juge et partie. Moins d'ailleurs pour défendre telle ou telle molécule, le procédé eût été grossier, que pour éviter que telle autre, concurrente, ne bénéficie de jugements trop favorables et d'indications trop concurrentielles. Il s'agit d'exceptions, mais le seul fait qu'elles aient pu avoir lieu démontre que le poids institutionnel, non pas de l'industrie, mais de tel laboratoire, a pu être réel. Il faut ajouter que, depuis quelques années, une déclaration sur l'honneur est demandée aux experts dans le but précis d'éviter ces conflits d'intérêts.

Par d'autres structures sont fixés le prix de vente et le niveau de remboursement (0 %, 35 %, 65 %, 100 %) des médicaments. Ces deux paramètres sont essentiels et c'est lors de leur détermination que l'industrie se mesure à l'État.

En France, contrairement à ce qui se passe en Europe du Nord, les prix des médicaments remboursables aux assurés sociaux ne sont pas libres, mais administrés par les pouvoirs publics dans le cadre de ce qu'on appelle le comité économique du médicament. Ses membres sont d'une honnêteté, d'une compétence et d'une loyauté qui ne sont pas discutables. Ils doivent se fonder pour fixer les prix sur des évaluations

médico-économiques et sur l'appréciation que porte sur le produit en question la commission de la transparence. L'inscription au remboursement est conditionnée par l'acceptation par le laboratoire pharmaceutique du prix proposé, ce qui se fait, en général, après négociation.

Or, on peut dire que l'administration n'a pas réellement les moyens de procéder aux évaluations médico-économiques, qui sont donc faites par d'autres, et notamment par les laboratoires demandeurs de prix et fournisseurs des études les justifiant. La commission de la transparence est composée d'experts, en règle générale hospitalo-universitaires, chargés de comparer les valeurs respectives des molécules. Cette comparaison se fait essentiellement entre des molécules déjà commercialisées, dans une ou plusieurs indications médicales précisées, et de nouveaux produits censés traiter les mêmes pathologies avec les mêmes indications. Si les seuls critères étaient médico-économiques, cela serait compliqué mais faisable.

109

Le problème est que les autorités légitimes sont partagées entre la volonté de rationaliser un système qui manque de rationalité et celle de voir des entreprises à forte valeur ajoutée confirmer leur implantation industrielle en France. En effet, ces implantations étaient et sont toujours essentiellement fonction... des prix qui sont attribués. Dans cette relation complexe avec l'État, l'industrie pharmaceutique est passée maîtresse dans l'art de souffler le froid et le chaud. Aux menaces collectives de délocalisation industrielle succèdent les promesses individuelles d'investissement. Les premières sont faites, par exemple, à l'occasion de l'examen par le Parlement d'un projet de responsabilisation collective de l'industrie, abandonné *in fine*. Les secondes peuvent intervenir à l'occasion des discussions relatives au prix d'un médicament. Elles sont et seront faites, non pas collectivement, mais individuellement, par le laboratoire concerné.

Demeurent deux questions. La Sécurité sociale existe-t-elle pour faire de l'aménagement du territoire ? Il faudra un jour répondre publiquement, et peut-être par l'affirmative, à cette question, se tenir durablement au choix qui aura été fait et en assumer les implications financières. Combien coûtent à la collectivité les emplois ainsi subventionnés par la Sécurité sociale ? Autrement dit, est-on sûr de la parfaite et juste allocation financière des moyens dégagés ? Il paraît évident que répondre par l'affirmative à la question précédente imposerait d'apporter des réponses précises à celle-là.

On peut donc faire un constat d'échec. Celui de la tentative de mettre un peu de logique, de transparence, voire d'opposabilité dans la

procédure de fixation des prix. Dès lors que des critères autres que médico-économiques sont pris en considération par le comité économique, l'incohérence persistera qui consiste à accorder un prix plus élevé que ce que commande l'appréciation du strict service médical rendu.

Cet échec, très ancien et, je le crains, durable, en dépit de la réelle volonté du gouvernement actuel d'y remédier, explique ce que d'aucuns pourraient trouver anormal.

