

La croissance technologique et la privatisation passive des systèmes publics de santé : le cas du Québec

Technological growth and passive privatization of public health systems: The case of Quebec

Dalie Giroux and Anne-Marie Hallé

Volume 2, Number 1, 2005

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1039145ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1039145ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Centre d'études en gouvernance de l'Université d'Ottawa

ISSN

1912-0362 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Giroux, D. & Hallé, A.-M. (2005). La croissance technologique et la privatisation passive des systèmes publics de santé : le cas du Québec. *Revue Gouvernance*, 2(1). <https://doi.org/10.7202/1039145ar>

Article abstract

Markets globalization, including normalization of trade exchanges which makes it possible, require many sectors to lessen their dependence on domestic regulations. We can notice, for example, that the internationalization of medical technologies trade and the pharmaceutical industry, accompanied by the high capitalization potential that it entails, has a decisive influence on health policies in Canada and Quebec. We witness, in this case, a major redefinition of contemporary governance mechanisms. Firstly, we provide a macroeconomical description of the activities of the industry of medical technologies. Secondly, we will explain the relation between the public and the private sectors within the scope of the Quebecois health and social services system. In this way, we will find that the inherent characteristics of industry and public health systems (which are, by definition, different one from the other) bring out a management mode based on profit from an inexhaustible demand, and which define social solidarity in terms of industrial strategy. It is in the light of this finding that we conclude with a critical reading of the project Politique du médicament du Ministère de la Santé et des Services sociaux, which perfectly exemplifies the logic of interweaving between private and public spheres.



La croissance technologique et la privatisation passive des systèmes publics de santé : le cas du Québec

Vol.2, No. 1, juillet 2005, Page 2

Dalie Giroux et Anne-Marie Hallé

Au Québec, depuis les années 70, le financement des services de santé a évolué et il semble que le secteur privé y participe de plus en plus : le Québec est la province canadienne qui a connu le plus important accroissement des dépenses privées (CSBE, 2001). La hausse des dépenses privées en proportion des dépenses publiques globales est une tendance tenace des trente dernières années. Entre 1979 et 1997, le secteur privé a donc accru ses dépenses en santé en enregistrant une croissance de 454 % (en dollars courants) pour cette période. En contrepartie, le secteur public n'a augmenté ses dépenses que de 178 %. Alors qu'en 1979 les dépenses privées représentaient 17,5 % des dépenses totales, elles ont atteint près de 30 % (29,7 %) en 1997. L'État assureur perdrait donc de l'influence (CSBE, 2001; 23).

Ce ralentissement dans la croissance des dépenses publiques conjugué à la croissance des dépenses privées est le symptôme de ce qu'on a appelé la privatisation passive du financement des services de santé. Ce phénomène est défini de la manière suivante par l'Organisation mondiale de la santé : « un phénomène par lequel le secteur privé connaît une croissance sans que celle-ci ne soit encouragée ou soutenue de manière active par les politiques gouvernementales » (cité dans CSBE, 2001; 43). Au Québec, cette tendance se manifesterait, selon le CSBE, de quatre manières : la croissance des dépenses dans des domaines d'activité non couverts ou peu couverts par l'État assureur (les nouveaux produits et services médicaux et thérapeutiques offerts sur le marché de la santé, notamment la chirurgie plastique et les médicaments « style de vie »), la « désassurance » publique graduelle de certains services de santé (comme les soins dentaires), l'arrivée de créneaux de services dans des champs non ou mal occupés par le réseau public (p. ex., imagerie diagnostique, soins à domicile) et, enfin, l'augmentation des contributions exigées par l'État. Au Québec, aucun dispositif n'a été mis en place pour suivre l'évolution de l'offre et de la demande afin d'exercer un contrôle sur les prix des services assurés par le secteur privé ou offerts par d'autres membres d'ordres professionnels (CSBE, 2001; 20). C'est à cet égard, dans la mesure où l'État n'a pas développé un rôle de régulateur sur le marché de la santé, que se produit la privatisation passive.

Cette tendance lourde explique en grande partie la raison pour laquelle l'État éprouve des difficultés majeures à assurer la viabilité de son régime public d'assurance santé. Pour Contandriopoulos, cette privatisation du financement est difficile à stopper parce qu'elle implique des « intérêts immédiats » de groupes forts et influents au sein de la société (Contandriopoulos, 2002; 50). Contandriopoulos mentionne que la privatisation, si elle atteint un certain seuil, un seuil qui ne serait pas si lointain, « il ne sera plus possible pour l'État de maintenir l'interdiction faite aux assurances privées d'assurer les services médicalement requis ». En effet, la privatisation constitue une porte d'entrée à un marché très lucratif pour les assureurs.

Paradoxalement, la privatisation passive n'implique pas une baisse des coûts de la santé de manière globale. En effet, les dépenses publiques et privées ont augmenté dans tous les secteurs d'activité entre 1988 et 1997 (environ 15 % par année) (CSBE, 2001; 33-38) : services hospitaliers, services médicaux et les médicaments. Dans cette dernière catégorie, qui nous intéresse particulièrement, le Conseil souligne l'augmentation considérable des dépenses publiques par rapport à celles du privé. En 2001, les dépenses totales en médicaments pour le Québec étaient de 4,1 millions de dollars, ce qui représentait 17,9 % de l'ensemble des dépenses en santé et a fait cette année-là du Québec la province canadienne qui a consacré la part la plus élevée de ses dépenses pour les médicaments (ICIS, 2004). Les facteurs qui influent de façon importante sur le niveau de dépenses en médicaments sont le volume à l'achat et le type de produits sélectionnés : au Québec, la population est celle qui dépense le plus per capita, qui a consommé le plus de médicaments prescrits (donc plus coûteux) et qui a payé le plus cher par unité de produit (Morgan, 2004). Il faut également souligner à cet effet que le régime d'assurance public couvre un plus grand nombre d'individus (entre 1997 et 1999, cette augmentation est d'environ 2,2 %) et assume la hausse des prix des traitements médicamenteux (12,7 %). Notons également que, depuis 1993 et sous l'effet d'un lobbying permanent et fructueux de la part de l'industrie pharmaceutique, plus de 1200 produits se sont ajoutés à la liste de médicaments dont le coût est assuré par le régime général d'assurance médicaments. Il est important de mentionner que l'augmentation des coûts est d'autant plus importante pour le secteur public qui assure des personnes dites « à risque » - personnes âgées et gens de milieux défavorisés. L'assurance médicaments du secteur privé compte généralement des clients en meilleure santé (salariés, gens de milieux plus aisés).

En somme, (a) le système de santé québécois est de moins en moins public, donc de moins en moins contrôlé, et pourtant de plus en plus coûteux. (b) Une part non négligeable de la croissance des coûts liés à la santé est destinée à être capitalisée sous forme de profits par l'industrie des technologies médicales. C'est à ce point précis d'une

gouverne conçue comme partenariat que se génèrent depuis la même matrice le profit privé et le déficit public, foulant aux pieds l'idée même de redistribution de la richesse au sein d'un des centres nerveux de la solidarité sociale, à savoir l'accès égal et équitable à des soins de qualités.

