

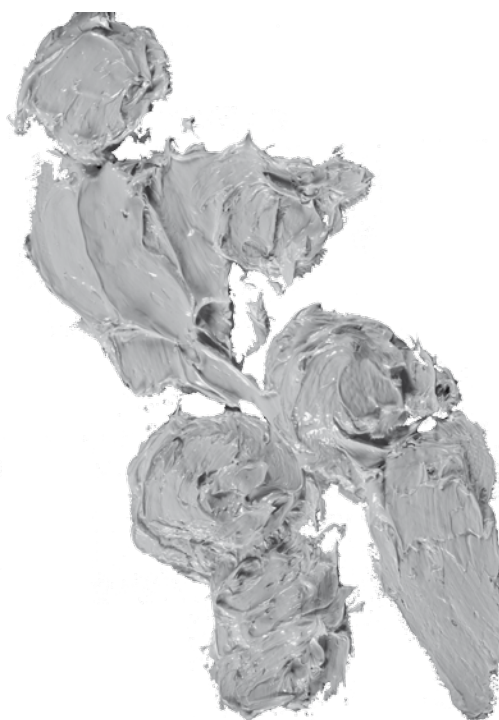
## Les dossiers d'Économie et Politique

# Défi du vaccin, défi du capital

Une course de vitesse entre le coronavirus et les moyens de le combattre est engagée. Et nous continuons, en France, de nous remettre aux multinationales du Big Pharma agissant en symbiose étroite avec les marchés financiers. Pourtant, ce dossier apporte des observations, des analyses, des statistiques qui montrent, au contraire, combien la domination du capital, après avoir créé les conditions d'une crise sanitaire gravissime venant porter à son comble la crise économique et sociale, a affaibli la recherche médicale et nos moyens de produire les vaccins, les médicaments et les matériels médicaux dont notre pays et le monde ont pourtant un urgent besoin.

*Économie & Politique* ouvre dans ce numéro le débat sur les moyens de faire des vaccins des biens communs de l'humanité. Les événements sans précédent que nous vivons ne permettent pas de s'en tenir à préconiser la nationalisation de tel ou tel groupe, ni la seule relocalisation de telle ou telle production. C'est toute une nouvelle logique économique, sociale et écologique qu'il est indispensable d'opposer à la logique délétère du capital, à l'échelon national, européen et mondial. Il faut de nouveaux critères opposant à la rentabilité financière les modalités concrètes d'une nouvelle civilisation donnant la priorité à la libération et au développement de toutes les capacités humaines. Cela commence par la sécurisation de l'emploi et de la formation dans le secteur de la santé comme dans l'ensemble de l'économie, et en continuant par un essor inédit de nouveaux services publics. C'est tout l'enjeu de notre proposition d'un pôle public du médicament et de la santé qui opposerait à la mondialisation financière une nouvelle forme de coopération internationale fondée sur la préservation et sur le développement des capacités des êtres humains en France, en Europe et dans le monde.

Les pages qui suivent constituent ainsi une contribution à la préparation des assises du médicament et des vaccins que le PCF est en train de préparer. Elles appellent à la poursuite du débat sur les enjeux de la santé et sur leurs immenses conséquences dans le domaine économique comme dans le domaine anthropologique, celui des relations parentales, au travail, dans la vie politique et dans la vie intellectuelle et psychique.



Dans les deux premiers articles, Jean-Paul Domin et Nathalie Coutinet établissent le diagnostic des atteintes que les politiques au service du capital ont porté à notre système de santé. Frédéric Boccara rend compte ensuite d'une étude économique et statistique qui montre comment la mondialisation financière a pris en mains le secteur pharmaceutique français, et Maurice Cassier analyse avec précision en quoi il convient d'agir pour émanciper ce secteur du coût du capital. Des propositions concrètes dans ce sens existent. Anthony Gonçalves plaide ainsi pour la constitution d'un pôle public du médicament, et Charlotte Balavoine développe les raisons et les buts de la campagne européenne «Pas de profit sur la pandémie!». Le dossier fait place au débat, avec un point de vue de Samira Guennif sur le brevetage des vaccins, et avec la table ronde réunissant un syndicaliste, Thierry Bodin, un chercheur, Maurice Cassier, et un responsable politique, Frédéric Boccara, sur le diagnostic, les attentes, et les questions qui restent ouvertes sur la façon de les réaliser.

*Économie & Politique* aura certainement l'occasion de revenir sur ce sujet dans de prochains numéros, en particulier sur les enjeux internationaux de la vaccination, du médicament et de la santé, dans une mondialisation où l'hégémonie des États-Unis est de plus en plus contestée.

## Face à la casse du système de santé, redonner du sens à la politique hospitalière

Jean-Paul Domin\*

\* Regards (EA 6292) Université de Reims Champagne-Ardenne.

La pandémie a révélé les dégâts causés dans l'hôpital public par l'austérité budgétaire et par l'introduction de gestions inspirées des critères capitalistes : diagnostic et propositions pour reconstruire.

**I**ntroduction  
Aujourd'hui, l'hôpital public se trouve placé dans un univers concurrentiel croissant. Le secteur privé lucratif voit ses parts de marché augmenter, notamment en chirurgie ambulatoire. Depuis 2002, celle-ci se développe assez rapidement. Le nombre de places en hospitalisation partielle a augmenté au rythme de 3,1 % par an en moyenne. Dans le même temps, le nombre de lits en hospitalisation complète a diminué. Le secteur privé, notamment le privé lucratif, a surfé sur la vague

ambulatoire. La concurrence est vue positivement par certains comme un moyen d'améliorer la situation du secteur. En 2017, la Fédération hospitalière de France (FHF) ne réclamait-elle pas un surcroît d'autonomie pour les établissements publics et un assouplissement de leurs modalités de gestion ? En Allemagne, cette solution s'est avérée assez grave : le statut des établissements hospitaliers publics a été libéralisé et certains ont été mis en vente et rachetés par le secteur privé.

L'objectif de ce travail est de montrer que dans un contexte de plus en plus compliqué, il apparaît nécessaire de redonner du sens à la politique hospitalière.

Nous organiserons notre propos en deux temps. Nous verrons dans un premier temps que si le service public hospitalier s'est rapidement affirmé après la Seconde guerre mondiale, son statut a évolué depuis et certaines voix se sont élevées pour demander un assouplissement. Dans un second temps, nous montrerons que dans un univers de plus en plus concurrentiel, il apparaît

nécessaire de renforcer l'hôpital public.

## 1. De la construction du service public hospitalier au désengagement de l'État

À la Libération, les pouvoirs publics ont favorisé le développement et l'essor du service public hospitalier (1.1). Mais cette solution a été remise en cause, et aujourd'hui certaines voix prônent le désengagement et la mise en œuvre de solutions privées (1.2).

### 1.1. De la naissance du service public hospitalier à sa remise en cause

Le statut public de l'hôpital est une caractéristique forte du système de santé français. Depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, les hôpitaux sont des établissements communaux. Cette situation donne aux maires un poids important dans leur gestion. En 1938, face à l'essor des assurances sociales et à l'arrivée massive de malades assurés sociaux dans les hôpitaux, le ministre de la Santé publique Fernand Gentin confie à deux inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance la mise en œuvre d'un projet de réforme. Leur objectif est d'introduire de nouveaux droits pour le pouvoir central sans porter atteinte aux prérogatives communales. Leur travail est assez avancé à la veille de la Seconde guerre mondiale pour servir de trame à la loi du 21 décembre 1941. Dans les faits, celle-ci ne deviendra effective qu'après la Libération.

Les hôpitaux sont désormais des établissements publics dotés de la personnalité morale. La loi prévoit la création d'un poste de directeur d'établissement hospitalier. Celui-ci est nommé par le préfet après inscription sur une liste d'aptitude nationale. Ses attributions sont assez larges : préparation du budget, responsabilité du patrimoine, pouvoir hiérarchique sur les agents. La mainmise du ministère de la Santé est d'autant plus grande que les directeurs d'établissements bénéficient depuis 1958 d'une formation dans une grande école : l'École nationale de Santé publique (ENSP)<sup>1</sup>. La loi réforme également le recrutement des praticiens hospitaliers qui ne sont plus cooptés localement, mais nommés par le préfet après inscription sur une liste d'aptitude régionale.

La modernisation du service public hospitalier va progressivement devenir une priorité pour le pouvoir. Le Commissariat général du Plan en sera un des principaux vecteurs. Au milieu des années 1950, sous la pression de certains groupes, comme la Fédération hospitalière de France, divers projets de lois sont mis en chantier. Deux objectifs se dégagent : coordonner les investissements et hiérarchiser les pouvoirs. C'est à partir des années 1970 que l'hôpital fait sa mue. L'arrivée de Robert Boulin change la donne. La loi du 31 décembre 1970 met en place le service public hospitalier. Son objectif est de se substituer à la balkanisation du système de santé, notamment en mettant un coup d'arrêt au développement anarchique des équipements. Le service public hospitalier regroupe les établissements publics hospitaliers, les organismes privés non lucratifs et des établissements privés lucratifs pour certaines formes de soins.

La loi Évin du 31 juillet 1991 marque une rupture. Préparée dans l'esprit du « renouveau du service public » cher à Michel Rocard, elle pose le principe de l'autonomisation des établissements hospitaliers. Cette solution est préférée à la transformation en établissements publics industriels et commerciaux, évoquée lors des débats à l'Assemblée nationale. Certains députés sont favorables, lors de la discussion du projet de loi, à une privatisation du statut juridique des établissements de soins, tout en gardant leur place au sein du service public. Paradoxalement, la loi Évin renforce le pouvoir hiérarchique du ministère de la Santé.

La loi Bachelot du 22 juillet 2009 substitue la notion de service public à celle de service public hospitalier. Désormais quatorze missions (la permanence des soins, la prise en charge des soins palliatifs, l'enseignement universitaire, la recherche, l'aide médicale urgente, les actions de santé publique...) sont définies. L'objectif initial est d'élargir le service dû aux usagers et de leur assurer une meilleure couverture de soins et de prise en charge quel que soit le lieu d'hospitalisation. La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 réintègre la notion de service public hospitalier qui renvoie aux missions dévolues aux établissements de santé. Mais, le retour *in extremis* de la notion

de service public hospitalier ne doit pas masquer la réalité : les attaques libérales ne sont pas terminées.

Depuis de nombreuses années, le statut public de l'hôpital est critiqué et remis en cause. Nous avons montré dans un numéro précédent d'*Économie et politique*<sup>2</sup> que les critiques avancées à son encontre se focalisent sur son statut qui est synonyme de lourdeur administrative, sur son organisation nécessairement mauvaise, sur son financement et *last but not least* sur son poids jugé excessif dans les dépenses de santé. Les solutions proposées sont multiples. Le plan de la Caisse des dépôts et consignations dévoilé en avril en est un exemple caractéristique.

### 1.2. Vers un désengagement de l'État ?

Laurent Mauduit et Martine Orange se sont faits l'écho, dans un article publié par *Médiapart* en avril 2020, des pistes envisagées par la Caisse des dépôts et consignations (CDC) pour la réforme du système de santé. Avant la crise épidémique, la présidence de la République a demandé à la CDC un rapport sur des pistes d'évolution. Le rapport commence d'emblée sur la crise de l'hôpital, et notamment sur la question de la dette, sans s'interroger au préalable sur les raisons de la dette. Or, depuis la mise en œuvre de la tarification à l'activité en 2003, les établissements sont sous-financés et ont tendance à s'endetter, notamment *via* des emprunts toxiques. Bien entendu, la question du financement est présente dans l'ensemble du document.

La CDC insiste sur la nécessaire restructuration de la dette. Cette solution ne constitue pas une nouveauté dans la mesure où Emmanuel Macron l'a déjà évoquée au mois de novembre 2019. Le rapport propose également de créer une ligne de prêt pour la mise aux normes des bâtiments hospitaliers. Il faut savoir que la banque publique s'est spécialisée dans les établissements privés lucratifs. La CDC, *via* une de ses filiales Icade santé, est un acteur majeur de l'hospitalisation privée lucrative. Icade santé est détenue à hauteur de 38,8 % par la CDC et pour 18,4 % par Prédica SA (la filiale assurance du Crédit Agricole). Elle s'est spécialisée sur le marché de l'immobilier sanitaire.

1. Elle deviendra École des hautes études en santé publique (EHESP) en 2004.
2. Jean-Paul Domin, « Comment l'État organise la privatisation du secteur hospitalier », *Économie et politique*, juillet-août 2020, n° 792-793.

3. Assurance médicale pour des patients atteints d'un handicap ou âgés de plus de soixante-cinq ans et ne dépassant pas un certain niveau de revenu.

4. Groupe de malades atteints de la même pathologie et traités de même façon.

Elle possède un portefeuille de 135 établissements de santé valorisé à hauteur de 5,5 milliards d'euros. Elle est déjà partenaire de marques reconnues (Elsan, Ramsay Santé, Vivalto) ainsi que des groupes régionaux. Icade souhaite également investir le marché des EHPAD et annonce un accord de partenariat avec le groupe Korian.

