

« Le secteur pharmaceutique est à la fois ultra-subventionné et ultra-monopolistique »

 alternatives-economiques.fr/secteur-pharmaceutique-a-ultra-subventionne-ultra-monopo/00099077



Manifestation devant le bâtiment d'AstraZeneca à Cambridge, le 11 mai 2021. « Les grosses firmes pharmaceutiques ne sont pas bien outillées pour faire de la production de masse, cela ne fait plus partie de leur modèle économique », décrit la sociologue Gaëlle Krikorian. Jess HURD/REPORT DIGITAL-REA

?

Entretien
18/05/2021



Gaëlle Krikorian sociologue, consultante sur les questions de santé, ancienne directrice des politiques de la campagne d'accès aux médicaments de Médecins sans frontières (2018-2020)

Le 5 mai, les Etats-Unis ont annoncé qu'ils étaient favorables à une levée des brevets sur les vaccins contre le Covid-19. « *Le gouvernement croit fermement aux protections de la propriété intellectuelle, mais pour mettre fin à cette pandémie, il soutient la levée de ces protections pour les vaccins contre le Covid-19* », a indiqué la représentante au Commerce, Katherine Tai.

Dans l'Union européenne, la majorité des Etats membres s'y opposent, à l'instar de l'Allemagne. En France, Emmanuel Macron, après s'y être dit « *favorable* », a précisé être en faveur d'une « *levée circonscrite* » sur le modèle des dérogations accordées pour les traitements contre le Sida il y a vingt ans, tout en précisant que ce n'était pas la priorité. Sans surprise, l'industrie pharmaceutique a dénoncé une mesure qui la priverait d'avantages substantiels.

En émoi, la presse s'interroge : miracle ou mirage ? Au-delà du Covid, ce débat relance la question de la propriété intellectuelle sur les produits pharmaceutiques et interroge le modèle économique d'une industrie très fortement subventionnée et monopolistique.

Entretien avec Gaëlle Krikorian, sociologue, consultante sur les questions de santé, ancienne directrice des politiques de la campagne d'accès aux médicaments de Médecins sans frontières (2018-2020) et ancienne conseillère sur les questions de propriété intellectuelle et d'accès au savoir pour le Groupe des Verts/Alliance libre européenne au Parlement européen à Bruxelles (2011-2015).

L'administration étasunienne a récemment opéré une volte-face en annonçant être favorable à la levée des brevets sur les vaccins contre le Covid-19. Quelle est la portée de cette annonce ?

Gaëlle Krikorian : C'est un excellent signal. Nous sommes aujourd'hui dans un rapport de force politique, comme ce qu'on a vécu en 2001 à l'OMC (l'Organisation mondiale du commerce) pour l'accès aux médicaments contre le Sida¹. Un bras de fer oppose les sociétés civiles et les pays du Sud d'un côté aux multinationales pharmaceutiques et les pays du Nord qui les soutiennent de l'autre.

Le discours critique sur les monopoles et les brevets dont bénéficient les multinationales pharmaceutiques prend de l'ampleur au Sud, mais aussi au Nord, où de plus en plus de problèmes d'accès à des produits de santé se posent. L'Espagne vient d'ailleurs d'annoncer qu'elle était favorable à l'ouverture d'un groupe de travail sur la propriété intellectuelle à l'OMC.

En mai 2019, déjà, l'OMS (l'Organisation mondiale de la santé) avait adopté une résolution demandant la transparence sur l'accès aux produits, résolution qui était portée par des Etats du Sud, mais aussi du Nord qui, de plus en plus, se rendent compte que les politiques promues par les grandes firmes pharmaceutiques ne servent pas nécessairement les politiques de santé publique et l'accès pour tous aux produits de santé. Ils prennent ainsi conscience que l'opacité ne les sert pas, contrairement à ce que prétendent les multinationales en prétextant que « *si on ne dit rien à personne, je vous fais un meilleur deal* ».

