

<https://www.ameSSI.org/Les-laboratoires-pharmaceutiques-se-servent-de-l-assurance-maladie-comme-d-une-vache-a-lait>



Les laboratoires pharmaceutiques se servent de l'assurance maladie comme d'une vache à lait



CANDALES MEDICAUX-MEDICAMENTEURS

Date de mise en ligne : mardi 15 mars 2011

Copyright © AMESSI.Org® Alternatives Médecines Évolutives Santé et

Sciences Innovantes ® - Tous droits réservés

Philippe Pignarre, ancien cadre de l'industrie pharmaceutique, éditeur des Empêcheurs de penser en rond et auteur de Comment (vraiment) sauver la Sécu, démontre que la variable d'adaptation d'un système privé serait l'exclusion sociale.

Quel est votre sentiment sur la façon dont le débat sur l'assurance maladie s'est engagé ?

Philippe Pignarre. Le débat s'engage mal. Douste-Blazy paraît un peu limité intellectuellement. Il a parlé des deux échographies pour les femmes enceintes, alors que c'est trois. Puis il a dit qu'il s'était trompé ! Pas très brillant pour un médecin, encore moins pour un ministre de la Santé. Et puis il y a cette façon de parler du déficit de la Sécurité sociale en visant le comportement des consommateurs. Il a aussi sorti cette affaire de carte Vitale. D'après lui, il y en aurait 10 millions en surnombre.

Mais présenter les choses de cette façon, ça veut dire quoi ? Qu'il y a 10 millions de gens qui n'ont pas le droit de se faire rembourser et qui se font rembourser ? C'est absurde. En France, tout le monde a le droit de se faire soigner. Mais cette rhétorique n'est pas anodine : elle laisse penser que notre système pourrait changer de variable d'ajustement. Jusque-là, la variable est financière, c'est le déficit, et on ne met pas en cause le fait que tout le monde soit couvert. Mais une autre variable existe : il s'agit de l'exclusion, et il n'y a plus de déficit. C'est le système américain. Aux États-Unis, il n'y a, par définition, pas de déficit, puisque la protection sociale est fondée sur les assurances privées. Si ces dernières sont en déficit, elles se rattrapent en augmentant les cotisations. L'année dernière, par exemple, elles ont flambé de 13 %. Et si vous ne pouvez plus payer, vous êtes exclus, comme 43 millions d'Américains. Ce chiffre augmente d'un million tous les ans. Alors lancer le débat sur la carte Vitale peut sembler naïf, mais c'est une manière d'insinuer que nous pourrions déplacer notre barrière d'adaptation, en sous-entendant que des personnes se font soigner alors qu'elles n'en ont pas le droit. L'intention maligne est là.

Sommaire

- [« Les laboratoires pharmaceutiques se servent de l'assurance maladie comme d'une vache à lait »](#)
- [Le vrai problème, c'est que les laboratoires pharmaceutiques se servent de l'assurance maladie comme d'une vache à lait, alors qu'ils sont la branche industrielle la plus profitable au monde, devant les banques et bien devant le pétrole](#)

« Les laboratoires pharmaceutiques se servent de l'assurance maladie comme d'une vache à lait »

D'une manière générale, le gouvernement culpabilise l'assuré, même quand il ne fraude pas !

Philippe Pignarre. Effectivement, l'irresponsabilité des consommateurs est systématiquement assenée. C'est absurde. Prenons un gros poste de dépenses comme le cancer. Qu'est-ce que cela veut dire, responsabiliser les cancéreux, alors qu'on regrette souvent qu'un malade ne soit pas allé voir deux ou trois médecins pour accélérer et assurer le diagnostic ? Pareil pour la maladie d'Alzheimer, qui coûte très cher à la collectivité. Sa prise en charge est difficile, nous manquons de places. Alors cela veut dire quoi, que les gens abusent ? D'ailleurs, à chaque fois que le ministre veut montrer que le problème est du côté des patients, il élude ces exemples et s'appuie sur des illustrations grotesques. Certes, il y a toujours quelques cinglés qui vont trois fois par semaine chez le médecin, mais c'est marginal.

Le système français a-t-il déjà amorcé un rapprochement avec le système américain entièrement privatisé ?

Philippe Pignarre. Notre système et le système américain commencent à avoir un point commun : le débordement régulier des services d'urgences dans les hôpitaux. Aux États-Unis, les 43 millions de personnes sans couverture maladie ont tendance à se rendre aux urgences, où ils savent qu'ils seront pris en charge automatiquement. En France, comme aux États-Unis, les urgences sont bondées de gens qui ne devraient pas y être. Mais aller aux urgences coûte moins cher que d'appeler SOS Médecins.

