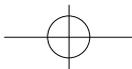
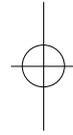
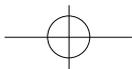
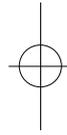




Éditions-Diffusion Charles Léopold Mayer  
38, rue Saint Sabin  
75011 Paris  
tel/fax : 01 48 06 48 86  
diffusion@eclm.fr  
www.eclm.fr

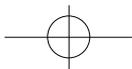
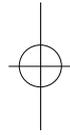
Les versions électroniques et imprimées des documents sont librement diffusables,  
à condition de ne pas altérer le contenu et la mise en forme.  
Il n'y a pas de droit d'usage commercial sans autorisation expresse des ECLM.

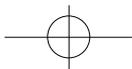
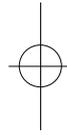






## La santé mondiale entre racket et bien public







Association Biens publics à l'échelle mondiale

## **La santé mondiale entre racket et bien public**

coordonné par François-Xavier Verschave

avec les contributions de :

Patrick Alloux, Élisabeth Chamorand, Peter Dwyer, Dominique Gentil, Raoul-Marc Jennar, Gaëlle Krikorian, François Lille, Georges Menahem, Francis Merckaert, Philippe Pignarre, Eloan Pinheiro, Philippe Rivière, Reda Sadki, François Teyssier, François Veillerette, Germán Velásquez, François-Xavier Verschave, Laurent Ziegelmayer.

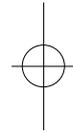
Éditions Charles Léopold Mayer  
38, rue Saint-Sabin  
75011 Paris  
France



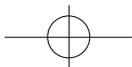
**Les Éditions Charles Léopold Mayer**, fondées en 1995, ont pour objectif d'aider à l'échange et à la diffusion des idées et des expériences de la Fondation Charles Léopold Mayer pour le progrès de l'Homme (FPH) et de ses partenaires. On trouvera en fin d'ouvrage un descriptif sommaire de cette Fondation, ainsi que les conditions d'acquisition de quelques centaines d'ouvrages et de dossiers édités et coproduits.

**L'auteur**

????



© Éditions-Diffusion Charles Léopold Mayer, 2004  
Dépôt légal, 4<sup>e</sup> trimestre 2004  
Dossier FPH n° DD 142 \* ISBN: 2-84377-099-8  
Graphisme et mise en page: Madeleine Racimor  
Maquette de couverture: Vincent Collin



## Sommaire

Introduction, <i>François-Xavier Verschave</i> . . . . .	9
Première partie : Promesses du passé, reculs du présent . . . . .	15
La Sécurité sociale française, construction d'un compromis fragile, <i>Dominique Gentil</i> . . . . .	17
Naissance, essor et limites d'une perspective sanitaire mondiale, <i>Dominique Gentil et Élisabeth Chamorand</i> . . . . .	31
Deuxième partie : Une mondialisation privative . . . . .	57
Le privé est-il plus efficace que le public?, <i>Philippe Pignarre</i> . . . . .	59
La politique américaine en matière d'accès aux médicaments, <i>Élisabeth Chamorand</i> . . . . .	71
L'industrie pharmaceutique soumise aux logiques du capital, <i>Georges Menahem</i> . . . . .	89
La Sécu, elle est à nous!, <i>Patrick Alloux</i> . . . . .	101
Mondialisation libérale contre droits humains fondamentaux, <i>Raoul-Marc Jennar</i> . . . . .	121
Santé des itinérants: le cas exemplaire des marins, <i>François Lille</i> . . . . .	137
Troisième partie : Résistances réelles et potentielles . . . . .	151
Revendications de malades et de citoyens . . . . .	153
1. Le <i>Treatment Action Campaign</i> en Afrique du Sud : « Ils meurent d'impatience de se battre », <i>Dr Peter Dwyer</i> . . . . .	153
2. Bribes d'histoires des luttes immigrées pour survivre au sida, <i>entretien de Reda Sadki avec Gilles Alfonsi</i> . . . . .	161
Faire entrer les médicaments en politique: le rôle du «public», <i>Philippe Pignarre</i> . . . . .	173
Médecine générale et dimensions du bien public, <i>Francis Merckaert</i> . . . . .	185
Vécu et engagements des syndicats de l'industrie pharmaceutique . . . . .	199

1. Militance syndicale et bien public, <i>Laurent Zieglmeyer</i> . . . . .	199
2. Un cas d'école: Aventis Elbeuf, <i>François Teyssier</i> . . . . .	213
3. Contre le sabotage de la recherche, le projet Nereïs, <i>Philippe Rivière</i> . . . . .	220
Batailles d'experts et joutes internationales: la production des génériques et l'OMC, <i>Gaëlle Krikorian</i> . . . . .	225
Les pays du Sud réagissent . . . . .	245
1. Actions de pays en développement pour l'accès aux médicaments génériques, <i>Gaëlle Krikorian</i> . . . . .	245
2. L'expérience brésilienne, <i>Eloan Pinheiro</i> . . . . .	251
3. Vers un front commun?, <i>Philippe Rivière</i> . . . . .	259
Quatrième partie : Vers où voulons-nous aller ? . . . . .	261
Une perspective pour la recherche, <i>Philippe Rivière</i> . . . . .	263
Santé et environnement: une problématique mondiale, <i>François Veillerette</i> . . . . .	277
Le médicament, un bien public mondial?, <i>Germán Velásquez</i> . . . . .	283
L'OIT lance une campagne mondiale en faveur de la sécurité sociale pour tous . . . . .	301
La santé parmi les biens publics mondiaux, <i>François-Xavier Verschave</i> . . . . .	307
Annexe : Biens publics mondiaux et services publics mondiaux, <i>François Lille</i> . . . . .	333
Abréviations . . . . .	339
Bibliographie . . . . .	343

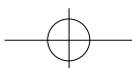


## Introduction

*François-Xavier Verschave*

Qui conteste la pertinence et la nécessité de biens publics? Même les ultra-libéraux en redemandent, réclamant des budgets croissants pour «l'ordre public» et la sécurité planétaire, pour des «forces de l'ordre» chargées, entre autres, de protéger la possession et la circulation des biens privés. Mais quels biens publics, et en quelles quantités? Une certaine idéologie veut nous faire croire qu'étant un pis-aller, il en faut le moins possible (surtout s'il est question de droits économiques et sociaux): il ne faudrait y consentir que lorsque l'appropriation privée est un non-sens, ou en tant que «béquilles du marché» dans les secteurs où celui-ci est déficient, faute de profit suffisant.

Réuni par l'association Biens publics à l'échelle mondiale (BPEM), le collectif d'experts et de militants qui a conçu et rédigé ce livre refuse cette priorité mercantile. Il conçoit qu'il faille, par réalisme, rétribuer les moteurs égoïstes de l'activité humaine (un «profit» considéré comme le fondement de l'économie de marché), mais il n'admet pas que l'humanité se réduise à cet égocentrisme aveugle, il trouve dans l'histoire humaine d'autres biens que les marchandises, et des dynamiques productrices autres que le profit. On n'a rien à gagner que du cynisme à ravalier cette autre face de l'être humain (peu importe comme on l'appelle: solidarité instituée, coopération,



## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

lien social, fraternité, gratuité...) au rang de « béquille du marché ». Le marché n'a donc pas à devenir la loi du monde, sous prétexte d'efficacité. Nous refusons de lui sacrifier les droits fondamentaux d'un grand nombre d'êtres humains.

Au contraire, nous considérons comme un objectif politique central d'aller vers la plénitude des droits de l'Homme, et de rechercher à cet égard l'extension optimale des biens publics – en termes sectoriels, territoriaux et de durabilité. Cette extension inclut des biens publics « choisis », comme la santé et l'éducation: non seulement un haut niveau de prestation de ce genre de biens, généralisé par leur caractère public, améliore la vie personnelle et sociale, mais encore il démontre son efficacité économique, de par les « jeux à somme positive » qu'il suscite. Il a fallu de lourds travaux d'évaluation à la Banque mondiale pour admettre qu'un peuple bien éduqué et en bonne santé était plus « efficace » qu'une multitude malade et analphabète. Des années plus tôt, le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) avait vérifié cette synergie et intégré la santé dans son Indice de développement humain (IDH).

Mais, redisons-le, notre approche première n'est pas de considérer en quoi la santé sert l'économie (quelle économie, d'ailleurs?). Nous allons plutôt, en référence constante au système des droits humains universels, examiner en quoi et jusqu'où l'accès aux soins, ainsi que les moyens principaux de cet accès (des lieux, des personnels, des produits de santé), sont considérés comme des biens publics, comment ils peuvent et doivent l'être<sup>1</sup>.

Ce faisant, nous observerons des modes circonstanciés d'articulation entre bien public et service public, et les institutions qui assurent ce service. Nous nous demanderons comment

1. Nous n'entendons pas limiter la question de la santé à l'accès aux soins. Nous avons seulement choisi ici de privilégier cette entrée, en raison de l'urgence et de la gravité des problèmes actuels.



## INTRODUCTION

améliorer l'ensemble, dans un contexte de mondialisation – et d'abord comment refuser les détériorations actuelles.

Dans cette approche concrète, fondée sur l'histoire et le diagnostic de la situation présente, nous rencontrerons en effet des idéologies et lobbies hostiles tant au bien public qu'au service public, œuvrant à la fois à une privatisation croissante, sinon totale, des biens et services de santé, et à une discrimination par les prix de l'accès aux soins – avec des résultats involutifs, « malthusiens ». L'un des fils conducteurs de notre travail sera de ne pas cacher, par pudeur ou diplomatie, ces forces et ces logiques adverses. Mais la mondialisation est aussi un défi aux citoyens du monde: ouvrir à tous ce qui demeure trop souvent le privilège de quelques-uns.

La première partie prendra l'exemple de la construction du bien public Santé à une échelle nationale (en France), puis constatera les résultats obtenus depuis un demi-siècle sous la houlette précaire d'une institution chargée de favoriser la santé dans le monde, l'OMS. Dans les deux cas, malgré l'ambivalence des résultats actuels et les pressions négatives, nous constaterons que les dynamiques positives de longue durée ont obtenu des résultats considérables. Ce sont elles qu'il faudra délivrer.

Cependant, les stratégies de privatisation de la santé, menées principalement par les multinationales du médicament, avec le renfort des compagnies d'assurances et des systèmes de soins privés, ont accéléré récemment leur offensive contre toutes les formes de santé publique. Cette offensive passe par les grandes enceintes d'une négociation internationale globale, fort peu transparente: l'OMC, après le FMI et la Banque mondiale, mais aussi l'Union européenne, voire l'OMS, pénétrée par ces lobbies. La marchandisation du monde est leur bannière, ornant un bulldozer. Il nous faudra constater la sauvagerie de cet assaut, contre des dispositifs de bien public Santé qui n'avaient pas démerité, bien au contraire, il nous faudra exposer la voracité avec laquelle les multinationales entendent s'emparer des





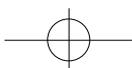
## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

rentes existantes ou en constituer de nouvelles, via l'extension d'un droit de « propriété intellectuelle » qui ressemble de plus en plus à un racket.

Mais cette offensive brutale est allée trop loin, elle a touché des symboles forts. Par son long blocus des traitements du sida, l'oligopole pharmaceutique Big Pharma a été ressenti et dépeint comme un « marchand de mort » – alors que son fonds de commerce est de sauver des vies. Ses restructurations incessantes, pour maintenir un taux de profit exorbitant, le détachent peu à peu de ses propres salariés; son mépris de la recherche lui aliène progressivement les chercheurs; les malades privés de médicaments se rebiffent, les médecins sont saoulés de marketing, un nombre croissant de pays du Sud n'acceptent plus de se faire gruger dans les grands deals internationaux. Ainsi s'esquisse un front du refus de cette marchandisation extrémiste de la santé.

Du coup, les beaux principes du bien public reprennent sens et vie dans les esprits. Il devient possible de se souvenir que la connaissance a été considérée, avec l'Université par exemple, comme l'un des premiers biens publics à l'échelle mondiale – et donc que la « propriété intellectuelle » est une notion aussi relative que discutable. En informatique, les promoteurs des logiciels libres montrent que la coopération, l'ouverture et une certaine gratuité peuvent donner de meilleurs résultats que le secret monopolistique: cela donne des idées... De leur côté, les écologistes ont beau jeu de constater les ravages sanitaires auxquels conduit le mépris du principe de précaution. Relégitimée par les impasses du tout privé, la « fonction publique » de l'OMS peut à nouveau donner de la voix, postuler le bien public mondial. Reste à déblayer les chemins de ce bien désirable, au mouvement désirant.

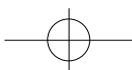
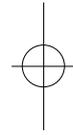
Il y a deux manières de lire cet ouvrage. Le lecteur familier de ces questions préférera sans doute le parcours inductif proposé par le plan du livre, la construction progressive d'un puzzle aboutissant à la nécessité et à la possibilité du Bien public mon-

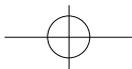
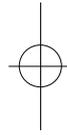




## INTRODUCTION

dial Santé. Le lecteur non averti peut avoir avantage à commencer par le dernier chapitre, plus synthétique, et qui retrace la démarche du groupe de travail à l'origine de l'ouvrage.



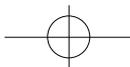


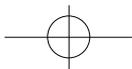
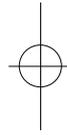


## Première partie

### Promesses du passé, reculs du présent

L'humanité en a l'expérience et la mémoire, la santé a pu être vécue et promue comme bien public dans divers contextes et à diverses échelles. Mais ce souvenir dynamisant tend à s'obscurcir face aux menaces ou échecs massifs du présent, comme si les logiques implicites de bien public allaient être submergées par la représentation dominante de l'économie et de ses contraintes.







## La Sécurité sociale française, construction d'un compromis fragile

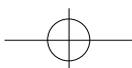
*Dominique Gentil*<sup>1</sup>

**En France, les combinaisons disparates de solidarités, de secours mutuels, de charité et d'ordre public du XIX<sup>e</sup> siècle ont abouti à la grande unification de la Sécurité sociale au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, puis à la Couverture maladie universelle. Revisiter cette histoire «exemplaire» de construction sociale d'un bien public, entre le droit aux soins pour tous et la diversité des services de santé, permet d'observer comment les différents financeurs (patrons, salariés, mutualistes, État) et les nombreux prestataires (cliniques et hôpitaux, professions soignantes, laboratoires pharmaceutiques, mutuelles, assurances, etc.) se sont inscrits dans ce dessein tout en s'efforçant souvent d'en éluder les contraintes. On relèvera enfin comment les difficultés du système sont utilisées et provoquées par certains pour tenter de miner ce bien public ou restreindre son extension.**

La Sécurité sociale est généralement présentée comme une conquête sociale majeure, fruit du programme du Conseil National de la Résistance (mars 1944) et des ordonnances d'octobre 1945. Ses acquis sont le socle d'un pacte national spécifique, entre le tout libéral et la gestion étatique. Cependant, après une phase d'expansion du nombre d'assurés et du volume des prestations, les conquêtes sociales s'avèrent régulièrement

---

1. Dominique Gentil est socioéconomiste.



menacées par le risque d'une privatisation rampante, par la répugnance du patronat à augmenter les charges sociales et par la domination idéologique du libéralisme mondial et européen. Ces attaques prennent, le plus souvent, le prétexte d'un financement de plus en plus difficile et du déficit chronique de la Sécurité sociale. Ainsi, depuis 1975, 17 plans d'assainissement ou de réaménagement se sont succédé<sup>2</sup>.

Sans remettre en cause cette présentation, une vision historique plus longue montre que la Sécurité sociale n'a pas été une création *ex-nihilo* de 1945, mais la suite, dans une conjoncture et un rapport de forces particuliers, de débats, de conflits, d'oppositions et de compromis s'étalant sur plusieurs siècles. Ceux-ci ont porté, notamment, sur la définition des risques et de la pauvreté, sur les meilleures manières de les combattre, «entre le modèle assurantiel et l'antique modèle assistantiel», sur l'efficacité et la légitimité des différentes institutions concernées: l'Église, puis l'État, la mutualité, le patronat, les syndicats, le corps médical...

Sans pouvoir rentrer dans les détails, ce chapitre introductif s'efforce de retracer les principales évolutions et de montrer les choix et les bifurcations qui permettent de passer de la charité chrétienne, de l'assistance aux indigents à la revendication des droits universels.

## **Les prémisses de la Sécurité sociale (du Moyen-Âge à 1944)**

Les réflexions et les pratiques de protection, face aux différents risques de la vie, sont assez bien documentées en France, depuis le Moyen-Âge<sup>3</sup>. Dès le départ, on voit une première

2. Cf. *Le Monde* du 18 mai 2004.

3. Sous la direction d'André Gueslin et Pierre Guillaume, *De la charité médiévale à la Sécurité sociale*, Éditions ouvrières, 1992, 342 p.

## LA SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE, CONSTRUCTION D'UN COMPROMIS FRAGILE

opposition et/ou une complémentarité entre des formes de solidarité horizontales, fréquentes dans les sociétés rurales (familles élargies, voisins...) et artisanales (confréries, corporations de métier...) et des institutions de «protection» verticales, dont la principale reste bien sûr l'Église, mais où interviennent aussi, dans une moindre mesure, les seigneurs et les communes. Les motivations restent baignées dans l'idéologie religieuse (la charité, le devoir d'assistance des riches vis-à-vis des pauvres pour rentrer «dans le Royaume des cieux», etc.), mais reflètent aussi le souci du maintien de l'ordre public vis-à-vis des «risques» que créent les mendiants, les vagabonds ou les «fous».

