

Philippe Pignarre¹

Comment faire entrer les médicaments en économie politique ?

La fin du progrès dans l'industrie pharmaceutique a sonné l'heure des tentatives de clôtures de marchés déjà fort administrés, à travers les brevets sur des recherches qui débouchent de moins en moins vite. Mais dénoncer n'est guère suffisant. Ce sont d'autres formes d'organisation de la recherche et de la demande pour contrer la toute-puissance de l'offre qui sont ici proposées.

Ceux qui ont eu la chance de lire *Psychologie économique*² de Gabriel Tarde ont été obligés d'apprendre à se débarrasser de l'idée que l'économie constituait une « infrastructure », existant en tant que telle, avec ses lois et sa dynamique autonome, sur laquelle reposerait l'ensemble de la « société », et fournissant les raisons « en dernière instance » des conduites politiques³. À ce monde un peu vide, peut désormais succéder un monde beaucoup plus « plein », beaucoup plus intéressant et laissant prise à des possibilités d'action bien plus grandes.

Il s'agit de repenser toute l'économie comme « économie politique ». Nous allons ainsi tenter

1 Ancien cadre de l'industrie pharmaceutique. Auteur de « Le Grand secret de l'industrie pharmaceutique, Paris, La Découverte, 2003.

2 Une réédition aura lieu en 2004 aux Empêcheurs de penser en rond, avec une préface de Bruno Latour.

3 Althusser a représenté la version caricaturale de ce courant, mais les propositions de Tarde peuvent interroger utilement toutes les autres traditions marxistes, y compris les moins sectaires et les moins contaminées par le stalinisme.

de fournir quelques éléments de ce qui caractérise cette économie du médicament avant de faire trois propositions d'économie politique destinées à modifier les règles du fonctionnement de ce marché très spécifique.

Un marché très spécifique

La spécificité du marché des médicaments est un fait largement reconnu. Face à une « offre » très puissante représentée par l'industrie pharmaceutique, la « demande » est quasi-paralysée : ceux qui prescrivent les médicaments ne sont pas ceux qui les consomment et ceux qui les consomment ne sont pas ceux qui les payent directement. Les payeurs (Assurance maladie et mutuelles ou assurances) n'ont, en France comme dans la plupart des pays, aucun droit de regard sur l'ensemble de la chaîne. C'est donc un marché où la demande ne bénéficie d'aucun des éléments qui pourrait définir le minimum de transparence. Le marché est asymétrique.

Une véritable bataille a lieu autour des puissances respectives de l'offre et de la demande. On peut en prendre plusieurs exemples.

Un collectif s'est formé sous le nom *Europe et médicament* regroupant la revue (sans publicité) *Prescrire*, la Fédération française de la mutualité, des associations de patients et des ONG comme Médecins sans frontières pour tenter, entre autres choses, d'empêcher le Parlement européen d'adopter une directive autorisant la publicité vers le grand public pour les médicaments vendus sur ordonnance, comme c'est déjà le cas aux États-Unis. Une telle mesure renforcerait encore le pouvoir de l'offre face à la demande.

Aux États-Unis une autre bataille est en cours : faut-il laisser les patients se fournir en médicaments dans d'autres pays où les médicaments sont beaucoup moins chers ? Déjà un million d'Américains se rendraient tous les ans au Canada où les médicaments sont, en moyenne, 65 % moins cher. Mais peuvent-ils commencer à le faire collectivement ? La ville de Springfield (Massachusetts) a déjà décidé d'acheter au Canada les médicaments qu'elle fournit à ses employés et ce sont désormais des États entiers, comme l'Illinois, l'Iowa, le Wisconsin et le Minnesota, qui en étudient la possibilité. L'industrie pharmaceutique américaine se bat bec et ongles pour convaincre les parlementaires d'interdire cette pratique avant qu'elle ne se répande et tentent ainsi de restreindre la liberté du marché. Il lui faut limiter au mieux le pouvoir de la demande. Les règles qui formatent le marché des médicaments, comme les modalités de délivrance par un organisme public (Agence européenne du médicament ou *Food and Drug Administration*) des Autorisations de mises sur le marché, ont été combattues par les industriels du médica-