Dans le but d'explorer cette problématique des vases communicants, nous offrirons dans un premier temps une description des activités politiques de l'industrie des technologies médicales. Il s'agit de montrer que la mondialisation des marchés et la normalisation intensive des échanges commerciaux qui la rend possible exigent que plusieurs secteurs d'activité ne dépendent plus fondamentalement des politiques internes des États. On observe notamment que l'internationalisation du commerce des technologies médicales et de l'industrie pharmaceutique, avec le potentiel accru de capitalisation que cela implique, influe de façon décisive sur les politiques de la santé au Canada et au Québec. On assiste dans ce cas à une redéfinition majeure du complexe de gouverne contemporaine. Autrement dit, la privatisation passive des systèmes publics n'est pas un accident idéologique ou le fait d'une réponse politique à une mauvaise gestion; c'est un problème structurel. À partir de là, il est possible d'esquisser un constat selon lequel les logiques propres de l'industrie et des systèmes de santé publics, qui sont par définition étrangères l'une à l'autre, produisent un modèle de gestion dont le fondement est le profit lié à une marchandise pour lequel la demande est inépuisable (la vie), et qui définit la solidarité sociale en termes de stratégie industrielle. Cette logique repose sur une justification mythique selon laquelle le progrès technologique améliore la santé globale des populations. C'est à la lumière des termes de ce constat que nous proposons pour conclure une lecture critique du projet de Politique du médicament du Ministère de la Santé et des Services sociaux, dont les termes illustrent parfaitement la logique d'imbrication des sphères privée et publique.

L'industrie des technologies médicales est une machine politique

Les fusions internationales, les coentreprises et les autres associations égales ou non entre les compagnies de technologies médicales qui se sont multipliées dans les années 80 et début des années 90 ont permis d'augmenter l'activité des firmes administrées par d'autres pays dans la plupart des marchés. Dans ce nouveau contexte, les fabricants de nouvelles technologies, particulièrement les compagnies pharmaceutiques, génèrent des profits très importants chaque année. Ces dernières figurent parmi les entreprises qui sont les plus rentables toutes catégories confondues. En 2000, au moins 10 de ces compagnies ont déclaré des revenus supérieurs à 9,8 milliards. Le revenu le plus élevé a été de 40 milliards (Wayne et Petersen, 2001 dans Fisher, 2003).

Ces entités commerciales ont des intérêts politiques très ciblés. Au sommet de ces intérêts politiques se trouve la question des brevets. Les brevets doivent protéger les nouveaux produits, incluant les produits pharmaceutiques et les vaccins pour une durée minimale de 20 ans et ce, dès le dépôt de la demande de brevet. Les brevets constituent un espace du marché contrôlé politiquement dans lequel des profits extravagants peuvent être réalisés par l'industrie des technologies médicales innovatrices. Cette question se trouve à la jonction de l'articulation entre profit privé et déficit public, puisqu'elle concerne à la fois viabilité de l'industrie fabricante de nouvelles technologies (les brevets protègent le profit qui permet d'amortir les coûts de recherche et développement) et la question des coûts des services de santé (les brevets obligent de payer un prix relativement élevé pour un nouveau médicament pour une période relativement longue, créant un marché inélastique). Or, il semble qu'en la matière l'industrie remporte la meilleure part, dont l'objectif principal est de maximiser la période et l'application des brevets.

Concrètement, les négociations de l'OMC dans le cadre du Cycle d'Uruguay au début des années 90 ont permis à des groupes d'industries américaines, de la Communauté européenne et du Japon d'unir leurs forces pour solidifier leurs politiques nationales concernant les lois sur la propriété intellectuelle afin de la rendre uniforme internationalement (Scherer, 1993). C'est en 1995 que les États se sont entendus sur les droits de propriété intellectuelle en signant le Traité sur les brevets internationaux de l'OMC (Vogel, 2002). L'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) d'abord négocié lors du cycle d'Uruguay (mené par l'OMC) oblige tous les membres de l'OCDE à fournir une protection, au moyen des brevets, pour les produits ainsi que les procédés. Les accords internationaux sont donc déterminants pour l'industrie fabricante de technologies médicales. Sur la base de ces accords, les groupes d'intérêts ont poussé les gouvernements américains, européens et japonais à diverses actions de surveillance pour le respect des brevets. D'ailleurs, la constitution de la Zone de libre-échange des Amériques (ZLÉA) est adoptée dans sa forme actuelle, elle aura des répercussions importantes sur le régime de brevet pharmaceutique au Canada (Lexchin, 2003; 3). Il pourrait en résulter des brevets plus longs pour compenser le temps des processus d'évaluation. Par ailleurs, le Canada a renoncé à utiliser les concessions de licences obligatoires, une mesure étatique servant à contrôler les coûts des médicaments en encourageant la compétition générique. Toutefois, s'il change d'avis, ses actions en vue de revenir à cette pratique seront limitées. Selon le texte actuel de la ZLÉA, la concession de licences obligatoires sera limitée à trois situations uniquement : « qu'à des fins publiques et non commerciales ou dans des situations d'urgence nationale déclarée ou d'autres circonstances d'extrême urgence ». La dynamique dans laquelle ces accords sont conclus subordonne le politique aux lois du commerce international, et cela est particulièrement sensible dans le cas des systèmes de santé.

Parallèlement, les compagnies pharmaceutiques, par l'entremise de leur firme représentante, le Canada's Research-Based Pharmaceutical Companies (Rx&D : 63 compagnies pharmaceutiques opérant au Canada), exercent des pressions constantes sur les différentes autorités politiques canadiennes en vue d'un prolongement de la durée des brevets

(Lexchin, 2003)¹. Un grand nombre de brevets expirent ou expireront sous peu, incluant des produits vedettes des grandes entreprises comme Pfizer, et cette conjoncture rend les pressions de l'industrie encore plus manifestes (Mahmourides, 2003). Les compagnies utilisent également la tactique du evergreening, ou « modification progressive », par laquelle on prolonge la protection de leur brevet et empêcher les fabricants de produits génériques de fabriquer des produits moins chers à l'achat. La modification progressive consiste à apporter des changements à la composition des médicaments pour ensuite les faire classer comme de nouveaux médicaments. La bataille politique autour des brevets se joue sur plusieurs fronts, et constitue l'enjeu fondamental de l'action politique de l'industrie fabricante de nouvelles technologies.

La déplétion du pouvoir étatique (qui implique notamment dans ce cas l'impossibilité de contrôler les coûts de la thérapie médicamenteuse) au profit des accords commerciaux qui garantissent les brevets et au profit des compagnies qui profitent des brevets serait rendue nécessaire par l'impératif de la stimulation de la recherche. Dans le rapport commun de l'OMC et de l'OMS, on affirme que le régime des brevets a un effet d'encouragement à la recherche et développement et à la découverte (OMC et OMS, 2002; 100). Lorsqu'il s'agit de R et D dans le domaine de la pharmacologie ou de l'équipement médical, le risque est un facteur constamment invoqué par l'industrie. Diverses études (DiMasi, 1991, 2003; Scherer, 2000) soutiennent que l'industrie est vulnérable parce que ses bénéfices significatifs reposent sur le succès de produits vedettes, dont le nombre est restreint. De plus, il semble y avoir un consensus dans ces études sur le fait que la plupart des médicaments mis au point n'atteignent pas le seuil de rentabilité. C'est-à-dire que l'on juge que le déficit public qui se transforme en profit privé dans l'échange de technologies médicales est justifié dans la mesure où il est garant de la poursuite de la recherche innovatrice et de la santé globale des populations.

