

La lettre

Débat AVENIR de la SANTÉ

Laboratoire GlaxoSmithKline

N°5 - JANVIER/FÉVRIER 2006



Éditorial



Christophe Weber
PDG du laboratoire
GlaxoSmithKline

Le médicament sauve des vies, améliore notre santé, soulage des souffrances. Mais il a, aussi, un rôle économique de poids qui représente en France des dizaines de milliers d'emplois, une très forte valeur ajoutée et un secteur fortement exportateur.

Élaborer un nouveau médicament et traiter ainsi de nouvelles pathologies coûte des centaines de millions d'euros et prend plusieurs années. Dans le même temps, chacun désire être mieux soigné, souhaite que la recherche aille plus loin et que l'accès aux médicaments, pour tous, soit renforcé.

Toutes ces aspirations se font jour dans un contexte démographique dans lequel le vieillissement de notre population induit, inévitablement une croissance des dépenses de santé et alors que parallèlement les modèles économiques actuels de financement semblent menacés par une trop faible croissance économique. L'avenir du médicament passe, aussi, par l'avenir de son modèle économique.

Pour notre part, nous ne voulons pas nous résigner à un ralentissement de l'innovation ou à un déclin programmé de notre système de santé. Afin d'inventer les axes de travail de demain, nous avons lancé ce débat que vous suivez depuis un an. Nous comptons sur vos contributions et votre fidélité à ce débat.

Poursuivons le débat !

Après avoir abordé, en 2005, le thème de l'évaluation du risque, nous nous penchons cette année sur l'économie du médicament.

Le secteur pharmaceutique occupe une place importante dans l'économie française. En 2004 l'industrie pharmaceutique était le 3^e secteur exportateur français (sur 38 milliards de chiffre d'affaires global, 40 % sont destinés à l'exportation). Le chiffre d'affaires des médicaments remboursables de ville représentait, lui, 17 milliards d'euros (2,5 milliards de boîtes). L'industrie pharmaceutique, c'est aussi un secteur de très haute technologie et d'innovation qui emploie près de 100 000 collaborateurs répartis sur l'ensemble du territoire.

Chacun d'entre nous dépense, en moyenne, 2 328 € par an pour les soins et biens médicaux soit un total de 144,8 milliards d'euros⁽¹⁾, mais dans ce total le médicament ne représente que 21 % des remboursements, contre 44,5 % pour les dépenses d'hospitalisation.

UNE DEMANDE CROISSANTE ET UN DÉFICIT PRÉOCCUPANT

Nous consacrons à ces dépenses de santé environ 10 % de notre richesse nationale. Les besoins en soins et biens médicaux des Français se traduisent par une demande

croissante et par un déficit qui, selon la Cour des comptes, se montait, en 2004, à 12,3 milliards d'euros.

La croissance des dépenses de médicaments remboursables (5 à 6 % l'an ces dernières années) s'inscrit dans une progression mondiale. En France, 80 % de cette croissance sont dus à l'augmentation des remboursements pris en charge à 100 % pour les Affections de Longue Durée (ALD), qui touchent plus de 6 millions de patients. (suite page 3)

» Propos d'experts

Pour exposer les enjeux du marché du médicament, nous avons fait intervenir plusieurs experts :

- **Françoise Forette**, professeur de médecine interne et de gériatrie à l'Université Paris V.
- **Jean-Marie Le Guen**, député, vice-président de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.
- **Pierre-Jean Lancry**, Secrétaire général du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.
- **Jean-Pierre Door**, député, membre de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale.

Sommaire

Éditorial	P.1
Le débat : points de repère	P.2
Dossier	P.3
Propos d'experts	P.4
La vie du débat	P.8



GlaxoSmithKline



Points de repère

LE THÈME DU DÉBAT : "QUEL AVENIR POUR LE MÉDICAMENT ?"

Année 2006 : L'économie du médicament en question

- Panorama global du marché du médicament (janvier-février 2006)
- Le modèle économique actuel : l'offre des laboratoires (mars-avril 2006)
- À l'aube d'un nouveau modèle : quelles solutions pour l'avenir ? (mai-juin 2006)
- La Conférence de citoyens - juin 2006 (juillet 2006)

COMMENT SE NOURRIT LE DÉBAT ?

- dans la lettre "Débat Avenir de la santé"
- lors d'événements labellisés "Débat Avenir de la santé"
- sur le blog www.avenirdelasante.fr
- à travers la "Conférence des citoyens" organisée avec l'Ifop au mois de juin 2006

Le point sur le débat : Le débat se poursuit !