ments quand elles ont été progressivement mises en place dans les grands pays occidentaux à la fin des années 60. Mais les industriels ont désormais intégré ces règles et ne peuvent plus fonctionner sans elles. Ces règles ont réorganisé la concurrence qui les oppose et ont été un outil pour favoriser certains laboratoires et en éliminer d'autres. Pas question pour les industriels d'accepter un quelconque « libre marché », une notion qui n'a désormais aucun sens pour eux. L'alternative est désormais entre un marché ultra réglementé et le chaos, et non pas entre un marché libre (une fiction devenue cauchemardesque) et un marché réglementé. On pourrait évidemment illustrer ce même point avec la politique des brevets.

Les industriels tentent désormais en Europe d'obtenir la liberté des prix pour leurs nouveaux médicaments. C'est encore une fois demander un affaiblissement du pouvoir de la demande face à celui de l'offre. Or, même aux États-Unis, les industriels ne fixent librement leurs prix que pour ceux qui ne possèdent pas d'assurance (ce qui fait quand même 43,6 millions de personnes, un chiffre en augmentation constante : 15,2 % de la population est sans couverture sociale en 2002, contre 14,6 % en 2001). Les compagnies d'assurance négocient quant à elles, âprement, les conditions d'inscription des médicaments sur leurs « formulaires », à défaut de quoi ils ne peuvent pas être prescrits et remboursés. Selon un rapport de la centrale syndicale américaine AFL-CIO, elles obtiendraient des rabais variant entre 25 et 40 % sur les prix publics. Mais ces chiffres sont gardés secrets.

Si on acceptait la liberté des prix pour les nouveaux médicaments remboursés par l'assurance maladie en France (comme s'y est engagé l'actuel ministre de la santé) ou en Europe, on créerait un système totalement inédit où la demande serait définitivement et totalement désarmée face à l'offre. Ce serait une situation de déséquilibre sans précédent. Qu'est-ce qu'un marché uniquement structuré par l'offre ? Après qu'une telle situation a été créée de toute pièce et même aggravée au fil des ans, la seule proposition venue du monde politique est de « responsabiliser » individuellement les patients en les obligeant à payer eux-mêmes une partie du prix des médicaments remboursés. Plusieurs formules de ce type sont actuellement à l'étude : une franchise de 100 Å que les patients paieraient de leur poche pour commencer à être remboursés, un forfait de 2 euros par feuille de soins ou de 0,5 euros par boîte de médicaments. Aucune de ces mesures ne permettra évidemment de rééquilibrer le marché au profit de la demande, elles permettront seulement à l'État de retirer son épingle du jeu en laissant les patients seuls face à la puissance de l'industrie pharmaceutique.

Une industrie en déclin

Le paradoxe de la situation est sans doute que les dépenses dues aux médicaments et supportées par la collectivité sont en très forte augmentation (28,6 milliards d'euros en 2002 – c'est le poste de l'assurance maladie qui augmente le plus depuis 1990) alors que l'innovation connaît une véritable panne depuis 1975. Plusieurs faits en témoignent. Comme souvent, il suffit d'en revenir aux discours des acteurs eux-mêmes pour explorer ce domaine. Depuis 25 ans les industriels du médicament n'ont cessé de nous dire que le coût de mise au point d'un nouveau médicament augmentait de manière exponentielle. Ce raisonnement n'a évidemment été tenu que dans un seul but : justifier des demandes de prix très élevés pour les nouveaux produits dont on peut douter qu'ils apportent quelque chose de nouveau. Aussi, la plupart des observateurs ont essayé de réfuter cette augmentation des coûts. C'est en particulier le travail qui a été mené aux États-Unis par *Public Citizen*. Ils ont pu montrer comment les industriels faisaient entrer dans les coûts de recherche une série de dépenses qui n'y ont manifestement pas leur place. C'est le cas, par exemple, des coûteuses études cliniques dites de phase IV, réalisées une fois que le médicament est déjà sur le marché et qui ne servent généralement qu'à habituer les médecins à prescrire le nouveau médicament, même si elles sont faites selon des protocoles très similaires aux études de phase III.

