

INTRODUCTION A L'ECONOMIE DU MEDICAMENT

Jean-Jacques Zambrowski

**Centre Hospitalier Universitaire Bichat-Paris
Chaire Santé ESCP – EAP
Université René Descartes Paris V**

31 Janvier 2007

UEP Industrie 2006-2007

Groupe 5

DEKALI Samir, PESQUIDOUS Marie-Caroline, PIZZOGLIO Véronique,
PORCHEROT Florie, POULTON Coralie, POURADIER-DUTHEIL Nathalie, RICHARD
Paméla, TAN Rithy-Nicolas, TRAN Richard, WONG Jennifer.

INTRODUCTION A L'ECONOMIE DU MEDICAMENT

I - La santé et son économie en France

D2 : Définition de l'économie :

Qu'est-ce que l'économie de santé ? Un terme bien plus large qu'une simple affaire d'argent ! Le mot économie vient du grec : « ecos », signifiant la demeure, la maison, mais aussi la cité, l'environnement ; et « nomia » qui est la règle. L'économie est *la règle, la gestion, l'organisation, la façon dont est organisé l'endroit où l'on vit* tandis que l'écologie c'est la science de l'endroit où l'on vit. Ainsi, la gestion de l'économie (la gestion au sens large) représente le bon usage des ressources, ce que le chef de famille, les responsables, les employés font dans leur maison, dans leur domaine, mais aussi ce que les responsables des collectivités font plus haut dans la hiérarchie. Par conséquent, l'économie est la science qui s'intéresse à l'usage et si possible au bon usage des ressources disponibles. Il faut les identifier, les suivre, les tracer, regarder comment on s'en sert...

En matière de santé, il n'y a pas que des ressources financières. Elles peuvent être : humaines, technologiques, réglementaires, morales, éthiques, philosophiques... L'économie de la santé aura donc pour but le bon usage de toutes ces ressources dans le domaine de la santé.

D3 : L'évolution de l'espérance de vie prouve l'efficacité du système :

Entre 1950 et 2006, l'espérance de vie en France a augmenté d'environ 15 ans pour les hommes comme pour les femmes, en moins de 60 ans. On gagne trois mois d'espérance de vie par an en France. Il y a eu une accélération contemporaine de l'espérance de vie, notamment grâce aux progrès dans le domaine de la médecine et de la pharmacie, mais aussi grâce à l'accès à une alimentation saine, de l'eau (potabilité, pureté biologique, physique, chimique) et un habitat. Mais l'amélioration des soins et de l'accès à ces soins, notamment grâce au bénéfice de l'assurance maladie, a rendu les choses infiniment riches d'espérance. Cela se traduit par une augmentation de l'espérance de vie.

La France a la 1^{ère} ou 2^{ème} meilleure espérance de vie du Monde depuis 10 ans (et quand nous ne sommes pas premiers, c'est le Japon).

D4 : Le marché de la santé :

Si la santé n'a pas de prix, elle a un coût et ce coût est de plus en plus élevé, dans tous les pays dits développés ou industrialisés. L'appétit pour l'accès aux soins, pour la consommation des soins, augmente 2 à 3 fois plus vite que la richesse de ces pays. Plus les pays se développent, plus leur économie augmente, plus les gens veulent se soigner et, comme les solutions qu'on leur propose sont extrêmement performantes, c'est de plus en plus cher.

Finalement, on s'aperçoit que la demande de soins dans les pays industrialisés augmente **2 à 3 fois plus vite** que l'économie.

D5 : Les dépenses de santé en rapport avec le PIB :

En France, le PIB (Produit Intérieur Brut) représentant la richesse totale produite dans un pays, est supérieur à **1600 milliards d'euros/an**. On consacre le ¼ (un peu plus de 400 milliards d'euros/an) de la richesse totale à des protections sociales (assurance maladie, retraite, allocations familiales...) et on consacre spécifiquement à la santé un peu plus de **160 milliards d'euros/an soit 1/10^{ème}** de la richesse totale que l'on produit. C'est plus qu'il y a 15 ans ! L'appétit pour la santé n'arrête pas d'augmenter : plus on propose de choses appétissantes, plus les gens ont faim ! Cependant, cela représente moins que les Américains, mais ces derniers ont un moins bon usage des soins que nous ; leurs indicateurs sont moins bons (mortalité, morbidité). De plus, nous faisons un excellent usage de l'utilisation des soins et sommes classé meilleur système mondial par l'OMS.