La CDC plaide également pour la mise en place et le développement de partenariats publics-privés (PPP) qu'elle qualifie de « PPP vertueux ». Le PPP est défini par l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) comme : « un accord contractuel de long terme entre une autorité publique et un partenaire privé dans le cadre duquel ce partenaire assure et finance des services publics à partir d'un équipement, avec un partage des risques associés ». Cette proposition est surprenante dans la mesure où un rapport de la Cour des comptes européenne recommande de cesser de recourir aux PPP compte tenu des problèmes juridiques et financiers posés par ce type de partenariats. D'abord, les PPP entraîneraient des retards importants de construction. Ensuite, ils se caractérisent par des dépassements de coûts significatifs. Enfin, les contrats de partenariat public-privé de longue durée sont jugés mal adaptés à l'évolution rapide des technologies. En tout état de cause les solutions proposées par la CDC ne préconisent pas l'investissement public.

La CDC pense enfin accélérer le développement des solutions d'hospitalisation ambulatoire. Le

mode de financement de l'hôpital, la tarification à l'activité (T2A), survalorise les actes réalisés en ambulatoire par rapport à ceux relevant de l'hospitalisation. La solution consisterait dans la création d'hôtels hospitaliers. C'est le dessein poursuivi par Martin Hirsch, le directeur de l'assistance publique-Hôpitaux de Paris : vendre les bâtiments du centre historique de Paris et se spécialiser essentiellement sur la chirurgie ambulatoire.

## 2. Renforcer le rôle de l'hôpital public dans un univers de plus en plus concurrentiel

Si l'argument avancé par les partisans de l'hospitalisation lucrative est de dire que leurs établissements sont plus compétitifs et moins dépendants, il faut admettre que la comparaison entre secteurs public et privé lucratif est illusoire (2.1). Mais la concurrence croissante du secteur privé lucratif nous incite à proposer des pistes de réforme pour sauver l'hôpital public (2.2).

### 2.1. Le caractère illusoire de la comparaison entre secteurs public et privé

En 2003, lors de la mise en place de la tarification à l'activité, l'objectif du législateur était d'accélérer la convergence tarifaire entre les établissements public et privé. Aujourd'hui encore la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) milite pour cette convergence qui, selon elle, permettrait de mettre en évidence le secteur privé lucratif par rapport au secteur public. Si la

convergence tarifaire a été, pour un temps, abandonnée, elle revient de façon récurrente, portée par les thuriféraires du marché de la santé qui pensent que seule la concurrence permettra de diminuer les coûts. Mais comparaison n'est pas raison. Plusieurs raisons peuvent expliquer le coût supérieur du service public.

L'hôpital public se caractérise d'abord par un large éventail de cas traités (*case mix*) qui coûte de l'argent. Aux États-Unis, certains travaux réalisés sur des patients assurés par *Medicare*<sup>3</sup> mettent en évidence une large variation des coûts au sein d'un même Groupe homogène de malades (GHM)<sup>4</sup> qui reflète la différence de gravité dans les cas traités. Ces différences à l'intérieur d'un même GHM peuvent expliquer la moitié des différences de coûts entre établissements. Celles-ci ne devraient pas poser un problème en soi dans la mesure où le prix reflète un coût moyen. Mais le problème est que les patients ne sont pas distribués de façon aléatoire sur le territoire et certains établissements ont une probabilité plus forte de recevoir des patients plus gravement atteints et donc plus coûteux. Les établissements publics reçoivent donc un tarif unique pour traiter des patients aux profils différents même s'ils sont dans un même GHM. Cela risque d'influencer le choix de certains hôpitaux qui peuvent choisir de supprimer des services aux spécialités plus coûteuses.

Par ailleurs, l'hôpital public reçoit un grand nombre de patients atteints de pathologies assez différentes les unes des autres qui



nécessitent l'organisation d'une large gamme de services, qui est nécessairement plus coûteuse que des services mutualisés. C'est moins le cas pour les cliniques privées qui se spécialisent sur quelques créneaux seulement et notamment les plus rentables (chirurgie ambulatoire). Les obligations de service public génèrent des coûts supplémentaires liés à l'impossibilité pour certains établissements de réaliser des économies d'échelle. Dans le même ordre d'idée, les obligations de service public (les urgences en constituent un exemple) entraînent également des contraintes qui se reportent sur les coûts d'organisation. La différence est entre la patientèle des cliniques privées lucratives et celle des établissements publics. Les patients qui y sont traités appartiennent en effet majoritairement à des catégories sociales aisées. La fréquentation d'un établissement privé est fortement liée à la profession ou la catégorie sociale. En 2007, près des deux tiers des hospitalisés cadres ou appartenant aux professions intellectuelles supérieures l'ont été exclusivement dans une clinique privée. La proportion est plus importante que pour les ouvriers (deux hospitalisés sur cinq) et les chômeurs n'ayant jamais travaillé. Le gradient social est particulièrement marqué en obstétrique dans la mesure où 79 % des femmes (cadres ou professions intellectuelles supérieures) fréquentent un établissement privé contre 37 % des femmes exerçant une profession intermédiaire, 14 % des employées et 10 % des ouvrières. *A contrario*, le gradient social n'est pas le même selon la catégorie majeure de diagnostic. Ainsi, les pathologies lourdes sont davantage prises en charge dans les établissements publics hospitaliers que dans les cliniques privées à but lucratif.

## 2.2. Des pistes de réforme pour sauver l'hôpital public

Il apparaît d'ores et déjà nécessaire de tracer quelques pistes pour penser l'hôpital public de demain : revoir son financement, repenser son organisation, attirer les personnels par de meilleures rémunérations et redéfinir la place de l'hôpital dans le système de santé.

La réforme du financement s'avère nécessaire. Il faut d'une part desserrer la contrainte générée par l'Objectif national des dépenses

d'assurance maladie (ONDAM). La commission des comptes de la Sécurité sociale estime que sa progression doit se situer autour de 4 % par an. Il faut d'autre part faire évoluer la T2A qui joue trop sur les incitations et qui favorise l'ambulatoire et surtout l'abandon des spécialités coûteuses. La T2A désavantage les établissements publics par rapport aux cliniques privées lucratives. Il faut repenser le mode de financement des maladies chroniques et celui de la prise en charge des patients atteints de plusieurs pathologies. Il faut enfin réfléchir à la transformation de l'enveloppe des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) qui ne permettent pas un financement suffisant des urgences.

La réforme de l'organisation hospitalière est une nécessité. Depuis la mise en œuvre des Agences régionales de l'hospitalisation en 1996, la centralisation du système de santé est évidente. La chaîne hiérarchique entre le ministère de la Santé, le directeur de l'Agence et le directeur d'hôpital est renforcée. Il apparaît important de revoir la démocratie interne au sein de l'hôpital. Une solution serait de revaloriser la représentation des personnels et des usagers au sein du Conseil de surveillance. Il faut enfin repenser le fonctionnement des services, notamment en stoppant le développement des méthodes de *management* issues du secteur privé. L'hôpital public n'est pas une entreprise et lui appliquer les mêmes méthodes de gestion est non seulement inefficace mais ajoute une pression supplémentaire sur les soignants.

La question de la rémunération des personnels hospitaliers est un problème majeur. Une étude récente de l'OCDE a montré que la rémunération des infirmières est inférieure de 6 % par rapport à la rémunération moyenne nationale. Il apparaît nécessaire de revaloriser les salaires, en particulier les bas salaires, à l'hôpital en jouant sur les indices. Cette revalorisation des salaires est indispensable et doit favoriser une reprise des embauches. Il y a actuellement dans les hôpitaux publics, notamment dans les CHU des grandes agglomérations, des postes de soignants non pourvus parce que le niveau des rémunérations est insuffisant et les conditions de travail sont difficiles.

Enfin, la crise de l'hôpital public ne sera pas résolue sans repenser l'évolution de celui-ci au sein du système de santé. Ainsi, par exemple, la crise des urgences qui est au cœur de l'actualité depuis quelques mois devrait nous alerter ! Pourquoi les usagers vont-ils aux urgences ? D'abord parce qu'ils ne trouvent plus de cabinets de médecins libéraux ouverts avant ou après les horaires ouvrables. Les médecins libéraux ont abandonné la permanence des soins. Mais pour cela il faut engager des discussions avec les organisations représentatives des médecins libéraux. Par ailleurs, certains patients ne trouvent au plus près de chez eux qu'un établissement hospitalier. Il apparaît urgent de régler la question des déserts médicaux. Enfin, parce qu'il est quasiment impossible dans certaines agglomérations de consulter un spécialiste pratiquant des honoraires de secteur 1. Pour une proportion importante de la population, seul l'hôpital public offre des consultations de spécialistes sans reste à charge.

## Conclusion

La crise épidémique de la Covid-19 a mis en lumière les béances de la politique hospitalière française. L'impossibilité de trouver des lits disponibles n'est pas le résultat de l'épidémie mais bien la preuve de l'inefficacité des politiques mises en œuvre depuis le début des années 2000. Entre 2006 et 2016, la diminution du nombre de lits a été bien plus importante en France (-13,8 %) qu'au sein de l'Union européenne (-9,5 % UE 15 hors Royaume-Uni). Dans un contexte difficile, la loi de financement de la Sécurité sociale prévoit encore quatre milliards d'économies. Tandis que les déprogrammations d'interventions (notamment en oncologie) ont entraîné une diminution de 10 % de la survie par mois de retard selon le *British medical journal*, le gouvernement semble tout faire pour éviter que les personnes malades viennent se faire soigner dans les établissements de soins. Le Premier ministre ne déclarait-il pas récemment : « le mieux si l'on veut aider l'hôpital c'est de ne pas tomber malade ». Face à tant de cynisme, il est temps de faire évoluer radicalement la politique de santé. ■

# Le système de santé sous le feu des attaques

Nathalie Coutinet\*

« Détruire systématiquement l'œuvre du Conseil national de la Résistance » : le mot d'ordre du patron de l'assurance privée Denis Kessler a été largement mis en œuvre dans le domaine de la santé.

Jusqu'au début des années 1980, la Sécurité sociale, notamment le système de santé, constitue un élément clé de la satisfaction des besoins sociaux. Celui-ci contribue à l'amélioration de l'état de santé de la population, fournit un revenu de remplacement lors des arrêts maladie. Ce faisant, il favorise la prospérité économique car il permet de soutenir la croissance en créant de l'emploi, en augmentant la productivité du travail et la consommation finale. Cependant, en dépit de ses apports, les gouvernements successifs, en particulier à partir des années 1980, ont progressivement réformé ce système de santé, le rendant à la fois moins efficace et plus inégalitaire.

## La Sécurité sociale : une innovation révolutionnaire

Le développement de la Sécurité sociale a conduit à une forte croissance des dépenses de protection sociale. L'un des deux risques les plus importants, l'assurance maladie obligatoire, va permettre, à partir des années 1950 et jusqu'en 1985, un développement considérable du système de soins français. La part de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM)<sup>1</sup> dans la richesse nationale a ainsi progressé de 4,4 points, passant de 2,5 % du PIB en 1950 à 6,9 % en 1985 (DREES 2017).

La Sécurité sociale contribue de façon croissante au financement de ces dépenses. En effet, de 1950 à 1980, sa part dans le financement de la CSBM est passée de 51 % à 79,9 %<sup>2</sup>.

La généralisation progressive de la Sécurité sociale a permis d'une part de financer la demande de soins et, d'autre part, de développer à la fois l'équipement hospitalier et le nombre de personnels médicaux et paramédicaux tout en soutenant l'innovation médicale.

Ainsi, en solvabilisant la demande de soins, la Sécurité sociale a joué un rôle majeur dans la construction du système de santé français. Elle a participé au financement de la construction et de la modernisation des hôpitaux<sup>3</sup> et contribué fortement à l'innovation thérapeutique et au développement des médicaments. Ces dépenses ont permis d'améliorer l'état de santé de la population et d'augmenter l'espérance de vie (Graphiques 1 et 2).

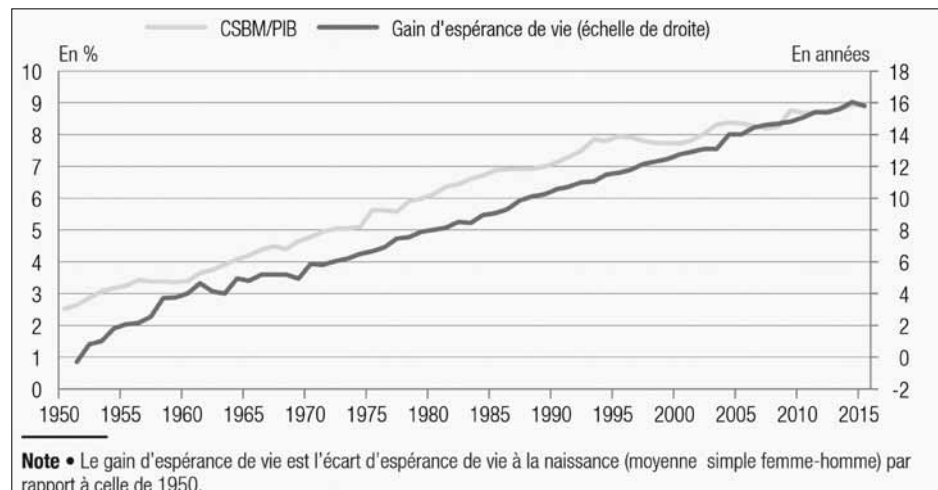
\* Université de Sorbonne Paris Nord, CEPN-UMR CNRS 7234

1. La CSBM représente la valeur totale des biens et services de santé consommés : soins hospitaliers, soins ambulatoires, transports sanitaires, médicaments et autres biens médicaux comme l'optique, les prothèses, le petit matériel et les pansements.

