

GRESEA **échos**

revue trimestrielle
du groupe de recherche pour une stratégie économique alternative

Belgique-België

P.P. Bruxelles 1

1/1770

P601044

Envoi
non prioritaire
à taxe réduite

ess santé

cartographie des trusts de la pharma

une étude
de Henri Houben

...s, 5 fr. 50
...tes pharmacies
...disparaîtront
...bientôt par

BRUTOL
Pharmacies.



Business santé Cartographie des trusts de la pharma

SOMMAIRE N°71

Etude de Henri Houben

Edito/Clients de tous les pays, soignez-vous/Erik Rydberg	01
La santé insolente	02
Les profits	06
La constitution d'un monopole	12
Quand Big Pharma s'emmêle dans la politique	20
Le Belge a-t-il une brique ou un médicament dans son ventre?	26
Quand la santé publique faisait les affaires du privé	28
A lire	34
Médicaments génériques menaces au Sud!/Marc François	35

Gresea échos N°71
Trimestriel: Juillet-Août-Septembre
2012
Couverture: Donald Sturbelle
**Réalisé avec le soutien de
la Fédération Wallonie-Bruxelles**



Editeur responsable:
Erik Rydberg, c/o GRESEA

Comité de rédaction:
Brahim Lahouel, Marc François, Erik
Rydberg, Xavier Dupret, Henri Houben,
Lise Blanmailland, Raf Custers.
Relecture: Maria Clara Da Silva
Mise en page: Nathalie Van Verre
Abonnement:
8 euros/4 numéros
2 euros/numéro
CB: 068-2464659-13
IBAN: BE08-0682-4646-5913
BIC (swift): GKCCBEBB

GRESEA asbl
Groupe de Recherche pour une
stratégie économique alternative
Rue Royale 11, B-1000 Bruxelles
Tél. + 32 (0)2 219 70 76
Fax + 32 (0)2 219 64 86
Email: gresea@skynet.be
Site: www.gresea.be

Clients de tous les pays, soignez-vous!

Bienvenue dans le royaume de la pharmacopée.

C'est un business dont la presse économique explore régulièrement les potentialités. La maladie d'Alzheimer, par exemple. Son "coût" social, informe le Financial Times du 7 septembre 2012, est aujourd'hui estimé au niveau mondial à 600 milliards de dollars par an - pour quelque 36 millions de "clients". Mais ces chiffres vont connaître une croissance tout à fait alléchante. Vers 2050, on estime la clientèle mondiale à 115 millions, presque quatre fois plus. Et il en ira de même du "potentiel": entre ces deux dates, la valeur du marché de la pharmacopée anti-Alzheimer devrait tripler, passant de 5,8 milliards de dollars à 14,5 milliards.

Même scénario pour les pathologies chroniques graves au sujet desquelles le journal financier Les Échos du 29 juin 2012 rappelle qu'elles frappent un Français sur six. Par ordre de nombres de malades décroissants remboursés par la sécurité sociale, ce sont le diabète (1,89 million de clients), le cancer (1,86 million), l'hypertension (1,2 million), les affections psychiatriques (1 million), les maladies coronaires (0,9 million) et l'insuffisance cardiaque (0,7 million). Le fait frappant, et alléchant est cependant celui-ci: ces maladies représentent les deux tiers des remboursements et... environ 90% de leur croissance.

Un dernier chiffre et puis on arrête. Aux États-Unis, un pays qui se singularise parmi les économies avancées comme celle qui connaît le plus faible taux de couverture des soins de santé (50 millions de personnes, soit près de 16% de la population, ne bénéficient d'aucune couverture), les dépenses en soins de santé battent paradoxalement tous les records: aucune autre économie avancée n'affiche un poids égal à celui que les États-Unis ont fait place à cette catégorie de consommation: 17% du produit intérieur brut.

Ces données ont un trait en commun.

Elles soulignent ce fait singulier (rien n'y prédispose par nécessité) que la santé est un marché. C'est un business. Et d'un genre assez particulier. Du point de vue économique, en effet, ce business a su se ménager un système parallèle qui n'obéit pas aux règles habituelles du marché.

C'est, très largement, une économie assistée. Le succès (commercial) d'un médicament, donc de sa production industrielle, sera dans une très large mesure dépendant de la couverture sociale dont le médicament bénéficiera. Ce marché ne "fonctionne" que si la collectivité lui prête assistance.

On est là en présence d'un "climat d'affaires" très avantageux. Nul besoin de convaincre le consommateur, le corps médical s'en charge. Aucune nécessité de se lancer dans d'épuisantes batailles sur les prix, le remboursement ôte ce petit "souci". Mieux: on a affaire, du côté des consommateurs, à un "marché captif", le malade ne choisit pas de l'être, il est un client obligé - et il l'est d'autant plus que le système économique, de plus en plus obnubilé par la compétitivité, est pathogène (stress et autres syndromes d'usure physique accélérée) et que, ceci expliquant cela, un nombre croissant de troubles psychologiques et comportementaux, autrefois gérés comme des aléas normaux de la vie, ont été redéfinis, surtout chez les jeunes et avec le soutien bienveillant de la corporation médicale, comme nécessitant des traitements médicamenteux. Dans sa vision romanesque d'un monde totalitaire bâti sur des pilules du bonheur, Aldous Huxley ne croyait sans doute pas si bien dire. Cela n'a plus rien de futuriste.

Ajouter à cela, comme l'étude de Henri Houben le montre à suffisance dans les pages qui suivent, la concentration des pouvoirs oligopolistiques (économiques, politiques, sociaux, culturels) dont les grandes transnationales ont su, dans la pharma comme ailleurs, s'arroger. Déjà en 1971, dans son ouvrage sur les transnationales (The Multinationals), Christopher Tugendhat soulignait à quel point l'émergence de ces superpuissances économiques représente "une des évolutions les plus dramatiques" de notre époque, pour les gouvernements comme pour les syndicats. C'est aussi le message principal du livre collectif que le Gresea a publié cet été (Petit manuel des transnationales - 25 fiches pour comprendre, éditions Couleur Livres): quiconque souhaite "transformer le monde" doit désormais intégrer cette donne.

C'est tout simplement une affaire de santé mentale.

Erik Rydberg

Une santé insolente

Loin des déroutes financières, de l'effondrement du marché automobile, de l'atonie généralisée, un secteur semble échapper à la crise économique: l'industrie pharmaceutique. Les dépenses de santé sont en perpétuelle hausse, encourageant la vente des médicaments à suivre le même chemin. Les bénéfices restent élevés. Il n'y a pas de faillite majeure. Les dividendes versés aux actionnaires ne cessent de croître. Mais l'horizon est-il vraiment sans nuages?

En 2008 et 2009, l'économie mondiale est frappée par une grave récession, la plus grave depuis la Seconde Guerre mondiale. Des entreprises font faillite, de nombreuses personnes perdent leur emploi, les Etats croulent sous les dettes... Tous les secteurs sont affectés.

Tous? Non, il existe une industrie qui fait fi de ces difficultés et qui enregistre des activités et des bénéfices en croissance presque constante. Ce n'est pas la finance (qui a connu un séisme avec les subprimes), ni l'industrie de l'armement, pas davantage l'aérospatiale... C'est le secteur pharmaceutique.

Mais où est donc passée la crise?

Il suffit de jeter un œil sur les résultats des leaders de la santé, réduits à onze depuis l'absorption de Wyeth (anciennement American Home Products) par Pfizer et la fusion entre Merck et Schering-Plough en 2009. C'est l'objet du tableau 1.

Tableau 1. Principales données des onze géants de l'industrie pharmaceutique en 2009 (en millions de dollars ou en %)

	CA	Profit	Dividendes	FP	P/CA	P/FP	Div/P
Johnson & Johnson	61.897	12.266	5.327	50.588	19,82	24,25	43,43
Pfizer	50.009	8.635	5.548	90.014	17,27	9,59	64,25
Roche	47.109	7.169	4.048	7.127	15,22	100,59	56,46
Novartis	45.103	8.400	3.941	57.387	18,62	14,64	46,92
Glaxo	44.240	8.626	4.683	16.159	19,50	53,38	54,29
Sanofi	43.405	7.318	4.054	69.145	16,86	10,58	55,40
AstraZeneca	32.804	7.521	2.977	20.660	22,93	36,40	39,58
Abbott Laboratories	30.765	5.746	2.414	22.856	18,68	25,14	42,01
Merck	27.428	12.901	3.215	59.058	47,04	21,84	24,92
Eli Lilly	21.836	4.329	2.152	9.524	19,83	45,45	49,71
Bristol Myers	21.634	10.612	2.483	14.843	49,05	71,49	23,40
Total	426.230	93.523	40.842	417.361	21,94	22,41	43,67

Source : Les compagnies pharmaceutiques concernées, rapports annuels 2009.

Notes: CA désigne le chiffre d'affaires; FP les fonds propres; P le profit net déclaré, Div les dividendes versés aux actionnaires.

Les onze firmes principalement axées sur les médicaments¹ réalisent un chiffre d'affaires cumulé de plus de 426 milliards de dollars. Si on ajoute Boehringer Ingelheim, une firme allemande qui vient d'entrer dans le classement des 200 plus grandes firmes industrielles mondiales, cela donne un montant de près de 445 milliards de dollars. Sur ce plan, l'industrie pharmaceutique se classe au cinquième rang, derrière les 35 compagnies pétrolières, les 20 géants de l'automobile, les 22 sociétés électroniques et les 14 transnationales de l'agro-alimentaire.

Les onze leaders pharmaceutiques enregistrent 93,5 milliards de dollars de bénéfices et même 96 milliards avec Boehringer. Ils ne sont dépassés que par le secteur pétrolier qui a déclaré près de 132 milliards de pro-

fit en 2009. Sur ces quasi 100 milliards, les firmes pharmaceutiques ont récompensé leurs actionnaires pour plus de 40 milliards de dollars. Soit le PIB de la Tunisie ou du Sri Lanka.

Mais l'exceptionnel ne réside pas encore là. L'industrie de la santé avoue un taux de rentabilité, c'est-à-dire un rapport des bénéfices nets aux fonds propres (P/FP), de plus de 22%. Pour trouver mieux, il faut aller dans l'informatique (IBM, Accenture ou Microsoft par exemple). Et surtout le taux de marge bénéficiaire très élevé (P/CA) : près de 22%. Là, même les cinq firmes de services informatiques sont battues avec un taux de seulement 17%. Ensuite, vient l'industrie des cosmétiques et du luxe avec un taux de 11,8%.

Ce qui est aussi remarquable est qu'aucune des douze sociétés pharmaceutiques ne subit de pertes. Toutes réalisent un niveau confortable de profit, alors que, dans les autres domaines, souvent une ou deux firmes tirent l'en-

semble à la hausse. Les résultats y sont fort divers avec des entreprises très performantes ou lucratives et d'autres qui vivent, sont affectées par la récession, doivent déclarer des pertes, etc. L'industrie pharmaceutique est un secteur qui en totalité ne semble pas connaître la crise.

En 2010 et 2011, les onze firmes vont subir un peu le contrecoup de la récession et de la baisse des dépenses de consommation des ménages, ainsi que des resserrements budgétaires touchant aussi la santé. Mais cela n'affecte pas l'état général. Le chiffre d'affaires continue d'augmenter: 477 milliards de dollars en 2010 et 490 milliards en 2011. Les profits baissent, mais somme toute assez légèrement par rapport à ce qui se passe dans d'autres secteurs. La rentabilité reste très élevée. La distribution des dividendes continue allègrement.

Y aura-t-il encore une firme pharmaceutique au générique du secteur?

Tout va bien dans le meilleur des mondes alors? Pas tout à fait. Plusieurs dangers menacent les transnationales pharmaceutiques.

D'abord, leurs performances exceptionnelles dépendent souvent d'un ou deux produits découverts et développés il y a quelques années. Ces médicaments représentent souvent une part importante du chiffre d'affaires et donc des profits de l'entreprise. On les appelle des "blockbusters", c'est-à-dire des "produits phares".

Seulement, ces pilules, gélules ou autres bénéficient d'une protection grâce à une licence qui court durant une vingtaine d'années. Ils ont une exclusivité qui s'apparente à un véritable monopole. Mais cela démarre au moment du dépôt du brevet qui porte surtout sur la nouvelle molécule décou-

verte. Il faut environ dix ans pour la mettre au point et en sortir un médicament agréé. Ensuite, il s'agit de commercialiser efficacement ce produit. Il en résulte que l'avantage peut être court dans le temps.

Il y a différents moyens de le prolonger. Mais, si une firme dépend d'un ou deux "blockbusters" et que ceux-ci voient la date d'expiration du brevet approcher bientôt, il peut y avoir danger. Des génériques, beaucoup moins chers à produire puisqu'ils échappent aux coûts de recherche et de développement, peuvent arriver sur le marché et accaparer l'essentiel des ventes.

C'est ce qu'on constate dans l'annexe I. On s'aperçoit, par exemple, qu'une entreprise comme Bristol-Myers Squibb a un chiffre d'affaires composé essentiellement (à plus de 73%) de deux médicaments, le Plavix et l'Abilify. Il y a déjà des génériques pour le premier et la licence pour le second va bientôt tomber dans le domaine public. En toute logique, la firme devrait trouver un nouveau "produit phare" pour compenser les profits moindres attendus sur ces anciens succès. Mais est-ce possible alors que, d'une part, les coûts de recherche deviennent plus élevés et que, d'autre part, les découvertes sont de moins en moins fréquentes et importantes?

Ce qui se pose à Bristol-Myers est l'inquiétude majeure des autres conglomérats pharmaceutiques. En effet, AstraZeneca dépend à 70% de trois produits (Crestor, Nexium/Nexiam et Seroquel), dont deux sont déjà concurrencés par des génériques. Les ventes d'Eli Lilly sont constituées à 43% de deux médicaments, tous deux dans le domaine des systèmes nerveux et dont les brevets viennent à échéance. Même chose pour Roche, pour laquelle trois marques représentent 40% du chiffre d'affaires. Heureusement pour la so-

ciété suisse, elle dispose de plus de temps pour trouver les perles rares qui vont remplacer l'actuelle manne providentielle.

Le développement des génériques bouleverse incontestablement le secteur. Là où l'on dispose de statistiques, surtout aux Etats-Unis, on observe clairement la progression. Le secteur était inexistant dans les années 70. Elle a connu un essor grâce à la loi Hatch-Waxman de 1984, qui va spécifier la manière dont l'autorité de tutelle, à savoir la Food and Drug Administration (FDA - l'administration alimentaire et des médicaments), doit valider l'acceptation de ces produits, permettant aux médecins de les prescrire. Dès lors, la production américaine de génériques va passer d'un à 63 milliards de dollars en quelque 25 ans². En 1995, elle représentait déjà 40% des ventes de médicaments aux Etats-Unis. Mais, en 2010, elle en assurait 71,2%³.

Il ne faut pas en conclure que l'industrie pharmaceutique est d'ores et déjà condamnée. Elle a plus d'un tour dans son sac: elle peut prolonger la durée de vie du brevet, plus ou moins artificiellement; elle peut elle-même contrôler la production du générique; elle peut porter plainte en justice contre les potentiels fabricants de "copies", juste avant que la licence exclusive ne se termine... Et elle bénéficie le plus souvent d'une écoute attentive et amicale de la part des pouvoirs publics, que ce soit en Europe ou aux Etats-Unis. Nous développerons plusieurs points dans les chapitres suivants.

Il y a trente ans déjà...

N'oublions pas que ce constat d'un avenir incertain et même difficile à cause de la raréfaction de l'innovation, d'un côté, et de coûts toujours plus élevés, de l'autre, avait été déjà tiré dans les années 80, il y a trente ans. Ainsi, en 1985, trois experts concluent que soit il y a une nouvelle révolution

technologique, soit ce sera la détérioration économique. Ils écrivent à propos de cette seconde perspective: "L'autre scénario, plus sombre, ne prévoit pas de telles percées et suggère la possibilité d'une réduction des marges à un point tel que de grandes sociétés pourraient se retirer du marché. Il est concevable - bien qu'improbable⁴ - que l'industrie puisse aborder une période de déclin à l'échelle mondiale."⁵

Or, une telle avancée des découvertes ne s'est pas produite. Pourtant, il en est résulté l'ère la plus glorieuse, la plus lucrative pour les dirigeants et les actionnaires du secteur pharmaceutique. Nul doute que ce sera toujours le cas, si on continue à laisser agir ceux-ci et à les décréter maîtres de notre future santé.

Notes

1. Bayer a un également un fort département pharmaceutique, mais ne se limite pas à cette activité. C'est pourquoi la transnationale allemande est considérée comme appartenant au secteur chimique dans son ensemble.

2. Generic Pharmaceutical Association, "Industry History": <http://www.gphaonline.org/about-gpha/history>.

3. US Census Bureau, Statistical Abstract 2012, "Retail Prescription Drug Sales": <http://www.census.gov/compendia/statab/2012/tables/12s0159.xls>.

4. On observera ici la tournure de phase qui désavoue déjà ce qu'elle veut dire et permettant toutes les interprétations possibles. En effet, si le déclin arrive, les auteurs pourront dire: "eh oui, comme nous l'avons écrit, c'était concevable". En revanche, s'il ne survient pas, ils lanceront: "eh oui, comme nous l'avons écrit, c'était improbable".

5. Raymond Rigoni, Adrian Griffiths & William Laing, *Les transnationales de la pharmacie*, éditions PUF, Paris, 2005, pp. 119-120.

Annexe 1 - Les 20 médicaments les plus vendus dans le monde

2011	Ventes	Firme	Secteur	Maladies combattues	Part du CA	Terme du brevet
Lipitor/Tahor	12.500	Pfizer	cardiovasculaire	cholestérol	18,54%	juin 2011 aux USA, mai 2012 en Europe
Plavix	9.300	Bristol-Myers	cardiovasculaire	infarctus du myocarde	43,78%	générique 2009 en Europe, 2011 aux USA
Seretide/Advair	8.700	GSK	système respiratoire	asthme	19,80%	2016 aux USA, progressivement en Europe
Crestor	8.000	AstraZeneca	cardiovasculaire	cholestérol	23,82%	janvier 2016 aux USA
Nexium/Nexiam	7.900	AstraZeneca	gastrointestinal	reflux gastrique	23,52%	existence de génériques
Seroquel	7.600	AstraZeneca	système nerveux	schizophrénie	22,63%	existence de génériques
Humira	7.300	Abbott Laboratories	arthrite	rhumatisme, maladie de Crohn	18,79%	décembre 2016 aux USA
Enbrel	6.800	Wyeth (Pfizer)	arthrite	rhumatisme	10,09%	octobre 2012 aux USA
Remicade	6.800	Johnson & Johnson	arthrite	rhumatisme, maladie de Crohn	10,46%	2014 en Europe, 2018 aux USA
Abilify	6.300	Bristol-Myers	système nerveux	schizophrénie, dépression	29,66%	2014 en Europe, 2015 aux USA
Singulair	6.100	Merck	système respiratoire	asthme	12,70%	février 2012 aux USA
Zyprexa	5.700	Eli Lilly	système nerveux	schizophrénie	23,47%	octobre 2011 aux USA
Mabthera/Rituxan	5.700	Roche	oncologie	rhumatisme, leucémie	14,58%	2014 en Europe
Lantus	5.500	Sanofi	diabète	diabète	11,26%	2014
Avastin	5.400	Roche	oncologie	cancer du sein, du côlon, poumon	13,81%	février 2018 aux USA
Herceptin	4.800	Roche	oncologie	cancer du sein, de l'estomac	12,28%	2015 en Europe, 2019 aux USA
Cymbalta	4.700	Eli Lilly	système nerveux	dépression	19,35%	2013
Spiriva	4.700	Boehringer/Pfizer	maladie pulmonaire	bronchite chronique	23,22%	2014 aux USA et Japon, 2012 en Europe
Neulasta	4.200	Amgen	oncologie	chimiothérapie	26,95%	2015
Glivec	4.100	Novartis	oncologie	leucémie	6,91%	2014 au Japon, 2015 aux USA, 2016 en Europe
Total	132.100				15,44%	

Source : IMS Health, « Top 20 Global Products, 2011 », http://www.imshealth.com/deployedfiles/ims/Global/Content/Corporate/Press%20Room/Top-Line%20Market%20Data%20&%20Trends/Top_20_Global_Products.pdf, et Firmes pharmaceutiques, Rapport annuel 2011.

Profit, profit, profit

La grande caractéristique de l'industrie pharmaceutique est d'amasser des bénéfices à ne plus savoir qu'en faire. "Normal", disent les dirigeants des transnationales de ce secteur, "nous devons financer de lourds investissements en recherches et, en outre, ceux-ci sont très risqués. Notre rentabilité élevée provient de cette incertitude." Mais qu'en est-il réellement?

L'industrie pharmaceutique est composée d'une multitude de laboratoires éparpillés dans le monde capitaliste avancé (Amérique du Nord, Europe, Japon) et maintenant dans les grands pays émergents (Inde, Brésil, Afrique du Sud, Chine). Mais, en réalité, seule une minorité a une réelle importance. Par un processus de concentration (décrit dans un autre chapitre), une quinzaine de transnationales dominent complètement la production et, de ce fait, la distribution de médicaments dans le monde.

