

Médicaments essentiels et modèle industriel et commercial

Jean-Claude Salomon – mars 2015

L'adoption d'une liste restreinte de médicaments essentiels (ME) par les prescripteurs français aura progressivement une indéniable incidence sur l'économie pharmaceutique. L'objectif à terme plus ou moins proche est que ces ME représentent un volume croissant des médicaments prescrits aussi bien en médecine ambulatoire qu'en médecine hospitalière. Ces ME pourraient raisonnablement occuper autour de 85 à 90% de ce qui est indiqué chez les sujets âgés et chez les patients atteints de maladies de longue durée. Au vue des résultats suédois et de la composition de la liste, telle qu'elle paraît dans ses variantes initiales, il s'agit de médicaments ayant une ancienneté suffisante pour être dans leur grande majorité accessibles sous forme de génériques.

La concentration sur un nombre restreint de médicaments est alors une condition parfaite pour obtenir de considérables économies d'échelle dans la négociation avec les producteurs. Il devient envisageable de fixer l'objectif économique par référence au coût réel de production de ces produits de santé. C'est-à-dire au prix de revient réel. Deux éléments doivent dès à présent être mis en avant qui imposeront un nouveau modèle économique et modifieront profondément le marché.

D'une part la transparence assez récente sur la réalité des coûts réels de production et des coûts de l'innovation. Ils sont très éloignés de ce que prétendent la plupart des firmes pharmaceutiques et leurs syndicats;

D'autre part la mise en concurrence des entreprises multinationales, telles qu'elles sont à présent et des entreprises de l'économie sociale, productrices exclusives de ME, qui ne manqueront pas d'être créées pour occuper un créneau indispensable au fonctionnement harmonieux du service public de la santé. En effet il est de l'intérêt des citoyens que les ME soient considérés comme des biens communs aussi indispensables que l'air, l'eau, la lumière ou les aliments. Et à ce titre qu'ils soient fabriqués, conditionnés, distribués, vendus et prescrits au meilleur compte pour les patients, les familles et la collectivité.

Là je m'arrête pour faire le point. Si une part importante en volume et primordiale en efficacité est vendue dans les officines, comment accumuler suffisamment de moyens pour inventer les médicaments de demain ?

Trois remarques

1- Malgré une accumulation de capital jamais atteinte auparavant, depuis 25 ou 30 ans l'innovation est progressivement et durablement tombée en panne.

2- Qui acceptera de financer l'innovation si la prise de risque financier n'est pas associée à la perspective de gros retours sur investissement ? Probablement pas les mêmes qui imposent ces gros, ces énormes bénéfices, en refusant de courir les risques, dont ils font état sans jamais les assumer.

3- Les très rares innovations ne sont quasiment jamais le fruit des recherches faites par les sociétés multinationales. Elles proviennent des laboratoires publics et/ou des startups, souvent branchées sur les laboratoires publics. Les multinationales se contentent de racheter les brevets gagnants sans risque, ou d'inventer des *me-too*.

Alors tirons la leçon de cet état de fait. Produisons et vendons les ME en dehors du marché, dans les structure *ad hoc* de l'économie sociale, à but faiblement lucratif. Fixons les prix à

partir du coût réel de production des médicaments produits. Les bénéfices raisonnables seront partagés entre

- le soutien à la recherche publique, y compris des primes substantielles pour les chercheurs et les équipes innovantes, en respectant la propriété intellectuelle individuelle et/ou collective des scientifiques,
- le développement de la filière pharmaceutique dans l'économie sociale et solidaire à l'intérieur d'un modèle économique original, soumis aux exigences de la qualité, de l'efficacité et de la réussite.