Que signifierait un accord à l'OMC sur la levée des brevets pour les vaccins anti-Covid ?

G. K. : L'intérêt d'un accord à l'OMC est qu'il s'applique à tous les Etats membres. Si chaque Etat entreprend de lever les brevets, par l'octroi de licences obligatoires, cela implique de répéter l'opération dans tous les pays, dans un contexte où il y aura plus de pression en l'absence de consensus international. Il faudra aussi sans doute le faire sur chaque technologie. Ce sera beaucoup plus long et fastidieux.

Précisons que les Etats-Unis vont certainement essayer de rendre la dérogation au système des brevets la plus restreinte possible dans le temps et dans son champ d'application. La prochaine réunion du conseil des Adpic, où se discutent les questions de propriété intellectuelle à l'OMC, aura lieu les 8 et 9 juin. Mais il y a dès maintenant des tractations bilatérales ou régionales.

Enfin, même à l'OMC, la levée des brevets est uniquement la première étape. Plus vite nous l'aurons franchie, plus nous pourrons accélérer la production de vaccins.

Comment expliquer le revirement des Etats du Nord, comme les Etats-Unis et peut-être la France ?

G. K. : Les Etats du Nord servent depuis longtemps la soupe aux multinationales pharmaceutiques avec qui ils acceptent de signer des contrats dont les termes ne sont jamais publics, en les subventionnant massivement et en leur octroyant des monopoles (les brevets). Or, il est de plus en plus clair, étant donné l'augmentation du prix des traitements (on l'a vu avec le sofosbuvir contre l'hépatite C, mais aussi avec les anticancéreux récents), que cela ne permet pas de remplir le contrat moral tacite qui les lie aux gouvernés, qui repose sur un accès à la santé universel ou du moins, qui a l'apparence de l'universalité.

Aujourd'hui, les gouvernants des Etats du Nord sont pris en étau entre les multinationales pharmaceutiques d'un côté, et les sociétés civiles qui se tournent vers eux pour leur demander des comptes de l'autre. Il ne sera pas toujours possible de satisfaire à la fois les unes et les autres.

Revenons sur ces deux aspects. Quelle est la situation du côté des acteurs pharmaceutiques ?

G. K. : Le secteur pharmaceutique est aujourd'hui une économie ultra-subventionnée et un système capitaliste ultra-monopolistique. C'est une association très coûteuse pour la société.

Les accords passés entre les Etats et les firmes pharmaceutiques pour les vaccins contre le Covid en sont une bonne illustration. Des clauses de confidentialité drastiques sont incluses dans ces contrats. On ne connaît donc pas exactement l'argent public investi, mais les montants sont colossaux et passent par plusieurs canaux, des crédits d'impôt aux prêchats sans oublier l'investissement direct.

Pour les vaccins à ARN messenger (ARNm), de l'argent public a été investi jusqu'à avant la pandémie, suivant le fonctionnement habituel de la recherche médicale. Il y a eu trois décennies de financement de la recherche par le public, notamment le NIH américain (National Institutes of Health), des universités, etc. Sans cela, Pfizer n'aurait jamais pu finir de développer le vaccin qu'il a récupéré en signant un accord de collaboration avec BioNTech. Il est donc totalement faux de dire que les firmes ont développé un vaccin en un an.

Puis, à partir de l'an dernier, une nouvelle manne colossale de financements publics a été ajoutée, pour soutenir le développement des vaccins mais aussi la production à travers le préachat de doses de vaccins. L'argument mis en avant est toujours le même : il faut « dérisquer » le secteur pharmaceutique, c'est-à-dire garantir l'achat des doses à l'avance. En espérant que les firmes proposent d'emblée des prix plus intéressants sur de gros volumes, sachant qu'on est dans l'incapacité de juger ces prix puisque l'on n'a pas d'information, ni sur ce que chaque firme a obtenu comme financements, ni ce que coûte la production.