Après la Révolution et la suppression des corporations (1791), une nouvelle situation économique et politique apparaît. L'industrialisation se développe, mais l'artisanat et les corps de métier restent importants dans une France majoritairement rurale. «En 1846, les 27 millions de ruraux constituaient 75 % de la population française; en 1911, ils sont encore 22 millions, soit 56% de la population»<sup>4</sup>. Face à ces bouleversements économiques, venant de la base, mais surtout des artisans et de «l'aristocratie ouvrière», apparaissent, en milieu urbain, les premières sociétés de secours mutuel (SSM), dès le début du XIX<sup>e</sup> siècle. Une des premières définitions officielles date de 1806 : «sociétés vraiment fraternelles où, par une sorte de pacte de famille, des individus d'une même classe, s'assurent mutuellement des ressources contre le malheur et la vieillesse». À travers les SSM, on peut observer la perception des risques par les intéressés eux-mêmes: chômage, maladies, accidents du travail, maternité, vieillesse, frais de funérailles. Mais aussi une certaine conception de la solidarité et de la convivialité, mêlée à la volonté de résister (caisses de chômage, caisses de grève) et de créer une autre société (socialisme, coopératives, associations). Cependant, tout au long du XIX<sup>e</sup> siècle, l'État et les classes

4. André Gueslin, *L'invention de l'économie sociale. Idées, pratiques et imaginaires coopératifs et mutualistes dans la France du XIX<sup>e</sup> siècle*, Economica, 1998, 430 p.

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

dominantes se méfient des classes populaires, considérées comme « classes dangereuses », et de leur explosivité révolutionnaire (1830, 1848, Commune de Paris en 1871). Sous la deuxième République et sous le Second empire (décret de 1852), une législation se met en place pour, à la fois, surveiller, encadrer et encourager les mutuelles. À côté des sociétés simplement autorisées, se développent des « sociétés approuvées », permettant le parrainage des notables. La mutualité va se développer sous la III<sup>e</sup> République. Après de nombreux débats, la loi de 1898 établit un certain équilibre dans les relations avec l'État et favorise la diversité des institutions. « Le puzzle mutualiste présente une grande diversité »<sup>5</sup> : opposition entre sociétés catholiques et sociétés républicaines, entre mutualité territoriale et mutualités professionnelles, développement de la mutualité d'entreprise. « Le taux de mutualité adulte est passé de 2,7% des actifs en 1856 à 16,4% en 1911. » 230000 adhérents en 1852 mais près de 3,5 millions en 1911. Les prestations, surtout centrées sur la maladie et la vieillesse évoluent.

**Structures des prestations mutualistes (1855-1910)**

	1855	1875	1898	1910
Secours maladie	51,2%	31,9%	31,5%	29,5%
Honoraires médecins	14,5%	15,0%	14,5%	13,2%
Frais pharmacie	15,5%	18,8%	18,4%	15,1%
Secours veuves orphelins	3,0%	3,7%	3,0%	7,3%
Secours vieillesse	10,8%	12,0%	3,2%	1,8%
Affectations retraites	–	7,7%	24,8%	29,2%
Prêts funéraires	5,0%	5,3%	4,6%	3,8%

5. André Gueslin, *op. cit.*, p. 237.

## LA SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE, CONSTRUCTION D'UN COMPROMIS FRAGILE

Progressivement, sauf dans certaines régions, la classe ouvrière française va se détacher du mutualisme, trop marqué à ses yeux par le contrôle des notables et le souci de prévoyance et de paix sociale. Elle privilégie l'action syndicale et politique.

Au-delà de la mutualité, la construction de la protection sociale fait apparaître, jusqu'en 1944, le souci d'établir un système mixte, et inclut une grande diversité d'acteurs :

– L'État bien sûr, mais qui préfère légiférer, inciter, contrôler, que de choisir la voie bismarckienne. On se souvient que « Bismarck avait créé, entre 1883 et 1889, le premier système dans le monde de Sécurité sociale, couvrant l'assurance-maladie, les accidents du travail et les retraites »<sup>6</sup>. Ce modèle s'inscrivait « dans la ligne d'un interventionnisme autoritaire de la part des États protestants allemands. Cette législation nous rappelle aussi des motivations de la protection sociale: désarmer le militantisme révolutionnaire ». Motivation qui a joué à nouveau en France après la Libération, de la part du MRP et de la SFIO »<sup>7</sup>.

Le rôle de l'État devient cependant croissant dans le domaine de l'assistance (hôpitaux, enfants assistés, femmes en couches, vieillards, bureaux de bienfaisance...). « La relève de la charité privée par les fonds publics a bien lieu, mais il ne s'agit pas d'un raz-de-marée. Après le vote des lois des années 1890-1914, le financement de l'assistance (toutes catégories confondues) est déjà majoritairement public (59%). Le plus étonnant est peut-être la faible progression de cette part (64 % en 1927-1930) »<sup>8</sup>.

– L'Église, même si elle est en perte de vitesse, continue à gérer de nombreuses institutions d'assistance et à influencer idéologiquement l'ensemble de la société.

6. Patrick Alloux, *La santé n'est pas une marchandise*, Éditions de l'Atelier, 2003, 176 p.

7. François Crouzet, in *De la charité médiévale à la Sécurité sociale*, op. cit., p. 329.

8. Dominique Dessertine et Olivier Faure, *ibidem*, p. 146.

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

– Le corps médical est très actif dans la réorganisation des hôpitaux. Il est surreprésenté à l'Assemblée Nationale et arrive à faire accepter, sans beaucoup de difficultés, sa conception de la médecine libérale (libre choix des patients, liberté du taux de consultation).

– Les communes, qui, dans certains cas (Nancy, Haute Alsace), transforment dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, leur bureau de bienfaisance en service public<sup>9</sup> ou développent «un socialisme municipal»<sup>10</sup>.

– Et, bien sûr, le patronat, très diversifié selon la situation régionale, la branche d'activité et l'influence des idées chrétiennes. Même si on reste dans le domaine des intérêts bien compris (fidélisation de la main d'œuvre et absence de contestation) et du paternalisme, les pratiques des patrons de la métallurgie parisienne entre les deux guerres<sup>11</sup> sont très différentes des formes de paternalisme observées dans le Nord et l'Est de la France ou chez Michelin. Le patronat, avec les assurances privées, a une responsabilité particulière dans la couverture des accidents du travail et joue un rôle très actif dans le développement des allocations familiales.

La protection sociale, depuis le XIX<sup>e</sup> siècle jusqu'en 1944, est donc un reflet des multiples évolutions démographiques, économiques, politiques et culturelles. Elle résulte d'un jeu entre des acteurs multiples. Parmi les débats qui agitent la société et qui restent d'actualité en France et dans de nombreux pays du Sud, quatre paraissent particulièrement importants :

a) Qui doit être protégé? Faut-il s'intéresser uniquement aux «pauvres» et comment passe-t-on de la pauvreté structurelle avec «la méfiance qui pèse sur l'indigent, héritier du mauvais pauvre», à la pauvreté temporaire, les «privés de ressources»<sup>12</sup>, qui doivent faire face à la maladie, la maternité et la vieillesse

9. Pascale Quincy-Lefebvre, *ibidem*, p. 91 à 96.

10. Sandrine Kott, *ibidem*, p. 97 à 106.

11. Cf. Catherine Omnès, *ibidem*, p. 237-248.

12. Dominique Dessertine et Olivier Faure, *ibidem*, p. 143.



## LA SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE, CONSTRUCTION D'UN COMPROMIS FRAGILE

L'idée de droits universels n'apparaît pas encore. Le milieu agricole, les professions libérales, les commerçants et artisans, les salariés au-dessus d'un certain plafond, certains régimes spéciaux comme les mines et les transports, ne rentrent pas dans le régime général des assurances sociales mis en place en 1930.

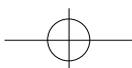
b) Quels doivent être les risques couverts? Les assurances sociales couvrent un large champ (maladie, maternité, invalidité, décès ainsi qu'un droit à la retraite), auquel s'ajoute, surtout après la guerre de 1914-1918, les premières allocations familiales et l'assurance contre les accidents du travail. À noter que le risque du chômage, première revendication des sociétés de secours mutuel au début du XIX<sup>e</sup> siècle, ne sera véritablement pris en charge qu'en 1958, avec la création de l'Unedic.

c) Comment assurer le financement? Au-delà de la charité, du bénévolat, des dons et legs permettant l'obtention d'un patrimoine et la gestion de ses revenus, faut-il couvrir les coûts par des cotisations volontaires (principe de la mutualité), des cotisations obligatoires (patronales et salariales) ou par des impôts auxquels toute la population est, en principe, assujettie?

d) Selon les solutions retenues aux questions précédentes, se pose le problème de la gouvernance globale du système. L'État doit-il jouer un rôle central, au risque d'une «gestion centralisée et bureaucratique» (argument des libéraux et des mutualistes), ou doit-on maintenir l'esprit de solidarité et de responsabilité dans la gestion des caisses locales, proches des assurés en laissant la responsabilité aux seuls partenaires sociaux?

### **La création et les évolutions de la Sécurité sociale**

Contrairement à une idée reçue ou à une image embellie, la Sécurité sociale n'est pas le résultat d'un véritable mouvement social ou de débats approfondis entre plusieurs tendances. Le programme du Conseil national de la résistance (CNR), adopté



en mars 1944, reste très général. Il prévoit la réalisation «d'un plan complet de Sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail». Chaque composante du CNR avait fait des propositions, souvent contradictoires. La France exsangue cherche surtout à se reconstruire et à faire face à la pénurie et aux difficultés concrètes d'alimentation et de logement. La conjoncture est certes favorable aux forces de gauche (PC, CGT, SFIO) et à la démocratie chrétienne (MRP, CFTC), et le patronat est majoritairement déconsidéré par la collaboration. Mais l'essentiel de la réflexion sur la réforme va provenir des hauts fonctionnaires, notamment Pierre Laroque, directeur des Assurances sociales, et son ministre du Travail, Alexandre Parodi. Des commissions sont créées où sont représentés partis, syndicats, mutualité, médecins. Des rapprochements s'effectuent: par exemple, une décision aussi centrale que le mode de financement par des cotisations patronales et salariales est acceptée sans grande difficulté par le PC et la CGT, alors qu'en 1943 «le texte soumis par le Front National au CNR prévoyait un financement entièrement à la charge de l'État»<sup>13</sup>. Par ailleurs, beaucoup de décisions sont des réorganisations, des «rationalisations» ou des prolongements de ce qui existait avant-guerre ou même pendant le régime de Vichy (par exemple, la création en mars 1941 de l'Allocation des Vieux Travailleurs Salariés).

Car on ne part pas de rien et il existe déjà un dispositif étendu pour les assurances sociales, les allocations familiales et les assurances contre les accidents du travail. Mais ce dispositif présente de graves lacunes: prestations insuffisantes, développement anarchique (en 1944, il existe 589 caisses primaires pour les risques maladie et maternité et 399 caisses de compensation pour les allocations familiales). De plus, la gestion de ces caisses est de plus en plus étrangère aux intéressés.

13. Bruno Valat, *Histoire de la sécurité sociale (1945-1967). L'État, l'institution et la santé*, Economica, 2001, p. 104.

## LA SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE, CONSTRUCTION D'UN COMPROMIS FRAGILE

La réforme s'impose donc. Elle est discutée et approuvée par l'Assemblée Nationale en août 1945 (194 voix pour, 1 contre, 84 abstentions, pour la plupart membres du MRP et de la CFTC). La nouvelle organisation de la Sécurité sociale est promulguée par les ordonnances d'octobre 1945.

L'idée de départ de l'administration était le principe de la caisse unique par circonscription (pour les assurances sociales, les allocations familiales et les accidents de travail). «La nouvelle institution doit donc couvrir un champ extrêmement vaste. Seul, le chômage, encore une fois, reste exclu.<sup>14</sup>» Mais, sous la pression des mouvements familiaux et du MRP, les caisses d'allocations familiales retrouveront rapidement leur autonomie.

La deuxième innovation importante était la gestion des caisses par un conseil formé de représentants des assurés et des employeurs, les premiers détenant toutefois la majorité. Le troisième élément novateur était le financement par cotisation. «Du point de vue des intéressés, la cotisation permet de soustraire l'ouvrier à la sphère dégradante de l'assistance [...]. Le financement par les intéressés, ce que nous appellerons le modèle assurantiel, constitue donc une pièce maîtresse du plan de 1945. Un financement par l'impôt ne ferait que perpétuer une situation de dépendance vis-à-vis de l'État.<sup>15</sup>»x

Mais, sur de nombreux points, la continuité apparaît grande avec le modèle antérieur. Le régime général n'intègre pas les régimes spéciaux (SNCF, Mines...), ni les salariés agricoles et, malgré l'affirmation d'un principe d'universalité, la progression du nombre d'assurés reste mesurée: «on peut estimer que ce sont environ 10 millions de personnes qui bénéficient directement des assurances sociales, pour tout ou partie en 1947, contre 7 millions en 1944.<sup>16</sup>» La Mutualité continue égale-

14. Bruno Valat, *op. cit.*, p. 59.

15. *Idem*, p. 103-104.

16. *Idem*, p. 85.



ment de jouer un rôle important, mais comme système complémentaire et non plus comme gestionnaire direct des caisses.

La plus grande lacune de la réforme est sans doute d'avoir maintenu « la coupure institutionnelle à peu près complète entre le système de santé et la Sécurité sociale, puisque le rôle de celle-ci se limite presque exclusivement à la prise en charge du coût des soins, sans intervenir dans la production et la distribution de ces derniers, autrement qu'à la marge. »<sup>17</sup> Le fonctionnement et les principes de la médecine libérale, malgré quelques tentatives de réforme, restent pratiquement inchangés.

Pour Bruno Valat, sans nier l'importance de la réforme de 1945, « son apport principal est essentiellement d'ordre politique et symbolique, par la volonté affirmée de démocratiser la société et parce qu'alors, sont solennellement confirmés des choix expansionnistes désormais assumés dans le domaine social »<sup>18</sup>. Mais ce ne sont certainement pas les auteurs du présent ouvrage qui minimiseront l'importance du symbole et de la volonté politique...

Il n'est pas question ici de retracer la dynamique du modèle et ses principales évolutions<sup>19</sup>, mais d'insister sur quelques tendances significatives.

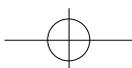
D'abord, ce qu'on pourrait appeler la logique de l'universalisation. Même si au départ le régime général ne concerne qu'une partie des salariés, il s'étend progressivement à la quasi-totalité de la population, la création de la CMU (couverture maladie universelle) en étant le symbole le plus récent.

La deuxième constante de ces soixante dernières années est la difficulté de maintenir un compromis social et une gestion efficace entre l'État, le patronat et les syndicats. « Si, au départ, la décision prise en 1945 de confier la gestion de la Sécurité sociale à un pouvoir syndical, dans le cadre de l'autonomie, se

17. *Idem*, p. 109.

18. *Ibidem*.

19. Voir plus loin le chapitre 6 de Patrick Alloux.



traduit par un dynamisme certain, avec une Fédération nationale des organismes de Sécurité sociale (Fnoss) qui constitue par sa vitalité un aiguillon pour les Pouvoirs publics [...], l'État ne pouvait accepter de laisser à des représentants d'intérêts, aussi larges fussent-ils, le soin de décider dans un domaine aussi important de la vie du pays. Cette ambiguïté initiale a été résolue, dans une sorte de crise permanente, avivée par les relations traditionnellement difficiles des acteurs syndicaux, patronaux et étatiques.<sup>20</sup> » Le problème se complique lorsqu'on sait que l'État est en réalité « un acteur aux motivations contradictoires », avec un éclatement de tutelles entre les ministères du Travail, de la Santé et des Finances. Les ordonnances d'août 1967, prises par le gouvernement en plein été – malgré l'hostilité des syndicats et de la gauche, mais avec le soutien du CNPF – modifient les rapports de pouvoir : ils réaffirment le pouvoir central de l'État, tout en accroissant le rôle du patronat. De la même façon, la répartition des pouvoirs est toujours difficile entre les niveaux locaux, régionaux et nationaux : « la création d'une organisation décentralisée, si elle est le fruit logique de la tradition mutualiste et de la volonté de démocratisation de la société, coexiste avec une culture centralisatrice et jacobine très prégnante qui contribue tout autant à modeler sa physionomie.<sup>21</sup> » En fait, l'État continue à jouer son rôle tutélaire et la « démocratie » se limite à une représentation des assurés par les syndicats.

L'autre constante, très médiatisée, est la difficulté à assurer l'équilibre financier entre une augmentation croissante de la demande, non prévue au départ, et la difficulté ou la volonté réduite de maîtrise de l'offre, contrariée par de nombreux lobbies (les industries du médicament et les pharmaciens, la médecine libérale, le secteur hospitalier privé, les corporatismes de l'hôpital public, etc.). Ces difficultés seront abordées dans les chapitres suivants. Par ailleurs, les rapports entre l'État, le

20. Bruno Valat, *op. cit.*, p. 269-270.

21. *Idem*, p. 342.

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

patronat et les syndicats, sur le montant et la répartition des cotisations, les diverses exonérations de charges sociales décidées par l'État, le retard des cotisations patronales, les «charges indues» affectées à la Sécurité sociale, viennent encore compliquer l'équation financière. Soulignons également la faible priorité accordée aux politiques de prévention.

Pour terminer, il semble utile de rappeler la dépendance de la Sécurité sociale par rapport à son environnement. « La politique de la Sécurité sociale s'insère nécessairement – de façon croissante – dans un ensemble plus vaste et reste étroitement dépendante de celle de la santé, de la vieillesse, de la famille, voire de la politique économique et budgétaire.<sup>22</sup> » En réalité, les facteurs d'influence sont beaucoup plus nombreux: les évolutions démographiques connues à l'avance, même si la politique à court terme semble s'imposer; les structures, performances et politiques économiques (pourcentage de salariés, taux de chômage, croissance, inflation...), les rapports politiques au sens large (entre partis, syndicats, mouvements sociaux...) et, peut-être, de plus en plus décisives, les batailles de l'opinion. Dans sa postface au livre de Valat, Suzanne Grévisse montre que les Français sont très attachés à la Sécurité sociale, surtout pour «conserver l'ensemble des droits et avantages que l'édifice de la protection sociale apporte à chacun... Mais la société française est tout autant attachée au maintien d'une médecine libérale qu'à la prise en charge collective des soins.»