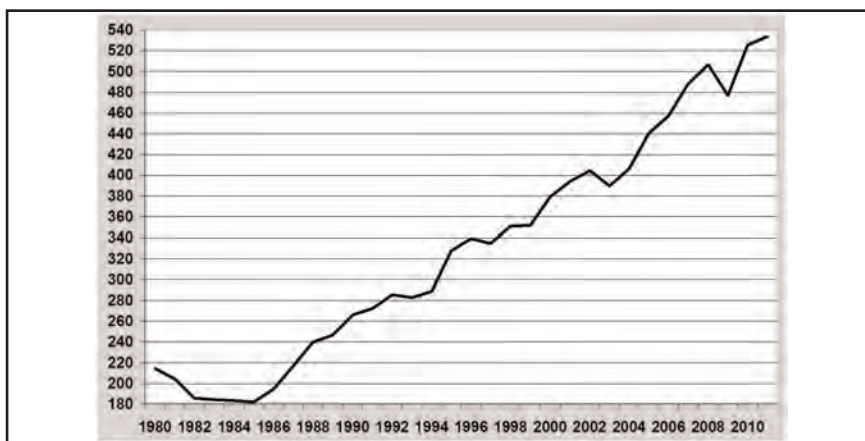
On peut ainsi retracer l'évolution du secteur depuis 1980 à partir de ses grandes entreprises. Nous en avons répertorié treize: Pfizer, Johnson & Johnson, Novartis, Sanofi, Merck, GSK (GlaxoSmithKline), Roche¹, Abbott Laboratories, AstraZeneca, Eli Lilly, le secteur "santé" de Bayer, Bristol-Myers et Boehringer Ingelheim. On aurait pu ajouter peut-être Amgen et la première firme japonaise Takeda Pharmaceutical. Ce qui nous aurait amené au nombre de quinze en question². Ce n'est pas évident de retracer l'évolution des données fondamentales pour ces firmes, car les compagnies actuelles

sont le résultat de fusions, d'acquisitions, de filialisations... Dès lors, le périmètre n'est pas strictement le même au départ et à l'arrivée. Il évolue même d'année en année. Néanmoins, nous avons pu établir l'évolution à partir d'hypothèses raisonnables³.

Toujours plus gros!

Le moins que l'on puisse dire est qu'on est impressionné par la courbe quasi en forme de ligne droite ascendante de la plupart des schémas. Ainsi en va-t-il de celui concernant le montant réel des ventes et qui est proposé au graphique 1.

Graphique 1. Evolution du chiffre d'affaires réel des géants de l'industrie pharmaceutique mondiale 1980-2011 (en milliards de dollars)



Source: Calculs sur base de Compagnies pharmaceutiques, rapports annuels, différentes années.

Note: Les firmes reprises sont Merck, Johnson & Johnson, Pfizer, Bristol-Myers, Squibb, Abbott Laboratories, Wyeth, Pharmacia-Upjohn, Eli Lilly, Schering-Plough, GSK, Glaxo, Smithkline-Beecham, Wellcome, GlaxoWellcome, Beecham, Beckman, AstraZeneca, Astra, Zeneca, Roche, Novartis, Ciba-Geigy, Sandoz, Sanofi, Aventis, Hoechst, Rhône-Poulenc, Sterling Drug, Boehringer Ingelheim, Bayer, Schering AG, Warner Lambert, American Cyanamid et Celanese.

Pour obtenir un chiffre d'affaires réel, nous avons calculé un indice des prix basé sur le déflateur du PIB des principaux pays possédant une industrie pharmaceutique (Etats-Unis, Europe et Suisse), pondéré par la somme des ventes des firmes de chaque région.

La progression est d'une régularité quasi affolante. Il y a d'abord une stagnation due à la crise conjoncturelle du début des années 80, lorsque les taux d'intérêt étaient très élevés. Ensuite, c'est l'essor: une augmentation de 4,6% en moyenne annuelle durant 23 ans jusqu'en 2008. La crise affecte quelque peu l'industrie pharmaceutique aussi, avec une baisse en termes réels de 5,8%. Mais, les années suivantes, les chiffres repartent à la hausse, rattrapant même le retard occasionné par la récession. Quel secteur peut en dire autant?

Il faut préciser que, sur la même période, les dépenses de santé aux États-Unis ont crû de 5,1% en moyenne annuelle et en termes réels⁴. En 2007, l'"Amérique" consacrait quelque 2.200 milliards de dollars à la couverture médicale, soit 41,1% de toutes les sommes utilisées à cette fin dans le monde⁵.

Cela représente 15,7% de son PIB, soit le pourcentage le plus élevé de la planète (si l'on exclut les minuscules îles de Kiribati dans le Pacifique⁶).

Et c'est loin d'être terminé. IMS Health prévoit pour 2016 une nouvelle croissance des dépenses en médicaments. Ceux-ci devraient passer de 956 milliards de dollars en 2011 à 1.200 milliards en 2016, soit une progression de 4,6% en moyenne annuelle⁷. Si, dans les pays capitalistes développés, les freins se multiplient, les pays dits émergents (Brésil, Russie, Inde, Chine, etc.) devraient connaître une hausse phénoménale de 13 à 16%. Ce niveau est censé durer jusqu'en 2015, d'après l'institution privée de prévisions pharmaceutiques⁸. Indiscutablement, l'industrie pharmaceutique est un géant de l'économie des sociétés industrielles avancées. Elle poursuit une croissance qui paraît sans fin. Et cela se voit dans l'évolution des ventes.

Les décades prodigues et prodigieuses

Plus grosses, mais également plus rentables. L'évolution des bénéfices depuis les années 90⁹ en atteste.

Nous avons calculé ceux-ci en termes réels (sans inflation), ce que présente le graphique 2.

Les retournements de conjoncture sont à peine perceptibles. Les bénéfices cumulés passent de 27 milliards de dollars (de 2011) en 1990 à plus de 100 milliards en 2009. Un quadruplement en moins de vingt ans ou une progression annuelle moyenne de 7,2%! Qui dit mieux? Et, malgré une baisse des ventes en 2009, le secteur connaît sa meilleure année. Une centaine de milliards pour treize firmes, cela fait une moyenne de quelque 8 milliards par entreprise. Ce sont des résultats qu'on ne trouve que dans les secteurs les plus monopolistiques: le pétrole ou l'informatique.

L'alchimie pharmaceutique: la redécouverte des profits sans limites

Il existe d'autres secteurs qui ont le vent en poupe, avec des perspectives de croissance importante. Cela n'explique pas une telle montée des bénéfices. Ainsi, le transport aérien connaît une progression indéniable. Mais, dès le retournement conjoncturel,

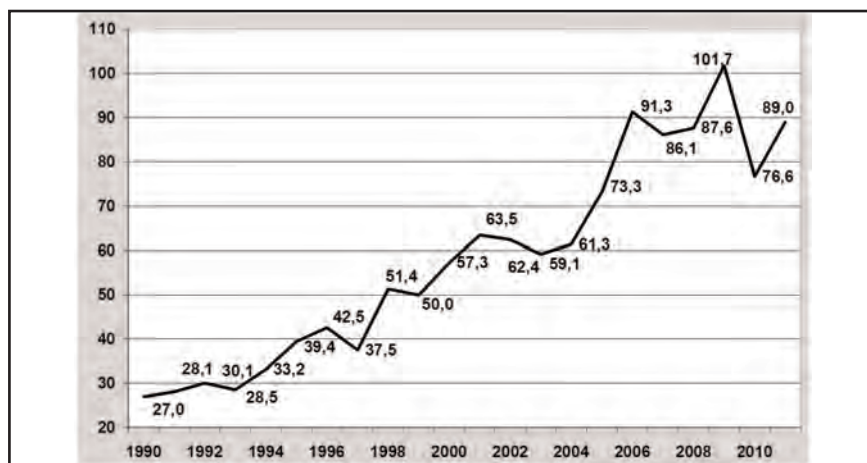
il subit des pertes abyssales, menaçant plusieurs leaders de faillite comme ont succombé par le passé des firmes prestigieuses, la Pan Am, Eastern Airlines, TWA...

Or, l'industrie pharmaceutique dispose d'une rentabilité structurelle largement au-dessus de la moyenne. Pour le montrer, nous avons comparé le taux de profit (bénéfices nets sur fonds propres) des 200 plus grandes entreprises industrielles mondiales et celui des firmes pharmaceutiques comprises dans ce classement. Un indice qui en dit long : ces dernières sont au nombre de quatre en 1967, mais de douze en 2009. Le graphique 3 compare ces deux niveaux de rentabilité.

Dans un premier temps, la différence n'est pas très nette. Le secteur est fortement affecté par les décisions d'augmenter fortement les prix du pétrole brut dans les années 70. Nous avons vu sur le graphique 1 que les premières années de la décennie 80 étaient plus difficiles. Bien vite, les fabricants de médicaments remettent les pendules à l'heure et retrouvent un niveau de rentabilité supérieur à la moyenne. Dans la seconde moitié des années 90, celui-ci flirte et parfois dépasse même les 30%, alors que le taux de profit des 200 géants industriels avoisine les 15%, soit la moitié de l'industrie pharmaceutique.

Au début du XXI^e siècle, après une baisse due au krach du NASDAQ et des valeurs technologiques, la profitabilité globale des transnationales remonte fortement et se rapproche des niveaux pharmaceutiques. Mais la crise actuelle ramène cette tendance nettement à la baisse. En revanche, le secteur de la santé reste stable aux alentours de 25% des fonds propres. L'écart redevient important, pas loin de 15% comme à la fin des années 90. Avec une inflation inexistante, en plein milieu de la plus grave crise économique de-

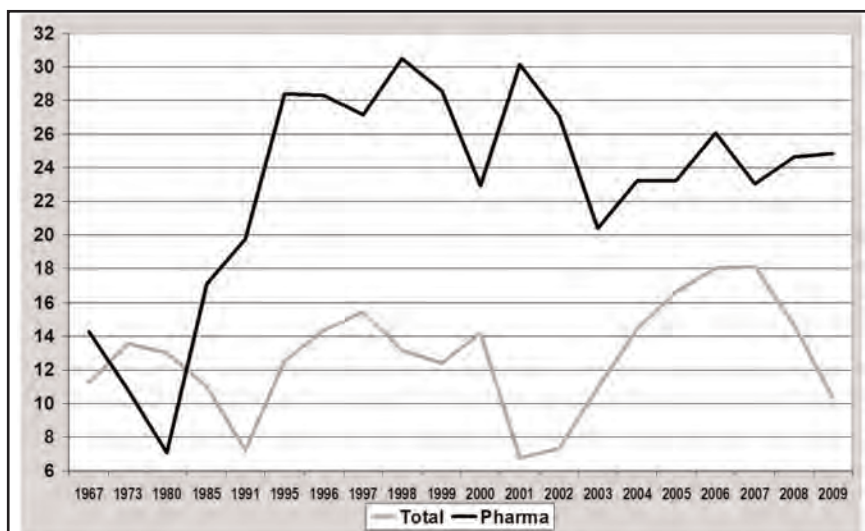
Graphique 2. Evolution du profit réel des géants de l'industrie pharmaceutique mondiale 1990-2011 (en milliards de dollars)



Source: Calculs sur base de Compagnies pharmaceutiques, rapports annuels, différentes années.

Note: Les firmes sont identiques à celles du graphique 1. Pour Bayer, nous avons repris le profit opérationnel. Nous avons utilisé le même déflateur que pour le chiffre d'affaires.

Graphique 3. Evolution de la rentabilité comparée des géants pharmaceutiques et des 200 firmes industrielles 1967-2009 (en %)



Source : Fortune, Global 500, différentes années.

puis 1945, un taux de profit de 25% est énorme. Seule la spéculation, mais par définition risquée, peut donner de meilleures performances. Il est vrai que, les deux années suivantes, le secteur a connu une baisse de rentabilité, qui a été ramenée à 17% environ. Mais les autres branches n'ont pas été mieux loties. Certaines industries comme l'automobile, la sidérurgie, l'électronique ne sont pas loin de la rupture et de profonds changements, avec la faillite de l'une ou l'autre des grandes firmes, y sont même probables. Ce n'est pas le cas dans le médicament.

Mais d'où viennent ces rendements au-dessus de la moyenne? Une étude minutieuse des bilans comptables des transnationales pharmaceutiques révèle que les bénéfices élevés proviennent du maintien des profits opérationnels (ou d'exploitation) abondants à la fois en termes absolus et relatifs. Le bénéfice opérationnel est celui réalisé sur les activités normales de la firme. Pour l'entreprise pharmaceutique, il s'agit de la conception, de la production et de la vente de médicaments, de vaccins et d'autres produits de genre pour l'essentiel. C'est un pro-

fit avant charges financières, dépenses exceptionnelles (une opération que l'on n'effectue qu'une fois en principe) et impôts¹⁰. En 2009, les onze principales compagnies du secteur ont obtenu un bénéfice d'exploitation de plus de 111 milliards de dollars. Sur un chiffre d'affaires de 426 milliards de dollars, cela représente un taux de 26,1%, comme le montre le tableau 1.

Cette proportion est exceptionnelle. Si on doit comparer ce résultat à d'autres géants, on constate que la marge opérationnelle la plus élevée pour Royal Dutch/Shell est de 16,4% en 2000. Celle de BP pour la même année

n'atteint pas 12%. Total fait mieux avec 18% en 2006. Toyota, le constructeur le plus rentable, ne dépasse pas les 10%. Nestlé n'arrive pas aux 15%. Unilever parvient à 17,7% en 2008. Procter & Gamble tourne autour de 20%. Et ce sont leurs meilleurs taux!

Pour obtenir des niveaux comparables ou supérieurs à ceux de l'industrie pharmaceutique, il faut se diriger vers l'industrie informatique: Oracle dispose d'une marge d'exploitation de 34,6% en moyenne sur la décennie entre 2000 et 2009, Intel a pu bénéficier d'un taux de 39,4% en 1997 et Microsoft a même dépassé les 50% en 1999. Seulement ces firmes sont reconnues ouvertement comme des monopoles et ont été condamnées à ce titre dans l'Union européenne (du moins les deux dernières). Sans concurrence, elles peuvent fixer le prix de leurs biens et services quasiment comme elles l'entendent. Il faudrait en conclure que c'est aussi le cas pour les transnatio-

Tableau 1. Marges opérationnelles pour les onze géants de l'industrie pharmaceutique en 2009 (chiffres en millions de dollars et en %)

	Profit opérationnel (P)	CA	P/CA
Johnson & Johnson	16.663	61.897	26,9
Pfizer	15.524	50.009	31,0
Roche	11.307	47.109	24,0
Novartis	9.982	45.103	22,1
Glaxo	13.139	44.240	29,7
Sanofi	8.986	43.405	20,7
AstraZeneca	11.543	32.804	35,2
Abbott Laboratories	6.236	30.765	20,3
Merck	4.021	27.428	14,7
Eli Lilly	6.279	21.836	28,8
Bristol-Myers	7.765	21.634	35,9
Total	111.445	426.230	26,1

Source : Les compagnies pharmaceutiques concernées, rapports annuels 2009.

Note: Le profit opérationnel est repris tel quel du rapport annuel lorsqu'il est donné. Quand il n'est pas fourni, il est calculé comme le chiffre d'affaires dont on a retiré les coûts de production, d'administration, de distribution et de recherches. P désigne le profit opérationnel, CA le chiffre d'affaires. La marge opérationnelle est donc le rapport entre les deux (P/CA). Les chiffres sont différents du tableau 1 du chapitre 1, parce qu'on traite ici de bénéfice opérationnel et là de bénéfices nets (après impôts).

Tableau 2. Utilisation des ventes de Johnson & Johnson par catégorie de dépenses entre 1983 et 2009 (en %)

	1983	1990	1995	2000	2009
Coûts des ventes	41,34	35,05	33,71	30,74	29,80
Coûts de distribution	39,39	39,79	39,60	36,02	31,99
Coûts de recherche	6,78	7,43	9,49	10,66	11,29
Bénéfice d'exploitation	12,49	17,74	18,78	22,89	26,92
Divers	0,00	0,00	-1,58	-0,30	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Coût salarial	32,16	28,45	25,74	24,31	23,57
Amortissements	3,67	4,22	4,70	5,46	4,48
Autres charges	-0,37	-3,29	-1,03	0,68	-1,47
Impôts	3,93	4,27	4,91	6,57	5,64

Source: Johnson & Johnson, Rapport annuel, différentes années.

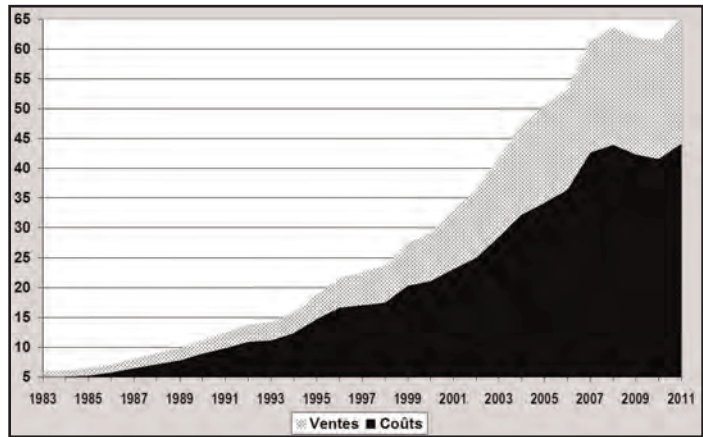
nales de la santé. En 2006, une étude du Congrès américain aboutissait aux mêmes conclusions: "Selon les mesures comptables standards, le rendement sur actif de l'industrie pharmaceutique (même s'il y a un récent déclin) est en permanence deux à trois supérieur à celui moyen des 500 plus grandes firmes classées par l'hebdomadaire Fortune"¹².

L'exemple J&J

On peut voir la progression de cette situation à partir des comptes de Johnson & Johnson, une des onze majors du secteur. Cette entreprise offre l'avantage d'avoir des statistiques sur une relative longue durée et de ne pas avoir subi trop de fusions, d'acquisitions, qui perturbent le périmètre de l'étude. Nous avons calculé l'évolution de la répartition du chiffre d'affaires entre ces diverses composantes (production, distribution, recherche et le solde, à savoir le bénéfice opérationnel). Cela donne le tableau 2. Nous avons ajouté d'autres données sur les dépenses de personnel, les impôts, etc. toujours rapportées au chiffre d'affaires. Ainsi, on

voit la part des coûts des ventes (c'est-à-dire l'achat de biens et services ou autres pour pouvoir produire) diminuer sur la période ; de même pour la distribution (commercialisation). De ce fait, l'écart entre les ventes et les dépenses grandit, ce qui alimente le profit opérationnel. Un des arguments traditionnels des firmes pharmaceutiques

Graphique 4. Evolution des coûts et des ventes de Johnson & Johnson 1983-2011 (en milliards de dollars)



Source: Johnson & Johnson, Rapport annuel, différentes années.

pour justifier leur rentabilité est la nécessité d'avoir des fonds pour la recherche. On constate que cela ne tient

pas la route. Certes, l'argent pour la recherche augmente proportionnellement au chiffre d'affaires: il passe de 6,8% en 1983 à 11,3% en 2009. Mais le montant des bénéfices progresse en comptant le financement de la recherche. La hausse du profit ne sert donc pas à la recherche, puisque celle-ci est déjà comptabilisée. Elle est utilisée à rémunérer les actionnaires et à accroître la taille de la firme ou son portefeuille de médicaments. En outre, sa croissance dépasse largement celle des fonds alloués à la recherche.

On remarque aussi que les montants des amortissements, alloués pour remplacer le matériel existant et les brevets en cours, restent en proportion relativement constants, ainsi que le niveau des impôts, avec une croissance jusqu'en 2000, puis une nette décélération sous l'administration Bush Jr. En revanche, la part salariale passe d'un tiers environ du chiffre d'affaires en 1983 à un quart environ à partir de 1995. Le graphique suivant présente l'évolution des coûts totaux et des ventes de la transnationale depuis 1983. La différence représente la

progression du bénéfice d'exploitation. On observe une croissance des deux postes. Mais le chiffre d'affaires avance plus vite. D'où l'écart grandit. C'est donc la capacité des firmes pharmaceutiques à imposer une progression des chiffres de ventes plus rapide que celle des coûts (notamment salariaux) qui permet l'augmentation du bénéfice opérationnel.

C'est bel et bien une situation de monopole ou, du moins, de géants oligopolistiques qui contrôlent des segments entiers du secteur. C'est ce qu'on peut retrouver chez d'autres firmes du même type comme IBM, Microsoft, Intel ou les consoeurs pétrolières.

