

Une relecture de notre existence économique

L'exemple de la production pharmaceutique

Christian Léonard,
 économiste,
 professeur de
 politique de santé
 à l'Institut
 Cardijn.



La logique économique fonctionne en termes de produits et de profits. Le secteur de la santé n'échappe pas à cette logique, mais montre des spécificités, et même des ambiguïtés, liées au financement public d'un bien produit de manière privée. La recherche et la production de médicaments illustrent parfaitement cette problématique. Ici, face aux priorités économiques des firmes, la « première ligne » pourrait être constituée par « le collectif » des usagers et de leurs représentants qui, au nom du financement solidaire du secteur, détermineraient les priorités de la recherche et de la distribution en fonction non plus de dividendes financiers mais de dividendes sociaux et solidaires.



Quand la santé et les soins sont « un produit »

Il semble qu'il devient de moins en moins iconoclaste de remettre en question une existence fondée sur l'économie et la finance. Les thèses des objecteurs de croissance font l'objet de livres, articles et colloques qui regroupent des économistes, mais aussi des agronomes ou des philosophes, tous soucieux, non seulement de l'équilibre écologique de la planète, mais aussi du développement de la personne et du respect du principe d'humanité en dehors des règles établies par le marché¹. Le lecteur attentif pourrait toutefois s'étonner que les lignes introductives à un article relatif aux soins de santé soient consacrées à la critique de l'exis-

tence capitaliste. Nous comprenons l'embryon de désarroi qui peut le pénétrer mais le lien devient plus évident dès que l'on se réfère au concept de « marché de la santé ». Et l'étonnement suscité par le rapprochement de la santé et du monde capitaliste résulte sans doute de la conjonction de malentendus qui s'expriment à trois niveaux. Tout d'abord, il existe une confusion entre « production de santé » et « production de soins de santé ». De plus, en fonction de l'origine des protagonistes, la production de soins de santé sera présentée comme un handicap de compétitivité, une valeur ajoutée sociale ou simplement un marché juteux. Enfin, la production médicale et particulièrement pharmaceutique est l'objet d'un processus qui contient une contradiction interne de taille. En effet, il s'agit pour les firmes de maximiser le profit généré par la vente d'un bien produit de manière privée, alors que ce bien devient, par son financement et sa finalité, un bien public. Nous nous proposons de lever ici ces malentendus et de proposer une autre voie pour sortir d'une existence très fortement conditionnée par la marchandisation.

Il n'est pas nécessaire de s'étendre longuement sur la différence entre la santé et les soins de santé. Sans aller nécessairement jusqu'à la critique illitchienne du système médical iatrogène, on peut aisément comprendre que l'ensemble des mesures de promotion de la santé et de prévention, parents pauvres de la politique de santé, sont pourtant déterminantes au sens où elles constituent des déterminants de la santé. Le niveau social, l'environnement, l'hygiène de vie déterminent également notre santé et l'inégalité qui caractérise sa « répartition » au sein de la société. On ose enfin incriminer les conditions de travail pour expliquer des maladies telles que la dépression ou certains cancers. Les velléités de combat contre la puissance de l'agroalimentaire, des cigarettiers ou des viticulteurs constituent certainement l'expression d'une certaine volonté de cohérence entre des propos responsabilisants adressés au citoyen, et en particulier au patient, et l'exigence d'une croissance débridée dont la finalité semblerait justifier les moyens². Il est en effet paradoxal d'inviter le citoyen à veiller sur sa santé en adoptant un comportement

Mots clefs : politique de santé, médicaments, économie de la santé.



responsable doublé d'une attitude économe des deniers publics investis dans les soins de santé et de souhaiter qu'il soit un consommateur de biens privés inféodé aux messages publicitaires qui l'encouragent à consommer toujours plus sans trop de discernement. On le voit, produire de la santé relève de décisions prises principalement en dehors du champ de la médecine. Il est alors primordial que les décideurs publics mais aussi privés prennent conscience de ce que signifie le terme globalisation. Chaque activité de production et de consommation peut s'avérer productrice ou destructrice de santé, ce sera alors au système de soins qu'il incombera de réparer les dégâts en partie évitables. Ce constat est évidemment affligeant car il montre que la poursuite de la croissance économique est première et que, d'une certaine manière, le système médical est devenu un secteur d'activités productives à l'instar des autres, il participe aussi à la croissance du produit intérieur brut.