- Nous entrons, avec cette Lettre, dans la seconde année du débat sur l'Avenir de la santé. La première année a permis de se pencher sur les bénéfices-risques du médicament. Elle s'est conclue par une conférence de citoyens qui a mis en évidence les attentes de la population en matière d'accès à l'information sur les médicaments.
- Notre débat en 2006 est intitulé «L'économie du médicament en question » et se conclura par une seconde conférence de citoyens à la fin du mois de juin.
- Dans un contexte de régression des dépenses publiques, l'avenir du médicament est-il menacé ? La demande croissante de qualité de soins de la part des patients, le vieillissement de nos pays occidentaux, les coûts croissants de recherche et la nécessité de faire accéder plus largement les pays du sud et les pays émergents aux médicaments bouleversent les modèles économiques traditionnels de l'industrie pharmaceutique. Comment peut-elle et doit-elle s'adapter à cette nouvelle donne pour continuer à innover ? Saurons-nous préserver un système de santé efficace tout en assurant une progression du service médical rendu ? Ou devons-nous subir la spirale d'une régression des soins ?
- Pour amorcer des pistes de réponses à ces questions, nous ferons parler, ici même, des experts, médecins, économistes, sociologues ou politiques. Vous êtes, comme l'an dernier, vous aussi invités à apporter votre contribution à ce débat et notamment sur le blog dédié à cette consultation : www.avenirdelasante.fr.

Bon débat !

LE COMITÉ D'ORIENTATION

Pour former le comité d'orientation du débat, nous avons fait appel à des personnalités reconnues et complémentaires dans leurs différents domaines d'expertise. Ce comité a plusieurs rôles :

- Apporter, chacun dans son domaine, sa valeur ajoutée au débat : regard extérieur, enrichissement des thématiques, propositions d'experts...
- Valider le choix des thématiques, la sélection des personnalités à interviewer, les programmes d'événements, les contributions des lecteurs,
- En fonction des thématiques, exprimer un point de vue ou proposer un commentaire sur la lettre ou le blog du Débat.

GRÉGORY KATZ-BÉNICHOU, PROFESSEUR À L'ESSEC, TITULAIRE DE LA CHAIRE BIOÉTHIQUE ET INNOVATION THÉRAPEUTIQUE, REJOINT LE COMITÉ D'ORIENTATION DU DÉBAT AVENIR DE LA SANTÉ. IL S'EXPRIME, AUJOURD'HUI SUR LA CONFÉRENCE DE CITOYENS À LAQUELLE IL A PARTICIPÉ À L'AUTOMNE 2005.

Pour la première fois en France, une conférence citoyenne a été organisée par une entreprise privée, en partenariat avec l'Ifop, sur le risque et l'avenir du médicament. Centrée sur l'idée de transparence, la méthodologie de l'Ifop traduit, elle-même, un certain souci de transparence en réunissant un panel diversifié de participants et d'experts, créant, ainsi, une réelle pluralité des regards critiques sur le sujet.

Cet exercice de démocratie participative témoigne d'une volonté affirmée d'une grande entreprise pharmaceutique de sortir du débat d'experts, de se mettre à l'écoute des citoyens en formant un public profane, en le rendant juge d'une situation complexe mais néanmoins intelligible. Au terme d'une formation dense et de débats vivifiants, les recommandations des citoyens témoignent d'une réelle sagesse populaire sur des sujets pourtant techniques comme le bénéfice-risque, les interactions médicamenteuses, l'information sur les essais cliniques ou l'influence des journalistes dans la presse médicale.

Loin de raccourcis simplificateurs ou du jargon technoscientifique, les avis de citoyens éclairés expriment des idées claires et pertinentes, vérifiant avec Descartes que « le bon sens est la chose du monde la mieux partagée ».

Pour l'heure, une question reste encore sans réponse : ces recommandations citoyennes seront-elles véritablement entendues par les décideurs politiques ?



Grégory Katz-Bénichou

PhD, PharmD, MBA
Professeur à l'ESSEC, titulaire de la Chaire Bioéthique et Innovation Thérapeutique.

Dossier : La demande de médicaments

>> suite de la page 1

Cette progression s'explique, en partie, par des facteurs démographiques. Grâce à la qualité de notre système de santé, aux progrès de la médecine préventive et du dépistage, aux progrès thérapeutiques, la durée de vie s'allonge. Notre espérance de vie à la naissance dépasse 80 ans, en moyenne. Depuis plusieurs années, nous gagnons environ 3 mois de vie chaque année.