L'industrie des technologies médicales déploie d'ailleurs des efforts considérables pour convaincre les autorités politiques ou autres institutions d'adopter leurs produits ainsi que l'appareillage discursif qui démontre leur nécessité (Lance, 2002). L'industrie pharmaceutique en particulier met davantage l'accent sur le marketing que sur le développement de nouveaux médicaments. À ce titre, elle ne s'adresse pas seulement aux États, mais aussi aux patients-consommateurs, et aux professionnels de la santé. Selon l'ONG Public Citizen (2001), 30 % des revenus de l'industrie pharmaceutique seraient consacrés au marketing (selon Gardner et al, c'est 32 % des investissements qui sont consacrés à la promotion) contre 12 % pour la R et D (Fisher, 2003). La publicité est un outil reconnu et efficace pour générer beaucoup de ventes et pour faire plus de profits. Pour chaque dollar investi en publicité, le retour en profits peut atteindre cinq à six dollars (Hall, 2001 dans Fisher, 2003). Aujourd'hui, le marché des activités publicitaires de produits médicaux est estimé à près de 3 milliards de dollars (Morgan et Hurley, 2002).

Au Canada, et comme dans la plupart des pays à l'exception des États-Unis et de la Nouvelle-Zélande, la publicité axée directement sur le consommateur n'est pas permise (Direct-to-consumer advertising : PDMO). Il reste que la publicité américaine est visualisée par les Canadiens qui ont accès à un réseau de télévision câblé et qui peuvent ainsi regarder des chaînes américaines. Les fabricants de médicaments auraient d'ailleurs entrepris des démarches en vue d'obtenir la permission de pouvoir faire de la publicité auprès des consommateurs canadiens (Ibid). De plus, une certaine activité de marketing directement dirigée vers le consommateur, patient potentiel, est permise au Canada (Gardner et al, 2003). Le premier amendement à la loi a été effectué en 1978, puis il y en a eu un autre en 1996. En 1996, un énoncé de politique fait état du fait que Santé Canada peut dès lors assouplir son interprétation de la Loi sur les aliments et les drogues (chapitre F-27) :

The Therapeutic Products Programme recognizes the importance to the pharmaceutical industry and to the general public of being able to disseminate and access non-promotional information regarding drugs for human use. The policy "The Distinction Between Advertising and Other Activities" (...) is intended to fulfill the need for guidance on the distinction between advertising and non-promotional activities. (Health Canada, 1996.)

Selon Gardner et al, cette dernière affirmation juridique constitue une approbation tacite des publicités d'information concernant les maladies graves².

La publicité visant directement le consommateur au moyen des médias de masse a un impact sur le prix des nouveaux médicaments. Tous les investissements dans les PDMO sont incorporés dans le prix du médicament publicisé et donc sont récupérés lors de la vente de ce même médicament (Gardner et al, 2003). Autrement dit, les consommateurs paient pour les coûts engendrés par les PDMO, que ce soit par le prix des médicaments lui-même, la prime d'assurance médicament ou encore les taxes versées aux gouvernements (État assureur). En effet, puisque la demande pour les médicaments publicisés augmente, les primes d'assurance sont ajustées en conséquence, tandis que l'État, en tant que tiers payeur, doit continuer à assurer la viabilité d'un système de services de santé et de services sociaux public. Il existe d'ailleurs une corrélation importante entre l'infiltration des PDMO au Canada et l'augmentation des visites de patients chez le médecin pour demander les médicaments publicisés (McLean, 2001). Certaines études démontrent que les patients consomment plus de médicaments prescrits, en particulier de nouveaux médicaments, qui sont aussi plus coûteux. Les publicités de médicaments entraînent donc une hausse de la demande et une hausse des prix.

Il y a donc eu une introduction partielle de la publicité sur les médicaments au Canada, au moyen de la télévision, de

la radio et des magazines, sans débat parlementaire ou public. Une expansion de l'utilisation des technologies qui sont publicisées directement aux consommateurs est donc à prévoir. Vu les investissements colossaux des compagnies pharmaceutiques dans le marketing seul, il est difficile de penser que les choses se passeront autrement³.

Avec les patients-consommateurs, les professionnels de la santé sont les cibles privilégiées du marketing de l'industrie pharmaceutique. Les médecins sont en contact avec les représentants pharmaceutiques dès leur entrée à la faculté de médecine. Ce contact, qui se confirme en fréquence pendant les années de pratique, influence les habitudes de prescription des médecins. Les effets de l'interaction des médecins et des représentants sont renforcés par les cadeaux, les repas, les voyages et les fonds pour la recherche, offerts par l'industrie pharmaceutique⁴. Des recherches en sciences sociales suggèrent à cet effet que plus les médecins se fient sur les sources industrielles pour s'informer, plus ils sont susceptibles d'émettre des prescriptions qui ne vont pas dans le sens des besoins des patients (Katz et al, 2003). Ainsi, il y a une certaine probabilité que l'information fournie par les représentants de l'industrie soit biaisée, et qu'elle peut mener à des erreurs de prescription et de manière générale à la sur-prescription.

Le complexe promotionnel des compagnies pharmaceutiques auprès des professionnels de la santé comprend également la rédaction d'articles scientifiques présentant des résultats (positifs) de tests cliniques, articles qui seront ensuite signés par des auteurs très réputés (des médecins, des chercheurs d'universités prestigieuses). Ce type d'articles de promotion n'est pas marginal, ils représenteraient, selon le médecin interrogé par le Health Committee du Parlement britannique, près de 50 % des articles publiés dans les journaux médicaux les plus influents. Beaucoup de chercheurs seraient influencés par les pressions de l'industrie et retiendraient certains résultats afin qu'ils ne soient pas publiés. Ils seraient parfois payés des sommes extraordinaires par l'industrie pour décourager la publication de résultats décevants ou pour encourager la prescription de certains médicaments (Ibid; Q134). Le médecin témoin lors de la deuxième audience du Health Committee du Parlement britannique (14 octobre 2004), s'est dit s'être fait offrir un pot-de-vin (équivalent à deux ans de salaire) pour ne pas publier des recherches dont les résultats seraient contraires aux intérêts de la compagnie.

De manière troublante, les revenus des journaux médicaux proviennent en grande partie de la publicité (que Scherer (2003) qualifie d'agressive) achetée par le secteur pharmaceutique. Une association significative s'est dessinée entre un article positif concernant la sécurité d'un certain médicament et le fait que le professionnel, auteur de l'article en question, ait des intérêts particuliers, de nature financière, dans le médicament, fabriqué par une compagnie x (Stelfox et al, 1998 dans Fisher, 2003). Il faut savoir par ailleurs que les journaux médicaux représentent une source importante, sinon prédominante, de l'éducation continue des professionnels de la santé qui doivent suivre l'évolution rapide des connaissances biomédicales et des nouvelles technologies qui se développent (Yeo, 2003). L'industrie offre des cours de formation sur ses propres produits et informe le corps médical de ses recherches en cours.