Un marché gigantesque

Nous en arrivons alors à nous interroger sur le statut de cette activité médicale. Elle est clairement une source de revenus. Le chiffre d'affaires des firmes pharmaceutiques est à cet égard édifiant. En 2004, les cinq plus grands laboratoires totalisent un chiffre d'affaire de 166 milliards de dollars, ce qui ne présente toutefois qu'un bon tiers du marché total. Ce secteur se situe à la troisième place des activités les plus rentables avec un taux de profit de près de 16 % des recettes totales. Activité importante et rentable, la production pharmaceutique utilise également les « emplois de connaissance » pour assurer la recherche et le développement (R&D) de nouvelles molécules... un argument très souvent avancé pour mettre en évidence leur participation à la création de richesses et d'emplois et, accessoirement, pour lutter contre le développement des médicaments génériques. En Belgique, l'industrie assurait 16,2 % des dépenses totales de recherche et le développement en 2000, en 2003 cette part a atteint 21,6 %. Notre pays investit à cet égard bien plus que la moyenne³. Le plan de relance économique wallon a d'ailleurs octroyé au secteur

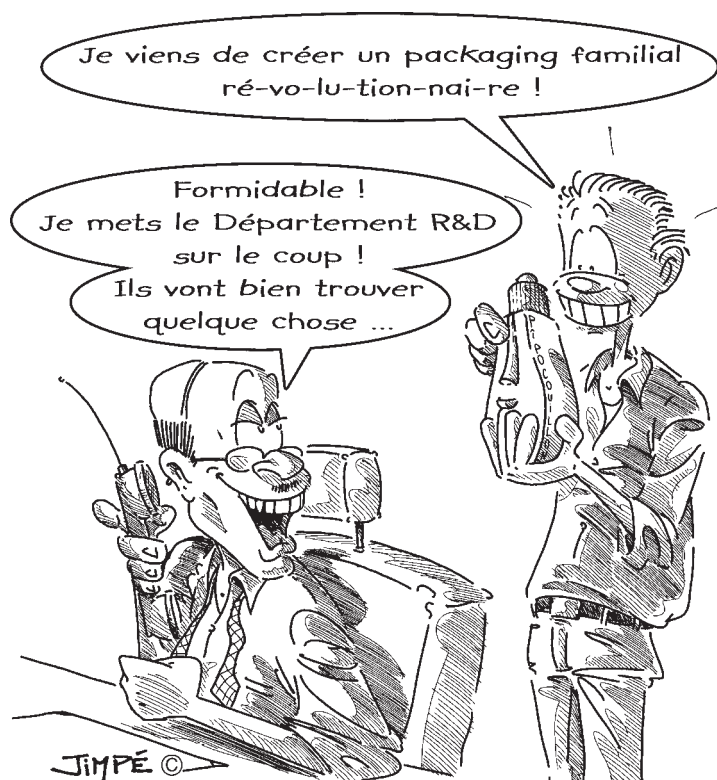
pharmaceutique un statut de pôle de compétitivité prioritaire, l'agroalimentaire étant un des quatre autres pôles reconnus. L'emploi, la croissance du chiffre d'affaires, les profits, tous les indicateurs d'une bonne santé économique et financière sont au rendez-vous. Qui pourrait alors contester un tel succès ?

Toutefois, les chiffres peuvent être trompeurs ou du moins faire l'objet d'une lecture critique. Si les dépenses de R&D sont importantes et créatrices d'emplois, les dépenses de marketing le sont bien d'avantage. En 2001, le magazine *Fortune* publiait un étonnant tableau qui montrait que la part des revenus consacrés par les laboratoires au marketing était deux à trois fois plus importante que celle des dépenses de R&D. Comment se fait-il qu'il faille libérer tant de moyens financiers pour vendre des produits dont l'utilité relève de l'évidence, ne nous permettent-ils pas de recouvrer la santé voire de sauver notre vie ? Est-ce si compliqué d'en convaincre médecins et patients ? Même le montant absolu consacré à la R&D est mis en doute par certains spécialistes. Les laboratoires estimaient en 2001 qu'un nouveau médicament exigeait 802 millions de dollars d'investissements en R&D, mais ces montants sont considérés comme des *black boxes* qui comprennent notamment les frais liés aux essais de phase IV, des études menées sur des médicaments déjà présents sur le marché et qui viseraient à familiariser médecins et patients avec le produit⁴. Les moyens d'influencer les prescripteurs peuvent être plus implicites et peut-être plus efficaces quand ils passent par l'établissement de règles de bonnes pratiques, connues également sous le nom de *guidelines*, qui peuvent jouer un rôle parfois déterminant sur l'étendue du marché dont peut bénéficier un produit. Ces règles sont fondées sur des éléments objectifs ou du moins « objectivables »⁵, et jouent un rôle bien plus qu'indicatif pour les prestataires et prescripteurs. Un article de la revue *Nature* paru en octobre 2005 illustre les possibles conflits d'intérêt qui peuvent apparaître lors de la rédaction de ces recommandations par des experts internationalement reconnus⁶. L'analyse portait sur 215 textes émanant du monde entier et rédigés au cours de l'année 2004. Seuls 90 de ces textes contenaient des