2. De façon parallèle la part des dépenses des ménages se réduit, passant de 31 % en 1950 à 12 % en 1980.

3. La part des dépenses de l'État consacrée aux hôpitaux passe de 1,16 % du PIB en 1950 à 3,43 % en 1984.

Graphique 1 : Part de la CSBM dans le PIB et gain en espérance de vie



Source : DREES, 2017.

**Graphique 2 : Taux de mortalité par cause de décès en France**

Sources : Pison (2005).

Au-delà de cet effet sur l'état de santé de la population, la Sécurité sociale remplit également plusieurs fonctions économiques et sociales. D'abord, en assurant un revenu indirect à de nombreux ménages, elle permet d'entretenir un niveau soutenu et régulier de consommation. En France, les prestations sociales (hors prestations maladies) ont représenté en moyenne, en 2017, 36 % du revenu disponible brut des ménages (DREES, 2019). À ces prestations s'ajoutent les 193,5 milliards d'euros de prestations maladies nettes versées en 2017 (comptes de la Sécurité sociale). Ce chiffre cache, cependant, des disparités. Pour les plus démunis, les prestations sociales peuvent représenter jusqu'à 76 % de leur revenu disponible brut (DREES, 2019). Les prestations jouent aussi un rôle redistributif. En transférant de l'argent de ceux qui en ont moins besoin à ceux qui en ont un besoin immédiat, la protection sociale est un garant de l'équité sociale. Au même

titre que la fiscalité, elle permet de corriger les inégalités sociales. Cette fonction de justice sociale est économiquement efficace dans la mesure où elle soutient la consommation et encourage les entreprises à embaucher pour répondre à la demande supplémentaire ainsi créée. Dans cette perspective, il vaut mieux redistribuer une partie des revenus de ceux qui épargnent vers ceux qui consomment. En effet, un ménage modeste consomme une grande partie, voire la totalité, du revenu supplémentaire induit par les prestations sociales alors qu'un ménage aisé en épargne la majeure partie. La fonction de soutien de la demande exercée par les prestations sociales a aussi une fonction de régulation macro-économique. En effet, la plupart des prestations sociales sont peu sensibles à la conjoncture car elles sont versées indépendamment de l'activité économique. Un ralentissement ou une récession sont sans effet sur les dépenses de maladie ou de

vieillesse. Seules les dépenses au titre de l'assurance chômage et des minima sociaux sont plus élevées en période de récession. Ainsi, au cours de telles périodes, alors que tous les secteurs de l'économie peuvent être déprimés, la protection sociale continue, automatiquement, à soutenir l'économie en garantissant un revenu. À l'inverse, en période d'expansion économique, la protection sociale amplifie la reprise.

Durant la période des Trente glorieuses, la protection sociale a permis de forts gains de productivité (5 % en moyenne annuelle entre 1945 et 1973) qui ont permis d'assurer le financement de la Sécurité sociale.

La protection sociale, financée pour une large part par les travailleurs eux-mêmes, permet une distribution de revenus indirects sans alourdir les coûts de production des entreprises. Elle présente ainsi des avantages sur le plan industriel, en validant la production avant sa réalisation. Quand le revenu indirect vient compléter, voire remplacer le revenu direct, les entreprises ont l'assurance de débouchés pour leur production ; avant de lancer le processus de production, elles savent que les consommateurs auront les moyens financiers d'acheter. Ainsi, si le revenu indirect est une assurance pour les travailleurs, il l'est aussi, d'une certaine façon, pour les entreprises : l'assurance de la vente des biens produits. Sur le plan financier, la protection sociale autorise l'extension du crédit, en particulier du crédit à la consommation. En effet, puisque l'État garantit un paiement quand un individu ne peut assumer seul ses moyens d'existence, les dettes contractées par cet individu sont socialisées. Quoi qu'il arrive (maladie, retraite, chômage, etc.), l'individu dispose, avec le revenu indirect, des moyens de rembourser partiellement ses dettes. L'assurance réduit l'incertitude individuelle et augmente la confiance des créditeurs dans la solvabilité de leurs débiteurs.

En dépit de ces nombreux avantages économiques, la protection sociale, et en particulier la Sécurité sociale, est l'objet d'attaques récurrentes. À partir des années 1980, les économistes libéraux ont systématiquement porté leurs attaques sur les dépenses publiques,

notamment celles de santé, jugées particulièrement élevées, considérant, par exemple que les remboursements maladies conduisent les patients à surconsommer des soins ou que les cotisations sociales employeurs, devenues « charges sociales », sont responsables de la faible compétitivité de la France. C'est pourquoi, depuis les années 1980 et en particulier à partir des années 1990, tous les gouvernements de droite et de gauche qui se sont succédés ont, sous de prétendus motifs économiques, pris des mesures qui conduisent progressivement à la destruction du système mis en place après la seconde guerre mondiale. Ces mesures sont guidées par deux principes : réduire les dépenses publiques constituées par une grande partie des dépenses de Sécurité sociale en santé et introduire des dispositifs de co-paiement pour influencer le comportement, qualifié d'opportuniste des patients (tableau n° 1).

En dépit des réformes, les dépenses des prestations en santé continuent de croître, passant de 8,89 % du PIB en 1981 à 11,3 % en 2017. Cette croissance doit cependant être relativisée : le rythme de croissance diminue progressivement, passant de 3,6 % entre 1981 et 1992 à 3 % entre 1992 et 2003 puis à 1,7 % entre 2003 et 2014. Si les réformes n'ont pas permis une diminution des dépenses de santé, c'est parce que leur progression n'est pas liée au comportement opportuniste des ménages mais relève de différents facteurs. Le recours croissant aux soins s'explique d'abord par le développement économique. La consommation de biens et soins de santé est analysée comme celle d'un bien dit supérieur dont la part des dépenses augmente plus vite que l'augmentation du revenu. Il s'explique aussi par les innovations technologiques à l'origine de l'utilisation de nouvelles tech-

nologies d'investigation médicale et de nouveaux médicaments, qui génèrent des progrès en matière de soins mais conduisent aussi à une forte augmentation de leur coût. Enfin, l'augmentation de la durée de vie participe à cette augmentation de la consommation de soins. Le graphique 3 confirme cette augmentation en fonction de l'âge et met en évidence une forte accélération de la hausse observée entre 1992 et 2000. Selon Dormont et al. (2006), celle-ci peut avoir plusieurs explications : elle peut être liée à l'évolution de l'état de santé à un âge donné mais également au progrès technologique ou plus largement à l'évolution des pratiques, pour un âge et une morbidité donnés. Les travaux de ces auteurs montrent que l'augmentation des dépenses de santé due à l'évolution démographique semble être plus faible que celle liée aux effets des changements de pratiques. Ainsi cet effet sur des changements de pratiques sur les dépenses est supérieur à celui de l'évolution de la structure par âge de la population.

Tableau n°1 : Quelques mesures prises 1980 -2010

Années	1980	1990	2000	2010
<b>Co-paiement</b>	Réduction du remboursement de certains médicaments	Mise en place de la carte vitale (réduction des dépenses)	Franchise sur les médicaments	Introduction du tarif forfaitaire de responsabilité
	Extension du Ticket modérateur	Augmentation du forfait hospitalier	Forfait de 1 euro sur les consultations médicales	Augmentation du forfait journalier hospitalier
		Baisse de remboursement des consultations médicales (de 75 à 70 %)	Mise en place d'un forfait de 18 euros pour les actes dont le tarif est $\geq 120$ euros	Baisse des taux de remboursement de nombreux médicaments
		Déremboursement de médicaments		
<b>Réduction des dépenses</b>	Mise en place du forfait journalier hospitalier	Création de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS)		Mise en place des Rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP)
	Instauration d'un budget global à l'hôpital (réduction des dépenses)	Instauration de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)		

### Des réformes générant des inégalités croissantes

Si les différentes réformes n'ont pas permis de réduire les dépenses de santé, elles ont conduit à une diminution de la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale, qui va se stabiliser autour de 77 % jusqu'en 2015, déléguant une part croissante des dépenses de santé à l'assurance maladie complémentaire (AMC) <sup>5</sup>. Ainsi, la part de l'AMC dans le financement de la CSBM est passée de 5,3 % en 1980 à 13,2 % en 2017 (DREES, 2019). En 2018, les Organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) ont financé 74 % des dépenses en optique, 39 % des autres biens et soins médicaux, notamment les soins dentaires, 22 % des soins de ville, 12 % des dépenses de médicaments et 5 % des soins hospitaliers. Leur chiffre d'affaires cumulé a crû de 84,6 % entre 2002 et 2016 pour représenter environ 36,3 milliards d'euros de cotisations en 2016 (+1,6 % par rapport à 2015). Ainsi, si la période allant de 1950 à 1985 est caractérisée par une progression de la part du financement des dépenses de santé par la Sécurité sociale et une réduction de la part financée



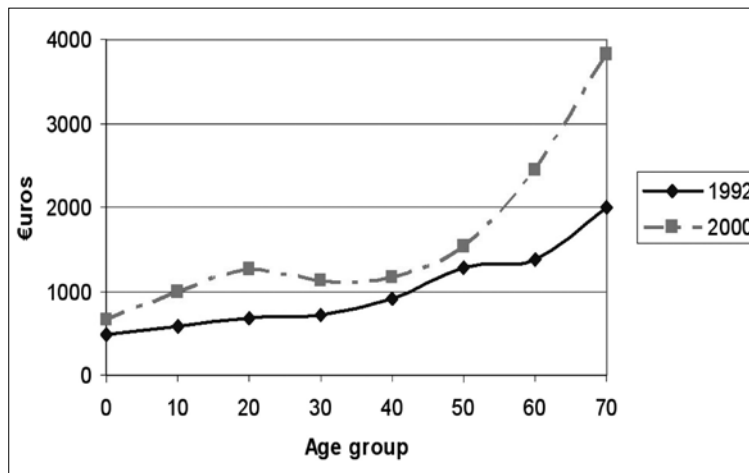
4. Le groupe d'âge 0 correspond à la population âgée de 0 à 9 ans, le groupe 10 à la population âgée de 10 à 19 ans jusqu'au groupe 70 qui correspond à la population âgée de plus de 70 ans.

5. L'assurance complémentaire est composée de trois grands acteurs, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les assureurs privés.

6. La loi du 14 juin 2013, qui fait suite à l'accord national interprofessionnel (ANI) signé le 11 janvier 2013 entre le MEDEF, la CFDT, la CFTC et la CGC, instaure la généralisation de la couverture santé obligatoire pour les salariés du secteur privé (ANI du 13 janvier 2013, repris par la loi sur la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013). Cette loi est entrée en application le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

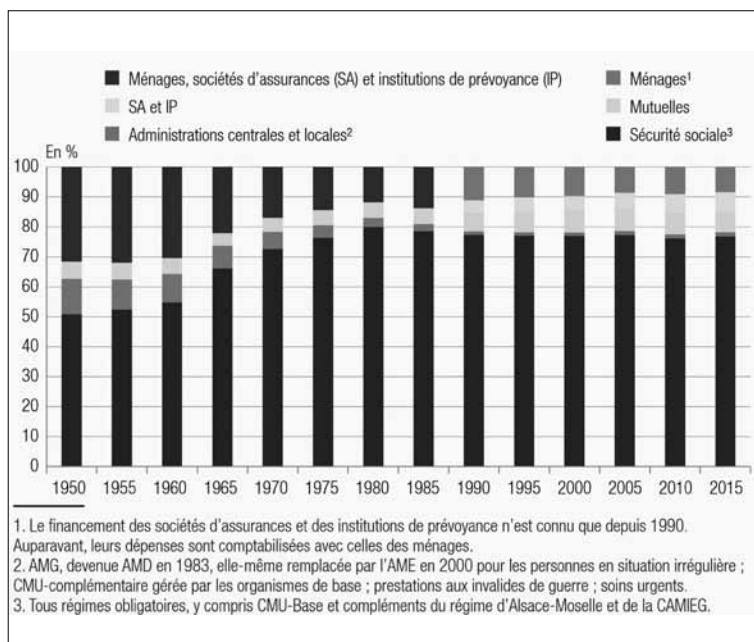
7. Ceci bien que la loi Evin du 31 décembre 1989 leur permette, sous certaines conditions, de bénéficier d'un prolongement de leur contrat.

**Graphique 3 : Dépenses annuelles de santé par tranche d'âge (1992-2000) <sup>4</sup>**



Source : Dormont *et al.* (2006).

