

Pour un pôle socialisé du médicament

Nous entendons régulièrement que la santé serait un bien commun. Aller au-delà du simple slogan nécessite une révolution ambitieuse. Cet article s'inscrit dans le sillage de nombreuses initiatives citoyennes sur le sujet, dans un objectif de convergence des idées, puis des luttes.

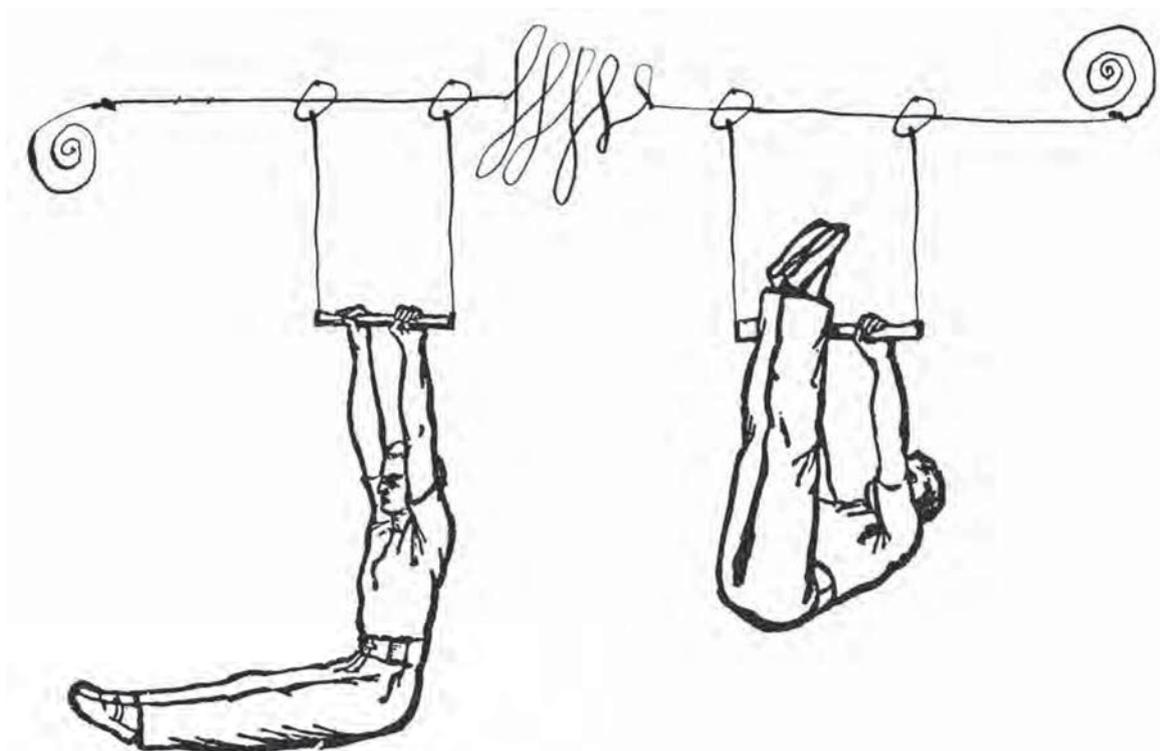
Frédéric Stambach Julien Vernaudo
Médecin généraliste rural Praticien hospitalier gériatre

Monsieur Emmanuel Macron annonçait, le 16 juin 2020, dans un discours prononcé sur un des sites de Sanofi : « Nous lancerons une initiative de relocalisation de certaines productions critiques. Tout le monde a vu durant cette crise que des médicaments qui paraissaient usuels n'étaient plus produits en France et en Europe. [...] On pourra, par exemple, pleinement reproduire, conditionner et distribuer du paracétamol en France. ». Voilà à quoi pourrait se résumer l'utopie du pouvoir en place sur la production de médicaments à l'heure des vaccins à ARN messenger : produire du paracétamol en France.

Le fiasco des vaccins anti-Covid a révélé que la France a été insuffisante à toutes les étapes du processus : recherche, développement, production, distribution. Elle s'est même révélée incapable d'anticiper la chaîne logistique des vaccins produits ailleurs et dont l'arrivée était pourtant annoncée en fin d'année 2020.