Il n'en reste pas moins que les industriels voient à peu près le coût de la recherche et développement d'un nouveau médicament multiplier par deux tous les cinq ans. Aujourd'hui ce coût approcherait le milliard d'euros. Nous sommes donc entrés dans une phase de « rendements décroissants », comme le reconnaissent désormais ouvertement la plupart des analystes financiers et même certains grands patrons⁴. Le premier laboratoire au monde, l'américain Pfizer, devrait, selon les analystes, mettre sur le marché deux nouveaux *blockbusters* (médicament réalisant

⁴ Cédric Moreau, analyste chez Forties Securities parle de « trou d'air », et Loïc Gonet, analyste chez Bryan, Garnier & Co explique que « la baisse des homologations est révélatrice d'un ralentissement de l'innovation ». Dossier réalisé par Jean-Christophe Labastugue, « La pharmacie mondiale en panne d'innovation », in *Le Revenu*, 2003, p.725.

un chiffre d'affaires annuel dépassant le milliard d'euros) par an pour maintenir ses profits à long terme. Il n'en a pas mis un seul depuis 1999 (date de mise sur le marché du Viagra).

Un autre signe inquiétant pour les industriels du médicament est la baisse continue du nombre de nouveautés obtenant une Autorisation de mise sur le marché depuis 1996 (autorisation de mise sur le marché aux États-Unis : 146 en 1996, 127 en 1998, 66 en 2000, 39 en 2002)

Mais le signe le plus évident des difficultés actuelles pourrait bien être la nouvelle question des génériques. Il est intéressant de remarquer que dans le débat sur les génériques, personne n'argumente en contestant la pertinence des molécules en cause. Personne ne remet en cause les génériques au nom des nouvelles molécules qui seraient d'un meilleur rapport bénéfices/risques. Quand je suis entré dans l'industrie pharmaceutique au début des années 80, personne ne parlait des génériques. Quand je suis entré dans l'industrie pharmaceutique au début des années quatre-vingt, personne ne parlait des génériques. L'idée générale était qu'un médicament connaissait un cycle de vie lié au progrès thérapeutique ininterrompu. Ce sont de nouveaux médicaments, plus efficaces, mieux tolérés, qui rendaient les anciens obsolètes. Or, ce n'est plus du tout la situation actuelle. Le surgissement de la question des génériques, avant d'être une question économique, vient nous montrer que des médicaments inventés il y a trente, quarante ou cinquante ans sont toujours *médicalement* utiles. De fait, la plupart des nouvelles molécules ne présentent le plus souvent que de très faibles, voire aucun, avantages en terme d'efficacité et de tolérance, par rapport aux médicaments déjà sur le marché, mais permettent aux laboratoires de vendre des produits à des prix plus élevés.

Il est intéressant de remarquer que dans le débat sur les génériques, personne n'argumente en contestant la pertinence des molécules en cause. Personne ne remet en cause les génériques au nom des nouvelles molécules qui seraient d'un meilleur rapport bénéfices/risques. En 1980, cette idée aurait paru étrange et contraire à l'idée qu'on se faisait encore de la vitesse du progrès thérapeutique.

