Les dossiers de la FNIC CGT
Mars 2021/MB/DT/Chrono 2021-0127

Pour une industrie pharmaceutique en réponse aux besoins de tous

Pénurie de médicaments, incapacité à faire face à une pandémie… des causes aux effets…

Depuis la seconde guerre mondiale, le coût de la recherche, des investissements ainsi que le coût de production sont pris en compte dans les prix concédés par la Sécurité sociale. C'était dû à la volonté politique qu'en retour l'industrie pharmaceutique se développe sur le territoire et ça a marché jusque dans les années 80/90 où l'on comptait près de 500 entreprises et 170 000 salariés.

Depuis, la financiarisation des labos, la rentabilité à tout prix pour un maximum de profit, le niveau de rétribution des actionnaires ont pris le pas sur les investissements, en recherche, dans l'outil de production et les effectifs salariés.

Aujourd'hui, il ne reste que 245 entreprises en France pour 98 000 salariés. Le médicament est tout simplement devenu un bien marchand ! La rétribution de l'actionnaire est devenue la priorité absolue au détriment de l'investissement sur les femmes et les hommes ainsi que sur l'outil, sans que pour autant l'Etat n'intervienne, avec pour résultat….

44 ruptures de médicaments en 2008, 540 en 2018, 1200 en 2019, 2 400 estimées pour 2020.

60 % de ces ruptures sont liées à des problèmes d'approvisionnement, de qualité. La rationalisation de l'outil de production en France, en Europe et dans le monde, pour bien sûr plus de rentabilité, en est la cause principale. Pour certaines molécules, il ne reste parfois pas plus de 2 ou 3 sites qui produisent pour le monde entier, quand ce n'est pas un seul. La moindre défaillance technique et c'est l'arrêt de production qui peut durer 6 mois, voire plus. C'est aussi devoir prioriser les productions, l'outil étant réduit au minimum. Ce ne sont pas toujours les médicaments essentiels qui sont priorisés par les labos, mais le plus souvent ceux qui font le plus d'argent. Mais cette rationalisation a des conséquences beaucoup plus graves.

Depuis plus de 15 ans, la FNIC-CGT le dit, d'autres aussi : cette perte de flexibilité, de capacité, de souplesse nous a mis dans l'incapacité de répondre aux besoins, face à cette épidémie devenue pandémie. Il n'est pas nécessaire de lister tout ce qui a manqué et manque encore en médicaments, dispositifs médicaux, matériels médicaux. La lenteur de la campagne de vaccination en atteste.

❒ *Le cœur du problème : les droits de propriété intellectuelle exclusifs sur les vaccins et médicaments.*

La dépendance des États vis-à-vis des laboratoires est fondée avant tout sur le principe des brevets. En effet, comme nous l'expliquons plus haut, bien que les recherches sur les formules des vaccins soient quasiment entièrement financées par les États, elles sont la propriété des entreprises pharmaceutiques, largement financiarisées. Cette propriété est protégée par des brevets, qui ont été renforcés en 1994, dans le cadre d'accords signés à l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC). Les États sont liés par ces accords qu'ils ont signés et sont dépendants du bon vouloir des firmes qui imposent leurs désidérata et leurs prix en fonction de leurs stratégies de rentabilité. Ces firmes ont la possibilité de donner des « licences volontaires », c'est-à-dire des droits d'utilisation, à tous ceux qui souhaiteraient produire. Mais elles ne le font évidemment pas puisqu'elles évoluent sur des marchés extrêmement concurrentiels.

On pourrait s'offusquer des stratégies de rentabilité financière menées par les laboratoires mais elles n'ont rien d'étonnant dans la mesure où les vaccins et autres traitements sont devenus des marchandises comme les autres. **Tant que le système des brevets protègera la propriété privée plutôt que la santé des citoyens, tant que les entreprises pharmaceutiques évolueront dans un marché non régulé, c'est la loi de la rentabilité qui gagnera sur la santé.**

L'État dispose d'outils juridiques dans le droit commun pour lever ces brevets, comme la licence d'office ou licence obligatoire, qui permet de suspendre un brevet afin d'assurer la production d'un médicament, dont la qualité ou la quantité proposée par le laboratoire n'est pas satisfaisante et que les conditions sanitaires l'exigent. Tous ces choix sont donc politiques.