« Dans ce contexte, le risque principal que court le système de Sécurité sociale obligatoire et universel voulu en 1945 paraît être celui d'une perte de confiance et d'adhésion de l'opinion. La Sécurité sociale est vue comme une institution démesurée, coûteuse et difficilement maîtrisable et comme ne représentant pourtant qu'un mécanisme de solidarité de base placé entre les mains de l'État, tandis que le système de protection sociale s'est

22. *Idem*, p. 222.



## LA SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE, CONSTRUCTION D'UN COMPROMIS FRAGILE

développé au-dessus et en dehors d'elle, grâce à des initiatives diverses. Elle se heurte, en outre, au développement de l'individualisme qui accompagne la prospérité et dont la contrepartie positive est le développement du sens de la responsabilité individuelle. On peut craindre que l'opinion, poussée par des milieux qui ont intérêt à cette novation, estime un jour légitime de soumettre la Sécurité sociale à la concurrence et donc la remette en cause.<sup>23</sup> »

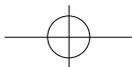
Quelques idées peuvent être dégagées après ce long périple historique.

Au départ, l'idée de protection sociale repose sur deux mouvements différents. D'une part, une initiative à la base, mais surtout de l'aristocratie artisanale et ouvrière et des classes moyennes, pour faire face aux risques, souvent dans des situations de transition difficiles. Les « besoins » sont bien identifiés, les structures mises en place reposent sur la solidarité et la convivialité, mais le nombre des assurés et des prestations reste limité. D'autre part, des institutions venues du haut (Église, seigneurs, communes puis État) cherchent à maintenir l'ordre social par des mécanismes d'assistance. Avec l'industrialisation, le patronat cherche à fidéliser et sécuriser sa main d'œuvre et à éviter les conflits sociaux. La protection sociale est ainsi fonctionnelle et repose sur le ciblage d'une population limitée.

Après une longue gestation, la protection sociale devient un droit à partir de 1945. Un droit limité au départ à certaines couches de salariés, mais qui tend progressivement à être quasiment universel. Le financement repose sur des cotisations des employeurs et des salariés, avec un complément de l'État pour certaines prestations. L'idée d'un salaire indirect ou d'un salaire social rentre dans les mœurs.

La Sécurité sociale représente un arrangement institutionnel spécifique, ni véritablement libéral, ni étatique. Il s'agit d'un

23. *Idem*, p. 507.



## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

compromis entre les partenaires sociaux et l'État, relativement instable et pas vraiment démocratique. Cet équilibre est soumis à de fortes pressions de l'opinion publique, mais surtout des industries pharmaceutiques, de la médecine libérale et des assurances. Les différentes tentatives de réforme pour atteindre l'équilibre financier sont à interpréter dans le cadre de ce rapport de forces.

La protection sociale est elle-même à replacer dans l'évolution de l'ensemble des évolutions démographiques, économiques et politiques, mais aussi dans les représentations et les batailles de l'opinion : quels sont les rôles et la légitimité du marché, de l'État, des initiatives privées, des mouvements sociaux? Comment définir «les pauvres», les indigents? Faut-il, comme autrefois, écarter les alcooliques et les «filles mères», ou maintenant «les étrangers», les «fraudeurs» ou les familles aux enfants «délinquants»?

Enfin, le cas français dépasse largement notre cadre hexagonal. Le poids croissant de l'Europe et la mondialisation avivent les concurrences, et donc la pression à la baisse des prestations. Plus profondément, les différents débats évoqués dans ce chapitre sont au cœur des «objectifs du millénaire» et des stratégies de lutte contre la pauvreté : qui sont les pauvres? Faut-il cibler l'action sur certaines catégories sociales ou partir de droits universels en élargissant progressivement le nombre des bénéficiaires? Entre le démarrage de petites mutuelles de santé en Afrique et les politiques nationales mexicaine ou brésilienne, en passant par la diversité asiatique, les conceptions, les pratiques et les arrangements institutionnels de la protection sociale sont des enjeux très actuels au niveau mondial.



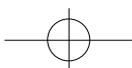
## Naissance, essor et limites d'une perspective sanitaire mondiale

*Dominique Gentil,  
avec le concours d'Élisabeth Chamorand<sup>24</sup>*

**La problématique d'une santé mondiale est portée depuis 50 ans par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et, sous un autre angle, par les «humanitaires» (les «urgentistes», après la Croix-Rouge). Au préalable, elle apparaissait surtout comme un sous-produit de la colonisation, de l'expansion de la société-monde occidentale. Nous résumerons ici cette genèse difficile de la santé comme «bien public mondial», rappelant les mots d'ordre successifs, les avancées, les limites et les échecs.**

**Ces derniers tendent à s'aggraver avec les impasses de l'aide publique au développement et l'hégémonie croissante des multinationales, dont les stratégies de profit maximum s'opposent aux politiques de santé publique. Plus précisément, c'est l'inégalité sanitaire qui augmente rapidement, ce qui contrevient directement à l'article 1er de la Déclaration universelle des droits de l'Homme. Un diagnostic confirmé par les indicateurs synthétiques de l'évolution de la situation sanitaire mondiale.**

<sup>24</sup> Élisabeth Chamorand, américaniste, est maître de conférence à l'université de Grenoble-III.



## « La santé pour tous », ou l'intolérable inégalité ?

« En 1977, la trentième assemblée mondiale de la santé prit la résolution de faire accéder, d'ici à l'an 2000, tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive ». Ainsi naquit le slogan : « La santé pour tous d'ici à l'an 2000<sup>25</sup>. » Nous avons dépassé cette date fatidique et la réalité est tout autre.

Certes, à l'échelle mondiale, des progrès considérables ont été accomplis durant la deuxième moitié du xx<sup>e</sup> siècle, même s'ils se sont ralentis au cours des années quatre-vingt-dix. Le taux de mortalité infantile était de 148 en 1955 et de 82 en 1980, il s'est abaissé à 57 en 1997 ; le taux de mortalité des moins de 5 ans est passé de 210 en 1955 à 117 en 1980, puis à 75 en 1997. Quant à l'espérance de vie, elle s'est allongée de 18 années : de 48 années en 1955, elle est passée à 61 en 1980 et à 66 années en 1997<sup>26</sup>. Mais ces moyennes mondiales occultent un phénomène massif, qui ne se limite pas bien sûr à la santé, celui de l'inégalité croissante du monde. Celle-ci est d'autant plus péniblement ressentie quand elle touche le bien le plus précieux pour tous, la santé. Cette inégalité rend difficile d'imaginer que nous avons vraiment des problèmes communs, que nous sommes tous sur le même bateau, que nous pouvons envisager la santé comme un bien public à l'échelle mondiale.

D'abord une image, tirée du rapport OMS 2002, pour mettre en évidence le fossé qui sépare les nantis des déshérités, en montrant la part de la charge mondiale de morbidité due à la sous-alimentation des pauvres et à la suralimentation des riches, où qu'ils vivent. Le contraste est choquant. Selon le rapport, 170 millions d'enfants des pays pauvres ont un poids cor-

25. Cf. « La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis », sous la direction de Marc-Éric Gruenais et Roland Pourtier, in *Afrique contemporaine*, n° spécial 195, juillet-septembre 2000, 282 p.

26. Rapport sur la santé dans le monde, OMS, 1995 et 1998.

NAISSANCE, ESSOR ET LIMITES D'UNE PERSPECTIVE SANITAIRE MONDIALE

porel insuffisant et plus de trois millions d'entre eux en meurent chaque année, alors que plus d'un milliard d'adultes dans le monde présentent une surcharge pondérale et que 300 millions sont cliniquement obèses. Demi-million de personnes environ, en Amérique du Nord et en Europe occidentale, succombent annuellement à des maladies liées à « l'obésité ».

Cette inégalité peut également s'illustrer par cinq indicateurs de base et leur répartition géographique.

	Afrique subsaharienne	Pays arabes	Asie du Sud	Asie de l'Est et Pacifique	Amérique latine et Caraïbes	Total Pays en voie de développement	Europe centrale, orientale et CEI	OCDE	Monde
Mortalité infantile (pour 1 000) en 2001 <sup>27</sup>	107	53	69	33	28	62	30	11	56
Mortalité moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes) en 2001 <sup>28</sup>	172	72	96	43	34	90	36	13	81
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000) en 1995 <sup>29</sup>	1 098	509	427	144	188	463	55	25	411
Espérance de vie à la naissance, en 2000 <sup>30</sup>	46,9	—	63,5	—	70,4	65,1	—	—	66,6
Espérance de vie en bonne santé à la naissance, en 2000 <sup>31</sup>	38,7	—	—	—	58,0	53,6	—	66,1	56,0

27. Source : Banque mondiale, 2003.

28. *Idem*.

29. Ces données sont des estimations fondées sur les données nationales disponibles, corrigées afin de tenir compte du problème de sous-estimation et de mauvaise classification des décès maternels; en l'absence de données nationales, elles sont fondées sur des modèles. Pnud, *Rapport mondial sur le développement humain 2003*.

30. Source : estimations du Pnud, *ibidem*.

31. Source : OMS, 2002.

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

Le constat est clair : si on prend la comparaison entre l'Afrique au sud du Sahara et les pays industrialisés, il y a plus de trente ans d'écart pour l'espérance de vie, et respectivement des rapports de 1 à 10 et de 1 à 75 pour la mortalité des moins de 5 ans ou les taux de morbidité maternelle (chiffres de 1995).

Des indicateurs plus spécifiques sur les insuffisances pondérales, les taux de vaccination, les méthodes de contraception, l'infection au VIH ou des indicateurs généraux comme le nombre de médecins par habitant ou le pourcentage des dépenses de santé dans les budgets, vont tous dans le même sens et sont disponibles dans les différents rapports mondiaux (Pnud, OMS, Banque mondiale...) ou les publications spécialisées.

Il est peut-être plus intéressant, au lieu de succomber à leur accumulation, de prendre un peu de recul et de les resituer par rapport à des objectifs de connaissance et d'action: comprendre les causes des inégalités par des analyses comparatives, d'où devraient découler des actions adaptées à un niveau pertinent.

– D'abord, avoir un doute systématique sur la qualité des statistiques.

En général, les rapports d'experts, dans la santé comme dans d'autres domaines, commencent toujours par une remarque préalable sur la faible fiabilité des données de base. Mais ce procédé rhétorique est vite oublié par la suite et les données imparfaites acquièrent, par la répétition, la copie entre les sources, la publication dans les rapports des institutions internationales, une véritable légitimité. Il faut donc toujours se souvenir qu'elles sont essentiellement fournies par chaque pays, parfois négociées, à partir de statistiques presque toujours incomplètes, et qu'elles entrent souvent dans des stratégies de communication: soit viser de mauvais chiffres pour accroître l'aide internationale, soit obtenir une valorisation de l'action

NAISSANCE, ESSOR ET LIMITES D'UNE PERSPECTIVE SANITAIRE MONDIALE

gouvernementale en gagnant quelques places dans le classement IDH<sup>32</sup> (Indicateur de développement humain).

– Être toujours vigilant sur le niveau d'agrégation.

Plus les catégories sont larges, avec des regroupements en deux blocs (pays en développement/pays industrialisés) ou en trois (pays en développement à forte mortalité, pays en développement à faible mortalité, pays développés) ou en 14 (par grandes zones géographiques), comme le fait l'OMS, ou en 191 (chaque pays), les situations ou les évolutions deviennent assez différentes (beaucoup d'évolutions favorables de la santé mondiale et particulièrement en Asie, proviennent du poids des données chinoises).

Ce qui est souvent le plus pertinent est le retraitement des données par pays. À titre d'exemple, on peut obtenir à partir du rapport OMS 2002 une image plus contrastée des «Espérances de vie corrigées» de l'état de santé (EVCS)<sup>33</sup>.

Moins de 30 ans	30 à 40 ans	40 à 50 ans	50 à 60 ans	60 à 70 ans	Plus de 70 ans
3 pays	22 pays	27 pays	70 pays	50 pays	19 pays
Sierra Leone, Angola, Malawi	Tous africains plus l'Afghanistan	surtout africains et quelques asiatiques	dont quelques poids lourds comme Inde, Russie et Pakistan	dont la Chine, le Brésil et les États-Unis	Europe de l'Ouest, Japon, Nouvelle-Zélande

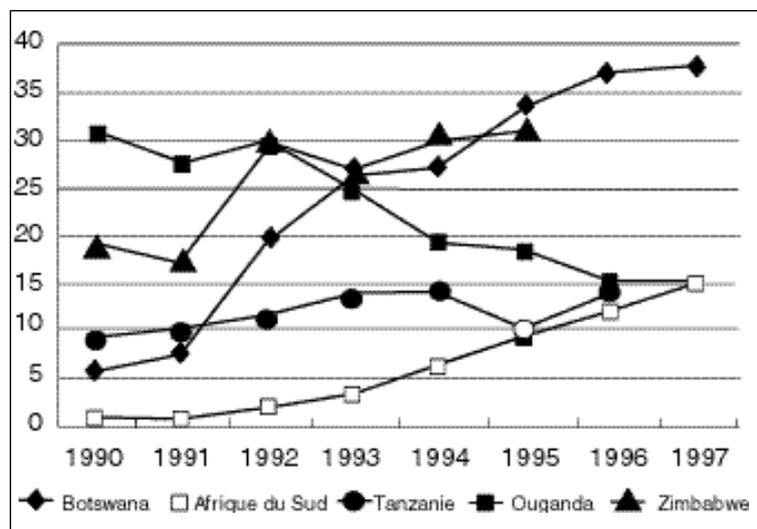
32. Ceci ne concerne pas exclusivement les pays du Sud. On voit par exemple dans le rapport 2002, par un petit astérisque dans l'annexe 4, que le chiffre retenu par l'OMS pour l'espérance de vie corrigée de la santé aux États-Unis n'est pas accepté par ce pays, qui l'estime trop bas.

33. «L'EVCS est basée sur l'espérance de vie à la naissance, mais elle est corrigée du temps passé en mauvaise santé. On dira, plus simplement, que c'est l'équivalent du nombre d'années qu'un nouveau-né peut espérer vivre en pleine santé, compte tenu des taux actuels de morbidité et de mortalité.» (OMS, rapport 2002.)

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

Du point de vue de la compréhension des phénomènes et de l'action, une comparaison des trajectoires par un indicateur précis, sur une dizaine d'années entre pays ayant des caractéristiques voisines, est sans doute la plus éclairante, car elle oblige à mettre en évidence les facteurs explicatifs d'évolutions contrastées (stabilisation, forte décroissance, décroissance).

**Évolution des niveaux de prévalence chez les femmes enceintes dans les milieux urbains d'Afrique australe et orientale\* (en %)**



\* C'est la médiane des niveaux de prévalence enregistrés dans les principales villes du pays qui est ici rapportée.

Source : Onusida, 1998

- Tout aussi important est un phénomène qui apparaît rarement dans les statistiques internationales, **l'inégalité à l'intérieur de chaque pays**, masquée par les moyennes nationales : inégalités entre urbains et ruraux, inégalités entre régions géographiques, entre hommes et femmes, selon les professions, les niveaux de revenu et d'instruction. Comme le note Joseph Brunet-Jailly, « les inégalités structurelles sont coulées dans le

béton: non seulement les cathédrales hospitalières engloutissent plus de la moitié du budget public de la santé dans la plupart des pays d'Afrique francophone, non seulement elles ne traitent en pratique que la clientèle des capitales, nettement plus riche que la clientèle des campagnes, mais encore elles se spécialisent, de façon totalement anarchique et inconsidérée, dans des activités qui n'intéressent en rien la santé publique». Et de continuer son analyse sur «les inégalités structurelles coulées dans le choix de politiques sanitaire et d'approvisionnement pharmaceutique favorisant les intérêts des professionnels exerçant dans le privé.<sup>34</sup>» Les mêmes analyses peuvent être faites pour les pays riches: les Indiens des États-Unis n'ont pas la même espérance de vie que les Américains d'ascendance européenne; les Afro-Américains ont un taux de mortalité infantile bien supérieur à celui des blancs. Le dernier rapport de la Banque Mondiale note que les taux de mortalité pour les moins de 5 ans sont 2,3 plus élevés parmi les 20% de la population les moins fortunés. La pertinence des indicateurs classiques comme le nombre de médecins par habitant ou le pourcentage du budget de la santé dans le PIB peut être interrogé, s'il y a concentration de médecins dans la capitale et désert dans les campagnes ou si le budget de la santé, souvent dopé par les aides internationales, est, pour l'essentiel, consacré à des investissements dans les hôpitaux ou les dispensaires, dont certains restent sous-utilisés, voire quasi désertés.

## Une inégalité croissante

Plus ou moins consciemment, l'opinion publique reste sur l'idée que, globalement, la situation va s'améliorer régulière-

34. Joseph Brunet-Jailly, *Santé publique* dans *Comment réduire pauvreté et inégalités* (sous la direction de Marc Lévy), IRD/Karthala, 2002, 248 p (p. 63 à 97).

ment, que les écarts se réduiront à terme, qu'il ne s'agit que d'un phénomène de retard.

La réalité est beaucoup plus complexe, plus contrastée selon les régions, les pays et les indicateurs. Mais, globalement, la tendance lourde est plutôt à l'accroissement des inégalités selon deux phénomènes : la baisse absolue de certains indicateurs dans de nombreux pays ou l'amélioration à un rythme beaucoup plus lent dans « le Sud » que dans les pays industrialisés.

Si on prend l'indicateur synthétique de l'espérance de vie, de nombreux pays africains confrontés au double handicap, parfois lié, des guerres civiles et du sida, présentent une régression<sup>35</sup> sans doute durable, alors que la plupart des pays européens gagnent un trimestre par an d'espérance de vie.

Si on considère les trois objectifs internationaux fixés par l'OMS pour l'an 2000 – taux de mortalité infantile (TMI) inférieur à 50 décès/1000, taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM-5) à 70/1000 et espérance de vie supérieure à 60 ans –, la comparaison sur une courte période, entre 1997 et 2002, montre que l'écart entre les pays développés et les pays en développement s'est encore creusé.