L'industrie fournit en fait 70 % des fonds nécessaires aux essais cliniques de nouveaux médicaments. Les compagnies qui financent ces tests ont interdit la publication des résultats sans le consentement de la compagnie en question, ont supprimé la rédaction de publication défavorable à leurs produits et ont menacé certains scientifiques ayant obtenu des résultats négatifs de coupure dans les fonds à venir pour la recherche (Fisher, 2003; 259). Au Canada comme aux États-Unis, les chercheurs mènent leurs essais cliniques sur la base d'une entente contractuelle dans laquelle est incluse une clause de confidentialité empêchant toute publication indépendante par rapport à l'entreprise pharmaceutique mère du produit médicamenteux testé (Gibson, Baylis et Lewis, 2002; Baird, Downie et Thompson, 2002; Fisher, 2003; Baird, 2003; Cassels et al, 2003; Olivieri, 2003).

À propos du contrôle de la mise en marché des médicaments, il est ressorti des audiences du Health Committee que ce contrôle était détenu par l'industrie par l'entremise des « multi-pronged marketing approaches » (Q92). Concrètement : d'un côté les pharmaceutiques font de la promotion poussant les patients à consulter leur médecin pour des symptômes spécifiques et de l'autre côté, elles conseillent aux médecins quoi prescrire. À ce sujet, les études montrent que bien souvent, les médecins préfèrent adopter l'attitude la plus facile, c'est-à-dire la passivité. Cela permet de sauver du temps, même si, dans certains cas, ils savent pertinemment qu'une autre prescription aurait été plus appropriée pour la condition décrite par le patient. Enfin, il semblerait que le médecin qui choisit de se tenir à distance des représentants pharmaceutiques exerce une médecine plus efficace et plus économique.

De façon générale, dans la situation actuelle, il y a une grande influence provenant de l'industrie pharmaceutique dans le système de soins de santé québécois et dans le développement des politiques sur les soins de santé. Les relations entre l'industrie, les médecins, les infirmières, les groupes de patients et les agences gouvernementales, engagés dans le mouvement de privatisation passive du système de santé québécois, sont problématiques. Les professionnels de la santé et l'industrie pharmaceutique ont pourtant par définition des priorités qui sont différentes (Fisher, 2003). Alors que pour les cliniciens, la neutralité de l'information pour des analyses justes est essentielle pour traiter adéquatement les patients, les obligations premières des compagnies pharmaceutiques sont de l'ordre de la rentabilité des investissements pour les actionnaires. Ces derniers objectifs sont jugés inadéquats dans le cadre de la gestion de la santé des patients. Là où il y a des intérêts économiques, il n'y a pas de neutralité professionnelle.

Fusion des logiques

La logique partenariale qui se dessine dans la gestion des complexes de soins de santé dans laquelle l'industrie s'installe de manière systémique dans la production de la santé des populations (accords internationaux, gouvernements nationaux, professionnels de la santé et consommateurs) se fonde sur l'idée que l'industrie, et la technologie innovatrice qu'elle produit, est garante à la fois du progrès social en matière de santé, et de la stimulation des économies dans lesquelles elle œuvre. Toutefois, et c'est ici que l'articulation entre profit privé et déficit public en matière de santé peut être remise en question, il n'est pas certain qu'il est possible d'affirmer que les citoyens bénéficient de l'augmentation des dépenses en R et D. Selon Lexchin et en regard des produits pharmaceutiques conçus et introduits par l'industrie, la réponse est non. Sur 404 nouveaux produits pharmaceutiques brevetés et commercialisés en 1991 et 1995, seulement 33 (8 %) sont considérés comme étant de véritables avancées thérapeutiques ou représentant une amélioration considérable par rapport à l'ancienne technologie. Donc, pour le reste des produits brevetés pendant cette même période, 43 % sont jugés comme étant des produits à portée thérapeutique modérée, 49 % sont des produits qui n'ont apporté que de petites avancées thérapeutiques et 8 % n'ont pas été catégorisés. Entre 1996 et 2000, sur 455 nouveaux produits commercialisés au Canada, seulement 25 ont représenté de véritables percées technologiques et ont apporté de réelles améliorations thérapeutiques (5 %) (Lexchin, 2003). Plusieurs études européennes abondent dans le même sens.

Par ailleurs, l'étude du Public Citizen Congress Watch affirme que la R et D pharmaceutique n'est pas risquée. L'étude soutient que les nouveaux médicaments sont dans la majorité des cas des substituts ayant connu un succès sur le marché. En fait, les démonstrations de frais élevés engagés par l'industrie pharmaceutique ne tiennent pas compte des crédits d'impôt qui permettent de réduire le coût pour les compagnies et ce, d'un tiers pour chaque dollar investi en R et D (Fisher, 2003; 256). De plus, les coûts pour la R et D sont aussi « tamponnés » par des taux d'imposition plus faibles, voir anormalement bas. L'industrie pharmaceutique bénéficie également d'autres formes de financement public indirectes : déduction des coûts de la R et D des revenus imposables, crédits d'impôt et autres allègements fiscaux liés à la R et D (Vickery et Casadio, 1998). Notons également que l'industrie, jouant un rôle important dans l'éducation, la formation des professionnels de la santé, profite des infrastructures gouvernementales comme les universités et les hôpitaux universitaires pour mener leurs recherches, pour tester et développer des protocoles de recherche.

Enfin, selon Lexchin, la dernière étude publiée sous la direction de DiMasi (DiMasi et al, 2003), évalue aujourd'hui les coûts de développement d'un nouveau produit pharmaceutique à plus de 800 millions de dollars américains, exclut les médicaments qui sont des combinaisons de médicaments déjà existants (Lexchin, 2003; 2). Ainsi, les 802 millions auxquels se réfère DiMasi ne s'appliquent qu'à un seul type de médicament : les nouvelles entités moléculaires (médicaments qui contiennent des ingrédients qui n'ont jamais été commercialisés) et donc exclut les médicaments qui sont des combinaisons de médicaments déjà connus et commercialisés ou, encore, des reformulations de produits déjà existants sur le marché (nouvelles formes de dosage) (Lexchin, 2003; 13). L'industrie pharmaceutique n'investirait que très peu dans la conception de nouveaux médicaments, ce que la Food and Drug Administration (FDA) appelle de « nouvelles entités moléculaires ».

La recherche est alors plutôt dirigée vers de nouveaux dosages ou de nouvelles combinaisons de médicaments déjà existants, ce qui ne peut apporter que de petits avantages thérapeutiques. C'est environ 30 % des dépenses en R et D qui servent à la commercialisation de ces types de médicaments. Une proportion de 20 % des médicaments est retirée en cours de développement parce qu'on réalise qu'ils ne seront pas suffisamment rentables. Ainsi, l'estimation de DiMasi ne serait qu'à moitié exacte, c'est-à-dire que la moitié du 800 millions représente des coûts de renonciation pour des raisons commerciales. Alors, les dépenses des compagnies pharmaceutiques se chiffraient davantage autour des 403 millions de dollars américains. Bref, il n'est pas possible de déterminer le coût réel de la production de nouveaux médicaments.