© Can Stock Photo

Il faut immédiatement organiser la levée d'office des brevets. Le médicament ne doit pas être un bien marchand propriété d'une entreprise qui ne l'octroie qu'en fonction du prix à payer, décidant de combien elle en fabrique, où et pour qui. Le médicament est un bien commun à l'humanité, tout un chacun sur la planète doit y avoir accès s'il en a besoin et non s'il en a les moyens.

❒ *L'Etat devrait-il aider à la création de grands groupes français ?*

C'est du déjà vu et on voit où l'on en est, Sanofi en est le meilleur exemple. Ce groupe s'est fondé sur le secteur Médicaments d'ELF Aquitaine, composé d'entreprises nationalisées. On y a mis une partie de Rhône-Poulenc, Synthélabo, Aventis, Roussel-Uclaf et de bien d'autres, faisant du groupe le N°4 mondial qui avait des dizaines de molécules sous brevets et jusqu'à 40 000 salariés en France. L'État s'est désengagé, a laissé les mains libres au groupe qui, aujourd'hui, est plus une machine à produire de l'argent qu'autre chose, 12 milliards de bénéfices en 2020 contre 7 en 2019 (merci COVID). Sa stratégie, comme celle des autres labos, est d'abord financière. Le médicament vient après.

De Sanofi en France il ne restera, après 3 plans d'économie qui ont supprimé 6 000 emplois et un 4ème plan annoncé de 1 700, que 20 000 salariés, une Recherche qui sera passée de 11 sites à 3, de 7 000 salariés à environ 3 000. Est-il besoin de se poser la question de savoir pourquoi Sanofi est à la traîne dans sa recherche vaccinale ? Ce modèle a été suivi par les autres labos, bien évidemment.

❒ *L'Etat intervenant ?*

On n'en est pas à la première loi de réforme des politiques du médicament soi-disant pour améliorer la situation, et pourtant, les ruptures n'ont cessé de progresser, du fait de la casse industrielle et de la recherche. Sur ces aspects, rien ne doit être laissé aux labos privés en termes d'organisation et de gestion. Cela doit passer par un pôle public de santé que nous développerons plus loin. Depuis des années et malgré plusieurs lois ou textes, ça n'a pas fonctionné parce qu'on laisse faire les labos privés.

Il est évident que si l'on veut retrouver notre indépendance thérapeutique et notre sécurité sanitaire, relocaliser est indispensable mais pas seulement la production en tant que telle. Il faut relocaliser toute la filière qui permet d'arriver à la production du produit fini. Pour l'exemple, Doliprane et Efferalgan sont produits en France, mais on ne fabrique plus le paracétamol, en France. Il nous vient essentiellement de Chine. Nous ne sommes donc pas à l'abri d'un problème d'approvisionnement et/ou de qualité. Aujourd'hui, c'est 80 % de nos principes actifs qui viennent de pays hors d'Europe. ***Puisque l'industrie pharmaceutique française d'aujourd'hui s'est construite sur celle d'hier qui était nationalisée, puisque la Sécurité sociale, de par les prix concédés, finance elle aussi, puisque, de par les abattements de cotisations et autres facilités fiscales l'État et la collectivité financent aussi, pourquoi ne pas revenir à une industrie pharmaceutique nationalisée ?***

❒ *La France demain à la pointe de l'innovation pharmaceutique ?*

Pour avoir une industrie digne de ce nom il faut la recherche qui va avec…

D'abord, ça n'est plus une surprise pour tout le monde, la recherche publique est en très mauvais état.