Les mauvais arguments pour justifier les profits élevés

Quand on évoque les profits auprès des dirigeants des transnationales pharmaceutiques, ceux-ci répondent que c'est pour payer des frais de recherches extrêmement importants et risqués. La forte rentabilité serait la condition pour cette incertitude permanente quant à l'issue des coûts de développement engagés. De quoi continuer à attirer les investisseurs dans ce secteur très exigeant. Il y a quelques années, en 1993, le défunt Bureau d'évaluation technologique (Office of Technology Assessment ou OTA en anglais)¹³ a composé un panel d'experts avec de nombreux responsables de ce secteur pour estimer les véritables coûts en recherche de médicaments et les rendements attendus. Celui-ci a relevé des problèmes comptables car la manière officielle d'établir des bilans oublie de calculer les montants des actifs intangibles (ceux concernant les brevets, les marques déposées, etc.). Il a aussi noté que le risque était plus grand dans cette industrie, car une recherche est entamée, mais on ne peut être sûr de son issue positive. Néanmoins, en calculant le taux de profit comme le rapport entre le bénéfice opérationnel et le stock d'actifs fixes, c'est-à-dire les avoirs en terrains, bâtiments, machines, outils, mais aussi en dépôts de brevets, de marques, etc., et en corrigeant pour les imperfections comptables de l'époque, il obtenait bien un reste de surplus par rapport aux autres secteurs qui demeurait inexplicable. Dans ses conclusions, il notait: "L'examen de l'OTA sur le rendement des investisse-

ments en recherche indique que ces rendements sont supérieurs à ceux requis normalement pour rémunérer les investisseurs en fonction des échéances et des risques encourus. L'évaluation du taux économique de profit de l'industrie pharmaceutique dans sa globalité sur une période relativement longue (1976-1987) montre avec évidence des rendements qui sont plus élevés que ceux des firmes non pharmaceutiques de 2 à 3% par an, même après ajustement pour les différences dans le risque pris. Certes, c'est beaucoup moins que ce que suggère une comparaison conventionnelle des rapports de profit, mais c'est suffisamment élevé pour faire de l'industrie un investissement relativement lucratif."¹⁴

Depuis lors, les normes comptables ont été adaptées et comprennent maintenant l'évaluation des brevets, des marques, du goodwill¹⁵. Pour notre part, nous n'avons pas opté pour cette définition du taux de profit, car effectivement cela ne permet pas une évaluation sur le long terme. Nous avons préféré calculer les bénéfices nets sur fonds propres qui indiquent en quoi la rentabilité de l'entreprise rémunère les capitaux qu'y ont mis les investisseurs ou actionnaires. Et là, les résultats sont nets et sans bavure, comme nous l'avons montré. En outre, cette analyse réfute la prise en compte des coûts de recherche pour justifier les bénéfices élevés. En effet, que ce soit le profit opérationnel ou net, il s'obtient après l'affectation des dépenses en recherche et développement (R&D). Il ne faut plus en tenir compte dès lors. Ce n'est plus une justification crédible.

Même chose pour le risque. Il est paradoxal de le mentionner et de regarder les graphiques 2 et 3 qui présentent une constance à la hausse des bénéfices et une rentabilité stable sur le long terme. De plus, cette performance n'est pas réalisée par une compagnie ou une série d'entre elles. Elle est par-

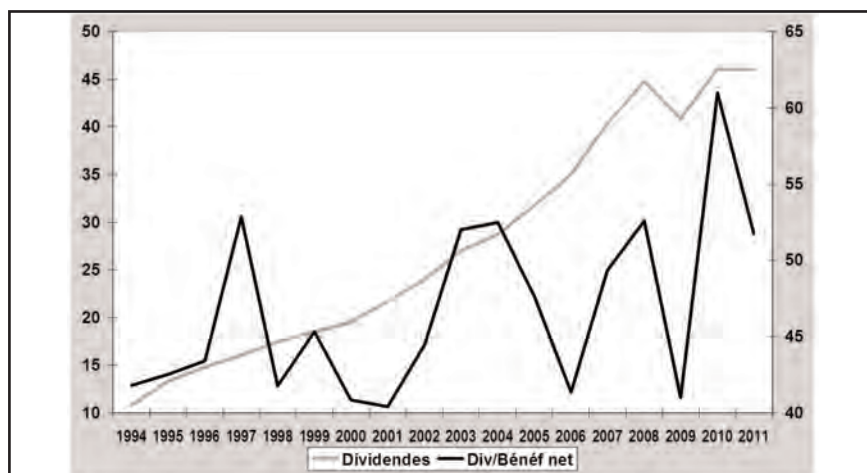
tagée entre toutes les firmes du secteur. Rares sont les pertes. En 2009, les profits nets s'échelonnent de 2,4 milliards de dollars pour Boehringer Ingelheim et 12,9 pour Merck. Depuis lors - et pourtant, nous sommes au cœur de la plus grave crise depuis la Seconde Guerre mondiale -, aucun de ces géants n'a déclaré des résultats négatifs.

S'il y avait un tel risque, une telle constance serait impossible. Au moins, il y aurait des "gagnants" qui tirent peut-être le secteur à la hausse. Mais, à côté, il y aurait des "perdants", des "victimes du risque". Ici, rien. On peut en voir une autre illustration dans le versement des dividendes aux actionnaires. En effet, à quoi servent en réalité ces bénéfices tellement élevés: à rémunérer ces détenteurs de capitaux.

Nous avons mis sur un même graphique l'évolution de ces montants alloués en milliards de dollars (échelle de gauche) et le rapport de ce versement par rapport au bénéfice net (échelle de droite). En effet, le profit net peut essentiellement soit être payé aux actionnaires, soit être réinvesti dans les fonds propres. Nous avons débuté cette investigation en 1994, car nous n'avons pas toutes les données pour les années antérieures. Nous aboutissons au graphique 5.

Le constat est édifiant. D'abord, les dividendes (ligne grise, échelle de gauche) ne cessent d'augmenter. La seule diminution arrive en 2009, non à cause de la crise - on sait que c'est l'année record des bénéfices pour l'industrie -, mais parce qu'il y a deux fusions importantes et donc, le nombre de firmes se réduisant, cela ne compense pas la hausse des rémunérations versées par les compagnies restantes. En clair, Pfizer absorbant Wyeth et Merck Schering-Plough ne distribue pas un montant égal aux deux anciens dividendes, mais simplement un dividende, qui est, de plus, en légère baisse.

Graphique 5. Evolution du versement de dividendes des grands firmes pharmaceutiques (en milliards de dollars; échelle de gauche) et rapport de ce montant aux bénéfices nets 1994-2011 (en %; échelle de droite)



Source: Calculs sur base de Compagnies pharmaceutiques, rapports annuels, différentes années.

Ensuite, le taux de versement est étonnamment constant: il évolue entre 40 et 61%. Autant conclure qu'en moyenne, les entreprises pharmaceutiques utilisent la moitié de leurs profits nets pour les distribuer à leurs actionnaires. Mais, dans ces chiffres, il n'y a nulle part une manifestation d'une prise de risque. Si cela avait été le cas, il y aurait eu des chutes beaucoup plus importantes et des variations plus fortes. On comprend dès lors que l'OTA pouvait conclure en 1993 que le secteur pharmaceutique était un investissement assez lucratif. Aujourd'hui, on se demanderait juste si le terme "assez" n'est pas inutile. Des profits de monopole

Le secteur bénéficie de gains particulièrement élevés d'après tous les critères de rentabilité que l'on peut établir. Ceux-ci ne proviennent pas essentiellement des coûts de recherche et du risque pris par les capitalistes de cette branche. Ils sont issus d'une position de monopole qu'ont réussi à acquérir progressivement ces firmes à la fois dans leur segment spécifique (les maladies nerveuses, l'oncologie, les voies respiratoires...) et sur l'ensemble de l'industrie du médicament.

Richard Smith, rédacteur en chef du très influent *British Medical Journal*, déclarait, à ce titre, en 2003: "L'industrie pharmaceutique est immensément puissante. C'est une des industries les plus rentables, réellement organisée à l'échelle mondiale et étroitement liée aux hommes politiques. En comparaison, la médecine est un gâchis désorganisé".¹⁶ Dans les années 70, on désignait sous le vocable de "Sept Sœurs" le trust pétrolier quasi omnipotent, composé des sept transnationales Exxon, Mobil, Royal Dutch/Shell, BP, Chevron, Texaco et Gulf¹⁷. On devrait peut-être appeler celui qui s'est constitué dans le secteur, le Conseil des Douze¹⁸.

Notes

1. Hoffmann-La Roche est le nom de la société pharmaceutique créée en 1896 par Fritz Hoffmann-La Roche; Roche est le nom du holding qui la contrôle.
2. La société israélienne Teva Pharmaceutical est le premier producteur de génériques dans le monde. Son chiffre d'affaires de 18 milliards de dollars est supérieur à celui d'Amgen (15 milliards).
3. Essentiellement en négligeant les performances antérieures des firmes les plus petites rachetées par les géants du secteur. [les graphiques suivants sur la progression des ventes et des profits des géants du secteur.
4. Calculs sur base de US Census Bureau, *The 2010 Statistical Abstract, National Health Expenditures — Summary, 1960 to 2007*,

and Projections, 2008 to 2018: <http://www.census.gov/compendia/statab/2010/tables/10s0127.pdf>.

5. Calculs sur base d'OMS, *Statistiques sanitaires mondiales 2010*, pp.130-139 :

http://www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS10_Full.pdf.

6. 110.000 habitants sur une superficie de 811 km², soit trois fois moins que le Luxembourg.

7. IMS Health, « IMS Study Forecasts Rebound in Global Spending on Medicines, Reaching Nearly \$1.2 Trillion By 2016 », 12 juillet 2012.

8. IMS Health, « Marché pharmaceutique en France et dans le monde: bilan 2011 et perspectives », 25 avril 2012.

9. Nous n'avons pas pu remonter davantage, car il nous manquait des données pour certaines firmes.

10. Ce qu'on associe souvent en anglais à l'EBIT : earnings before interest and taxes.

11 Sans Boehringer Ingelheim et le département santé de Bayer.

12. Congress of United States (CBO), *Research and Development in the Pharmaceutical Industry*, octobre 2006, p. 44:

<http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/ftpdocs/76xx/doc7615/10-02-drug-d.pdf>.

13. Cela a été une agence du Congrès américain de 1972 à 1995, supprimée par l'administration Reagan la jugeant totalement inutile.

14. OTA, Washington, février 1993, p. 104 :

<http://www.fas.org/ota/reports/9336.pdf>.

15. En français, on traduit goodwill par écart de valorisation. Il s'agit d'une estimation de la part de la direction sur son capital immatériel (marque, brevet, réseau...), différente de celle qui est comptabilisée historiquement. Ainsi, si ce capital est inscrit pour 100 millions de dollars, mais que le management l'évalue en fait à 300 millions, il peut noter la différence en goodwill. Celui-ci peut apparaître aussi lors de l'acquisition d'une firme, car le prix d'achat peut être supérieur à sa valeur comptable ou même boursière. De nouveau, la différence peut être inscrite en goodwill.

16. Cité dans Dirk van Duppen, *La guerre des médicaments. Pourquoi sont-ils si chers?*, éditions Aden, Bruxelles, 2005, p.17.

17. Par fusion, il en reste quatre: ExxonMobil, Royal Dutch/Shell, BP et Chevron, qui a repris Gulf, puis a fusionné avec Texaco.

18. Avec une petite interrogation sur l'identification du douzième: Bayer, qui n'est pas proprement pharmaceutique ou Boehringer Ingelheim, qui est manifestement moins puissant que les onze autres. D'autre part, la vague de fusions et d'acquisitions n'est pas terminée. Donc qu'en restera-t-il dans dix ans?

La constitution d'un monopole

Les bénéfices élevés de l'industrie pharmaceutique relèvent de la rente de monopole. Ils sont devenus possibles, car les prix ont pu augmenter au-delà des coûts initiaux. Et ce, au détriment soit des patients, soit de la sécurité sociale. Mais comment une telle situation a-t-elle été rendue possible? Un petit retour sur le passé du secteur.

Les firmes pharmaceutiques présentent leur industrie comme très concurrentielle, avec des firmes qui se battent les unes contre les autres pour gagner une petite part de marché. Ainsi, Wyeth avance dans son rapport annuel de 2008: "Nous opérons au sein d'une industrie pharmaceutique hautement compétitive"¹. Eli Lilly ajoute un an plus tard: "Nos produits pharmaceutiques entrent en concurrence avec des biens manufacturés par de nombreuses autres compagnies sur des marchés très compétitifs partout dans le monde"². Ce à quoi Merck réplique: "Les marchés sur lesquels notre entreprise conduit ses activités et l'industrie pharmaceutique sont à la fois extrêmement concurrentiels et régulés"³.

On pourrait multiplier ainsi les citations. Dans n'importe quel document quelque peu analytique d'une de ces entreprises ou de leurs fédérations, on retrouve ces notions de concurrence, de bataille entre compagnies rivales, qui, en outre, serait bénéfique pour l'innovation, la créativité et la découverte de nouveaux médicaments. Non seulement la situation est difficile pour chaque firme, ce qui justifie tous

les petits travers et avantages dont celle-ci pourra bénéficier de la part des pouvoirs publics, mais en outre cela maintient le secteur dans une atmosphère saine de dynamisme, d'invention et de renouvellement permanent.

Il faut bien dire que ceci est un mythe complet. D'un côté, s'il y a compétition, celle-ci ne joue éventuellement que sur la question de la découverte d'une nouvelle molécule aux effets guérisseurs ou sur la bienveillance ou même le soutien des pouvoirs publics pour obtenir des avantages particuliers. Tout le reste est terriblement régulé et encadré. De l'autre côté, tous les spécialistes du secteur observent justement que le nombre de découvertes, d'innovations réelles diminue de façon drastique. Ils en concluent d'ailleurs que, s'il fallait trouver où allait se dérouler de nouvelles percées en termes de médicaments, ce n'était certainement pas dans les départements de recherches des transnationales, jugés trop bureaucratiques ou conformistes.

Mais comment cette situation s'est-elle construite? Un petit retour dans l'histoire.

Les fous du labo

Les premiers laboratoires pharmaceutiques naissent au XIX^{ème} siècle. Ils sont petits et peuvent inventer un peu n'importe quoi, à partir d'expériences diverses. Il suffit de parcourir les trajectoires des géants actuels. Leurs origines remontent toutes à cette époque, avec l'un ou l'autre précurseur: trois frères Johnson, Robert Wood, James Wood and Edward Mead, en 1886 au départ de Johnson & John-

son; le Dr. Ernst Christian Schering à Berlin en 1851 pour Merck; les cousins Charles Pfizer et Charles Erhart en 1849 pour Pfizer; Thomas Beecham en 1842 à Londres pour la société qui porte le même nom et qui sera incorporée dans GSK; le colonel Eli Lilly, un vétéran de la guerre civile américaine, en 1876 à Indianapolis pour la firme qui a adopté son nom; Edward Robinson Squibb en 1858 pour Bristol-Myers Squibb; Fritz Hoffmann-Laroche en 1896 à Bâle pour l'entreprise qui s'appelle toujours comme telle; et on pourrait continuer ainsi. Beaucoup d'entre eux s'occupent d'abord de procédés chimiques ou de teintures.

Mais la véritable percée arrive en 1935, lorsque des chercheurs de Bayer⁴ découvrent une nouvelle molécule, le prontosil, un sulfamide qui sera utilisé pour traiter la syphilis. Ce sera le premier médicament antibactérien commercialement exploitable, annonciateur de la chimie thérapeutique. Cela ouvre la porte à d'autres innovations: la pénicilline, trouvée en 1928 par Alexander Fleming, est testée pour la première fois positivement en 1941; la streptomycine, antibiotique antibactérien, est découverte en 1943 par Selman Waksman pour combattre la tuberculose; la première dialyse rénale est effectuée en 1944...

Durant les années qui suivent la Seconde Guerre mondiale, c'est l'euphorie. Les laboratoires s'en donnent à cœur joie. Les avancées se multiplient. En 1949, la cortisone est synthétisée dans les laboratoires Merck, permettant de combattre de nombreuses allergies.

Seulement les conditions d'expérimentation sont souvent laissées à la discrétion des chercheurs. Les médicaments sont testés sur des animaux, puis rapidement un nombre limité de cobayes humains sont utilisés, avant de mettre le produit sur le marché. Il faut, en général, trois ans entre le dépôt du brevet et la mise en vente du produit qui en résulte. C'est court. Trop court.

En 1957, le thalidomide est commercialisé par la firme allemande Chemie Grünenthal. C'est un tranquillisant pour femmes enceintes. Mais très peu d'études de toxicité ont été effectuées. Aucune réelle mise en garde n'a été prononcée. Il est même en vente libre à un certain moment. En Belgique, il est commercialisé sous la marque Softénon. En 1961, les doutes sur les effets secondaires du produit apparaissent rapidement: le médicament provoque des malformations importantes chez les nouveaux-nés des femmes qui l'avaient pris. On estime à 12.000 les enfants qui en seront victimes⁵. A partir de 1962, la pilule est retirée progressivement partout dans le monde, dans un parfum de scandale judiciaire.

En cause: les méthodes rapides qui amènent une molécule de sa découverte à sa forme marchande. Les firmes pharmaceutiques ont intérêt à réduire ce temps, puisque, une fois le brevet déposé, celui-ci ne protège généralement l'innovation, avec exclusivité d'exploitation, que pendant vingt ans. Elles veulent aller vite... mais au détriment de la santé. Les autorités publiques estiment que cela entraîne trop de risques sanitaires. Elles vont réglementer pour alourdir la procédure de vérification et d'homologation. Dorénavant, il faudra apporter davantage de preuves que le médicament ne comporte pas de nocivité et des effets non souhaités à plus long terme. En particulier, les tests dits cliniques sur des patients volontaires seront allongés. En gros, la procédure totale va prendre

une dizaine d'années, avant de pouvoir en moyenne commercialiser la molécule salvatrice. Ainsi, aux Etats-Unis, le pouvoir de la FDA (Food and Drug Administration; Agence fédérale américaine des produits alimentaires et médicamenteux en français) est largement renforcé, obligeant certains produits à n'être délivrés que sous ordonnance médicale.

Ces dispositions seront combattues farouchement par les entreprises pharmaceutiques, arguant que cela allait inhiber leur force créatrice. Seulement, les pouvoirs publics ne se sont donné les moyens de contrôle du secteur qu'à moitié. En effet, ils imposent une vérification et un contrôle accru sur le médicament qui devra être commercialisé. Mais qui peut effectuer cette preuve, sinon l'industrie elle-même qui a les capitaux nécessaires pour le faire? Qui peut se lancer dans de longs tests cliniques sinon des géants qui peuvent investir à plus ou moins long terme?

Les grands laboratoires ambitieux vont bien vite s'en rendre compte. En fin de compte, ils détiennent le savoir et ont les moyens de réaliser les tests nécessaires. D'ailleurs, avec le temps, leur pouvoir ne peut qu'augmenter, car les investissements en capital seront de plus en plus importants. Et si une opposition naît dans les milieux académiques, on pourra éventuellement à coup d'argent la noyer ou même l'anéantir. Mais, par rapport aux concurrents, qui n'ont pas cette assise financière, c'est l'occasion de les éliminer une fois pour toutes.

Cet allongement à plus de dix ans des tests de vérification des molécules implique aussi un raccourcissement de la durée pendant laquelle un brevet conserve son exclusivité. Pour les firmes pharmaceutiques, cela va justifier en réalité les hausses de prix, puisqu'il faudra récupérer en moins de

temps les investissements en recherches et rémunérer les actionnaires. Mais qu'importe! Ce développement accorde une position de monopole à l'entreprise qui réussit ce concours. C'est soit la sécurité sociale qui paiera, en cas de médicament remboursé; ou alors le patient, dans le cas contraire.

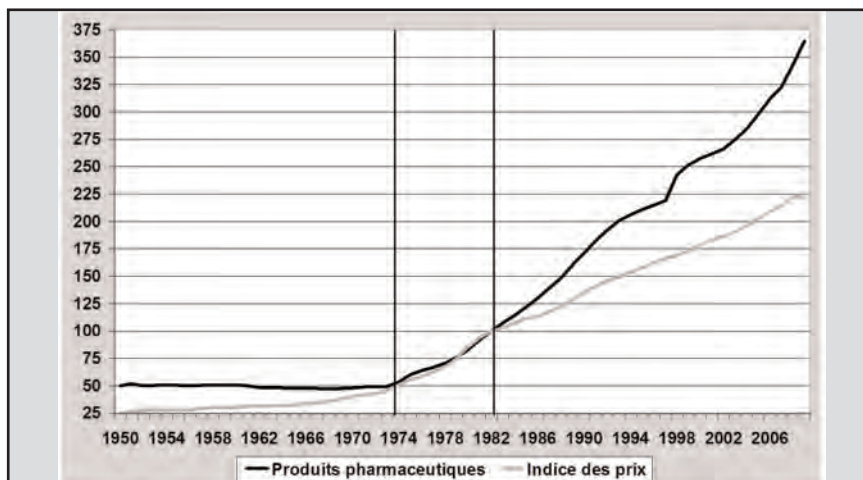
Années 70: le grand tournant

C'est au cours des années 70 et au début des années 80 que la transformation se passe. On peut l'observer dans les statistiques américaines, généralement mieux organisées et mieux tenues que celles d'Europe. On comparera ainsi l'évolution des prix des produits pharmaceutiques à celle des biens domestiques consommés aux Etats-Unis, depuis 1950. Cela donne le graphique 6.

