

CONCOURS EXTERNE
POUR L'EMPLOI DE CONTRÔLEUR STAGIAIRE DU TRÉSOR PUBLIC

www.devenez-fonctionnaire.fr www.devenez-fonctionnaire.fr www.devenez-fonctionnaire.fr...

ANNÉE 1999

ÉPREUVE N° 2 A OPTION

Durée : 3 heures - Coefficient : 4

RÉSUMÉ AU QUART DE SA LONGUEUR D'UN TEXTE DE CARACTÈRE
GÉNÉRAL OU ADMINISTRATIF POUVANT COMPORTER DES TABLEAUX,
GRAPHES, ETC...

PAGE 2

Toute note inférieure à 6/20 est ÉLIMINATOIRE.

Le candidat traitera celui des trois sujets ci-après qui correspond à l'option qu'il a choisie lors de son inscription au concours : **CE CHOIX NE PEUT PAS ÊTRE MODIFIÉ.**

TRÈS IMPORTANT : Sous peine d'annulation de leur copie, les candidats ne doivent porter aucun signe distinctif (nom, prénom, lieu, etc.) sur la partie réservée à la rédaction.

Tournez la page S.V.P.

**RÉSUMÉ AU QUART DE SA LONGUEUR
D'UN TEXTE DE CARACTÈRE GÉNÉRAL OU ADMINISTRATIF
POUVANT COMPORTER DES TABLEAUX, GRAPHES, ETC...**

(3 470 MOTS)

**ASSAINIR LE MARCHÉ DU MÉDICAMENT
POUR OFFRIR UN MEILLEUR SERVICE AUX ASSURÉS**

La France est le pays de l'Union européenne qui consacre aux médicaments la part la plus importante de ses dépenses de santé.

Sommes-nous pour autant mieux soignés ? Rien n'est moins sûr.

La politique menée depuis une trentaine d'années par les pouvoirs publics a encouragé les industriels à inonder le marché de fausses innovations thérapeutiques, au détriment des génériques.

Médecins et patients sont enfermés dans une représentation magique des médicaments.

Deux postes de dépenses, très inégaux, doivent être pris en compte : les médicaments vendus en pharmacies d'officine - achetés avec ou sans ordonnance - et les médicaments délivrés pendant un séjour hospitalier.

En médecine de ville, les dépenses pharmaceutiques sont bien identifiées grâce aux Comptes nationaux de la santé. En 1996, elles se sont élevées à 129,3 milliards de francs, soit une hausse de 2,4% par rapport à l'année précédente.

Les médicaments achetés dans les pharmacies d'officine représentent au total 18,4% des dépenses de soins et biens médicaux. Qui paie ? Ces dépenses sont financées à 60,6% par la Sécurité sociale, mais une part est laissée aux ménages, soit directement (19,3%), soit par l'intermédiaire de leur mutuelle (12,2%), le reste (7,9%) revenant aux organismes complémentaires, à l'Etat et aux collectivités locales.

La faible prise en charge des régimes obligatoires est, en quelque sorte, « l'échec social » de l'actuelle politique du médicament. Compte tenu de ce désengagement, les remboursements complémentaires de médicaments représentent près du tiers des prestations versées par les groupements mutualistes.

Les dépenses de médicaments dans les établissements hospitaliers sont moins bien connues. Interrogée sur ce point, l'Agence du médicament estime à 13,3 milliards de francs le budget consacré en 1996 à l'achat de médicaments dans les établissements de santé publics et privés.

Au total, le poste pharmaceutique a donc représenté en 1996 une dépense de

quelque 142,6 milliards de francs, soit plus de 20% du coût des soins et biens médicaux.

La France est le pays de l'Union européenne qui consacre la part la plus importante de ses dépenses de santé aux médicaments.

Si l'on prend 1993 comme année de référence, ce pourcentage était de 17,7% en France, 11,1% au Danemark, 7,7% aux Pays-Bas et 11,6% au Royaume-Uni. Aux États-Unis, cette part n'atteint pas 10%.

Ce constat est d'autant plus remarquable que le prix moyen des médicaments en France est bas.

En outre, les dépenses de soins sont, dans notre pays, plus élevées en pourcentage du Produit intérieur brut (PIB) que dans les autres pays de l'Union européenne. Le poids des dépenses de médicaments est donc considérable.

A moins de considérer que nos concitoyens sont, par nature, plus malades que les autres habitants de l'Union européenne, le volume des prescriptions apparaît en France nettement excessif.