D6-7 : La santé contribue au PIB :

La santé représente : 100000 emplois dans l'industrie pharmaceutique
 20000 emplois chez les prestataires
 100000 emplois dans l'officine

En tout, le médicament crée au moins 220 000 emplois, à cela s'ajoute 400000 infirmiers/infirmières, 200000 médecins, 120000 dentistes, kinés, sages femmes.

Soit au total 1 million d'emplois qualifiés.

De la même manière, la pharmacie contribue aussi à la balance commerciale. En effet, 40% des médicaments produits sont exportés ce qui représente un apport important d'argent. Nous sommes le premier producteur européen de médicaments avec 38 milliards d'euros de chiffre d'affaires, dont 40% (soit 17 milliards) provenant de l'exportation.

D8-9 : La consommation médicale :

La consommation médicale est d'environ 150-160 milliards d'euros, cela dépend du périmètre déterminé. En plus concret, cela représente **2500 euros par habitant et par an**. Par comparaison, dans les pays de l'Afrique subsaharienne (Mali, Burkina par exemple), les dépenses de santé représentent en moyenne, 25 euros par habitant et par an, c'est 100 fois moins que chez nous. Ce qui devrait normalement dire, qu'un Malien ou qu'un burkinabé, aurait 100 fois moins de probabilité de tomber malade car il dépense 100 fois moins d'argent pour sa santé. Il est bien évident que c'est plutôt le contraire, car les conditions d'hygiène, d'alimentation ou encore d'accès aux soins qui sont beaucoup moins favorables qu'en France.

En prenant en compte tous ces facteurs, l'écart de probabilités entre tomber malade en France et tomber malade en Afrique serait de l'ordre de 10000 (100x100 correspondant aux dépenses de santé ajoutée aux conditions de vie).

En ce qui nous concerne, 44% des dépenses totales de santé sont consacrées aux soins hospitaliers. Chaque année, 5% des Français sont hospitalisés ne serait-ce qu'un jour, et 5 autres pour cent des Français vont à l'hôpital une fois chaque année, pour une consultation ou pour un acte sans être hospitalisé.

Les honoraires des médecins représentent 20 milliards d'euros soit 12% des dépenses de santé et les médicaments, environ 30 milliards d'euros soit 20% des dépenses de santé c'est pour cela que les médicaments sont dans le collimateur en ce qui concerne le budget de la sécurité sociale. Les pharmaciens dans les officines ne vendent pas que des médicaments, ils vendent aussi des dispositifs médicaux, des produits tels que pansements, cannes, bandages, cela représente 5% des dépenses.

Ainsi, le marché de la santé au sens strict se chiffre à **40 milliards d'euros**. Les produits appelés « alicaments » (yaourts censés renforcer l'immunité, céréales riches en vitamines...) que l'on peut trouver dans les supermarchés ne sont bien sûr pas pris en compte.

D10-11 : Qui paie ? Le système fondé sur la solidarité :

C'est la collectivité qui paie. On a décidé, il y a déjà plus d'un siècle, de mutualiser le risque parce que la santé coûte trop cher pour que la plupart des gens puissent se payer eux-mêmes leurs soins. Partout dans les pays développés, il existe un système de tiers-payant. Chez nous, c'est la sécurité sociale obligatoire, elle paie plus des de la dépense totale de santé, les assurances complémentaires (mutuelles) paient 13%, l'État paie 1%. Et il reste aux gens moins de 9% des dépenses de santé à payer de leur poche. Ainsi, publiques ou privées les institutions couvrent plus de **90% de la dépense de santé**.

Après avoir retiré les impôts et les taxes, il reste aux Français 900 milliards d'euros chaque année. La dépense principale est consacrée au logement, puis les transports, et l'alimentation. **De leur poche, ils paient 450 euros par an et par habitant**, soit 1,50 euros à peine par jour.

D12 : Les dépenses de l'assurance maladie :

En 2006, l'assurance maladie a dépensé **140 milliards d'euros**. Elle a payé les dépenses d'hospitalisations publiques et privées soit plus de **50%** de la dépense, les médicaments hospitaliers, le remboursement des honoraires médicaux, des auxiliaires, des infirmières, les indemnités journalières de travail, des dispositifs médicaux (vendus en pharmacie), transports, etc.