D'autre part, la génération des *papy boomers* atteint un âge où les problèmes de santé sont plus fréquents. On voit donc apparaître davantage de maladies liées à l'âge (maladies neurodégénératives, cardio-vasculaires, cancers, etc.) et des thérapies plus complexes qui augmentent les dépenses.

DES ÉVOLUTIONS STRUCTURELLES LOURDES DANS UN CONTEXTE DE RESTRICTIONS BUDGÉTAIRES

Ces évolutions structurelles entraînent une hausse des dépenses de santé. Pour tenter de ramener le budget de la Sécurité sociale à l'équilibre, le gouvernement a mis en place en 2004-2005 une réforme de l'Assurance maladie. Cette loi vise à modifier les pratiques des différents acteurs (patients, professionnels de santé et laboratoires pharmaceutiques) pour mieux soigner en dépensant moins.

Différentes mesures prises fin 2005 font peser la plus grande partie des économies à réaliser sur le médicament alors qu'il représente un cinquième du montant des dépenses de santé. Le plan d'économie sur les produits génériques est ambitieux : un milliard d'euros d'économies à réaliser par la baisse des prix des génériques et une substitution renforcée. Mais, si l'on analyse plus finement⁽²⁾ la structure des dépenses, on constate qu'une petite minorité de classes de médicaments (il s'agit de médicaments innovants prescrits

par des spécialistes) concentre, à elle seule, la moitié de l'augmentation des ventes de médicaments.

L'ensemble de ces facteurs démographiques et des nouvelles attentes des patients interviennent dans un contexte de restriction des dépenses publiques. Sans compter les crises sanitaires qui peuvent brutalement faire exploser le besoin et la demande de soins (vaccins, antiviraux) pour protéger des populations entières.

L'IMPÉRATIVE NÉCESSITÉ DE FINANCER L'INNOVATION THÉRAPEUTIQUE

Or, s'il existe certainement des gisements d'économies à réaliser dans la consommation de médicaments, l'approche purement comptable des économies ne répond pas aux demandes quantitatives et qualitatives de la population. Une demande qui impose de pouvoir financer le progrès thérapeutique et de mettre en place de nouvelles molécules plus performantes.

Comment les pratiques et les modèles économiques de l'industrie pharmaceutique doivent-ils évoluer pour concilier une bonne gestion des dépenses de santé et des capacités de financement

pour l'innovation ? Quel est le niveau optimal de charges supportées par la collectivité pour financer les progrès de la recherche ?

Telles sont les questions que l'ensemble des acteurs du système de santé français doivent se poser.

Nous nous efforcerons, dans le cadre de notre Débat 2006, d'apporter des axes de réflexions, de proposer les pistes de financement et d'économies dans ce contexte de contraintes.

Un nouveau volet de notre Débat sur l'avenir du médicament s'ouvre, en effet, avec ce thème crucial dans un contexte que l'Assurance maladie juge « extrêmement préoccupant ». Nous comptons de nouveau sur vous par courrier, par e-mail ou sur le blog www.avenirdelasante.fr pour venir enrichir ce débat dont nous ne pouvons pas faire l'économie. ■

Véronique Delvolvé,
Coordinatrice du débat
Directeur des affaires publiques
Laboratoire GlaxoSmithKline

Le médicament en France, les chiffres clés de l'année 2004* :

- Le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique s'élève à 38 milliards d'euros.
- Chaque Français dépense en moyenne 2 328 € en soins et biens médicaux par an.
- Au sein de cette dépense, la part du médicament s'élève à 486 €.
- Le montant total dépensé par les Français en soins et biens médicaux s'élève à 144,8 milliards d'euros.
- Cette consommation de soins et biens médicaux a progressé de 5,1 % en valeur entre 2004 et 2003.
- La consommation de soins hospitaliers représente 44,4 % des dépenses totales de soins et biens médicaux.
- La France dépense environ 10 % de son PIB en biens de santé.
- Elle se situe ainsi au 5^e rang après les Etats-Unis, la Suisse, l'Allemagne et l'Islande.
- La Sécurité sociale couvre plus de 76 % de l'ensemble des dépenses de soins et de biens médicaux, les ménages 9 %, les mutuelles 7,3 %.