La plupart des pays développés sont parvenus à réduire leur TMI (13 pays ont même un taux inférieur à 4: onze pays de la région européenne plus le Japon et Singapour) et leur TMM-5 (dans 22 pays il est même inférieur à 6). Mais 25 pays en développement ont un TMI supérieur à 100, et 11 un TMM-5 supérieur à 200. 65 pays ne sont pas parvenus à obtenir une mortalité infantile inférieure à 50 et un TMM-5 inférieur à 70. Si bien qu'en 2002, à l'échelle mondiale, les taux de mortalité infantile et de mortalité pour les moins de 5 ans restent supérieurs aux cibles de l'OMS pour 2000. 50 pays n'ont atteint aucune des trois cibles. Bien que certains pays européens et le Japon aient atteint une moyenne d'espérance de vie supérieure

35. De même, l'espérance de vie a chuté en Russie et dans plusieurs pays d'Europe de l'Est, à la suite de la « libéralisation de l'économie ».

## NAISSANCE, ESSOR ET LIMITES D'UNE PERSPECTIVE SANITAIRE MONDIALE

à 80, la moyenne mondiale a même baissé d'une année par rapport à celle de 1997.

La situation sanitaire de l'Afrique est particulièrement critique : deux indicateurs – espérance de vie et mortalité des moins de 5 ans –, sinon trois, révèlent une forte détérioration de l'état de santé de pays africains (l'Afrique du Sud, l'Angola, le Bénin, le Botswana, le Burkina Faso, le Burundi, le Cameroun, le Tchad, le Congo, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, la Guinée-Bissau, le Kenya, le Lesotho, le Liberia, le Mali, la Mauritanie, le Mozambique, la Namibie, le Niger, le Nigeria, la Sierra Leone, la Somalie, la République centrafricaine, la République démocratique du Congo, le Swaziland, le Togo, la Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe). Alors que 3 pays africains avaient un taux de mortalité des moins de 5 ans supérieur à 200 en 1997, ce sont dix pays africains en 2002 ! Dans six pays, l'espérance de vie est inférieure à 40 années ; l'écart entre l'espérance de vie d'un Européen et celle d'un pays africain pauvre est de quarante-cinq ans. Le changement le plus frappant en 5 ans est celui de l'Afrique du Sud, classée parmi les pays ayant atteint les 3 cibles dès 1997, mais dont la situation sanitaire s'est tellement dégradée que ce pays n'atteint plus aucune de ces 3 cibles en 2002.

La situation sanitaire s'est aussi détériorée dans les Antilles (à l'exception du Costa Rica, de Cuba et du Nicaragua) et dans des pays de l'Amérique centrale. L'espérance de vie s'est réduite aux Bahamas, à Belize, au Salvador, au Guatemala, en Haïti, au Honduras, en Jamaïque, en République dominicaine, à Trinité et Tobago. En Haïti, les trois indicateurs de base font apparaître une dégradation générale de l'état de santé de la population.

La situation sanitaire s'est aussi détériorée dans quelques anciennes républiques de l'URSS : l'Azerbaïdjan, qui faisait partie des 105 pays ayant atteint les 3 cibles dès 1997, a un TMI et un TMM-5 supérieurs à 50 et 70 en 2002 ; les trois indicateurs de base révèlent une moins bonne situation sanitaire en Arménie et au Kirghizistan qu'en 1997 ; enfin, même si le TMI

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

et le TMM-5 se sont améliorés au Tadjikistan et au Turkménistan, l'espérance de vie s'est nettement réduite. En Biélorussie et en Ukraine, où les TMI et TMM-5 se sont aussi améliorés de 1997 à 2002, l'espérance de vie a, en revanche, diminué en 5 ans.

En Asie du Sud, l'espérance de vie s'est aussi réduite dans des pays comme l'Inde, le Sri Lanka et le Pakistan, et la situation sanitaire a empiré au Myanmar et au Cambodge.

Le fossé qui s'élargit entre les pays développés et les pays en développement à forte mortalité où vivent 40% de la population mondiale, et parmi eux les 49 pays classés les moins avancés en 2003, où vivent 11 % de la population mondiale, s'explique par une pauvreté accrue: la sous-alimentation et la malnutrition ont des répercussions sur le système immunitaire, le manque de ressources empêche tout développement sanitaire (soins de santé primaires) et prive les populations malades d'accès aux traitements et médicaments essentiels.

Dans un contexte politique où prévaut l'approche néolibérale depuis le début des années quatre-vingt, peu de décideurs se sont sérieusement préoccupés de lutter contre le sous-développement – les sommes qui y ont été consacrées sont dérisoires en comparaison des profits retirés de l'exploitation des matières premières et de la main-d'œuvre des pays en développement, et des dépenses militaires des pays riches. Il n'est pas surprenant alors que les maladies infectieuses comme la tuberculose ou le paludisme fassent des ravages dans les populations démunies, et que des épidémies comme celle du VIH/sida se propagent rapidement. En 1997, il y avait déjà 30,6 millions de personnes infectées par le VIH/sida, et l'on estimait que 2,3 millions de personnes étaient décédées de cette maladie au cours de l'année<sup>36</sup>. Les prévisions les plus pessimistes se sont révélées justes en ce qui concerne les pays en développement: en 2002, 42 millions de personnes étaient infectées par le VIH, dont

36. Rapport sur la santé mondiale, OMS, 1998.



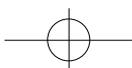
## NAISSANCE, ESSOR ET LIMITES D'UNE PERSPECTIVE SANITAIRE MONDIALE

29,4 millions en Afrique. Selon MSF, seulement 5 % des 5 500 000 personnes dans le monde qui ont besoin d'antirétroviraux (ARV) y ont accès; seuls 100 000 Africains, soit 2% des patients arrivés à un stade avancé de la maladie, ont accès aux traitements. L'espérance de vie au Botswana, où le taux de prévalence du VIH/sida atteignait 44,9 % parmi les femmes enceintes dans les zones urbanisées en 2001<sup>37</sup>, est retombée à un niveau inférieur à celui de 1955, date à laquelle elle était de 44 années; après avoir grimpé jusqu'à 56 années en 1990, l'espérance de vie n'était plus que de 50 années en 1997 et de 40,4 en 2002. Le VIH/sida a déjà fait plus de 13 millions d'orphelins, fragilisant ainsi de nouvelles générations.

La pauvreté, qui «demeure un obstacle majeur au développement sanitaire» selon l'OMS, est aggravée par la persistance de conflits meurtriers et la propagation incontrôlée d'épidémies comme le VIH/sida, qui contribuent également à désorganiser des sociétés. Le tout explique l'écart grandissant entre pays développés et pays en développement, et notamment l'abaissement de l'espérance de vie en Afrique, en Amérique centrale et dans les Caraïbes, en Europe orientale ainsi qu'en Asie du centre et du sud.

Le rapport 2003 de l'OMS confirme les inégalités croissantes en matière de santé, et même le recul de certains indicateurs. «Pour des millions d'enfants aujourd'hui, particulièrement en Afrique, le plus grand défi de santé est de survivre jusqu'à 5 ans et les chances d'y arriver sont plus faibles qu'il y a 10 ans.» Les deux tableaux suivants montrent les inégalités de mortalité infantile entre les grandes régions (avec des inégalités beaucoup plus fortes si on prend en compte les pays, les niveaux de revenus et le sexe) et les tendances de mortalité adulte sur 32 ans. Le sida est, bien sûr, une des causes importantes de cette stagna-

37. Report on the Global HIV/AIDS Epidemy, Unaid, 2002.



LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

tion, voire régression, pour certains pays, mais c'est loin d'être la cause unique.

Figure 1.10 Trends of adult mortality by sex, selected epidemiological subregions, 1970-2002

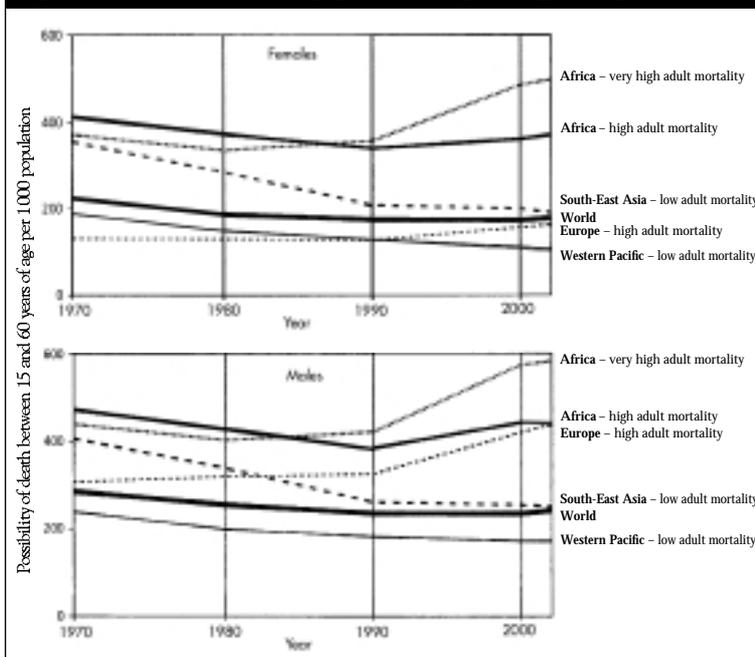
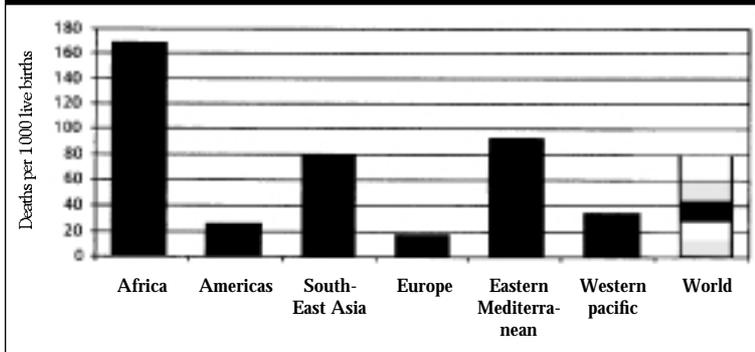


Figure 1.4 Child mortality in the six WHO regions, 2002





## Mais une certaine convergence des maladies

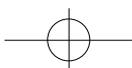
Les inégalités constatées par les indicateurs globaux contribuent à renforcer l'idée qu'il existe deux types de problème médicaux, pour simplifier ceux du Nord et ceux du Sud. Cette idée est probablement reliée à nos imaginaires coloniaux, où le Sud était le monde des fièvres, du paludisme, de l'onchocercose, de la trypanosomiase... qui décimaient explorateurs, commerçants et militaires, mais aussi la main-d'œuvre africaine nécessaire pour les grands travaux<sup>38</sup>. En 1875 par exemple, pour le professeur Mahé, «le sol tropical est animé d'une vie obscure, spéciale; il respire sourdement... Par malheur, il exhale en même temps, des produits subtils, peut-être gazéiformes... Sont-ce des résultats impurs de l'expiration de la terre?... De la terre et des eaux, s'exhale un souffle empoisonné.<sup>39</sup>»

Cette coupure s'est, bien sûr, estompée avec la multiplication des voyages internationaux et la diffusion des épidémies, mais l'idée que le risque des épidémies vient du Sud (cf. récemment le SRAS) et qu'il faut chercher à s'en protéger a plutôt tendance à renforcer la coupure.

A *contrario*, le cas du sida et son évolution font voler en éclats cette dichotomie. Quelle que soit l'origine du virus, la maladie au départ a touché massivement le Nord. Elle a alors suscité un effort important de recherche, une mobilisation du corps médical et de supports médiatiques, sous la pression d'organisations et d'associations de patients. Tandis que le sida était plus ou moins jugulé au Nord, il se répandait au Sud, notamment, en Afrique et en Asie: en 2002, 95% de personnes séropositives vivaient dans les pays du Sud, dont 29,4 millions, soit 70%, en Afrique subsaharienne. Pourtant, la mobilisation ne s'est pas éteinte, et le sida est devenu emblématique des combats communs à mener pour développer la recherche ou

38. Par exemple, en 1890, les épidémies liées à la construction du chemin de fer Kinshasa-Matadi.

39. Cf. *Afrique Contemporaine*, n° 195, juillet-septembre 2000, p. 47.



## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

limiter la puissance de l'industrie pharmaceutique, parce qu'il est considéré comme la maladie de tous.

D'autres maladies, tout aussi répandues, comme le paludisme, l'onchocercose, la bilharziose, la trypanosomiase... n'ont pas suscité autant d'efforts et de réactions, car elles étaient identifiées comme maladies du Sud.

Les statistiques de l'OMS viennent confirmer à la fois les fortes disparités entre les régions, mais aussi les convergences croissantes des maladies, notamment entre les «pays en développement à faible mortalité» et les pays développés. L'OMS s'efforce de mettre en avant une vision positive, une optique de «vie en bonne santé» et non pas, prioritairement, de guérison de maladies. L'idée de base est de promouvoir une politique de santé publique préventive à l'échelle mondiale, avec une attention particulière à l'identification des risques principaux et aux méthodes et moyens pour les prévenir et les combattre. Un nouvel indicateur, l'année de vie corrigée de l'incapacité (AVCI), est de plus en plus utilisé. «Une AVCI peut être considérée comme une année de vie en bonne santé perdue... Pour déterminer les AVCI correspondant à une maladie ou un état morbide, on calcule la somme des années perdues dans la population, du fait d'un décès prématuré (AVP) et des années perdues du fait d'une incapacité (API) par les cas nouveaux de la pathologie considérée<sup>40</sup>. Outre l'intérêt de cet indicateur synthétique pour les comparaisons internationales, celui-ci pourrait devenir un critère important de choix dans les politiques publiques. Faut-il «employer toutes les ressources dont nous disposons à lutter par des moyens extrêmement coûteux contre quelques affections de peu de poids ou pour tenter de sauver quelques malades en état désespéré? Cette façon de faire priverait d'autres malades de soins qui auraient pu les guérir. On peut gagner une AVCI en dépensant entre 2 et 10 \$ si cette somme est affectée à la vaccination ciblée contre le tétanos, ou

40. Rapport OMS 2002, p. 185.



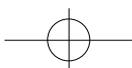
## NAISSANCE, ESSOR ET LIMITES D'UNE PERSPECTIVE SANITAIRE MONDIALE

au BCG, ou à la polychimiothérapie de la lèpre; mais il faut dépenser 100 \$ pour gagner une AVCI avec un programme de lutte contre le cancer du col, à l'aide d'un programme de dépistage précoce; et il faut dépenser plus de 200 \$, peut-être jusqu'à 500, pour gagner une AVCI dans la lutte contre le paludisme en combinant traitement des cas repérés par dépistage passif et contrôle chimique des vecteurs; certains traitements des infections aiguës du myocarde peuvent, quant à eux, coûter jusqu'à 30 000 \$ par AVCI (Banque Mondiale, 1993) <sup>41</sup>.

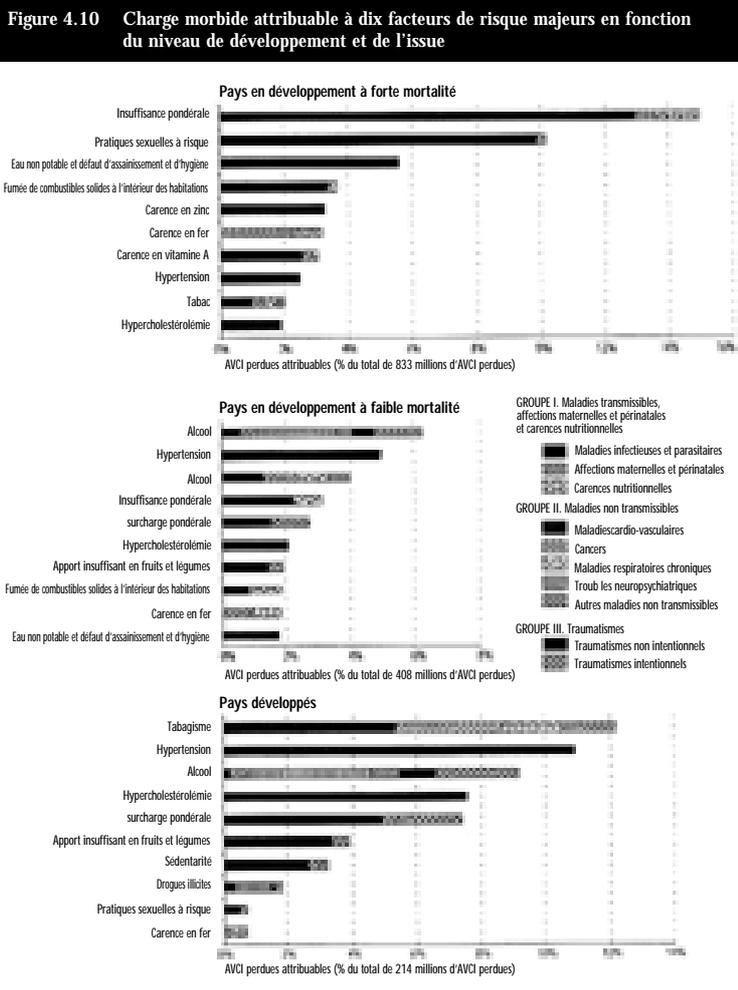
Si l'on revient aux comparaisons mondiales, en se limitant à une répartition un peu schématique entre trois grandes catégories de pays et aux 10 facteurs de risque majeurs<sup>42</sup>, on voit la grande disparité des trois groupes entre les AVCI perdues (833, 408 et 214 millions), la spécificité des risques prioritaires entre le premier groupe (poids de l'insuffisance pondérale, des pratiques sexuelles à risque et eau non potable), et les deux autres groupes, mais aussi la part importante et croissante de risques communs (alcool, hypertension, tabagisme, hypercholestérolémie, voire surcharge pondérale).

41. Joseph Brunet-Jailly, *op. cit.*, p. 86 et 87.

42. Des données plus fiables sont disponibles, par pays, pour les 14 grandes régions de l'OMS et pour les 20 facteurs principaux.