Il en est ainsi du niveau de prix d'un célèbre anti-dépresseur. Ce prix fut fixé pour un volume précis de boîtes vendues, volume déterminé après une étude épidémiologique fournie par le laboratoire demandeur. Il fut fixé à un niveau relativement élevé pour tenir compte des engagements industriels, réalisés au demeurant, souscrits par le laboratoire. Trois ans après cette fixation de prix, le volume de boîtes vendues était plus de cinq fois supérieur à celui envisagé initialement. La logique aurait voulu que le prix baisse en conséquence, ce que prévoyait d'ailleurs explicitement l'accord conclu avec le laboratoire concerné. A ce jour, il n'en est rien. On peut donc affirmer qu'un prix accordé avec la double préoccupation de répondre à une nécessité de santé publique et d'attirer une implantation industrielle en France génère, pour la collectivité, une dépense plus de cinq fois supérieure à celle qu'il avait été estimé possible d'engager il y a quelques années ; et que la subvention à l'emploi accordée par la Sécurité sociale s'avère, *de facto*, très supérieure à celle qui avait été accordée. Il en est encore ainsi du niveau de prix de plusieurs médicaments d'un laboratoire nord-américain, leader mondial de la pharmacie et dont les implantations auvergnates expliquent, peut-être, que la filiale française soit la plus rentable au monde pour cette entreprise (faut-il en tirer gloire ?).

Il est inutile de multiplier les exemples, ce qui pourrait être très aisément fait. On aura, en effet, compris qu'il faut poser la question de la capacité de l'État à contrôler les dépenses de pharmacie par la fixation du prix de chacun des médicaments remboursables aux assurés sociaux. L'État ne se révélant pas capable de contrôler ces dépenses durablement, on peut prétendre que le moyen (le contrôle des prix) n'est pas adapté à la finalité (la maîtrise de la dépense) puisque, très régulièrement, une taxe (toujours qualifiée d'exceptionnelle) vient remettre les comptes à un niveau tolérable pour les finances publiques.

Ainsi, de même que les médecins ont progressivement perdu une partie de leur autonomie par rapport à l'industrie pharmaceutique, de même les pouvoirs publics, empêtrés dans des contradictions jamais levées et appliquant des politiques successives privilégiant alternativement soit le

service médical rendu, soit tel choix industriel, ont-ils donné l'impression d'abandonner la cohérence et la continuité à celle-ci.

Beaucoup pensent qu'un régime de prix administrés ne peut que conduire à faire de l'État l'arbitre entre service médical et politique industrielle dans l'utilisation de ressources publiques. Cette responsabilité ne peut être correctement assumée qu'à la condition d'établir des règles et de s'assurer de leur durée. Ce ne fut jamais vraiment le cas et on peut douter que cela le devienne un jour.

En effet, la fixation des prix par le comité économique se fait par délégation du pouvoir politique, lequel peut contrôler étroitement ou pas ce qui se fait en son nom. Dans le premier cas, la politique de prix dure ce que dure le cabinet, en moyenne moins de deux ans. Dans le second, la durée peut être assurée. Ce fut le cas récemment, et deux enseignements peuvent être tirés de cette expérience. Le premier est qu'un ou deux très hauts fonctionnaires statutairement protégés ont manifestement apprécié le frisson que procure la gestion administrative du « privé ». L'autre enseignement est que durant cette période les dépenses pharmaceutiques ont sérieusement dérapé.

111

Le poids d'un arbitre est, en théorie, bien supérieur à celui des joueurs, à la condition que les règles qu'il applique après les avoir édictées ne changent pas trop souvent. Les modifications ayant été fréquentes, on ne peut que constater que le poids de l'État a diminué à raison des changements intervenus. L'affaiblissement institutionnel fut progressif, comme en témoigne la tentative inachevée de constituer, grâce aux moyens de l'État et notamment par une politique de prix, quelques grands groupes pharmaceutiques français. La privatisation des deux groupes publics, Rhône-Poulenc en 1987 et la Sanofi en 1994, n'a pas empêché certains, au sein de l'appareil d'État, de tenter de « marier » des laboratoires français entre eux, alors même que ceux-ci n'en manifestaient aucun désir. Cela donna l'opportunité aux pressentis d'obtenir de bons prix tout en restant célibataires. Si un grand groupe français se constitue, ce sera par la pression du marché plus que par celle de l'État ou, du moins, de quelques fonctionnaires qui croient encore pouvoir jouer un rôle en la matière.