Mais la part la plus importante à part l'hôpital, revient aux médicaments de ville vendus en officine. Elle a représenté en 2006, **15%** des dépenses de l'assurance maladie, soit 21 milliards d'euros. Il est bien évident que c'est sur cette dépense que l'on va se focaliser pour faire rentrer les dépenses à l'intérieur du budget. Pendant un moment, c'était l'État qui comblait le déficit, mais depuis le Traité de Maastricht, il n'a plus le droit de donner de l'argent à la sécurité sociale, car il est lui-même en déficit. Tous les pays d'Europe sont dans le même cas.

D13-14 : Trois constats :*- 1er constat*

Les dépenses publiques de médicaments ont doublé au cours des dix dernières années et elles sont une préoccupation majeure en France comme dans la plupart des pays industrialisés. L'augmentation des dépenses n'est pas causée par les prix excessifs imposés par les laboratoires puisqu'ils sont partout fixés par l'acheteur et par la sécurité sociale, mais parce que les médicaments d'aujourd'hui sont beaucoup **plus performants**. La performance nécessite une étude plus approfondie des médicaments. Aujourd'hui, on sait soigner des pathologies qui étaient totalement insoignables, on sait aussi trouver des solutions pharmaceutiques à des maladies qui n'avaient pas de solution du tout ou éventuellement chirurgicale. Par exemple, il y a 10 ou 15 ans, l'ulcère de l'estomac s'opérait (chirurgie dévastatrice). Maintenant, on peut soigner l'ulcère avec un traitement de 5 semaines constitué d'oméprazole et éviter la chirurgie, cela est bien plus agréable pour le patient. Cependant, cela a entraîné l'augmentation de la dépense du médicament même si elle a baissé celle de la dépense chirurgicale.

- 2^{ème} constat

Nos dépenses en France sont deux fois plus élevées que celles des Anglais (pour les médicaments), et 1,5 fois plus élevées qu'en Allemagne. En France, on a l'habitude culturellement de la prise de médicaments.

En Angleterre, le médecin est intéressé à la dépense de santé de ses malades. Il a un budget à gérer qui est centré sur ses 2000 ou 3000 malades dont le fichier est constitué par la sécurité sociale. En effet, la sécurité sociale attribue un budget à chaque patient, si le médecin traitant ne dépense pas le budget attribué par habitant, il touche une prime. Par conséquent, il n'envoie plus les patients vers l'hôpital ni vers un spécialiste, les Anglais sont alors plus malades que nous. En Allemagne, on utilise beaucoup la phytothérapie, la kinésithérapie.

- 3^{ème} constat

Le médicament semble le moins contrôlable. Si l'on regarde les dépenses de santé sur une base de 100 entre 1995 et 2005, elles représentent 100 en 1995 et 133 en 2005. L'ensemble des soins ambulatoires qui sont des soins de ville, passe de 100 en 1995 à 136-137 en 2005. Si on regarde la dépense hospitalière, elle ne vaut même pas 110 en 2005. Par contre si on regarde les dépenses du médicament, elles passent à de 100 à 180 en 2005. On sait faire des choses de plus en plus extraordinaires avec les médicaments, tout comme avec les nouvelles imageries ou chirurgies. Seulement les médicaments en termes d'économie, représentent pour les politiques, la « tour qui fâche ».

Question : La pression est-elle sur les laboratoires ou sur les officinaux ?

La pression est très fortement sur les laboratoires. Celle des officines est très petite par rapport aux laboratoires. Les raisons sont de nature politique car les officines sont trop représentatives de la population (influence la société). Mais elle n'a rien avoir avec celle qui pèse sur les industriels qui s'alarment franchement. Entre les deux il y a les répartiteurs qui eux sont écroulés.

II - Le Médicament : un « Big Business »

D16 : Le marché mondial :

Le marché pharmaceutique mondial est très inégalement réparti : l'Amérique du Nord (USA et Canada) représente 44% du marché (270 milliards de dollars), l'Europe qui comprend plus d'habitants représente 27% du marché mondial (170 milliards de dollars) suivi par le Japon (60 milliards de dollars), l'Asie et l'Australie (35 milliards de dollars), le Moyen-Orient et l'Afrique (30 milliards de dollars) et l'Amérique latine (25 milliards de dollars). Soit un total de **600 milliards de dollars**.