On commence aujourd'hui à voir les montants que cela va générer en profits, qui vont atteindre de nouveaux records. Et l'on se rend compte que les risques sont finalement minimales pour les firmes, alors qu'ils pèsent au contraire sur les individus (les effets secondaires à long terme), les Etats et les systèmes de santé.

A ce subventionnement massif s'ajoute l'octroi de monopoles : c'est-à-dire les brevets qu'accordent les Etats.

« Les grosses firmes pharmaceutiques ne sont pas bien outillées pour faire de la production de masse, cela ne fait plus partie de leur modèle économique »

Le secteur pharmaceutique est ainsi très éloigné du capitalisme industriel. Son objectif n'est pas de permettre l'accès du plus grand nombre à un produit, quitte à le vendre à bas prix, mais d'identifier la portion de la population capable de payer un certain prix pour un produit, de façon à dégager les marges les plus élevées possible.

C'est pourquoi les grosses firmes ne sont pas bien outillées pour faire de la production de masse, cela ne fait plus partie de leur modèle économique. Le marché étasunien représente à lui seul environ 45 % du marché pharmaceutique. Une fois que les firmes ont vendu leur produit dans les pays de l'OCDE, elles ont assuré le gros de leurs objectifs. Cela ne les intéresse pas de vendre des gros volumes à des pays qui ne peuvent pas payer.

Les Etats donnent donc énormément tout en contrôlant très peu. Que se passe-t-il à l'autre extrémité de la chaîne, au niveau de l'accès aux médicaments et aux vaccins pour les populations ?

G. K. : Cette crise montre qu'il y a une contradiction très violente entre l'idée qu'on se fait de l'accès à la santé et les règles de marché qui gouvernent ce même accès à la santé.

En pratique, tant qu'on est riche, on peut se permettre d'ignorer cette contradiction. La plupart des Français ne savent pas, par exemple, combien coûtent les médicaments qu'ils prennent, surtout ceux pour des maladies graves qui sont remboursés. Pourtant depuis 2015, la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnamts) a commencé à tirer la sonnette d'alarme. Comme elle l'indiquait dans son rapport annuel : « *[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.* »

On se retrouve dans des situations où, en raison du prix des traitements, on ne peut pas donner accès à tout le monde aux médicaments, y compris dans des pays comme la France ou les Etats-Unis.

Il s'avère ainsi de plus en plus difficile d'assurer ce qui a l'allure de l'universalité de l'accès, c'est-à-dire une situation où la majorité de la population a accès à la santé, malgré quelques poches de rationnement qui concernent des populations qui ne revendiquent pas, ou n'ont pas les moyens de revendiquer l'accès à la santé, comme les personnes âgées ou les personnes sans-papiers. De plus en plus, la classe moyenne des pays riches est touchée. On le voit déjà aux Etats-Unis, où certains hypothèquent leur maison pour pouvoir payer leurs traitements anticancéreux.

Or, les Etats sont redevables de la façon dont ils dépensent l'argent public. L'argent qui subventionne actuellement massivement les multinationales pharmaceutiques n'est pas utilisé pour d'autres besoins sanitaires, comme le personnel dans les hôpitaux ou la décentralisation de la prise en charge.

Par ailleurs, outre les avantages financiers, ce sont les Etats qui accordent les brevets et les formes de monopoles ou d'exclusivité aux firmes. Ils auraient donc tout à fait les moyens d'exiger plus de transparence et d'imposer d'autres conditions.

Jusqu'à présent, ils ont cherché à éviter le conflit avec les géants du secteur. Cela tient tant que le contrat tacite avec leurs populations est globalement rempli. Mais si les situations de rationnement ou de pénurie se multiplient, la donne politique peut changer.

Emmanuel Macron ou Angela Merkel ont fait de grandes déclarations sur la santé « quoi qu'il en coûte » et la nécessité de faire des vaccins des « biens publics mondiaux ». Ils se sont donc payés de mots ?

