

MÉDICAMENT LE JUSTE PRIX, UN ACCÈS POUR TOUS



En France comme dans bon nombre de pays, les prix du médicament sont très loin du simple résultat de l'offre et la demande.

Jusqu'aux années 1940, les prix pratiqués par l'industrie pharmaceutique se sont développés sans intervention de l'État. Ce n'est qu'avec l'avènement de l'assurance sociale et pour encourager le développement d'une industrie, que l'État a décidé « d'encadrer » les prix des médicaments. Au départ, l'engagement de celui-ci s'est moins traduit par une politique industrielle que par son inscription dans les politiques sociales nationales, d'où son ministère de tutelle à l'époque, celui de la Famille et de la Santé. S'en est suivi un compromis entre l'État et les firmes pharmaceutiques garantissant aux entreprises des volumes de consommation élevés financés essentiellement par la Sécurité sociale en échange de prix « relativement » bas.

Il aura fallu attendre 1980 pour que le ministère de la Santé mette en place un dispositif d'expertise appelé à l'époque « commission de la transparence » et censé leur fournir des arguments concernant la valeur ajoutée des nouveaux médicaments (coût de production...) et ce n'est qu'en 1999/2000 que le concept de SMR (service médical rendu) s'institutionnalise. L'évaluation est donc censée se faire en quantifiant et mesurant l'efficacité du produit et par rapport aux alternatives thérapeutiques existantes. C'est à cette époque que l'on commence vraiment à se pencher sur le coût réel d'un médicament. C'est aussi à ce moment qu'est sortie la fameuse phrase « la santé n'a pas de prix mais elle a un coût », servie à toutes les sauces encore aujourd'hui.

QUE MET L'ADMINISTRATION DERRIÈRE « SMR » OU « ASMR »

Le service médical rendu (SMR) est un critère établi par la Haute autorité de santé (HAS) qui croise la pathologie visée par un médicament et les données propres à ce dernier fournies pour obtenir l'autorisation de mise sur le marché (AMM). L'évaluation effectuée par la HAS doit cerner l'efficacité du médicament, ses effets indésirables éventuels, son utilisation thérapeutique optimale et son intérêt pour la santé publique. La combinaison des trois débouche sur trois résultats différents :

- SMR majeur ou important, remboursable ;

- SMR modéré ou faible, mais justifiant néanmoins un remboursement d'un niveau plus ou moins haut ;
- SMR insuffisant pour justifier une prise en charge.

L'augmentation du service médical rendu (ASMR) précise le progrès thérapeutique et sera prise en compte dans la fixation du prix et du taux de remboursement. Les critères sont classés de 1 à 5 : amélioration majeure, importante, modérée, mineure, inexistante.

Fait important : bien que la HAS soit une institution indépendante, celle-ci manque de moyens, notamment en effectifs d'experts. Elle a donc recours à des experts extérieurs qui bien souvent sont salariés ou ont des liens avec l'industrie pharmaceutique. Sans être caricatural, on pourrait dire que pour une grande partie des expertises réalisées par la HAS, ce sont les labos qui s'expertisent les uns les autres et à partir de données fournies par eux-mêmes.

La fixation du prix d'un médicament est le fruit de négociations. Après s'être appelé comité des prix, devenu ensuite comité économique du médicament, c'est au sein du comité économique des produits de santé (CEPS) que les discussions ont lieu.

Le CEPS est un organisme placé sous l'autorité des ministères de la Santé, de la Sécurité sociale et de l'Économie. Il est chargé par la loi de fixer les prix des médicaments pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Son rôle est, après avis de la commission de transparence, selon les modalités de la politique conventionnelle, de négocier avec l'industriel le prix de la spécialité remboursable aux assurés sociaux que ce dernier souhaite commercialiser.

Concrètement, c'est sur la base des informations fournies par l'industriel lui-même au stade de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et sur l'avis des experts de la commission de transparence sur



le SMR et/ou l'ASMR que les discussions se font. Chacun aura compris que, déjà à ce stade, il y a un problème, puisque c'est sur la base de données fournies par l'industriel lui-même et d'expertises réalisées par des experts le plus souvent eux-mêmes salariés ou en lien avec l'industrie pharmaceutique – du fait de manque de moyens dans les administrations – que la négociation se fait. Il n'est pas interdit de penser que des arrangements peuvent se faire entre laboratoires : « Fais-moi une fleur quand c'est mon tour, je te renverrai la balle quand ce sera le tien. » Il y a par conséquent un véritable déséquilibre en faveur des laboratoires – sans parler de leur lobbying reconnu comme l'un des plus puissants de l'industrie sur les services publics – qui ne peut que confirmer les doutes sur la justesse des prix concédés, doutes par ailleurs décuplés au regard des résultats financiers de ces labos.