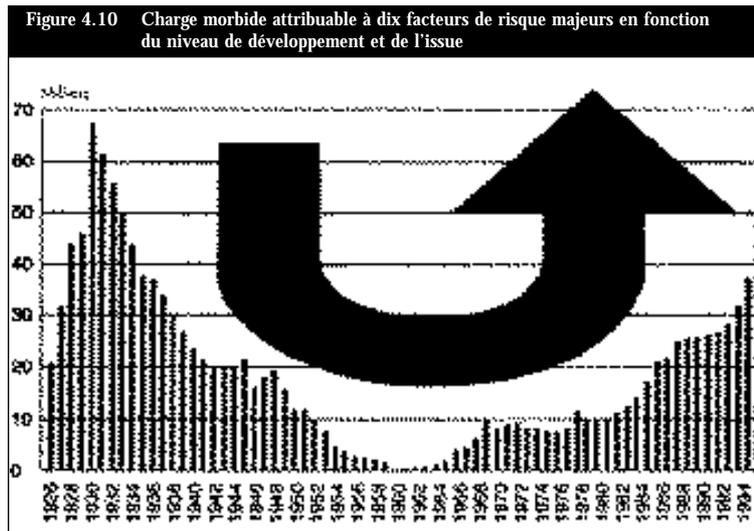
LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC



Comme pour le sida, on peut, sans doute, faire l'hypothèse que la notion de santé comme bien public à l'échelle mondiale progressera avec la convergence des risques et des maladies partagées. Mais avec, sans doute, une sous-hypothèse plus pessimiste : les risques spécifiques rencontrés dans les pays d'Afrique au sud du Sahara, à faibles revenus, donc à marchés

NAISSANCE, ESSOR ET LIMITES D'UNE PERSPECTIVE SANITAIRE MONDIALE

peu « intéressants », vont contribuer à l'isoler davantage et à maintenir certaines de ses maladies particulières, comme le paludisme, la bilharziose... dans la catégorie des maladies orphelines, à négliger, ou à laisser revenir après une quasi-disparition (cas de la trypanosomiase).



Source : Afrique contemporaine

### La santé comme bien public: articuler les échelles, décroiser les acteurs

Dépasser le slogan « la santé pour tous », mais le faire accepter, intérioriser par tout habitant, le traduire en politiques publiques efficaces, est un combat de longue haleine qui est mené et doit être mené à un niveau mondial. Mais il ne progressera que s'il est relayé et mis en pratique au niveau national et local et si les difficultés concrètes rencontrées à ces échelles viennent irriguer en retour et remettre en question les ronronnements des consensus internationaux. Les dernières décennies

montrent sans doute que la meilleure façon d'atteindre le premier objectif est de le compléter par un autre: «la santé, c'est l'affaire de tous». Là encore, le sida, avec ses mobilisations d'associations de malades, d'ONG, de relais médiatiques, vient tout de suite à l'esprit, mais cette «affaire» est ou redevient aussi celle de tous les mouvements sociaux et politiques pour la création et la défense de la Sécurité Sociale ou les développements mutualistes. De même, l'apparition des différentes ONG urgentistes a bousculé les organisations internationales comme la Croix-Rouge (CICR) – depuis la guerre du Biafra en 1967-1970 – ou les États avec l'imposition du devoir d'ingérence.

### ***L'émergence et le développement de la santé au niveau international***

D'après le rapport de l'OMS de 1998, qui retrace l'histoire de l'institution depuis sa création en 1948, «la santé publique, au-delà des frontières nationales, fut prise en compte en 1851 lors d'une conférence à Paris, avec une première convention signée par 5 pays, sur les régulations sanitaires internationales». En 1907 est créé un Office International d'Hygiène Publique (OIHP) qui coexiste, jusqu'à la fin de la dernière guerre mondiale, avec l'Organisation de la Santé de la Société des Nations. Au départ, les motivations les plus fortes reposaient sur la nécessité d'un effort international coordonné pour lutter contre les grandes épidémies (convention sur le choléra en 1892, la peste en 1897, la variole et le typhus en 1926, sur les réglementations sanitaires dans la navigation aérienne en 1935...).

Comme d'habitude, la notion de bien public émerge de la nécessité de se battre contre des maux publics qui franchissent allègrement les frontières.

Dans le cadre de la conférence des Nations Unies de San Francisco en 1945, le principe de création d'une nouvelle Organisation mondiale autonome est approuvé car «la santé de tous les peuples est considérée comme fondamentale pour atteindre la paix et la sécurité dans le monde». La première

conférence internationale, sous l'égide des Nations Unies, se tient en 1946 à New York, avec les représentants des 51 pays membres et de 13 agences spécialisées et ONG. Outre les problèmes d'organisation, un des points récurrents de toutes les discussions internationales est le maintien du principe « de non-intervention dans les affaires intérieures ». La constitution de l'OMS entre en vigueur le 7 avril 1948. L'OMS y est décrite comme « l'autorité chargée de la direction générale et de la coordination de l'action internationale de santé qui pouvait être appelée à **aider les pays à la requête de leur gouvernement**<sup>43</sup> »<sup>44</sup>. D'où la critique, souvent faite à l'OMS, d'être le syndicat des ministres de la Santé. En plus de l'Assemblée générale, du Conseil exécutif et du Secrétariat, des bureaux régionaux (6 au départ) sont progressivement établis pour rapprocher l'OMS des préoccupations nationales.

Les rôles de l'OMS sont multiples et, sous certains aspects – par exemple « le renforcement des services nationaux de santé », « la protection (mère et enfant) et la promotion de la santé »... – communs à d'autres organisations comme la Banque mondiale, l'Unicef, l'Union européenne, les coopérations bilatérales, les ONG... Ce qui est sans doute plus spécifique, c'est la place centrale de l'OMS dans la fixation des normes et des standards : International statistical Classification of Diseases and related health problems (ICD), International Health regulation (IHR), International Nonproprietary Names for pharmaceutical substances (INNS) ou génériques, Guidelines for drinking water quality, Codex alimentarius (avec la FAO)...

Cette constitution progressive de normes internationales, couplées avec un travail très important de collecte statistique, contribue à l'émergence d'une vision mondiale de la santé. Mais, au-delà des normes, le problème essentiel est de savoir si l'OMS a été ou reste capable d'assurer un certain leadership

43. Souligné par nous. Une position que la crise du SRAS en 2003 a commencé à infléchir.

44. Rapport sur la santé dans le monde. Réduire les écarts, OMS, 1995, p. 86.

dans la réflexion et les programmes d'action internationaux, et comment ceux-ci sont appliqués sur le terrain. Deux exemples paraissent particulièrement significatifs: les soins de santé primaire au niveau mondial et l'initiative de Bamako au niveau régional. Des combats plus récents, notamment entre l'OMS et l'OMC à propos de la propriété intellectuelle et de l'accès à certains médicaments, sont traités dans d'autres chapitres du livre.

#### **Alma-Ata (1978) et les soins de santé primaire (SSP) <sup>45</sup>**

« Au moment des indépendances, le rôle prépondérant qu'ont les institutions et les pouvoirs publics n'a pas été remis en question, au contraire». Ceci débouche, notamment en Afrique, sur une priorité à la médecine urbaine et hospitalière et à une forte croissance des frais de fonctionnement, notamment des salaires, que les budgets nationaux ont de plus en plus de mal à assurer.

Ce contexte de crise a donné à l'OMS l'espace politique pour opérer un changement de cap radical, et pour choisir l'alternative de ce que l'on va appeler un peu maladroitement les soins de santé primaires (SSP). Avec le cheval de Troie de la crise du secteur de la santé, la conférence d'Alma-Ata de 1978 a redéfini les groupes cibles, les activités prioritaires, et le rôle de la participation de la population dans le processus de développement. Alma-Ata donnait une dimension politique et sociologique à la technicité de la santé, mais voulait surtout étendre la couverture des soins dans le milieu rural. En cela, les SSP restaient pleinement dans une vision de services de santé fournis par l'initiative publique.

« Les idées n'étaient pas nouvelles. Elles s'inspirèrent à la fois du médecin aux pieds nus chinois et du modèle d'organisation sanitaire ougandais – le livre de M. King <sup>46</sup> a eu une influence indéniable à Alma-Ata. Ce qui était nouveau, c'était la recon-

45. Voir notamment Wim Van Lerberghe et Vincent de Brouwere, «État de santé et santé de l'État en Afrique sud saharienne», in *Afrique contemporaine*, 2000, *op. cit.*

46. Maurice King, *Medical care in developing countries. A primer on the medicine of poverty and a symposium from Makerere*, Nairobi, Oxford University Press, 1966.

naissance formelle que ces options recevaient de l'ensemble de la communauté internationale. On ne pouvait plus parler de politiques de santé en Afrique sans faire référence aux SSP et à Alma-Ata ».

Mais, au-delà du consensus international sur les grands principes, la question centrale reste leur interprétation, leur application au niveau national et local et leur financement. « Les premières interprétations de la déclaration d'Alma-Ata furent ultra décentralisées et ultra médicalisées. L'agent de santé de village (ASV), un volontaire avec quelques semaines ou quelques mois de formation, serait la solution au manque de formations sanitaires et au fait que, de toute façon, l'État ne fournissait pas l'argent pour les faire fonctionner. La population n'avait qu'à suppléer en fournissant main-d'œuvre et argent. Le tout serait auto-géré et beaucoup mieux intégré dans la culture des populations. La santé deviendrait le fer de lance du développement communautaire »...

« Une deuxième lecture d'Alma-Ata consista à remplacer ce militantisme naïf par un technocratisme qui l'était tout autant. Elle fut présentée par Walsh et Warren en 1979, sous l'étiquette de «SPP sélectifs»<sup>47</sup>. L'idée de base était qu'au lieu de s'occuper de la création d'un réseau de services, on ferait mieux de se concentrer sur un nombre limité de maladies, causes directes de mortalité précoce, pour lesquelles il y avait des solutions techniques. Les SSP se réduiraient ainsi à un problème de logistique: offrir ces techniques à un plus grand nombre de personnes »...

« Une troisième interprétation *thatchérienne* des soins de santé primaire fut d'abord idéologique... Avec la fin de la guerre froide, on n'avait plus besoin de l'État-providence comme contre-poids au *danger communiste* ». Il était préférable de développer le secteur privé, de procéder à «une dérégulation sauvage du curatif qui ne serait que l'officialisation d'un état de fait: une grande

47. Julia A. Walsh et Kenneth S. Warren, "Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries", in *N. Engl. J. Med.*, 1979, 301 (18), p. 967-974; Julia A. Walsh, "Selectivity within primary health care", in *Soc. Sci. Med.*, 1988, 26, p. 899-902.

partie des fonctionnaires de santé faisaient du privé après (ou pendant) leurs heures de travail». Ceci devait conduire à renoncer «à toute une tradition institutionnelle de responsabilité de l'état et aux objectifs qu'on s'était fixés à Alma-Ata. En fait, il s'agissait de la rationalisation de l'impuissance de l'État et d'une capitulation envers les inégalités en matière de santé » (page 186).

Source: *Afrique contemporaine*.

La «santé pour tous» se dilue progressivement dans la crise des États, le libéralisme triomphant et le montée des inégalités.

#### **L'initiative de Bamako et le retour au district**

«Il fallait donc de nouvelles idées. Grant, directeur général de l'Unicef, sous pression américaine pour lancer de nouvelles initiatives pour l'Afrique, réussit à prendre l'OMS de court au comité régional de l'OMS à Bamako en 1987. Il y proposa une stratégie «simple»: la fourniture de médicaments essentiels pour tous (y compris les vaccins) couplée à l'autofinancement local. Les ministres de la Santé l'adoptèrent sous l'étiquette d'Initiative de Bamako», et l'OMS accepta, à contrecœur il est vrai, d'en faire un axe stratégique. On subventionnerait les médicaments pendant un certain temps; on les revendrait à trois fois le prix, la différence permettant de financer les soins à la mère et à l'enfant et de rendre gratuits les soins pour les indigents. Cela résoudrait le problème des coûts récurrents et celui de la sous-utilisation des services, tout en évitant les dégâts d'une privatisation sauvage. Vers le début des années quatre-vingt-dix, l'Unicef intervint directement, à travers l'Initiative de Bamako, dans 1794 formations sanitaires: 221 des 1048 districts de 18 pays. Une bonne partie de l'aide financée par plusieurs pays européens et par l'Union européenne se fit selon des approches similaires.

Entre temps, l'OMS réussissait quand même, à un moment où Mahler s'appropriait à laisser son poste de directeur général, à recentrer le débat à la conférence de Harare de 1987. C'était un retour à la notion de district de santé»...

Mais l'OMS était déjà en perte de vitesse. Le début des années quatre-vingt-dix marquait l'ascension de la Banque Mondiale comme acteur déterminant sur la scène de la santé africaine. En 1990, la Banque mondiale prêta en Afrique 382 millions de dollars pour la santé. En 1997, les prêts de la Banque s'élevaient à 940 millions de dollars, une somme qui restait relativement réduite par rapport à celle des autres donateurs. Le rôle stratégique de ces prêts était cependant considérable étant donné la faiblesse de l'OMS d'après Mahler et le manque de technicité de l'Union européenne, un des bailleurs de fonds les plus importants. »

La succession de consensus provisoires à l'échelle internationale, dans le domaine de la santé, est donc marquée par une concurrence intellectuelle et financière pour établir ou conserver un certain leadership, sous couvert, le plus souvent, de la défense de grands principes. Mais c'est aussi lors de ces débats et de ces combats, surtout si la pression de la « société civile internationale » s'accroît, que progresse l'idée de la santé comme bien public à l'échelle mondiale, l'idée que le droit à la santé pour tous devrait prédominer sur les règles du commerce, de la protection de la propriété intellectuelle et du taux de rentabilité des industries pharmaceutiques.

Source: *Afrique contemporaine*.

### ***La politique publique au niveau local et national***

Il faut, cependant, toujours avoir en tête le grand écart entre les déclarations de principe et les réalités de terrain. Si on reprend les analyses de Brunet-Jailly sur les politiques de santé de la plupart des pays africains, on y voit surtout « la défense d'intérêts corporatifs au profit des ordres des médecins et des pharmaciens, souvent représentés par le ministre de la Santé, issu de leurs rangs. Il faut se rappeler qu'il est le premier interlocuteur des organisations internationales et particulièrement de l'OMS. D'où les priorités, souvent constatées au niveau d'une

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

médecine urbaine, hospitalière, favorisant le recours à des spécialités coûteuses. Celle-ci privilégie une couche relativement limitée de la population, qui a les moyens d'aller dans le secteur privé». «Si l'on cherche, derrière les apparences, les normes implicites de l'action des pouvoirs publics dans le domaine de la santé, en analysant des résultats objectifs, on met en évidence les points suivants: éviter le scandale public qui pourrait avoir des conséquences politiques (sur des domaines sensibles comme les épidémies), acquérir de l'aide (la santé étant un candidat privilégié aux yeux des bailleurs de fonds toujours préoccupés de savoir que faire des sommes considérables qui doivent être injectées pour réaliser l'ajustement<sup>48</sup>), enfin et surtout protéger les revenus professionnels et les profits pharmaceutiques.»

Et les mêmes analyses, au vitriol ou au scalpel, peuvent être faites sur les répercussions de l'application des orientations internationales, au niveau local. «Tout le bruit fait autour de la participation de la population à la solution de ses problèmes de santé n'a, en rien, contribué depuis plus de 20 ans (conférence d'Alma Ata, 1978), à un progrès dans la participation. Ce sont, en effet, les agents du ministère de la Santé... qui sont venus, avec les assistants techniques de l'Unicef, dans des véhicules quatre-quatre flambant neufs payés par la Banque Mondiale, expliquer aux populations que si elles s'organisaient en association, élisaient un président, votaient des statuts contenant telle ou telle disposition, on leur construirait un centre de santé: applaudissements, photos, nos braves populations sont enthousiastes! et pourtant: rien qui ressemble en quoi que ce soit à la mobilisation des compétences et des énergies de base, rien d'autre, une nouvelle fois que les activités de l'État-parti.<sup>49</sup>»

Depuis au moins une dizaine d'années, de nombreuses études d'anthropologues montrent en Afrique le fonctionnement concret des hôpitaux des villes et des dispensaires de brousse, les coûts d'accès au personnel de santé, l'inadéquation des

48. Joseph Brunet-Jailly, *op. cit.*, p. 75.

49. *Op. cit.*, p. 73.



## NAISSANCE, ESSOR ET LIMITES D'UNE PERSPECTIVE SANITAIRE MONDIALE

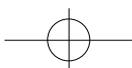
ordonnances aux revenus des malades, les différentes conceptions des maladies et de leurs causes, les «pharmacies trottoir», vendant à l'unité des produits frelatés ou périmés, des contrefaçons, voire des produits toxiques...

Mais aussi des îlots d'unités de santé, travaillant dans le souci des malades, autour souvent d'un médecin compétent et honnête, avec parfois des associations d'usagers ou de représentants des populations, pour gérer des centres communautaires de santé; des améliorations dans le fonctionnement des centrales d'approvisionnement de médicaments génériques, une progression des mutuelles de santé... Et aussi, à travers les réformes en cours, au niveau local et national, la montée d'une prise de conscience et de nouveaux rapports de pouvoir.

Il y a cependant de l'espoir. En mars 1999, 43 pays africains se sont réunis à Bamako, pour évaluer dix ans d'Initiative. Pour la première fois, on y a explicitement formulé le problème en termes de droit: «droit à la santé, aux soins de santé et à la dignité dans les rapports entre citoyens et services de santé». En dépit des luttes d'agenda des diverses organisations internationales impliquées, ces idées semblent faire leur petit bonhomme de chemin parmi la technocratie et dans certains pays. Si les gouvernements réussissent à créer les conditions politiques nécessaires de paix, de stabilité, de démocratisation, de décentralisation, cela donnerait aux systèmes de santé la possibilité de s'organiser pour permettre aux citoyens d'exercer ce droit. La question principale de la santé en Afrique pourrait bien être de créer des contre-pouvoirs, auxquels la «santé publique» serait redevable. On ne peut aller de l'avant si on continue à considérer les populations seulement comme des «cibles» de l'action sanitaire.