On a ajouté deux traits, l'un pour 1974, l'autre pour 1982 pour marquer les trois périodes d'évolution des prix. Avant 1974, les tarifs des médicaments aux Etats-Unis sont assez stables, alors que ceux des autres biens de consommation montent progressivement et rattrapent d'une certaine manière le niveau des produits pharmaceutiques. Entre 1974 et 1982, période de grande inflation: les prix grimpent très vite pour tous les biens et services. D'où une politique de la Federal Reserve, la banque centrale américaine, de hausser les taux d'intérêt pour ralentir le crédit et donc l'activité économique. L'effet en est, après 1982, une décélération de l'indice des prix à la consommation, alors que la courbe tarifaire du secteur de la santé ne varie pas d'un iota. Résultat: par rapport à 1982, l'index a pratiquement doublé alors que le niveau des prix des médicaments a été multiplié par 3,7.

Incontestablement, ce sont des comportements de monopole. Les firmes pharmaceutiques peuvent imposer des prix plus élevés que la moyenne et en tirer les profits nécessaires à leur

Graphique 6. Evolution du prix des produits pharmaceutiques comparé à l'indice des prix aux Etats-Unis 1950-2009 (1982=100)



Source: Bureau of Labor Statistics, Consumer Price Indexes, Databases & tables: <http://stats.bls.gov/data/#prices>.

accumulation propre. On peut mettre le doigt sur l'apparition manifeste du phénomène aux Etats-Unis: à partir de 1982. Nous avons déjà pointé sur le graphique 3 que, dans les années 80, la rentabilité du secteur commençait à dépasser largement celle des autres grandes entreprises.

Autre indicateur: la hausse des prescriptions de médicaments. C'est l'objet du graphique 7.

On remarque que, rapportées au total des dépenses de santé en hausse constante sur l'ensemble de la période, les ventes de médicaments baissent jusqu'en 1982. Ensuite, la courbe remonte sensiblement pour atteindre des niveaux relatifs inégalés jusqu'alors: plus de 10% à partir de 2003.

On prescrit des médicaments de plus en plus chers. Cela avantage incontestablement les grandes firmes

Graphique 7. Evolution de la part des prescriptions de médicaments dans les dépenses de santé aux Etats-Unis 1960-2010 (en %)



Source: US Department of Health & Human Services, "National Health Expenditures by type of service and source of funds 1960-2208": <http://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/downloads/nhe2008.zip>

pharmaceutiques, qui peuvent progressivement à la fois constituer une rentabilité bien supérieure à la moyenne et un capital de plus en plus important qui va devenir essentiel pour éliminer les concurrents.

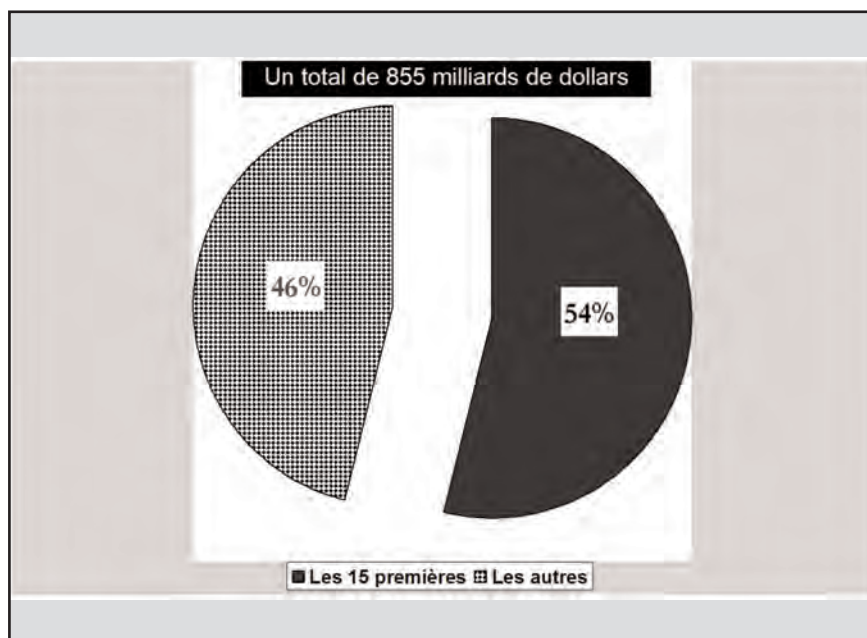
Les grands vainqueurs du Monopoly

Joseph Stiglitz a reçu ce qu'on appelle le prix Nobel d'économie (mais qui est en fait offert par la Banque de Suède) en 2001 pour ses travaux sur l'asymétrie de l'information principalement dans les processus décisionnels financiers. Economiste en chef de la Banque mondiale, il démissionne de son poste en 1999, dégoûté par la manière dont les institutions internationales ont agi lors de la crise asiatique aggravant celle-ci au lieu de servir les populations locales affectées. Peu auparavant, il dirigeait l'organe économique chargé de conseiller le président américain de l'époque, Bill Clinton.

De cette période, Stiglitz raconte: "Quand j'étais président du Council of Economic Advisers, j'ai constaté que les chefs d'entreprise qui venaient nous demander de l'aide professaient presque invariablement trois principes. Premièrement, leur totale opposition aux subventions. Pour tout le monde. Sauf pour eux. (...) Deuxièmement, leur attachement profond à la concurrence. Dans tous les secteurs. Sauf le leur. (...) Enfin, leur volonté de promouvoir l'ouverture et la transparence. Partout. Sauf dans leur branche."7 C'est parfaitement applicable au secteur pharmaceutique: la concurrence, la transparence, la fin des aides gouvernementales... partout sauf dans leur industrie.

Les tableaux établis par IMS Health indiquent qu'une quinzaine de firmes assurent plus de la moitié des ventes de médicaments dans le monde, comme le montre le graphique 8.

Graphique 8. Part des 15 plus grandes firmes pharmaceutiques dans la vente de médicaments dans le monde en 2011



Source : Calculs sur base d'IMS Health, Top 20 Global Corporations, 2011 : http://www.imshealth.com/deployed-files/ims/Global/Content/Corporate/Press%20Room/Top-Line%20Market%20Data%20&%20Trends/2011%20Top-line%20Market%20Data/Top_20_Global_Companies.pdf

Le marché mondial représente un montant de 855 milliards de dollars. Les quinze leaders (Pfizer, Merck, Novartis, Sanofi, GSK, AstraZeneca, Roche, Johnson & Johnson, Eli Lilly, Abbott Laboratories, Teva, Bayer, Boehringer Ingelheim, Amgen et Takeda) en vendent pour une somme cumulée de 462 milliards de dollars.

Nous ne parlons pas d'un produit homogène comme la voiture qui peut se décliner suivant différents modèles pour des revenus variés et qui sert à une seule fonction centrale: le transport. Il y a une foule de produits pharmaceutiques qui ne sont pas du tout en concurrence entre eux parce qu'ils traitent des maladies ou des fléaux totalement diversifiés (le cancer, les voies respiratoires, le tube digestif, l'ophtalmologie, le système nerveux, les épidémies...). Que quinze firmes approvisionnent 54% de la totalité de ce marché indique une concentration énorme.

En 2004, le leader du marché, Pfizer, détient une part de 9,3%, ce qui a été réduit à 6,6% en 2011. Mais, en 1987, le numéro un, Merck, n'avait que 5%⁹. En 1978, Hoechst (aujourd'hui fusionné dans Sanofi) ne dépassait pas les 3,8%, alors que ses concurrents affichaient entre 1 et 2%⁹. Aujourd'hui, à côté de Pfizer, Novartis dispose d'une part de 6% et Merck, Sanofi, AstraZeneca, Roche et GSK ont, tous, entre 4 et 5%.

En 1985, les dix premières firmes du secteur possédaient 20% des ventes¹⁰. En 2011, elles en assurent 43%. On voit le chemin parcouru.

Des molécules en fusion

Pour prendre part à ce festin gargantuesque, croître par des moyens internes ne suffit plus. Il faut grandir et vite. Cela signifie racheter d'autres compagnies plus petites, en particulier celles qui ont construit de belles per-

formances sur un segment particulier qu'on peut reprendre dans son portefeuille des produits. Ou alors carrément fusionner avec une autre grosse pointure avec le risque de perdre le contrôle sur son ancienne entité. Mais avec des bénéfices pareils, le jeu en vaut la chandelle.

Les affaires commencent dans les années 70, mais les choses sérieuses une décennie plus tard. C'est à ce moment que les plus importantes des entreprises pharmaceutiques entrent dans le gotha industriel mondial. Elles marquent leur territoire: bénéfices pas encore exceptionnels, car il y a mieux en cette période, mais en croissance constante; taux de profit parmi les meilleurs, grâce à des prix dits de monopole; marges opérationnelles déjà au-dessus du lot.

Mais les coûts des tests cliniques augmentent eux aussi. Il faut tenir au moins dix ans avant que "son" médicament puisse être enfin commercialisé et donc rapporter de l'argent. Il faut des structures capitalistiques que les firmes n'ont pas nécessairement. Pas de problème! Elles les acquerront par fusion et acquisition.

Le tableau de l'annexe 3 retrace l'évolution des principales opérations en ce domaine depuis 25 ans. Et cela commence en 1989 par la fusion d'une ancienne firme britannique, celle de Thomas Beecham, avec la société américaine des Smith, des Kline, des French pour former SmithKline Beecham. Le montant imputé à la transaction s'élève à près de 8 milliards de dollars, un montant énorme pour l'époque. Mais il sera immédiatement battu, la même année, par l'association menée entre Bristol-Myers et Squibb, deux compagnies à l'origine new-yorkaises. L'opération porte cette fois sur 12 milliards de dollars. On n'a encore rien vu.

En 1996, les deux firmes suisses Ciba-Geigy et Sandoz décident de ma-

rier leurs destinées, pour un montant de 30,1 milliards de dollars. La nouvelle multinationale s'appellera Novartis et s'inscrit d'emblée dans le top 3 des entités pharmaceutiques.

Trois ans plus tard, deux géants européens décident de se mettre ensemble. D'un côté, il y a la société suédoise Astra, née en 1913 et leader dans son pays. De l'autre, il y a Zeneca, le département filialisé de la transnationale chimique anglaise ICI. Dans un moment baigné par le "Too Big is not good"¹¹, cette dernière se scinde en deux: la partie pharmaceutique, qui reçoit les actifs les plus intéressants, et l'ancienne ICI qui poursuit en chimie traditionnelle, mais se retrouve au final assez mal dotée¹². La fusion dépasse les records précédents avec un montant de 34,6 milliards de dollars.

Et cela continue. L'année suivante, Pfizer, qui vise la première place du secteur, s'associe à un autre monstre du médicament, Warner-Lambert, lui aussi américain. La transaction atteint les 90 milliards de dollars. C'est un sommet qui ne sera pas égalé... jusqu'à présent.

L'autre grande opération de 2000 est la fusion entre une firme que nous avons déjà mentionnée pour son regroupement, SmithKline Beecham, et l'entreprise britannique GlaxoWellcome, elle-même tirée d'une mise en commun en 1995 (entre Glaxo et Wellcome). La nouvelle entité porte le nom de GlaxoSmithKline, GSK pour les intimes. Mais les sommes en jeu étaient légèrement inférieures à celles de Pfizer: seulement 74 milliards de dollars.

Pfizer va sans doute se sentir le vent en poupe, car il recommence une opération de fusion en 2003 avec Pharmacia, qui incorpore déjà Upjohn et Monsanto (dont les activités plus agricoles seront séparées dans une nouvelle entité "New Monsanto"), ainsi que Searle dont le président est alors l'an-

cienn et futur secrétaire à la Défense, Donald Rumsfeld. Pfizer a pris la tête du secteur pour un montant de quelque 60 milliards de dollars.

Ces mouvements inquiètent les Français, en particulier les pouvoirs politiques, dont un certain Nicolas Sarkozy, qui a hérité du gros portefeuille des Finances, de l'Economie et de l'Emploi. Traditionnellement, le leader hexagonal de l'industrie pharmaceutique Rhône-Poulenc est construit sur le modèle allemand: un grand développement chimique à l'origine, avec l'émergence d'une division pour les médicaments. Mais les départements allemands ont pris de l'avance. En 1991, l'entreprise française rachète une filiale américaine Rorer pour 3,4 milliards de dollars. Elle y place toutes ses activités pharmaceutiques. En 1998, elle filialise également tout son secteur chimique sous le nom de Rhodia. Cela lui permet de fusionner un an plus tard avec le géant allemand Hoechst pour 21,9 milliards de dollars et d'abandonner Rhodia à son sort. Une nouvelle coopération franco-allemande, représentant l'Europe continentale dans le domaine de la santé.

Mais Sarkozy ne l'entend pas de cette oreille. Il préfère s'appuyer sur une force de frappe proprement française. Il est bien introduit chez les Bettencourt qui dirigent L'Oréal, celle-ci contrôlant Synthélabo, laboratoire moyen. De même, le géant pétrolier Elf a lui-même développé une activité aval dans le médicament, Sanofi, qu'il possède totalement, mais qui reste très petite. Déjà, en 1999, l'Etat français est bien content d'apprendre que ces deux entités fusionnent pour former un second acteur national dans ce secteur stratégique à plus d'un égard.

Pas encore président, mais toujours à la tête de la politique industrielle, Sarkozy va organiser une véritable OPA sur le groupe franco-allemand, sans doute toujours occupé à panser

les plaies des restructurations à la suite du regroupement. En 2004, il incite le petit Sanofi-Synthélabo à racheter le gros Aventis pour la bagatelle de 65,5 milliards de dollars. Les liquidités de la grenouille ne dépassent pas les 4,3 milliards de dollars. Pourtant, l'opération marche et Sanofi, société purement française, car les Allemands sont progressivement éjectés des postes de responsabilité, s'installe au firmament pharmaceutique.

Le décor est maintenant bien planté: quinze firmes dominent l'essentiel de la production des médicaments. Elles en assurent environ 60% des parts de marché au milieu de la première décennie du nouveau siècle.

Mais les appétits insatiables vont resurgir en 2009. Ce ne sont plus des firmes moyennes qui se mettent ensemble pour devenir leaders. Ce sont des géants, des entreprises du top 15, qui s'assemblent pour peser encore davantage sur la politique de la santé. Les dangers qui menacent depuis longtemps se font de plus en plus pressants. La production de génériques, normalement moins chers, grimpe. L'Inde, par exemple, s'en fait une spécialité. Et les transnationales pharmaceutiques sont de plus en plus pointées du doigt pour leurs comportements très peu éthiques. En 1998, la fédération de l'industrie dépose une plainte contre l'Afrique du Sud qui achète un générique pour faire face à la maladie du sida qui ravage le pays. Devant le tollé international que cela provoque, elle est obligée de retirer sa demande, essayant d'arranger les choses par les représentants américains et européens en charge du commerce et qui lui sont plus favorables.

De ce fait, Pfizer va racheter Wyeth, à peine moins grosse que lui, pour 68 milliards de dollars; Merck, relativement sage dans ces frénésies de dépenses, reprend Schering-Plough

pour 41,1 milliards; et Roche acquiert définitivement Genentech, spécialisée dans les découvertes biotechnologiques, pour 46 milliards. Ce ne sont plus quinze firmes qui dominent le secteur, mais onze, douze, treize maximum. Rien ne dit que c'est d'ailleurs terminé.

Quand on se rappelle des laboratoires moyens des années 70 et que l'on regarde les géants actuels, on s'aperçoit du chemin parcouru. L'annexe 1, qui retrace l'évolution simplifiée, mais mouvementée, pour former l'actuel Pfizer, ou l'annexe 2, qui reprend la même démarche pour un groupe encore plus diffus, GSK, témoignent de ces bouleversements.

On a estimé que la valeur cumulée des fusions et acquisitions durant la première décennie du nouveau siècle (2000-2009) se montait à 690 milliards de dollars¹³. C'est un sacré chiffre, surtout si on le compare aux dépenses de recherches, censées être le centre névralgique du secteur, des principales firmes¹⁴. Ces dernières ne dépassent pas les 547,6 milliards de dollars, soit quelque 140 milliards de moins que les fusions et les rachats. En clair, pour être numéro un dans l'industrie pharmaceutique et bénéficier de la rente monopolistique, le meilleur est de racheter son plus proche concurrent.

Comment conserver sa rente?

Les dangers s'accumulent, même pour des géants comme eux. Mais, comme nous l'avons souligné, les transnationales du secteur ont plus d'un tour dans leur sac pour conserver leur position privilégiée.

Ainsi, ils peuvent ajouter des conditions supplémentaires aux brevets déposés. Ils peuvent préciser que l'un d'eux qui était destiné à résoudre des problèmes du cancer du sein peut maintenant être aussi utilisé pour celui

de l'estomac. On appelle cela des "grappes de brevets" ("patent clusters" en anglais) ou un "maquis de brevets" ("patent thickets" en anglais). Le Dr. Dirk van Duppen constate, par exemple, que 26 licences différentes sont liées au Tagamet, le premier médicament à succès contre les remontées acides dans l'œsophage et un des "blockbusters" de GSK¹⁵.

Une autre manière d'agir est de créer un nouveau médicament à partir d'un changement minimal dans la molécule de base, assurant une efficacité plus grande, selon la firme qui met au point ce nouveau brevet. De cette façon, on est reparti pour vingt ans avec un nouveau médicament qui a la couleur, qui a le goût de l'ancien, mais qui n'est pas l'ancien.

Grâce au succès du Tagamet, Astra, la firme suédoise qui fusionnera avec Zeneca, lance en 1989 le Losec. La formule se base sur cinq molécules au lieu de quatre et s'appelle en termes un peu plus techniques un inhibiteur de la pompe à protons¹⁶. Le brevet fondamental expire en avril 2001 aux Etats-Unis, en 2004 au Japon et de 2002 à 2005 pour la plupart des pays européens. En outre, certaines licences durent jusqu'en 2007. Mais les chercheurs d'AstraZeneca mettent immédiatement dès 2000 un nouveau produit du même type, le Nexium, dont les effets cliniques sont déclarés supérieurs, de sorte à justifier le passage des patients du Losec au Nexium. Et, pour ce dernier, les brevets expirent en 2014 en Europe, 2015 aux Etats-Unis et 2020 au Japon.

Au moment proche de la fin de la licence exclusive, la firme dépose une série de plaintes judiciaires contre d'éventuels concurrents, susceptibles ou en train de produire des génériques. Les allégations de la transnationale peuvent être parfaitement infondées. Cela n'a qu'une importance secondaire.

L'essentiel est de montrer qu'on est prêt à défendre son médicament, y compris en consacrant des coûts élevés d'avocats. De quoi impressionner d'éventuels copistes, qui ne disposent pas toujours d'autant de moyens. En outre, cela peut faire retarder l'introduction de la "copie", le temps d'une décision judiciaire.

Dès 1998, AstraZeneca va ainsi poursuivre Andrx Pharmaceuticals et Genpharm pour violation de la propriété intellectuelle sur l'oméprazole, la substance à la base du Losec. Un an plus tard, elle attaque Kremers Urban Pharmaceuticals et Schwarz Pharma, deux filiales d'UCB qui produisent des génériques, Cheminor Drugs, Reddy-Cheminor et Schein Pharmaceuticals. En 2000, c'est au tour de Lek Pharmaceutical and Chemical, Eon Labs Manufacturing et Mylan Pharmaceuticals de subir les foudres judiciaires de la transnationale. Dans la plupart des cas, celle-ci risque de perdre. Par exemple, en octobre 2000, la justice australienne donne raison à Alphapharm Pty pour continuer la fabrication de génériques, affirmant que le brevet du Losec n'est plus valide¹⁷. Sur la base d'une enquête effectuée par la Commission européenne entre 2000 et 2007¹⁸, le nombre de différends entre firmes pharmaceutiques et fabricants de génériques ont quadruplé entre les deux dates. Si ces conflits sont conclus par une procédure à l'amiable, ils entraînent dans plus de la moitié des cas des limitations pour l'entreprise de génériques. Si l'affaire est jugée, par contre, dans 62% des cas, c'est celle-ci qui l'emporte. Mais il faut attendre un délai moyen de 2,8 ans pour une décision judiciaire, 6 mois dans certains Etats, six ans pour d'autres. Et le coût total des litiges s'élève à 420 millions d'euros.

Une autre méthode est de devenir son propre producteur de génériques. L'avantage est que la firme a en mains les conditions de production,

qu'elle ne doit pas créer de toutes pièces. Moyennant une baisse de prix de 10 à 20%, l'entreprise dispose des atouts pour faire reculer des concurrents qui doivent démarrer de zéro devant le leader incontesté du marché, avec une diminution des tarifs certes plus importante, mais qui laissera des marges bénéficiaires bien moindres.

Comme l'écrit Philippe Pignarre: "en fabriquant un générique vendu 10% moins cher que l'original, par exemple, l'industriel bloque le génériqueur potentiel qui aurait pu le proposer 30% ou 40% moins cher, mais pour qui le jeu n'en vaut désormais plus la chandelle"¹⁹. C'est pourquoi des produits dont la licence est expirée peuvent continuer à engendrer des ventes et donc des profits importants.

Enfin, la nouvelle grande stratégie pharmaceutique est de se concevoir telle une firme de cosmétiques. Pour celle-ci, il y a la société de tête, par exemple L'Oréal ou LVMH, puis il y a les marques (Garnier, Lancôme, Cacharel, Vichy, Dior, Vuitton...). Le but est de fidéliser la clientèle à un nom particulier qui ne représenterait plus un médicament, mais un ensemble de services médicaux dits de qualité. On dépasse largement le cadre du brevet alors, car le patient achète en priorité le produit de la marque en question. Le client établit lui-même sa propre médication, choisit le moyen adéquat de se soigner au sein de la gamme et se rend de plus en plus dépendant du groupe pharmaceutique. Plus besoin de médecin que dans les cas graves.