Certains croient que l'administration peut encore se substituer au marché dans un secteur où les industries sont toutes privées et pour lesquelles le profit seul compte. C'est là, certes, le lot commun de toute entreprise privée. S'y ajoute, dans le cas précis de l'industrie pharmaceutique, la nécessité de réinvestir dans la recherche pour vaincre la souffrance, la maladie, la dégénérescence, ce qui constitue pour ses diri-

geants la seconde légitimité, indiscutable, à faire du profit. Les deux sont parfaitement admissibles. Les deux supposent néanmoins des règles, dès lors que ce profit provient d'allocations de ressources publiques. Les règles manquent, désarmant en partie l'État et renforçant d'autant l'industrie pharmaceutique dont le poids institutionnel est devenu très (trop ?) important.

112 Depuis quelques années, l'actualité nous apprend des fusions ou des projets de fusion. Quand ils aboutissent, on comprend que le poids des entreprises concernées ne peut que se renforcer comparativement à celui du corps médical ou de l'État. Pourtant, on peut penser que c'est de la multiplication de ces fusions que peut resurgir une véritable autorité de l'État, et pas seulement en France, si l'on se souvient des raisons qui poussent à ces fusions. Le coût de la recherche est considérable, celui du développement des molécules issues de la recherche davantage encore. Les capitaux que cela nécessite imposent les fusions dans un secteur dont les parts de marché sont éclatées comme dans aucun autre secteur industriel générant un chiffre d'affaires de ce niveau. Le laboratoire leader dans le monde n'a que 5 % de parts de marché. Les laboratoires pharmaceutiques peuvent de moins en moins assumer ce coût isolément et sont donc contraints de s'allier. Une des conséquences de ces fusions est la réduction, mécanique, de lignes de recherche pour privilégier celles permettant d'espérer une découverte dont la solvabilisation, sous forme de médicaments, sera quasi certaine et, si possible, massive. Ainsi, les recherches sont aujourd'hui considérables dans les domaines du cancer, des pathologies cardio-vasculaires ou liées à la dégénérescence, c'est-à-dire celles des pays et des populations à haut niveau économique. Le paludisme, la tuberculose, dont on connaît le triste retour, ne mobilisent pas, loin s'en faut, les mêmes moyens. Il est vrai que ces maladies ne concernent que des pays ou des populations non solvables, à ce jour en tout cas.

De même, la recherche d'un « médicament » contre l'obésité ou la découverte d'une substance, paraît-il efficace, contre l'impuissance révèlent quelles sont les populations cibles de l'industrie.

Il paraît difficile pour l'industrie pharmaceutique d'anticiper l'apparition ou la réapparition de pathologies qui sont du domaine du probable sans justifier pourtant, à leurs yeux, un effort de recherche conséquent pour des raisons de stricte rentabilité financière à court ou très court terme. On sait qu'un grand laboratoire français avait supprimé sa division de recherche virale... deux ans avant l'apparition du sida en France. C'est donc aux États d'organiser des veilles sanitaires et de maintenir des structures performantes de recherche fondamentale ; à cet

égard, souvenons-nous que c'est une structure publique française, celle du Pr Montagnier, qui a découvert le virus du sida. C'est ainsi que l'État retrouvera une influence, car lui seul peut s'affranchir de l'obligation de rentabilité immédiate qui s'impose aux industries pharmaceutiques. Ce devoir n'est pas encore vraiment assumé en France, mais il devra l'être à brève échéance.

LE POIDS DE L'OPINION

Si on en est arrivé là alors que l'État, comme les médecins, disposait, et dispose théoriquement encore et *a priori* des meilleures cartes, c'est aussi à cause du regard de l'opinion, qui juge toute décision importante ou pas, celle-ci étant présentée par les médias et défendue ou attaquée par les lobbies en fonction d'éléments souvent plus passionnels que rationnels. Il ne peut que très difficilement en être autrement tant les problèmes de maladie, de souffrance, de mort ne peuvent être perçus et présentés de façon objective ou raisonnable. L'industrie pharmaceutique l'a parfaitement compris et elle sait, au cas où la forme raffinée de chantage à l'emploi qu'elle pratique ne fonctionnerait pas (ce qui est rare), tirer parti de la crainte que peuvent avoir nos concitoyens de ne pas disposer, pour eux ou leurs proches, de produits jugés, objectivement ou non, indispensables.