Source : Afrique contemporaine, p. 189-190.

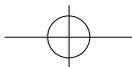
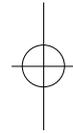
Plus globalement, la santé comme bien public à l'échelle mondiale ne doit pas se limiter aux prises de conscience et politiques au niveau international, mais articuler les trois niveaux





## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

(local, national, mondial). Tout en reconnaissant le rôle important des institutions internationales comme l'OMS ou l'Unicef, la place des États et des professionnels de la santé (médecins, infirmiers, pharmaciens...) ou l'apport des industries pharmaceutiques, c'est aussi refuser de leur reconnaître un monopole de légitimité et d'action. C'est s'efforcer de mettre en œuvre de véritables politiques publiques, fruits de la concertation entre les différents acteurs concernés et ne pas se limiter à de simples politiques étatiques. C'est revenir à l'idée que la santé doit être «l'affaire de tous» et développer des alliances entre «la société civile internationale» et ceux qui, au sein des professionnels, des États et des institutions internationales résistent à la marchandisation de la santé.



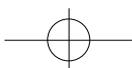


## Deuxième partie

### Une mondialisation privative

Le bien public Santé a progressé en développant des services publics, mais il a aussi eu recours assez souvent à des prestataires privés – délégataires de service public. Des contingences historiques et des stratégies économico-politiques ont permis à certains de ces délégataires d'acquérir des positions hors normes de profit oligopolistique, avec un très fort potentiel de corruption : c'est le cas des grands trusts pharmaceutiques, aux États-Unis notamment, mais c'est aussi le cas, en France par exemple, des multinationales de services qui, dans d'autres secteurs (eau, traitement des déchets), se sont constitué de considérables trésors de guerre et d'influence et entendent désormais se diversifier, dans les systèmes de soin entre autres. Le secteur des assurances n'est pas en reste. Tout ce monde pousse à une privatisation effrénée des services de santé et à un renforcement des rentes de la « propriété intellectuelle ». Il mène une bataille de grande envergure à l'OMC. Mais il ne néglige pas l'Union européenne, dont bien des membres ont été des pionniers du bien public Santé.

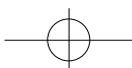
Le lobby ultralibéral, auquel adhère la grande majorité du patronat européen, argue de la meilleure efficacité économique du privé. Tant à propos de la recherche que des niveaux de qualité ou d'universalité des soins, la grande faiblesse de cet argu-





## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

ment va apparaître au fil des chapitres qui vont suivre. Même de leur propre point de vue, les ultralibéraux devraient se souvenir que trop de profit tue le profit. Le court terme engloutit le long terme. La fuite en avant dans les paradis fiscaux ne fait pas que ruiner les financements publics et l'intégrité des décideurs, l'essor des pavillons de complaisance ne fait pas que dégrader rapidement, exemplairement, les conditions de travail et de santé des marins du monde: la course à la dérégulation sociale, si on ne l'enraye pas, ferait entrer les activités de santé dans une spirale récessive, d'abord humaine et ensuite financière. Alors que la reconstruction des régulations et le renforcement de pôles publics dégagés des urgences spéculatives rouvriraient des espaces d'innovation thérapeutique et des possibilités d'élargissement de l'offre de soins, y compris pour les populations les plus « maltraitées ».





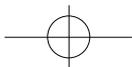
## Le privé est-il plus efficace que le public ?

Philippe Pignarre<sup>1</sup>

**B**eaucoup moins connu que le système militaro-industriel, le système industrialo-médical a une capacité d'influence politique inouïe. Mais la découverte de nouveaux médicaments a toujours été un hybride entre recherche «pure» et recherche appliquée, publique et privée, de long et de court terme. En deux moments importants de l'après-guerre, la diffusion des antibiotiques, puis la mise en place des essais cliniques, ce système a été contraint (à son avantage) d'entrer dans une logique de bien public. Aujourd'hui, sa logique de profit hypertrophiée en est venue à tarir toute possibilité d'hybridation. Les choix du court terme engendrent un enchaînement de cercles vicieux, qui étranglent et stérilisent progressivement la recherche, même celle des grands laboratoires. Description d'une logique suicidaire.

Le «privé» serait toujours plus efficace que le «public»: tel est le postulat dont nous devrions partir. Si la notion de privé est relativement claire, celle de public l'est beaucoup moins. En réfléchissant au contraste privé/public, nous allons encore pouvoir approfondir cette notion si peu utilisée dans la tradition politique française. Le public est ici souvent confondu avec ce

1. Philippe Pignarre, éditeur des «Empêcheurs de penser en rond», chargé de cours à Paris-VIII, est l'auteur notamment du *Grand secret de l'industrie pharmaceutique et de Comment sauver (vraiment) la sécu?*, La Découverte, 2003 et 2004.





## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

qui relève de l'État. On a donc affaire à des systèmes de gestion, généralement très bureaucratiques, dont le paradoxe est que «le public» en est, le plus souvent, totalement exclu! Les militants de gauche ne sont bien souvent pas très clairs sur cette question, se contentant de rapporter la notion de «public» à celle de «service public». Ce dernier est principalement défini par les avantages de ceux qui y travaillent: les fonctionnaires.

Or, l'État est le plus mauvais point de départ pour penser le public. Il faut, à l'inverse, partir du public pour in fine demander à l'État et à ses fonctionnaires de garantir ce sur quoi le public s'est mobilisé et a considéré que ses intérêts ne pouvaient être préservés autrement. La notion de public s'élargit alors considérablement et n'est pas quelque chose de fixé une fois pour toutes: c'est tout ce qui augmente la capacité d'agir d'un collectif.

Il n'est pas étonnant que dans un pays comme les États-Unis, le pouvoir grandissant des sociétés privées accompagne justement le déclin du public, c'est-à-dire de toutes les formes collectives d'organisation, ce que certains sociologues appellent la perte de «capital social». C'est parce que le public s'absente que le privé peut alors négocier ses affaires, sans obstacles, sans avoir à rendre de comptes.

Si le privé est toujours plus efficace, alors le public doit cesser de revendiquer, de se défendre, de formuler des exigences. Plus le public recule et plus les intérêts privés occupent le terrain. Il n'y a aucune frontière qui délimiterait a priori et une bonne fois pour toutes, les fonctions régaliennes de l'État qui échapperaient au privé. Donald Rumsfeld, ministre de la Défense des États-Unis, s'est même engagé dans une privatisation partielle de l'armée américaine justifiée ainsi: «Les programmes gouvernementaux ne connaissent pas la rigueur des marchés [...]. Une privatisation peut restaurer de la discipline». Ce sont des firmes privées qui assurent de plus en plus la construction, l'entretien et même la sécurité des bases militaires américaines.



## LE PRIVÉ EST-IL PLUS EFFICACE QUE LE PUBLIC ?

C'est toujours avec l'idée de dépenser moins d'argent, de mieux réguler les dépenses, d'être plus efficaces, que l'on demande au public de s'éclipser. La «bureaucratie», qui suivrait inéluctablement les manifestations du public, coûterait finalement plus cher que la rémunération des actionnaires des firmes privées mobilisées pour la remplacer, même si toutes les expériences concrètes montrent que c'est l'éclipse du public qui favorise la prise du pouvoir par une bureaucratie souvent peu efficace.

Le principe au cœur de toutes les opérations de privatisation est l'idée de concurrence. Grâce à la concurrence, les clients seraient mieux servis, auraient plus de choix et à de meilleurs coûts. Le rôle de l'État est alors seulement de garantir la concurrence, en particulier grâce aux lois antitrust.

Le privé permettrait aussi de mieux combattre la corruption. Qu'un appareil administratif puisse, entre autres, décider d'un prix uniforme pour un médicament, qui sera remboursé de manière également uniforme, donne un pouvoir beaucoup trop grand à un petit nombre de personnes qu'il devient possible de corrompre. Ils pourront, par exemple, espérer devenir, plus tard, les conseillers bien rémunérés de laboratoires pharmaceutiques. C'est souvent l'espoir de pouvoir gagner entre 60 000 et 100 000 € par an, pour quelques réunions par mois, pendant lesquelles le conseiller fera profiter les dirigeants du laboratoire de sa bonne connaissance des circuits administratifs et mettra éventuellement son carnet d'adresses à leur service. Cela ne marche évidemment pas à tous les coups. De nombreux membres des commissions des Agences du médicament en Europe sont au-dessus de tout soupçon. Pour les partisans de la privatisation, si une Sécurité sociale unique est remplacée par des assurances multiples, qui auront le pouvoir de négocier les prix chacune pour son compte, cela permettrait d'échapper encore mieux à ce risque de corruption.



## La médecine des preuves peut-elle se passer du public ?

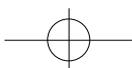
La manière dont l'État régule actuellement le système de santé donne de la crédibilité à ces critiques. Le système d'assurance-maladie dans un pays comme la France se caractérise par l'absence de contrôle, l'absence de transparence, l'absence de procédures de vérification et d'évaluation. On peut prendre de ce point de vue l'exemple des études cliniques.

Pour qu'un médicament soit mis sur le marché, le laboratoire pharmaceutique inventeur doit fournir un dossier qui montre que le produit est plus efficace qu'un placebo et que ses effets secondaires ne viennent pas contrebalancer ses avantages. Mais ces études sont bien souvent incroyablement limitées : l'effet biologique vérifié d'une molécule peut très bien ne pas avoir été confirmé par une étude clinique sur une durée de temps suffisante. Plusieurs cas montrent qu'un effet biologique incontestable ne s'accompagne pas toujours d'un effet clinique au sens où le médicament allongerait la durée de vie ou limiterait la morbidité. On est en droit de se poser la question avec les anti-hypertenseurs, les hypolipémiants<sup>2</sup>, tous ces médicaments qui doivent être pris de manière chronique et qui représentent des marchés gigantesques. Longtemps après leur mise sur le marché, lorsque des chercheurs souvent indépendants réalisent des études mesurant la mortalité, leurs résultats ne sont pas du tout ce qu'on en attendait. Mais les industriels font tout ce qu'ils peuvent pour éviter, après la mise sur le marché, de réaliser des études comparatives sur de longues périodes.

L'industrie pharmaceutique était contre ces essais cliniques quand ils ont été préconisés par ceux qu'on a appelés les «réfor-

---

2. Ce sont des médicaments destinés à faire baisser le taux de mauvais cholestérol. Dans cette pathologie, le régime et les précautions diététiques servent le plus souvent à aviver la prescription d'un médicament de la famille des statines.



## LE PRIVÉ EST-IL PLUS EFFICACE QUE LE PUBLIC ?

mateurs thérapeutiques » aux États-Unis, des médecins qui se sont alliés à des statisticiens, de plus en plus inquiets de la prolifération sans contrôle de médicaments commercialisés par les laboratoires pharmaceutiques<sup>3</sup>. Les réformateurs ont commencé à se mobiliser à la veille de la seconde guerre mondiale mais il a fallu l'affaire de la Thalidomide, au début des années soixante, pour que le rapport de force change: le public a pu s'imposer. Il devenait impossible d'argumenter en expliquant que le « marché » était le meilleur régulateur. Chaque patient, individuellement, même si c'était lui qui payait les médicaments de sa poche, était impuissant devant l'offre faite par l'industrie pharmaceutique. On ne pouvait plus dire: cela ne concerne que des contractants privés. L'État devenait alors chargé de créer, ou de renforcer, les structures nécessaires à la protection du public. Cela a rendu furieux les plus libéraux qui détestent les leçons de pragmatisme et n'ont donc jamais accepté qu'une structure publique (les agences du médicament en Europe, la Food and Drug Administration aux États-Unis) intervienne sur le marché, ce qui ne va pas très bien avec leur théorie. À chaque occasion, ils se battent pour en limiter le pouvoir, ou même tout simplement la faire disparaître.

Mais les études cliniques se sont imposées sur la base d'un compromis dont on paie aujourd'hui le prix. Les laboratoires pharmaceutiques ont accepté cette procédure, mais à la condition d'en être les seuls maîtres: les pouvoirs publics ne se doteraient d'aucun moyen pour faire des études cliniques. Les agences ont eu, du même coup, des pouvoirs extrêmement limités: on a toujours voulu les contenir dans le rôle d'instance de contrôle avec le minimum de pouvoirs d'initiative. Cela a été une lutte de tous les instants pour réussir à élargir leur rôle: obligation d'obtenir le « consentement éclairé » des patients, contrôle du protocole de l'étude par un comité d'éthique.

3. Cette histoire est racontée dans Harry Marks, *La Médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*, Les Empêcheurs de penser en rond, 2001.



## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

Malgré les obstacles, dans tous les pays, y compris les plus libéraux, les pouvoirs du privé ont donc dû être mis sous contrôle même si on est en droit de juger que c'est de manière encore insuffisante.

Le problème des structures publiques, c'est que rien n'est fait pour qu'elles traduisent la mobilisation du public. Si les membres des agences peuvent être corrompus, ce n'est pas parce que ce sont des structures publiques mais, à l'inverse, parce qu'elles ne le sont pas assez. Elles sont formées d'experts qui se flattent de leur neutralité et de leur indépendance. Peut-être serait-il préférable de mettre un terme à cette conception de l'expertise car elle implique la remise du pouvoir du public entre les mains de personnes qui doivent être «sans intérêts». Il serait peut-être moins hypocrite d'avoir des experts attachés à ceux pour qui ils travaillent: des experts représentant l'industrie pharmaceutique, les associations de patients, des équipes précises de chercheurs, les médecins... et que les débats entre eux soient publics. On saurait alors qui parle au nom de qui. On obtiendrait ainsi une politisation de chaque débat, ce qui favorise le rôle et la possibilité d'intervention du public. Mais c'est cette politisation que craignent le plus ceux qui ne veulent pas favoriser l'émergence d'un public et consolider le pouvoir du privé. La logique actuelle est de «protéger» le public et non pas de le rendre plus fort en lui faisant jouer un rôle d'acteur.

Ce qui s'applique ici aux médicaments est également valable pour tous les autres biens de santé. Le maximum de transparence, d'évaluation ne peut pas être garanti par le privé et la mise en concurrence. Il l'est bien plus par l'implication du public. Les associations de patients se créent d'ailleurs le plus souvent pour réagir aux endroits où le système montre ses carences. Le caractère pervers du système actuel, c'est qu'on est toujours réticent à accueillir les représentants de ces associations alors que ce devrait être considéré, par tous les acteurs du





## LE PRIVÉ EST-IL PLUS EFFICACE QUE LE PUBLIC ?

système public, comme une opportunité et un moyen privilégié de se défendre contre le privé.

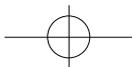
### Les logiques d'un système entièrement privé

Imaginons maintenant un système qui serait à l'opposé de celui où les usagers sont mobilisés sous la forme d'un public.

Les assurances couvrant les patients sont en concurrence les unes avec les autres. On assiste au développement d'une logique totalement différente. Le souci de rentabilité les amène d'abord à tout faire pour exclure les personnes présentant les risques les plus lourds, ou à faire varier les tarifs d'assurance en fonction des risques présentés – comme c'est le cas lorsqu'on assure un véhicule. Cela peut commencer avec des comportements qu'il pourra paraître justifié de sanctionner (comme le fait de fumer), mais qui seront une porte d'entrée vers la prise en compte d'autres risques (prédiction génétique par exemple, âge du candidat à l'assurance).

L'idée de faire appel au privé pour réguler les dépenses de santé revient en fait à privatiser le niveau intermédiaire qui existe entre l'offre de soins d'un côté et les patients de l'autre et qui est actuellement occupé, en France, par la Sécurité sociale. Il s'agit de créer un nouveau type d'entreprises – des «opérateurs» qui vont négocier avec ceux qui offrent des soins<sup>4</sup>: les hôpitaux, les laboratoires pharmaceutiques, les médecins. Ils fourniront ensuite des propositions sous forme de «paquet» (on a déjà prévu d'appeler cela «panier de soins») aux patients. C'est donc un marché très compliqué qui s'instaure et qui continue à ne pas avoir grand chose en commun avec les marchés des biens de consommation habituels. L'assurance qui vous couvre aura négocié avec un réseau de médecins, aura choisi un certain nombre d'hôpitaux et également une liste précise de

4. Il s'agit des Health Maintenance Organisation (HMO) qui se sont développés aux États-Unis.



## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

médicaments qu'elle accepte de rembourser (avec une franchise). Il ne sera plus possible de sortir de ce réseau imposé, sauf à prendre en charge soi-même la totalité des dépenses. La liberté des uns (de nouvelles firmes privées auxquelles les assurances confient la création de ce type de réseau) a donc ici pour conséquence l'encadrement strict des autres: en l'occurrence les patients. La décision de retenir un médicament plutôt qu'un autre dans la liste de ceux qui sont pris en charge et remboursés, dépend alors uniquement des conditions commerciales que le laboratoire fabriquant accepte de faire.

Un tel système crée-t-il plus de transparence, de contrôle, de vérification, de transparence, d'évaluation? À l'évidence, non: il développe et multiplie au contraire les secrets. Le laboratoire ne dévoile pas les prix auquel il cède ses médicaments à une de ces firmes intermédiaires. Car les autres exigeraient les mêmes avantages.

Les médecins voient leur métier totalement transformé par ce nouveau système: ils doivent adhérer à des réseaux reconnus par les firmes intermédiaires qui négocient, en conséquence, le prix et même la durée de leurs consultations. Ils peuvent même tout simplement devenir les salariés de ces nouvelles entreprises. Ils sont le pot de terre contre le pot de fer.

Plus les gens sont pauvres et plus ils sont défavorisés par un système régulé par le privé. Tous ceux qui n'ont pas de couverture sociale sont aussi dans une liberté totale de choix: mais c'est pour eux que les prix sont les plus élevés. Ils paient leurs médicaments au prix public librement décidé par les industriels, sans que personne n'ait eu le pouvoir de le négocier. Ils paient aussi le prix maximum à l'hôpital ou s'en voient même refuser l'accès.