D17 : Une forte croissance est à venir :

Ce marché n'arrête pas de croître. Cela est dû en particulier grâce à l'introduction de produits nouveaux (mis sur le marché après 2001) dont la part, chaque année, n'arrête pas d'augmenter. Aujourd'hui, ils représentent environ 25% et d'ici dix ans ils représenteront plus de la moitié du marché.

Cependant, dix ans après leurs mises sur le marché, les laboratoires perdent l'exclusivité sur leurs produits ainsi ils peuvent être génériques. Par conséquent, tous les produits qui ne sont pas des « produits nouveaux » tendent à être plus ou moins remplacés par les génériques. De cette manière, on force la création de nouveaux produits pour remplacer ceux qui tombent dans le domaine public.

D18 : Près de 45% du marché est représenté par les 10 premières entreprises :

Les petites entreprises : en 1950, il existait en France environ 1000 entreprises, aujourd'hui il y en a beaucoup moins et donc les firmes se concentrent, se rachètent. Ainsi, les dix premières entreprises mondiales représentent à elles seules presque **la moitié du marché** (cela représente 265 milliards de dollars) et les vingt premières les deux tiers du marché. La plupart sont des entreprises américaines et européennes, Pfizer étant la première entreprise mondiale.

Quel est le rôle de ces « mariages arrangés » ? Il faut savoir qu'un médicament représente 10 ans de recherche soit **1 milliard de dollars**, seulement 1/5^{ème} des médicaments va connaître un succès commercial. Afin de rentabiliser les frais de lancement, il faut donc au moins développer 5 médicaments par an pendant 10 ans. Cela fait un total de **cinquante médicaments** et donc être capable de dépenser au moins **5 millions de dollars par an** pour faire de la recherche sinon ils sont condamnés à mourir sauf s'ils trouvent la « petite niche miraculeuse ». Mais tous les laboratoires n'ont pas forcément dans leur porte-monnaie 5 milliards de dollars à mettre dans la recherche. C'est donc le rôle des fusions des entreprises des médicaments, de mettre plus d'argent dans le secteur R&D.

Question : Et que deviennent les petits laboratoires ?

C'est ce qu'on appelle une « niche » : les grosses entreprises ne sont pas intéressées par certaines maladies. Ainsi, certains des produits biotechnologiques ont été développés par des petits laboratoires et les gros laboratoires rachètent leurs licences afin d'assurer le développement mondial, l'industrialisation, la commercialisation puis les grosses entreprises donnent de l'argent aux petits laboratoires (exemple : générique du Plavix). De même, la recherche académique ne prend pas ce risque car elle n'a pas assez d'argent. Elle se contente d'étudier et de rechercher des mécanismes physiopathologiques, mais c'est une firme pharmaceutique qui va prendre le risque du développement.

D19 : Les « blockbusters » :

Les « blockbusters » (traduit par « démeménageurs ») sont les gros produits qui font plus d'**un milliard de dollars de chiffre d'affaires**. Ce nombre de médicaments augmente : 20 en 1998, 67 en 2003 et 105 en 2007. Donc il existe des produits qui rapportent énormément d'argent.

D20-21 : L'émergence et la croissance des biotechnologies :

Les biotechnologies sont en train d'arriver rapidement sur le marché, il y en a beaucoup aux USA et un peu moins en Europe. Le début du mouvement se situe dans les années 90 (1995), suivi d'une croissance des biomédicaments de plus en plus importante. Évidemment, ce n'est pas encore l'essentiel des produits disponibles mais ce sont des médicaments qui attaquent des cibles plus précises et il s'agit de l'avenir de la pharmacie.

D22-23-24 : Une tendance qui devrait se maintenir :

Cette tendance non seulement se maintient, mais elle s'accroît dans les années à venir. Globalement, la part des biotechnologies sur les produits pharmaceutiques va encore augmenter (environ un médicament sur six).

Il y a toujours de nombreux besoins médicaux à satisfaire, des défis thérapeutiques nouveaux (champ vaste) et un nombre élevé de produits en développement. On peut citer par exemple : les maladies infectieuses qui restent la principale cause de mortalité dans le monde (VIH, maladies tropicales, maladies nosocomiales, grippe...), le cancer, les maladies neurodégénératives et maladies auto-immunes (Alzheimer, Parkinson, Polyarthrite rhumatoïde...), les maladies rares et maladies de l'enfant, les maladies cardiovasculaires et métaboliques, l'obésité.