Il suffit de voir les sites des entreprises pour voir à l'œuvre cette politique axée sur la publicité et la commercialisation. Chez Johnson & Johnson, on soigne son diabète soi-même avec One Touch et des conseils alimentaires diffusés sur le site de la marque. Pour Merck, les allergies - pourtant dieu sait combien il y en a de différentes - sont traitées par Claritin,

conjugué avec une série impressionnante de variétés. L'étape suivante est de justifier la prise du médicament en permanence. Ce qui est en train d'arriver pour l'aspirine de Bayer. Non seulement c'est un anti-douleur et un anti-inflammatoire et permet également de calmer des fièvres. Maintenant elle serait un tranquillisant permettant de vivre plus longtemps. Mais il faudrait en prendre une par jour²⁰. De quoi assurer l'avenir à long terme, ainsi que les bénéfices de la transnationale allemande. Inutile d'ajouter que de tels développements font horreur aux spécialistes, qui les trouvent au minimum hasardeux, car on ignore généralement les effets secondaires et les accoutumances du corps humain provoqués par une telle fidélisation.

Résumons...

Le secteur pharmaceutique s'est constitué en un puissant cartel monopolistique, qui peut imposer des prix élevés et se voir ainsi récompensé par des bénéfices plantureux. Cette situation s'est forgée dans les années 70, avec l'exigence de la part des pouvoirs publics de tests plus approfondis pour homologuer les médicaments. Cela s'est traduit par nombre de fusions qui ont abouti à la constitution d'un groupe d'une douzaine de firmes, le Conseil des Douze, quasi omnipotent dans l'industrie. Ceci n'a été évidemment possible qu'avec le concours soit actif, soit tacite, des autorités publiques. C'est ce que montre le parcours particulièrement interpellant de Stanley Adams. Directeur de la production chez Hoffmann La Roche, il découvre en 1973 des documents internes à son entreprise montrant que celle-ci maintenait artificiellement à la hausse les prix des vitamines qu'elle vendait. Il livre ces témoignages à la Commission européenne pour inculpation. Malheureusement, dans ses investigations, la CEE révèle la source de ses informations.

En Suisse, Adams est accusé d'espionnage industriel et mis en prison pendant six mois. Comme il risquait vingt ans de geôle, sa femme se suicide. Lui-même doit se réfugier en Angleterre, lorsqu'il est remis provisoirement en liberté. Il ne mâche pas ses mots: "Je ne suis pas contre le profit. Je suis un homme d'affaires. Mais je n'aime pas les marges excessives. Ce qui me révolte dans l'industrie pharmaceutique, c'est le fait que les transnationales ne se satisfont même pas de bénéfices exorbitants... Elles ignorent le public sur le dos duquel elles réalisent ces gains faramineux, colossaux."²¹.

Notes

1. Wyeth, Rapport annuel 2008, form 10-K, pp.1-7 : <http://www.sec.gov/Archives/edgar/data/5187/000119312509039448/d10k.htm>.
2. Eli Lilly, rapport annuel 2009, forme 10-K, p.4 : <http://investor.lilly.com/common/download/sec.cfm?companyid=LLY&fid=950123-10-14958&cik=59478>.
3. Merck, Rapport annuel 2009, form 10-K, p.11 : <http://www.merck.com/investors/financials/form-10-K-2009-final.pdf>.
4. Elle-même issue de la rencontre entre Friedrich Bayer et Johann Friedrich Wesscott qui forment en 1863 à Barmen, dans l'actuel district de Wuppertal, une société de teintures synthétiques.
5. Philippe Pignarre, *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, éditions La Découverte, Paris, 2004, p.47.
6. Le comité des conseillers économiques, un groupe d'économistes directement rattachés à la Maison Blanche pour l'aider à comprendre et à analyser la situation économique.
7. Joseph Stiglitz, *Quand le capitalisme perd la tête*, Paris, éditions Fayard, 2003, pp.198-199.
8. Philippe Pignarre, op. cit., p.86.
9. Raymond Rigoni, Adrian Griffiths & William Laing, *Les multinationales de la pharmacie*, éditions PUF, Paris, 2005, pp.9-11.
10. Congress of United States (CBO), *Research and Development in the Pharmaceutical Industry*, octobre 2006, p.39 : <http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/ftpdocs/76xx/doc7615/10-02-drug-d.pdf>.
11. Il n'est pas bon d'être trop grand.
12. Elle sera rachetée en 2007 par Akzo Nobel.
13. Irving Levin Associates, «Ten-Year Data on Pharmaceutical Mergers and Acquisitions, from DealSearchOnline.com, Reveals Top Deals and Key Companies», *Business Wire*, 25 mars 2010 : <http://www.businesswire.com/news/home/20100325006516/en>.
14. Les seize leaders : Pfizer, Johnson & Johnson, Novartis, Sanofi, Aventis, Merck, GSK, Roche, Abbott Laboratories, AstraZeneca, Eli

Lilly, Bristol-Myers, Wyeth, Schering-Plough, Pharmacia et Boehringer Ingelheim.

15. Dirk van Duppen, *La guerre des médicaments. Pourquoi sont-ils si chers ?*, éditions Aden, Bruxelles, 2005, p.123.

16. Sans entrer dans les détails, la pompe à protons déplace ces derniers dans le corps humain, ce qui a pour effet de rendre plus acide l'estomac notamment. Un inhibiteur va agir sur ce phénomène durant une période assez longue, de 18 à 24 heures, pour réduire la production d'acidité gastrique.

17. Ces exemples sont repris de différents rapports annuels d'AstraZeneca.

18. Commission européenne, « Synthèse du rapport d'enquête sur le secteur pharmaceutique », Communication, Bruxelles, 8 juillet 2009 : http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/communication_fr.pdf.

19. Philippe Pignarre, *op. cit.*, p.139.

20. C'est le cas pour ceux qui ont connu une crise cardiaque, car le médicament prévient la formation de caillots de sang dans les vaisseaux. Ce qui fait qu'environ un million de Belges consomment quotidiennement une faible dose d'aspirine (de Bayer ou d'autres). Mais, ici, il s'agirait d'étendre ce principe à quasiment tout le monde, en prévention.

21. Cité par Mohamed Larbi Bouguerra, *La Recherche contre le tiers-monde*, éditions PUF, Paris, 1993, p.208.

Quand Big Pharma s'emmêle dans la politique

La constitution d'une rente monopolistique n'est envisageable qu'avec un certain soutien politique. Dans le cas de l'industrie pharmaceutique, c'est même bien davantage, car tout est réglementé par des mesures censées protéger le patient et la qualité des soins offerts.

En ce 15 avril 1994, les lobbyistes de l'industrie pharmaceutique ont de quoi être satisfaits. Les accords pour constituer une nouvelle institution internationale, l'Organisation mondiale du commerce (OMC), sont signés par 77 Etats. Ils contiennent pour la première fois une clause concernant les brevets, intitulée "Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce" (ADPIC, en anglais, Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights ou TRIPS).

Dorénavant, il sera interdit à un pays membre ou une entreprise de celui-ci de copier une licence impunément. Si c'est le cas, il sera possible au gouvernement de l'entreprise lésée de porter plainte à l'Organe des différends, le tribunal du commerce international, et sans doute d'obtenir gain de cause.

C'est une disposition demandée depuis longtemps par les géants pharmaceutiques pour protéger leurs "découvertes" le plus longtemps possible et pour freiner la production de génériques, en particulier dans le Tiers-monde. Ce succès en dit long sur la capacité de ces firmes de faire admettre leurs points de vue sur le plan politique

et, de ce fait, sur les liens étroits qu'elles tissent en permanence avec les principaux responsables des Etats, institutions internationales et autres appareils des pouvoirs publics.

Le lobbying, une seconde nature

Une estimation prudente évalue à 91 millions d'euros la somme dépensée par les groupes et organisations supposés défendre les intérêts des entreprises pharmaceutiques au niveau de l'Union européenne. C'est un montant assez proche de celui avancé pour leurs pendants américains: 115 millions de dollars (soit au cours moyen de 2011, 83 millions d'euros).¹ A comparer aux 3,4 millions d'euros fournis par la société civile s'occupant de médicaments et de santé. C'est la lutte entre le pot de terre et le pot de fer.

Selon le registre de transparence de l'Union européenne qui requiert des sociétés et personnes exerçant officiellement une influence sur les décisions européennes de s'inscrire, il y aurait 220 lobbies actifs à ce niveau. 23 firmes pharmaceutiques auraient consacré un total de 18,9 millions d'euros à cette fonction, soit 820.000 euros en moyenne par compagnie.² Mais tout porte à croire que ces chiffres sont totalement sous-évalués. Aux Etats-Unis, où les procédures semblent plus claires, on dénombre 1.498 organisations de ce type. Pourquoi y en aurait-il beaucoup moins en Europe?

Le secteur est représenté par de puissantes fédérations. La plus ancienne est la Pharmaceutical Research and Manufacturers of America ou

PhRMA (en français: les firmes industrielles et de recherche pharmaceutiques de l'Amérique), créée en 1958. Elle est composée de 46 entreprises membres, dont les plus grandes transnationales (en ce comprises, des sociétés européennes et japonaises).

La seconde est l'International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations ou IFPMA (en français: la fédération internationale des associations et entreprises pharmaceutiques), basée à Genève depuis 1968. Elle compte 51 associations nationales et 27 transnationales parmi ses membres. Comme son nom l'indique, elle représente l'industrie au niveau mondial.

Et la petite dernière est l'European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations ou EFPIA (en français: la Fédération européenne des associations et industries pharmaceutiques), née en 1978 et installée à Bruxelles. En font partie 19 associations nationales à part entière et 14 fédérations associées, 35 firmes pharmaceutiques (dont deux affiliées), 56 sociétés de biotechnologies regroupées dans l'European Biopharmaceutical Enterprises (ou EBE; en français: les entreprises biopharmaceutiques européennes) et 10 compagnies de vaccins assemblées dans l'European Vaccine Manufacturers (ou EVE; en français: les producteurs de vaccins européens). En général, il s'agit des mêmes sociétés dont la maison mère se retrouve dans les firmes pharmaceutiques, la filiale biologique à l'EBE et le département vaccins à l'EVE.

Toutes ces fédérations représentent l'industrie à leur niveau: la

PhRMA aux Etats-Unis et l' EFPIA en Europe. Elles n'hésitent pas à arroser le monde politique de versements, de même que les transnationales. En Europe, il est plus difficile de tomber sur les montants engagés. De l'autre côté de l'Atlantique, c'est tout à fait officiel et c'est repris dans le tableau I.

tellement décisive dans les orientations passées de l'Union européenne (marché intégré, monnaie unique, processus de Lisbonne...), Franz Humer, président de Roche, société pourtant suisse, assure le suivi du secteur depuis 2001. Par le passé, des dirigeants d'AstraZeneca, d'Aventis, de Bayer, de Ciba-Geigy

faïences sociales pour les entreprises et qui est donc active aux G20⁶ et à l'Organisation internationale du Travail (OIT).

On retrouve Abbott, Amgen, Baxter, Bayer, Eli Lilly, GSK, Novartis, Pfizer, Merck Serono, filiale du groupe

allemand Merck KGaA et MSD, filiale européenne de la transnationale américaine Merck⁷,

Tableau 1. Evolution des montants versés par l'industrie pharmaceutique aux candidats lors des élections américaines 1990-2010

	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Total (en millions de dollars)	3,28	7,42	7,97	14,07	13,24	27,18	29,70	18,02	19,99	29,95	19,64
Part Républicains (en %)	53,6	57,1	55,6	65,0	63,9	69,0	74,0	66,0	67,1	49,2	46,1
Part Démocrates (en %)	46,4	42,9	44,4	35,0	36,1	31,0	26,0	34,0	32,9	50,8	53,9
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

On voit que les sommes sont multipliées par dix entre 1990 et 2002. En général, elles vont majoritairement au parti républicain, plus à droite, plus favorable au libre-échange. Ce n'est que lors des deux dernières élections que le secteur a un peu plus aidé financièrement le camp démocrate.

Il n'y a pas de petits lobbies

Les entreprises pharmaceutiques sont représentées dans les lobbies les plus puissants à l'échelle du monde. Ainsi, on trouve deux d'entre elles dans le TransAtlantic Business Dialogue (TABD), qui réunit des compagnies des deux côtés de l'Atlantique en vue d'influer sur les décisions en matière de commerce international, en particulier celles de l'OMC : Merck et Pfizer. Il n'y a pas si longtemps AstraZeneca en était membre également. C'est cette organisation qui a pesé sur les négociations pour obtenir un nouvel organe de commerce international avec des pouvoirs très étendus et qui déclarait à cette époque que 50% de ses propositions étaient reprises telles quelles par les autorités américaines et européennes³.

Dans la Table ronde des industriels européens (ERT pour European Roundtable of Industrialists), qui a été

et de Solvay sont passés par l'association. Mais c'est Roche qui est la plus présente (en fait, depuis 1989).

Dans son pendant américain, The Business Roundtable (fondée en 1972 et dont l'ERT a pris modèle dans son organisation), il y a un dirigeant, souvent le président ou le PDG, d'Abbott, d'Amgen, de Bayer⁴, d'Eli Lilly, de Johnson & Johnson, de Merck, de Pfizer et de Sanofi. Cela montre une solide représentation, mais il y a 215 membres, contre 45 dans l'ERT.

Dans un autre temple du patronat américain, l'US Council for International Business (USCIB; en français le conseil américain pour les affaires internationales), sont membres: Eli Lilly, Johnson & Johnson, Merck, Pfizer et PhRMA, la fédération pharmaceutique. Créée en 1945, l'USCIB représente les intérêts américains dans les associations patronales internationales comme le BIAC (Business and Industry Advisory Committee) qui intervient au niveau de l'OCDE⁵.

Il est également présent à la Chambre de Commerce internationale (CCI), qui agit aux Nations unies, ou à l'Organisation internationale des Employeurs (OIE), qui s'occupe des af-

aires sociales pour les entreprises et qui est donc active aux G20⁶ et à l'Organisation internationale du Travail (OIT).

Un marché totalement régulé

Ce lien étroit entre l'industrie pharmaceutique et le monde politique est encouragé par la manière dont la production de médicaments est organisée pour arriver au patient. Comme l'écrit Philippe Pignarre: le marché "est depuis longtemps le plus encadré qui soit. Mieux, c'est une des conditions de son fonctionnement"⁸.

Cela commence immédiatement dès la découverte d'une nouvelle molécule guérissante ou d'un nouveau médicament. Depuis l'accident du thalidomide au début des années 60, les autorités publiques interviennent fortement pour assurer une sécurité maximale. Aux États-Unis, c'est la FDA (Food and Drug Administration) qui accorde la validité des brevets. En Europe, c'est l'Agence européenne des médicaments (en: European Medicines Agency, EMA). Aujourd'hui, cela passe par un processus parfois long et tortueux. Il faut passer par l'épreuve des tests cliniques. Avoir les meilleurs rapports avec les dirigeants de la FDA et de l'EMA est une priorité pour les trans-

nationales pharmaceutiques.

Pourtant, à ce stade, une anomalie apparaît immédiatement: ce sont les firmes elles-mêmes qui font passer les études de validité demandées éventuellement par les autorités publiques, car celles-ci ne disposent pas de personnel suffisant pour l'assurer. Inutile d'ajouter que la tentation de tricher, de corrompre, d'oublier les faiblesses du projet, de souligner uniquement ses forces... ne peut qu'être forte.

Cela aboutit à une seconde conséquence: une bonne partie de la recherche associée à ces discussions de brevetage est dominée par les spécialistes de l'industrie. Cela minore automatiquement les experts dissidents qui auraient des doutes sur les qualités du médicament testé. Au besoin, il est possible d'inonder les publications scientifiques de preuves soi-disant évidentes que les analyses sont bien menées et qu'elles révèlent un produit non toxique, non dangereux et aux effets secondaires très limités. Et même, on peut employer les grands moyens et réduire le récalcitrant au silence, en l'éjectant des grandes revues de la profession, voire en le faisant limoger de sa position (par exemple, s'il est à l'université ou à la tête d'un organisme public). L'importance de la licence est telle pour la firme, puisqu'elle lui donne un droit exclusif sur ce segment du marché, un véritable monopole où celle-ci pourra dicter ses prix, qu'elle est prête à tout pour l'obtenir. Il n'est donc pas rare de voir des entreprises pharmaceutiques fricoter avec des scientifiques en leur accordant des avantages pour qu'ils disent du bien de leurs produits. Certains entrent dans les équipes de recherche surpayées de ces géants. Il n'est pas toujours facile de trouver un expert réellement indépendant qui peut donner un jugement critique.

Un second moment essentiel

pour les transnationales intervient lorsque il faut décider du remboursement ou non par la sécurité sociale d'un médicament. Si c'est le cas, le produit va être encouragé, car il sera normalement à la portée des bourses les moins fournies et il pourra être prescrit aisément par un médecin. De nouveau, la sélection est affaire étatique, dans laquelle ne cessent d'interférer les firmes pharmaceutiques qui y voient une occasion d'étendre leur marché. La sécurité sociale, elle, ne participe pas directement à ce débat. En revanche, elle casque.

Le grand forum européen de la compétitivité

Ce n'est que progressivement que le domaine de la santé est entré dans la compétence de l'Union européenne. Dans le traité de Maastricht de 1991, celle-ci est affirmée solennellement, mais sans réelle conséquence. Ce n'est qu'avec le traité d'Amsterdam de 1997 qu'un premier article 129 (devenu par la suite 152) déclare: "Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté. L'action de la Communauté, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé."⁹.

Dans ce cadre, une nouvelle direction générale a été créée en 1999: celle de la Santé¹⁰. Et un commissaire prend en charge cette nouvelle responsabilité. Le premier à exercer cette fonction est l'Irlandais David Byrne. Il propose une politique d'amélioration

générale de la santé publique et de la lutte contre les épidémies à un niveau directement européen.

Rapidement, le département des entreprises du commissaire finlandais Erkki Liikanen¹¹ va déborder les bonnes dispositions vertueuses de la nouvelle DG et axer toute son attention à la compétitivité. Il va demander à trois professeurs italiens un rapport sur la situation du secteur pharmaceutique européen. Ceux-ci publient le résultat de leurs recherches en novembre 2000, ce qu'on appelle le "rapport Pammolli".

Leurs conclusions sont sans appel: "c'est maintenant une perception répandue que l'industrie pharmaceutique européenne perd du terrain par rapport aux États-Unis"¹². Cela a été surtout le cas durant les années 90. Les causes en sont multiples, selon les auteurs du document. D'abord, les découvertes, les innovations et leur transformation en produits finis sont meilleures aux États-Unis, ce que les grandes firmes européennes résolvent en s'implantant outre-Atlantique et en y profitant également de l'effort de recherches. Mais ce n'est pas le cas des plus petits laboratoires. Ensuite, les méthodes de fixation des prix protègent les champions nationaux, notamment dans les grands pays de l'Union. Enfin, les coûts salariaux sont trop élevés et la productivité trop basse en Europe par rapport aux États-Unis.

Ils terminent leur examen: "À cet égard, le renforcement de la concurrence à un niveau européen constitue un prérequis fondamental pour inciter des firmes moins innovantes à adopter des stratégies plus axées sur la créativité et une efficacité plus élevée. D'un côté, une forte protection des brevets pour les produits qui en bénéficient devrait être garantie et renforcée. D'un autre côté, les autorités nationales de santé publique de-

vraient davantage s'appuyer, dans la régulation du marché, sur des méthodes de management novatrices et sur des mécanismes de concurrence, plutôt que sur des systèmes excessivement fondés sur des décisions administratives et des règles bureaucratiques."¹³.

L'orientation pro-entrepreneurial du rapport ne devrait pas trop étonner. Malgré sa profession académique, Fabio Pammolli sert régulièrement comme conseiller aux transnationales, gouvernements et institutions internationales. Pourtant, c'est sur la base de cet écrit que la DG Entreprise et son commissaire vont mettre sur pied en 2001 un groupe de haut niveau, intitulé G10 Médicaments. Celui-ci est composé de treize membres, dont les deux commissaires en charge du dossier (Santé et Entreprise), les ministres de la Santé des trois principaux pays de l'Union, le président d'EFPIA (à l'époque le patron de Sanofi), le président de GSK Europe, celui de l'association européenne des producteurs de génériques (EGA¹⁴), dont les membres sont, entre autres, Teva ou Sandoz, la filiale de Novartis, celui de l'association européenne de l'industrie d'automédication (AESGP¹⁵), qui regroupe en fait des fédérations patronales comme pharma.be. Rien que du beau monde!

Cette "task force" va avoir un impact très important. Il remet son rapport en mai 2002 avec 14 propositions concrètes. Son but est de répondre à la question de compétitivité posée par le rapport Pammolli. Cela va du renforcement de la concurrence dans les domaines où il n'y a pas de prescription du médicament à l'amélioration des règles administratives, en passant par la constitution d'une base de données entre autres pour ce qu'on appelle la pharmacovigilance.