La petite pièce donnée par les patients à chaque consultation, mesure annoncée par Jean-Pierre Raffarin, vous semble-t-elle efficace ?

Philippe Pignarre. Jean-Marie Spaeth, le président de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), a raison : les tickets modérateurs n'ont jamais freiné les dépenses. De toute façon, chacun sait qu'ils ne servent pas à responsabiliser les gens, mais à faire rentrer de l'argent facilement. Seulement, une fois que la mesure est en place, elle devient une variable, comme la CSG ou le forfait hospitalier : au début c'est un euro, puis c'est deux, trois ou quatre pièces. Sont créés ainsi de nouveaux impôts particulièrement injustes.

Pourquoi le médicament est-il absent du débat, alors qu'il est une des causes principales du déficit de l'assurance maladie ?

Philippe Pignarre. 21 % des dépenses relèvent du médicament. C'est le poste qui augmente le plus vite. C'est un phénomène très français. Si la dépense de médicaments en France était égale à celle des Hollandais (10 à 12 %), pas plus mal soignés que nous, le déficit disparaîtrait. De plus, si le prix du médicament était fixé plus rationnellement, l'économie réalisée serait l'équivalent du déficit.

Le vrai problème, c'est que les laboratoires pharmaceutiques se servent de l'assurance maladie comme d'une vache à lait, alors qu'ils sont la branche industrielle la plus profitable au monde, devant les banques et bien devant le pétrole

! Destinée à protéger les usagers, l'assurance maladie s'est transformée en assurance pour les laboratoires. Or il faut remettre les choses à leur place. Si les innovations sont peu nombreuses, pas question que l'assurance maladie et le patient paient des prix exorbitants pour compenser : c'est le retour sur investissement des actionnaires qui doit passer de 20 % à 3 % ou 4 % quand le médicament tombe dans le domaine public. Les citoyens américains, face à une industrie pharmaceutique encore plus puissante qu'en France, sont au premier rang de cette bataille des prix. Un rapport publié par l'Université California montre que les laboratoires qui ont inventé les trithérapies contre le sida

Les laboratoires pharmaceutiques se servent de l'assurance maladie comme d'une vache à lait

ont investi chacun 200 millions de dollars dans la recherche, et non 800 millions comme ils le disent. Or, cette somme, vu les prix pratiqués, a été amortie en une année de commercialisation. Depuis, les bénéficiaires sont de 57 % par an. C'est incroyablement juteux. Et leurs brevets courent sur 10 à 13 ans.

Des éléments manquent clairement dans le débat. Comment peut faire l'usager pour s'y retrouver ?

Philippe Pignarre. Il faut déjouer cet a-priori du coût exorbitant du progrès. Le progrès peut coûter cher, mais ce n'est pas automatique. Les vrais progrès font faire des économies, ce sont les fausses innovations qui coûtent cher. Si un laboratoire pharmaceutique inventait un médicament qui soigne vraiment la maladie d'Alzheimer, et à condition qu'il soit remboursé à un prix raisonnable, les économies seraient considérables.

Au Brésil, la somme consacrée ces dix dernières années au traitement du sida diminue, alors que le nombre de personnes prises en charge augmente, parce que l'État n'a pas respecté les brevets sur les trithérapies, et que ses usines fabriquent elles-mêmes des génériques à prix abordables. Le progrès est évident. À l'inverse, quand un médicament pas très efficace est déremboursé, mais qu'on en commercialise d'autres pas plus efficaces mais 35 fois plus chers et brevetés, c'est un faux progrès. Et les mutuelles sont priées de payer la différence. Là, ça coûte cher à l'assuré. La notion de progrès doit être politisée. Arrêtons de penser que ce qui nous est présenté comme une innovation va de soi, que la décision des experts est reine.

Dans un contexte où on ne parle que du déficit et des tares de notre système, comment défendre une assurance maladie solidaire contre la tentation d'un système privatisé ?

Philippe Pignarre. L'assurance maladie obligatoire est un système génial parce qu'on sait exactement où sont les dépenses. On peut voir qu'on consomme trop de médicaments, alors que l'argent manque pour l'hôpital, la prévention, les personnes âgées, les services d'urgences. Et normalement cette lisibilité rend possible la réallocation des ressources. À l'inverse, dans un système où les assurances privées dominent et sont en concurrence, les dépenses sont tenues secrètes. Il est donc difficile d'intervenir. Sans compter que ce système est obsédé, comme Douste-Blazy, par l'idée que certains consommateurs puissent profiter du système à la marge. Ainsi le système anglo-saxon met-il en place des systèmes de surveillance qui coûtent plus cher que les effets pervers à contrôler. Les assurances privées américaines consacrent jusqu'à 12 % de leur budget en frais de fonctionnement, contre 5 % en France ! Ford ou General Motors, qui accordent à leurs salariés une assurance maladie comparable à la nôtre, se plaignent à leurs assurances de ne pas savoir où va l'argent parce que les chiffres ne sont pas transparents. De plus, le système public d'assurance maladie obligatoire est le système le plus simple qu'on puisse imaginer. La variable d'adaptation du système privé n'est plus la question financière, mais l'exclusion sociale. Il n'y a pas de secret. Il n'existe que deux variables : soit plus de financement, soit de l'exclusion sociale.