1- Comptes nationaux de la santé 2004 - Ministère de la Santé
2- Étude BIPE/LIR 2005

* Comptes nationaux de la santé - 2004 (dernière étude disponible).

Propos d'experts



Françoise Forette

Professeur de médecine interne et de gériatrie à l'Université Paris V.

Notre société affronte, aujourd'hui, une révolution démographique prévisible depuis de nombreuses années, mais dont nous avons du mal à tenir compte.

Entre 2000 et 2020, la population des plus de 65 ans devrait passer de 9,5 à 17 millions, celle des plus de 75 ans de 4,2 à 6 millions, et celle des plus de 85 ans de 1,2 à 2,1 millions. Cette réalité est la même dans tous les pays développés.

D'ici à 2020, la population mondiale augmentera pour atteindre 9 milliards d'habitants mais l'Europe, l'Amérique du Nord, le Japon et même la Chine verront leur population régresser.

Ce qui est partagé par tous les pays, c'est le développement du « ratio de dépendance », rapport entre les plus de 65 ans et les 15-64 ans, ce qui implique une baisse relative de la population en âge d'activité.

Là aussi, nous observons un « french paradox » : en 2020, les plus de 65 ans seront 26,8 millions en France. Nous pouvons donc revendiquer l'une des meilleures espérances de vie au monde, après la Suède et le Japon. En revanche, notre pourcentage de personnes actives après 60 ans est le plus bas d'Europe avec 7 % pour les hommes et 4 % pour les femmes. À comparer avec les 23 % d'hommes encore en activité après 65 ans, en Suède.

L'accroissement de l'espérance de vie ainsi que le vieillissement sont des privilèges à condition que la population soit en bonne santé et active. En France, seules 6,6 % des personnes

âgées de plus de 60 ans sont dépendantes. Ce pourcentage croît bien sûr, avec l'âge : 2,2 % pour la tranche 60-69 ans, 5 % pour les 70-79 ans, 17 % pour les 80-89 ans. Mais, « seulement » 42 % des plus de 90 ans sont touchés par le problème de la dépendance, ce qui signifie que plus de la moitié de cette tranche d'âge est encore valide.

Si la population française des plus de 60 ans est encore valide, sa situation est désastreuse sur le plan de l'activité. En effet, le maintien de l'activité est un facteur qui permet de vieillir dans de bonnes conditions. Le risque de mortalité est très variable selon votre statut. Si l'on prend la base 1 pour un actif occupé, votre risque est cinq fois supérieur si vous êtes inactif et trois fois plus élevé si vous êtes chômeur.

Si l'on observe le témoin du maintien à domicile, 95 % des 75-79 ans vivent à leur domicile, comme 90 % des 80-84 ans, 80 % des 85-90 ans et 64 % des plus de 90 ans. En ce qui concerne le vieillissement, on remarque que la majorité des gens vivent en bonne santé, à leur domicile et de façon autonome.

On constate une augmentation des maladies liées à l'âge (cardio-vasculaires, cérébro-vasculaires, Alzheimer, articulaires, cancers, dépressions, troubles sensoriels) et donc un risque d'augmentation des dépenses liées au vieillissement, mais ces maladies peuvent être prévenues. Ainsi, en luttant contre l'ostéoporose, on diminue les risques de fractures du col du fémur (perte d'autonomie et décès dans une grande proportion) et donc les coûts associés.

Les « vieux » ne coûtent pas plus cher en soi. La dernière année de la vie coûte cher mais ceci reste vrai quel que soit l'âge. Si les dépenses d'un sujet âgé sont deux fois supérieures à 80 ans qu'à 20 ans, le vieillissement de la population n'entre que pour 0,5 à 1 % dans la progression des dépenses de santé. Cette progression est essentiellement due à l'effet cohorte et au progrès médical auquel chacun souhaite prétendre.

Pour diminuer les coûts du vieillissement, en dehors de l'amélioration de la prévention pendant toute la vie, il faut réduire la dépendance et l'hospitalisation. Il est nécessaire pour cela de développer la filière gériatrique, afin de prendre en charge de façon spécifique le patient âgé fragile, à chaque étape de ses besoins, depuis les urgences jusqu'à son domicile en passant par les services de soins de suite et les services de soins à domicile.

Ces mesures sont plus complexes qu'une taxe sur les médicaments pour faire baisser les coûts du système de santé, mais elles permettront d'obtenir des résultats réellement significatifs à moyen terme et surtout une amélioration de l'état de santé.