113

Avant de développer l'analyse de ce type de relations, il faut préciser qu'en dehors d'une presse médicale qui, pour l'essentiel, ne vit pas de son lectorat, mais de la seule publicité pharmaceutique, la presse n'entretient pas avec ce secteur de relations que l'on pourrait juger de dépendance. Non pas pour des raisons morales, mais parce qu'il n'en est nul besoin.

Nul besoin en effet quand une association de malades, relayée en conscience par quelques sommités médicales si possible médiatiques, financée (pas toujours si l'on pense aux associations de victimes du sida) par le laboratoire ayant une molécule supposée innovante, fait tout le travail en profitant de la charge émotionnelle que comporte, le cas échéant, cette pathologie. A plus forte raison quand un ou deux congrès ont quelque peu préparé le terrain... Ainsi, et grâce à cette méthode, le succès fut partiel pour les hypocholestérolémiants, complet pour un antidépresseur ou un antiulcéreux, magistral pour les trithérapies contre le sida, dont la commercialisation en France a nécessité qu'un ministre de la République aille à Canossa, c'est-à-dire au siège nord-américain d'un laboratoire pharmaceutique.

L'issue peut aussi, parfois mais rarement, être l'échec : ce fut le cas, par exemple, pour un antimigraineux supposé révolutionnaire. Cette fois-là, les pouvoirs publics ont tenu bon, ce qui prouve que cela doit être possible.

Le rôle des lobbies est donc assez simple, qui consiste à comparer et mettre en lumière les raisons des uns, les laboratoires (la souffrance, la maladie), et celles de l'autre, l'État (coût, efficacité, choix et contrainte budgétaire).

Si un peu de mauvaise foi est nécessaire, il arrive qu'on y ait recours, comme en 1989 : l'idée fut alors émise que les médicaments ne seraient remboursés que dans la mesure où ils seraient prescrits pour ce pour quoi leur efficacité était avérée. Cette idée de bon sens, fondée sur le respect de la double contrainte sanitaire (il faut rembourser ce dont la population a besoin) et budgétaire (il ne faut pas rembourser ce qui est inutile), fut remarquablement torpillée par le Syndicat national de l'industrie pharmaceutique, dont les adhérents craignaient à juste titre de ne plus trouver leur compte dans une utilisation rationnelle de l'argent public. Le message délivré par le SNIP lors d'une célèbre conférence de presse, et repris par tous les médias, fut que l'aspirine ne serait plus remboursée [*sic*]. Ce qui aurait été vrai en dehors de ses indications, qui existent, et faux sinon. Mais, bien sûr, seule la première partie de la proposition fut largement reprise et eut comme conséquence le retrait du projet de décret. Faire sommaire peut être efficace, à défaut d'être digne.

On voit bien, à la lumière de cet épisode, que le poids médiatique de l'industrie pharmaceutique, qui se présente comme préoccupée seulement des patients, de leur bonheur et de leur bien-être, est sans commune mesure avec celui de l'État ou des pouvoirs publics, qui sont perçus comme préoccupés seulement des aspects budgétaires. Il ne faut pas être grand clerc pour deviner qui a gagné, gagne et gagnera ce type de bataille d'opinion.

Lorsque, par manque de recettes et par manque de maîtrise des dépenses de santé, les autorités politiques en viennent à augmenter les cotisations sociales et à diminuer les remboursements, comme Edouard Balladur le fit en 1993, ceux dont le souci premier a pu sembler être « le patient » (les laboratoires pharmaceutiques) sont d'une discrétion qui force l'admiration. Or, ce type de mesures revient à transférer l'effort financier sur les ménages et les mutuelles, ce qui creuse les inégalités face à la maladie, puisque ceux qui ne sont pas mutualisés se trouvent, dès lors, un peu plus exclus pour des raisons financières. Certains hauts responsables de l'industrie appellent cela « avoir du courage politique » et,

très récemment encore, ont prôné cette solution en la justifiant par la nécessaire rentabilité des énormes capitaux engagés.