Les prix sont aussi négociés sur la base d'autres éléments plus ou moins factuels mais toujours fournis par les laboratoires :

- **en fonction des prévisions de vente médicalement justifiées** : lorsqu'un prix est accompagné d'une clause volume/prix, celui-ci est fixé en fonction des volumes de ventes prévisionnels. Si ces derniers sont dépassés, le prix négocié est baissé. De ce fait, nombre de laboratoires se mettent volontairement en rupture de stock lorsque les volumes prévisionnels sont atteints, dans le but de garder le prix le plus haut et maintenir la marge la plus importante possible. Cela n'est pas sans conséquence pour les patients : bien que cette pratique n'en soit pas la seule cause, nous sommes passés d'environ une vingtaine de ruptures par an à plus de 300 en 25 ans ;
- **prise en compte des actions de promotion au regard des stratégies thérapeutiques** : pas à proprement parler du coût de la publicité – mot tabou dans l'industrie pharmaceutique – mais des coûts d'information et/ou formation des professionnels de santé sur les médicaments. Sauf que dans les pratiques actuelles, cette information des professionnels de santé se fait par une mécanique de ciblage des uns et des autres, de leur facilité à prescrire ou pas et en fonction d'études de marché prenant en compte les pathologies cibles, la/les spécialités des praticiens, leur lieu d'exercice, leur localisation géographique... Bref, pas de la pub mais pire ! On est bien loin de l'obligation d'information à l'ensemble des professionnels de santé qui normalement s'impose aux laboratoires ;
- **prise en compte des économies engendrées par la spécialité dans la pathologie, le cas échéant** : heureusement que le terme « le cas échéant » est indiqué, cela permet pour l'instant au représentant de l'administration d'en faire abstraction autant que possible. Mais c'est devenu l'une des revendications les plus fortes des laboratoires. Le prétexte invoqué est que, si un médicament guérit, cela représente de fait des économies réalisées pour la sécurité sociale. Une quote part de ces économies devrait par conséquent être introduite dans le prix du médicament concédé

au laboratoire. En d'autres termes, la guérison d'un patient par une nouvelle médication ayant évité un traitement à vie, un suivi médical, une ou plusieurs hospitalisations et/ou d'autres soins, le laboratoire devrait bénéficier d'une partie de l'argent économisé sur la Sécurité sociale... L'industrie du médicament, à travers son syndicat – le LEEM – revendique que tout ou partie de ces économies est son dû.

Les pratiques historiques de fixation des prix et des taux de remboursement continuent à peser sur la régulation de l'industrie pharmaceutique. On constate le même phénomène pour le système de fixation des prix, les dispositifs d'AMM ou la propriété intellectuelle : d'un côté les institutions ne cessent de vouloir renforcer l'encadrement de l'industrie pharmaceutique, mais d'un autre côté, force est de constater – malgré des évolutions notables – que les choix politiques prédominent : les dispositions mises en place lèvent des incertitudes productives et commerciales, permettent aux laboratoires d'inscrire leur activité, rentabilité et profitabilité dans la durée.

Argument utilisé par le LEEM pour justifier de leur soi-disant difficulté à être compétitif : la pression fiscale française qui serait de 54 % des résultats, la plus importante en Europe d'après eux. Cette étude a été présentée lors d'une réunion paritaire. Les questions de la CGT aidant, l'expert a fini par nous dire que cette étude (sur le site du LEEM) était à prendre à titre indicatif, les régimes fiscaux des différents pays ayant des politiques complètement différentes, voire opposées. De plus, nous avons soulevé la question de la prise en compte des aides fiscales et autres – Crédit d'impôt recherche, Crédit d'impôt compétitivité emploi, allègement de cotisations – pour mesurer la fiscalité française sur le médicament. Nous avons reçu une réponse négative, l'impact des ces aides étant soi-disant non mesurable. Cette étude n'est en fait rien d'autre qu'une propagande orientée et mensongère.