Sur cette base, le Parlement européen adopte un premier programme quinquennal d'action communautaire

dans le domaine de la santé publique (2003-2008). Et la Commission dépose une communication sur le secteur, en juillet 2003. Dans le cadre du processus de Lisbonne qui doit faire du continent l'économie de la connaissance la plus dynamique et la plus compétitive du monde pour 2010, l'industrie pharmaceutique est capitale. Dès lors, les dirigeants européens axent tout leur message sur le fait que, pour le bien des patients, il faut un secteur fort et créatif: "L'industrie pharmaceutique européenne est source de prospérité et d'emplois de haute qualité, tout en étant un moteur essentiel de l'amélioration de la santé publique, avec les millions de citoyens européens qui, chaque jour, consomment des médicaments pour préserver et améliorer leur état de santé."¹⁶.

Mais le nouveau commissaire à l'Industrie et aux Entreprises, le social-démocrate allemand Günter Verheugen, estime que cela ne va pas encore assez loin. Il constitue le forum pharmaceutique en 2005. Celui-ci est composé des deux commissaires compétents, de représentants des 27 États membres, de trois délégués du Parlement européen et d'une série d'associations dont les éternelles fédérations patronales (EFPIA, EGA, AESGP et Europabio). Il y a aussi les pharmacies, les sociétés d'assurances et les mutuelles.

A côté de cela, l'organisation qui représente les patients est l'European Patients Forum (EPF ; le forum européen des patients). Problème : cette union est financée largement par l'industrie pharmaceutique. Ainsi, dans le rapport annuel de 2011, sur 800 millions d'euros de recettes, 11 millions viennent des cotisations des membres, 420 millions des dons des entreprises¹⁷. Les plus généreux sont mentionnés: AstraZeneca avec 50 millions et GSK pour 42 millions. La Commission, pour sa part, contribue à hauteur de 137 millions. Qui cette association

peut-elle bien représenter, les patients, ses bailleurs de fonds ou son mentor?

Le document qui en sort en 2008¹⁸ réitère les exigences du groupe G10 Médicaments. Il insiste sur l'information donnée aux patients, de sorte que celui-ci puisse choisir lui-même la manière de se soigner. Cela peut permettre à celui-ci de s'attacher au service d'une firme pharmaceutique et d'en devenir un client fidèle. Le rapport souligne également la nécessité des partenariats entre public et privé, entre industrie, scientifiques, médecins et patients.

De nouveau, ce sera l'occasion d'un deuxième programme d'action communautaire pour la santé publique (2008-2013) et d'une nouvelle communication de la Commission. L'un et l'autre reproduisent les conclusions du groupe de haut niveau. En aucun cas, la mainmise sur la santé par le secteur pharmaceutique n'est questionnée. D'aucune manière, les bénéfices colossaux des firmes ne sont remis en cause. Et, s'il faut garantir une sécurité aux malades, le point de vue initial est celui du soutien et de la recherche de la compétitivité pour créer des géants qui pourront conquérir et dominer le monde.

De quoi prendre tout le secteur en grippe...

En 2004, apparaît une nouvelle forme de maladie virale particulièrement dangereuse, la grippe aviaire A/H5N1. L'Organisation mondiale de la santé s'inquiète assez rapidement. Elle pronostique l'expansion de l'épidémie, lançant des chiffres alarmants: 100 millions de morts et plusieurs milliards de personnes atteintes à l'échelle mondiale. Il n'en sera rien. Le nombre de décès s'arrêtera en 2008 à 248.

Mais cette situation est une aubaine pour les transnationales qui peuvent livrer des vaccins en grande quan-

tité avec des bénéfices élevés. Les gouvernements, alertés par l’OMS, ne résistent pas à la tentation d’en commander des stocks entiers. En outre, ils en ont besoin d’urgence, ce dont les firmes profitent pour demander un prix avantageux.

Le grand producteur de produits antiviraux est l’entreprise suisse Hoffman-Laroche. Il a racheté l’exclusivité de l’oseltamivir à Gilead Sciences et le vend sous le nom de Tamiflu. Il va largement en profiter, comme le montre le tableau 2.

toproclame leader mondial dans les vaccins contre la grippe. Les risques de contagion ont donc fait progresser les ventes de tels produits de 683 millions d’euros en 2004 à 2 milliards un an plus tard, puis à 3,8 milliards en 2010. Avec la bénédiction du gouvernement français, bien sûr.

En Belgique, l’affaire est encore plus épineuse. En octobre 2005, au moment où la grippe aviaire est aux portes de l’Europe, un comité de pilotage “Influenza” est créé, ainsi qu’un comité scientifique qui lui fournit des conseils.

Seulement, sur les quinze membres de la commission scientifique qui a accordé la priorité à GSK, cinq au moins présentent des liens avec la firme pharmaceutique. Certains reçoivent des subsides pour leurs recherches ou leur clinique, cosignent des articles avec des experts du centre de recherches de l’entreprise pour vanter les mérites des vaccins, participent à des conférences données par celle-ci... Le président du comité lui-même, le docteur Yves Van Laethem, reconnaît être un consultant rémunéré de plusieurs compagnies, GSK, Sanofi, Crucell, Wyeth et Pfizer²³.

Il n’est pas le seul Belge à se faire épingler pour connivence avec les milieux des affaires. René Snacken, chef du département d’épidémiologie de l’Institut de santé publique jusqu’en 2008, auteur du plan d’action belge en cas de pandémie, a rédigé un programme similaire en 1999 pour l’OMS.

Or, à cette époque, il présidait le Groupe de travail scientifique européen sur l’influenza (ESWI), un lobby financé à 100 % par Roche, GSK, Baxter, Novartis... Ce qu’il n’a révélé à personne. Selon le British Medical Journal, il aurait aussi écrit un article pour louer les produits de Roche. Et, comme par hasard, il a été consulté en 2002 par l’Agence européenne du médicament qui accorde les licences sur l’opportunité d’avaliser le Tamiflu (que Roche réalise), alors que les effets cliniques étaient peu convaincants à l’époque.²⁴

Le comble est que GSK a vendu 300 millions de doses à une soixantaine de gouvernements pour 2,3 milliards d’euros. La filiale de Rixensart a bénéficié de royalties pour environ un milliard d’euros. Par un tour de passe-passe entre filiales européennes, ce

Tableau 2. Évolution des ventes du Tamiflu depuis son apparition en 1999 (en millions de francs suisses)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Francs suisses	60	61	97	152	431	330	1.558	2.627	2.085	609	3.200	873	359
Taux de change	1,50	1,69	1,69	1,56	1,35	1,24	1,25	1,25	1,20	1,08	1,09	1,04	0,89
Dollars	40	36	57	98	320	266	1.251	2.096	1.738	563	2.947	837	405
en % du CA	0,22	0,21	0,33	0,51	1,38	1,06	4,39	6,04	4,31	1,27	6,25	1,63	1,04

Source: Roche, Rapports annuels, différentes années.
 Note: La première ligne indique les montants des ventes du Tamiflu en millions de francs suisses ; la seconde représente le taux de change du dollar en francs suisses ; la troisième, les sommes en millions de dollars ; la quatrième, celles-ci en pourcentage du total des ventes de la firme, soit son chiffre d’affaires (CA).

On remarque la progression soudaine des ventes en 2005. Celles-ci quintuplent quasiment et passent d’un modeste 1% du chiffre d’affaires à 4,4%, l’année suivante. Tout est bon pour le profit. Quitte à demander à des sous-traitants comme Shanghai Pharmaceuticals en Chine and Hetero Drugs en Inde de suppléer à l’offre¹⁹.

En 2008, les ventes baissent radicalement avec la fin de l’alerte. Mais celle-ci est relayée par une autre pandémie, la grippe H1N1. D’où la forte progression des montants en jeu. Cette fois, ils assurent plus de 6% du chiffre d’affaires en 2009, avec une diminution les années suivantes. Il est incontestable que de telles menaces ont amélioré la situation financière du groupe Roche.

Un autre bénéficiaire de ce genre d’épidémies est Sanofi, qui s’au-

Début 2008, celui-ci propose l’achat d’un stock stratégique de vaccins, dont l’antigène²⁰ et l’adjuvant²¹ sont conditionnés séparément.

Or, seul GSK réalise un vaccin, le Pandemrix, qui utilise deux flacons différents pour l’antigène et l’adjuvant. En avril, avec la grippe H1N1, appel identique des experts. Aussi le gouvernement achète-t-il 12,6 millions de doses à la transnationale britannique pour 110 millions d’euros²².

montant n'a été taxé qu'à 3%. Il en résulte une perte sèche pour l'État belge de 320 millions d'euros²⁵. Le taux d'imposition de GSK Biologicals est passé très bizarrement de 25% en 2006 à un peu plus de 2% en 2011, alors que le bénéfice est assez similaire. Au total, entre 2006 et 2011, en six ans, la firme a réalisé un profit cumulé avant impôt de 5,3 milliards d'euros, mais n'a versé que 703 millions d'euros au fisc, soit à un taux réel de 13%.

Conclusions: le monopole est politique

Pour pouvoir organiser une domination sans partage sur l'économie d'une région, d'un pays, d'un continent, il faut nécessairement avoir des appuis parmi les gouvernants. Cette nécessité est doublée dans le cas de l'industrie pharmaceutique par les caractéristiques de celle-ci, à savoir que tout est régulé, depuis la recherche, la reconnaissance des brevets, jusqu'à la fixation des prix.

Le secteur en a bien conscience pour financer et "arroser" aussi bien les responsables d'institutions, d'organismes de contrôle, que les experts ou les décideurs, qui peuvent avoir une quelconque influence sur les ventes et les bénéfices des firmes. Celles-ci sont présentes dans les lobbies généraux ou les principaux think tanks, où se rencontrent hommes d'affaires et dirigeants des pouvoirs publics.

Il ne s'agit même plus de pression exercée d'un côté de la barrière. C'est une connivence permanente entre les uns et les autres, ceux-ci pouvant passer d'un poste ou d'une fonction à l'autre, devenant tour à tour consultant pour une entreprise pharmaceutique, participant à un groupe de haut niveau de la Commission européenne, responsable d'un organe officiel de surveillance, et, pourquoi pas, enfin, administrateur d'une de ces transnationales?

Notes

1. CEO, "Divide & Conquer: A look behind the scenes of the EU pharmaceutical industry lobby", Research Paper, mars 2012, p.31: <http://www.corporateeurope.org/sites/default/files/28%20March%202012%20DivideConquer.pdf>.

2. CEO, « Divide & Conquer: A look behind the scenes of the EU pharmaceutical industry lobby », Research Paper, mars 2012, p.10: <http://www.corporateeurope.org/sites/default/files/28%20March%202012%20DivideConquer.pdf>.

3. Corporate Europe Observatory, "Transatlantic Business Dialogue. Putting the Business Horse Before the Government Cart", 25 octobre 1999: <http://archive.corporateeurope.org/tabd/berlin-briefing.html>.

4. Contrairement à l'ERT qui n'accepte que des Européens comme membres, la Business Roundtable est plus ouverte. Non seulement, elle a des représentants de firmes européennes, mais même des dirigeants de la société mère, c'est-à-dire venant de ce côté de l'Atlantique.

5. L'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques) est le club des pays « riches ». Il rassemble quelque 30 États, mais a pour mission essentielle de publier des études documentées pour influencer sur les décisions politiques, généralement dans un sens très libéral.

6. Le G20 rassemble les 20 pays les plus influents dans le monde pour essayer d'accorder une politique économique commune à l'échelle mondiale.

7. Au moment de la Première Guerre mondiale, la firme allemande Merck va perdre ses propriétés à l'étranger, notamment aux États-Unis. Ce qui va permettre le développement autonome de la filiale outre-Atlantique qui va garder le même nom. Pour éviter la confusion, la firme américaine a le droit de garder son nom sur les autres continents, mais en Europe elle s'appelle MSD (pour Merck Sharp and Dohme). Aujourd'hui, les deux sociétés n'ont plus rien en commun.

8. Philippe Pignarre, *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, éditions La Découverte, Paris, 2004, p.162.

9. Union européenne, *Traité d'Amsterdam*, Journal officiel n° C 340 du 10 Novembre 1997: <http://eur-lex.europa.eu/fr/treaties/dat/11997D/htm/11997D.html>.

10. Il faut préciser qu'en 1996 éclate le scandale de la maladie de la vache folle et que celle-ci inquiète à la fois l'opinion publique et les responsables européens.

11. Actuellement, Erkki Liikanen est président de la banque de Finlande. De ce fait, il siège au conseil des gouverneurs de la Banque centrale européenne et au conseil d'administration du Fonds monétaire international. Il est membre de nombreux think tanks ou autres groupes de discussion aux membres triés sur le volet comme la Trilatérale, Friends of Europe, European Policy Centre. Il a été secrétaire général du parti social-démocrate finlandais de 1981 à 1987.

12. Alfonso Gambardella, Luigi Orsenigo et Fabio Pammolli, *Global Competitiveness in Pharmaceuticals. An European Perspective*, Report prepared for the Enterprise Directorate-General of the European Commission, novembre 2000, p.1: <http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/healthcare/files/docs/com>

[prep_nov2000_en.pdf](#).

13. Alfonso Gambardella, Luigi Orsenigo et Fabio Pammolli, *op. cit.*, pp.90-91.[14. European Generic Medicines Association.

15. Association of the European Self-Medication Industry.

16. Commission européenne, "Renforcer l'industrie pharmaceutique européenne dans l'intérêt des patients – Propositions d'action", Communication au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social européen et au Comité des Régions, Bruxelles, le 1er juillet 2007, p.4: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2003:0383:FIN:fr:PDF>.

17. EFP, Rapport annuel 2011, p.40: http://www.eupatient.eu/Documents/Publications/AnnualReports/epf_annual_report_2011_FR.pdf.

18. High Level Pharmaceutical Forum 2005-2008, Conclusions and Recommendations, Bruxelles, 2008: http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/healthcare/files/docs/pharmaforum_final_conclusions_brochure_en.pdf.

19. Roche, Rapport annuel 2005, p.23: <http://www.roche.com/gb05e.pdf>.

20. Un antigène est une naturelle ou synthétique, reconnue par des ou des du et capable d'engendrer une réponse.

21. Un adjuvant est quelque chose ou quelqu'un qui aide à l'accomplissement d'un processus, renforçant ou ajoutant des propriétés recherchées.

22. David Leloup, "Grippe A/H1N1 : Conflits d'intérêts", Politique n°67, novembre-décembre 2010: <http://politique.eu.org/spip.php?article1265>.

23. David Leloup, "Choix du vaccin : cinq experts liés à GSK", Politique n°67, novembre-décembre 2010: <http://politique.eu.org/spip.php?article1266>.

24. David Leloup, « OMS : manque de transparence et d'indépendance », Politique n°67, novembre-décembre 2010: <http://politique.eu.org/spip.php?article1267#nh2>.

25. Le Vif, 23 août 2012.

Le Belge a-t-il une brique ou un médicament dans son ventre?

Quand le bâtiment va, tout va. 78% des Belges sont propriétaires de leur logement. Les expressions associant Belgique et la construction sont nombreuses. Mais ne devrait-il pas en être de même pour l'industrie de la santé?

La Belgique a un passé pharmaceutique important. On en veut pour preuve le nombre de laboratoires indépendants dressés au fil des années: Janssen Pharmaceutica créé par le Dr. Janssen en 1953 (repris en 1961 par Johnson & Johnson); l'Union chimique belge apparue sous l'égide d'Emmanuel Janssen¹ en 1920 et qui progressivement se tourne vers les médicaments²; la société Christiaens S.A. fondée en 1835 et la firme Sanders Probel née en 1910, qui ont fusionné en 1992 pour devenir Nycomed Belgique, rachetée en 2011 par Takeda Pharmaceutical; les établissements Couvreur datant de 1912, érigés par Albert Couvreur, qui seront rachetés en 1977 par le groupe suisse Alcon, lui-même filiale de Nestlé qui en cédera les clés à Novartis en 2010.

Ce petit tour historique indique déjà une forte caractéristique du secteur belge: l'essentiel est dominé par des sociétés étrangères, de puissantes transnationales pour qui la Belgique est intéressante parce qu'elle dispose de fortes unités de recherche en matière biologique. Ce n'est pas pour rien que la Région wallonne a choisi les sciences du vivant comme un des axes de sa politique industrielle définie dans le plan Marshall 2.vert³. Le but est d'associer le monde universitaire, celui des respon-

sables politiques et des entreprises pour créer un ensemble compétitif à l'avenir. Il s'agit de se fonder sur la recherche, d'accueillir les investissements étrangers et d'assurer une synergie entre tous ces acteurs. Le hic est que, d'une part, ce sont les transnationales qui repartent avec le pactole et les bénéficiaires; d'autre part, elles sont toujours les maîtres des décisions d'investissements et donc des emplois. C'est donc un pari hautement risqué, ce genre de compagnies pouvant déménager aussi vite qu'elles sont venues.

Le nombre de personnes travaillant pour des firmes à orientation pharmaceutique (santé humaine, animale, vaccins ou soins humains en général) avoisine les 30.000 en Belgique, des deux côtés de la frontière linguistique. Sur ce point, elles sont assez bien réparties entre les régions, avec la majorité des activités dans le Brabant wallon, la province d'Anvers et Bruxelles et ses environs.

Le tableau I reprend les effectifs des principales sociétés du secteur pour 2011, sur la base des rapports annuels.

GlaxoSmithKline est clairement le plus grand employeur du pays avec un peu plus de 8.000 salariés, devant Johnson & Johnson (en fait propriétaire de Janssen Pharmaceutica) et Pfizer. A eux trois, ils représentent plus de la moitié du personnel engagé par l'industrie. Si on reprend les dix-sept "majors"⁴, ils en assurent quelque 87%. Au-

Tableau 1. Nombre de salariés dans l'industrie pharmaceutique belge en 2011 (en unité et en %)

	Salariés	en %
GSK	8.036	28,8
Johnson & Johnson	4.255	15,3
Pfizer	2.500	9,0
Baxter	2.200	7,9
UCB Pharma	1.883	6,8
Novartis	1.531	5,5
Merck Sharp and Dohme	1.242	4,5
Autres majors	2.534	9,1
Autres	3.709	13,3
Total	27.890	100,0

Source : Calculs sur base de différentes compagnies, rapport annuel 2011.

Note: Le total de l'emploi est sans doute plus important. Nous avons repris les firmes inscrites à la fédération patronale belge, l' (site: pharma.be), et qui déposaient des comptes annuels à la Banque nationale.

tant dire que le secteur est très concentré, puisque, en outre, il est naturellement extrêmement diversifié.

Selon les données de l'EFPIA, la fédération patronale pharmaceutique, la Belgique occuperait en 2010 31.536 personnes dans le secteur et l'Union européenne 663.503⁵. Ainsi, le pays représenterait 4,8% de l'emploi de l'industrie européenne du médicament. Cela se rapproche de nos propres calculs. Mais la composition de ces travailleurs diffère largement entre ceux qui oeuvrent au siège social, à l'administration centrale pour l'Europe ou le Benelux, ceux qui s'occupent de logistique ou du centre de distribution pour la région, ceux qui ont été engagés dans un centre de recherches ou dans un laboratoire particulier et, enfin, ceux qui sont attachés à la production. Pour une grande entreprise, le total peut se

compter assez rapidement en centaines d'emplois dans un pays comme la Belgique, sans que ce soit central pour la firme. Il y a environ 200 entreprises pharmaceutiques et biotechnologiques dans le pays⁶, dont 31 ont un site de fabrication⁷. En réalité, il y a seulement huit grands centres de production:

- GSK Biologicals à Rixensart, qui emploie encore environ 3.200 personnes ;

- GSK Biologicals à Wavre, qui compte maintenant quelque 3.500 travailleurs ;

- Janssen Pharmaceutica à Beerse (près de Turnhout), qui réunit la majorité des effectifs de Johnson & Johnson dans le pays ;

- Baxter à Lessines (dans le Hainaut), accueillant 1.600 salariés ;

- UCB Pharma à Braine-l'Alleud, qui y réunit 1.429 des 1.883 membres du personnel belge du groupe ;

- Pfizer à Puurs (dans la province d'Anvers entre Boom et Willebroek), où 1.300 personnes travaillent (à côté des 210 du centre de recherche de Louvain-la-Neuve, des 285 du site de logistique de Zaventem et des 500 du siège central à Ixelles) ;

- Alcon-Couvreur, filiale de Novartis depuis 2010, également à Puurs, qui conserve encore 1.014 salariés dans ses rangs ;

- enfin, Schering-Plough Labo, nouvelle filiale de Merck Sharp and Dohme (MSD), à Heist-op-den-Berg (également dans la province d'Anvers, entre Lierre et Aarschot) et qui emploie 904 personnes.

Les autres sont beaucoup plus petits, de l'ordre de quelques centaines d'emplois. Le tableau 2 montre l'importance du secteur par rapport à l'industrie manufacturière belge et à la branche pharmaceutique européenne. Les chiffres venant d'Eurostat sont moins élevés, car ils calculent ceux qui sont

spécifiquement dans ce domaine, à l'exclusion donc d'autres salariés des firmes qui sont classés ailleurs, dans un autre secteur. Les statistiques qui viennent de l'industrie elle-même comme celles d'EFPIA ou de pharma.be comprennent le total de l'effectif des firmes pharmaceutiques. On observe une augmentation des effectifs jusqu'en 2008, puis une chute radicale en 2009 due à la crise économique généralisée. Même chose en termes de part: une hausse

	1995	2000	2005	2008	2009
Nombre de salariés	14.545	17.409	19.890	23.414	18.614
en % de l'industrie manufacturière belge	2,2	2,7	3,4	4,3	3,5
en % de l'industrie pharmaceutique européenne	2,7	3,1	3,4	4,1	3,5

Source: Calculs à partir d'Eurostat, Statistiques annuelles détaillées sur l'industrie.