Mais, lorsqu'un effort est demandé à ceux dont la progression du chiffre d'affaires est entre deux et quatre fois celle du PIB, on apprend, tout à coup, que notre pays n'a pas de politique de santé. Le terrorisme des mots peut être d'une grande efficacité, comme le démontre un exemple récent, celui du plan Juppé. Pour l'assurance maladie, ce plan consistait, notamment, en une augmentation de la CSG, en la création d'une contribution nouvelle, la CRDS, et en une contribution exceptionnelle demandée à l'industrie pharmaceutique. Les Français furent mis à contribution, comme annoncé par Alain Juppé, sans discussion ni négociation. L'industrie pharmaceutique commença, elle, à négocier, dès l'annonce faite, jusqu'à ce qu'une solution fût trouvée, qui lui permit, d'abord, de ne pas acquitter ce qui avait été annoncé, ensuite, d'imposer un *distinguo* entre laboratoires pharmaceutiques selon qu'ils faisaient ou pas de la recherche en France. L'inspiration était bonne et consistait à privilégier ceux qui font de la recherche en France par rapport à ceux qui n'y ont que des structures de distribution plus ou moins bien camouflées par des pseudo-centres de recherche. Mais cette rupture d'égalité, évidente, motiva des recours en Conseil d'État et devant la Cour de Justice de Luxembourg formés par des laboratoires pharmaceutiques, recours qui aboutiront probablement. L'État devra donc rembourser une taxe jugée illégale et discriminatoire, sauf correctif législatif ultérieur.

115

Ce correctif a été apporté lors de la dernière loi de financement de la Sécurité sociale. Mais il a été censuré par le Conseil constitutionnel : il est vrai que la modification, au profit de certains et au détriment d'autres, d'une taxe entièrement levée, liquidée et payée était un exercice législatif délicat. Il sera piquant de voir l'État ou l'assurance maladie rembourser les laboratoires pharmaceutiques à cause d'une malfaçon juridique introduite en 1995...

Les assurés, eux, n'ont bénéficié, en 1995 et après, ni de ces égards, ni de ces recours, ni d'un remboursement rendu nécessaire par le Conseil constitutionnel.

Faut-il en conclure que le poids institutionnel et économique de l'industrie pharmaceutique est très important du fait de notre système de protection sociale obligatoire et universel ? La réponse est négative en ce qui concerne le poids économique puisque, toutes choses égales

par ailleurs, la situation dans notre pays est comparable à celle constatée chez nos voisins. Seule la croissance des dépenses, en effet, pose problème. Mais la réponse est probablement positive en ce qui concerne le poids institutionnel. En effet, notre système est fondé sur un principe qui est celui de ne jamais sélectionner ni les patients ni les praticiens et de demander à tous, à raison de leurs possibilités et non de leur santé, de contribuer au financement du système.

116 Un système assurantiel individuel se fonde sur les deux principes opposés : la sélection et la contribution en fonction du risque maladie identifié – dont les progrès de la génétique vont rendre le diagnostic de plus en plus fiable et précoce. Or, la crise philosophique que connaît notre système et qui le présente comme une charge excessive pour l'économie et l'emploi, et non comme un élément essentiel de justice, d'égalité et d'unité nationale, ce qu'il est en fait, conduit à cette dérive consumériste du système de soins. Puisqu'« on » m'oblige à cotiser et contribuer, « je » consomme ce que « je » crois bon pour moi ou mes proches. Dès lors, la difficulté, politique, pour rationaliser l'offre de soins, qu'elle soit hospitalière, médicale ou pharmaceutique, est grande, d'autant qu'existent toujours des acteurs pour expliquer que ceux qui rationalisent veulent en fait rationner. Nombreux sont ceux qui estiment l'homéopathie (coût annuel pour la collectivité : 850 millions de francs) efficace pour eux, alors que jamais une étude scientifique n'a pu démontrer quoi que ce soit. Et tout aussi nombreux sont ceux qui protesteraient énergiquement contre son éventuel déremboursement, au motif que, payant pour le système, ils sont libres de choisir la thérapeutique de leur choix. On aboutit ainsi à ce paradoxe d'un système collectif étroitement dépendant de choix individuels, dont la somme est politiquement et économiquement très prégnante, mais qui ne reposent que très imparfaitement sur des procédures validées par des agents mandatés à cet effet par la collectivité ; alors qu'un système assurantiel, reposant sur l'adhésion volontaire et individuelle, est fondé sur des critères scientifiques validés par la communauté scientifique et fixe des primes en fonction du risque de maladie et des éventuels choix personnels des assurés. Vouloir bénéficier d'un traitement non validé est possible mais à la seule condition d'acquitter une surprime !

