

Onzième volet des indicateurs Eurosisif/« Le Monde », « El Pais » et « La Stampa » des performances environnementales et sociales des grandes entreprises internationales

L'industrie pharmaceutique face aux maladies du Sud

Les laboratoires pharmaceutiques se retrouvent aujourd'hui pris en tenaille. A la recherche de relais de croissance du côté des pays en développement (Asie, Amérique latine...), ils se révèlent incapables de participer au relèvement du niveau de santé de leurs habitants les plus pauvres. Deux études parues simultanément, l'une émanant d'Oxfam, une organisation non gouvernementale (ONG) britannique qui lutte « contre la pauvreté et l'injustice », et l'autre de F & C Investments, un gestionnaire d'actifs britannique (148,3 milliards d'euros de participations), pointent la même incapacité de l'industrie pharmaceutique à élaborer une stratégie cohérente vis-à-vis des pays du Sud.

« Investir dans la vie », l'enquête d'Oxfam, étudie la stratégie de douze grands laboratoires vis-à-vis des prix, de la propriété intellectuelle et de la recherche et fustige au passage leur incapacité à « mettre en place une politique de prix cohérente qui prenne en compte la capacité de paiement des plus pauvres ». Certes, certains laboratoires ne déposent pas de brevets et vendent à prix coûtant dans les pays les moins avancés, « mais le processus est limité. Tous les laboratoires ne pratiquent pas de politique de prix différenciés, cette initiative demeure localisée et pas mondialisée et,

surtout, les prix proposés continuent d'être inabondables ». Un antirétroviral comme le Kaletra, vendu par Abbott à 2 200 dollars par patient et par an au Guatemala, se heurte au fait que le revenu annuel moyen dans ce pays est de 2 400 dollars. Il a fallu, ajoute Oxfam, que le gouvernement thaïlandais envisage d'importer des génériques pour qu'Abbott divise par quatre le prix du Kaletra pour l'Afrique et par deux pour la Thaïlande.

Oxfam reproche aussi aux laboratoires de ne pas investir dans la recherche sur les maladies tropicales. « Entre 1999 et 2004, trois médicaments spécialement conçus pour les pays en développement ont été commercialisés, sur 163 autorisations données de mise sur le marché. »

Partant d'une démarche différente, F & C rejoint Oxfam quand il affirme que la question de l'accès aux médicaments dans les pays pauvres ne peut plus se réduire à des dons d'antibiotiques ou d'antirétroviraux. En Afrique ou en Asie, un laboratoire doit se positionner en « partenaire de santé ». Ce qui suppose qu'il renonce à la répartition traditionnelle

« des rôles entre l'entreprise et le gouvernement ». Si des « carences » existent dans les structures étatiques et hospitalières d'un pays, le laboratoire doit travailler à les combler sans se demander si telle est sa mission.

Sur ces quatre aspects (politique tarifaire, recherche sur les maladies tropicales, don de médicaments et aide au système de santé), le onzième volet des indicateurs Eurosisif/Le Monde, publiés avec La Stampa à Turin et El Pais à Madrid, indique que les laboratoires communiquent de plus en plus sur leurs initiatives dans ce domaine, mais ne les intègrent guère dans une stratégie globale cohérente. « L'information quantitative, ou relative à des objectifs chiffrés à l'échelle de la firme, reste insuffisante, observe Caroline Delerave, consultante au département environnement et développement durable d'Ernst & Young, dans la mesure où il s'agit de programmes locaux ou ponctuels. »

L'accès aux médicaments, une politique peu formalisée

Entreprises	Politique globale (A)	R&D sur les maladies rares, SIDA, paludisme, tuberculose (B)	Tarifs, brevets, licences dans les pays en voie de développement (C)	Dons de médicaments (D)	Aide au système de santé (E)
Johnson & Johnson (E-U)	1	2	1	1	2
Pfizer (E-U)	1	2	1	1	2
GlaxoSmithKline (R-U)	3	3	2	1	0
Sanofi-Aventis (France)	3	3	1	2	2
Novartis (Suisse)	1	2	2	2	1
Groupe Roche (Suisse)	2	2	2	2	1
AstraZeneca (R-U)	1	2	0	2	2
Merck (E-U)	1	1	1	1	1
Abbott Laboratories (E-U)	0	1	1	2	1
Wyeth (E-U)	0	1	0	1	1