PRIX DU MÉDICAMENT, CE QUE NOUS DÉNONÇONS

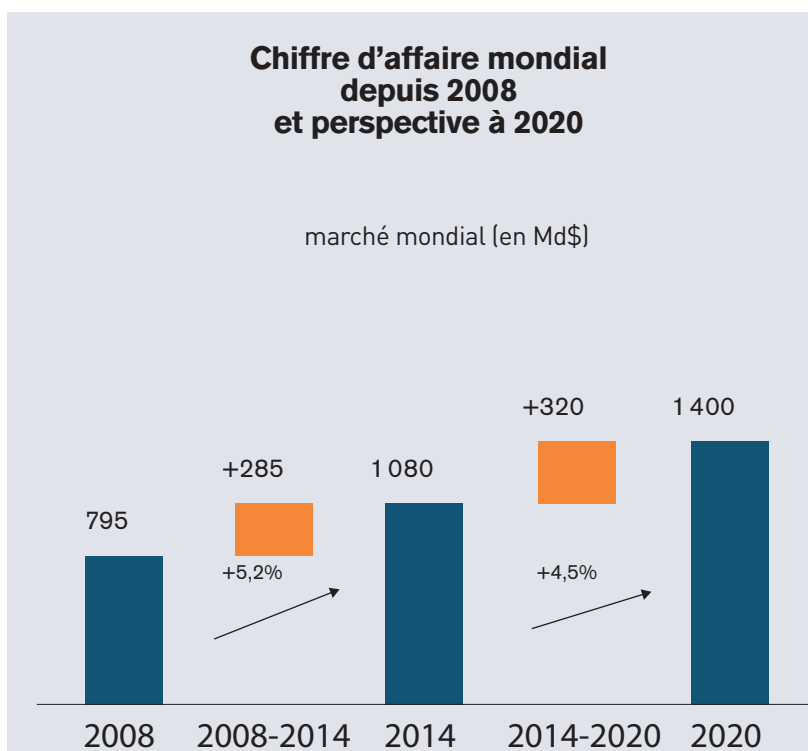
L'industrie du médicament justifie son exigence de prix élevés par des coûts importants – les coûts de recherche et développement, d'industrialisation, les coûts de « promotions », les coûts salariaux, les investissements lourds... C'était peut-être vrai à une époque, mais ce n'est certainement plus le cas depuis longtemps. Pour en faire la démonstration il est nécessaire de regarder la réalité de ce que sont les résultats financiers de l'industrie pharmaceutique et ce à quoi ils sont utilisés. Les chiffres et graphiques ci-dessous sont ceux de différents cabinets d'experts désignés par les organisations syndicales de salariés à l'occasion d'une négociation sur le devenir de l'emploi en paritaire LEEM cette année (Voir graphiques ci-contre).

On peut tout d'abord noter que l'industrie pharmaceutique dispose d'un avenir prometteur... On notera le record pour le laboratoire Gilead à 62 % grâce essentiellement à son médicament Sovaldi. Véritable avancée thérapeutique dans le traitement de l'hépatite C, le prix imposé par le laboratoire est réellement scandaleux. Pour la France, le