Note: La comparaison n'est pas aisée, car les séries statistiques sont de multiples fois interrompues par des changements de définitions du secteur. Néanmoins, pour l'industrie pharmaceutique, ces modifications sont relativement mineures.

jusqu'en 2008, puis la baisse l'année suivante. Malgré que la récession n'ait pas été aussi dure pour l'industrie du médicament ou pour la Belgique, les grands groupes ont décidé de réduire le personnel dans la plupart de leurs filiales belges. Depuis 2007, c'est une véritable litanie. D'abord, cette année-là, Eli Lilly supprime son centre de recherche de Mont-Saint-Guibert, qui occupait 330 personnes. En 2009, plusieurs faillites interviennent, dont celle de Corden PharmaChem, établie à Landen, qui entraîne la perte de 96 emplois. Parallèlement, la direction de Janssen Pharmaceutica annonce une diminution des postes de travail à Beerse, Geel et Olen pour les trois-quatre années à venir: 131 ouvriers, 267 employés et 160 cadres, soit un total de 558 personnes⁸. A peine reprise par Merck (MSD), Schering-Plough dégraisse en 2010: 24 ouvriers, 65 em-

ployés et 142 contrats temporaires non renouvelés. Et le siège bruxellois se débarrasse de 17 des 206 salariés⁹.

Début 2011, les annonces de réduction d'emplois se succèdent: d'abord Sanofi veut lâcher 87 des 250 personnes travaillant à Diegem¹⁰. Puis, tour à tour, Pfizer lance une diminution de 133 postes, ensuite de 167 pour la fin 2012. Univar en espère 37 et AstraZeneca 80. Les laboratoires Thissen, appartenant au groupe britannique Next-

Pharma et employant 330 personnes, sont placés sous procédure judiciaire des faillites. Ils seront repris en janvier 2012 par la firme française Cenexi, qui redémarre avec quelque 150 à 180 travailleurs. La Belgique aurait-elle perdu sa fibre médicamenteuse?

Notes

1. La famille Janssen est liée à celle des Solvay et des Boël, par mariage et autres.

2. En 2004, UCB décide de se focaliser uniquement sur son secteur pharmaceutique. D'où son changement de nom en UCB Pharma.

3. Région wallonne, Viser l'excellence, plan Marshall 2. vert, 2009: http://planmarshall2vert.wallonie.be/sites/default/files/integral_fr+plan+marshall+2+vert.pdf.

4. Abbott, Amgen, AstraZeneca, Baxter, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, GSK, Johnson & Johnson, Merck, Merck KGaA, Novartis, Pfizer, Roche, Sanofi, Takeda et UCB Pharma.

5. EFPIA, *The Pharmaceutical Industry in figures - Edition 2012*, p.12: http://www.efpia.eu:8081/sites/www.efpia.eu/files/EFPIA_Figures_2012_Final-20120622-003-EN-v1.pdf.

6. 140 sont regroupées dans la fédération pharma.be.

7. Association des Ingénieurs industriels de l'Institut Meurice, « L'industrie (bio)pharmaceutique innovante », Cont@cts, Bulletin trimestriel, avril-mai-juin 2012, p.14: <http://www.aiif-imc.be/sites/default/files/contact/Contacts%20Juin%202012.pdf>.

8. *La Libre Belgique*, 4 novembre 2009.

9. *De Standaard*, 12 mars 2010.

10. *De Financieel Economische Tijd*, 1er février 2011.

Quand la santé publique faisait les affaires du privé

Profits élevés qui bénéficient aux actionnaires, situation prolongée de monopole, collusion et connivence avec les responsables de l'appareil d'État...il est temps de s'interroger si tout cela doit continuer ainsi. La santé est un bien public¹. Est-ce bien raisonnable de la laisser sous l'emprise des transnationales pharmaceutiques?

Déjà, il y a contradiction dans les termes entre santé publique et industrie du médicament privée. Et ce n'est pas que dans le langage que le conflit d'intérêts s'exprime. Il est, en fait, permanent.

Pour le citoyen, patient potentiel, le but est d'être et de rester en bonne santé. Pour les géants du secteur, c'est l'inverse. Plus les gens sont malades, invalides, victimes d'épidémies ou d'autres fléaux, plus cela peut rapporter. C'est un peu comme si nous avions une police privée. Elle affirmerait, le cœur sur la main, qu'elle est là pour protéger les personnes honnêtes des agressions ou autres délits. Mais, se faisant rémunérer sur la base du nombre d'interventions, elle aurait tout intérêt à ce que celui-ci augmente et que, donc, l'atmosphère d'insécurité soit la plus élevée possible, pour que davantage de familles fassent appel à elle.

C'est la même chose pour le médicament. Il est censé soigner, assurer une remise sur pied des individus, un bien-être plus important. En réalité, pour l'industrie pharmaceutique, il faudrait que les patients en utilisent le plus possible et donc se considèrent dans

un état quasi permanent de maladie. Ce serait une manière de pérenniser les profits et les dividendes versés aux actionnaires. C'est de ce paradoxe que démarrent la plupart des dérives constatées dans le secteur.

La dérive des incontients

Nous avons déjà souligné au dans le troisième article (La constitution d'un monopole) à quel point la recherche d'un brevet qui accorde un droit exclusif à une entreprise d'exploiter une "découverte" était essentielle dans la stratégie de ces transnationales. Cette situation donnait de fait une position de monopole à la firme qui pouvait imposer quasiment ses prix aux autorités et aux patients, les pouvoirs publics décidant si c'était la sécurité sociale ou le malade qui devait en payer la facture. C'est un déterminant essentiel des bénéfices record des compagnies pharmaceutiques et de la rentabilité au-dessus de la norme du secteur.

En outre, cela transformait ces sociétés en Cerbère agressif à la fois du principe de la propriété intellectuelle inviolable et de son application intégrale partout dans le monde. D'où un lobbying intensif pour que cela devienne partie intégrante du droit commercial international et qu'il y ait possibilité de rétorsion en cas de non-respect. Ce qu'officialisent les nouvelles règles de l'OMC. Sous la pression des entreprises de la santé, les fédérations, aussi bien de l'industrie qu'intersectorielles, affirment et répètent qu'il est nécessaire que les licences soient de mise partout et qu'elles soient intégrées dans les dispositions législatives de tout pays, avec contrôle internatio-

nal. La reprise des négociations internationales autour de l'OMC² (pour l'instant bloquées) est justifiée en premier lieu pour mettre en oeuvre cette mesure.

Cette méthode de procéder à travers des brevets allouant l'exclusivité, en vigueur très tôt dans les pays anglo-saxons, ne s'est imposée qu'en 1977 en Suisse, qu'en 1978 en France et en Italie, qu'en 1986 en Espagne. Dans ce pays, elle n'a été en fait appliquée réellement qu'à partir de 1992³. Et l'Inde défend toujours, depuis lors, la possibilité de développer des médicaments sans licence⁴.

En conséquence, les transnationales vont s'ingénier à développer des produits qui peuvent continuer le monopole obtenu par "la découverte", soit en prolongeant les effets médicaux associés à la nouvelle molécule, soit en créant une pilule "nouvelle", très proche de l'ancienne⁵. Du point de vue de la santé, cela n'a aucun sens, car l'invention n'a aucun apport réel et la possibilité de guérir davantage de malades est assez faible. Mais, pour les entreprises, c'est essentiel, car cela reproduit le schéma de monopole qui les arrange et leur assure des bénéfices très élevés.

En outre, les compagnies vont porter plainte systématiquement contre les concurrents qui exploitent des produits proches et surtout des génériques. C'est la tactique initiée dans un autre domaine, celui des microprocesseurs, par Intel, qui bénéficie d'un monopole relatif en la matière. Le but n'est pas de gagner, mais de faire peur: "Le département judiciaire d'Intel a dépensé des centaines de millions de dollars et, au conseil général de la firme, il

a été souligné qu'un des objectifs pour juger des performances était un nombre déterminé de nouvelles poursuites entamées chaque trimestre. La stratégie d'attaquer tout le monde ne vise pas à gagner des amis et Intel a sans doute perdu davantage d'affaires qu'elle en a gagnées. Mais cette politique de montrer son poing d'abord et d'exiger des réponses ensuite a aidé Intel à maintenir ses profits monopolistes pour très longtemps".⁶ Selon la Commission européenne, le coût de ces litiges s'élève à 420 millions pour la période entre 2000 et 2007⁷. Est-ce franchement utile?

Cette défense acharnée du brevet entraîne deux autres effets pervers. D'abord, les transnationales sont amenées à développer et à défendre un médicament envers et contre tout. Elles vont lui faire une publicité d'enfer, que ce soit auprès des médecins en cas de produit prescrit ou des patients dans le cas contraire. En général maîtresses des recherches et des tests, elles vont négliger ou minimiser les effets secondaires de la pilule ou du vaccin. C'est en général à ce niveau que les dangers peuvent survenir. Elles vont donc financer des études dans le seul but de prouver "scientifiquement" que les risques sont minimes, voire exceptionnels.

Les conséquences peuvent être dramatiques, comme dans le cas du Mediator en France, développé par le plus gros laboratoire indépendant du pays, les Établissements Servier, et censé améliorer la situation des diabétiques. Cette molécule a été commercialisée entre 1976 et 2009, sans voir la toxicité associée. Elle aurait provoqué la mort d'au moins 500 personnes, selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Mais d'autres analyses chiffrent le nombre de décès entre mille et deux mille.

Ensuite, les firmes pharmaceutiques se muent progressivement en sociétés du cosmétique. Au lieu de continuer à développer la recherche, elles se créent une image de bien-être autour d'un médicament porteur, qui plairait particulièrement aux patients. De ce fait, elles tentent de fidéliser leurs "clients", de la même manière que le font LVMH ou L'Oréal: autour de marques (Garnier, Dior, Gucci...). L'entreprise se transforme ainsi en "fabricant de bien-être". Donc l'utilisation d'un produit serait l'incitation d'acheter un autre du même logo ou de la même compagnie.

Ainsi, on voit Bayer expliquer que l'aspirine a d'autres apports bénéfiques que de soulager les migraines. En consommer tous les jours permettrait d'alléger le stress quotidien et amènerait un mieux-être, surtout très lucratif pour la transnationale. Evidemment, on ne connaît pas les effets secondaires d'une telle utilisation intensive du médicament (vendu librement un peu partout). Mais les professionnels s'inquiètent à juste titre: n'y a-t-il pas un risque d'accoutumance au produit? Et, en cas de migraine, ne faudrait-il pas employer des doses beaucoup plus élevées et donc dangereuses?

Pour défendre le brevet et la position monopolistique des firmes pharmaceutiques, ces dernières n'hésitent pas à attirer dans leurs mailles les responsables étatiques et les professionnels pour qu'ils vantent leurs "innovations", voire qu'ils soutiennent ou leur accordent l'exclusivité du marché. Une telle démarche va jusqu'à la corruption, comme le montre le cas récent de Pfizer. Celui-ci a dû, en effet, verser 60 millions de dollars aux autorités américaines qui l'accusaient d'avoir payé des pots-de-vin en Bulgarie, Croatie, Kazakhstan et Russie, pour obtenir leurs bonnes grâces en matière d'homologation de ses produits⁸. En 2011, Johnson & Johnson avait dû payer

une amende de 70 millions pour avoir convaincu des médecins étrangers de prescrire ses médicaments⁹.

Dans ces conditions, le caractère scientifique et "neutre" des articles vantant ou détruisant un médicament ou un vaccin est manifestement mis en question. Ont-ils été écrits par des professeurs financés par la transnationale qui le promeut ou par des firmes qui veulent prendre le marché à la première? Où est le bien-être, l'amélioration de la santé dans ces cas de figure?

L'affaire est suffisamment épineuse qu'on doit citer les études annuelles de Multinational Monitor, un périodique américain créé en 1978 par Ralph Nader, qui établit chaque année, depuis 1988, le classement des dix firmes les plus épouvantables sur le plan social, éthique et civique souvent à partir des procédures judiciaires menées contre elles aux États-Unis (parfois à l'étranger). Ils ont arrêté leur évaluation en 2008.

Sur une vingtaine d'années, la palme appartient à Philip Morris, le géant du tabac qui a racheté Kraft et contrôlait de ce fait les Chocolats Côte d'Or. Celui-ci a été cité six fois au total, une fois tous les trois ans. Mais derrière lui, on trouve Roche, cité cinq fois. Abbott Laboratories est accusé quatre années durant, Wellcome, puis GSK, trois fois, Wyeth (anciennement American Home Products et aujourd'hui racheté par Pfizer) deux ans, tout comme Pfizer et Warner-Lambert (aujourd'hui intégré dans Pfizer). Merck, Schering-Plough, Upjohn (avant sa fusion avec Pharmacia et son incorporation ultérieure dans Pfizer) ont chacun été épinglés une fois.¹⁰

La découverte d'une "giga"-molécule: le profit de monopole

Tous ces éléments ne sont ni à l'avantage ou à l'honneur des transna-

tionales pharmaceutiques. Mais celles-ci justifient le maintien de leur situation par deux arguments centraux: la recherche et la concurrence du marché. Ce serait la combinaison d'une innovation perpétuelle due à l'initiative privée et de la mise en compétition des entreprises qui engendreraient les avancées majeures dans le domaine médicamenteux.

Pourtant, la plupart des spécialistes s'accordent à dire que l'ère des grandes percées médicales est actuellement terminée. Ainsi, Philippe Pignarre a établi un tableau avec les inventions

Date	Produit	Utilisation
1935	sulfamides	agent antimicrobien contre la syphilis
1941	pénicilline	maladies microbiennes et infections comme la tuberculose et la syphilis
1943	antibiotiques	arrêt du développement ou suppression de bactéries
1952	psychotropes	antidépresseurs, somnifères, les anxiolytiques et neuroleptiques
1955	vaccin antipolio	poliomyélite ou paralysie spinale infantile
1958	facteur VIII	hémophilie
1960	pilule contraceptive	contraception
1964	antihypertenseurs	hypertension artérielle
1974	héparine	thromboses
1996	trithérapies	virus de l'immunodéficience humaine (sida), hépatite C

Source: Philippe Pignarre, *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, éditions La Découverte, Paris, 2004, p.45.

les plus importantes, que nous reproduisons ici (tableau 1).

Il y a évidemment un choix quelque peu arbitraire dans cet état des lieux. Ce qu'il révèle surtout est que ce sont les années d'après-guerre qui sont les plus riches en innovations. Ensuite, il y a un net ralentissement dans les découvertes qui transforme profondément le monde de la médecine.

Aujourd'hui, les entreprises bre-

vettent autant sans doute qu'à cette époque, sinon davantage. Mais l'essentiel concerne des produits qui n'apportent qu'un progrès mineur pour la science avec un faible nombre de malades guéris en plus. Ainsi, l'institut national de la gestion des soins de santé aux Etats-Unis a relevé que, durant la période entre 1989 et 2000, 54% des médicaments approuvés par la FDA (Food and Drug Administration), c'est-à-dire l'autorité qui accorde les brevets, contenaient des ingrédients qui existaient déjà sur le marché. En réalité, seuls 238 des 1.035 produits reconnus par la FDA apportaient une réelle nouveauté avec une amélioration sensible des soins. "En d'autres termes, environ 77% de ce que la FDA avalise est redondant d'un point de vue strictement médical."¹¹.

Même constat chez Philippe Pignarre, qui a travaillé pendant dix-sept ans dans les grands laboratoires. Pour lui, la priorité donnée aux études cliniques et la concentration du secteur autour de quelques transnationales surpuissantes (les deux phénomènes étant liés) enraient la progression de grandes découvertes au profit de médicaments "successeurs", peu différenciés par rapport aux originaux. Les firmes privilégiées les essais par tâtonnements pour trouver des molécules aux effets guérisseurs sans nécessairement comprendre la raison pour laquelle elles ont cette propriété. Cette méthode montre ses limites. Pour avancer, il faudrait en revenir à des percées majeures en biologie, qui ne peuvent venir que de la recherche fondamentale. C'est plutôt un domaine de la compétence des universités.

Il en conclut: "Ceux qui croient que l'industrie pharmaceutique est un lieu où l'imagination des chercheurs

peut se déployer, sans les limites budgétaires qui sont celles du public, se trompent lourdement: le temps où les chercheurs pouvaient mener, dans leur laboratoire, des recherches hors programme, et où ce type de travail était non seulement autorisé, mais même parfois encouragé, est bien terminé. Cette situation explique que les chercheurs les plus brillants tentent depuis le milieu des années 80 de faire carrière hors des grands groupes pharmaceutiques, en particulier dans les petites sociétés de biotechnologie."¹².

Mais il ne croit pas trop à ce nouvel avatar de l'industrie de la santé. Dès qu'une compagnie plus "créative" prend de l'ampleur, elle est rachetée par un des géants du secteur. Ainsi en est-il de Genentech, repris par Roche, de Transgene ou de Genzyme acquis par Sanofi, de Genset dans les mains de Serono, lui-même contrôlé par la firme allemande Merck KGaA.

Le grand mythe du marché innovant

Le second argument des entreprises est celui du marché concurrentiel, qui aurait des vertus bénéfiques sur le progrès technique, la créativité et les avancées médicales. En fait, c'est une affirmation que l'on retrouve pour expliquer le dynamisme dans d'autres secteurs.

Mais il y a méprise, autant dans l'industrie pharmaceutique que dans les autres domaines. Le marché ne dispose pas d'un tel pouvoir et n'est doté d'aucune capacité de favoriser les inventeurs sur les autres. Il fonctionne sur un principe élémentaire, proprement darwinien: l'élimination des plus faibles. C'est un processus de "sélection naturelle".

Comment en pourrait-il être autrement? La compétition entre compagnies est incontestablement une lutte acharnée. Mais, contrairement à

ce qui se passe dans le sport, elle ne s'arrête jamais, ou que par l'épuisement des rivaux ou leur disparition. Ce n'est pas une lutte entre adversaires qui partent normalement au même niveau et qui disposent des mêmes moyens. C'est un combat où tous les coups sont permis, même ceux qui sont illégaux - il suffit juste de ne pas se faire prendre ou alors de payer l'amende pour éviter des poursuites bien plus longues et dommageables.

Le marché établit le critère par lequel les entreprises seront normalement jugées: celle qui réalise des bénéfices, accroît son capital et ses investissements, qui survit, résiste est celle qui gagne; celle qui ne parvient pas à un tel résultat est éliminée, soit rachetée, soit faillie. Mais, contrairement à ce que prétendent les chantres de ce système, ceci n'est pas lié nécessairement aux capacités créatrices des sociétés.

On l'a vu dans l'exemple pharmaceutique, ce qui a été déterminant dans l'histoire du secteur a été la concentration des capitaux pour réaliser les tests cliniques et acquérir une position monopoliste. Les firmes qui sont parvenues à ce stade sont aujourd'hui celles qui dominent l'industrie. En quoi cela correspond-il à une preuve de leur "créativité"? Pfizer, qui tient la tête du classement sectoriel actuellement, est-elle la plus innovante, ou plutôt celle qui a accumulé suffisamment de capitaux pour racheter les autres? N'en est-il pas de même pour Sanofi, qui propriété commune de Total et de L'Oréal, deux géants dans leur domaine respectif, est en passe de dépasser le leader grâce à ses nombreuses acquisitions?

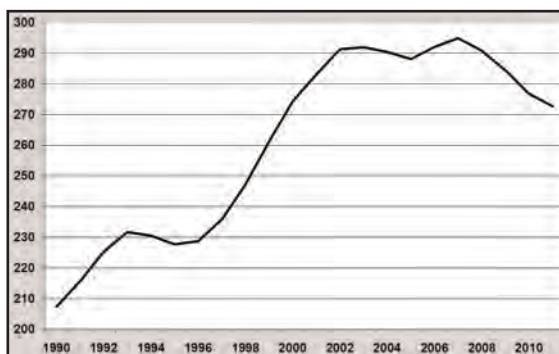
Mode d'emploi

Le dernier recours pour justifier la situation présente est de défendre les apports positifs que les transnationales ajoutent aux économies dans lesquelles elles interviennent: une ba-

lance commerciale souvent excédentaire, une activité industrielle aux effets dérivés sur d'autres secteurs et la création de nombreux emplois. Ce dernier argument peut d'ailleurs emporter l'adhésion des pouvoirs politiques ou de certains syndicats.