Selon un ouvrage publié en 1994 par la Documentation française, la Santé en Europe, les médecins prescrivent quatre fois plus dans l'Hexagone que les médecins Britanniques, Irlandais, Italiens ou Grecs et six fois plus que les médecins Allemands, Danois et Belges.

Les Français, explique le Pr. Claude Béraud, ancien médecin-conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), ont une « représentation magique des médicaments. Ils en font l'agent thérapeutique indispensable à l'amélioration de leurs malaises existentiels ».

Pour cet expert, conseiller médical du président de la Mutualité française, la prescription de médicaments pourrait souvent être remplacée par une meilleure écoute du patient, moins coûteuse mais... plus longue.

Outre le manque de justification médicale de nombreuses prescriptions, des experts mettent en doute l'efficacité de plusieurs classes de médicaments utilisées en France.

« Depuis longtemps, souligne Claude Béraud, les pharmacologues savent qu'une grande partie des prescriptions les plus fréquentes concernent, en France, des produits dont l'utilité est très contestable ». Ces médicaments sont d'ailleurs « prescrits, sinon exclusivement, du moins principalement, en France ».

Parmi les classes thérapeutiques concernées : les veinotoniques, les vasculo-protecteurs, prescrits notamment contre « les jambes lourdes », les médicaments pour le foie, les sels de magnésium, les vitamines (hormis de rares indications). Selon la revue indépendante Prescrire, près de 59% des médicaments mis sur le marché de 1981 à 1994 n'ont aucun intérêt thérapeutique nouveau ou présentent « des inconvénients possibles ou certains ».

Les médicaments de confort ont été instaurés dans la foulée du plan Barre de septembre 1976, qui avait pris une série de mesures d'économie afin d'atténuer les effets de l'inflation sur les finances de la Sécurité sociale.

Un décret du 10 juin 1977, signé par Simone Veil, ramène ainsi de 70% à 40% le taux de remboursement des médicaments « principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité ».

Vitamines, psychostimulants, hépatoprotecteurs : les médicaments de confort - dont la définition même semble impliquer l'inefficacité - sont nés.

En août 1993, leur prise en charge baisse de 5 points, à 35%, dans le cadre du nouveau « plan de redressement » de l'assurance maladie, préparé par Simone Veil, alors Ministre des Affaires sociales d'Édouard Balladur.

Depuis, les présidents qui se sont succédé à la tête du Comité économique du médicament (CEM), Jean Marmot puis Jean-François Bénard, ont tous deux proposé une « revue de détail » de l'ensemble des spécialités pharmaceutiques.

Cet examen pourrait se traduire, pas seulement pour les médicaments de confort, soit par des modifications de prix, soit par des remboursements purs et simples, soit par des diminutions de taux de remboursement qui pénaliseraient les assurés.

« Depuis des années, l'industrie pharmaceutique s'est opposée, efficacement, à la mise en oeuvre d'une telle politique sous le prétexte de la défense de l'emploi, commente Claude Béraud.

Sur le plan financier, l'enjeu est considérable. Les médicaments remboursés à 35% représentent pour l'industrie pharmaceutique un montant d'environ 12 milliards de francs. Et pour l'assurance maladie, ils équivalent à une dépense, rarement justifiée par des arguments médicaux, de 4,6 milliards en 1996 ».

De l'avis de plusieurs experts, le conditionnement des médicaments est aujourd'hui plus rationnel que par le passé. Le nombre d'unités par boîte (comprimés, ampoules) est désormais adapté à la posologie habituelle.

D'ici deux ans, l'ensemble des conditionnements aura été revu. Le sentiment du grand public, selon lequel le conditionnement demeure inadapté, est parfois dû au mauvais respect de la prescription : le patient arrête le traitement dès la disparition des symptômes et les boîtes non utilisées s'empilent dans la pharmacie familiale...

Cette surconsommation tient d'abord à un phénomène que la Mutualité Française, dans un livre publié en 1997 sur les enjeux du médicament, désigne sous le terme de « médicalisation » des pathologies sociales.

Peut-on résoudre des problèmes professionnels en prescrivant des médicaments ? Dénoue-t-on des difficultés conjugales par une ordonnance ?

« En se contentant de traiter le problème par des soins pharmaceutiques qui n'agissent qu'au niveau des symptômes, le médecin gagne du temps et multiplie les consultations, souligne cet ouvrage. Du coup, le patient revient régulièrement (...)