**Graphique n°4 : Structure de financement des grands postes de la CSBM**



Source : Dress, 2017.

par les ménages, à partir de 1985, celle-ci ne progresse plus et la part du financement privé – ménages et OCAM- augmente (Graphique 4). Cette augmentation du financement privé des dépenses de santé et le désengagement progressif de la Sécurité sociale ont été voulus par les pouvoirs publics qui les a accompagnés de mesures permettant la constitution d'un marché de l'assurance privée en santé. Une des mesures à la fois les plus symboliques et les plus récentes

est l'obligation pour les entreprises de proposer à leurs salariés, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016<sup>6</sup>, une complémentaire santé. En effet, si celle-ci a été présentée comme un avantage pour l'ensemble des salariés du privé, l'accès à une assurance complémentaire en santé, elle rend possible la poursuite du désengagement de la Sécurité sociale tout en élargissant le marché de l'assurance privée. Or, le développement de ce marché n'est pas sans conséquence pour les patients. Il ne s'agit pas

d'un simple transfert du financement du public vers le privé. L'assurance privée, contrairement à la Sécurité sociale, est fortement inégalitaire. Les populations les plus vulnérables socialement étant aussi les moins bien couvertes : 13 % des personnes appartenant à une famille monoparentale n'ont pas de couverture complémentaire contre 5 % pour celles vivant en couple avec deux enfants. L'activité professionnelle joue également un rôle important. Un chômeur a trois fois plus de risques qu'un salarié de ne pas bénéficier d'une assurance complémentaire. L'inactif a 1,6 fois plus de chance que l'actif d'être écarté de l'accès à une couverture complémentaire (Marical et Saint-Pol (de), 2007). Les chômeurs constituent la population pour laquelle l'accès à une complémentaire santé est le plus difficile en raison d'une part de la faiblesse de leur revenu et d'autre part de leur impossibilité à bénéficier d'un contrat d'entreprise<sup>7</sup>.

L'accès à une complémentaire santé est aussi très profondément lié à la situation dans l'emploi : 80 % des cadres contre 73 % des professions intermédiaires et des ouvriers ont accès à l'assurance privée. La situation dans l'emploi est aussi un indicateur de la qualité de la couverture. Les cadres bénéficient de contrats de meilleure qualité que les autres : 29 % d'entre eux ont accès à un contrat fort en optique et 15 % en dentaire tandis que les non-cadres ne sont que 18 % à bénéficier des premiers et 12 % des seconds (Francesconi et al., 2006). Ceci est d'autant plus important que la loi impose aux entreprises de fournir à leurs salariés une assurance complémentaire minimale, définie dans un contrat socle. Ce dernier encadre le niveau de prise en charge et le montant des remboursements minimaux des soins et biens médicaux. Or, la comparaison de ces contrats avec les prestations des contrats responsables<sup>8</sup> et des contrats de la Complémentaire santé solidaire<sup>9</sup> indique que ceux-ci offrent une couverture comparable, ne prenant que peu en charge les frais de santé généralement peu remboursés par la Sécurité sociale (Abecassis et Coutinet, 2020). Les restes à charge des ménages restant élevés pour ce type de soins. Le revenu joue également un rôle important. Les

ménages les plus modestes et âgés ont un taux d'effort plus important pour les contrats individuels<sup>10</sup>. Par ailleurs, le taux d'effort augmente lorsque le revenu diminue. Celui-ci est de 2,9 % pour les ménages les plus riches et de 10,3 % pour les ménages les plus modestes. En dépit de cet effort, les sommes consacrées par les ménages les plus pauvres à l'acquisition d'une complémentaire santé étant inférieures à celles de ménages aisés, ils bénéficient de contrats de qualité faible et inférieure à ceux dont bénéficient les ménages plus aisés (Kambia-Chopin *et al.*, 2008).

Ainsi, la décision de généraliser pour les salariés du privé l'accès à l'assurance santé complémentaire ne réduit pas les inégalités dans la mesure où les personnes peu ou non couvertes sont surtout des chômeurs, des étudiants, des retraités et des précaires, des personnes principalement hors entreprise. L'étude réalisée par Jusot et Pierre en 2015<sup>11</sup> montre que la généralisation de la complémen-

taire n'améliore que très faiblement le pourcentage de personnes non couvertes. Celui-ci passe de 5 à 4 % si cette loi ne s'applique qu'aux salariés du privé et de 5 % à 3,7 % si elle est étendue à tous les chômeurs de moins d'un an, et de 5 % à 2,7 % si la loi bénéficie aux ayants droit des salariés et des chômeurs.

Pour les ménages les plus modestes, la faiblesse voire l'absence de couverture complémentaire conduit les patients à renoncer à des soins, en particulier les soins les moins bien remboursés pour lesquels les restes à charge sont élevés. Pour tenter de limiter ce renoncement aux soins, la réforme « 100 % santé » ou « reste à charge Zéro » prévoit, d'ici à 2022, la mise en place progressive d'une offre de biens de santé en optique, dentaire et audioprothèse sans reste à charge dans les domaines de l'audiologie, de l'optique et du dentaire pour les patients disposant déjà d'une couverture complémentaire.

Au fil des ans, les gouvernements se sont donc employés à détruire le système de protection sociale en santé instauré après la Seconde guerre mondiale. Celui-ci reposait sur une logique de solidarité, entre les générations, entre les malades et les bien-portants, entre les actifs et les inactifs, etc., et permettait à tous d'accéder à des soins gratuits ou semi-gratuits. Les différentes réformes entreprises depuis les années 1980 ont eu comme effet de construire un marché de l'assurance complémentaire en santé reposant sur une logique de mutualisation des risques et non sur la solidarité entre les citoyens. Le développement de l'AMC a été facteur d'inégalités importantes. Les personnes les moins bien couvertes, les retraités, les chômeurs et travailleurs qui occupent des emplois faiblement rémunérés et/ou précaires, sont contraintes de renoncer à des soins pour raison financières. L'échec du transfert du financement du public vers le privé a conduit les gouvernements, par compensation, à amplifier les dis-

8. Les contrats responsables et solidaires ont été instaurés en 2004. Ils avaient pour objectif d'améliorer la coordination entre la sécurité sociale et les assureurs complémentaires ainsi que d'inciter les patients à respecter le parcours de soins coordonnés instaurés par la même loi. Dans ce cadre, en contrepartie d'un avantage fiscal, les complémentaires ne peuvent ni sélectionner les patients ni tarifer en fonction des risques sur les contrats responsables et

## Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM de 2016 à 2019)

(montants en millions d'euros, évolutions en %, contribution à l'évolution de la CSBM en point de %)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Soins hospitaliers</b>	<b>80 316</b>	<b>82 461</b>	<b>84 567</b>	<b>86 688</b>	<b>89 060</b>	<b>90 430</b>
Secteur public	61 701	63 294	64 952	66 779	68 603	69 781
Secteur privé	18 615	19 166	19 615	19 909	20 457	20 649
<b>Soins ambulatoires</b>	<b>93 168</b>	<b>95 606</b>	<b>97 229</b>	<b>98 552</b>	<b>101 154</b>	<b>102 532</b>
— Soins de ville*	<b>44 170</b>	<b>45 749</b>	<b>47 081</b>	<b>48 314</b>	<b>49 412</b>	<b>50 553</b>
Soins de médecins et sage-femmes	18 450	19 160	19 517	19 827	20 268	20 638
Soins d'auxiliaires médicaux	11 041	11 527	12 329	13 113	13 779	14 363
Soins de dentistes	9 999	10 289	10 490	10 606	10 600	10 774
Laboratoires d'analyses	4 284	4 396	4 338	4 342	4 316	4 314
Cures thermales	328	332	353	364	387	392
Autres soins et contrats	68	44	53	60	62	73
— Médicaments	<b>33 395</b>	<b>33 517</b>	<b>33 028</b>	<b>32 392</b>	<b>33 207</b>	<b>32 745</b>
— Autres biens médicaux**	<b>11 853</b>	<b>12 488</b>	<b>13 047</b>	<b>13 559</b>	<b>14 122</b>	<b>14 630</b>
— Transports sanitaires	<b>3 749</b>	<b>3 852</b>	<b>4 074</b>	<b>4 288</b>	<b>4 413</b>	<b>4 604</b>
<b>CSBM</b>	<b>173 484</b>	<b>178 066</b>	<b>181 796</b>	<b>185 241</b>	<b>190 214</b>	<b>192 962</b>
En % du PIB	8,7	8,7	8,7	8,7	8,8	8,8
Valeur	2,1	2,6	2,1	1,9	2,7	1,4
<b>Evolution de la CSBM (en %) Prix</b>	-0,5	-0,2	-0,5	-0,3	-0,4	-0,9
Volume	2,6	2,8	2,6	2,2	3,1	2,3

Source : Les dépenses de santé en 2019, Panorama de la DREES.

positifs d'assistance, auparavant pris en charge par la Sécurité sociale. Le dernier exemple en date, le 100 % santé, vient compléter un ensemble de plus en plus grand de dispositifs d'aide spécifique (CMU-c, ACS, CSS, etc.) en faveur des ménages les plus modestes.

### Références

- Abecassis, P. et Coutinet, N. (2020), «Nouvelles règles, nouveaux défis: Les mutuelles au cœur de la construction d'un marché de l'assurance privée en santé» in «Les mutuelles face aux changements de leur environnement réglementaire: des leçons pour de nouveaux défis», numéro spécial coordonné par P. Abecassis et N. Coutinet, *RECMA*, n° 357, juillet, p. 82-98.
- Abecassis, P. et Coutinet, N. (2016, 8 et 9 septembre). *ANI et conventionnement sélectif: nouvelle donne, nouvelles inégalités?* in, XXXVI<sup>es</sup> journées de l'AES, Lille.
- CREDOC (2017), Résultats du 12<sup>e</sup> baromètre CTIP: «Garanties et services: les attentes des salariés et des employeurs». Enquête réalisée auprès des salariés et des entreprises, 12 décembre.
- Dormont, B. Grignon, M. Huber, H. (2006), Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing, HAL, Archives ouvertes; <<https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Dormont+B.%2C+Grignon+M.%2C+Huber+H.%2C+%20AB+Health+expenditure+growth+%3A+reassessing+the+threat+of+aging+%20BB+%2C+Health+Econ.%2C+15+%20289+%2029+%202C+947-63+%2C+2006>>.
- Deloitte (2017), *Étude Santé 2017*, étude réalisée par OpinionWay pour Deloitte.
- DREES (2019), *Les dépenses de santé en 2018 — Résultats des comptes de la santé*, édition 2019.
- DRESS (2017), «Les dépenses de santé depuis 1950», *Études & Résultats*, n° 1017.
- Francesconi C., Perronnin M. & Rochereau T. (2006), «La complémentaire maladie d'entreprise: niveaux de garanties des contrats selon les catégories de salariés et le secteur d'activité», *Questions d'économie de la santé* (112).
- Jusot F. & Pierre A. (2015), «Quels impacts attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur la non couverture en France? Une simulation à partir de l'enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012», *Questions d'économie de la santé* (209).
- Kambia-Chopin B., Perronnin M. & Rochereau T. (2008), «La complémentaire santé en France en 2006: un accès qui reste inégalitaire», *Questions d'économie de la santé* (132).
- Marical, F., et Saint-Pol (de) T., (2007), «La complémentaire santé: une généralisation qui n'efface pas les inégalités», *INSEE Première*, n° 1142.
- Pison, P. (2005), «France 2004: l'espérance de vie franchit le seuil de 80 ans», *Population et sociétés*, n° 410. ■

solidaires; les patients bénéficient du tiers payant à hauteur des tarifs de responsabilité; la participation forfaitaire, les franchises médicales, le ticket modérateur, les dépassements d'honoraires et les consultations hors du parcours de soins coordonnés ne peuvent être pris en charge. Enfin, les contrats responsables et solidaires doivent respecter certains plafonds et plachers de remboursement.

9. La CMU-c et l'Aide à la complémentaire santé (ACS) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS) en 2019. Ce dispositif constitue une aide pour les ménages les plus modestes. Il permet une prise en charge de la part complémentaire des soins remboursables à hauteur de 100 % du tarif de la sécurité sociale ainsi que des forfaits de prise en charge des dépenses de soins dentaires, d'optique et d'audioprothèse.

10. Il existe deux types de contrats d'assurance en santé: les contrats individuels et les contrats collectifs. Un contrat individuel est signé entre un particulier et un assureur alors qu'un contrat collectif est signé entre un groupe de personnes, généralement une entreprise, et un assureur. Les garanties offertes par un contrat collectif sont généralement meilleures que celles offertes dans un contrat individuel.