Une campagne précipitée, sans vision stratégique, et dont les coups de communication ne parviennent plus à faire illusion¹.

En dehors de la pandémie actuelle, les pénuries de médicaments étaient déjà devenues le quotidien angoissant des médecins, pharmaciens et patients, obligés de réaliser des adaptations de fortune indignes de la sixième puissance mondiale. Les causes de ces ruptures sont multifactorielles mais, synthétiquement, les politiques de libre-échange et de financiarisation (« la mondialisation ») ont entraîné un étirement et une complexification des chaînes de production : délocalisations, sous-traitance aux quatre coins de la planète, mise en concurrence généralisée, désintérêt pour des molécules « non rentables », fragilisant le système de production et de distribution. Par exemple, 80 % des principes actifs commercialisés en Europe sont produits ailleurs (principalement en Chine ou en



Inde) contre 20 % il y a trente ans. Sans compter que cela nous place en état de dépendance commerciale et géopolitique vis-à-vis de ces puissances.

Communs et bien communs

Face à cela, l'antienne des slogans du type « biens publics mondiaux » pour les vaccins ou « la santé comme bien commun » ne suffit pas. Si la Sécurité sociale, et notamment sa branche maladie, est un bien commun, il faut pouvoir définir ce concept convenablement et se donner les moyens politiques d'agir en ce sens. Sinon, nous en resterons à des déclarations d'intention inefficaces et inoffensives qui embrouillent les esprits et ne font guère avancer un projet de progrès humain².

Un commun est une « ressource en accès partagé, gouvernée par des règles émanant largement de la communauté des usagers elle-même, et visant à garantir, à travers le temps, l'intégrité et la qualité de la ressource »³. La Sécurité sociale répond à cette définition et correspond à l'une des deux grandes catégories des communs, celle qui concerne de très grands nombres (67 millions de personnes en France) et nécessite une gouvernance multiniveaux. Étant donné que cette gouvernance ne semble ni appropriée (non partagée) ni efficace (laissant nombre de personnes démunies ou sous le joug d'un système de protection privé), il n'est pas exagéré de parler ici plutôt de bien commun dont la gouvernance reste à améliorer. À son origine, la Sécurité sociale était justement gérée par les intéressés, mais ce modèle de gestion et de protection a été progressivement détricoté pour, finalement, ne plus répondre aux exigences d'un bien commun, mais de plus en plus à celles du marché (assurances privées, mutuelles pour la partie assurance maladie)⁴.

Les trois propriétés constitutives d'un bien commun sont 1 – un accès garanti à tous, 2 – une inappropriabilité (par un système privé ou public), 3 – une administration citoyenne directe permettant la gestion et la perpétuation de la ressource.

Appliquée à la Sécurité sociale, la nécessité de perpétuation de la ressource qu'implique la théorie des communs entraîne une rupture complète avec la gestion antérieure, utilisant la dette (le fameux « trou de la Sécu ») comme moyen de pression au service d'une politique budgétaire néolibérale.

Le respect de ces trois points nécessite de repenser en profondeur le système de santé actuel.

Le médicament comme bien commun

Dans ce cadre de pensée théorique, nous nous focaliserons dans la suite de cet article sur son application concrète concernant les médicaments, que nous considérerons ici comme un bien commun. Il s'agit donc d'une appropriation sociale du médicament, ce

qui signifie sa sortie du circuit marchand classique. Cela nécessite des outils institutionnels et macro-économiques que nous nommerons pôle socialisé du médicament.

Ce pôle socialisé du médicament aurait fondamentalement quatre objectifs de long terme :

- 1 – La recherche fondamentale et appliquée.
- 2 – La production de médicaments par un profond processus d'industrialisation, permettant de contrôler toute la chaîne productive, de la matière première aux produits finis. Les génériques pourront ainsi être fabriqués localement et sans dépendance aux laboratoires privés.
- 3 – La distribution des médicaments dans le circuit hospitalier et officinal habituel, dans un objectif d'égalité d'accès sur tout le territoire.
- 4 – La création d'une souveraineté sanitaire, d'essence coopérative, garantissant l'indépendance géopolitique de la France et des pays qui pourraient se joindre au projet, dans un objectif de démocratisation des médicaments à l'échelle mondiale.