Si l'on considère qu'un malade sur deux doit en réalité ses maux à des difficultés sociales ou existentielles, qui ne sont jamais clairement identifiées faute de dialogue avec son médecin, on mesure combien un acte médical de qualité réduirait les souffrances et limiterait les dépenses ! ».

Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que plus d'un Français sur dix prenne régulièrement des médicaments psychotropes : tranquillisants, somnifères, antidépresseurs, neuroleptiques. Selon une étude publiée en 1994 par le Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES), cela représente, en valeur, 7,6% des acquisitions de produits pharmaceutiques des adultes, hors appareil et accessoires.

« Le recours aux psychotropes est une composante importante de la pratique médicale de ville, notaient les auteurs de l'enquête. En effet, ces produits sont presque toujours achetés sur prescription médicale : c'est le cas pour 95% de leurs acquisitions ». Il s'agit donc d'une « habitude bien ancrée dans le système de santé français ».

Le mode de rémunération des médecins libéraux amplifie ce phénomène culturel et joue un rôle essentiel dans l'inflation des prescriptions. Le paiement à l'acte encourage en effet les praticiens à multiplier les consultations qui, rituellement, se terminent par une ordonnance.

En 1995, une étude du Centre d'étude des revenus et des coûts (CERC) a montré qu'il existe un rapport inversement proportionnel entre le chiffre d'affaires d'un généraliste et la durée moyenne de ses consultations : en passant moins de quinze minutes avec ses patients, un praticien augmente de 20% son revenu par rapport à la moyenne.

Inversement, le généraliste qui consacre plus de vingt minutes à la consultation perd plus d'un quart de ses revenus en comparaison de ses confrères.

La mauvaise utilisation des médicaments, accentuée par une forte consommation, provoquerait chaque année plus de 18 000 décès par an, selon une enquête effectuée par le réseau des centres régionaux de pharmacovigilance.

Au total, ce sont 1,3 million de malades hospitalisés dans le secteur public qui seraient victimes, chaque année, d'un « effet indésirable » dû aux médicaments.

Les accidents iatrogènes sont particulièrement fréquents chez les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans, qui représentent 14,7% de la population mais consomment le tiers des prescriptions.

Dans un guide intitulé Prescrire et dispenser un médicament à une personne âgée, la direction générale de la Santé fait le point sur les effets néfastes d'un mauvais usage des médicaments.

Une étude réalisée à l'hôpital auprès de patients de soixante-dix ans et plus a ainsi démontré que 8,4% d'entre eux étaient hospitalisés en raison d'un effet indésirable d'un ou plusieurs médicaments.

« Une autre étude française, concernant les traitements des patients de plus de soixante-cinq ans lors de leur admission à l'hôpital, a montré, chez 37 % d'entre eux, l'existence d'interactions médicamenteuses, dont certaines (1,7% des patients) mettaient immédiatement en jeu le pronostic vital » ajoute ce document. Abondance de biens ne nuit pas ? Dans le domaine du médicament, ce proverbe s'applique bien mal : la surconsommation a un coût à la fois financier et surtout humain.

L'industrie pharmaceutique a une part de responsabilité importante dans l'usage excessif de médicaments en France. Les laboratoires ont en effet organisé au cours des dernières années des campagnes de promotion intensives auprès des médecins. Ils ont également multiplié artificiellement les médicaments disponibles sur le marché en lançant des découvertes médiocres à grand renfort de marketing.

Il s'agit souvent de molécules qui ne sont plus protégées par un brevet, qui auraient vocation à être vendues au prix de génériques, mais qui sont présentées comme des innovations thérapeutiques.

Au total, l'industrie pharmaceutique reconnaît consacrer presque autant de moyens financiers à la promotion de ses produits qu'au développement de nouvelles molécules : 12,6% de son chiffre d'affaires en 1995, contre 13,5% pour la recherche.

Dans un ouvrage publié en 1995, l'ancien directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), Gilles Johanet, émet un jugement sans appel : « l'énorme pression qu'exercent les laboratoires pharmaceutiques sur les prescripteurs (...) pèse à l'évidence sur la liberté de prescription », écrit-il.

Dénonçant l'influence des groupes de pression, ce spécialiste, aujourd'hui secrétaire général de la Cour des comptes, estime que les médecins sont « sous la dépendance » de l'industrie du médicament.