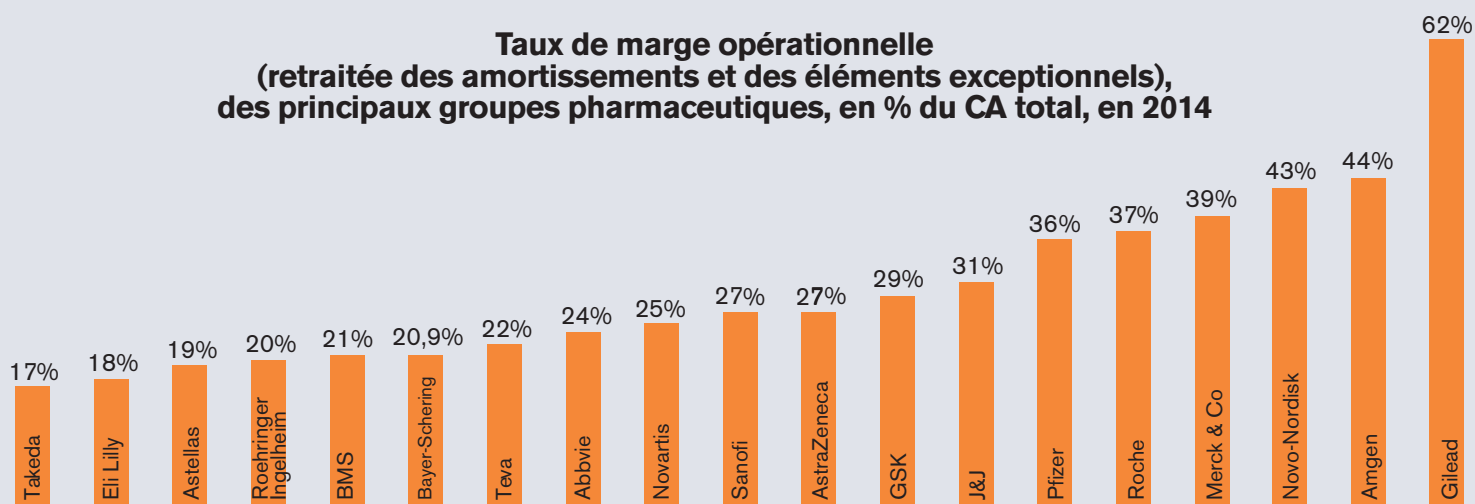
laboratoire avait une exigence d'un prix de 91 000 euros. Après négociation au CEPS, le prix concédé est tout de même de 46 000 euros pour un traitement de 8 semaines, soit une marge de 25 000 euros pour le laboratoire. C'est actuellement l'exemple le plus flagrant des problèmes que nous avons sur le juste prix du médicament. À titre indicatif, le coût en Inde du Sovaldi pour un même traitement est de 2 000 euros, preuve que les exigences de prix des laboratoires sont en fonction des systèmes de protections sociales des différents pays et de leur capacité à payer.

L'industrie du médicament ne cesse de communiquer et d'argumenter sur le fait que les prix sont non seulement justifiés mais en dessous de ce qu'ils devraient être. Pour eux, les politiques d'économie qui leurs sont imposées mettent en danger leur capacité à être compétitif, à investir dans l'outil industriel, à financer la recherche et à

assumer aussi le coût des échecs de recherche – nouvel élément dans leur argumentaire – et le coût et la lenteur des AMM en France. S'il est vrai que le médicament pèse un peu moins de 15% dans le budget de la Sécurité sociale, il est aussi vrai que les économies exigées sur le médicament dans le cadre de l'Ondam représentent 50%, entre 1 et 1,4 milliard par an sur les cinq dernières années. Le LEEM n'hésite bien sûr pas à en faire état et s'en plaindre. Pour nous, c'est un faux problème et même une nécessité : l'équilibre budgétaire de la Sécurité sociale doit prédominer sur tout le reste. Quand bien même nombre de solutions peuvent et doivent être apportées pour la pérennisation de notre système de protection sociale, la réduction des coûts liés au médicament est justifiée et doit se poursuivre, pas par une baisse des taux de remboursement ou autre qui impacterait forcément les patients, mais bien par l'obtention d'un juste prix du médicament et par un véritable nettoyage de la pharmacopée.