Ces objectifs très ambitieux correspondent à un processus de long terme, à l'échelle d'au moins quinze ans. Cependant, l'apparition d'un tel pôle socialisé du médicament dans l'espace marchand actuel permettrait, dès les premiers mois, de créer le rapport de force nécessaire avec les multinationales du médicament, quelle que soit leur nationalité de rattachement. Dans le fonctionnement actuel, les citoyens des pays disposant d'un système de protection sociale payent deux fois. D'abord par le biais des incitations fiscales, comme le crédit impôt recherche en France, qui subventionnent en réalité les multinationales du médicament. Puis, par le biais des systèmes de protection sociale qui remboursent tout ou partie du prix final du médicament, sécurisant ainsi le débouché des multinationales et donc, *in fine*, l'enrichissement de leurs actionnaires. Sans base productive indépendante, les citoyens sont piégés et sous la dépendance d'un système privé très coûteux et injuste à tous les niveaux. Il faut ajouter à ce tableau non exhaustif que les pénuries de médicaments sont la conséquence des mêmes politiques économiques néolibérales.

C'est de ce système que permet de sortir, dès sa création, le pôle socialisé du médicament.

Mais ce projet porte en son cœur une évolution encore plus ambitieuse. Il se place dans la lignée des travaux sur le pôle public du médicament dont l'un des plus aboutis a été porté par La France Insoumise sous forme de proposition de loi en avril 2020. Le remplacement ici du terme « public » par « socialisé » n'est pas simplement sémantique. Il s'agit de souligner ainsi l'appropriation sociale de ce pôle, de le rattacher à la logique originelle de la Sécurité sociale et de l'inclure pleinement dans la théorie des communs. Il s'agit également d'appeler à une réappropriation sociale plus large de notre appareil bancaire et pro-

ductif, en référence à la proposition faite en 2009 par Frédéric Lordon d'un « système socialisé du crédit »⁵.

La gouvernance et le financement du pôle socialisé du médicament

En reprenant cette proposition de loi, il nous semble que si nos quatre objectifs de long terme sont partagés, deux points méritent d'être approfondis : la gouvernance et le financement de ce pôle.

La théorie des communs nous permet de refonder la notion de service public, mais il est important de noter ici une différence fondamentale. Dans le droit administratif, la verticalité de la gouvernance au nom des citoyens (et donc leur exclusion des processus décisionnels) est constitutive du service public, contrairement au commun. Pensé comme un objet technocratique, symétrique inversé de la propriété privée, le service public contient dès sa création la capture par les « représentants de l'État » (donc des technocrates nommés par le pouvoir en place), mais également la possibilité future d'une privatisation⁶. Dans les deux cas, il s'agit d'une mise à distance des citoyens, qui sont impuissants à modifier une décision qui leur serait défavorable, sauf à descendre massivement dans la rue.

La gouvernance du pôle socialisé du médicament doit être pensée sur le modèle des caisses de Sécurité sociale lors de leurs créations⁷. Sans en exclure l'État, les citoyens doivent être majoritaires, avec un pouvoir partagé entre l'administration étatique, les citoyens et les soignants. Dans le cas du pôle socialisé du médicament, la recherche étant un point fondamental, un conseil scientifique tiendrait également un rôle important. Il faudra également inclure une dimension territoriale, avec une décentralisation départementale (comme les Caisses primaires d'Assurance maladie), pour éviter la déconnexion d'avec le réel, dans laquelle les acteurs de terrain (notamment les élus locaux) auront un rôle important.