Les entreprises ont été encouragées dans cette stratégie commerciale par la politique du médicament conduite depuis une trentaine d'années par les pouvoirs publics : l'Etat a en effet tenté de réguler les dépenses pharmaceutiques en accordant des prix publics plus bas que la moyenne européenne, mais sans contrôler les volumes. Du coup, les laboratoires ont compensé en jouant sur la quantité de médicaments vendus.

La force de vente est essentiellement constituée par des visiteurs médicaux qui délivrent aux prescripteurs une information forcément biaisée.

Selon le Syndicat national de l'industrie pharmaceutique (SNIP), près de 20 000 cartes de visiteurs médicaux ont été délivrées en 1996, soit presque un visiteur médical pour trois généralistes.

Toujours à titre de comparaison, les praticiens-conseils de la CNAM, chargés d'aider les médecins dans leur pratique, sont au nombre de 2650.

La revue Prescrire qui anime un « réseau d'observation de la visite médicale », estime globalement que « les informations fournies par les visiteurs médicaux ne sont pas fiables ».

En dehors des caractéristiques de base du médicament, écrit Christiane Gourdouze, auteur d'une thèse sur le sujet, le visiteur médical « ment une fois sur deux » et « quand il ne ment pas, il ne dit pas toute la vérité ».

L'industrie pharmaceutique fait également vivre, par la publicité, une abondante presse médicale qui, jusqu'en 1995, comptait encore trois quotidiens !

Selon des chiffres publiés par le syndicat de généralistes MG-France, contestés par les professionnels du secteur, les cinq titres les plus importants « ont perçu en 1996 plus de 600 millions de francs de recettes publicitaires intégralement issues des firmes pharmaceutiques, soit une somme dépassant 10 000 francs par médecin (généraliste) et par an ! ». S'ajouteraient à cette somme quelque 250 millions de francs pour les « publi-reportages ».

Les laboratoires peuvent également influencer les prescripteurs à travers le financement de sessions de formation médicale continue (FMC) qui s'apparentent parfois davantage à des actions de communication.

Les abus observés dans ce domaine (voyages, repas...) ont entraîné la publication en janvier 1993 d'une loi dite « anti-cadeaux », qui interdit aux professionnels de santé d'accepter des « avantages en nature ou en espèces » de la part d'entreprises produisant des biens remboursés par la Sécurité sociale. Un texte qui, selon un député du Haut-Rhin, chirurgien-dentiste de son état, aurait provoqué de « vives inquiétudes » chez les hôteliers et restaurateurs de son département !

Un médicament générique est la copie d'une molécule originale (appelée parfois « médicament princeps ») qui n'est plus protégée par un brevet.

Les frais de recherche et de développement étant amortis, le générique peut être commercialisé de 25 à 50% moins cher que le produit initial.

Le marché du médicament générique est très peu développé en France : son chiffre d'affaires se situe entre 1 et 3 milliards de francs, selon la définition plus ou moins restrictive adoptée. Cela représente « un maximum de 4 à 5% du marché des médicaments de ville, à comparer à des parts de marché comprises entre 10 et 30% dans les autres pays développés », admet le Ministère de la Santé.

www.devenez-fonctionnaire.fr www.devenez-fonctionnaire.fr www.devenez-fonctionnaire.fr...
Or, les pouvoirs publics estiment que 50% des spécialités pharmaceutiques disponibles en France ne sont plus protégées et sont donc « généricables ».

Si ces médicaments, vendus comme des innovations thérapeutiques, étaient remplacés par des génériques commercialisés à un prix inférieur de 30%, l'économie pour la Sécurité sociale serait d'environ 4 milliards de francs, calcule le secrétaire d'Etat à la Santé, Bernard Kouchner.

Ce montant constitue sans doute une estimation minimale, pour au moins deux raisons. D'une part, certains experts considèrent que ce sont, non pas 50%, mais près de 75% des spécialités qui sont « généricables ». D'autre part, l'effet bénéfique des génériques dépassera sans doute la simple substitution d'un produit par un autre, car il permettra un assainissement du marché, avec la disparition pure et simple de fausses innovations.

L'un des arguments favorisés des représentants de l'industrie pharmaceutique à l'encontre des génériques consiste à rappeler que le prix moyen du médicament est inférieur dans notre pays à ceux pratiqués en Europe. Mais il ne s'agit que d'une moyenne : « le marché français est resté fermé, pour chaque type de molécule, au médicament le moins cher », analyse le service des études de la Banque Indosuez.