Un autre signe du déclin apparaît avec les tentatives un peu désespérées des industriels du médicament pour trouver de nouvelles molécules. Les fusions qui se sont multipliées en vingt ans ont le plus souvent comme raison l'achat du *pipe-line* d'un concurrent jugé plus prometteur que le sien (c'est sans doute ce qui a poussé Pfizer à acheter Pharmacia en 2003). Les nouvelles molécules se vendent désormais, sur dossier, à des prix inimaginables il y a seulement dix ans. Le dernier exemple en a été donné par Aventis, un groupe né de la fusion entre Rhône-Poulenc et Hoechst après les investissements gigantesques et catastrophiques du premier dans les tentatives de thérapie génique. Aventis a déjà payé 125 millions de dollars (et s'est engagé pour 510 millions) pour acheter les droits d'exploitation d'une molécule anticancéreuse, le VEGF Trap, qui n'a encore fait l'objet d'aucune étude clinique. La petite société de biotechnologie à l'origine de cette molécule – *Regeneron Pharmaceuticals* – n'a encore aucun succès à son actif.

Mais le groupe Aventis est habitué aux risques. Il a passé un accord avec une autre petite société de biotechnologie – Genta – pour un médicament anticancéreux: Genasense. Cette molécule appartient à la famille des antisenses qui ont toutes échouées en clinique. Aventis a pourtant déjà payé 135 millions de dollars et s'est engagé pour 380 millions de dollars. Au cours d'une étude clinique sur 771 patients, le Genasense a montré qu'il pouvait prolongé la vie de 9,1 mois contre 7,9 mois quand cette molécule est absente du protocole thérapeutique. Cette différence n'est pas « statistiquement significative ». Et pourtant les représentants d'Aventis se sont félicités des résultats!

Les causes du déclin

Pourquoi le progrès s'est-il ralenti à partir de 1975?

Pour répondre à cette question, il faut se pencher sur ce qui a fait l'originalité de la révolution thérapeutique de l'après Seconde Guerre mondiale. Deux inventions vont avoir un véritable effet de souffle, bien au-delà de leurs domaines respectifs et réorganiser l'ensemble des secteurs de la médecine: il s'agit d'abord de la mise au point en 1934 des sulfamides en Allemagne, puis de celle des antibiotiques juste à la fin de la Seconde Guerre mondiale.

Avec les sulfamides, ce sont les modèles animaux qui font leur première apparition dans l'industrie. Cette idée de tester des molécules sur des animaux grâce auxquels on peut reproduire une maladie humaine va devenir le cœur de l'invention dans tous les domaines pharmaceutiques. L'invention des antibiotiques vient confirmer de manière éclatante ce nouveau schéma d'invention. On possède désormais une classe de médicaments dont on peut dire qu'elle guérit les patients en s'attaquant aux véritables causes de la maladie, en détruisant l'agent infectieux.

Ce modèle s'est étendu très rapidement jusqu'aux maladies psychiatriques avec la mise au point des neuroleptiques puis des antidépresseurs à partir de 1952.

Mais il existe une différence essentielle avec ce qui s'est passé dans le champ des maladies infectieuses: dans toutes les autres spécialités, les médicaments que l'on va inventer selon la même procédure sont, dans la grande majorité des cas, des médicaments qui ne s'attaquent pas aux « causes » de la maladie. Ces médicaments ont bien sûr une certaine efficacité mais ce ne sont que des médicaments symptomatiques.

Cette différence a pu passer inaperçue tant qu'on a vécu avec l'idée d'un progrès rapide et interrompu. Après tout, les petits progrès d'un jour pouvaient donner naissance à des progrès beaucoup plus significatifs demain. Ce n'est pas ce qui s'est passé. Ce qui a constitué une

véritable révolution dans le domaine des maladies infectieuses ne s'est pas généralisé dans les autres domaines. Au contraire, même, les antibiotiques ont vite montré les limites de leur action à une certaine catégorie de germes. Les nouvelles maladies infectieuses restent de plus en plus souvent sans traitements définitifs ce qui est une source d'inquiétude grandissante pour de nombreux observateurs.