Une relecture de notre existence économique L'exemple de la production pharmaceutique

détails relatifs à des possibles conflits d'intérêt et 31 les excluaient de manière explicite. Cela signifie d'une part, que pour 125 textes, l'information manquait et que, d'autre part, 59 recommandations étaient caractérisées par une certaine « ambiguïté ». Les auteurs, auxquels il faut reconnaître une certaine franchise, ont mentionné des détails qui ont permis de constater que dans 50 % des cas, au moins un expert occupait un poste de consultant auprès d'un

biaisés, on ne peut exclure une « influence », au moins implicite ou inconsciente, matérialisée par l'utilisation du pouvoir financier considérable des firmes. Si l'on ne peut réduire le rôle des délégués médicaux aux seules actions de lobbying, il relève toutefois de la lucidité de reconnaître qu'une certaine influence se manifeste au travers de leur nombre et du budget dont ils disposent. L'action qu'ils exercent doit inévitablement faire réfléchir les responsables de la politique de santé quant à l'exigence d'une information la plus indépendante et objective possible.



laboratoire concerné. Dans la même proportion des cas, la firme pharmaceutique avait financé une activité de recherche de l'un des auteurs et, dans 43 % des cas, l'un des spécialistes avait été rémunéré comme orateur. Enfin, et c'est peut-être l'information qui pourrait susciter le plus de suspicion quant à l'objectivité du contenu des textes, dans 11 % des cas, l'un au moins des médecins détenait des actions en bourse d'une firme productrice d'un médicament faisant l'objet de la recommandation. Tous ces résultats sont confirmés par une étude réalisée par des chercheurs de Toronto qui ont interrogé 192 auteurs de *guidelines* par courrier. Même si l'existence d'un lien, quel qu'il soit, entre l'industrie pharmaceutique et les experts ne constitue en rien une preuve que les avis sont

Enfin, toutes ces dépenses pourraient présenter un caractère plus acceptable si elles permettaient de rendre disponible de véritables innovations. Mais à cet égard également, le doute est permis, car il semble que près de 85 % des nouveaux médicaments mis sur le marché ne soient que des *mee too*, des médicaments qui n'apportent aucune plus valeur thérapeutique⁷. Ces quelques considérations permettent de confirmer que le médicament est l'objet d'un marché très « intéressant », que son apport pour la société doit être relativisé et que le coût des soins de santé n'est pas uniquement un coût qui grève la compétitivité des entreprises. Ce dernier point mériterait à lui seul de plus amples développements, mais il faut au moins signaler que les soi-disant « charges sociales » sont en fait des contributions (sociales) à l'élaboration d'un système solidaire de couverture des aléas sociaux dont l'efficacité apparaît notamment au travers du renforcement d'un sentiment de sécurité lui-même moteur de productivité et de croissance mais surtout de lien social.

Pour des dividendes sociaux et solidaires

Il nous faut à présent, et de manière somme toute logique, terminer par le statut du bien dont il est question. Nous focalisons notre réflexion sur la production pharmaceutique, mais toute production médicale peut être analysée avec la même grille. Personne ne peut contester que le processus qui consiste à concevoir, produire, distribuer et vendre un médicament est une activité privée. Toutefois, une partie des ventes totales est prise en charge par la collectivité.