Enfin, pour réduire les dépenses et éviter la iatrogénie, on doit arriver à définir les priorités thérapeutiques et donc les médicaments les plus essentiels. Et il faut que l'industrie pharmaceutique apprenne à étudier les médicaments sur les sujets après 70 ans et qu'elle inclut, dans les séries d'essais, des patients âgés. ■

"Il est nécessaire de développer la filière gériatrique. Cette mesure sera plus complexe qu'une taxe sur les médicaments mais sans doute plus efficace (...)"

» Propos d'experts



Jean-Marie Le Guen



Député de Paris, médecin, vice-président de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé et membre de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale.

Le vieillissement de la population est un défi, mais il s'accompagne également d'une amélioration de la santé des personnes âgées. Une amélioration qui pourrait faire baisser la consommation. On vieillit, mais en meilleure santé parce qu'on est mieux pris en charge. Le médicament est aussi l'un des éléments d'efficacité des soins. On pourrait donc espérer qu'il soit le moyen d'alléger les dépenses de santé. Un médicament qui évite, par exemple, une hospitalisation, est un élément qui permet d'économiser des frais de prise en charge.

PROMOUVOIR ET AMÉLIORER LE BON USAGE DU MÉDICAMENT

Quelle est la place réelle du médicament dans le vieillissement ? Quelle est l'efficacité réelle des nouveaux médicaments ? Nous avons du mal à le savoir, faute d'études précises. Chez les personnes âgées, on remarque ainsi des problèmes de posologie et de mauvaise observance. On estime que 20 % des hospitalisations seraient dues à des maladies iatrogènes, elles-mêmes dues à de mauvaises utilisations des médicaments. Des études plus fines sur les usages du médicament nous permettraient d'améliorer cette situation et d'aboutir à des informations thérapeutiques plus poussées, plus précises. Ces pistes laissent entrevoir des champs de progression colossaux, en cancérologie par exemple, à condition que les autorités soient exigeantes sur la définition des priorités de recherche.

“Nous ne sommes plus dans une période d'opulence, c'est pourquoi nous devons fixer, avec précision, les axes de recherche.”

Nous avons besoin d'espoir et d'esprit critique pour améliorer les avancées thérapeutiques. L'époque n'est plus à l'acceptation de petits bénéfices et je ne vois pas pourquoi un “*me too*” devrait avoir la même profitabilité qu'un médicament innovant. Nous ne sommes plus dans une période d'opulence, c'est pourquoi nous devons fixer, avec précision, les axes de recherche.

Nous devons donc mener des études post-AMM sur les populations de personnes âgées, pour comprendre leur nature biologique, ou sur l'observance et prendre en compte des facteurs qui leur sont adaptés comme la signalétique, la chronobiologie ou l'éducation. Au regard des enjeux de santé, il faut entrer dans le détail : on ne peut plus se contenter d'une vision globale. Une meilleure efficacité thérapeutique passe par une meilleure connaissance des patients.

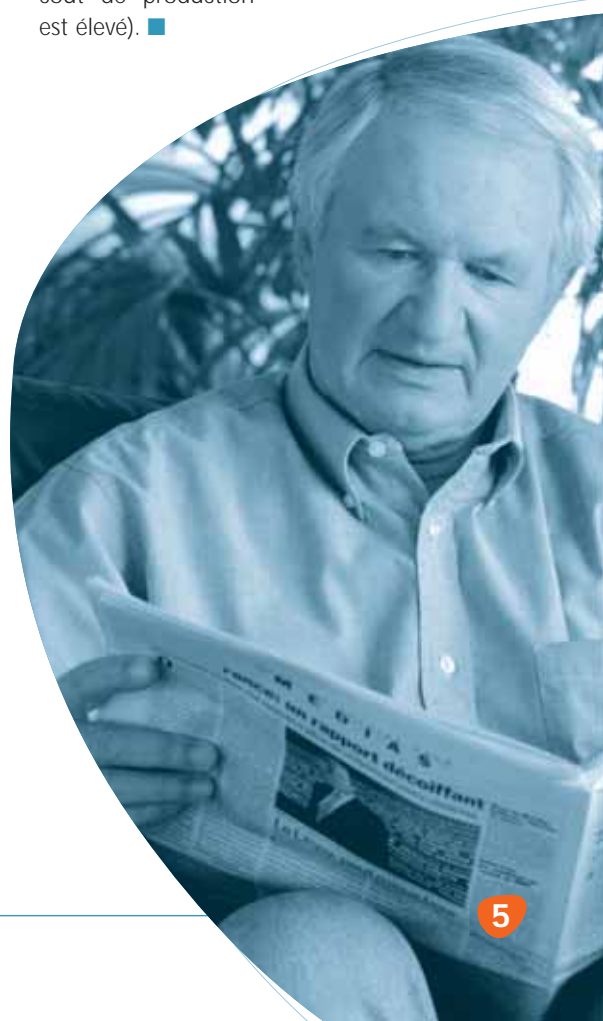
QUELLES PRIORITÉS POUR LA RECHERCHE ?