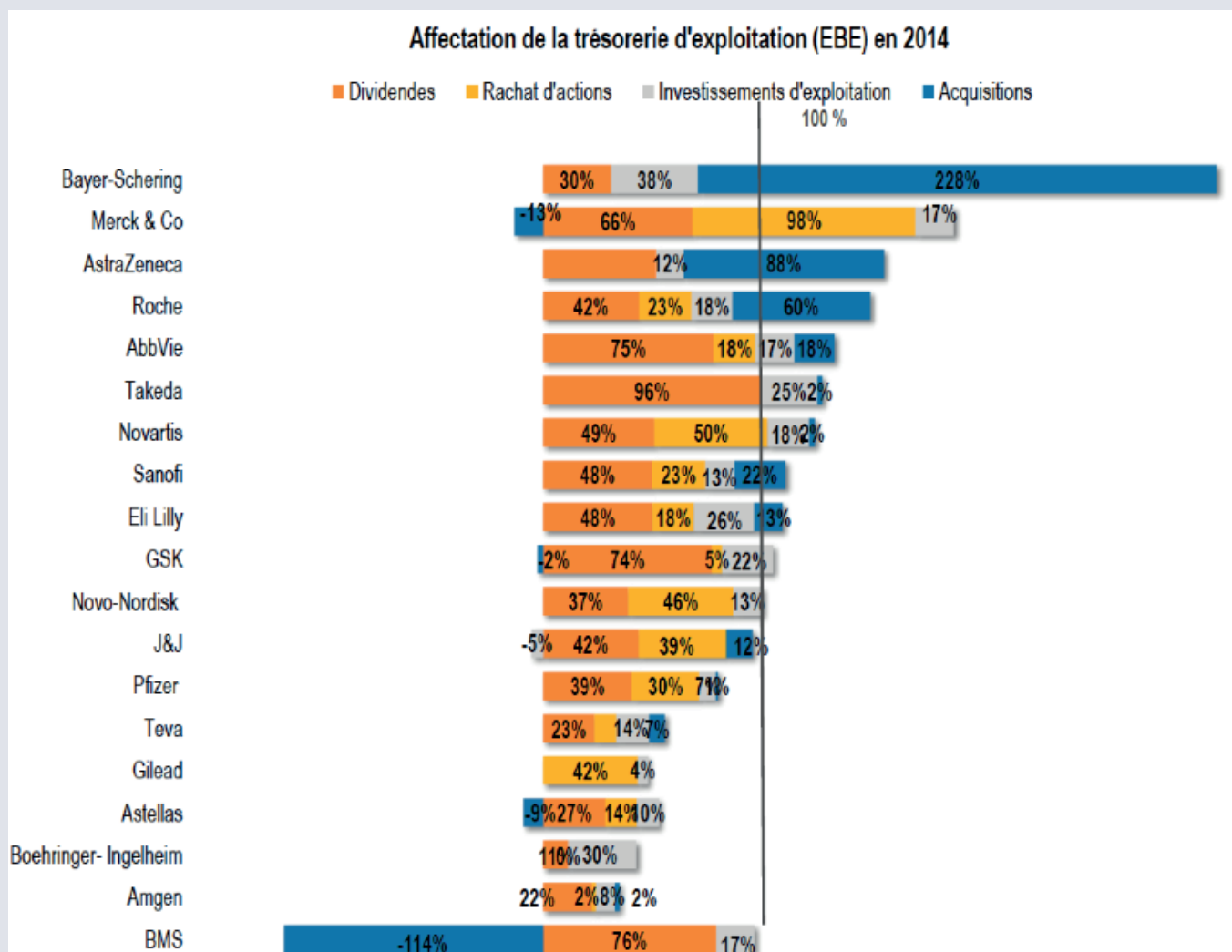
Taux de marge opérationnelle (retraitée des amortissements et des éléments exceptionnels), des principaux groupes pharmaceutiques, en % du CA total, en 2014



Quid des arguments du LEEM contre les politiques menées, qui soi-disant les tuent à petit feu ? Les chiffres du graphique ci-dessous, représentant l'affectation des résultats de plusieurs groupes pharmaceutiques, parlent d'eux-mêmes.

En 2014, 71% du résultat de Sanofi a été octroyé au rachat d'actions et versement du dividende contre 13% consacrés à l'investissement. L'écart est encore plus grand pour GSK - 78% contre 22% - et il en est de même pour les autres groupes, y compris ceux qui ne figurent pas dans ce graphique (Voir graphique ci-dessous).

Sans en faire une conclusion ou la seule solution, n'y a-t-il pas là un axe de réflexion, une piste à suivre ? En ce qui nous concerne c'est une revendication. Le médicament n'est pas un bien marchand. L'industrie pharmaceutique doit revenir à ce qu'elle doit être, une industrie au service de la santé publique et garantissant notre indépendance thérapeutique. Elle doit sortir des stratégies et politiques qu'elle mène depuis des années, celles qui n'ont pour réflexions et objectifs que la profitabilité à tout prix pour encore et toujours plus de rétribution de l'actionnaire. La nationalisation de cette industrie ne doit plus être une réflexion taboue.



Vous ne voulez pas en rester-là ! Ensemble, dans le syndicat, nous serons plus forts.
Bulletin de contact et de syndicalisation

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Âge : _____ Profession : _____

Entreprise (nom et adresse) : _____