0 = Pas d'informations disponibles

(A) : 1 = Politique peu formalisée, 2 = Politique en voie de formalisation, 3 = Equipe et budget dédiés au sein de la direction.

(B) : 1 = R&D ou soutien à des programmes de R&D externes de façon ponctuelle, 2 = R&D ciblée, 3 = R&D incluant les maladies et/ou l'adaptation de traitements à des contextes locaux.

(C) : 1 = Cessions de brevets ponctuelles ou politique de tarification non formalisée, 2 = Tarifications différentielles et partages de brevets selon le niveau de développement du pays et la charge de morbidité des maladies.

(D) : 1 = Pas de politique de dons de médicaments formalisée, 2 = Dons de médicaments pour des cibles précises et via des circuits de distribution maîtrisés.

(E) : 1 = Partenariats ponctuels principalement sous forme de participation financière, 2 = Démarches de prévention, formation du personnel soignant, assistance technique dans certains pays

Source : Ernst & Young, d'après les données publiées par les entreprises

Une telle stratégie serait pourtant d'autant plus urgente que les problèmes de santé des pays en développement débordent le cas du sida ou de la dengue : hypertendus, cancéreux, insuffisants pulmonaires et diabétiques se comptent désormais par centaines de millions en Asie, au Moyen-Orient et en Amérique latine. L'accès aux médicaments, dans ce contexte, signifie pour les pays pauvres l'accès à toute la gamme des produits de santé, et pas seulement à quelques antirétroviraux ou vaccins.

F & C et Oxfam savent bien qu'un laboratoire ne saurait être tenu pour responsable de la situation sanitaire des pays d'Afrique ou d'Asie. En revanche, l'un et l'autre se rejoignent pour souligner que l'opinion publique mondiale épinglera en premier la responsabilité d'un labora-

toire qui se révélera incapable de mettre en place des systèmes de management adaptés, d'investir dans la recherche sur les maladies tropicales, d'élaborer une politique de prix équitable, d'organiser des dons de médicaments et de mettre en place un marketing éthique à l'adresse des médecins locaux. « La stratégie à court terme des laboratoires dans les pays en développement les prive de toute possibilité d'y réduire leurs coûts de fabrication et de recherche et développement. Les mêmes vieilles stratégies aveugles continuent de s'y reproduire. Encore aujourd'hui, les mêmes 15 % de la population mondiale consomment 90 % des médicaments produits dans le monde. A ce rythme, l'industrie et les patients sont perdants », conclut Oxfam. ■

YVES MAMOU ET A. R.

DROIT ET ÉCONOMIE Le procès de l'ail en gélules

CHRONIQUE
STÉPHANE CORONE

L'ENTREPRISE Piddimax fabrique un produit qui s'appelle « gélule de poudre d'extrait d'ail ». Chaque gélule contient 370 mg de poudre d'extrait d'ail, soit l'équivalent de 7,4 g d'ail cru frais. L'Allemagne a interdit l'importation et la commercialisation de ce produit, au motif qu'il s'agissait d'un médicament et qu'il devait donc avoir une autorisation de mise sur le marché. Estimant qu'il y avait là une entrave à la libre circulation des marchandises, la Commission européenne est intervenue auprès de l'Allemagne pour qu'elle reconsidère sa position, ce qu'elle a refusé de faire. La Commission a alors poursuivi Berlin pour « manquement » devant la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE).