Il nous apparaît clairement que les activités, les opérations internationales des compagnies fabricantes de technologies, particulièrement celles du domaine pharmaceutique, sont structurées autour de deux axes : concevoir de nouveaux produits et en faire la promotion de façon qu'ils pénètrent bien le marché. Or, il semble que, dans les faits, il n'y ait que peu d'investissements dans la recherche de nouveaux produits, par opposition à l'investissement destiné au développement de produits génériques. Tout un pan de la littérature qui ne provient pas du secteur privé tend à le démontrer. Le manque de transparence sur le plan des activités de l'industrie explique que l'on ne puisse réellement déterminer exactement le coût global de conception d'un nouveau médicament, alors que les autorités politiques sont dépendantes de cette information.

Nous pensons toutefois que les compagnies déploient effectivement des sommes considérables en R et D. Par contre, elles consacrent encore davantage d'argent pour le marketing et la promotion. Lorsque des montants vertigineux sont investis en R et D, la production est plutôt orientée vers la découverte et la commercialisation de produits vedettes, la plupart sont des médicaments classés « style de vie » (p. ex., Viagra). La littérature montre également que, dans la majorité des cas, les nouveaux produits n'apportent pas de véritables bénéfices en termes d'avancées thérapeutiques pour la santé des populations. Nous reconnaissons bien sûr que les compagnies dépendent à leur tour des brevets et des profits possibles pendant cette période pour financer leurs recherches. Sans profits, ces compagnies n'auraient

aucun incitatif à exploiter le domaine des technologies de la santé.

Ce qui motive au premier chef la recherche pharmaceutique est la découverte de nouvelles combinaisons d'entités moléculaires en vue de la commercialisation d'un « blockbuster » (c'est-à-dire un composé qui, à maturité, génère annuellement des revenus de un milliard de dollars ou plus) (Drews, 2003; 411). La recherche du succès commercial l'a emporté sur l'éthique médicale : « Consequently, the most influential figures in today's pharmaceutical companies are no longer the heads of R&D but the heads of marketing and finance » (Ibid). Autrement dit, la R et D ne constitue pas le moteur principal du développement des nouveaux médicaments. La poursuite industrielle du blockbuster a réduit la portée et la qualité de la recherche proprement scientifique et ce qu'elle pouvait avoir d'innovateur⁵.

Les logiques propres de l'industrie et des systèmes de santé publics sont par définition étrangères l'une à l'autre. La marchandisation de la santé génère des profits à partir de la vie et de la mort, de la santé et de la maladie. La demande est inépuisable. Cette vie et cette mort, cette santé et cette maladie sont également à la base de la solidarité en matière de santé. C'est à partir de ce nœud fondateur que sont pour le meilleur et pour le pire liés, dans le monde contemporain, industrie et système de services de santé et de services sociaux public. Malheureusement, « Les technologies génèrent des revenus pour les professionnels, les fabricants et les distributeurs. C'est ce qui explique, en grande partie, les pressions exercées en vue de leur adoption et de leur utilisation » (Geljins et Rosenberg, 1994; Cookson et Maynard, 2000, cité par Lehoux et Battista dans Lemieux et al, Le système de santé au Québec; 460). L'intrication entre les sphères publique et privée trouve son point aveugle dans un mythe délibérément entretenu par les différents acteurs impliqués, celui de l'association positive entre le progrès technologique et la santé des personnes et des environnements. La logique des brevets, et leur justification politique, reposent sur ce mythe qui, une fois dévoilé, nous donne à voir l'espace du brevet comme un Klondike scientifique gardé jalousement grâce à la collaboration des États et duquel on peut tirer des profits fantastiques, capitalisant la maladie de populations qui s'endettent.

Le cas de la Politique du médicament du MSSS

Le secteur pharmaceutique représente la plus grande part des dépenses en santé dans les pays membres de l'OCDE; 16 % des dépenses totales en santé sont destinés à l'achat de médicaments, ce qui correspond à 1,6 point de plus qu'il y a 10 ans (OCDE, 2004). Les principaux facteurs de cette hausse sont l'augmentation du nombre de médicaments nouveaux depuis quelques années ainsi que l'introduction de nouveaux produits qui sont plus coûteux que ceux qu'ils remplacent. Selon l'ICIS, plusieurs facteurs sont attribuables à l'augmentation des prix des médicaments (ICIS, 2004; 35). Au Canada, on associe le volume d'utilisation de médicaments à l'accroissement de dépenses en médicaments. Il semble y avoir un consensus selon lequel les médicaments d'ordonnance seront le principal facteur d'accroissement des dépenses en santé (Morgan et Hurley, 2002). Dans la dernière décennie, les dépenses pour les médicaments (prescrits et non prescrits) sont celles qui ont augmenté le plus rapidement. Entre 1985 et 2001, il semble que les dépenses en médicaments aient augmenté plus rapidement que le taux d'inflation observé au Canada. En effet, pendant cet intervalle de 16 ans, les dépenses totales pour des produits pharmaceutiques ont accru de 9,7 % annuellement (ICIS, 2004; 3). Il s'agit d'une ponction dérivée et intentionnelle : la hausse des coûts du système de santé public permet une hausse des profits de l'industrie pharmaceutique. Il faut se pencher ici sur la réponse du gouvernement du Québec face à cette situation préoccupante. Nous proposons ici quelques remarques sur le Projet de politique du médicament du Québec (publié en 2004 et discuté en consultation au printemps 2005), qui constitue l'une de ces réponses.

Ce qui est d'emblée remarquable à propos de la position gouvernementale sur la question des médicaments au Québec, c'est que la problématique est conçue comme appartenant de manière fusionnée à deux domaines d'analyse politique axiologiquement distincts. Selon le Ministre de la Santé et des Services sociaux, la question québécoise des médicaments est en effet à la fois sociale (question de l'accessibilité aux médicaments : premier axe de la politique), et économique (maintien d'une industrie pharmaceutique dynamique au Québec : quatrième axe de la politique). Cette doublure économique/sociale de la problématique, choc de logiques opposées décrit plus haut, est manifeste dans les deuxième et troisième axes de la politique, c'est-à-dire le prix juste et raisonnable et l'utilisation optimale des médicaments, puisque, comme l'indique le document de consultation, les recommandations liées à ces axes de la politique impliquent la formalisation de la collaboration déjà existante entre l'État et l'industrie pharmaceutique.

C'est dire que la formulation de la politique du médicament du Québec, en l'état, implique la poursuite du développement de partenariats public/privé, notamment en matière d'administration de la Liste de médicaments, en matière de fixation des prix des médicaments, en matière d'orientation stratégique en relation à la question de la thérapie médicamenteuse, et, ce qui apparaît comme une position préoccupante, en matière d'évaluation des médicaments en ce qui concerne à la fois leur valeur thérapeutique et leur valeur éthique. La pratique des PPP n'est pas une nouveauté dans le domaine de la politique du médicament, puisque celle-ci est de fait pratiquée par le Gouvernement depuis les modifications législatives à la Loi sur l'assurance médicament adoptées en 2002.