Dans les pays riches, on ne meurt plus que marginalement de maladies infectieuses (alors qu'elles restent la principale cause de mortalité dans les pays pauvres). Les maladies du vieillissement qui sont aujourd'hui le véritable problème de santé des pays riches (cancer, Alzheimer, etc.) n'ont pas connu de progrès thérapeutiques décisifs. Les « méthodes » qui ont permis la mise au point des antibiotiques et qui ont ensuite réorganisé toute l'industrie pharmaceutique – des modèles de pré clinique sur animaux ou cellules aux essais cliniques sur des humains – ont cessé d'être fructueuses.

On ne sait pas aujourd'hui d'où peut venir un renouveau. Les espoirs mis dans la pharmacologie rationnelle, dans le *drug-design* ou dans la génétique ont été déçus. La connaissance du gène ne débouche pas sur une nouvelle vague de thérapeutiques mais sur de nouveaux labyrinthes que l'industrie pharmaceutique ne sait trop comment explorer. Les vieux laboratoires européens et japonais ont déjà dépensé des milliards de dollars pour financer des sociétés américaines de biotechnologies sans aucun retour significatif.

Il n'est désormais plus du tout certain que l'industrie pharmaceutique ait les moyens et le potentiel de franchir une nouvelle étape. Beaucoup pensent que le progrès thérapeutique ne passera pas par elle mais par de nouvelles formes d'associations entre des laboratoires universitaires de pointe et de nouvelles sociétés mais on en est encore dans une phase d'hésitations et de tâtonnements où tous les mauvais coups sont permis pour amasser du capital.

Les antibiotiques sont justement nés d'alliances alors totalement atypiques. Tournée vers ses profits immédiats, engluée dans les anciens modes d'invention, laissée à elle-même, jamais l'industrie pharmaceutique n'aurait alors pu prendre les risques nécessaires à une telle invention. On comprend donc pourquoi beaucoup s'interrogent: ne sommes-nous pas entrés dans une période semblable du point de vue de la distribution des enjeux?

Quelques propositions

Quelle peut être la nature des propositions que nous pouvons faire ?

Nous ne possédons évidemment pas la réponse que les chercheurs et

les industriels n'ont pas trouvé avec infiniment plus de moyens que nous. Ce n'est pas à ce niveau que nous pouvons intervenir. Mais les citoyens peuvent également appliquer la formule qui caractérise ce que fait aujourd'hui l'industrie pharmaceutique: ne pas mettre tous ses œufs dans le même panier. Et bien les citoyens ne doivent pas mettre tous leurs œufs dans le panier de l'industrie pharmaceutique!

Le nom des médicaments

Le plus grand obstacle à la diffusion des génériques est la peur liée au changement de nom de marque. Cet obstacle est d'autant plus important que les plus grands consommateurs de médicaments sont les personnes âgées. Elles ont peur qu'on leur vende des médicaments imparfaits, au rabais, sous couvert de génériques. La meilleure solution serait de relativiser, dès leur mise sur le marché, le nom commercial des médicaments par rapport au nom scientifique de la molécule (DCI: dénomination commune internationale) qu'ils contiennent, nom sous lequel les génériques sont vendus.

La loi actuelle dicte de manière précise le rapport entre la taille du nom commercial sur la boîte du médicament par rapport à la taille de ce nom scientifique, beaucoup plus petit. Il suffirait d'inverser le rapport entre les deux noms pour que les patients changent leurs habitudes et apprennent à appeler leurs médicaments sous leurs noms scientifiques. Ainsi on parlerait plutôt de *sulpiride* que de Dogmatil, de *métoclopramide* que de Priméran, de *paracétamol* que de Doliprane etc. Il s'agirait d'un alignement sur ce que font tous les journaux médicaux scientifiques: pourquoi ce qui est bon pour les chercheurs quand ils travaillent ensemble ne serait pas bon pour les patients?

Ce serait là un moyen de contrer les tentatives permanentes de l'industrie pharmaceutique pour «cosmétiser» les médicaments, c'est-à-dire créer le sentiment que le nom de marque est plus important que le contenu.