L'extrême sensibilité de l'opinion, parfaitement compréhensible sur ces sujets, rend très difficile toute tentative de rationalisation, c'est-à-dire de rééquilibrage des influences des uns et des autres. Pourtant, après avoir mis en place les procédures nationales et européennes de valida-

tion scientifique des médicaments, il faudra réformer les modalités d'allocation de ressources publiques à l'industrie pharmaceutique. L'instauration d'une responsabilité collective des dépassements financiers s'est heurtée à l'opposition farouche de l'industrie et d'une partie de l'appareil de l'État. De plus, la récente décision du Conseil constitutionnel en matière de responsabilisation collective commande la plus grande prudence en matière de mutualisation du dérapage des dépenses pharmaceutiques.

La leçon à tirer est peut-être qu'il faut s'inspirer des systèmes assurantiels en confiant aux organismes sociaux une mission très claire d'acheteur au meilleur prix des médicaments dont les assurés ont besoin. L'État se porterait garant des ressources du système et de son universalité et se montrerait particulièrement vigilant en matière d'ententes. On pourrait alors imaginer des procédures d'appel d'offres par classes thérapeutiques bien identifiées. Délier les organismes complémentaires de leur obligation d'acquitter le ticket modérateur, quoi que ces organismes pensent de l'efficacité des traitements pharmaceutiques dont ils assurent le complément de remboursement, aboutirait à plus d'efficacité et de concurrence intelligente dans un système qui en est aujourd'hui trop dépourvu. Ces mesures, complétées par une procédure de licence obligatoire et permettant à l'État, pour des raisons de santé publique, d'être assuré qu'une molécule nécessaire sera disponible, permettraient de rééquilibrer les relations entre l'industrie pharmaceutique et la collectivité nationale représentée par les différentes institutions que sont le gouvernement, le Parlement et les organismes sociaux. On peut même imaginer, dans ce cadre, une liberté des prix des médicaments, l'État renonçant lucidement à tenter de faire ce qu'il n'a jamais très bien su faire : administrer un secteur économique par le contrôle des prix.

117

Il est temps pour les deux parties de s'accepter telles qu'elles sont. Il est normal que l'industrie pharmaceutique tire profit de ses découvertes et que les autorités légitimes assurent la pérennité d'un système majoritairement voulu par les Français. Cette normalisation n'interviendra que par l'établissement de règles durables. Celles qui existent aujourd'hui ne le seront probablement pas, car insatisfaisantes pour les deux parties.

Il faudrait anticiper sur les prochaines tensions pour mettre au point ces règles qui, tout en reconnaissant l'importance de l'industrie pharmaceutique, lui confèreraient un poids dans le domaine de la santé et dans le pays tenant compte de toutes nos contraintes collectives.

R É S U M É

L'industrie pharmaceutique est théoriquement dépendante des médecins, seuls capables de prescrire, et de l'État, seul fondé à mettre un médicament sur le marché et à lui accorder un prix dès lors qu'il est remboursable aux assurés sociaux. L'évolution constatée ces vingt dernières années est qu'en fait les médecins, volens nolens, subissent une très grande influence de la part de l'industrie et que l'État, parce qu'il n'a jamais, jusqu'à une date récente, et en dehors de périodes brèves, su tenir une position claire et ferme, a échoué dans sa maîtrise des dépenses pharmaceutiques comme dans sa volonté de constituer des pôles industriels pharmaceutiques de niveau mondial.