Les retards que l'on peut constater aujourd'hui sur les vaccins, l'incapacité de l'appareil pharmaceutique et productif français à répondre à la situation, sont en fait le résultat d'années de rigueur. Cette situation est loin d'être une surprise, une dizaine de rapports publics ont été publiés ces dernières années sur la question. Tous relèvent le problème du manque de financement pérenne mais des financements par à-coups, appels à projets etc. Les universités et laboratoires publics, comme les organismes de recherche tels que l'INSERM ou le CNRS croulent sous le poids de la masse salariale dont la montée en charge « naturelle » due à l'ancienneté n'est pas compensée par l'État. Les dépenses de fonctionnement et le coût des infrastructures de recherche, elles non plus ne sont pas compensées par l'État et grèvent également les capacités d'investissements et le financement de la recherche dans les laboratoires.

En conséquence, les moyens de la recherche se sont taris et seuls les financements par appels à projets, par à-coups financent encore les projets. Les chercheurs passent donc plus de temps à remplir des appels à projets qu'à faire leur recherche. En moyenne, environ 15 % des réponses aux appels obtiennent un financement. Cela représente donc des heures et des heures de travail qui n'aboutiront à rien. Il s'agit donc de centaines d'heures de travail des chercheurs mobilisés en dehors de la recherche de financements. Résultat la recherche, poussée par la créativité ou la curiosité, n'existe quasiment plus, et seules les commandes sont aujourd'hui remplies, les appels à projets étant en effet très souvent fléchés. Et quand, comme ce fut le cas lors des dix dernières années sur les virus Cov Sars, les études sur tel ou tel virus ne sont plus « à la mode », elles ne sont plus financées. Tout cela sans parler de la précarité généralisée des jeunes chercheurs qui, eux aussi, n'ont pas les moyens de leurs ambitions puisque seuls des postes à court terme leur sont encore offerts.

Quelques chiffres pour illustrer ces propos

La dotation d'argent public pour la recherche biomédicale a baissé, ces 10 dernières années, de **28 %** alors qu'elle a augmenté de **11 %** en Allemagne et de **16 %** au Royaume Uni. La France ne dispose que de 3 Cryo-microscopes, contre 22 en Allemagne.

La recherche en France (privée et publique) c'est **2,2 %** du Pib contre **3 %** en Allemagne.

Les chercheurs français gagnent en moyenne **30 %** de moins que dans les pays frontaliers.

La recherche publique décline, passant de la 5ème place mondiale à la 8ème en une dizaine d'années.

❒ *Le système des start-up, un système de marchandisation qui ne porte pas l'innovation*

Malgré tout, **la recherche publique** et/ou subventionnée à but non lucratif (type Institut Pasteur) parvient encore à penser et à sortir des innovations. Dans ce genre de cas, des start-up sont créées et, grâce à des conventions de partenariat, la recherche publique tombe dans le privé. Ces start-up, accompagnées par divers experts, lèvent des fonds pour continuer leur recherche et la commercialiser : ce sont les fameuses Biotech. Ces dernières sont composées des chercheurs du public qui ont trouvé la ou les innovations, mais aussi de spécialistes des finances dont l'objectif est la rentabilité court-termiste. De nombreux chercheurs sont aussi embauchés dans ces structures. Cependant, ces dernières ne sont pas vouées à se pérenniser. Les grandes entreprises pharmaceutiques et autres spéculateurs prennent des petites participations dans ces start-up. Soit la start-up réussit à sortir un produit ayant fait ses preuves, et alors les grands groupes la rachètent (avec des licenciements à la clef) ; soit elle ne parvient pas à prouver l'intérêt de son innovation, et la start-up ferme ses portes (avec encore une fois des licenciements à la clef). Ces placements sont donc considérés « à risques » pour les spéculateurs, mais ils le sont surtout pour les travailleurs de ces entreprises qui perdent tous leur investissement dans la connaissance si l'innovation promise est un échec. En revanche, ce système ne permet pas la prise de risques et les innovations autres que celles qui intéressent les spéculateurs. Le système des start-up porté par le seul objectif de séduire les investisseurs pousse la recherche à se tourner vers des objectifs de rentabilité et non vers ceux de santé publique.