Pour ce qui est des maladies rares, le modèle économique classique du médicament ne fonctionne pas. On pourrait se diriger vers des partenariats publics-privés pour définir les priorités de la recherche. On le fait bien pour Airbus mais pas pour des pathologies. On pourrait, ainsi, compenser la prise de risque des laboratoires pharmaceutiques par des avances remboursables. Ces partenariats sont à inventer à l'échelle européenne pour mutualiser la recherche.

Aujourd'hui, les États sont muets sur les axes et les priorités de la recherche. On le voit dans le cas de la grippe aviaire où la Commission européenne n'a pas voulu soutenir la fabrication de vaccins.

Ce ne sont pas les Français qui surconsument des médicaments, c'est le système qui les y pousse. Faire prendre conscience à la population, petit à petit, des enjeux et parvenir à modifier les comportements serait un excellent axe de travail.

Pour l'accès aux médicaments dans les pays du Sud, c'est la même problématique. Des ONG font des choses intéressantes mais les États et les laboratoires pharmaceutiques doivent suivre, dans des partenariats publics-privés par exemple. La communauté internationale devrait investir dans la recherche car le coût de production n'est pas le problème, il est marginal (sauf dans les biotechnologies où le coût de production est élevé). ■



Propos d'experts



Pierre-Jean Lancry

Docteur en économie, Secrétaire général du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.

Le problème de la forte consommation de médicaments en France est à la fois objectif et subjectif.

Globalement, on constate chez nous une consommation supérieure, pour la quasi-totalité des classes pharmaceutiques, à celle de nos voisins européens. Si l'on prend la même unité de mesure (« Define daily dose » ou journées de traitement) on consomme plus que les Italiens, les Allemands ou les Anglais. C'est indéniable, nous sommes de gros consommateurs.

Ce n'est pas uniquement une question d'économie mais aussi un problème de santé publique. Selon le 1er rapport du Haut conseil, le nombre d'hospitalisations dues à des « événements iatrogènes médicamenteux » est supérieur à 3 % des hospitalisations, soit environ 130 000 cas par an.

Pour l'aspect subjectif, on peut dire que les Français ont un curieux rapport avec les médicaments, assez magique. On ne peut pas concevoir une consultation chez un médecin qui ne donne pas lieu à une prescription de médicaments (9 fois sur 10). Chez les Hollandais, pas plus mal soignés que nous, ce rapport tombe à 5 prescriptions sur 10 consultations.

Le médicament fait partie de notre vie, il ne fait pas peur. Il est la prolongation du travail du médecin et nous pouvons exercer notre pouvoir, décider si nous le prenons ou pas. Nous avons d'ailleurs en France un problème d'observance et un taux élevé de non consommation.

Du point de vue macro-économique, c'est le poste qui augmente le plus dans les dépenses de santé. Ce n'est pas le poste de dépense le plus élevé (il ne représente que 21 % du total) mais celui qui croît le plus fort. Depuis 1990, le taux moyen de

croissance annuel en volume est de 5,9 % pour le médicament contre 1,5 % pour l'hôpital. Il n'est donc pas « illégitime » de s'intéresser à ce poste de dépense.

Avant de s'interroger sur l'accroissement des recettes de financement de notre système, il est impératif de s'assurer que l'on travaille dans le cadre de bonnes pratiques. Je vais prendre un exemple : les médecins conseil de l'Assurance maladie ont enquêté sur la population des patients à qui l'on avait prescrit des statines. Ils ont observé que dans 1/3 des cas, aucun dosage de cholestérol préalable à la prescription n'avait été réalisé, que dans un autre 1/3 des cas, le dosage était inférieur à celui recommandé pour une prescription. Dans 1/3 seulement des cas on avait prescrit selon les règles de l'art. On peut toujours discuter des cas particuliers mais on constate tout de même que les règles de l'art sont mal utilisées. J'ai pris l'exemple des statines mais je peux en trouver dans tous les secteurs, ambulatoire comme hospitalier.