Cela est prouvé par un nombre élevé de produits en développement.

D25-26 : La France : une croissance soutenue :

L'industrie française a une croissance soutenue. De 1990 à 2005 le chiffre d'affaires a doublé ; ceci concerne en particulier les médicaments remboursés, très peu les médicaments non remboursés, beaucoup pour l'hôpital et largement pour l'exportation. Dans ce cas, la France affirme son leadership en terme de production et d'exportation. Le chiffre d'affaires total en 2006 est d'environ 20 milliards d'euros.

Chaque mois, les responsables de l'industrie pharmaceutique (le LEEM) établissent des tableaux de bord de suivi du marché. Ainsi en 2006 les molécules originales (princeps) baissent alors que les génériques montent.

D27-28-29 : Le marché pharmaceutique à l'officine :

En 2006, Le chiffre d'affaires « officine » de l'industrie est de 19,6 millions d'euros quasiment que du produit remboursable (93,2%), très peu de produits non remboursables (6,8%) et 85% des produits non susceptibles d'être génériques, 16% du répertoire (génériques et princeps).

La tendance en chiffre d'affaires monte même si elle tend à former un plateau alors qu'en unité le marché baisse. Par conséquent, on vend moins de boîtes mais elles coûtent plus chères. En 2006, les génériques représentent **8.4% du marché en valeur** et **15.9% du marché en volume**. Cette répartition est normale puisqu'il s'agit de médicaments anciens qui coûtent moins cher. Mais aux USA et dans le reste de l'Europe les génériques représentent 60% en unités. Il reste donc encore du chemin à faire.

Question : Génériques et petits laboratoires : comment peuvent ils gérer la perte de monopole de leur spécialité ?

*S'il n'a pas pu se renouveler (développer de nouvelles molécules) le petit laboratoire court à sa perte. Il s'agit d'un milieu qui nécessite du **progrès**, qui est toujours tenté de faire mieux.*

D30-31-32 : La consommation des médicaments et leur remboursement :

Il se vend chaque année **3,2 milliards de boîtes** de médicaments en France. Un Français consomme en moyenne une boîte de médicament par semaine ce qui est énorme. Mais qui paie ? La Sécurité Sociale et les mutuelles.

Le taux moyen de remboursement des spécialités remboursables par la Sécurité sociale est de 75.1% dont l'essentiel est attribuable aux l'ALD. L'année dernière, les ALD représentent **58% des remboursements** et 51% des dépenses de santé, elles concernent 7,5 millions de Français soit 12% à 13% de la population. Une personne qui n'est pas en ALD dépense en moyenne 1000 euros par an alors qu'une personne en ALD dépense 7000 euros par an. Nous avons un système qui est formidablement généreux.

D30-31-32 : Réponse des pouvoirs publics :

D'où la réaction des pouvoirs publics vers l'industriel avec une sur taxation dans le but de **faire payer à l'industrie pharmaceutique tout ce qu'elle a dépensé au-delà de ce qui avait été prévu au départ**. Cette sur taxation est fondée sur le concept d'une contribution spécifique de l'industrie pharmaceutique aux dépenses de l'assurance maladie. C'est un contrat d'objectif. Si on le dépasse, on rend 75% à l'Etat.

Par exemple : lorsque les accords prix-volumes sont dépassés, il y a une baisse autoritaire du prix du médicament, c'est pour cela que le prix du Tahor® a diminué de 15%. Le ministère de la Santé augmente le budget tous les ans mais il n'est jamais assez suffisant.

III – Les entreprises pharmaceutiques

D36 : Le rôle de l'entreprise :

La France est le 1^{er} producteur européen de médicaments. On note depuis maintenant quelques années une tendance à la diminution du nombre d'entreprises pharmaceutiques : les 10 premiers groupes du marché représentent actuellement plus de 50% du chiffre d'affaires mondial, les 20 premiers groupes, 75%.

D39-40 : Le rôle de l'entreprise :

L'entreprise a un double rôle à jouer : elle est à la fois :

- Créatrice de valeur (en terme d'argent et d'emplois)
- Garante de responsabilité sociale.

Le laboratoire pharmaceutique doit créer des progrès en santé et il possède une responsabilité éthique et morale.