Personne ne propose aujourd'hui un tel système qui nous alignerait sur les États-Unis, sauf peut-être les compagnies d'assurance qui ont proposé de gérer expérimentalement certaines régions en concurrence avec la Sécurité sociale. Mais toute mesure de privatisation, même partielle dans un premier temps,

## LE PRIVÉ EST-IL PLUS EFFICACE QUE LE PUBLIC?

implique le développement d'une logique qui appelle toujours plus de privatisation. On ne voit plus alors d'autres solutions, pour résoudre les problèmes qui se posent, qu'avancer encore un peu plus dans la privatisation. À l'inverse, l'appel au public (associations de patients par exemple) appelle à développer toujours de nouveaux moyens de mobilisation de ce public pour résoudre les problèmes nouveaux.

Mais ce n'est pas seulement un exercice de pensée qui permet de contraster le public et le privé. Aussi mal organisés soient-ils, les systèmes publics actuels ont été comparés à des systèmes privés par plusieurs auteurs. Ces études montrent que les frais d'administration par le privé sont beaucoup plus élevés que dans un système public : 2,5 % du PIB aux États-Unis contre 0,5 % pour le Canada qui a un système de prise en charge très proche du nôtre<sup>5</sup>. Il y a trois raisons à cela : le coût de la vente des primes d'assurance, le coût de perception des primes d'assurance et les coûts administratifs beaucoup plus élevés liés au paiement des factures. Ces chiffres n'ont pas été réfutés.

Mais le plus important pourrait être ailleurs. À chaque fois que l'accès aux soins est rendu plus difficile par le paiement d'une franchise, les plus pauvres hésitent avant d'aller consulter, ils ne réduisent pas seulement les services qui sont d'un intérêt faible pour leur santé, mais également des moyens qui les empêcheraient de développer des pathologies plus graves. Il n'est pas certain que la collectivité y soit gagnante.

5. Steffie Woolhandler et David U. Himmelstein, "The Deteriorating Administrative Efficiency of the US Health Care System", in *New England Journal of Medicine*, 324 (18, 1991), p. 1253-1258. Voir aussi Anne Lefebvre et Lee Soderstrom, *Le vieillissement de la population québécoise : conséquences sur le financement des dépenses publiques de santé*, Université McGill, Département des sciences économiques, novembre 2000.



## L'exemple américain

Il peut être instructif de comparer les résultats obtenus par le système de santé américain qui fait le plus largement possible appel au privé<sup>6</sup>.

L'espérance de vie à la naissance est de 79,5 ans pour les femmes et de 74,1 pour les hommes, ce qui met les États-Unis en 21<sup>e</sup> position mondiale (en France elle est de 82,7 ans et 75,2, 3<sup>e</sup> position mondiale).

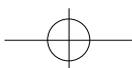
La mortalité infantile est de 6,9 pour 1000 naissances. Cela met les États-Unis en 25<sup>e</sup> position, derrière tous les pays riches (la France est en 10<sup>e</sup> position avec un taux de 4,6).

La mortalité prématurée (indice qui permet de mesurer la mortalité parmi les groupes les plus jeunes de la population) est plus élevée aux États-Unis de 21% par rapport à la moyenne de tous les pays de l'OCDE. Ce pays arrive avant-dernier, juste devant la Hongrie (la France est en 8<sup>e</sup> position).

Alors que le cancer est devenu la deuxième cause de mortalité chez les femmes dans les pays riches, les États-Unis ont des taux de mortalité supérieure à la France pour les cancers du col de l'utérus, du côlon et du poumon. Il n'y a que pour les cancers du sein qu'ils sont devant la France (très en retard sur cette question), sans toutefois faire mieux que la 13<sup>e</sup> place.

Les taux de mortalité dus aux maladies cardio-vasculaires sont de 110 femmes et de 194 hommes pour 100000 aux États-

6. Tous ces chiffres sont extraits du dernier rapport de l'OCDE: *Panorama de la santé. Les indicateurs de l'OCDE 2003*, Organisation de coopération et de développement économiques, 2003. Ces chiffres publiés en 2003 sont ceux de l'année 2001. Pour la France, les chiffres 2002 sont disponibles au moment où nous écrivons, mais il est encore trop tôt pour faire des comparaisons internationales. L'OCDE regroupe l'ensemble des pays riches (Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Danemark, Espagne, États-Unis, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Italie, Japon, Luxembourg, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède, Suisse), certains des anciens pays de l'Est (Hongrie, Pologne, République slovaque, République tchèque), plus la Corée, le Mexique et la Turquie.



## LE PRIVÉ EST-IL PLUS EFFICACE QUE LE PUBLIC?

Unis contre 29 et 73 en France (là encore, les États-Unis sont dans le bas du tableau).

Évidemment tous ces chiffres ne dépendent pas seulement du système de santé et de la prise en charge médicale. Ils renvoient aussi aux modes de vie, mais on ne peut pas nier que les traitements médicaux ont des conséquences importantes sur les taux de mortalité dus par exemple aux maladies cardio-vasculaires.

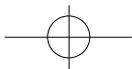
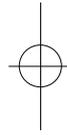
Les résultats du système de santé américain ne sont donc pas très brillants. Ils occupent une position généralement en dessous de la moyenne de l'ensemble des pays riches. En revanche, les résultats obtenus apparaissent comme franchement catastrophiques si on les compare aux ressources qui y sont consacrées.

En termes de dépenses totales de santé par habitant, les États-Unis se trouvent largement au-dessus de tous les autres pays de l'OCDE. En 2001, ils ont dépensé 4887 \$ par habitant, soit 2,3 fois plus que la moyenne des pays de l'OCDE (la France a dépensé 2561 \$). Cela fait que les États-Unis ont consacré, en 2001, 13,9 % de leur PIB (produit intérieur brut) aux dépenses de santé (contre 9,5 % en France).

En ce qui concerne la dépense en médicaments, les États-Unis occupent la première place avec 605 \$ par habitant (la France est en seconde position avec 537 \$). Entre 1990 et 2001 la dépense en produits pharmaceutiques par habitant a augmenté de 90% aux États-Unis (contre 63% en France). Mais il faut signaler que les médicaments ne représentent que 12,4 % des dépenses totales de santé contre 21 % en France.

C'est, en revanche, aux États-Unis que la majeure partie des dépenses de santé relèvent du privé : 55,6 % (contre 24 % en France, et encore la contribution des mutuelles est ici abusivement considérée comme relevant du privé). Les États-Unis sont aujourd'hui le seul pays de l'OCDE où le public intervient de manière minoritaire dans les dépenses de santé.

Est-ce ce modèle qu'il faut imposer au reste du monde ?





## La politique américaine en matière d'accès aux médicaments

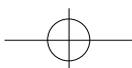
*Élisabeth Chamorand*

**Le propos du chapitre précédent peut être abondamment illustré à partir d'un enchaînement de faits concrets, s'inscrivant dans la stratégie d'hégémonie de l'oligopole pharmaceutique américain. Comment cet oligopole a-t-il imposé ses vues à l'OMC et à la planète? Quelles sont les conséquences, depuis la santé aux États-Unis jusqu'à la privation de soins de milliards d'êtres humains?**

Au cours des années quatre-vingt-dix, l'industrie pharmaceutique des États-Unis est parvenue à dominer l'industrie mondiale des médicaments. Elle a réalisé des bénéfices presque 4 fois supérieurs à ceux des grandes entreprises américaines<sup>7</sup>; en 2002, les dix plus grandes entreprises pharmaceutiques ont enregistré un bénéfice net de 17% sur leurs ventes alors que la moyenne était de 3,1% pour l'ensemble des 500 plus grandes entreprises<sup>8</sup>. Leur budget de recherche n'a fait qu'augmenter durant la dernière décennie et leur a permis de dépasser leurs concurrentes européennes. Ces dernières cherchent à s'implanter aux États-Unis pour se rapprocher des grands centres de recherche, attirer les meilleurs chercheurs et profiter de

7. Franck Clemente *et al.*, "America's Other Drug Problem", 2002, [www.citizen.org/RXfacts](http://www.citizen.org/RXfacts).

8. « The 2002 Fortune 500 », in *Fortune*, 21 avril 2003.



l'immense marché américain qui représente la moitié des ventes de médicaments. On compte 9 entreprises américaines parmi les 14 premières entreprises pharmaceutiques (classées selon le chiffre d'affaires)<sup>9</sup>. Elles produisaient 8 des 10 médicaments les plus vendus dans le monde en 2003<sup>10</sup>. Ces entreprises pharmaceutiques se sont acquies le soutien du gouvernement américain par leurs contributions aux campagnes électorales: elles ont consacré 403 millions de dollars pour influencer la politique américaine entre 1997 et 2001, dont 78,1 million pour la seule année 2001, et se sont félicitées d'avoir contribué à l'élection d'une majorité de Républicains au Congrès en 2002<sup>11</sup>. Elles consacrent encore plus d'argent à la défense de leurs intérêts auprès du Congrès et de l'exécutif en employant plus de 600 personnes, souvent d'anciens fonctionnaires et parlementaires bien rodés à l'exercice du «lobbying». Ainsi, il existe une vraie symbiose entre dirigeants de grands laboratoires et Républicains: «Ils partagent la même vision du monde après avoir été collègues et amis à la fois dans le privé et dans le monde politique<sup>12</sup>», écrit le Wall Street Journal. L'exemple le plus récent est la nomination de Randall Tobias, ancien PDG de Eli Lilly, au poste de directeur du programme américain de lutte contre le sida en Afrique et dans les Caraïbes.

### La stratégie de l'industrie pharmaceutique

Forte du soutien du gouvernement, l'industrie pharmaceutique est libre de fixer les prix sur le marché intérieur, prétextant que ses prix élevés sont justifiés par le coût de la mise au point de nouveaux médicaments; jusqu'ici, elle a réussi à ce que

9. *Idem*.

10. *US FDA Commissioner McClellan: need global framework for sharing cost of R & D*, 21 octobre 2003, [www.cptech.org](http://www.cptech.org).

11. Cf. "America's Other Drug Problem", article cité.

12. *Wall Street Journal*, 6 mars 2001, p. A8.

## LA POLITIQUE AMÉRICAINE EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS

la Cour des Comptes législative ne puisse pas avoir accès à la comptabilité complète des entreprises pharmaceutiques. Elle vient de remporter un succès en novembre 2003 dans la réforme de l'assurance-maladie de Medicare qui accorde enfin aux personnes âgées et handicapées une couverture partielle de leurs dépenses en médicaments : le gouvernement fédéral a renoncé explicitement à toute négociation sur les prix et va consacrer des sommes considérables à subventionner la couverture des médicaments. L'industrie pharmaceutique peut ainsi escompter une augmentation de 37% de ses bénéfices dans les années à venir<sup>13</sup>. Outre son opposition à tout contrôle des prix, elle est libre d'axer sa recherche sur les débouchés lucratifs des pays développés tout en jouissant d'importantes exonérations fiscales. Elle bénéficie d'une grande liberté pour le marketing et la publicité : elle peut faire de la publicité directe auprès du public, encourageant ainsi une utilisation irrationnelle et dangereuse de ses médicaments. Elle consacre près de 3 fois plus au marketing et à la publicité qu'à la recherche proprement dite, ce qui lui permet d'utiliser les méthodes les plus sophistiquées pour influencer le corps médical. Elle est parvenue à obtenir une extension de la durée effective de ses brevets au cours des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix et mène une guerre aux entreprises de génériques, n'hésitant pas à leur intenter de longs procès ou à conclure des accords illicites avec elles afin de proroger un brevet. Enfin, elle a profité largement de la recherche publique des National Institutes of Health (NIH) et des universités. À partir des années quatre-vingt, le Congrès a autorisé une collaboration étroite entre l'industrie et le gouvernement, dont les NIH, subventionnés à hauteur de 27,9 milliards en 2003. Cette collaboration a conduit rapidement à ce que des chercheurs fassent passer l'intérêt des entreprises avant l'intérêt

13. Alan Sager et Deborah Socolar, *61% of Medicare's New Prescription Drug Subsidy is Windfall Profit to Drug Makers*, 31 octobre 2003, [www.healthreformprogram.org](http://www.healthreformprogram.org).

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

public. C'est la même stratégie qui prévaut en dehors du territoire national :

– réduire le contrôle du prix des médicaments en Europe, accusée de profiter des contribuables américains en permettant que des médicaments de marque soient vendus à moitié prix de ce qu'ils coûtent aux États-Unis, ou en Australie et au Brésil où les prix sont aussi très inférieurs aux prix pratiqués aux États-Unis;

– lutter contre la concurrence des médicaments génériques sur tous les continents. Même si l'Afrique subsaharienne ne représente qu'environ 1 % du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique, les firmes américaines ne veulent abandonner aucun marché aux génériqueurs, et comptent s'implanter sur de nouveaux marchés, particulièrement ceux des pays à développement intermédiaire où elles misent sur la demande de la bourgeoisie locale. Leur groupe de pression, « the Pharmaceutical Research and Manufacturers of America » (PhRMA), est constamment en contact avec le commissaire au commerce international (USTR) Robert B. Zoellick. Il contribue à définir la politique commerciale, et ainsi la politique étrangère des États-Unis. En période de crise, PhRMA s'adresse même directement à la Maison-Blanche pour défendre ses intérêts. Certains pays européens ont parfois eu des désaccords avec le gouvernement américain dans la mesure où, n'ayant pas une production pharmaceutique aussi importante, ils ont fait passer d'autres intérêts avant ceux de l'industrie pharmaceutique. Mais comme leurs élites dirigeantes se sont ralliées au néolibéralisme et sont représentées par le commissaire européen au commerce dans les négociations internationales, ces pays se sont généralement alignés sur la politique de Washington et sa défense des intérêts de l'industrie pharmaceutique.

## La conquête du marché mondial, l'OMC et l'accord Adpic

Pour soutenir leurs oligopoles, les États-Unis ont joué le rôle de chef de file dans la mise en place et la défense de l'Accord sur les Aspects des Droits de Propriété Intellectuelle liés au Commerce (Adpic), finalisé en 1994. Cet accord a été obtenu au terme d'une campagne menée essentiellement par les dirigeants de l'industrie informatique et de l'industrie pharmaceutique. Les PDG d'IBM et de Pfizer regroupèrent 11 autres transnationales, dont 3 firmes pharmaceutiques américaines, pour former le Comité de protection de la propriété intellectuelle qui allait coopter des organisations d'hommes d'affaires européens et japonais, et fixer le cadre général de l'Adpic<sup>14</sup>. Les représentants de l'industrie pharmaceutique eurent un rôle prépondérant, la participation d'experts en santé publique fut réduite, et « les pays en développement furent encouragés à accepter l'accord par des incitations commerciales, et menacés de sanctions sévères s'ils refusaient »<sup>15</sup>. Dans ces négociations internationales et celles qui suivirent, les États-Unis ont utilisé leurs immenses moyens de pression pour obtenir l'aval des pays du Sud, qui ne disposaient pas de suffisamment de personnel en poste à Genève, de juristes et d'informations, et sur lesquels ils pouvaient exercer un chantage économique. L'Adpic octroie la protection d'un brevet pour n'importe quelle invention, dans n'importe quel domaine technologique, pendant 20 ans à partir de la date où la demande de brevet a été déposée. Si les pays en développement voulaient devenir membres de l'OMC, il leur fallait accepter l'ensemble des accords et aligner leur législation sur les règles de l'Adpic. Deux mesures, destinées à obtenir l'accord des pays en développement, limitent les droits conférés

14. Oxfam GB briefing paper, Pfizer, *Formula for Fairness: Patients' Rights Before Patent Rights*, section 5, juillet 2001

15. Frederick M. Abbott, cité dans *TAC Open Letter and Challenge to the IPI President*, 2 mars 2001, [www.cptech.org](http://www.cptech.org).

par les brevets: les importations parallèles et les licences obligatoires.

Étant donné les écarts de prix des médicaments brevetés d'un pays à un autre, un gouvernement peut, sans l'autorisation du détenteur du brevet, importer un médicament breveté depuis un pays où ce médicament est commercialisé avec l'accord du détenteur du brevet, mais où il est moins coûteux. Deux articles de l'Adpic permettent d'octroyer des licences obligatoires à un tiers, sans l'autorisation du détenteur du brevet, pour des raisons d'intérêt général. S'il est vrai qu'il n'existe pas d'obstacle juridique à ce que les pays en développement aient recours aux licences obligatoires, ils n'ont pas utilisé ce moyen de se procurer des génériques par manque d'infrastructures administrative et judiciaire, par manque de capacité technologique ou économique, mais aussi par crainte de poursuites judiciaires ou de mesures de rétorsion économique.

## **2001 : des compromis**

En réponse à la pression de l'opinion internationale et à la concurrence de génériques antirétroviraux (ARV), le gouvernement américain et les firmes américaines ont été amenés à assouplir leur politique. Le procès intenté au gouvernement sud-africain, confronté à une catastrophe sanitaire, jeta le discrédit sur les dirigeants de l'industrie pharmaceutique. Diverses organisations humanitaires, de défense du droit à la santé et de consommateurs se regroupèrent en une coalition qui, à partir de 1999, a lutté pour l'accès aux médicaments essentiels à des prix abordables et dénoncé la politique américaine qui barre l'accès aux génériques – en particulier aux ARV génériques. Cette coalition a contraint les firmes à renoncer à leur procès en avril 2001. Alors que la longue confrontation avec le gouvernement sud-africain avait nui à leur image, la mise sur le marché d'ARV génériques à des prix très inférieurs à ceux pratiqués

## LA POLITIQUE AMÉRICAINE EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS

par les multinationales a contribué encore plus à déconsidérer les dirigeants des grands laboratoires; ils tentèrent alors de parer au danger de la concurrence des génériques et de regagner du terrain sur le plan politique.