Il y a des partenariats déjà existants entre l'industrie pharmaceutique et le Gouvernement du Québec. Le document relate l'existence de trois partenariats créés entre le Gouvernement et l'industrie pharmaceutique. Le premier avec Rx&D, qui consiste en la création d'un fonds pour la promotion de « l'utilisation optimale du médicament » et la

réalisation de revue de l'utilisation de médicaments. Les deux autres partenariats qui sont mentionnés dans le document de consultation (MSSS, 2005; 55), sont décrits d'une manière tellement absconde qu'il nous est impossible de cerner le sens que l'on doit donner à ceux-ci. Le Ministère utilise « le concept de gestion thérapeutique » pour désigner les partenariats public-privé dans l'intervention thérapeutique elle-même. Le flou artistique entourant la nature, le sens et les résultats attendus de ces partenariats existants et projetés est troublant, dans la mesure où les propositions ministérielles 3, 11, 17, 18, 23, 24, 25, 29, 31, 32, 33 et 34 impliquent, de manière directe ou indirecte, ou bien le résultat, ou bien la création, ou bien le renforcement de points de contact entre les différents acteurs impliqués et l'industrie pharmaceutique elle-même. La proposition 33, en particulier, suggère de « mettre en place un forum permanent d'échanges pour le maintien de l'équilibre entre les politiques de santé et de développement économique en rassemblant des représentants du Ministère, du Ministère du Développement et des Ressources humaines ainsi que ceux de l'industrie pharmaceutique fabricant des médicaments innovateurs et génériques » (MSSS, 2005; 57). La justification de ce forum relève essentiellement, dit-on, d'une stratégie industrielle.

Le document de consultation, en l'état, n'est pas tout à fait clair par ailleurs sur la question de l'importance réelle relative de l'industrie pharmaceutique au Québec. Certains éléments demandent d'être précisés, d'autant que la politique de générosité envers les pharmaceutiques d'innovation est basée sur cet argument. On indique d'abord que le Québec attire la majorité des entreprises pharmaceutiques installées au Canada, mais cela ne permet pas de juger de la place de cette industrie dans l'ensemble de l'économie québécoise. On indique par ailleurs que l'investissement en recherche et développement de l'industrie pharmaceutique au Québec est de l'ordre d'un peu moins que 400 millions dollars pour l'année 2000 (MSSS, 2005; 51), alors que les dépenses pour la recherche et le développement de l'industrie pharmaceutique au Québec serait de 313 millions de dollars (MSSS, 2005; 53). Qu'est-ce que cela indique quant à l'apport de l'industrie pharmaceutique dans l'ensemble de l'économie québécoise? Et quant est-il du ratio public/privé du financement de la recherche, relativement aux profits et à la contribution fiscale de ces entreprises? Une étude économique indépendante est requise.

On signale par ailleurs que cette industrie représente 17 500 emplois au Québec. Or, environ 1000 de ces emplois sont destinés à des chercheurs étrangers bénéficiant de congés fiscaux (« une main-d'œuvre hautement qualifiée qu'elles [les entreprises] ne peuvent pas trouver ici » (MSSS, 2005; 53)), et 4000 de ceux-ci concernent des entreprises de recherche contractuelle, impliquant au moins en partie des médecins et des chercheurs qui travaillent déjà dans des centres de recherche et dans les universités. Il semble, si ces données se vérifient, que la portion des emplois générés par l'industrie pharmaceutique pour l'ensemble du Québec soit relative, et que les emplois hautement qualifiés fassent ou l'objet de congés fiscaux pour des travailleurs étrangers, ou qu'ils soient le fait d'une seconde source de revenus pour des médecins et des chercheurs. Il reste encore à déterminer si, pour la population, le jeu en vaut la chandelle.

Tout le document de consultation le souligne abondamment (« les politiques de santé et celle du médicament peuvent donc nuire au développement de cette industrie au Québec » (MSSS, 2005; 6)), cette supposée importance de l'industrie dans l'économie québécoise fonde la légitimité de la participation active et extensive de l'industrie dans la gestion, l'administration et le débat autour de la Liste de médicaments du Québec. Elle fonde aussi la légitimité de la perpétuation de la règle de 15 ans qui protège le prix d'un produit innovateur même après l'expiration du brevet (règle qui coûterait 25 millions de dollars par année selon l'étude Montmarquette), et la légitimité de l'abandon de la politique de non-augmentation des prix. L'importance relative de l'industrie pharmaceutique dans l'économie québécoise reste à notre avis peu documentée et demande à être articulée d'une manière plus précise et plus transparente.

Un mythe semble par ailleurs entretenu selon lequel les Québécois demandent plus de thérapie médicamenteuse et veulent y accéder plus rapidement. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux insiste régulièrement sur cette idée d'une « demande croissante », idée qui n'est nulle part documentée de manière critique. Mentionnons le rôle des corporations professionnelles (médecins et pharmaciens), et le rôle de l'industrie est pourtant fondamental dans la création, l'entretien et l'amplification de la dite demande de médication. Il est essentiel, lorsque l'on considère cette question, de tenir également compte de l'apparition massive, dans les dernières années, de l'industrie pharmaceutique dans l'espace public, médiatique et médical des Québécois. L'industrie, en plus d'être en contact régulier, permanent et intensif avec les professionnels de la santé, s'est fait connaître auprès de différents publics citoyens comme informateurs distribuant dans les CLSC de cafés et de beignes aux personnes âgées, comme commanditaire de l'émission 37,5 (diffusée sur les ondes de Radio-Canada), comme marchands de bien de consommations répondant aux besoins et désirs variés de différentes classes de la population, et comme « source de vie » partenaire de la livraison d'une quantité importante de biens culturels. Cette « source de vie » est certainement source de séduction majeure pour les patients-consommateurs dont le corps est l'enjeu d'un marché parmi les plus lucratifs au monde.

Le document de consultation suggère également que « la perception générale est que le médicament le plus récent est le meilleur. Le patient souhaite donc qu'il soit plus accessible » (MSSS, 2005; 4). Cet énoncé qui complète celui de « la demande croissante » fonde la nécessité d'accélérer le processus d'évaluation des médicaments destinés à intégrer la Liste de médicaments. Nous pensons, compte tenu des facteurs de fabrication de cette demande mentionnés plus haut, qu'il faut être plus que prudent par rapport à cette affirmation, d'autant plus que l'industrie a

déjà calculé ce qu'elle perd chaque jour en millions de dollars dans le processus d'évaluation d'un nouveau médicament destiné à en autoriser la commercialisation. Ajoutons à cela, comme l'indique la littérature sur le sujet, qu'une très maigre proportion des nouveaux produits médicamenteux présenterait des avancées thérapeutiques significatives pour les patients (entre 4 et 8 %, selon les études).