G. K. : Il y a un an et trois mois, lorsque la pandémie a mis à l'arrêt les économies dans les pays du Nord, le discours sur la nécessité d'empêcher l'accaparement, par le monopole, des multinationales pharmaceutiques, d'organiser le partage et de développer la production de vaccins sur plusieurs continents s'est effectivement fait entendre, mais il a été mis de côté.

Il faut balayer ces écrans de fumée. Rien n'a changé dans les pratiques habituelles – si ce n'est qu'on a mis encore plus d'argent. On est contents de payer 20 dollars une dose qu'on a déjà collectivement payée plusieurs fois.

En réalité, on ne peut même pas avoir cette discussion sur le prix, parce que les chiffres ne sont pas disponibles. Quand bien même on paierait 2 dollars la dose, si elle coûte 10 centimes à fabriquer, qu'on a massivement financé la recherche publiquement et qu'on achète (à l'avance) des dizaines de millions de doses, est-ce qu'il y a vraiment de quoi s'estimer heureux ?

Les multinationales pharmaceutiques ont même été jusqu'à exiger des clauses inadmissibles imposant que les Etats endossent la responsabilité en cas d'effets secondaires indésirables.

Aujourd'hui, il apparaît clairement que l'option choisie à ce moment-là – compter sur trois ou quatre firmes pour produire des vaccins pour tout le monde en pariant sur le fait qu'elles allaient agir dans l'intérêt public – était déraisonnable. Il est d'ailleurs déraisonnable de penser, quand on regarde de près le fonctionnement du secteur et la façon dont il est dirigé, que les multinationales pharmaceutiques ont pour agenda l'intérêt général et la santé publique. Le résultat un an plus tard est que nous n'avons pas assez de produits et ils coûtent trop cher.

Dans ce contexte, *a minima*, la revendication de transparence est non seulement légitime, mais urgente à satisfaire.

La levée des brevets sur les vaccins anti-Covid n'est que la première étape. La deuxième consiste à produire ces vaccins. Les grosses entreprises pharmaceutiques affirment que c'est en réalité là que le bât blesse et que la levée des brevets ne va rien résoudre. Si les brevets sont levés, serons-nous en capacité de produire les vaccins ?

G. K. : La production de vaccins implique un transfert de technologies, c'est-à-dire la formation de chercheurs et de travailleurs sur des lignes de production. Une fois les brevets levés, trois scénarios sont possibles.

Dans le premier, les firmes pharmaceutiques prennent conscience qu'elles ne sont plus soutenues politiquement et opèrent ce transfert – hypothèse peu probable.

Dans le deuxième, les Etats utilisent des moyens contraignants pour les y forcer en s'appuyant sur leur législation. Au Brésil, la loi sur les licences obligatoires précise que l'Etat peut contraindre les firmes à transférer les technologies.

Dans le troisième scénario, les grosses firmes refusent le transfert de technologie, les Etats qui ont financé la recherche et la production ne font rien pour les y contraindre. Dans ce cas, les entreprises de production en Inde, au Bangladesh, en Afrique du Sud ou ailleurs vont devoir faire de l'ingénierie-reverse, c'est-à-dire à partir du produit fini et redévelopper un processus de production. C'est une opération technique, comme refaire la recette de cuisine à partir du gâteau. C'est toujours possible, simplement cela prend plus de temps. Ce qu'il faut préciser c'est que tant qu'il y a des brevets, travailler sur les technologies et les produire est illégale.

Se pose aussi la question des volumes de production. Qu'en est-il ?

G. K. : Aujourd'hui, les perspectives d'accès aux vaccins pour les pays pauvres ne relèvent même pas du moyen terme, elles se comptent en années, on parle de 2023 ou 2024. Or, on sait que les disparités d'accès ont un impact sur la dynamique des épidémies : plus il y a de contaminations, plus les variants se développent. Et comme les frontières ne protègent pas contre la circulation des virus, cette question de l'accès aux vaccins dans les pays à revenu intermédiaire et dans les pays pauvres nous concerne tous directement.

