

LE MOT DE GASPARD

Argent collectif

Quand il faut améliorer le conditionnement de spécialités anciennes, et dont la balance bénéfices-risques demeure favorable, les firmes ne prennent pas toujours les options les mieux adaptées à la pratique (lire par exemple pages 655-656 à propos des améliorations partielles du conditionnement des solutions injectables de *morphine*). Des prix relativement bas expliquent en partie les réticences des firmes. Parfois, du fait de ces prix bas, des spécialités disparaissent même du marché alors qu'elles sont encore nécessaires aux soins (1).

Pendant ce temps, les pouvoirs publics continuent à accorder des autorisations de mise sur le marché et à accepter de prendre en charge à des prix très élevés de nouveaux médicaments dont l'apport en thérapeutique s'avère minime, voire nul, ou non établi (lire par exemple page 648 à propos du *pramipexole*, page 649 à propos de la *cytarabine* liposomale, ou page 651 à propos de la *bivalirudine*).

On pourrait pourtant facilement attendre que les pouvoirs publics négocient certains prix à la baisse pour en augmenter d'autres. On pourrait aussi facilement attendre qu'ils refusent certains agréments aux collectivités, et qu'ils procèdent à certains déremboursements, autre moyen dont ils disposent pour utiliser au mieux l'argent public.

Le déremboursement est souvent présenté en France comme un scandale pour les patients, et une atteinte inadmissible aux intérêts industriels. Pourtant, dans d'autres pays, quand un déremboursement est médicalement justifié, et utile pour l'avenir du système de soin, des mesures sont prises (lire page 660 à propos du déremboursement des *coxibs* en Belgique).

L'argent collectif doit-il être au service de la qualité des soins, ou au service, à court terme, des chiffres d'affaires des firmes influentes ?