Le modèle économique actuel du médicament est en train de se transformer. Si l'on regarde l'évolution aux Etats-Unis on s'aperçoit qu'il existe une pression pour limiter la hausse du prix des médicaments. Il est probable que, dans quelques années, les prix baissent aux Etats-Unis. Je pense que le modèle de prix élevés pour financer l'innovation, dans lequel on glisse des produits non innovants, est terminé. Il va falloir imaginer des modèles différents en séparant sans doute encore plus le traitement de l'innovation de celui des « me too ». Je suis bien conscient que ces derniers constituent l'essentiel du chiffre d'affaires de l'industrie et il faut en tenir compte. Mais il faut trouver un autre modèle.

Ce changement ne se produira pas à court terme et il concernera principalement les pays occidentaux. Pour les pays émergents comme la Chine ou l'Inde ces modèles peuvent sûrement encore fonctionner. Mais chez nous ils ne sont plus satisfaisants.

L'un des axes importants de la politique du médicament en France repose sur la croissance des génériques. La société peut accepter un modèle de financement de l'innovation mais, en contrepartie, le marché des génériques doit être le plus large possible. Ce marché se développe mais il y a encore des marges de manœuvre par rapport à la situation de nos voisins. En valeur, le générique représente 8,5 % en France mais 34 % en Allemagne, 20 % en Grande-Bretagne et 12 % aux Etats-Unis. En volume, cela représente 14,5 % chez nous, 56 % en Allemagne, 53 % en Grande-Bretagne et 53 % aux Etats-Unis.

“Avant de s'interroger sur l'accroissement des recettes de financement de notre système, il est impératif de s'assurer que l'on travaille dans le cadre de bonnes pratiques.”

Pour faire évoluer la situation, l'Assurance maladie peut jouer sur deux tableaux : l'information des assurés et la négociation avec les médecins. L'information peut être très efficace si les efforts sont coordonnés

entre tous les acteurs (assurance maladie, pouvoirs publics, assurance complémentaire) comme on l'a vu avec les campagnes antibiotiques et les campagnes sur les génériques. La négociation avec les professionnels de santé peut elle aussi être efficace comme dans les approches en cours qui prônent un accroissement de la prescription dans le répertoire des génériques. Il faut bien sûr agrandir le répertoire (le nombre de produits génériques) mais aussi prescrire plus dans ce répertoire. ■

Jean-Pierre Door



Médecin, député du Loiret, membre de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale.

Le contexte de déficit des dépenses de santé ne doit pas nous rendre pessimistes. L'alternative à la régression, c'est de pouvoir prescrire et utiliser tous les médicaments dont on dispose, mais de manière utile. Beaucoup de prescriptions pourraient être faites de manière plus efficace. Dans notre exercice quotidien de médecin, nous observons une demande de la part des patients qui exige une résistance. Nous devons être conscients que nos prescriptions engendrent des frais pour la collectivité.

Avec une augmentation de 7 à 8 % des dépenses, on est obligé de réagir et on doit se poser la question du bon usage. La réforme est comptable de fait car les recettes sont inférieures aux dépenses et que nous avons un déficit à combler. Tout le monde, tous les acteurs du système de santé sont citoyens et doivent donc être comptables. On ne peut pas dépenser au-delà de nos moyens.

Il faut se demander s'il est raisonnable de prendre en charge tout et toujours tout. Il faut réfléchir à ce qu'il faut prendre en charge et comment. C'est le rôle de la Haute Autorité de Santé.

Les médecins savent ce que « maîtrise médicalisée » signifie : l'utilisation de référentiels. On a réussi avec les psychotropes, les antibiotiques et bientôt avec les statines, qu'on a probablement prescrit trop largement. Tout le monde réclame des référentiels, des guides de bonnes pratiques qui doivent également être utilisés à l'hôpital. Car les prescriptions de médicaments à l'hôpital engendrent des prescriptions pour plusieurs années, à la ville, en renouvellement de traitements.

La prescription générique doit entrer dans les mœurs, de la part des médecins, de celle des pharmaciens avec leur droit de substitution, mais également des médecins hospitaliers qui ne le font pas pour l'instant. Par la maîtrise médicalisée et par la pédagogie, on pourra mener une réflexion et agir pour conserver notre système de santé.