Dans cet ordre d'idée, la logique de la composition de la table de concertation liée au Conseil du médicament, organe à qui est promis plus de leadership dans les différents aspects pratiques de thérapie médicamenteuse doit être questionnée. D'après le document de consultation, la table de concertation est composée de représentants du Ministère et de la RAMQ, de représentants du Collège des médecins du Québec, de l'Ordre des pharmaciens du Québec, de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, de l'Association des pharmaciens des établissements de santé, de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes, de l'Association des compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx&D) et de l'Association canadienne du médicament générique. On ne prévoit pas donc pas intégrer les citoyens à cette table, dont les rôles dans la problématique sont pourtant multiples : patients, contribuables, consommateurs, « clients », et citoyens d'un État démocratique. On ne prévoit pas non plus la présence de spécialistes et d'acteurs liés au développement de la médecine non pharmaceutique. Cette absence est très significative d'une certaine manière de comprendre le soin au Québec, et peut-être même, cela reste à discuter, d'une absence de volonté de diversifier les approches à la thérapie médicamenteuse.

Dans la suite de cette question concernant la composition de la table de concertation, on peut se demander, puisque le Conseil du médicament est au centre de la stratégie ministérielle d' « utilisation optimale des médicaments », quelle est la nature de l'apport de l'industrie pharmaceutique dans cette réflexion et cette pratique. Le document du Ministère de la Santé et des Services sociaux indique en effet que l'ensemble des acteurs liés à la santé a un rôle à jouer dans l'utilisation optimale des médicaments (sauf les citoyens). Or, le rôle de chacun dans cette affaire, et en particulier le rôle de l'industrie à laquelle nous reconnaissons avant tout le rôle de faire du profit, n'est jamais explicité.

Est-ce que l'influence de l'industrie n'est pas trop diffuse? Les moyens autorégulateurs et éthiques proposés dans le document de consultation ne sont peut-être pas suffisants pour limiter l'influence de l'industrie sur l'ensemble de l'appareil général d'administration de la santé au Québec. Une littérature pléthorique, parmi celle-ci le verbatim très révélateur de la Health Committee du Parlement britannique sur les effets de l'industrie pharmaceutique sur l'administration des soins de santé, suggère une multiplication épidémique des foyers de conflit d'intérêts dans le domaine de l'administration de la santé. Cette épidémie résulterait de l'intégration de l'industrie pharmaceutique, biomédicale et de technologies médicales à différentes jonctions des systèmes d'administration publique de la santé. Le cas du Québec, malgré la dénégation molle des acteurs impliqués, ne semble pas faire exception à la règle. En effet, pour le cas qui nous intéresse ici, la totalité des intervenants impliqués dans la question de la thérapie médicamenteuse au Québec sont en relation avec l'industrie pharmaceutique, soit par le financement direct ou indirect, la consultation conjointe, les cadeaux et avantages particuliers, la publicité, la diffusion d'information de type commercial, thérapeutique ou scientifique.

Les acteurs en relation structurelle ou idéologique avec l'industrie pharmaceutique, pour la seule question de la thérapie médicamenteuse, sont nombreux : patients, contribuables, consommateurs et citoyens, télévision publique et autres entreprises médiatiques, associations de patients, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Conseil du médicament, table de concertation associée au Conseil du médicament, groupes experts externes en évaluation (ETS) consultés par le Conseil du médicament, chercheurs et laboratoires privés qui produisent les tests cliniques pour les nouveaux médicaments, médecins, pharmaciens, infirmières et corporations professionnelles respectives, administrations d'hôpitaux et de CLSC, revues scientifiques et médicales, administration des universités, facultés de médecine, étudiants en médecine et dans les autres sciences médicales et péri-médicales.

La gamme des interventions sociales, économiques, éducatives, personnelles et médiatiques de l'industrie pharmaceutique au Québec est profonde et variée. Il y a quelque chose de cette diffusion qui constitue le symptôme d'une transformation de la manière dont interagissent les acteurs privés et les acteurs publics dans la gouverne relative aux questions de santé. Cette tendance en est une de type techno-utilitariste, assortie d'un principe de gouvernementalité que l'on pourrait qualifier de noble corruption (le partenariat public/privé). Au Québec, il nous apparaît que la loi du médicament est une plaque tournante majeure de la privatisation passive de la gouverne, et le symptôme alarmant de la fusion concrète des logiques marchandes et sociales dans une forme inédite de gouverne. Cette dernière appelle une nouvelle conceptualisation de la gestion publique qui remette en question la distinction analytique entre sphère publique et sphère privée, avec les conséquences en matière de demande de démocratie que cela devrait normalement impliquer.

Dalie Giroux est une professeure et Anne-Marie Hallé est une étudiante à la maîtrise en science politique, à l'École d'études politiques, Université d'Ottawa.

Bibliographie

Audience du Health Committee du Parlement britannique. 2004. « The Influence of the Pharmaceutical Industry ». Audience du 9 septembre; les questions 1 à 86.

Audience du Health Committee du Parlement britannique. 2004. « The Influence of the Pharmaceutical Industry ». Audience du 14 octobre; les questions 87 à 202.

Baird, P.A. 2003. « Getting It Right : Industry Sponsorship and Medical Research », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 168, n° 10, p. 1267-1269.

Baird, Downie et Thompson. 2002. « Clinical Trials and Industry », dans *Science*, vol. 297; 2211.

Battista, R.N., et P. Lehoux. 2003 « Évaluation des technologies de la santé au Québec: bilan et défis », dans *Le système de santé au Québec : organisation, acteurs et enjeux*, dirigé par Pierre Bergeron, Vincent Lemieux, Clermont Bégin et Gérard Bélanger, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

Cassels, A. 2003. « World's first nonprofit drug company launched », dans *Canadian Medical Association or its licensors*, vol 169, n° 6, p. 590.

Conseil de la santé et du bien-être. 2001. *Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux*, Québec.

Dawson, A., et B. Curry. 2003. « Corporations give to receive: Those with the most to gain spend the most courting parties [Final Edition] », dans *Vancouver Sun*, 3 juillet.

Dimasi, J.A., R.W. Hansen et H.G. Grabowski. 2003. « The Price of Innovation: New estimates of drug development costs », dans *Journal of Health Economics*, n° 22, p. 325-30.

Drews, J. 2003. « Strategic Trends in the Drug Industry », dans *Drug Discovery Today*, vol. 8, n° 99, p. 411-420.

Fisher, M.A. 2003. « Physicians and the Pharmaceutical Industry. A Dysfunctional Relationship », dans *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 46, n° 2, p. 254-272.

Freeman, A. 2002. « Lobby firms increasingly giving more to political parties », dans *The Hill Times*, 8 juillet.

Gardner, D., B. Mintzes et A. Ostry. 2003. « Direct-to-Consumer Prescription Drug Advertising in Canada: Permission by Default ? », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 169, n° 5, p. 425.

Gibson, Baylis et Lewis. 2002. « Dances with the Pharmaceutical Industry », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 166, n° 4, p. 448-450.

Hurley, J., et S. Morgan. 2002. « Pressions sur la hausse des coûts induites par les technologies des soins de santé ». Étude 14 de la Commission sur l'avenir des soins au Canada, Ottawa.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2004. *Dépenses en médicaments au Canada (1985-2003). Base de données sur les Dépenses Nationales de Santé*, Ottawa.