La Sécurité sociale n'aurait-elle pas non plus été dépossédée de ses capacités de décision ?

Philippe Pignarre. En 1945, grâce à des élections, le système est géré démocratiquement, les salariés sont majoritaires. En 1967, une partie de la représentation ouvrière est supprimée et le paritarisme est inventé. Puis les élections n'ont plus lieu jusqu'à ce que Juppé décide de les supprimer. La Sécurité sociale a vécu un mouvement de bureaucratisation dramatique. On a donc fait, en cinquante ans, l'inverse de ce qu'il fallait faire. Payeur aveugle, elle n'a pas l'autorité par exemple de réallouer des ressources. Si des représentants étaient démocratiquement élus, ils auraient cette autorité. On n'utilise pas le potentiel gigantesque du système. Du coup, c'est le gouvernement qui décide de tout. Il y a hold-up.

Si la France est, avec les États-Unis, le pays où les laboratoires ont le plus de pouvoir, la réforme peut se jouer là-dessus ?

Philippe Pignarre. Tout à fait, et nous sommes observés de très près par les Américains. Ce que nous faisons les intéresse beaucoup. Le système français et européen leur donne beaucoup envie.

Comment alors améliorer notre système ? Dans votre livre, vous préconisez de donner une plus grande place à l'usager, au public, dans le système de soins. Or, nous sommes en plein débat sur la gouvernance.

Philippe Pignarre. Première chose : supprimer tous les endroits où il y a des secrets. Et notamment sur le médicament. Actuellement, toutes les commissions d'agence du médicament se réunissent à huis clos. Elles devraient être publiques, ouvertes aux journalistes. Lorsqu'un médicament important arrive, il faut savoir ce que les experts se disent, examiner leurs désaccords pour se forger une opinion. Le consensus auquel ils sont arrivés après une réunion secrète nous importe peu. Deuxième chose : il faut rendre les études comparatives obligatoires. Aujourd'hui, elles ne le sont pas. Et quand le laboratoire les réalise, c'est d'une manière biaisée. Par exemple, pour les anti-inflammatoires de la famille des cox, arrivés sur le marché il y a quatre ans, les études comparatives portaient sur deux années. Cette insuffisance n'a pas empêché l'obtention d'un prix trente-cinq fois supérieur aux traitements de référence ! La révélation de la malversation n'a pas poussé à réviser le prix. Pire encore : un décret sur les cox prévoyait une baisse du prix au bout de trois ans. Décret annulé par Mattei, sans que personne sache pourquoi. Ces médicaments coûtent pourtant très chers à l'assurance maladie. Et ils constituent tout de même un marché très curieux : dans l'automobile ou l'agroalimentaire, jamais un prix n'est multiplié par trente-cinq pour un nouveau produit !

Que mettez-vous précisément dans la notion de public ?

Philippe Pignarre. Elle est différente de celle de citoyen. Pour le philosophe américain progressiste John Dewey, à chaque fois que des affaires se négocient entre groupes privés avec des conséquences sur l'existence de tous, un public doit surgir et demander à l'État d'intervenir en son nom. L'État existe à partir du moment où le public se mobilise et réclame des lois. Dans le cas de la santé, quand les labos fixent les prix de leurs médicaments, syndicats, salariés et associations de malades doivent imposer des études comparatives sérieuses. Mais il faut se méfier : l'intervention du public dans le privé peut se faire au profit de ce dernier, comme c'est le cas aux États-Unis. La loi Dole de 1980 permet l'hybridation de la recherche publique et de la recherche privée. Elle favorise la transformation d'équipes académiques universitaires, financées sur fonds publics, en sociétés privées susceptibles de déposer des brevets. Les effets pervers, c'est que 30 % des patrons de la recherche universitaire sont devenus des chefs d'entreprise. Leur ambition n'est non plus d'avoir le prix Nobel, mais de devenir milliardaire en déposant des brevets juteux. C'est un frein gigantesque à la recherche. D'autre part, des projets financés en général à 60 % ou 70 % par des fonds publics et à 40 % ou 30 % par des fonds privés se détournent des sujets d'intérêt public, comme les conséquences de certains produits chimiques sur la santé, de la pollution sur la santé. Il faut penser un tout autre système.