D41-42-42-44 : La recherche :

Un médicament nécessite 10 ans de recherche, plus 2 à 3 ans pour le finaliser (tests sur les animaux, négociations pour l'AMM, discuter le prix de remboursement) et en dernier la phase de commercialisation. Mais la dernière phase dure que 10 ans. Après, n'importe quel industriel peut le générer cependant, si le produit a une nouvelle indication, il bénéficie d'un an supplémentaire.

L'effort de recherche important qui est supérieur à 12% du chiffre d'affaires. Sur les 10000 molécules créées ou criblées, 100 vont être testées, 10 seront candidates pour être des médicaments et seulement une molécule sera sur le marché. Cela dure 10 à 12 ans et coûte entre 500 et 1 milliard d'euros. C'est pour cela que le prix du médicament ne cesse d'augmenter (+ 37% en 4 ans et demi).

IV – Les génériques

D46-47-48 : Compenser ce qui doit coûter plus cher par ce qui peut coûter moins cher :

Un bref rappel sur les caractéristiques essentielles d'un générique (par rapport à la spécialité de référence):

- il a la même composition qualitative et quantitative en principe actif
- il a la même forme pharmaceutique
- les deux produits ont une bioéquivalence démontrée par des études appropriées.

D49-50-51-52 : Le marché des génériques :

Les génériques coûtent moins cher à l'industriel puisqu'il n'a pas les frais de recherche, ainsi ils sont moins chers ! La commercialisation des génériques a donc un intérêt pour la sécurité sociale : compenser ce qui coûte cher par ce qui coûte moins cher. Le marché des génériques a été multiplié par 8,5 en 7 ans.

Le suivi mensuel du marché pharmaceutique officinal en France révèle une baisse de la vente de princeps au profit des génériques.

Question : Quel l'impact des génériques sur le marché ?

On l'évalue à 5 milliards € par an. L'exemple du Remicade® est cité. Ce traitement de la polyarthrite rhumatoïde a eu l'autorisation lui permettant d'être délivré à l'ensemble des personnes le nécessitant au-delà même du budget initialement décidé. C'est ici que l'on mesure que l'économie réalisée par les génériques permet la mise en place d'une prise en charge adaptée pour les maladies qui coûtent chères.

D53 : Le marché des médicaments remboursables :

Les médicaments remboursables représentent l'essentiel du marché français. En effet, les spécialités remboursables à prescription obligatoire correspondent à **75%** des parts du marché tandis que les spécialités non remboursables à prescription obligatoire représentent seulement 1% du marché, les spécialités remboursables à prescription facultative représentent quant à eux **18%** du marché et les spécialités non remboursables à prescription facultative correspondent à 6%.

D54 : où va le prix payé par le malade ?

Environ **65%** du prix TTC d'un médicament remboursable revient à l'**industriel**, 25% à l'officine, 6% à L'État et seulement 3% au répartiteur.

D55 : Mais que fait l'industriel de son argent ?

Il produit des médicaments (39%), en fait la promotion (11%), fait de la recherche (12%), investit (8%). Après il paye les impôts et il ne lui reste que **5% de bénéfices**.

D56-57 : Mais que fait l'industriel de son argent ?

La promotion des laboratoires se fait essentiellement par l'intermédiaire des visiteurs médicaux qui représentent à eux seuls **75% des frais de promotion de l'entreprise**. Il faut avant tout retenir que le médicament est et reste un bien de santé précieux mais également un enjeu économique majeur.

D58-59-60 : Encadrement qualitatif et quantitatif de l'industrie par les pouvoirs publics :

L'État exerce pour sa part un contrôle sévère et permanent aussi bien qualitativement que quantitativement sur la filière pharmaceutique au nom des impératifs de santé publique et de protection sociale.

Pour preuve la Loi « anti-cadeau » rend illégale et puni d'une peine de prison assortie d'une forte amende le fait de recevoir des avantages divers provenant d'entreprises en liant avec la sécurité sociale. Enfin, pour les industries pharmaceutiques, il s'agit d'allier quête de progrès, déontologie, et performance économique.

D52 : Que retenir ?

- Le médicament est un bien de santé, mais aussi un bien industriel et un enjeu économique.
- L'État exerce un contrôle serré et permanent, qualitatif et quantitatif, au nom des impératifs de santé publique et de protection sociale.
- Pour les entreprises pharmaceutiques, il s'agit d'allier quête de progrès, déontologie et performance économique.