En Belgique, on estime que la moitié des achats de médicaments au sens large du terme est remboursé par l'assurance maladie. Dans le cadre de la gestion globale de la sécurité sociale, les trois-quarts des recettes sont constituées de cotisations sociales diverses essentiellement proportionnelles aux revenus. Environ 15 % sont fournis par le financement appelé « alternatif », il s'agit principalement d'une part des recettes de TVA, et le reste, une dizaine de pourcents, est assuré par les subsides de l'Etat. De manière un peu approximative, on peut avancer que chacun contribue en fonction de ses capacités contributives et bénéficie en fonction de ses besoins au travers des prestations. Il nous semble donc légitime de considérer que le médicament présente toutes les caractéristiques d'un bien mixte, à la fois privé et public. La survie financière, ou du moins le taux de profit des laboratoires est assuré par la solidarité, il serait par conséquent logique que le « collectif » puisse avoir voix au chapitre dans la fixation de certaines priorités de ces firmes. Comme le propose Philippe Pignarre⁸, il est peut-être temps que la population investisse le domaine de la recherche, non pour en retirer des dividendes financiers, mais bien pour en extraire des dividendes sociaux et solidaires. C'est en effet en contribuant à l'établissement de priorités de la recherche fondamentale que nous pourrions assurer l'accès au plus grand nombre à des médicaments nécessaires et de qualité.

Si nous n'avons pas levé toute ambiguïté, nous avons tout de même mis à jour des malentendus à la base desquels nous percevons l'action, souvent implicite, des apories de l'existence économique. De nombreuses maladies, de multiples maux sont liés plus ou moins étroitement non seulement aux modes de production et de consommation mais aussi à leur contenu, à leur sens.

Que la santé soit importante, nous ne pouvons le contester, que tout soit réalisé pour la sauvegarder, c'est une aspiration légitime. Mais il nous faut nous interroger sur ce « tout ». S'agit-il de rechercher et développer une pilule pour chaque problème lié à la santé au risque d'amplifier le phénomène déjà bien présent de médicalisation de l'existence ? S'agit-il d'entreprendre des recherches sans se préoccuper de l'effet de leurs issues sur ce qui fait l'essence

de l'être humain ? Il ne nous apparaît pas plus salubre d'adopter une telle démarche que de tomber dans le dolorisme. Toutefois, il est possible d'éviter les affres de ces deux extrêmes en recentrant notre existence sur l'essentiel. Le succès de la médicalisation et de la paramédicalisation de l'existence est sans doute lié à l'image de l'homme véhiculée par la publicité qui trouve un terreau idéal dans l'individualisme qui caractérise les sociétés hypermodernes. Nous sommes convaincus que nous ne pourrions sortir réellement libérés de ce carcan sans passer par une vie plus sobre. L'écologie véritable nous y invite, la perte de repères et une certaine dérégulation peut-être nous y engagent. ●

Notes

(1) Le 25 mars 2006, le supplément du journal *Le Monde*, *Le Monde 2*, consacrait un dossier spécial aux « objecteurs de croissance ». Le numéro de mai 2006 de la revue *futuribles* consacre un article intitulé *Bonheur et développement économique* au livre de Richard Layard : *Happiness : lessons from a New Science* et le numéro de mars 2006 de la très sérieuse publication de l'Institut de recherches économiques et sociales de l'UCL s'intitulait *La croissance ne fait pas le bonheur : les économistes le savent-ils ?*.

(2) Nous renvoyons le lecteur intéressé au livre que nous publions chez « Couleurs Livres » intitulé *Croissance contre santé* pour une analyse approfondie du concept de responsabilisation du malade.

(3) L'indice RTA (*Revealed technological Advantage*) qui représente le rapport entre l'investissement en R&D d'un secteur donné en Belgique et l'investissement en R&D d'un groupe de sept autres pays, s'élevait à 1,44 en 2002. Ce qui traduit le dynamisme de la R&D pharmaceutique en Belgique. Voir la *Lettre mensuelle socio-économique du Conseil central de l'économie*, N° 114, avril 2006.

(4) Voir l'excellent ouvrage de Marcia Angell, *The Truth About the Drug Companies*, Random House, New York, 2004.

(5) On parle très souvent d'*Evidence-based medicine*.

(6) *Nature*, Volume 437, N° 7062, 20 octobre 2005, pp. 1070 – 1071.

(7) Voir notamment Van Duppen Dirk, *De cholesteroloorlog waarom genessmiddelen zo duur zijn*, EPO, 2004.

(8) Voir Pignarre Philippe, *Comment sauver (vraiment) la sécu*, La découverte, 2004.