Rendre les études comparatives obligatoires

Mais les nouveaux médicaments mis sur le marché sont-ils plus efficaces et mieux tolérés que ceux qui sont tombés dans le domaine public et peuvent désormais devenir des génériques? La sophistication des études cliniques et des méthodes statistiques désormais employées devraient rendre la réponse facile. Or, il n'en est rien.

Prenons un exemple. Les laboratoires Bristol-Myers-Squibb attendent aujourd'hui une Autorisation européenne de mise sur le marché pour leur nouveau neuroleptique (traitement symptomatique de la schizophrénie), l'Abilify. Il est déjà sur le marché américain au prix public exorbitant de 380 euros. Le laboratoire demandera évidemment un prix semblable en Europe. C'est cent fois plus cher que le prix du neuro-

leptique de référence, l'Haldol. On peut s'interroger: son bénéfice/risque est-il cent fois supérieur à celui de l'Haldol? Or, on n'en saura rien puisqu'il n'y a pas d'étude comparative dans le dossier.

C'est aujourd'hui devenu un vrai problème de santé publique. La réalisation d'études comparatives est laissée au libre choix des industriels. Personne ne peut les obliger à en faire. Ce débat vient d'avoir lieu aux États-Unis. Le Sénat et la Chambre des représentants y débattent depuis plusieurs mois de la nécessité de proposer un système de remboursement des médicaments pour les personnes âgées prises en charge par le programme fédéral appelé Medicare. Les parlementaires américains envisagent d'y consacrer 400 millions de dollars dans les dix prochaines années mais discutent des modalités de mise en place du nouveau système.

Préoccupé par le bon emploi de cette importante manne financière et emmené par la sénatrice Hillary Clinton, un groupe de parlementaires a demandé l'organisation systématique d'études comparatives pour tous les nouveaux médicaments. Ils ont déposé un amendement le 23 août 2003 qui les aurait rendues obligatoires et en aurait confié la réalisation aux pouvoirs publics. Ils proposaient même un premier budget de 12 millions de dollars. Dans l'état actuel des choses, la FDA (*Food and Drug Administration*, chargée de délivrer les autorisations de mise sur le marché) approuve un médicament s'il est sûr (« safe ») et efficace mais n'a pas à demander s'il est « plus efficace et plus sûr que les médicaments alternatifs ».

Les représentants du lobby de l'industrie pharmaceutique – le *Pharmaceutical Research and Manufacturers of America* – ont mené une bataille acharnée contre cette tentative de rendre le marché plus transparent (ce qui aurait dû réjouir des économistes libéraux) sous prétexte qu'elle introduirait « un rationnement des soins ». Ils ont ressorti les vieux arguments, qui furent utilisés dans les années 60 contre les études cliniques (chaque patient est différent, c'est au médecin de décider au cas par cas, etc.) et furent disqualifiés avec l'adoption générale des tests cliniques: chaque patient est différent, c'est au médecin de décider au cas par cas, etc.

La proposition a été battue malgré le soutien d'une partie importante de la presse et de nombreux industriels excédés par l'augmentation vertigineuse du coût de l'assurance maladie qu'ils fournissent à leurs salariés⁵. Ce coût a augmenté de 14 % en 2002. Les employeurs deviennent de plus en plus

⁵ Une association – Rx Health value – regroupant des employeurs comme General Motors, Kaiser Permanente, le syndicat AFL-CIO et l'Académie américaine des médecins de famille, a soutenu la proposition.

réticents à assurer leurs salariés : on est passé de 63,6 % de salariés ayant une assurance maladie en 2000 à 62,6 % en 2001 et 61,3 % en 2002. Cela représente plus d'un million de salariés en moins chaque année. Ce sont désormais 20 millions de salariés qui ont un travail à plein temps mais n'ont pas de couverture sociale. C'est devenu trop cher pour leur employeur : 8 000 à 9 000 \$ par an alors que le salaire moyen annuel est de 27 000 \$.