Il existe un enjeu sur les capacités de production à partir de firmes locales, mais, on l'a vu, il est aussi présent pour les multinationales pharmaceutiques qui peinent à multiplier leurs sites.

La levée des brevets nous permettrait de sortir de la dépendance dans laquelle les Etats nous ont mis vis-à-vis de ces firmes. Nous avons aujourd'hui besoin de capacités de production décentralisées, de plusieurs sites de production sur chaque continent.

« La technologie ARNm marche très bien et va devenir très utile pour d'autres virus. Il y a dès lors un enjeu à ce que cette technologie soit disponible sur tous les continents »

L'enjeu ne concerne pas que le Covid. Pour ce qu'on en sait, la technologie ARNm marche très bien et va devenir très utile pour d'autres virus, qu'il s'agisse de la grippe ou de nouveaux coronavirus ou d'autres virus émergents. Il sera possible de l'adapter, aux variants ou à d'autres virus. Cela pourra se faire en quelques semaines ou quelques mois. Il y a dès lors un enjeu à ce que cette technologie soit disponible sur tous les continents.

C'est une erreur de croire les discours des mastodontes du secteur. Ils défendent leur position sur le marché, les avantages dont ils jouissent et un certain niveau de profit, mais leur discours n'est pas le reflet de la réalité. Le Covid a montré que ce n'était pas eux qui faisaient la recherche ou maîtrisaient la technologie, ils en ont fait l'acquisition. Et en aval, ils contractualisent avec les entreprises qui font les essais cliniques ou la production pour eux.

Le cœur de métier des multinationales pharmaceutiques consiste actuellement en une capacité stratégique à s'approprier des savoirs et des technologies qui peuvent rapporter. Et c'est bien le problème : ces acteurs très puissants contrôlent tout une chaîne d'acteurs de façon très opaque.

A quoi ressemblerait l'alternative ?

G. K. : Il est possible de faire autrement avec une composante industrielle qui, dans la plupart des cas en effet, va dépendre du secteur privé. Ce n'est pas nécessairement un problème, tout dépend des modalités de la contractualisation, que ce soit au niveau de la recherche biotechnologique, de la production ou des essais cliniques. Les Etats pourraient travailler directement avec les PME du secteur, qui sont les acteurs clés aussi bien de la R&D que de la production. Une entreprise comme Pfizer ne fait pas grand-chose, à part contracter avec ces différents acteurs.

La viabilité économique est une condition essentielle. Mais on n'a pas besoin pour cela des multinationales pharmaceutiques. Si, demain, l'Afrique du Sud développe une production de vaccins grâce à des financements publics internationaux, sud-africains ou de fondations, elle peut le faire d'une façon qui soit économiquement viable sans que cela corresponde aux marges qui sont celles des grosses firmes. Car dans cette configuration, on investirait certes de l'argent, mais on ferait aussi des économies en ne payant pas plusieurs fois un produit. Ce serait moins onéreux que le système actuel !

Vous avez milité à Act-Up où vous avez notamment coordonné la commission « Nord/Sud » dont le travail portait sur les politiques internationales de lutte contre le Sida et la question de l'accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud. Quels ont été les enseignements de cette période ?

G. K. : Beaucoup de ce que l'on sait aujourd'hui sur le sujet, on a commencé à l'apprendre à cette époque. On sait qu'on peut faire de l'ingénierie-reverse, ce que toutes les firmes indiennes ont fait : elles ont développé une production massive d'antirétroviraux pour les pays du Sud. Quelque 26 millions de personnes y ont accès désormais.

Bien sûr, chaque technologie a ses contraintes et produire un vaccin à ARNm ce n'est pas comme produire un antiviral. Mais on a de plus en plus d'éléments qui nous indiquent que les processus de production de ces vaccins peuvent être simplifiés et rapides à mettre en œuvre, pour peu que des investissements en soutiennent le développement et l'installation.