D'autres systèmes partenariaux existent entre les laboratoires publics et les entreprises pharmaceutiques. Ces dernières peuvent participer à la recherche en fournissant certains matériaux ou en partageant certains outils. Dans ce cas, des conventions sont signées entre les laboratoires publics et les entreprises, mais en général, les institutions de recherche publique se trouvent au terme de leurs travaux, dépossédées de leurs découvertes car elles n'ont pas les capacités juridiques pour garantir, dans leurs contrats, leurs connaissances. Les retours sur investissements et les profits réalisés une fois en production sont ainsi captés par les entreprises pharmaceutiques sans aucun réinvestissement dans la recherche.

Toujours à propos de ces liens entre recherche privée et publique, un enjeu important porte sur les essais cliniques des innovations médicales.

En effet, les essais cliniques et autres tests d'efficacité des différentes innovations sont réalisés par les laboratoires publics rattachés à des hôpitaux publics. Ces protocoles, et le passage par les hôpitaux universitaires garants de la neutralité des études, sont essentiels et nécessaires (notamment pour maintenir et renforcer la confiance des citoyens dans les traitements). Cependant, il s'agit là encore d'investissements, en moyens importants, de la puissance publique qui ne garantit aucuns droits sur les innovations pour les citoyens.

Du côté de la recherche privée, elle est depuis plusieurs années réduite à néant alors même qu'elle est financée en grande partie par le crédit impôt recherche. Si l'on sait qu'une grande partie des 6 milliards et demi d'euros de crédit impôt recherche sont captés par l'industrie pharmaceutique, il est en revanche impossible de connaître l'estimation exacte de leur captation. Ce manque de transparence et d'évaluation révèle un déficit démocratique grave et ne permet pas d'en évaluer l'efficacité. De fait, l'efficacité du CIR reste à prouver étant donné les politiques de recherche des grands groupes pharmaceutiques.

En effet, leur stratégie consiste à éviter tout investissement à long terme et à éviter d'assumer les coûts de la recherche.

La plupart se contentent « d'acheter des molécules sur l'étagère » ou de financer des start-up dont la durée de vie est limitée à trois ans en cas de non découverte ou rachetée et intégrée au groupe (pas forcément les chercheurs) en cas de réussite.

Les groupes pharmaceutiques peuvent aussi se contenter de racheter les brevets, dans ce cas la start-up perd le bénéfice de sa découverte.

En conséquence de ces politiques, et malgré les financements publics dont le CIR, en 10 ans, l'effectif de la recherche privée de l'industrie pharmaceutique a été divisé par deux passant de 24 000 chercheurs à 13 000.

Pour que la France puisse reprendre une place au premier plan dans le domaine de la recherche sur le médicament, il faut changer radicalement de politique en la matière.

La recherche française, telle qu'elle est organisée et financée aujourd'hui, permet de moins en moins de réaliser des découvertes importantes. Cette situation est dangereuse, tant pour la santé des Français que pour son tissu universitaire et industriel. Les chercheurs et travailleurs du secteur sont les premiers à se sentir trahis et dépossédés, mais c'est l'ensemble de la société qui en pâtit, comme en atteste l'incapacité des laboratoires français à répondre aujourd'hui à la demande de vaccins contre la Covid.