Il apparaît urgent que l'on commence à s'atteler à l'immense tâche des comparaisons. Comment, par exemple, décider de prendre tel antihypertenseur plutôt que tel autre ? Seules des études cliniques comparatives menées sur de longues années et sur des groupes de plusieurs milliers de patients permettront de savoir quels sont les médicaments qui allongent la durée de vie, ce qui est le seul critère vraiment objectivable. Après tout, un antihypertenseur peut ramener la tension à un niveau considéré comme normal, sans allonger la durée de vie. Certaines études semblent même montrer que certains (en particulier des inhibiteurs du calcium) pourraient la raccourcir.

Réaliser des appels d'offre

Le budget des médicaments pris en charge par la collectivité en France s'est élevé à plus de 28 milliards d'euros en 2002. Cette somme est entièrement versée à l'industrie pharmaceutique. Ceux qui ont trouvé des médicaments hier sont ainsi considérés comme devant être les seuls à pouvoir mettre au point les médicaments de demain. Et cela, comme on l'a vu, dans une absence totale de transparence. L'industrie pharmaceutique a ainsi réussi à transformer l'assurance maladie, d'un système destiné à protéger les salariés en un système qui la protège, elle. On n'a aucune garantie que les sommes gigantesques versées ainsi à l'industrie pharmaceutique servent à chercher des thérapeutiques qui pourraient être considérées comme prioritaires. Vaut-il mieux pour un industriel investir dans la recherche sur la malaria, l'Alzheimer, qui sont des domaines extraordinairement difficiles et risqués, ou tenter de mettre au point un successeur du Viagra ?

Une proposition toute simple pourrait consister à prélever chaque année un pourcentage finalement assez faible de ce budget médicament pour réaliser des appels d'offres : 10 % de cette somme représenterait 2,8 milliards d'euros. Elle serait très vite couverte par les mesures d'économie qui pourraient résulter des deux propositions précédentes.

Un bon exemple de la manière dont cette somme pourrait être gérée nous est fournie par l'AFM (Association française contre les myopathies) : c'est le conseil des parents après avoir entendu toutes les propositions des scientifiques qui choisit de financer tel et tel projet. Or,

l'AFM malgré le gros succès du Téléthon ne recueille finalement que moins de 100 millions d'euros par an. Et pourtant cette somme permet déjà de financer de multiples équipes de chercheurs. On imagine ce que l'on pourrait faire avec un budget trente fois plus important.

Cela impliquerait évidemment de mobiliser l'ensemble des secteurs concernés : associations de patients, ONG, représentants de la Mutualité française et de la Sécurité sociale (normalement élus...). Il leur appartiendrait de dresser une liste des priorités et de décider des modes d'attribution du budget. On peut penser aussi que les équipes mobilisées n'auraient pas le droit de déposer de brevets sur leurs découvertes.

La France deviendrait vite un pôle d'attraction pour toutes les équipes de recherche quelle que soit leur origine. On peut aussi penser que ce modèle pourrait devenir contagieux et que d'autres pays auraient envie de l'imiter.

Constituer la demande en «public»

Le choix qui est proposé ici de faire entrer les médicaments en économie politique, essaie de tirer partie de la nature profondément asymétrique du marché des médicaments. Face à une « offre » extrêmement puissante, il nous semble que la politique la plus réaliste consiste à constituer la « demande » politiquement. C'est ce que le philosophe américain John Dewey appelait « former un public ». Le public qu'il s'agit de former ici, en lui donnant la responsabilité de la gestion de quelques milliards d'euros, implique des organisations déjà existantes mais aussi d'autres à venir. Il s'agit tout simplement de mener une expérimentation démocratique dont on pourra vérifier le fonctionnement pas à pas.

Il s'agit aussi dans ce secteur si particulier de commencer à imaginer ce que l'on pourrait aussi appeler des « modes de sortie », sinon du capitalisme, en tout cas de la main mise exclusive du capitalisme sur notre avenir. du capitalisme ».