En réalité, cabinets spécialisés et industriels multiplient les études prospectives. La Société de Conseil Droit et Pharmacie estime que certains génériques continueraient d'être rentables avec des prix inférieurs de 46% au produit original.

Pour la Mutualité Française, l'amélioration de la qualité des prescriptions passe par une remise à plat complète de la chaîne du médicament.

C'est l'ensemble des acteurs - et en premier lieu des prescripteurs - qui doivent être incités à mieux utiliser les ressources que la collectivité consacre aux dépenses pharmaceutiques.

L'effet inflationniste du paiement à l'acte des médecins sur les prescriptions a été clairement mis en évidence par une comparaison internationale publiée en 1994 par l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE).

Dans ces conditions, on ne peut que se réjouir de l'introduction d'une rémunération forfaitaire par patient (paiement à la capitation) dans le cadre des contrats de suivi médical.

Ce dispositif de « fidélisation » permet au praticien de nouer de nouvelles relations avec son patient et de mieux résister à la demande immédiate d'une prescription.

Contre un versement de 150 francs par an et par assuré, le médecin prend une série d'engagements envers son patient et l'assurance-maladie.

Il a notamment le devoir de prescrire, en valeur, au moins 10% de médicaments peu onéreux, signalés dans un Guide des équivalents thérapeutiques publié par la CNAM et fortement contesté par le SNIP. Parmi eux, 3% doivent être des génériques au sens strict du terme.

Pour contrer l'offensive commerciale des laboratoires, une information objective sur le médicament doit être mise à la disposition des médecins. Cela passe par la publication de guides de médicaments, dont la paternité revient à la Mutualité Française, et à terme par la diffusion de logiciels d'aide à la prescription.

La présentation des médicaments génériques, non plus sous un nom de marque fantaisiste, mais sous leur Dénomination Commune Internationale (DCI), favoriserait également la transparence (la DCI est une formulation simplifiée du principe actif du médicament).

Une fois achevée sa phase d'élaboration, un candidat-médicament passe devant une première instance consultative, placée auprès de l'Agence du médicament : la Commission d'Autorisation de mise sur le marché (AMM).

La délivrance de l'AMM marque l'acte de naissance officielle du médicament, dont l'efficacité thérapeutique est ainsi reconnue et la sécurité vérifiée. Sera-t-il ou non remboursé par la Sécurité sociale ?

C'est à la Commission de la transparence de donner son avis sur la question. Pour obtenir son inscription sur la liste des spécialités remboursables, le médicament doit faire la preuve de son intérêt thérapeutique, en comparaison par exemple avec les autres traitements disponibles.

D'une manière générale, la Commission de la transparence doit apprécier l'Amélioration du service médical rendu (ASMR) aux assurés sociaux. Mais aujourd'hui, cette instance consultative ne dispose d'aucune information pour évaluer l'intérêt économique d'un médicament.

Pour sa part, la fixation des prix est confiée, depuis 1993, au Comité économique du médicament (CEM), placé directement auprès des ministres des Affaires sociales, de la Santé et de l'Economie.

Comment, au final, le prix est-il fixé ? La décision est tout aussi médicale, économique que... politique. Le prix proposé par l'industriel est fonction de sa stratégie commerciale, de la gamme de ses produits et de l'état de la concurrence.

Compte tenu de l'opacité du dispositif, il est libre de faire valoir auprès des pouvoirs publics des arguments éloignés de la santé publique, comme la préservation de l'emploi.

De son côté, le CEM fixe le prix d'un médicament dans une logique contractuelle de régulation prix/volume qui prend en compte l'ensemble des produits commercialisés par le laboratoire.

Dans cette négociation, un industriel peut avoir intérêt, tactiquement, à accepter un prix relativement peu élevé pour un de ses produits en espérant, en contrepartie, bénéficier d'un prix plus élevé pour une autre spécialité.

Résultat : dans une même classe thérapeutique peuvent coexister des produits comparables à des prix très différents.

Cette situation plaide en faveur d'une révision complète des médicaments remboursés, afin de fixer des prix homogènes pour les médicaments équivalents sur le plan thérapeutique, en particulier pour les produits ayant la même DCI.

Ce grand « ménage » est, pour la Mutualité Française, le préalable indispensable à l'élaboration d'une nouvelle politique du médicament....

Le Mutualiste du Trésor
N° 183 (mai-juin 1998)