Nous avons des chercheurs d'exception en France. La formation universitaire française reste une des meilleures au monde, mais sans moyen, elle est condamnée à péricliter. Il faut donc d'abord mener une politique d'emploi massive dans la recherche publique afin d'éradiquer la précarité des chercheurs et leur permettre de s'engager réellement dans leur recherche sur le long terme. Il faut mener des politiques d'investissement massives dans le matériel de recherche et dans la modernisation des laboratoires mais aussi au sein des universités. La recherche universitaire repose en effet sur l'échange et l'apport des étudiants. Il faut enfin des subventions pérennes pour des projets de long terme permettant aux chercheurs de prendre des risques, de tester et de déployer leur capacité d'innovation, autrement dit de chercher. Il faut absolument revenir sur la loi d'orientation de la recherche, votée il y a deux mois contre l'avis de l'ensemble de la communauté universitaire. Elle confirme et accentue les tendances qui tuent la recherche depuis 20 ans. Cette loi précarise encore plus les chercheurs et accentue le principe de recherche par projet.

Les aides publiques (et notamment le CIR) déployées sans aucune évaluation de l'effectivité de la recherche et avec les résultats que l'on connaît aujourd'hui en France, ont plus que montré leurs limites. Le privé lucratif a prouvé depuis vingt ans son incapacité à produire des résultats et à mener de réelles stratégies de recherche coûteuses et risquées, il ne faut plus lui confier les sommes dédiées à la recherche. Seul l'État, car il n'est pas soumis à la spéculation et qu'il est garant de la sécurité sanitaire, est en capacité de soutenir et de planifier une recherche à long terme sur ces questions. Il faut donc réorienter les montants du CIR vers la recherche publique ou à but non lucratif tel l'Institut Pasteur. Cependant, pour organiser le passage de la recherche fondamentale à la production des traitements, il faut que la puissance publique se dote d'une organisation compétente. Et, pour s'assurer que cette recherche réponde aux besoins de santé et aux besoins sociaux des citoyens, la planification et le contrôle démocratique s'imposent. Nous y reviendrons plus bas, mais pour répondre à toutes ces nécessités de manière efficace, transparente et cohérente, nous proposons la création d'un pôle public de santé .

POUR UNE COHÉRENCE POLITIQUE DE SANTÉ/POLITIQUE INDUSTRIELLE

La mise en place d'un pôle public de santé intégrant les industries de santé est la solution. Aujourd'hui, il y a de multiples interlocuteurs, tous ne se parlent pas forcément, on ne sait plus qui décide de quoi si tant est que des décisions soient prises. Les labos privés, de fait, font ce qu'ils veulent. Le médicament est encadré par le ministère de la santé. Le ministère de l'économie a aussi son mot à dire par rapport aux prix du médicament payé par la Sécu et aussi en rapport avec l'industrie à travers ses prérogatives déléguées à un secrétaire d'État. Il y a aussi des administrations, HAS, ANSM, CNS, Santé publique France, ARS et autres… tout cela au fil du temps est devenu une grande nébuleuse, qui fait quoi, on ne sait plus vraiment, qui est responsable de quoi, encore moins.

La solution, un pôle public de santé.

Celui-ci pourrait regrouper, organiser et coordonner la totalité de l'offre de soins en réponse aux besoins, de l'hôpital, en passant par la médecine de ville, jusqu'au patient, organisant la production et gérant les stocks de médicaments, matériels et dispositifs médicaux. Le pôle public de santé pourrait être sous tutelle du seul ministère de la santé avec la Sécurité sociale en chef d'orchestre. La Sécurité sociale regroupe toutes les qualités nécessaires à cette organisation. Elle est aussi la seule à disposer de toutes les données nécessaires sur les volumes consommés, leurs rythmes et leur localisation. Elle est une instance démocratique avec des représentants des travailleurs sur tout le territoire. Elle pourrait organiser la gestion du pôle en regroupant tous les acteurs, professionnels de santé, collectivités territoriales, représentants salariés de la recherche et de la production, associations de patients...

Plutôt que de passer par les start-up, le pôle public de santé aurait aussi sous sa tutelle un secteur « développement » permettant de passer de la recherche fondamentale à la production, dans le respect des travailleurs du secteur et des besoins des citoyens.