Par ailleurs, il faut sortir d'une vision paternaliste et mal informée de ce que sont les pays en développement. Oui, il y a une extrême pauvreté en Inde, mais c'est aussi un pays de *high-tech*, avec beaucoup de compétences et de capacités technologiques, qui peut développer des vaccins ARNm. Ce qui va compter, ce sont les moyens mis sur la table pour le permettre.

« Le Sida nous a appris que l'objectif des multinationales pharmaceutiques n'est pas la santé publique »

On a appris aussi que l'objectif des multinationales pharmaceutiques n'est pas la santé publique. Lorsque j'étais à Act-Up [entre 1996 et 2004, *ndlr*], on allait voir les géants du secteur en arguant qu'il y avait des millions de malades dans les pays du Sud, donc ce qu'on pensait être des marchés intéressants pour eux. Mais pour GSK, Abbott et les autres, cela voulait dire avoir plus de sites de production sur le continent africain, faire des volumes, organiser la distribution, bref mettre en place un ensemble d'infrastructures et de moyens qu'ils n'avaient pas envie de développer.

En outre, grâce aux brevets, qui leur assuraient des monopoles, la concurrence par les génériqueurs (fabricants de médicaments génériques) était impossible : les pays les plus pauvres ne pouvaient pas non plus servir de marchés aux producteurs de pays à revenu intermédiaire où il y avait pourtant une industrie pharmaceutique locale.

Finalement, au cours des vingt dernières années, une quarantaine de pays ont utilisé des licences obligatoires, pour les antirétroviraux, parfois des anticancéreux ou d'autres médicaments essentiels. Par ailleurs, les firmes indiennes ont pu vendre dans les pays en développement les antirétroviraux les plus anciens parce que l'Inde avait jusqu'en 2004 pour se mettre en conformité avec les standards de protection des brevets de l'OMC. Mais, globalement, le modèle dominant est resté celui des monopoles sur un marché largement garanti par les Etats et les mutuelles et assurances.

Il y a vingt ans, on a décidé de faire quelques exceptions, en estimant qu'« à la marge » le système ne fonctionnait pas, comprendre : pour certaines populations pauvres de pays pauvres. Cette « marge » correspond en fait à la plus grande partie de la population mondiale. Aujourd'hui, ces choix nous reviennent en boomerang.

J'espère que maintenant le questionnement va être plus profond, car ce n'est pas seulement à la marge qu'il y a des « défaillances de marché » : c'est pour la majeure partie de la population mondiale et pour toute une série de maladies comme les cancers ou les maladies dites orphelines.

Etes-vous optimiste ?

G. K. : Il y a une plus grande prise de conscience des problèmes et des dysfonctionnements, des contradictions intrinsèques au système en place. L'accès à la santé est au cœur du contrat qui lie les gouvernés aux gouvernants. Et on est en train d'y toucher.

Cela pose énormément de questions de démocratie, de gouvernance et d'utilisation de la ressource publique. Qu'est-ce que l'Etat est censé assurer ? Qu'est-ce qui se passe en réalité ? On commence tout juste à ouvrir la boîte noire. J'ai hâte que ces débats aient lieu.

1. En 2001, après que le gouvernement sud-africain a décidé de passer outre les brevets sur les antirétroviraux, l'OMC s'est engagée à favoriser l'accès aux médicaments dans les pays en développement victimes de crise sanitaire (déclaration de Doha). Cet engagement a débouché en 2003 puis en 2005 sur l'octroi de dérogations permettant aux pays du Sud en situation de grave crise sanitaire d'imposer, à certaines conditions, des licences obligatoires aux firmes pharmaceutiques pour fabriquer ou importer des versions génériques de médicaments. La Thaïlande a été le premier pays à émettre une telle licence obligatoire en 2006.

Propos recueillis par Céline Mouzon