11. Cette étude a été réalisée à partir de l'enquête Santé protection sociale de l'IRDES.

2016	2017	2018	2019	Évol. 2018 /2019	Contribution
<b>92 320</b>	<b>93 848</b>	<b>94 887</b>	<b>97 127</b>	<b>2,4</b>	<b>1,1</b>
71 182	72 451	73 349	74 892	2,1	0,8
21 138	21 397	21 539	22 234	3,2	0,3
<b>104 827</b>	<b>106 688</b>	<b>108 861</b>	<b>110 908</b>	<b>1,9</b>	<b>1,0</b>
<b>52 132</b>	<b>53 464</b>	<b>54 992</b>	<b>56 467</b>	<b>2,7</b>	<b>0,7</b>
21 152	21 668	22 531	22 965	1,9	0,2
14 993	15 525	16 066	16 715	4,0	0,3
11 108	11 325	11 498	11 786	2,5	0,1
4 413	4 466	4 406	4 525	2,7	0,1
408	416	413	398	-3,6	0,0
58	65	78	78	0,0	0,0
<b>32 731</b>	<b>32 761</b>	<b>32 649</b>	<b>32 592</b>	<b>-0,2</b>	<b>0,0</b>
<b>15 158</b>	<b>15 476</b>	<b>16 122</b>	<b>16 798</b>	<b>4,2</b>	<b>0,3</b>
<b>4 806</b>	<b>4 987</b>	<b>5 099</b>	<b>5 051</b>	<b>-0,9</b>	<b>0,0</b>
<b>197 148</b>	<b>200 535</b>	<b>203 748</b>	<b>208 035</b>	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>
8,8	8,7	8,6	8,6		
2,2	1,7	1,6	2,1		
-0,7	0,1	-0,2	0		
2,9	1,6	1,8	2,1		

# Pandémie de Covid-19 : le retour de la licence obligatoire ?

Samira Guennif\*

\* Centre  
d'économie  
de l'Univer-  
sité Paris Nord,  
Université  
Sorbonne Paris  
Nord.

Cet article émet des réserves sur la revendication, fortement soutenue dans ce dossier, de licences obligatoires pour lever les brevets sur les vaccins contre le SARS-COV2. Nous le publions au titre de la contribution d'Économie et Politique à la confrontation d'idées, même si l'on peut contester, à l'inverse, que l'exigence d'un accès libre et universel aux résultats de la recherche ne doive s'appliquer qu'aux découvertes financées sur fonds publics, au risque de dédouaner les firmes privées de leur responsabilité sociale.

**L**a pandémie de Covid-19 interroge l'accès aux traitements pour les patients infectés par le nouveau coronavirus et met en évidence un contexte sanito-juridique sensible et familier.

Face aux besoins sanitaires et en présence de pénuries importantes, on a évoqué la licence obligatoire (LO). Cette disposition légale permet de suspendre temporairement un brevet, notamment en cas d'urgence sanitaire, et d'autoriser la production de génériques dans des quantités plus importantes et des prix moins élevés. Cela n'a pas manqué de rappeler une autre pandémie, celle de VIH/Sida, durant laquelle il fut beaucoup question de la LO pour soutenir l'accès aux soins dans les pays du Sud.

Pourtant, focaliser l'attention sur la LO pourrait bien nous amener à ignorer une problématique de fond : celle de l'éventualité de brevets et de monopoles d'exploitation, avec des risques de rationnements et de pénuries, pour des biens développés à partir de fonds publics considérables. En d'autres termes, les débats autour des LO, en pleine pandémie de COVID-19, doivent-ils nous faire perdre de vue que c'est avant tout la brevetabilité de biens publics qui pose problème ici ?

## Une recherche clinique mondiale essentiellement publique

Pour soutenir le développement de traitements destinés à soigner les patients hospitalisés et lever la charge colossale qui pèse sur les structures sanitaires, une recherche clinique mondiale s'est mise en place dès les premiers mois de la pandémie.

Selon les données collectées sur Clinicaltrials (un site internet recensant les essais cliniques menés dans le monde), on dénombre fin mai plus de 2 300 études cliniques sur la COVID-19. Ces études sont essentiellement concentrées dans les pays du Nord (à 64 % en Amérique du Nord et en Europe) et majoritairement menées par des agences publiques (85 % des études contre 15 % pour l'industrie).

En particulier, l'essai clinique Solidarity lancé fin mars à l'initiative de l'OMS est dédié au développement de médicaments. En quelques mois, Solidarity couvre des milliers de patients répartis sur plus de 200 essais cliniques dans plus de 100 pays pour évaluer le plus rapidement possible le repositionnement de molécules déjà connues, éventuellement brevetées et commercialisées. À nouveau,

80 % de ces essais sont promus par des agences publiques.

Un peu plus tard, le développement des vaccins est soutenu à partir également de fonds publics conséquents : sur la base de subventions publiques versées aux entreprises par des agences gouvernementales (comme le National Institutes of Health aux États-Unis) ou des contrats de précommandes publiques signés avec ces entreprises. Ainsi, six candidats vaccins ont reçu 12 milliards de dollars de subventions publiques aux États-Unis, tandis que l'Europe débloquait dès juillet une enveloppe de 1,4 milliards d'euros pour précommander des vaccins.

Très logiquement, on a pensé que ces médicaments et vaccins étaient déjà en quelque sorte des biens publics mondiaux au vu des milliards (en dollars et en euros) de fonds publics injectés dans la recherche et développement. Pourtant, on a repéré également un mouvement vers la LO.

## Des États en marche vers la licence obligatoire ?

Après la déclaration de l'OMS qualifiant le 11 mars la Covid-19 de pandémie, les pays s'activent. Dès le 17 mars, une résolution chilienne expose clairement les

enjeux nationaux. Le Chili craint l'effet des brevets sur l'accessibilité des traitements et pour sa capacité à garantir le droit à la santé. Le pays souhaite donc recourir à la LO. Le lendemain, Israël annonce l'octroi d'une LO pour un traitement candidat contre la Covid-19, jusqu'ici commercialisé contre le VIH/Sida. Dans la foulée, d'autres pays prendront des mesures pour anticiper et assurer l'accès à des traitements en phase d'essais cliniques.

Pour sa part, la France déclare le 23 mars l'état d'urgence sanitaire pour deux mois, renouvelable pour cause de catastrophe sanitaire. La « loi d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19 » ordonne « la réquisition de tous biens et services nécessaires à la lutte contre la catastrophe sanitaire ». Il est également précisé que « en tant que de besoin, prendre toute mesure permettant la mise à la disposition des patients de médicaments appropriés pour l'éradication de la catastrophe sanitaire ». Implicitement, est abordé le recours possible à des LO (des licences d'office dans la législation française) conformément au Code de la propriété intellectuelle.

Alors une situation singulière se dessine: on craint l'effet des brevets pour l'accès à des traitements que l'on pourrait légitimement tenir pour des biens publics mondiaux. Or, il semble que l'on s'achemine vers l'usage de LO, avec une sensation de « déjà vu » ?

### La licence obligatoire pour assurer l'accès aux biens essentiels

Dans les conventions internationales (Convention de Paris et accord ADPIC), il est établi qu'en cas de quantités insuffisantes, de prix excessifs ou d'absence de production locale pour un médicament breveté, un État peut suspendre pour un temps un brevet et octroyer une LO. L'entreprise récipiendaire de la licence est missionnée pour fournir les quantités nécessaires, à un prix raisonnable et/ou sur la base d'une production nationale. Néanmoins, le détenteur du brevet conserve le droit de commercialiser son produit et, à titre de compensation, perçoit des royalties versées par l'entreprise qui exploite son innovation. Autrement dit, la LO intervient lorsque le détenteur du brevet a failli à remplir ses obligations.

Durant une autre pandémie, celle de VIH/Sida, il fut abondamment question de la LO, suite surtout à la possibilité concédée aux pays du Sud de procéder à des importations sous LO (pour les pays dépourvus d'industrie pharmaceutique locale). Cette procédure fut utilisée pour approvisionner en antirétroviraux plus abordables des programmes d'accès universel et gratuit aux traitements avec le puissant soutien des génériques indiens. Mais les expériences brésilienne et thaïlandaise rappellent combien les pressions de la part des pays

du Nord et des entreprises détentrices des brevets furent constantes pour les détourner de l'usage des LO. Sous couvert de brevets et de monopole d'exploitation, les « Big Pharmas » entendaient poursuivre leurs stratégies de recherche de rente, portées par les impératifs d'un capitalisme financiarisé déraisonnable.

### Ou plutôt des entreprises en mouvement vers les licences volontaires ?

En pandémie de Covid-19, les pénuries de médicaments et de vaccins sont considérables, également en France où l'on dénombre par exemple moins de 3 millions de personnes vaccinées. Mais il est fort à parier que les entreprises ont appris de la pandémie de VIH/Sida et céderont avec mesure du terrain.

Pour éviter les LO, voire même les oppositions aux brevets qui ont accompagné la lutte contre le VIH/Sida dans l'hémisphère Sud, les entreprises recourront de nouveaux aux licences volontaires (LV). Elles céderont des licences à des producteurs qui fabriqueront des médicaments ou des vaccins, à des conditions fixées par elles-mêmes.

Pour empêcher la débâcle (financière) qui pourrait résulter d'une avalanche de LO (pour cause d'urgence sanitaire) et d'oppositions aux brevets pour des produits largement développés sur fonds publics, les entreprises commencent déjà à céder des LV et vont multiplier ces licences. De cette façon, elles entendent conserver les brevets et la main sur les conditions de commercialisation des produits (fixation des prix et des quantités en premier lieu).

Il reste simplement à savoir si ces LV seront cédées directement par les entreprises détentrices des brevets aux producteurs de génériques (dans des accords bilatéraux plus ou moins opaques) ou *via* le Medicines Patent Pool; cette fondation créée en 2010 pour multiplier les LV et permettre la production la plus large possible de médicaments génériques abordables et de qualité dans les pays du Sud, sur la base de contrats rendus publics.



### De la constante en matière de rareté artificielle sous brevet

En définitive, à la lumière des enseignements tirés de la pandémie de VIH/Sida qui touchaient largement hier les pays du Sud et des éléments exposés précédemment, il faut raison garder.

La logique capitaliste dans le secteur pharmaceutique est l'une des plus féroces tant les rentes sont énormes et les actionnaires

insatiables. C'est pourquoi on ne peut dire si l'offensive portée actuellement par la société civile pour faire du vaccin contre la Covid-19 un bien public mondial trouvera sa voie.

En tout cas, les débats actuels sur le recours à des LO ou LV pour augmenter significativement les quantités de vaccins disponibles ne doivent pas nous faire perdre de vue l'essentiel : ces licences portent sur des biens développés à partir de fonds principalement

publics. Aussi, parler de licences reviendrait à prendre pour acquise la question de la brevetabilité de biens publics, à valider les stratégies d'appropriation privée de ces biens. Finalement, cela contribuerait à soutenir les stratégies de prédation de la part d'entreprises qui créent et gèrent, sous couvert de brevets et de monopoles, une rareté artificielle portant atteinte à la santé des populations, à leur droit à la santé. ■

## Le secteur français de la pharmacie dans la mondialisation

Frédéric Boccara

Ces analyses et statistiques sont extraites du rapport présenté par Frédéric Boccara à une réunion conjointe de la commission économique et de la commission santé-protection sociale du PCF, le 8 décembre 2020.

1. Cette étude a donné lieu à plusieurs publications. La plus éclairante est de Jean-Luc Cayssials et Martial Ranvier, « Stratégie d'internationalisation dans la pharmacie », *Bulletin de la Banque de France*, n° 205, mai-juin 2016, p. 39-54.

**L**a contribution du secteur de la pharmacie à l'économie française est en train de fortement évoluer. Ainsi, une étude conjointe de l'Insee, de la Banque de France et des Douanes, que j'ai impulsée<sup>1</sup>, apporte plusieurs enseignements.

Premier enseignement : l'excédent de longue date de la balance commerciale française (donc des échanges de marchandises) en produits pharmaceutiques était plutôt en train de plafonner, mais dans le même temps, suite à la masse de délocalisations de productions du secteur (aujourd'hui moins de 15 % des effectifs de Sanofi sont en France), s'y substitue un excédent dégagé côté services liés à la pharmacie en royalties, redevances et autres paiements de services perçus par les groupes de l'industrie pharmaceutique. S'y ajoutent d'importants bénéfices rapatriés depuis l'étranger mais amoindris par le versement de bénéfices aux

détenteurs ultimes, non-résidents (par exemple Sanofi est détenu à 65 % par des non-résidents, dont le fameux fonds BlackRock).

L'originalité de l'étude est en effet de faire apparaître la cohérence des relations internationales des groupes et de ne pas s'en tenir au solde commercial de marchandises (les médicaments pris comme objet matériel, industriel). Ce dernier est de 3 milliards d'euros pour les médicaments, mais on peut lui retirer 3,0 milliards d'euros composés de 1,2 milliard d'euros d'importation de matériel médical ou de produits chimiques ainsi que de 1,8 milliard d'euros (estimation) de revenus d'investissements de portefeuille versés à des non-résidents. C'est déjà en 2012 un modèle de dépendance profonde au capital financier et d'interpénétrations internationales croisées, avec environ 40 milliards d'euros d'échanges extérieurs dans les deux sens, 20 milliards d'euros de VA en France, 3 milliards

d'euros de R&D et plus de 150 000 salariés concernés en France.

Pour relier le solde commercial à des paiements de licences de brevets, à un solde de services et à des dividendes, ce qui n'est jamais fait macro-économiquement. L'étude se place au niveau de la cohérence des entreprises et groupes concernés. Pour cela, on élabore la notion de « domaine » de la pharmacie en croisant deux critères fondamentaux : l'implication dans la chaîne d'activité pharmaceutique en France (de la R&D jusqu'à la commercialisation) et l'appartenance à un même groupe industrialo-financier, en prenant les liens établis par la détention de capital financier. On dépasse ainsi la liste des seules sociétés directement exportatrices ou productrices ainsi que la notion de « secteur » au sens de l'Insee. Le domaine obtenu couvre pour l'essentiel des groupes industriels et financiers de l'industrie pharmaceutique (90 % du

domaine), firmes multinationales sous contrôle français (FMN-F) ou étranger (FMN-E).

