

Le grand secret de l'industrie pharmaceutique

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Béthune

Le grand secret de l'industrie pharmaceutique

Philippe Pignarre, *Cahiers libres*, Ed. La Découverte 2003, réédité à La Découverte Poche dans la série Essais en 2004.

.....

Il est de bon ton de critiquer une industrie pharmaceutique qui paraît dominée par la loi du profit et les occasions de pratiquer ce sport ne manquent pas. Mais la critique est aisée et l'art est difficile. Pour sortir de l'impasse où nous nous trouvons, il n'est pas vain de comprendre comment les dérives se sont produites. Dans son ouvrage Le grand secret de l'industrie pharmaceutique, Philippe Pignarre mène une enquête « par l'intérieur » et nous fait entrevoir quelques solutions possibles.

.....

Mots clefs : médicament, économie de la santé.

Philippe Pignarre a travaillé dix-sept ans dans l'industrie pharmaceutique et n'a pas manqué d'y exercer son sens de l'observation.

Aujourd'hui, cette industrie est malade et les méfaits dont elle porte la responsabilité sont les symptômes de cette maladie. Aux sources du mal, un malentendu : dès l'origine, la pharmacie « moderne » ne relève pas de la synergie entre sciences médicales et biologiques, mais de la rencontre entre chimie et capitalisme. « La pharmacie est le seul domaine de la médecine qui a réussi facilement sa jonction et sa fusion avec le capitalisme ».

En fait, la créativité en matière de médicaments a toujours dépendu davantage de savoir-faire, de techniques et d'outillages de « petite biologie » que de la recherche académique. Les plus importantes inventions ont été faites alors que l'on était dans l'ignorance des mécanismes biologiques en action dans les maladies. Des années 1935 à 1970, la majeure partie de nos classes thérapeutiques sont mises au point souvent de manière fortuite : insuline, antibiotiques, anti-hypertenseurs, cortisone, vaccins modernes, psychotropes, contraception hormonale, etc. Durant cette période « expérimentale », les épreuves d'efficacité et de toxicité sont limitées à un strict minimum : on trouve une substance, on teste brièvement son innocuité, on la confie à des cliniciens pour trouver des indications (« essais ouverts » : à quoi ça pourrait bien servir ?) et en deux ou trois ans on valide les réussites. Le rapport à la recherche académique est ténu. Mais les accidents se multiplient, le plus marquant étant le scandale de la thalidomide : les essais cliniques deviennent incontournables. D'abord outils de contrôle, ces essais, laissés aux bons soins de l'industrie (libre entreprise oblige, l'Etat ne s'en charge pas) vont se retrouver au cœur du processus d'invention.

Comment savoir ce que fait une molécule si on n'a plus le droit de l'essayer sur tout et n'importe quoi, telle est la question. Dès ce moment, la recherche pharmaceutique se concentre sur les produits déjà connus qu'elle va tenter d'améliorer : les nouveaux médicaments seront surtout (pas exclusivement) des successeurs des médicaments déjà existants. Pour sortir de cette impasse, il faudrait parvenir à concevoir des molécules sur base de la connaissance des mécanismes biologiques, mais cet espoir n'a pas pu être concrétisé, la dernière déconvenue en date étant liée aux trop maigres retombées du séquençage du génome dans le domaine de la pharmacie. L'approvisionnement en produits innovant se faisant rare, des rustines sont mises en place pour préserver les intérêts des investissements. La chose importante devient le « pipeline » : les laboratoires favoriseront toutes les technologies qui produiront un bon débit de molécules testables et alimenteront les chaînes de fabrication industrielle. Tant pis si toutes ces molécules se ressemblent. C'est l'effet ciseaux : la courbe des bénéfices continue à monter alors que celle des innovations pique du nez.

Pour maintenir la courbe des bénéfices, tous les moyens sont bons : fusion de laboratoires, sous-traitance à des *spin off*, redéfinition des maladies par l'effet potentiel des médicaments (c'est l'effet du psychotrope qui définit la maladie mentale et non l'inverse¹), créer de nouvelles maladies (l'andropause permet de vendre cher des hormones masculines qui ne coûtent rien), se concentrer sur les maladies des populations solvables (et tant pis pour les malades exotiques), faire baisser les coûts des essais

**FOCUS :
MEDICAMENTS**

**Le grand secret de
l'industrie pharmaceutique
(suite)**

cliniques (en les réalisant en Afrique), stimuler les médecins à prescrire (fût-ce à mauvais escient), augmenter les prix (le dernier anticancéreux des laboratoires Roche mis au point début 2004 coûte quarante mille dollars par mois), promettre les miracles pour demain... La mise au point de stratégies (*screening*, mécanismes clés-serrures, *drug design*) censées redynamiser la créativité déçoit. Les brevets s'imposent alors comme une planche de secours : il ne s'agit plus de garantir les conditions de l'innovation mais le maintien des profits dans une phase de stagnation à laquelle on se résigne. La bataille des

brevets aboutira à des scandales retentissants, comme l'attaque en justice du Gouvernement d'Afrique du Sud qui voulait importer des génériques pour soigner ses malades du SIDA.

Un territoire désolé, telle est l'image que Philippe Pignarre nous laisse de l'industrie pharmaceutique aujourd'hui. Seule une refonte complète du monde du médicament nous sortira de l'impasse : le choix de demain n'est pas entre la maîtrise comptable ou la maîtrise médicalisée, c'est une maîtrise politique qu'il faut établir. Les citoyens doivent intervenir dans la

définition des priorités de la recherche et dans l'allocation des ressources. Il faut casser la spirale de la stérilité en remboursant les molécules et pas les marques de médicaments, et ce en fonction de la valeur réellement ajoutée, renégocier la durée de protection des brevets (les brevets longue durée garantissent les profits, pas l'innovation), donner un pouvoir de décision aux organismes représentant les usagers (les mutuelles ou autres organismes, actuellement confinés dans le rôle de payeurs passifs), inventer d'autres moyens pour financer la recherche dans des indications considérées collectivement comme prioritaires (comme les initiatives de la Fondation française contre les myopathies ou la fondation Steve Reeves aux Etats-Unis) et sortir du carcan des brevets. Comme le disait Jonas Salk, inventeur en 1954 du premier vaccin contre la poliomyélite : « On ne brevète pas le soleil ».



(1) Mécanisme que Pignarre développe dans *Comment la dépression est devenue une épidémie*, La Découverte, Paris 2001.