Le droit européen donne deux définitions des médicaments. Selon la directive 2001/83/CE « doit être entendu comme médicament, toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ». Selon la deuxième définition, sont des médicaments « toute substance ou composition pouvant être administrée à l'homme en vue [...] de restaurer, corriger ou modifier des fonctions physiologiques [...] ». La première définition est appelée « médicament par présentation », car le produit est présenté comme étant un médicament. La seconde définition est dite « médicament par fonction ». Pour répondre à la définition européenne du médicament, un produit doit correspondre à l'une au moins de ces définitions.

Lors de l'audience devant la Cour, la Commission a fait valoir que certes, le produit en question peut avoir des effets bénéfiques et notamment une action préventive contre l'artériosclérose, mais que l'on obtient les mêmes effets en mangeant chaque jour 4 g d'ail frais... Elle ajoute que lorsque les effets d'un produit sont les mêmes que ceux d'une denrée alimentaire, les propriétés pharmacologiques dudit produit sont insuffisantes pour lui reconnaître la qualité de médicament. Tout juste pourrait-il s'agir, selon elle, d'un complément alimentaire. La Commission ajoute que les gélules d'extrait d'ail ne sont pas non plus un « médicament par présentation », car elles ne sont ni présentées ni recommandées comme un produit doté de propriétés curatives ou préventives spécifiques. De son côté, le gouvernement allemand estime que ce produit est bien un médicament car ses propriétés pharmacologiques présentent une importance décisive, notamment par ses effets antiartérioscléreux. Il ajoute que son ingestion serait susceptible d'entraîner des risques pour la santé...

Dans son arrêt du 15 novembre 2007 (affaire C-319/05), la Cour constate, comme la Commission, que le produit en question ne répond pas à la définition de médicament par présentation, car hormis le fait qu'il soit conditionné sous forme de gélules, rien ne fait penser à un médicament, pas plus l'emballage qui représente la photo d'une tête d'ail et de deux gélules, que l'absence de notice... Quant aux propriétés du produit, les juges remarquent que, mis à part l'excipient auquel l'extrait d'ail a été incorporé, il ne contient aucune substance qui ne soit elle-même contenue dans l'ail à l'état naturel. Ils en déduisent que le produit en question, « dont l'incidence sur les fonctions physiologiques ne dépassent pas les effets qu'une denrée alimentaire [...] peut avoir sur ces fonctions, n'a pas d'effet significatif sur le métabolisme » et qu'il n'est donc pas capable de « restaurer, corriger ou modifier des fonctions physiologiques ».

En somme, un produit qui n'a pas d'autre effet sur l'organisme que celui d'un aliment ne peut être considéré comme un médicament. Une définition bienvenue alors que se développent une multitude de compléments alimentaires. ■
Agence Juris Presse.

LES DONNÉES

Les informations reproduites ont été collectées et traitées par le cabinet Ernst & Young à partir de documents publiés par les entreprises. La sélection des sociétés a été réalisée sur deux critères : leur principale activité est la production de médicaments et/ou de vaccins ; leur chiffre d'affaires (CA) 2006 a été supérieur à 20 milliards de dollars (selon le classement de Fortune 500 Global 2007). Elles sont classées dans le tableau par ordre décroissant de CA. Les données publiées par les entreprises étant hétérogènes et peu souvent quantitatives, le comparatif entre entreprises est essentiellement qualitatif.

Jean Laville : « La création, en 2008, de l'Access to Medicine Index incitera investisseurs et laboratoires à diffuser de bonnes pratiques »

Une coalition d'agences gouvernementales (néerlandaise et britannique), d'organisations non gouvernementales et religieuses (Oxfam, Interfaith Centre on Corporate Social Responsibility - ICCR, etc.), d'établissements financiers, sont à l'initiative de la création prochaine, au printemps 2008, de l'Access to Medicine Index - index sur l'accès aux médicaments - (www.atmindex.org). De quoi s'agit-il ?