Pour ces entreprises, on rassemble la myriade de paiements traités habituellement de façon séparée (commerce international de marchandises, de services, royalties, dividendes, etc.). On s'appuie en cela sur l'approche théorique développée dans ma thèse sur les multinationales.

Il apparaît qu'en 2012 les échanges de médicaments apportaient un excédent commercial de 3,0 milliards d'euros, en France, mais il faut leur défalquer 1,2 milliard d'euros d'importation de matériel médical réalisés uniquement par ces mêmes groupes ainsi que leurs paiements de dividendes à des non-résidents, estimés à 1,8 milliard d'euros (ce que l'étude ne fait pas). Tout l'excédent est alors absorbé. Ceci ne peut être « contrebalancé », en quelque sorte, que par des recettes directes de 1,2 milliard d'euros liées aux brevets (recettes nettes de royalties, licences, services internes : 7,0 milliards d'euros de recettes moins 5,8 milliards d'euros versés à l'étranger) et par des revenus du capital de 1,3 milliard d'euros (revenus nets de 3,1 milliards d'euros d'IDE, investissements directs étrangers, en provenance des filiales situées à l'étranger auxquels il faut retirer les paiements déjà cités de revenus de portefeuille de 1,8 milliard d'euros en faveur de la myriade de détenteurs non-résidents comme les 65 % de détentions non-résidentes dans Sanofi).

### Une internationalisation croisée

Second élément que montrait l'étude: l'importance de l'internationalisation « croisée », en quelque sorte, des entreprises et grands groupes du « domaine » de la pharmacie.

Comme on l'a dit, c'est un modèle de dépendance ultra-forte au capital financier (actifs financiers portant les brevets, revenus d'IDE des délocalisations, capital financier non-résident), à la délocalisation (IDE vers l'étranger) mais aussi d'interpénétration avec le capital financier étranger soit dans les FMN à base française (65 % des actions de Sanofi sont détenues par des non résidents, et classées comme investissements de portefeuille)

soit par la présence en France de presque 300 entreprises et groupes sous contrôle étranger (IDE en provenance de l'étranger). La partie située à l'étranger était considérable pour les FMN-F : 68 % de leurs salariés et 78 % de leur chiffre d'affaires (dont la majorité hors union européenne). Et encore, l'étude porte sur les données de 2012 : la base productive en France de Sanofi, par exemple, était plus importante qu'aujourd'hui. La proportion de salariés de Sanofi situés à l'étranger est passée au-delà de 85 % en 2018 ! Troisièmement, on voit la grande diversité d'entreprises (370 groupes en 2012), dont de très nombreux groupes étrangers qui ont un modèle « en miroir » de celui de Sanofi, avec la commercialisation en France, voire la dernière phase de fabrication (le conditionnement et l'adaptation au marché dit « local »).

Au-delà, il faut souligner la grande diversité d'acteurs : pas seulement des entreprises, mais des universités, d'autres acteurs publics comme l'AP-HP, l'Établissement français du Sang, etc.

Enfin, l'étude montrait une relation particulière entre grands groupes et PME/TPE, voire *start-up*, avec une sorte de « circulation » des entreprises. Et notamment des *start-up* qui peuvent rester aux frontières des

grands groupes, dans leur « halo », puis être soudainement absorbées par eux.

Ainsi, pour les multinationales françaises, un modèle de financiarisation, de contrôle et de délocalisations avec ses excédents principaux sur l'Afrique et le Proche et Moyen-Orient qui repose aussi – l'étude ne le dit pas – sur les avantages fiscaux offerts en France à la perception de royalties ainsi que sur l'ouverture réciproque de la France à la pénétration des multinationales étrangères. Il repose enfin sur la possibilité de prendre le contrôle de *start-up* situées dans un halo entre la recherche publique (CNRS, INSERM...) et les grands groupes effectuant une partie de l'innovation et de la R & D (la pharmacie est en France le troisième secteur pour les dépenses de R & D).

Cette étude dessine aussi autant d'enjeux, d'aspects, pour la bataille en faveur d'un pôle public du médicament et de la santé : lien production, recherche, commercialisation ; réseau international ; relations avec la recherche universitaire ; relation avec l'industrie des équipements médicaux ; relation avec les *start-up* ; type d'internationalisation ; financement. Et bien sûr la démocratie, la transparence et les critères de gestion ! ■

### SPÉCULATION BOURSIÈRE SUR LE VACCIN

- Annonce par Pfizer le lundi 9/11 d'une efficacité « à 90 % » de son vaccin « ARN messenger », avec un chiffre pas clair et invérifiable.
- La valeur de l'action **Pfizer bondit de 21,5 %** entre le vendredi (34,48 \$ l'action) et le lundi (41,88 \$) à Wall Street. Sa capitalisation boursière a bondi de 26 Md\$ (en partie virtuels).
- La valeur de l'action de **Moderna, start up** cotée au Nasdaq, a plus que doublé en un mois (entre le 6/11 et le 10/12, elle passe de 72,45 \$ à 155,69 en plusieurs temps) soit **+100 %**. Sa capitalisation boursière atteint 59 Md\$ (valeur en partie virtuelle).
- Quand la valeur des titres augmente de 20 %... si on veut maintenir un même taux de profit, il faut 20 % de profit de plus à prélever sur les richesses créées, contre les salaires et l'emploi !

# Les industries de santé entre biens privés mondiaux et biens communs mondiaux

Maurice Cassier\*

\* CNRS.

Aides publiques massives à un secteur dont la structuration se fait à l'échelle mondiale sous l'égide de grandes firmes multinationales et dont le financement repose sur l'énorme expansion des marchés financiers : pour faire des vaccins et des médicaments contre la Covid-19 des biens communs de l'humanité, il faudra s'attaquer au coût du capital.

1. « Profitability of large Pharmaceutical Companies Compared With Other Large Public Companies », Fred D. Ledley, MD; Sarah Shonka McCoy, PhD; Gregory Vaughan, PhD; Ekaterina Galkina Cleary, PhD, *JAMA*, 2020; 323 (9): 834-843.



L'industrie pharmaceutique est un des secteurs les plus profitables du capitalisme contemporain. En mars 2020 la revue médicale de l'American Medical Association, le *JAMA*, avait calculé que 35 multinationales les plus importantes de la pharmacie affichaient une rentabilité presque deux fois plus élevée que celle des firmes des autres secteurs économiques<sup>1</sup>. Les profits des firmes engagées dans les technologies de la Covid-19 sont record, alors que l'accès universel aux vaccins est limité et hypothéqué par la priorité accordée aux exclusivités de propriété intellectuelle qui entravent la libre expansion des capacités de production. La rentabilité attendue augmente les prix à l'opposé des exigences d'accessibilité, cruciale en période de pandémie. Symétriquement, les contestations de l'emprise du profit et du capital financier sur les industries de santé au nord aussi bien qu'au sud, nombreuses depuis l'épidémie de VIH/sida, sont relancées, et des propositions affluent pour des modèles alternatifs d'innovation et de production des produits de santé, qu'il s'agisse des licences d'office ou *open source*, de *pools* des brevets et des technologies portés par l'OMS, de la création de productions publiques, de la transparence des prix.

## Régime d'accumulation financière, coût en capital et prix des médicaments depuis les années 1980

L'innovation pharmaceutique a toujours reposé sur des coopérations entre des institutions académiques, essentiellement du secteur non marchand, et des sociétés industrielles, du secteur marchand. L'appropriation de la science académique par le capital se faisant alors essentiellement gratuitement, *via* les publications, et par l'établissement de contrats de recherche, pour un coût modique. La nouveauté qui se développe à partir des années 1980 tient à la création d'une nouvelle catégorie d'acteurs, des sociétés de R&D privées spécialisées dans les biotechnologies, qui sont financées par du capital-risque et la création des marchés financiers spécialisés dans les nouvelles technologies, en premier lieu le Nasdaq. Ce nouvel écosystème de l'innovation est triangulaire, entre universités, sociétés de biotechnologies et firmes pharmaceutiques avec un nouveau capitalisme de la science et un marché des technologies branché sur ces nouvelles institutions du capital financier. La création des sociétés de biotechnologies est associée avec l'expansion du capital-risque, qui intervient dans le capital propre des firmes pour

prendre en charge les incertitudes de la R&D. Il s'assure aussi du gouvernement de la société, en s'associant avec les scientifiques à l'origine de sa création (à moins qu'il ne les écarte). L'objectif est de rendre la société en obtenant une rentabilité financière optimale pour rémunérer le risque de R & D et le temps d'immobilisation. Les normes de rentabilité du capital-risque renchérissent automatiquement le coût d'innovation des nouvelles molécules.

La figure emblématique du tandem biotechnologie et capital-risque est la société Genentech créée dans les années 1970 par les inventeurs des technologies du génie génétique à l'Université de Stanford en Californie, et la société de capital-risque de Robert Swanson qui entre au capital et au conseil d'administration de Genentech pendant plus de 20 ans. Au départ l'investissement est très limité : les fonds apportés par le « capital-risqueur » sont de l'ordre de \$200 000. Quatre ans plus tard, quand Genentech est mise sur le marché boursier, la valeur des actions est multipliée par 800, sur la base des nouvelles biotechnologies de fabrication des médicaments qu'elle a développées et brevetées, en premier lieu de l'insuline. Depuis cette époque, les prix de l'insuline biotechnologique, couverte par une proli-



fération de brevets, demeurent très élevés.

La formation de ce nouveau capitalisme de la R&D tient à trois réformes institutionnelles : 1) les fonds du capital-risque sont considérablement augmentés par l'utilisation des fonds de pension autorisée par une décision du Département d'État du Travail en 1979 ; 2) autre réforme d'ampleur, celle permettant, en 1984, à des sociétés de nouvelles technologies n'ayant pas généré de bénéfices d'entrer néanmoins en bourse. Ce fut précisément le cas de Genentech. Un économiste financier, Elli Malki<sup>2</sup>, a montré que la valeur des sociétés de biotechnologie est un problème déroutant dès lors que leurs revenus sont négatifs (elles investissent dans la R & D pendant plusieurs années sans avoir de produits) et qu'elles s'apprécient très positivement sur les marchés financiers. Il en conclut qu'elles se financent sur la base des promesses de revenus de leurs actifs intellectuels, notamment les brevets. Ce sont d'ailleurs les cabinets de conseil en propriété intellectuelle qui rédigent les dossiers d'introduction des sociétés de biotechnologie sur les marchés financiers ; 3) la construction de ce capital intangible est associée à l'extension des normes de brevetabilité au début des années 1980 qui couvrent les nouvelles « chimères moléculaires » (les bactéries génétiquement modifiées qui produisent aujourd'hui les bio-médicaments) ainsi qu'une foule d'entités du vivant, par des brevets de produit dont le pouvoir de monopole est très étendu.

L'appropriation de la science par l'industrie pharmaceutique est transformée, et le coût en capital des nouvelles thérapies en est changé. Au lieu d'acquérir des outils de R&D, voire de nouvelles molécules, auprès des institutions académiques pour un coût modique, ou de contrôler entièrement leur développement au sein des laboratoires internes de la firme, les grands laboratoires s'engagent dans une double stratégie, de désintégration et d'externalisation de leur recherche, d'un côté, et de fusions-acquisitions de sociétés de biotechnologie, d'un autre côté. Le coût total du médicament en capital est ainsi augmenté : avec ce nouveau modèle, le prix du médicament incorpore deux cycles

de rémunération de capital : celui de la Biotech qui a développé le médicament, celui de la firme pharmaceutique qui rachète la société, l'industrialise et le commercialise<sup>3</sup>. D'où l'inflation des prix des innovations thérapeutiques depuis 20 ans.

Le cas des nouveaux antiviraux contre l'hépatite C mis sur le marché par la société Gilead Sciences est emblématique de ce nouveau modèle. Le nouveau médicament, le sofosbuvir a été développé par une société privée de R & D, Pharmasset, qui est demeurée sans bénéfices pendant des années. L'enquête effectuée par le Sénat des États-Unis sur la formation du prix du Sovaldi éclaire le coût en capital du rachat de Pharmasset par Gilead Sciences : le prix d'acquisition de Pharmasset par Gilead (11 Mds de dollars) est totalement déconnecté du coût en capital de l'innovation supportée par la société de biotechnologie, estimé à 356 millions de dollars. Le prix du sofosbuvir mis sur le marché par Gilead (\$84 000 aux États-Unis et 56 000 euros en France en 2015) renvoie à la capitalisation de la société de R & D Pharmasset, rachetée par Gilead, qu'il fallait rembourser, et à la rémunération du capital de la firme pharmaceutique Gilead, qui a engrangé 26 Mds de dollars de ventes en 18 mois pour ce seul médicament. L'économie du sofosbuvir a modifié la hiérarchie des

grands laboratoires pharmaceutiques avec la croissance de Gilead.