Il faudra également des procédures électives régulières dans chaque composante, afin d'éviter les diverses formes de captures (technocratique, territoriale, corporative). Ainsi, il sera mis un soin particulier à ce que la diversité des soignants soit respectée sans domination du corps médical, notamment en représentant les professions souvent « oubliées » : ambulanciers, auxiliaires de vie, aides-soignants, secrétaires médicales, orthophonistes, psychologues, préparateurs en pharmacie, infirmiers, médecins, pharmaciens...

La logique devra être la même concernant le financement. Nous plaillons ici pour un modèle d'investissements basé sur la cotisation et non sur l'impôt ou le budget de l'État, exactement comme cela a été fait lors de l'effort d'investissement pour la construction du réseau des centres hospitaliers universitaires (CHU). Ce geste n'est pas que symbolique, il est révolutionnaire car il étend la logique de la Sécurité so-

cialisée en s'appuyant sur de l'existant qui fonctionne déjà à très large échelle. Malgré les attaques subies, le budget de la protection sociale française avoisine les 500 milliards d'euros par an, gérés par les caisses de Sécurité sociale. Il s'agira, à rebours des politiques suivies depuis les années quatre-vingt, d'augmenter le taux de cotisations nécessaires et de l'attribuer de façon démocratique pour la création, puis l'extension du pôle socialisé du médicament. Comme de nombreux travaux l'ont démontré, investir dans la santé de la population créera de la richesse et du travail (ici le salaire serait garanti à la qualification comme pour les fonctionnaires hospitaliers par exemple), même selon les standards capitalistes⁸. Une fois en place, de véritables économies budgétaires apparaîtront, étant donné qu'il est plus rentable d'investir dans une base productive qui permettra ensuite la gratuité des médicaments ainsi produits, que d'enrichir à perte des actionnaires. Pour le long terme, c'est bien une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale qui est visée.

Un chemin difficile mais praticable

Maintenant que la destination est choisie, reste à déterminer le chemin pour y arriver. Considérant que notre mode de production est responsable de la destruction de notre écosystème, engendrant catastrophes climatiques, pandémies actuelles et à venir⁹, il s'agit de construire méthodiquement, une contre hégémonie alternative au capitalisme. Notre imaginaire collectif est colonisé par ce dernier qui prolifère selon la théorie abusivement promue d'une autorégulation des marchés, en fait une « autorégulation régulée » par les États, l'Union Européenne en l'occurrence pour la France. On voit le peu de cas dans la santé, comme dans tous les domaines (environnement, démocratie, inégalités sociales...), que fait ce libre marchéisme de l'intérêt humain. Précisément, la santé pourrait être le point d'entrée pour engager l'alternative. Le pôle socialisé du médicament est intrinsèquement anticapitaliste, puisqu'il sort le médicament de la logique marchande, permet une appropriation collective des moyens de recherche et de production, mais en évitant le piège technocratique qui actuellement mine de l'intérieur les caisses de Sécurité sociale françaises. De plus, il étend la logique révolutionnaire de la Sécurité sociale à une entité industrielle productive.

Devant une alternative macroéconomique d'une telle envergure, atteignant un dangereux seuil critique pour le capitalisme, la réaction du « système » sera violente. Toutes les armes macroéconomiques sanctuarisées dans les traités européens seront mobilisées contre un tel projet : envolée des taux d'intérêt sur la dette française, fuite des capitaux, assèchement de la monnaie par la Banque centrale européenne (BCE), comme pour la Grèce ou Chypre aucun moyen ne sera négligé par l'adversaire si un gouvernement de

rupture arrivait au pouvoir en France¹⁰. Il serait considéré comme une menace existentielle, et nous faisons ici l'hypothèse que les puissances dominantes ne laisseraient pas faire, ne jouant que faussement le jeu électoral « démocratique ». Sans prétendre ici avoir une solution magique, il s'agit de prendre en compte la conflictualité qu'entraînerait nécessairement une telle alternative et de s'y préparer sérieusement. Notamment, il faudra envisager une sortie des traités européens (avec mandat tacite du peuple) et d'inventer un nouveau cadre macroéconomique pour permettre au pôle socialisé du médicament de se construire et de se développer, trouver de nouvelles alliances géopolitiques. Il faudra surtout pouvoir s'appuyer sur un soutien populaire sans faille.