Tous les acteurs ont leur carte à jouer, pour mettre fin à ce qui a pu être considéré comme un conflit.

L'industrie pharmaceutique a enregistré une augmentation de la consommation de médicaments, plus que ce qui était souhaité, et cela a été conflictuel. Nous devons donc trouver, tous ensemble, le moyen de créer une visibilité sur un plus long terme que la période actuelle d'un an. Les industriels reprochent aux politiques de ne pas prévoir sur une plus longue échéance car ils se retrouvent, chaque année, devant des mesures de rétorsion. Travaillons donc à construire un plan plus visible et plus lisible pour anticiper les crises, pour explorer de nouvelles pistes comme dans les neurosciences, les maladies infectieuses ou les vaccins. Tout le monde se portera mieux avec une ligne d'horizon plus lointaine.

Par la maîtrise médicalisée et par la pédagogie, on pourra mener une réflexion et agir pour conserver notre système de santé.

Les patients ont aussi leur mot à dire, car ils sont placés au cœur du système. Le patient est consommateur et il veut toujours plus. Mais il est aussi responsable et accepte certaines contraintes. On ne peut pas tout prendre en charge, accepter le nomadisme médical ou les demandes de cinq radiographies la même semaine. Ces excès sont le fait de 5 % de la population mais ils engendrent 60 % des frais. Ce n'est pas de la contrainte, c'est de la responsabilité.

Si nous voulons conserver notre système de santé, qui nous procure une longévité impressionnante, préserver la relation patient-médecin et une industrie pharmaceutique performante, on doit accepter une mutation des comportements.



Vos réactions !



Vous pouvez adresser vos réactions et contributions à :

- **par courrier :**

Véronique Delvolvé
Directeur des Affaires publiques
Laboratoire GlaxoSmithKline
100, route de Versailles
78163 Marly-le-Roi Cedex

- **sur le blog :**

Le blog du débat est en ligne
à l'adresse suivante :
www.avenirdelasante.fr

- **par e-mail :**

contact@avenirdelasante.fr



- **Extrait du courrier de Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités (1^{er} février 2006)**

"J'ai pris connaissance avec intérêt du travail très innovant que vous avez réalisé en donnant la parole à vingt citoyens sur l'évaluation du médicament et l'information qu'ils en attendent. Les conclusions de ces travaux vont contribuer à alimenter les réflexions en cours, avec la collaboration de l'AFSSAPS et de la Haute Autorité de Santé, sur l'information délivrée aux patients et au public et sur les thèmes de l'évaluation en général."

- **Extrait du courrier de David Khayat, Président de l'Institut National du Cancer (3 janvier 2006)**

"Merci de m'avoir fait parvenir la Lettre Débat Avenir de la Santé numéro 4 ainsi que la charte de recommandations sur l'évaluation du médicament. Ces documents sont très intéressants et contribuent au débat sur l'avenir de notre médecine. Permettez-moi, encore, de vous en féliciter."

- **Extrait du courrier de Serge Grouard, Député-Maire d'Orléans (4 janvier 2006)**

"Je vous remercie de m'avoir adressé, par courrier du 13 décembre dernier, le quatrième numéro de "La lettre de la Santé" ainsi que la Charte de recommandation sur l'évaluation du médicament et sur l'information des consommateurs, issue de la conférence que vous avez organisée, en novembre dernier, en participation avec l'IFOP, sur l'avenir du médicament. Ces documents ont retenu toute mon attention. Vous pouvez être assuré qu'ils viendront nourrir ma propre réflexion sur ce sujet et que je ne manquerai pas de m'y référer le cas échéant."

Véronique Delvolvé,

directeur des affaires publiques
du laboratoire GlaxoSmithKline
est la coordinatrice du Débat
Avenir de la santé.

Elle est, à ce titre, le contact
auquel vous pouvez adresser
vos réactions et contributions par
courrier et courrier électronique
ainsi que l'administrateur
du blog "Avenir de la Santé".

- Les contributions postées sur le blog seront mises en ligne dès validation de leur conformité avec la charte éditoriale.
- Les contributions-courrier seront soumises au comité d'orientation qui décidera de leur publication sur la lettre "Débat Avenir de la Santé".



Merci de vos réactions nombreuses et encourageantes reçues par courrier et par e-mail.

Continuons à enrichir le débat et à faire du blog un espace de propositions et d'échanges pour l'avenir de la santé !