Le coût en capital de ces nouvelles thérapies est supporté par les payeurs dont les comptes sont déstabilisés : en France, en juin 2015, la Sécurité sociale s'est inquiétée de cette situation : « L'arrivée des nouveaux traitements de l'hépatite C a provoqué une onde de choc dans tous les systèmes de santé. Pour la première fois, la question de l'accès à l'innovation médicamenteuse s'est posée non pas pour des pays en développement ou émergents, mais pour les pays les plus riches ». Il faut relever en juin 2018 l'alliance inédite entre des associations de patients et des associations de consommateurs en France pour l'accès au médicament et la maîtrise des prix des innovations thérapeutiques<sup>4</sup>. Le Parlement européen, le ministère de la Santé en France, ont débattu un temps de l'utilisation de la licence obligatoire pour endiguer les prix exorbitants des nouveaux traitements contre l'hépatite C. Ce débat, localisé au sud dans les années 2000, gagne aujourd'hui les Nords.

### Fonds publics massifs et inflation de capital financier pour les vaccins de la Covid-19

C'est ce nouveau régime d'accumulation qui est mobilisé pour

“

L'appropriation de la science par l'industrie pharmaceutique est transformée, et le coût en capital des nouvelles thérapies en est changé. Au lieu d'acquérir des outils de R&D, voire de nouvelles molécules, auprès des institutions académiques pour un coût modique, ou de contrôler entièrement leur développement au sein des laboratoires internes de la firme, les grands laboratoires s'engagent dans une double stratégie, de désintégration et d'externalisation de leur recherche.

”

2. Malki E, 1997, « Intellectual property and the valuation of biotechnology companies: GEN-Dex versus Dow Jones », *Economic Working Paper Archive*.

3. Cassier M., « Value regimes and pricing in the pharmaceutical industry: financial capital inflation (hepatitis C) versus innovation and production capital savings for malaria medicines », *Biosocieties*, january 2021.

4. Médicament et progrès thérapeutique : garantir l'accès, maîtriser les prix, la Contribution de la Société Civile au débat public en France, MSF, Prescrire, MDM, Aides, Que Choisir, La ligue contre le Cancer, France Assos Santé, UAEM, juin 2018.

5. Anne Bucher, *Production des vaccins ? Quels enseignements tirer de l'expérience covid ?*, Terra Nova, 22 janvier 2021.

6. Kyle M., Perrot A., *Innovation pharmaceutique : comment combler le retard français*, Note du Conseil d'Analyse Économique, n° 62 janvier 2021.

développer et produire les vaccins de la Covid-19. La mobilisation n'a pas été aussi spontanée que l'aurait souhaité le responsable de l'Institut américain des maladies infectieuses, Anthony Fauci, qui en février 2020 s'inquiète du peu d'empressement des laboratoires. L'augmentation vertigineuse du financement public du développement et de la production des vaccins supportée par la BARDA (l'Autorité pour la R & D avancée dans le domaine biomédical) créé en 2006 pour financer le développement de technologies de santé en temps de crise sanitaire, et par le programme Warp Speed, lève les dernières hésitations. En février 2020, la BARDA a déjà apporté 483 millions de dollars à Moderna. On se souvient de l'engagement prioritaire de Sanofi envers la BARDA (avec un partenariat conclu dès février 2020) et la pression exercée sur la France et l'Union européenne pour la mise en place d'un programme d'aide comparable (l'Union européenne vient d'annoncer la création de l'incubateur HERA, avec une première dotation de 225 millions d'euros). Ajoutons que Warp Speed repose sur un partenariat entre le Département de la Défense et le Département de la Santé et des Services Sociaux, qui passe des accords avec l'industrie. Ces financements publics correspondent à une socialisation de fait des avances en capital, pour la recherche (notamment pour les

essais cliniques) et aussi pour la création des capacités industrielles, qui supporte les capitalisations et les profits des firmes privées de biopharmacie. Les fonds distribués par Warp Speed sont les suivants, entre février et décembre 2020 : 1,6 milliard de dollars pour AstraZeneca, 2,1 milliards de dollars pour Sanofi, 1,5 milliard de dollars pour Johnson & Johnson, 4 milliards de dollars pour BioNTech/Pfizer, 4,1 milliards de dollars pour Moderna, 1,6 milliard de dollars pour Novavax<sup>5</sup>.

Le développement des vaccins de la Covid-19 a également bénéficié des financements publics à long terme de la recherche en santé, qui se sont accrus depuis les années 1990 aux États-Unis, également en Allemagne et au Royaume-Uni alors que la France décrochait<sup>6</sup>.

On peut différencier deux configurations capitalistiques pour l'innovation et la production des vaccins Covid, celle de Moderna aux États-Unis, et celle d'AstraZeneca et de l'université d'Oxford, au Royaume-Uni.

Moderna est emblématique du nouveau capitalisme biotechnologique des États-Unis (on trouve des sociétés similaires en Allemagne avec BioNTech et CureVac). Fondée par un professeur de médecine de Harvard, Derrick Rossi, et un chercheur entrepreneur en biotechnologie, Robert Langer, elle est dirigée par Stéphane Bancel, ex-PDG de

Biomérieux. Elle a été financée initialement par du capital-risque, des accords de R & D avec plusieurs firmes pharmaceutiques, des subventions de recherche de la Défense. En 2018, elle réalise la plus haute introduction en Bourse d'une société biotechnologique (600 millions de dollars). En 2020, elle bénéficie de subventions de recherche et des contrats de pré-achat des vaccins Covid. Cette société de R & D de taille moyenne (800 salariés en 2020) était structurellement déficitaire jusqu'en 2020 (sans produits sur le marché). L'envolée de la capitalisation boursière (69 milliards de dollars aujourd'hui), gagée sur son portefeuille de technologies brevetées, bénéficie des apports massifs de fonds publics et du soutien des autorités politiques. Le bénéfice net par action attendu (13,50 dollars en 2021) exerce une forte pression sur les prix (le vaccin Moderna à 37 dollars la dose est le plus coûteux et n'est pas accessible aux pays à bas et moyens revenus) et pour la défense de la propriété intellectuelle (en dépit des annonces de ne pas opposer ses brevets pendant la période de la pandémie).

La coopération nouée entre AstraZeneca et l'Université d'Oxford représente un modèle plus classique de développement des produits de santé. Initialement, l'Université d'Oxford, qui a développé la technologie, souhaitait la distribuer de manière non



7. T'Hoën E., Veraldi J., Toebe B., Hogerzeil H.V., « Medicine Procurement and the use of flexibilities in the Agreement on Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights, 2001-2016 » *Bull World Health Organ* 2018, 96: 185-193.

exclusive pour autoriser sa libre duplication. Finalement, après l'intervention de la fondation Gates, elle accorde une licence exclusive à AstraZeneca, qui annonce une commercialisation du vaccin « sans profit » (autour de 2 euros, incluant une marge de 20 % sur le coût de production). AstraZeneca s'est engagé dans un programme de transfert de technologie dans plusieurs pays émergents dont le Brésil et l'Inde. Si ce vaccin propose de faire la part du feu avec l'annonce de Bien public mondial, l'accord avec Oxford limite le temps du « prix sans profit » à la période de la pandémie, à définir (juillet 2021 dans le contrat avec la Fiocruz au Brésil), ce qui fait peser une hypothèque sur la durée de l'engagement. Et l'Afrique du Sud doit s'acquitter pour ce vaccin d'un prix 2,5 fois plus élevé que l'Union européenne.

Ce régime de valorisation des vaccins covid soulève des tensions majeures dans le contexte de la pandémie: 1) la défense de la propriété intellectuelle, pour capturer une rente d'innovation et rémunérer les actionnaires, limite la libre expansion des capacités de production dont on aurait besoin pour tenter de contrôler l'épidémie; 2) cela pose le problème du gouvernement des inventions et des industries de santé dès lors que le système mobilise des financements publics massifs: cela justifierait que les États reprennent la main, en levant immédiatement les brevets, en organisant la distribution des technologies, en créant des établissements publics de production des vaccins; 3) le débat intense sur les licences d'office ou encore sur la mise en *open source* de ces technologies montre l'urgence de faire prévaloir d'autres modèles d'innovation et de production.

### Réduire le coût en capital et développer les aspects de biens publics et communs dans les industries de santé

Il est aujourd'hui possible de mobiliser un ensemble de propositions, de revendications et aussi d'expériences concrètes, déjà là, pour faire appliquer d'autres modèles de développement, de production et de distribution des produits de santé.

Le premier ensemble de mesures concerne l'appropriation des inventions, pour sortir des exclusivités de marché et supprimer la rente de monopole qui supporte la financiarisation du capital et grève les prix. Cela devrait être la règle pour tous les médicaments et vaccins qui sont inscrits sur les listes de médicaments essentiels (celle de l'OMS ou d'autres listes nationales). Si ces produits sont déjà sous brevet, il faut s'accorder sur l'application automatique de licences d'office pour organiser la production de versions génériques. On peut utiliser le Medicines Patent Pool d'UNITAID pour redistribuer des licences à l'échelle mondiale ou encore décider de licences d'office à l'échelle nationale ou régionale. En levant les brevets, on change de régime de valeur et de prix, et on stimule les productions locales disséminées à proximité des besoins sanitaires. Il faut savoir que l'application des licences obligatoires a eu un impact non négligeable depuis le début des années 2000 (une centaine de licences obligatoires ont été décidées dans le contexte de l'épidémie de VIH/sida)<sup>7</sup>.

MSF et la fondation Drugs and Neglected Diseases Initiative, créée en 2003, ont développé des technologies médicales, contre la malaria ou la maladie du sommeil, avec une prédominance de fonds publics et philanthropiques, également la participation de fonds industriels, en appliquant une politique de non-brevetage ou de licences non exclusives, pour produire des thérapies à des prix ajustés aux coûts de production. Un tel système est très économe en capital de R & D et débouche sur la distribution de la production entre une pluralité de producteurs. Plusieurs propositions sont encore faites pour relancer l'innovation où le système des brevets échoue à la susciter, par exemple pour développer de nouveaux antibiotiques. Plusieurs commissions en Grande-Bretagne ont proposé le rachat des inventions qui seraient développées et mises sur le marché, par une institution publique qui redistribuerait des licences non exclusives en contrôlant les prix. L'accès aux innovations serait alors mieux assuré.

Dans le champ du financement, il importe immédiatement d'ac-

croître les financements publics pour la recherche fondamentale et la recherche clinique comme du reste le préconise le CAE, en veillant à promouvoir des licences non exclusives ou encore l'*open source*. Il s'agit également du financement de l'innovation par les crédits des banques publiques d'investissement (BPI France qui finance actuellement les entreprises de biotechnologie ou la BEI) avec de nouvelles règles d'usage de ces fonds pour accroître le pouvoir d'achat des payeurs publics et sociaux, contrôler la formation des prix et les profits, organiser la distribution non exclusive des technologies.

Il convient encore de promouvoir un secteur public de production de médicaments et de vaccins, en relation avec le ministère de la santé, la Sécurité sociale et les mutuelles. Il s'agit d'encourager un réseau des pharmacies hospitalières publiques qui possèdent quelques capacités de développement et de production de certaines thérapies, en relation avec les besoins cliniques. Il faut indiquer l'expérience de production de médicaments génériques montée en 2018 aux États-Unis par un réseau de 1 200 hôpitaux (Civica Rx), pour pallier les ruptures d'approvisionnement et réduire les prix trop élevés. Il faut envisager la création de nouveaux établissements publics de fabrication de vaccins, production publique qui existait jusque dans les années 2000 aux Pays-Bas, et des mesures de nationalisation de laboratoires pharmaceutiques, en veillant à de nouvelles structures de gouvernement, avec les usagers, les payeurs sociaux, les professionnels de santé, les syndicats de salariés, et à la mise en œuvre de nouveaux critères de gestion réduisant l'emprise du profit. Je termine en rappelant l'expérience du réseau des 21 laboratoires pharmaceutiques publics du Brésil, qui coopèrent depuis les années 2000 avec des laboratoires de chimie pharmaceutique privés pour produire une liste de médicaments dits « stratégiques » sous l'autorité du ministère de la Santé. Quant à la production publique de vaccins du Brésil, elle assure les besoins domestiques et exporte le vaccin contre la fièvre jaune dans 70 pays. ■

# Sortir la santé des mains des Big Pharmas

Charlotte Balavoine\*

La campagne « Pas de profits sur la pandémie ! » appelle à la mobilisation pour sortir la santé des griffes de la finance et des multinationales du médicament.

\* Co-responsable de la campagne Pas de Profit sur la Pandémie pour le PCF, conseillère politique au Parlement européen.

**A**vant la crise sanitaire, de nombreux économistes alertaient sur un nouveau krach financier et une intensification de la crise systémique. La pandémie, loin d'être à l'origine de l'explosion des inégalités et de la pauvreté, est néanmoins un accélérateur et un amplificateur des antagonismes de classes et des contradictions du système capitaliste.

En effet, la première phase de l'année 2020 aura été marquée par une débâcle totale de nos gouvernants. Non contents d'ignorer les alertes de propagation du virus venues de Chine ou d'Italie, ils ont ensuite été incapables de se mettre d'accord sur une réponse commune à la crise sanitaire (on se souvient des « vols de masques » par la Hongrie ou des déclarations douteuses des représentants français aux débuts 2020 sur le système de santé italien comparé au nôtre).