Lequel ? Faut-il quand même permettre une part privée, en imposant un cahier des charges très strict ?

Philippe Pignarre. Aux États-Unis, le cahier des charges n'a pas fonctionné. Partir de ce qu'ont fait les associations de patients serait intéressant. Leur action constitue peut-être ce qui a le mieux avancé depuis dix ans dans la médecine. En décidant de se gérer elles-mêmes, elles sont parvenues à remuer le monde médical, qui n'a plus le monopole de l'expertise. C'est vrai pour le sida, avec Act Up ou AIDES, mais aussi avec l'Association française contre les myopathies (AFM). Son conseil d'administration est dirigé uniquement par les familles, qui décident de ce qui va être financé et qui assument de pouvoir se tromper. Le conseil scientifique n'est là que pour donner des avis. Dans le mouvement ouvrier, il y a eu la même démarche : pour se défendre aux prud'hommes, un avocat formé dans le mouvement syndical parlera juste. Avec le Téléthon, même si l'événement est devenu agaçant, l'AFM se mêle de la recherche, y compris fondamentale. Elle a compris qu'elle ne pouvait compter seulement ni sur l'industrie pharmaceutique ni sur l'État pour inventer les médicaments pour les enfants. En se débrouillant autrement, elle

donne une vraie leçon.

Faut-il multiplier les Téléthon ?

Philippe Pignarre. Non, évidemment. Mais l'idée serait intéressante que 10 % de l'argent dépensé en médicaments tous les ans - cela ferait trois milliards d'euros, plus que le budget du CNRS et trente fois plus que le Téléthon - finance des projets choisis sur appel d'offre, et basés sur cinq priorités fixées tous les ans par le public. Par exemple : Alzheimer, la malaria, etc. Les équipes privées ou publiques devraient rendre compte tous les six mois de leurs travaux. Les produits seraient brevetés, non pas pour un retour sur investissement mais pour se protéger de l'industrie, afin qu'ils soient très vite disponibles, le moins cher possible et accessibles à un maximum de gens. Une intelligence collective est à inventer. Ce n'est pas révolutionnaire. Il faut simplement garder à l'esprit que les vraies innovations ne sont jamais venues de l'industrie.

Pourquoi, à votre avis, les syndicats ne s'emparent-ils pas plus de cette question du médicament, de la logique économique des laboratoires pharmaceutiques ?

Philippe Pignarre. Ils sont encore convaincus que le progrès a un coût. Ils n'ont pas encore intégré la nécessité d'entrer dans les labos et d'aller voir en détail ce qu'on nous présente comme un progrès. En France, la République, la gauche et le progrès sont des idées collées ensemble. Par exemple, le nucléaire, soi-disant pour ne pas faire peur au public, n'a pas été discuté. Les experts qui se sont positionnés contre dans les années 1960-1970 ont été très tôt marginalisés. Or on commence à comprendre que cela ne marche pas comme ça. Tout doit être discuté : OGM, médicaments. L'information doit être publique. Les experts sont intéressants quand ils ne sont pas d'accord entre eux et qu'on peut se faire sa propre idée. C'est là le vrai progrès. C'est plus compliqué, mais le monde devient plus intéressant.

Entretien réalisé par

Maud Dugrand et Anne-Sophie Stamane

À lire : À la santé des Américains Les risques de la privatisation ! Extraits d'articles du New York Times, Les Empêcheurs de penser en rond, 2004, 12 euros.

Philippe Pignarre, Comment sauver (vraiment) la sécu ? Et si les usagers s'en mêlaient ? L'exemple des médicaments. Éditions La Découverte, 2004, 6,40 euros.

(dames blanches)

« Qu'est-ce que cela veut dire, responsabiliser les cancéreux, alors qu'on regrette souvent qu'un malade ne soit pas allé voir deux ou trois médecins pour accélérer et assurer le diagnostic ? »

« Les vrais progrès font faire des économies, ce sont les fausses innovations qui coûtent chères. Si les laboratoires pharmaceutiques inventaient un médicament qui soigne vraiment la maladie d'Alzheimer, les économies seraient considérables. »

« Une intelligence collective est à inventer. Ce n'est pas révolutionnaire. Il faut simplement garder à l'esprit que les vraies innovations ne sont jamais venues de l'industrie. »

Les laboratoires pharmaceutiques se servent de l'assurance maladie comme d'une vache à lait

Article paru dans l'édition du 15 mai 2004 du journal l'Humanité