Reste alors le rapport de force avec les grandes firmes pharmaceutiques, qui sera bouleversé avec ce nouveau cadre. Si possible de façon concertée avec d'autres pays en souffrance, les mêmes causes aboutissant aux mêmes effets partout, une négociation musclée doit advenir. La France est un marché, si on raisonne avec les idées de l'adversaire, sur lequel les grandes firmes pharmaceutiques ne peuvent faire l'impasse en raison de la taille de sa population et de sa solvabilité. Mais dans un monde capitaliste, sans base productive solide, il n'y aura pas de concession. Avec le pôle socialisé du médicament, nous pourrions produire tous les médicaments dont les brevets sont dorénavant tombés dans le giron public (les fameux génériques), ce qui donne un poids considérable et nous sort de la possibilité d'un chantage. Adossé à un tel pôle, un gouvernement volontaire pourrait, par exemple, faire plier les multinationales en menaçant d'activer, de façon crédible cette fois, la licence d'office (dispositif juridique qui permet d'exploiter une invention brevetée moyennant le versement d'une rétribution. Un tel contrat peut être contracté librement ou, dans certains cas précisés par la loi, imposé par la puissance publique) ou demander la levée de certains brevets concernant des produits utiles à l'intérêt général.

La pandémie actuelle pourrait faire prendre conscience à de nombreux citoyens, concrètement et physiquement, à quel point le capitalisme est en train de nous

autodétruire. La période électorale qui arrive doit permettre de remettre au cœur des débats des alternatives crédibles à ce mode de production mortifère, en créant des enclaves d'envergure systémique. La santé est l'objet idéal pour débiter le chantier. Fondée sur la théorie des communs, la création d'un pôle socialisé du médicament serait une brèche dans l'ordre néolibéral et un acte d'une grande subversion. Il pourrait être le premier échelon d'une gestion mondiale solidaire des produits pharmaceutiques, ouvrant la voie à un projet collectif enthousiasmant et porteur d'espoir, permettant de faire face collectivement aux pandémies et autres catastrophes naturelles que nous nous devons d'anticiper. 

- 1 Frédéric Stambach, Julien Vernaudo, Frédéric Pierru, *Politique de vaccination : l'inversion des priorités ?*, site Le Vent Se Lève, 4 février 2021.
- 2 Frédéric Pierru, Frédéric Stambach, Julien Vernaudo, « Les brevets, obstacle aux vaccins pour tous ? », *Le Monde Diplomatique*, mars 2021.
- 3 Benjamin Coriat, « Biens communs (approche économique) », dans Marie Cornu, Fabienne Orsi et Judith Rochfeld (sous la dir. de), *Dictionnaire des biens communs*, Presses universitaires de France, 2021 (2^e édition).
- 4 Frédéric Pierru, « Sécurité sociale », dans Marie Cornu, Fabienne Orsi et Judith Rochfeld (sous la dir. de), *op. cit.*
- 5 Frédéric Lordon, *Pour un système socialisé du crédit, La pompe à phynance*, Les blogs du dipto, janvier 2009.
- 6 Fabienne Orsi, « Biens publics, communs et État : quand la démocratie fait lien », dans Alix Nicole, Bancel Jean-Louis, Coriat Benjamin, Sultan Frédéric (sous la dir. de), *Vers une république des biens communs*, Les Liens qui Libèrent, 2018.
- 7 Voir par exemple, Bernard Friot, *L'enjeu du salaire*, Éditions La Dispute, 2012 et *Émanciper le travail – Entretiens avec Patrick Zech*, Éditions La Dispute, 2014.
- 8 David Stuckler et Sanjay Basu, *Quand l'austérité tue. Épidémies, dépressions, suicides : l'économie inhumaine*, Autrement, 2014.
- 9 Benjamin Coriat, *La pandémie, l'Anthropocène et le bien commun*, Les liens qui libèrent, 2020.
- 10 Frédéric Lordon, *Vivre sans ? : Institutions, police, travail, argent...*, La Fabrique, 2019.