Seulement ce qui était vrai sur ce plan il y a encore quelques années est en train de se retourner. Ainsi, aux Etats-Unis, comme en témoigne le gra-

Graphique 9. Evolution de l'emploi dans l'industrie pharmaceutique aux Etats-Unis 1990-2011 (en milliers d'emplois)

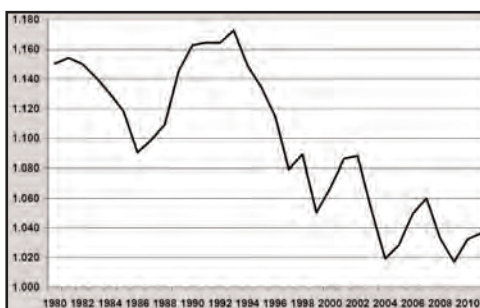


Source: Calculs sur base de Bureau of Labor Statistics, Employment, Pharmaceuticals and medicines, All Employees in thousands: <http://data.bls.gov/PDO/servlet/SurveyOutputServlet>

phique 9, le nombre de postes est manifestement en train de se réduire.

L'emploi progresse durant toute la décennie précédant le nouveau millénaire, avec un tassement lors des ré-

Graphique 10. Evolution de l'emploi dans les géants de l'industrie pharmaceutique mondiale 1980-2011 (en milliers)



Source: Calculs sur base de Compagnies pharmaceutiques, rapports annuels, différentes années.

Note: Pour établir ce tableau, nous avons repris les mêmes firmes que celles du graphique 1, avec la même méthodologie.

cessions conjoncturelles. Mais, à partir de 2002, il atteint un palier qu'il ne dépassera plus par la suite. Ensuite, c'est la crise et un lent déclin. Il n'est pas sûr qu'il y ait un rattrapage. L'évolution européenne semble suivre un chemin assez parallèle, avec une baisse des postes à partir de 2008¹³.

Plus symptomatique est de suivre le nombre du personnel engagé par les grandes transnationales du secteur, c'est-à-dire les douze qui s'y imposent et les principales compagnies qu'elles ont rachetées ces dernières années. Cela nous donne le graphique 10.

Malgré de nombreux soubresauts, une très nette tendance à la baisse se dessine à partir de 1993. Grosso modo, depuis ce pic, ces géants ont détruit 140.000 emplois.

Et ce n'est pas près de se terminer avec des plans de réduction pour plusieurs d'entre eux. Le dernier en date est celui de Sanofi. Le tout nouveau ministre du Redressement productif, Arnaud Montebourg, a expliqué au Sénat comment la direction du groupe s'y est prise pour annoncer la nouvelle: "Sanofi vient de débarquer à Bercy pour nous dire: 'Nous envisageons plusieurs milliers de suppressions d'emplois'"¹⁴. Ce qui est paradoxal, puisque l'entreprise est en passe de prendre la tête internationale du secteur et qu'elle vient de déclarer le plus grand bénéfice de son histoire: 5,7 milliards d'euros ou près de 8 milliards de dollars.

Les syndicats craignent des coupes claires dans la recherche: les 647 employés à Toulouse et les quelque 200 à Montpellier pourraient perdre leur emploi¹⁵. Et on

en revient à la discussion sur le caractère novateur des firmes pharmaceutiques. Comment peut-on prétendre être une compagnie innovante et créatrice, quand on a l'intention de supprimer autant de postes de chercheurs, c'est-à-dire des gens qui sont normalement hautement qualifiés et qui contribuent au développement des qualifications en France et en Europe?

Conclusions: La santé en danger public

Le secteur de la santé est malade. Il est atteint par un virus identifiable qui s'appelle la concentration monopoliste privée et dont les effets principaux se manifestent dans la recherche du bénéfice avant tout. Les actionnaires et dirigeants s'en lèchent probablement les babines, mais c'est au détriment de centaines de millions de patients qui ne sont pas soignés convenablement.

Le système actuel provoque des conséquences désastreuses, comme la médication excessive. En France, selon le réseau des centres régionaux de pharmacovigilance, il y aurait 1,3 million de personnes hospitalisées à cause d'effets secondaires dans la prise de médicaments et 33% d'entre eux seraient dans un état grave. La population totale de l'hexagone se monte à 65 millions. Mais ce n'est pas tout: chaque année, 18.000 patients meurent de cette situation, soit deux fois plus que les accidents de la route¹⁶.

Autre impact indésirable: les conditions déplorables de la santé dans le Tiers-monde, où les transnationales pharmaceutiques font la chasse impitoyable aux producteurs de génériques et prélèvent des royalties élevées de leurs nombreuses licences exclusives. Le cas sud-africain a été fortement médiatisé et donc les groupes occidentaux ont dû, sous le pression de l'opinion publique, reculer. Mais, à côté d'une vic-

toire, combien de défaites? Combien d'hommes et de femmes n'ont pas pu recevoir les soins adéquats, soit parce qu'ils ne pouvaient pas se les payer, soit parce que l'infrastructure de la région où ils habitent est déficiente et donc ne peut pas accueillir et traiter ce genre de patients?

Les rapports de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sont remplis de ce genre de constats. Dans celui de 2008, l'indécence dans l'inégalité des soins est relevée avec force: "Ceux qui ont le plus de moyens – dont les besoins en soins de santé sont souvent inférieurs – consomment le plus de soins, alors que ceux qui ont le moins de moyens et les plus grands problèmes de santé en consomment le moins. Les dépenses publiques consacrées aux services de santé profitent davantage aux riches qu'aux pauvres, que ce soit dans les pays à revenu élevé ou dans ceux dont le revenu est faible. (...) Plus de 100 millions de personnes tombent chaque année dans la pauvreté parce qu'elles doivent payer leurs soins de santé. (...) L'allocation des ressources va essentiellement, à grands frais, aux services curatifs, négligeant la prévention primaire et la promotion de la santé, pourtant susceptibles de permettre une réduction pouvant atteindre 70 % de la charge de morbidité."¹⁷

Avec une conclusion encore plus affreuse: "En l'absence de telles dispositions, les coûts de la santé sont énormes: près de 30.000 enfants meurent chaque année de maladies qui auraient pu être facilement traitées s'ils avaient eu accès à des médicaments essentiels".¹⁸

Dans le rapport 2010, l'OMS dresse un tableau des inefficiences du système de santé. Il en épingle quatre qui sont directement en connexion avec l'industrie pharmaceutique, même si elle n'est pas accusée nommément: sous-utilisation de génériques et prix

plus élevés des médicaments que ce qui serait nécessaire; utilisation incorrecte et inefficace des médicaments; emploi excessif ou fourniture de matériel, enquêtes et procédures dans les produits et services de santé; gaspillage, corruption et fraude dans le système.¹⁹

La question qui se pose alors est de savoir si on peut laisser la santé et ce qui la détermine, à savoir les médicaments (mais aussi les hôpitaux, les cliniques, etc.), dans les mains du privé? Ne serait-il pas souhaitable de rendre ce secteur directement aux pouvoirs publics? Il est clair que la mission de contrôle est insuffisante. Les transnationales la contournent assez aisément, ou même la rendent totalement dérisoire ou inopérante dans certains cas.

Dans les conditions actuelles, ce sont pourtant elles qui bénéficient le plus du système. Il nous semble que c'est tout à fait contraire à l'intérêt des populations. Donc, reprenons la gestion de la production des pilules, vaccins et autres, de la recherche, qui doit servir la santé et non les profits privés. La santé doit être un domaine complètement soumis à l'Etat.

Et si des craintes surgissent à propos du caractère " bureaucratique " de l'appareil étatique, il serait bon d'y ajouter un contrôle syndical et citoyen sur la manière dont le domaine est administré. Pour l'instant, le patient, l'individu, le salarié sont les grands absents des négociations du secteur. Tout se passe sans eux. C'est l'occasion de remédier à ce déni de démocratie économique. La santé n'est-elle pas l'affaire de tous?

Notes

1. En économie, on appelle un bien public un bien ou un service dont l'utilisation est non rivale et non exclusive. A savoir, non rivale signifie que la quantité employée par l'un n'a pas d'effet sur celle utilisée par un autre. Non exclusive veut dire que tout le monde peut profiter du bien produit.

2. Ce qui s'intitule le processus de Doha (parce que cela a été demandé lors du sommet de novembre 2001 dans la capitale qatari.

3. Michele Boldrin & David Levine, *Against Intellectual Monopoly*, « Chapter 9 ; The Pharmaceutical Industry », Cambridge University Press, 2008, pp.1-2 : <http://www.dklevine.com/papers/ip.ch.9.m1004.pdf>. En Italie, l'introduction de cette réglementation va entraîner une concentration rapide du secteur, alors qu'auparavant celui-ci était caractérisé par l'existence d'une multitude de petits laboratoires.
4. Michele Boldrin & David Levine, *Against Intellectual Monopoly*, « Chapter 9 ; The Pharmaceutical Industry », Cambridge University Press, 2008, p.9 : <http://www.dklevine.com/papers/ip.ch.9.m1004.pdf>.
5. Ce qu'on appelle les médicaments « me too ».
6. Tim Jackson, *Inside Intel. How Andy Grove built the world's most successful chip company*, HarperCollins Publishers, Londres, 1997, pp.XIV et XV.
7. Commission européenne, « Enquête Sectorielle dans le domaine pharmaceutique », Rapport préliminaire, 28 novembre 2008, p.14 : http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/exec_summary_fr.pdf.
8. *Le Monde*, 7 août 2012.
9. *The Economist*, 20 avril 2011.
10. *Multinational Monitor* : <http://multinationalmonitor.org/>.
11. Michele Boldrin & David Levine, *Against Intellectual Monopoly*, « Chapter 9 ; The Pharmaceutical Industry », Cambridge University Press, 2008, pp.9-10 : <http://www.dklevine.com/papers/ip.ch.9.m1004.pdf>.
12. Philippe Pignarre, *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, éditions La Découverte, Paris, 2004, p.72.
13. Nous ne disposons pas de chiffres complets. Les statistiques d'Eurostat sont particulièrement lacunaires en ce domaine.
14. *Le Monde*, 12 juillet 2012. Bercy est le lieu du ministère de l'Economie et des Finances.
15. *L'Usine nouvelle*, 5 juillet 2012.
16. Philippe Pignarre, *op. cit.*, p.153.
17. OMS, *Rapport annuel 2008*, p.XIV : http://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf.
18. OMS, *op. cit.*, p.70.
19. OMS, *Rapport annuel 2010*, p.69 : http://www.who.int/whr/2010/whr10_fr.pdf.



"Écrire le travail aujourd'hui", Cahiers marxistes, n°242, mai-juin 2012, 135 pages, 8 €.

Comment revenir aujourd'hui sur la "littérature prolétarienne"? Tâche malaisée s'il en est tant la disparition de la classe ouvrière fait aujourd'hui consensus facile: démodé, ringard. Les auteurs réunis ici en association momentanée – Paul Aron, Pierre Gauyat, Fabrice Preyat, Laurence et Jean-Maurice Rosier – ont choisi, pour faire contre-jour, d'attaquer par la bande. Donc, en s'attachant moins à la figure du sujet "prolétarien" (l'écrivain ouvrier) qu'à son objet: les heurs et malheurs du monde ouvrier – du travail – dans la production romanesque. Le bilan est contrasté – et, significativement peut-être, accorde une large place à la tradition imagée (roman graphique et BD) qui va de Masereel à Tardi: parce que l'aliénation trouve désormais surtout à s'exprimer dans l'impuissance des traits muets et d'une noirceur zébrée d'éclairs plus gris que blancs? Le problème est sans doute que si le monde ouvrier (salarisé) est devenu l'horizon indépassable de l'humanité, le "héros rouge", lui, a bel et bien disparu. Il y a là matière à interrogation. Celle-ci est, de même que là-dessus les esquisses dues à Brecht, Lukacs, Benjamin ou Rancière (connaissant aujourd'hui un remarquable regain d'intérêt), assez absente du panorama présenté ici, qu'on lira cependant avec fruit en lui espérant des prolongements: si le héros rouge n'est plus, ni son œuvre littéraire d'éducation, le roman (ou le film: Ken Loach!) qui dénuce la trame réelle des rapports de production sociaux reste plus que jamais nécessaire. (E.R.)



Isabelle Jonveaux, Le monastère au travail, éd. Bayard, 614 p., 21 euros.

L'ouvrage de cette jeune sociologue est de ceux qu'il faut lire entre les lignes, voire à rebours d'elles, tant ces pages laborieuses manquent de sérieux scientifique et pêchent par empilement d'ouï-dire académiques (Weber est à toutes les pages comme argument d'autorité) et de clichés insignifiants (tel la "modernité" auquel ne manque que la majuscule religieuse). Mais le sujet, pour qui s'intéresse à la possibilité d'une "autre économie", mérite plus que le détour. Si le rôle économique passé des monastères en Occident, en tant que centres agricoles et de savoirs lettrés, figure sans doute à l'horizon mental de la plupart, ce qui fait ici système, encore aujourd'hui, est riche en leçons. C'est que le moine, comme indique bien la préface de Danièle Hervieu-Léger, oeuvre à une économie utopique, sans profit ni propriétaire, dont un des traits remarquables qui vaut d'être médité est de bâtir sur une "radicalité de l'expérience chrétienne devenue culturellement illisible au plus grand nombre". Il faut relire cela en prenant tout son temps car tout ce qui devenu "illisible" à nos yeux est, d'évidence, le fruit d'une propagande dont cette illisibilité même donne l'exacte mesure, elle est totale. L'économie mondiale condamne le profit et prône le partage entre "producteurs associés": plus à la portée de nos cadres conceptuels, plus apte à nous plaire, elle n'a que mépris pour l'efficacité, maître-mot de nos sociétés marchandes où tout se mesure à un "combien?". Difficile d'imaginer, certes, que l'humanité se transforme demain en un monastère. Comme les coopératives, ils sont avant tout la preuve, ici et maintenant, que l'économie pourrait fonctionner autrement. C'est déjà énorme. (E.R.)



Alain Bihr, Les rapports sociaux de classe, Editions Page deux, 2012, 140 pages, 9,5 euros.

Ce qu'Alain Bihr remet ici sur la table de dissection tient de l'ovni, une soucoupe volante depuis longtemps disparue des radars de la conscience collective: les classes sociales, les rapports sociaux de production et, l'angle d'attaque est marxiste, la lutte des classes, un concept dont Bihr souligne fort à propos qu'il est "un instrument d'intelligibilité de la réalité sociale". On a été habitué (par qui? tous les appareils idéologiques d'État, dirait Althusser) à penser la société comme un assemblage d'individualités que rien n'oppose ni ne distingue, ce que résume bien l'idéologie de l'inclusion sociale: l'exclusion serait un défaut plutôt qu'une marque de fabrique du système. Bihr prend le contre-pied. Il y a, d'un côté, des salariés, voués à la servitude et à l'obéissance. Il y a, d'un autre côté, les élites dominantes (classe des propriétaires) dont dépendent les premiers pour leur survie. Il y a encore l'État qui maquille cet état de fait en intérêt général. Bref, il y a des classes que tout distingue et oppose. Bihr analyse cela avec méthode en élaborant pour chaque notion son explication, son rôle dans l'architecture sociale. On regrettera juste que la notion de "société civile" ne soit pas explicitée et que (effet de mode?) il ait éprouvé le besoin d'intégrer les "rapports de sexe et de génération" dans son schéma analytique. Mais la clarté de l'exposition est irréprochable et, sans en partager toutes les leçons, on lira avec délectation. (E.R.)

Médicaments génériques: menaces au Sud!

Marc François, documentaliste Gresea

Les génériques menacés? Tout un programme ou plutôt un dossier "**Generics under threat: access to affordable medicines in jeopardy**" que développe la revue Third World Resurgence dans son numéro 259 de mars 2012. En voici le résumé, contribution par contribution.

Si tel est le cas ce seront des millions de pauvres et de malades dans le monde qui ne pourront accéder à des médicaments à un prix bon marché. L'industrie pharmaceutique indienne produit des médicaments génériques calqués sur des médicaments brevetés et onéreux et ce à prix bas pour le consommateur. Mais de nouveaux développements risquent de mettre en péril son rôle de pharmacie du Tiers-monde ... Ces nouveaux développements sont en liens avec les accords sur la propriété intellectuelle développés par l'OMC, ils permettent aux pays de déterminer les critères d'octroi de licences (brevets) sur toute invention. L'Inde dispose de la meilleure législation dans le monde sur le brevetage mais elle entre en conflit avec la politique des transnationales. (**Generics under threat** By Martin Khor)

Il est important aussi de savoir ce que sont les génériques et de faire fi des mythes et autres fausses idées telle que celle qui prétend que les génériques sont des médicaments contrefaits... Il existe de nombreux dispositifs (par exemple, la mise en place d'instances de bonnes pratiques de fabrication - GMP) qui empêchent justement la contrefaçon pouvant mettre en danger la santé des patients (**Why generics?** By Jayabalan Thambyappa and Mohamed Azmi Ahmad Hassali)

A noter, les nombreuses protestations de la part de militants de la société civile (**'Protect our medicines, our health, our lives'** By Ranja Sengupta) à l'encontre du futur Accord commercial anti-contrefaçon (ACTA – aux Etats-Unis une législation semblable, SOPA/PIPA, a été condamnée). En dépit de ces vives protestations, cet accord a déjà été signé par plusieurs pays membres de l'UE. Il brouille la distinction entre la contrefaçon de médicaments génériques et oblige les fonctionnaires des douanes à traiter les médicaments génériques comme s'ils étaient des marchandises de contrefaçon et ainsi de les saisir... (**ACTA: undemocratic, dangerous and wrong** By Charlie Harvey)

Dans ce dossier, on trouve également une analyse de l'industrie pharmaceutique indienne, qui examine les défis auxquels elle doit faire face et les options politiques qui s'offrent au gouvernement indien pour éviter une crise imminente dans sa capacité à poursuivre la production de médicaments génériques bon marché. (**An unhealthy future for the Indian pharmaceutical industry?** By KM Gopakumar and MR Santhosh)

On découvre également une analyse de l'accord de libre-échange entre l'Inde et l'Union européenne. Cet accord menace de larguer quelques-unes des garanties sanitaires dans la législation indienne sur les brevets qui rendent possible la production de médicaments génériques bon marché. Un changement dans les lois sur les brevets de l'Inde qui privilégie les intérêts de l'industrie pharmaceutique multinationale sur le droit à la santé et à l'accès

aux médicaments aura un impact sur des millions de personnes en Inde et dans le Tiers-monde ... (**The EU-India free trade agreement and access to medicines** By Kajal Bhardwaj)

Placée au centre des projecteurs, pour terminer la décision prise par l'Office indien des brevets d'accorder à une société locale une licence obligatoire pour produire une version générique d'un médicament anti-cancéreux breveté par Bayer au motif qu'il n'était pas disponible à un "prix raisonnablement abordable" est une étape importante pour assurer au plus grand nombre un accès aux médicaments. (**The compulsory licence on sorafenib: A right step to ensure access to medicines** By KM Gopakumar).



Colloque - Vendredi 5 octobre 2012
 Bruxelles, ULB – Salle Dupréel
 (Bâtiment S - 1er étage.44, avenue Jeanne. 1050 Bruxelles)
 De 8H30 à 16H00

La distribution des richesses: Quelle part au salaire?

Programme

8H30-9H00: Accueil

9H-10H30: "Part salariale, indexation et compétitivité: les particularités du cas belge" par Reginald Savage (Fopes-UCL)

"La part salariale, un indicateur de justice sociale? Part salariale, répartition des revenus et sécurité sociale" par Karel Van den Bosch (Université d'Anvers)

10h30-11h: Pause-café

11H-12H30: "La flexibilité des salaires et la diminution de la part salariale: Le prix pour sauver la monnaie unique?" Ronald Janssen (Confédération Européenne des Syndicats)

"A la source de la crise: la baisse de la part salariale" Michel Husson (Institut de Recherches Economiques et Sociales – Ires)

12h30-13h30: Pause déjeuner

13H45-14H15: intervention de Claude Rolin (secrétaire général de la CSC) et Philippe Van Muylder (secrétaire général de la FGTB de Bruxelles)

14h15-14h30: Pause-café

14H30-16H00: Débat politique

Entrée libre mais inscription souhaitée par mail:
 info@econospheres.be ou par tél. 0032(0)474
 351544 (Bruno Bauraind).

Une traduction simultanée français-néerlandais
 sera assurée durant l'ensemble des débats.

Partenaires



Le Big Business en 25 fiches

Petit manuel de l'entreprise transnationale

Sauvetage bancaire, restructuration dans la sidérurgie européenne, hausse des prix des matières premières, la crise actuelle est aussi celle de la grande entreprise capitaliste. Prédatrice pour certains, vecteur de développement économique pour d'autres, cet agent majeur de la scène internationale se dérobe très souvent au regard des citoyens et reste le grand absent du débat politique.

Dans le contexte actuel, il devient néanmoins urgent de comprendre l'entreprise transnationale: pourquoi et comment opère-t-elle; sa structure juridique et décisionnelle; son autonomie par rapport aux législations nationales. En d'autres mots, la place qu'elle occupe dans nos sociétés, devant ou aux côtés d'autres acteurs: pouvoirs publics, organisations syndicales ou citoyennes. Cet ouvrage vise à répondre à ces questions tout au long des 25 fiches qui le composent.

Bruno Bauraind (Dir.), Le Big Business en 25 fiches. Petit manuel de l'entreprise transnationale, Bruxelles, éd. Couleur livres et Gresea, Coll. L'autre économie, 2012, 148 pages (16 euros).

Commande: Gresea, 11 rue Royale, 1000 Bruxelles, (gresea@skynet.be, www.gresea.be).

