

## Dossier

# Le médicament : produit éthique, marchandise rentable

Dossier coordonné par  
CÉDRIC LOMBA ET  
HÉLÈNE MICHEL

L'affaire du Médiateur, devenue affaire d'État, vient de remettre le médicament au cœur de l'actualité politique. Il est vrai que cette affaire cristallise bon nombre des dérives de ce secteur : la vente d'un médicament dont les effets potentiellement dangereux étaient connus depuis de nombreuses années ; une administration de contrôle liée à la firme de production ; des médecins qui ont massivement prescrit une molécule, parfois de confort, sans prendre connaissance des rapports scientifiques sur le sujet ; une entreprise familiale dirigée par un patron, critique à l'égard du contrôle de l'administration, ne cachant pas son anti-syndicalisme et décoré par Nicolas Sarkozy en 2009 de la grand-croix de la Légion d'honneur ; une entreprise également connue pour son service de renseignements établissant des fiches sur les pratiques syndicales et politiques des salariés recrutés et usant de toutes les techniques *marketing* en guise d'informations auprès des médecins.

Au-delà de ce cas caricatural, les scandales sanitaires, anciens (le Stalinon, le Thalidomide ou le Distilbène) ou plus récents (l'anti-inflammatoire Vioxx ou l'antidiabétique Avandia), rappellent périodiquement les risques que peuvent faire encourir des médicaments aux populations. Ils font aussi apparaître que les stratégies de grandes entreprises privées peuvent parfois sacrifier la santé publique dans la course à la rentabilité. Si le médicament est aujourd'hui un produit de consommation banalisé afin de répondre à des problèmes de santé, beaucoup de critiques médiatiques, politiques, sociales, ou académiques ont déjà été adressées à la politique du médicament et aux firmes pharmaceutiques dont les profits sont nettement plus élevés que ceux des autres industries. Sanofi-Aventis a par exemple réalisé un bénéfice net consolidé de 5,3 milliards d'euros en 2009. Les critiques, plus vives depuis les années 1970, ont tour à tour porté sur les profits des firmes pharmaceutiques creusant les déficits de la Sécurité sociale, sur la mise en vente de produits dangereux, sur le développement de fausses innovations thérapeutiques, sur la surmédicalisation du monde social (hyperactivité infantile, problèmes psychiques, troubles érectiles...), sur les difficultés d'accès aux médicaments dans les pays du Sud, sur l'abandon des recherches sur les maladies jugées moins rentables (comme les maladies tropicales), sur les conditions d'organisation de tests cliniques, ou encore sur le laxisme des pouvoirs publics. Si les modes de régulation du secteur et les profits des firmes sont particulièrement bien documentés, on

en sait toutefois beaucoup moins sur les pratiques d'entreprise d'un secteur présenté comme de première importance pour la France, premier producteur de médicaments en Europe avec un chiffre d'affaires de 50 milliards d'euros (dont près de la moitié pour l'exportation) et mobilisant plus de 200 000 travailleurs pour la production et la distribution. Dans quelles conditions sont produits les médicaments ? Comment sont-ils distribués ? Le culte du secret qui entoure ce secteur économique empêche souvent d'avoir une véritable vue sur les enjeux thérapeutiques, sanitaires, financiers, économiques et sociaux auxquels renvoie le médicament.

Ce dossier de *Savoir/Agir* se propose donc d'ouvrir la boîte noire pharmaceutique et de pénétrer dans ce secteur pour rendre compte de l'encadrement du médicament et des conditions de sa production. Dans un premier temps, Matthieu Montalban présente la situation financière d'un secteur où les multinationales sont confrontées à la crise d'un système économique (la production de masse de quelques médicaments) avec l'arrivée massive des génériques et des produits issus des biotechnologies et de la génomique. À la suite, Pierre Fournier et Cédric Lomba caractérisent le situation de ceux dont on ne parle presque jamais : les travailleurs et les travailleuses du médicament. Si le secteur constitue bien pour partie un secteur à emplois qualifiés, argument utilisé pour demander la protection du secteur, il reste une part très importante de travailleurs peu qualifiés et de bas statut (pour la production de principes actifs, la manutention ou le contrôle de médicaments) qui ne profitent guère des rentes du secteur. Boris Hauray, dans un entretien, revient quant à lui sur les enjeux soulevés par l'affaire du Médiateur en matière d'encadrement administratif d'un produit souvent présenté comme particulier. Il souligne comment la tradition française de contrôle du médicament, par délégation aux firmes ou à des experts, s'est partiellement ouverte avec la centralisation des procédures en Europe durant les années 1990.

Pour compléter ces approches du secteur, trois articles présentent les pratiques d'entreprise pour conserver le contrôle du marché, malgré un encadrement réglementaire de plus en plus drastique. Séverin Muller souligne ainsi que la mise en place d'un arsenal de mesures d'encadrement sanitaire de la production et de contrôle qualité est *de facto* utilisée par les plus grandes entreprises pour fermer le marché aux nouveaux entrants et s'assurer ainsi des rentes d'oligopoles. L'article de Jérôme Greffion montre que le contrôle de la promotion des médicaments auprès des médecins mis en place depuis l'immédiat après-guerre et durci à plusieurs reprises depuis est systématiquement détourné par les firmes et les visiteurs médicaux. Éric Cheynis, enfin, retrace l'émergence de l'Europe dans ce domaine, montrant que la politique pharmaceutique européenne tend à favoriser les représentants des firmes au détriment des associations de patients.

Au final, on observe donc un relatif échec des tentatives d'encadrement de la production privée de médicaments qui privilégie le contrôle avant commercialisation. La voie du générique pose aussi des questions dans la mesure où cette solution de concurrence par les prix limite les possibilités de développement de nouveaux traitements et se traduit par des conditions d'emploi et de travail dégradées pour les personnels de production des génériqueurs, ainsi que pour les manutentionnaires des distributeurs.

On peut alors se demander s'il ne faudrait pas changer de voie. Dans la mesure où une partie importante du financement de la recherche pharmaceutique revient à l'État

(grand emprunt, centres de recherche publique, crédits d'impôts, hôpitaux publics, etc.), que l'État assure la charge d'une partie du contrôle des activités pharmaceutiques et du financement de la branche maladie de la Sécurité sociale, on se demande alors pourquoi les pouvoirs publics n'élargiraient pas leur champ d'action. Non seulement par l'organisation de l'information médicale, comme le demandent notamment certains médecins critiques (comme la revue *Prescrire*), mais aussi de la production et de la distribution de médicaments comme cela se fait en partie à l'hôpital public avec la pharmacie hospitalière et la production à petite échelle de médicaments principalement pour les maladies orphelines. Si la nationalisation de la production ne prémunit pas de scandales sanitaires, comme l'a montré l'épisode du sang contaminé, elle aurait le mérite d'une part d'adosser le développement de médicaments à des besoins sociaux davantage qu'à des intérêts mercantiles, et, d'autre part, de redistribuer plus équitablement la rente pharmaceutique aux travailleurs du secteur en augmentant les salaires et aux consommateurs en diminuant les prix de vente. ■