Katz, D., A. Caplan et J. Merz. 2003. « All Gifts Large and Small: Toward an Understanding of the Ethics of Pharmaceutical Industry Gift-Giving », dans *The American Journal of Bioethics*, vol. 3, n° 3, p. 39-46.

Lexchin, J. 2003. « Intellectual Property Rights and the Canadian Pharmaceutical Marketplace: Where Do We Go From Here ? », *Canadian Centre for Policy Alternatives*, Ottawa.

Mahmourides, G. 2003. « A Survey of Recent Technological Progress, Corporate Strategy, new Financing Patterns, and the Behaviour of Capital Markets », dans *BioCanada*, vol. 11, n° 11, p. 8-22.

Mclean, C. 2001. « The Real Drug Pushers: Aggressive pharmaceutical companies are using direct-to-consumer ads and baby boomer's hypochondria to rake in profits », dans *The Report Newsmagazine*, 19 mars.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2005. *Politique du médicament. Document de consultation*. Disponible sur le site du Ministère de la santé et des services sociaux. [En ligne] <http://www.msss.gouv.qc.ca> (page consultée le 2 mars 2005).

Morgan, S. 2004. « Sources of Variations in Provincial drug Spending », dans *Canadian Medical Journal Association*, vol. 170, n° 3, p. 329-330.

Olivieri, N. 2003. « Patient's Health or Company Profits? The Commercialisation of Academic Research », dans *Science and Engineering Ethics*, vol 9, n° 1, p. 29-41.

Organisation de coopération et de développement économiques. 2004. *Le projet de l'OCDE sur la santé vers des systèmes de santé plus performants*. Rapport OCDE.

Organisation mondiale de la santé et organisation mondiale du commerce. 2002. Les Accords de l'OMC et la Santé publique. Étude conjointe de l'OMS et du Secrétariat de l'OMC.

Rioux Soucy, L.-M. 2004. « Mark retire le Vioxx du marché. L'anti-inflammatoire peut causer des incidents cardiovasculaires après 18 mois de traitement », dans *Le Devoir*, 1^{er} octobre 2004; *Les Actualités*.

Scherer, F.M. 1993. « Pricing, Profits, and Technological Progress in the Pharmaceutical Industry », dans *The Journal of Economic Perspectives*, vol. 7, n^o 3, p. 97-115.

Vickery, G., et C. Casadio Tarabusi. 1998. « Globalization in the Pharmaceutical Industry, Part II », dans *International Journal of Health Services*, vol. 28, n^o 2, p. 281-303.

Vogel, R.J. 2002. « Pharmaceutical Patents and Price Controls », dans *Clinical Therapeutics*, vol. 24, n^o 7, p. 1204-1222.

Yeo, M. 2003. « Marketing Rx&D: One step forward, two steps back », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 168, n^o 10, p. 1273-1274.

1 Il est connu que les groupes de lobby qui ont le plus avantage à profiter des politiques du gouvernement fédéral sont ceux qui seront parmi les plus généreux donateurs du parti au pouvoir (Dawson, Anne et Bill Curry, 2003. « Corporations give to receive: Those with the most to gain spend the most courting parties: [Final Edition] » dans *Vancouver Sun*, 3 juillet 2003). En ce qui concerne les compagnies pharmaceutiques, l'enjeu principal de leurs activités de lobbying est le prolongement de la durée des brevets. Glaxo Smith Kline a par exemple donné 19 086 \$ au Parti Libéral du Canada en 2002. En fait, les compagnies pharmaceutiques sont des donateurs réguliers du PLC, et leur survie dépend directement de la Loi canadienne sur les brevets. Les principaux groupes de lobby représentant les compagnies pharmaceutiques sont : Rx&D, le Canadian Medical Association et le Canadian Drug Manufacturers Association (Freeman, Aaron. « Lobby firms increasingly giving more to political parties » dans *The Hill Times*, 8 juillet 2002).

2 Gardner et al. estiment que ce qui motive l'interdiction de publiciser les médicaments d'ordonnance relève de la sécurité publique. Les médicaments prescrits sont souvent plus toxiques que les médicaments en vente libre et ils sont utilisés pour traiter des maladies qui, dans la plupart des cas, sont difficiles à diagnostiquer par soi-même. De plus, lorsqu'un médicament est fortement publicisé, il s'agit habituellement d'un nouveau produit. Ainsi, une certaine incertitude persiste puisqu'il y a moins d'information disponible sur le produit en question. Près de 20 % des nouveaux médicaments sont jugés néfastes pour la santé du consommateur, ce qui fait croire à Gardner et ses collègues que les PDMO sont dangereux pour la santé publique. C'est pourtant au nom du droit à l'information des consommateurs que certains groupes et chercheurs sont favorables aux PDMO. Ils considèrent que ces derniers peuvent aider les consommateurs à trouver de l'information sur les médicaments prescrits et sur les choix de soins de santé qui existent.

3 En 2000, au Canada, Merck Frosst a dépensé plus de 6,25 millions de dollars pour faire la promotion de Vioxx : plus d'un million d'échantillons ont été donnés aux médecins et plus de 1 000 pages de publicité ont été publiées dans les revues médicales (Lexchin, 2003; 21). Ironiquement, l'anti-inflammatoire vedette de Merck a été retiré du marché en catastrophe - un marché qui représentait 80 millions de consommateurs et qui a généré 2,55 milliards de dollars (15 à 20% du revenu total de la multinationale) pour l'année 2003 seulement (Rioux Soucy dans *Le Devoir*, 1er octobre 2004). Au Québec, Vioxx a entraîné 29,2 millions de dollars en remboursement par le programme du régime d'assurance médicaments et ce, pour près de 232 000 citoyens inscrits au programme (Ibid). Les risques liés à l'utilisation de Vioxx sont majeurs : l'infarctus du myocarde, arrêt cardiaque causant la mort soudainement.

4 La situation est exactement la même en Angleterre selon les propos tenus par les médecins interrogés lors de la deuxième audience du Health Committee du Parlement britannique (Health Committee du Parlement britannique, Audience du 14 octobre 2004). Par ailleurs, il est connu que les jeunes étudiants de médecine au Québec sont eux aussi très tôt en contact avec les représentants de l'industrie. Dès la première année, les étudiants se font vendre, par des représentants de diverses grandes compagnies les instruments d'examen médicaux de base.

5 Pour faire contrepoids de cette tendance, Médecins sans Frontières a mis sur pied le premier institut de recherche en pharmacologie à but non lucratif pour la recherche sur des maladies dites négligées par l'industrie (Cassels, 2003), DNDi (Drugs for Neglected Diseases Initiative, dans la suite du DND Working Group). Le coût du développement des médicaments sera moins élevé parce qu'il y aura, entre autres, aucune activité marketing ou de promotion. Les gouvernements, et notamment le Canada, contribueront aussi au financement des recherches. Enfin, la recherche se déroulera en grande partie dans les pays du Tiers Monde et sera prise en charge par des scientifiques du secteur public.