Plutôt que d'un index proprement dit, qui ne listerait que les entreprises les plus performantes, il s'agit d'un classement des laboratoires pharmaceutiques sur le critère de leurs pratiques en matière d'accès aux médicaments. L'idée avait été lancée par une fondation néerlandaise dirigée par un ancien cadre de cette industrie, Wim Leereveld. La construction de l'index, assurée par l'agence de notation sociale Innovest, est l'objet d'une concertation entre toutes les parties prenantes, y compris les laboratoires et les investisseurs. C'est à ce titre que la fondation Ethos, qui offre aux fonds de pension suisses des placements sur critères de développement durable, a été consultée, tout comme l'ont été des fonds d'investissement comme F & C Investments, Morley Fund Managers,



JEAN LAVILLE

Schroders, ou encore les Universities Superannuation Scheme - le fonds de pension des personnels des universités britanniques.

Quel est son objectif ?

Parvenir à un index suffisamment solide et consensuel pour inciter les investisseurs et les firmes pharmaceutiques à réaliser que l'enjeu de l'accès au médicament est stratégique pour l'avenir économique du secteur, et à travailler ensemble pour trouver des solutions. Il faut sortir d'un mode de fonctionnement où des actionnaires dispersés ne recherchaient que des profits à court terme suivant le modèle économique traditionnel des gros laboratoires - les « Big Pharma » -, basé essentiellement sur la protection de l'innovation par les règles de la propriété intellectuelle. Dans le cadre de notre activité de conseil aux investisseurs et aux actionnaires, nous examinerons ces résultats lorsqu'ils seront rendus publics, et nous irons en discuter avec chaque laboratoire. Cet index devrait ainsi contribuer à la diffusion de bonnes pratiques.

Peut-on concilier les conditions de rentabilité de l'activité pharmaceutique avec

l'exigence de plus en plus forte d'un accès moins onéreux aux médicaments et aux soins ?

Notre objectif n'est pas de contraindre les laboratoires à donner gratuitement leurs médicaments aux populations des pays en voie de développement, cela n'aurait de sens ni pour eux en tant qu'entreprises ni pour nous en tant qu'investisseurs. Mais il faut reconnaître que le modèle traditionnel est extrêmement menacé ; il peut être facilement mis à bas en cas de pandémie, ou de crise sanitaire moins violente. Le procès de 2001 en Afrique du Sud, ou le jugement rendu le 6 août 2007 par une Haute Cour de justice indienne, déboutant Novartis dans sa plainte contre l'Etat indien, montrent qu'un laboratoire peut désormais perdre ses brevets face à une licence obligatoire, à un produit générique ou même, dans les pays développés, aux mesures d'économie de la sécurité sociale.

L'exemple du Tamiflu est aussi éclairant : alors que ce médicament contre la grippe aviaire a été perçu par son fabricant, Roche, comme une possible poule aux œufs d'or, il a, en réalité, menacé l'équilibre du laboratoire, lorsque les pouvoirs publics ont exigé sa fabrication en masse à prix réduit et ont même menacé de

suspendre la licence de Roche quand, ses usines étant saturées, il a été question de faire produire le médicament par d'autres fabricants !

Répondre à la demande sociale en faveur d'un accès moins coûteux aux soins pour les populations est devenu une condition de la poursuite des activités de l'industrie pharmaceutique. L'opinion en est convaincue, les investisseurs commencent à s'en rendre compte. La tâche est complexe, mais l'industrie doit s'y atteler, et nous devons l'y aider. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR
ANTOINE REVERCHON

CV

2002 Jean Laville est directeur adjoint de la Fondation Ethos et de la société Ethos Services, chargée de la gestion selon des critères de développement durable et de la recherche environnementale et sociale.

1988 Il est gérant de fortune à la Banque Pictet & Cie, à Genève. Directeur adjoint du service quantitatif du département de gestion institutionnelle, il est responsable de la gestion quantitative de grands clients institutionnels et assure, depuis 1997, la gestion de portefeuilles spécialisés selon des critères de développement durable.