Le fait est que trente ans de politiques néolibérales en France, en Europe comme dans le monde, ont mené nos systèmes de santé au bord du gouffre. Les pénuries de lits, criantes durant l'année 2020, restent aujourd'hui problématiques. Malgré les déclarations de bonnes intentions, loin d'embaucher largement et de revaloriser les salaires du secteur médical, le gouvernement continue à fermer des centres de santé et des places dans les hôpitaux.

Pourtant, cette crise ne touche pas tout le monde de la même façon. On savait déjà que les salariés des métiers de « contacts », c'est-à-dire ceux qui sont en première ligne de la

lutte contre la pandémie, sont aussi ceux qui développent les formes les plus graves de Covid. Aujourd'hui des études, américaines, britanniques et européennes montrent que depuis le début de la crise sanitaire il y a eu jusqu'à cinq fois plus de décès parmi les « pauvres » que parmi les « riches ». En France l'Insee ne peut pas encore « distinguer les décès survenus au cours de la période selon la profession ou le niveau de vie ». Les dernières statistiques montrent néanmoins que les ouvriers et employés qui ont continué à travailler sur leur lieu de travail, ou encore des habitants des communes les plus pauvres et les plus denses, sont particulièrement à risque, dans la mesure où le respect des gestes barrières est beaucoup plus compliqué, voire impossible à maintenir.

Alors que les salariés les plus précaires, et parmi eux particulièrement les femmes, ont dû faire face au chômage partiel ou total, à la réduction des salaires et à des conditions de travail de plus en plus pénibles (que ce soit par le biais du télétravail ou en présentiel), certaines multinationales enregistrent de leur côté des bénéfices records.

Selon le dernier rapport d'Oxfam, intitulé *Le virus des inégalités*, publié en janvier 2021, entre le 18 mars et le 31 décembre 2020, les milliardaires ont vu leur fortune augmenter de 3 900 milliards de dollars, « plus qu'il n'en faut pour financer la vaccination de la totalité de l'humanité et empêcher que d'autres personnes ne basculent dans la pauvreté des suites de la pandémie », à l'inverse, entre

200 et 500 millions de personnes supplémentaires pourraient avoir basculé dans la pauvreté en 2020, soit environ 10 % de la population mondiale.

## Notre santé versus les intérêts des Big-Pharmas

Pourtant, des avancées spectaculaires, facilitées par le partage de la séquence complète du génome du coronavirus par les autorités chinoises dès le 11 janvier 2020, ont pu voir le jour en moins d'un an avec aujourd'hui plusieurs vaccins mis en circulation ou sur le point de l'être.

La raison de cette efficacité : l'investissement public ! Rien que pour les vaccins potentiels, plus de dix milliards de dollars ont été apportés par les États-Unis. Le pays a en outre massivement investi pour assurer la logistique et la distribution avec des accords pour étendre notamment la capacité de production des fabricants de flacons et seringues pharmaceutiques.

L'Union européenne a quant à elle précommandé aux laboratoires jusqu'à quasiment deux milliards de doses au total, si l'on ajoute les options prises pour des doses supplémentaires. Dans le détail, la Commission européenne a signé avec six laboratoires, dont le dernier en date Moderna, pour fournir jusqu'à 160 millions de doses de vaccin. Avant cela, l'UE avait déjà signé avec AstraZeneca et Johnson & Johnson (jusqu'à 400 millions de doses auprès de chacun), le duo Sanofi-GSK (jusqu'à 300 millions de doses), Pfizer-BioNTech

(jusqu'à 300 millions de doses) et l'allemand CureVac (jusqu'à 405 millions de doses).

Le montant total de ces contrats passés par l'Union européenne est toujours tenu secret. Il est cependant estimé à 2,1 milliards d'euros sans compter celui de Moderna. À cela s'ajoute le fait que la recherche et le développement ont déjà été en grande partie financés par des fonds publics. L'Union européenne et les États-membres assument également le risque commercial et le risque financier en cas de vices cachés.

Pour résumer : les contrats sont passés dans la plus totale opacité, les entreprises pharmaceutiques multinationales (communément appelées Big pharmas) imposent leurs conditions à la Commission européenne et aux États membres pour au final... organiser la pénurie ! Car c'est bien de cela qu'il s'agit : en décembre déjà, Pfizer avait fait état de problèmes de production en Europe. Entre-temps pourtant, ses vaccins ont inondé Israël, qui payait le double du prix. En février 2021, rebelote : l'entreprise AstraZeneca décide de réduire ses livraisons de vaccins subitement et refuse de se présenter à la Commission Européenne. Celle-ci soupçonne en effet l'entreprise de livrer des vaccins produits avec de l'argent européen à d'autres pays d'abord.

Résultat, les pays riches ont acheté suffisamment de doses pour vacciner leur population trois fois, et laisse le monopole aux entreprises pour organiser le jeu mortifère de « *qui pourra payer le plus* ». À l'inverse, parmi les pays les plus pauvres du monde, seule la Guinée a pu vacciner à ce jour 55 personnes et 1 personne sur 10 seulement pourrait avoir accès au vaccin pendant le courant de l'année 2021.

Mais peut-on s'étonner que des entreprises gérées dans le seul but de faire un maximum de profit organisent une spéculation sur les prix des vaccins ? Elles ne font finalement qu'appliquer les règles néolibérales mises en œuvre par le système capitaliste actuel. Le risque étant aujourd'hui de ne jamais pouvoir sortir de cette pandémie et donc d'accroître encore plus la crise systémique.

**Pourtant, des solutions existent : la première d'entre elle est de lever les brevets !**

C'était d'ailleurs l'objet d'une intervention d'Emmanuel Macron en mai 2020 à l'OMS appelant « à développer un vaccin produit par le monde entier, pour le monde entier, on pourra alors véritablement parler d'un bien public mondial ». Promesse trop vite enterrée puisque, malgré l'argent public investi, la Commission européenne a transféré l'intégralité des droits de propriété intellectuelle sur le vaccin aux entreprises pharmaceutiques.

Une large coalition de plus de 100 pays emmenée par l'Inde et l'Afrique du Sud demande depuis des mois de suspendre d'urgence les brevets sur les vaccins Covid-19 afin de pouvoir augmenter la production. Jusqu'à présent, la France et l'Union européenne s'y sont opposées de façon constante.

Pourtant, les outils juridiques existent ! En effet, l'article 31 de l'Organisation Mondiale du Commerce stipule que l'on peut procéder à une levée des brevets « dans des situations d'urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence ou en cas d'utilisation publique à des fins non commerciales. ». C'est ce qu'on appelle les licences d'office ou obligatoires, qui permettent d'organiser les trans-

“

**Pour résumer : les contrats sont passés dans la plus totale opacité, les entreprises pharmaceutiques multinationales (communément appelées Big pharmas) imposent leurs conditions à la Commission européenne et aux États membres pour au final... organiser la pénurie !**

”

ferts de technologie vers tous les laboratoires industriels compétents.

En France, l'article L613-16 du Code de santé publique modifié par loi n° 2004-1338 du 8 décembre 2004, art. 10, prévoit que « si l'intérêt de la santé publique l'exige et à défaut d'accord amiable avec le titulaire du brevet, le ministre chargé de la propriété industrielle peut, sur la demande du ministre chargé de la Santé publique, soumettre par arrêté au régime de la licence d'office, tout brevet délivré pour :

- Un médicament, un dispositif médical...
- Leur procédé d'obtention, un produit nécessaire à leur obtention ou un procédé de fabrication d'un tel produit ».

Ces outils sont dès aujourd'hui mobilisables pour permettre une mutualisation de toutes les technologies validées, pour développer et répartir la production à l'échelle européenne et à l'échelle mondiale. Concrètement, en France, cela doit passer par la réquisition et la socialisation des usines Sanofi pour produire largement le vaccin, et non se limiter au « flaconnage » qui est proposé aujourd'hui. La loi



d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19 du 23 mars 2020 prévoit en effet « la réquisition de tout bien ou service nécessaire à la lutte contre la catastrophe sanitaire ainsi que toute personne nécessaire au fonctionnement de ces services. L'indemnisation de ces réquisitions est régie par le Code de la défense. »

### Au-delà de ces mesures d'urgence, il faut changer les règles et sortir la santé des mains des Big Pharmas et de la loi du marché

C'est dans cette logique que nous avons lancé le 30 novembre dernier la campagne européenne « Pas de Profit sur la Pandémie ». Celle-ci, par le biais de l'Initiative citoyenne européenne (ICE) : <<https://nonprofitonpandemic.eu/fr/>>, vise à obtenir 1 million de signatures dans au moins 7 États membres de l'UE pour exiger un changement législatif à la Commission européenne.

Cette initiative demande un changement législatif pour faire des vaccins et traitements anti-pandémiques des biens communs de l'humanité et, d'un point de vue législatif :

- veiller à ce que les droits de propriété intellectuelle, y compris les brevets, n'entravent pas l'accessibilité ou la disponibilité de tout futur vaccin ou traitement contre la Covid-19;

- veiller à ce que la législation européenne sur les données et l'exclusivité commerciale ne limitent pas l'efficacité immédiate des licences obligatoires délivrées par les États membres;

- introduire des obligations légales pour les bénéficiaires de fonds de l'UE de partager les connaissances, la propriété intellectuelle et/ou les données relatives aux technologies de la santé de la Covid-19 dans une communauté de technologies et de brevets;

- introduire des obligations légales pour les bénéficiaires de fonds européens en ce qui concerne la transparence des contributions publiques, les coûts de production et les clauses d'accessibilité et d'accessibilité financière liées aux licences non exclusives.

Depuis novembre dernier, de nombreuses organisations ont rejoint la campagne qui en regroupe au-

jourd'hui plus de 200 au niveau européen. Nombre de chercheurs et spécialistes de la santé ont également appelé à soutenir cette initiative, à l'image de la tribune parue dans le journal *Le Monde* en février 2021<sup>1</sup>, intitulée « La protection de la population mondiale doit passer avant la logique du profit » et signée par 120 spécialistes du monde médical.

### Au-delà de l'outil juridique que constitue l'ICE, il s'agit pour nous de construire un rapport de forces permettant d'extraire les traitements anti-pandémiques, et la santé de façon générale, de la loi du marché

Cette mobilisation commence à payer, puisqu'aujourd'hui de plus en plus de pays, d'assemblées (dont l'OMS) et de citoyens défendent cette idée. Une des dernières victoires en date est l'adoption par l'Assemblée du conseil de l'Europe de la résolution, le 27 janvier 2021, sur les vaccins contre la Covid-19 : considérations éthiques, juridiques et pratiques<sup>2</sup> demandant notamment à « surmonter les obstacles et les restrictions découlant des brevets et des droits de propriété intellectuelle, afin d'assurer la production et la distribution à grande échelle de vaccins dans tous les pays et pour tous les citoyens ».

Plus récemment encore, la déclaration conjointe du Comité international de bioéthique et de la Commission mondiale d'éthique des connaissances scientifiques et des technologies de l'Unesco du 24 février 2021<sup>3</sup> souligne « le fait que le développement rapide des vaccins n'aurait pas été possible sans les contributions essentielles de travaux menés antérieurement par les chercheurs de différentes institutions publiques... Il est important de partager la propriété intellectuelle afin que les fabricants d'autres pays puissent également amplifier la distribution des vaccins à tous. Les vaccins devraient être considérés comme un bien commun mondial. »

Au-delà de la question des brevets, il faut aujourd'hui que la puissance publique qui finance la recherche fondamentale mais aussi largement la recherche appliquée maîtrise en

totalité la chaîne de production des produits pour répondre aux besoins des populations. C'est en ce sens que nous proposons donc de créer des établissements publics qui financent la recherche, la production, la distribution et soient propriétaires des brevets qu'ils déposent.

La force de portée de nos propositions est qu'elles sont aujourd'hui une question de bon sens. Plus de 100 millions de personnes ont contracté le SARS-Cov-2, plus de 2 millions en sont mortes, et la menace est plus grande que jamais avec l'évolution des variants, qui sont plus transmissibles et dangereux.

La réponse à la crise sanitaire ne peut être que collective et mondiale et nécessite pour cela de faire passer les vies humaines avant les intérêts des Big pharmas. Mais au-delà de ce constat, il s'agit ici d'acter l'échec du modèle capitaliste actuel à résorber la crise pour avancer vers la construction d'une autre société. Dans celle-ci la santé sera sans nul doute une des fondations et c'est en ce sens que la proposition de longue date du PCF de création d'un pôle public du médicament à l'échelle nationale, européenne et mondiale a une portée révolutionnaire. Mettre fin au monopole des Big Pharmas pour construire un monde de partage où la santé et la vie humaine seront réellement un droit et non une source de profit, est au cœur de notre projet communiste pour une société socialiste du XXI<sup>e</sup> siècle. ■



**La réponse à la crise sanitaire ne peut être que collective et mondiale et nécessite pour cela de faire passer les vies humaines avant les intérêts des Big pharmas.**



1. <[https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/02/22/la-protection-de-la-population-mondiale-doit-passer-avant-la-logique-du-profit\\_6070802\\_3232.html](https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/02/22/la-protection-de-la-population-mondiale-doit-passer-avant-la-logique-du-profit_6070802_3232.html)>.

2. <<https://pace.coe.int/fr/files/29004/html>>.

3. <[https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000375608\\_fre](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000375608_fre)>.