Le programme « Accelerating Access », lancé en 2000 par cinq multinationales, dont Merck et Bristol-Myers Squibb, en partenariat avec l'ONU et la Banque mondiale, n'avait permis qu'à une infime minorité de personnes séropositives dans trois pays en développement de bénéficier de tarifs préférentiels. L'offre du génériqueur Cipla en février 2001 déclencha une baisse générale des prix. Les multinationales alignèrent alors leurs tarifs sur ceux des génériqueurs, mais se gardèrent de proposer des réductions importantes dans les pays où il n'y avait pas de concurrence. Leurs offres ont de toute façon été assorties de conditions si restrictives qu'elles limitent, retardent ou interdisent tout accès aux thérapies antirétrovirales. Act Up Paris a dénoncé le secret qui entoure les quelques accords signés, mais aussi les effets pervers du programme: «instrumentalisation des institutions internationales de santé, discrimination entre pays, contrôle des marchés, court-circuitage des systèmes nationaux d'approvisionnement en médicaments, développement de prescriptions irrationnelles et dangereuses»<sup>16</sup>. En fait, « Accelerating Access » visait essentiellement à saper la légitimité de la lutte pour l'accès aux médicaments génériques.

Devant la mobilisation des pays en développement lors de la rencontre ministérielle de l'OMC à Doha en novembre 2001, les États-Unis furent contraints à quelques concessions. Les délégués des pays en développement souhaitaient une interprétation souple, mais juridiquement claire de l'Adpic. Les délégués américains ont alors adopté une stratégie d'obstruction: ils ont tenté de limiter la portée de la Déclaration sur l'Adpic et la santé publique, ils ont offert de fausses concessions pour diviser

16. Act Up Paris, «Accelerating Access au service des compagnies pharmaceutiques et de la corruption des systèmes sanitaires», dossier de presse, 11 mai 2002.

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

les pays en développement, ils ont refusé d'aborder le problème des pays sans capacité de produire des médicaments, ils ont jeté le discrédit sur les positions avancées par les deux producteurs de génériques, l'Inde et le Brésil. Même si l'administration Bush a accepté une déclaration politique donnant la primauté à la santé publique, elle était loin d'avoir abandonné la partie; au même moment, elle poussait au vote de la législation «Fast Track», prônant une mise en œuvre accélérée de l'Adpic, l'élimination de tout contrôle des prix et un niveau de protection de la propriété intellectuelle par leurs partenaires commerciaux égal à celui des États-Unis, législation finalement votée en juillet 2002.

L'administration américaine donna l'impression de soutenir le projet de Kofi Annan de créer un Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme au G8 de juillet 2001. Mais si les pays de l'OCDE avaient versé une contribution proportionnelle à leur PNB, les États-Unis auraient dû verser plus de 4 milliards de dollars chaque année sur les 10 milliards nécessaires pour combattre ces trois maladies. En réalité, les engagements des pays de l'OCDE n'ont pas été à la hauteur des besoins. Bien que les États-Unis soient le plus important donateur des pays de l'OCDE en 2002 et 2003, leur contribution de 623 millions de dollars sur 2 ans, soit 37% de toutes les contributions en fin d'année 2003<sup>17</sup>, est une somme dérisoire comparée aux besoins sanitaires des pays en développement, au coût élevé du remboursement de leur dette, et aux dépenses militaires des États-Unis (l'engagement militaire en Irak revenait à 4 milliards de dollars par mois aux contribuables américains en début de 2004). De ce fait, le Fonds mondial a dû réduire le financement de la troisième série de subventions en octobre 2003, et compter sur les promesses de dons pour 2004 pour financer ces subventions. L'administration Bush n'avait demandé que 200 millions de crédits pour le

17. The Global Fund, *Update on Resource Mobilization*, 10 novembre 2003, [www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org).

## LA POLITIQUE AMÉRICAINE EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS

Fonds lors de la préparation du budget 2004 ; le Congrès s'est montré plus généreux en accordant 550 millions. Au début de 2004, le président Bush a clairement indiqué le peu d'importance qu'il attachait à ce programme multilatéral en ne demandant à nouveau que 200 millions de crédits pour l'année fiscale 2005. Le Fonds mondial a ainsi surtout servi à donner le change en 2001 et sauver les accords sur la propriété intellectuelle, mais l'espoir qu'il représentait pour les malades s'est révélé être un leurre, et sans une augmentation massive des contributions, le Fonds mondial ne pourra financer le traitement antirétroviral que d'un très faible nombre de personnes infectées.

En fait, l'administration Bush continue de donner la préférence à ses propres programmes d'aide aux pays en développement afin de :

- subventionner les grandes entreprises pharmaceutiques américaines, «Big Pharma», en achetant leurs médicaments de marque onéreux et en écartant les génériques sous le prétexte fallacieux qu'ils ne répondent pas aux normes internationales de sécurité (bien que l'OMS les ait qualifiés de sûrs et efficaces) ;

- satisfaire une partie de son électorat, l'extrême droite chrétienne, aux idées surannées en matière de lutte contre le VIH/sida.

Ainsi, le président Bush a annoncé début 2003 un programme de lutte contre le VIH/sida (le Pefpar) de 15 milliards de dollars sur cinq ans, dans douze pays africains ainsi qu'en Haïti et Guyane, mais il n'en a révélé le contenu précis qu'un an plus tard, en février 2004. Les 15 milliards ne comprennent qu'environ 9 milliards de crédits supplémentaires, ajoutés aux crédits engagés dans des accords bilatéraux et au milliard de dollars prévu sur cinq ans pour le Fonds mondial. Le refus par les autorités américaines d'accepter l'homologation de médicaments par l'OMS, nouvelle tentative pour discréditer les ARV génériques et retarder leur mise sur le marché, laisse craindre la création d'un système d'approvisionnement en ARV de marque



qui se développerait parallèlement à l'approvisionnement en génériques promu par des organisations internationales. Annoncé en fanfare, ce programme était un coup médiatique destiné à mettre en valeur la compassion de l'administration Bush, dont la politique étrangère soulevait l'hostilité de nombreux pays en développement. Tandis que le président Bush laissait croire, lors de son voyage en Afrique en juillet 2003, que 3 milliards de dollars seraient consacrés à la lutte contre le sida en 2004, il faisait pression au même moment sur le Congrès pour qu'il ne vote qu'environ 2 milliards de crédits. Ce dernier a finalement attribué 2,4 milliards de crédits à la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme en 2004, dont 550 au Fonds mondial.

### **Des ambitions hégémonistes**

Les années 2002 et 2003 ont vu l'administration Bush adopter une double stratégie: défense intransigeante des intérêts des compagnies pharmaceutiques dans les négociations internationales, et, en parallèle, négociations d'accords bilatéraux et régionaux destinés à accroître la protection de la propriété intellectuelle (Adpic +). Il ne s'agit pas d'un tournant, mais d'un regroupement des forces économiques, diplomatiques et politiques pour défendre une industrie puissante, en butte à des difficultés (recherche moins innovante, expiration de nombreux brevets, marché européen moins rentable...), et pour asseoir durablement la domination des entreprises américaines. La stratégie de l'administration Bush a consisté à restreindre le plus possible la portée de la Déclaration de Doha lorsqu'il s'est agi de trouver une solution au problème de l'exportation de génériques vers des pays en développement (paragraphe 6 de la Déclaration). Contrairement à l'esprit et à la lettre de la Déclaration, l'administration Bush a prôné l'utilisation de génériques pour seulement trois pathologies, l'exclusion des tests et



## LA POLITIQUE AMÉRICAINE EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS

vaccins, et la limitation des exportations aux pays les plus pauvres. Avec le soutien de l'Union européenne (UE), elle a multiplié les obstacles de procédure, les garanties onéreuses et impraticables. Le prétexte invoqué était d'éviter tout détournement des exportations vers les pays développés, mais l'objectif était de retarder ou de décourager l'octroi de licences obligatoires. L'administration américaine n'a ensuite proposé qu'un moratoire sur les différends en matière de brevets, assorti de nombreuses conditions, ou d'une dérogation à l'article 31 (f) à la légalité douteuse – des propositions qui n'apportent pas de solution fiable à long terme au problème de l'accès aux médicaments à des prix abordables, et entravent le transfert de technologie. Cette stratégie visait à asphyxier l'industrie des génériques en la privant de débouchés après 2005, date à laquelle les pays producteurs de génériques comme l'Inde ou la Chine devront se conformer à la réglementation de l'Adpic. Fin décembre 2002, en butte à de fortes pressions de la part des États-Unis et de l'UE, les pays en développement semblaient résignés à signer la version amendée du président du Conseil de l'Adpic qui incluait les principales conditions américaines. Mais le représentant des États-Unis s'opposa à ce texte, jugé trop restrictif; selon lui, seuls des génériques destinés à lutter contre des épidémies comme le sida, la tuberculose et le paludisme, ou des maladies transmissibles pour lesquelles il n'existe pas encore de remèdes et donc pas de brevets, pouvaient être exportés.

À l'approche de Cancún, en août 2003, l'administration Bush abandonna l'idée de limiter le recours à des licences obligatoires à quelques épidémies, mais formula de nouvelles exigences. L'accord signé le 30 août a pris en compte la plupart de ces conditions. En effet, le système établi ne doit pas «être utilisé pour atteindre des objectifs de politique industrielle ou commerciale», ceci afin de réduire les marges bénéficiaires des génériqueurs. Différentes mesures doivent décourager la réexportation vers d'autres marchés, et ne manqueront pas d'aug-

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

menter les coûts de production. Quarante-cinq pays développés et à niveau de développement intermédiaire se sont engagés à ne pas avoir recours à des licences obligatoires pour importer des génériques, excepté dans des situations de crise sanitaire, réduisant ainsi les débouchés des génériqueurs. Un produit importé par un pays pauvre ne pourra être exporté vers les pays qui ont conclu un accord régional que si la moitié d'entre eux sont classés parmi les pays les moins développés, ce qui réduit encore les marchés potentiels des producteurs de génériques. Enfin, le Conseil de l'Adpic et son président sont chargés de contrôler l'utilisation de l'accord, en particulier l'octroi de licences obligatoires, et l'incapacité de pays pauvres à produire des médicaments. Les multinationales pharmaceutiques pourront ainsi exercer une pression sur les pays exportateurs et importateurs. Venant s'ajouter aux restrictions du texte de décembre 2002, le texte d'août 2003 rend l'exportation de génériques et de leurs principes actifs si coûteuse et problématique que peu nombreuses seront les entreprises qui pourront satisfaire les demandes de pays pauvres.

Le second volet de la politique américaine a consisté à négocier des accords de libre-échange bilatéraux ou régionaux qui rendent encore plus difficile ou même impossible l'accès aux génériques: accords signés avec Singapour, le Chili, le Maroc et l'Australie, cinq pays d'Amérique centrale (le Salvador, le Guatemala, le Honduras, le Nicaragua et Costa-Rica), accords en cours de négociation en 2004, notamment avec cinq pays d'Afrique australe, la Thaïlande, Bahreïn, et 34 pays des Amériques à l'exception de Cuba. Devant le refus du Brésil et du Venezuela de conclure un vaste accord portant entre autres sur la protection de la propriété intellectuelle, l'administration Bush a entamé des négociations avec de petits pays comme le Panama ou Saint-Domingue ainsi que les quatre pays des Andes (Colombie, Pérou, Équateur et Bolivie), même si les entreprises américaines jugent les conventions ainsi négociées moins avantageuses que le large accord espéré dans le cadre de la Zone de

## LA POLITIQUE AMÉRICAINE EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS

libre-échange des Amériques (ZLEA), avec les 34 pays concernés. Reniant les engagements pris à Doha, l'administration américaine impose des clauses encore plus restrictives que celles de l'Adpic :

- restrictions apportées à l'octroi de licences obligatoires, qui seront après 2005 le seul moyen pour la plupart des pays membres de l'OMC d'avoir accès à des copies de médicaments innovants;
- allongement de la durée des brevets au-delà de la période de 20 ans;
- interdiction faite aux autorités chargées de la réglementation pharmaceutique d'enregistrer une copie d'un médicament sous brevet, même si une licence obligatoire a été octroyée, ce qui rend caduques les procédures de licence obligatoires;
- protection pendant cinq ans des résultats d'essais cliniques pour retarder la mise sur le marché de génériques;
- protection allant jusqu'à dix ans en l'absence de brevet pour le premier médicament enregistré, afin de décourager la concurrence de génériques;
- interdiction faite aux génériqueurs de demander une autorisation de mise sur le marché avant l'expiration d'un brevet;
- interdiction des importations parallèles...

Ces clauses « Adpic + », qui apparaissent avec quelques variations dans les principaux accords conclus et dans les avant-projets auxquels les ONG (MSF, Oxfam, Healthgap, Essential Action et Act Up Paris) ont eu accès, assurent à « Big Pharma » le contrôle des marchés, rendent le recours aux licences obligatoires aléatoire, sinon impossible, et découragent ou suppriment la concurrence des génériques.

En même temps, le gouvernement américain tente d'introduire subrepticement des clauses « Adpic + » dans la législation de pays pauvres qui manquent d'expertise juridique. Une société de conseil connue pour ses activités à l'étranger, financée par l'agence d'aide publique américaine Usaid, a encouragé l'Ouganda à reconnaître immédiatement les brevets et à

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

demander l'accord du détenteur de brevet avant d'avoir recours à des importations parallèles. Sous couvert d'assistance technique, le gouvernement américain et l'Organisation mondiale de la Propriété intellectuelle (OMPI) poussent à l'adoption de lois qui privent les pays du Sud du droit d'utiliser des génériques. C'est ce qui serait arrivé au Nigeria si, en novembre 2002, les activistes nigériens n'avaient alerté les associations de malades et les ONG internationales. Les États-Unis ont poussé les dirigeants guatémaltèques à ne pas donner accès aux résultats d'essais cliniques pendant cinq ans, et à se conformer à la réglementation de l'Adpic bien avant la fin de la période de transition fixée à 2016 pour les pays les plus pauvres. De la même façon, ils ont contraint le Cambodge à s'aligner sur la réglementation de l'Adpic et à accepter des clauses restrictives dès 2007, s'il voulait devenir membre de l'OMC. Ils ont ainsi rendu plus coûteux l'accès aux ARV pour ce pays très pauvre qui compte environ 170000 séropositifs, dont seulement 700 ont eu accès à des traitements en 2003<sup>18</sup>.

Pour contraindre les pays avec lesquels ils commercent à se conformer à la réglementation de l'Adpic, ou de tout autre accord commercial, les États-Unis utilisent la menace de sanctions économiques (arrêt des investissements, arrêt des exportations vers les États-Unis, augmentation des droits de douane...). L'USTR fait chaque année un rapport détaillé sur la politique commerciale de nombreux pays en vertu de la section 301 d'une loi amendée de 1974; celle-ci stipule que les États-Unis peuvent considérer « qu'un pays est en infraction parce qu'il n'accorde pas une protection de la propriété intellectuelle adéquate et effective, même s'il respecte l'Adpic »<sup>19</sup>. En ce qui concerne les produits pharmaceutiques, le groupe de pression qui représente les industries de marque, « Pharmaceutical Research and Manufacturers of America » (PhRMA) transmet

18. *IPS on Cambodia's TRIPS + Conditions for Entry*, 19 septembre 2003, [www.cptech.org](http://www.cptech.org).

19. *2003 Special 301 Report*, Statutory Authority, [www.ustr.gov](http://www.ustr.gov).

## LA POLITIQUE AMÉRICAINE EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS

à l'USTR la liste des pays qui enfreignent la réglementation de l'Adpic ou d'un quelconque accord, et méritent donc, selon le lobby pharmaceutique, des sanctions de l'Organe des différends de l'OMC, ou du gouvernement américain. Le rapport officiel de l'USTR, s'inspirant des recommandations de PhRMA, classe les pays fautifs en trois groupes; il sanctionne les pays classés « Priority Foreign Country », et informe les pays des deux autres groupes de la nécessité de réformer leur politique commerciale sous peine de sanctions. Deux pays se sont attiré les foudres de Washington par le passé, le Brésil et l'Argentine. Le gouvernement américain a renoncé en 2001 à des poursuites contre le Brésil sous la pression de l'opinion internationale, et contre l'Argentine en 2002, grâce à des concessions « Adpic + » obtenues de ce pays, alors en plein marasme économique, mais sans que la menace de sanctions soit totalement levée.

Les États-Unis peuvent se montrer intraitables envers de petits pays pauvres comme le Vietnam, menacé d'un arrêt de ses exportations vers les États-Unis s'il ne prenait pas des mesures pour mieux protéger la propriété intellectuelle. Depuis 2002, le principal grief des États-Unis s'agissant des médicaments, a été la protection insuffisante des résultats d'essais cliniques, dont les fabricants de génériques sont dispensés par l'Adpic dès lors qu'ils soumettent des indications de bioéquivalence. Le rapport de 2004<sup>20</sup> insiste sur l'importance d'accorder des droits exclusifs aux détenteurs de brevets au moins pendant cinq années à partir de l'autorisation de mise sur le marché, mais aussi de lier enregistrement de génériques et brevet, ce qui signifie qu'un générique ne pourra être enregistré si un brevet a déjà été enregistré. Le rapport vient réaffirmer le bien-fondé des accords de libre-échange, ainsi que la volonté des États-Unis de combattre toute tentative de contrôle des prix dans les pays de l'OCDE, notamment le Canada et l'Allemagne.

20. [www.ustr.gov/reports/2004-301/special301.htm](http://www.ustr.gov/reports/2004-301/special301.htm).

## De l'insatisfaction à la réaction organisée

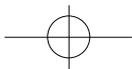
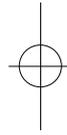
Grâce à la réforme de Medicare, l'industrie pharmaceutique des États-Unis espère écarter le danger d'un contrôle des prix sur le territoire américain ainsi que celui d'importations parallèles en provenance du Canada. Mais il n'est pas certain que les personnes âgées se satisfassent d'une réforme coûteuse qui ne leur accorde qu'une couverture partielle, privatise leur principal système d'assurance-maladie et sert essentiellement les intérêts des assurances privées et des grands laboratoires. Quarante-trois millions d'Américains n'ont pas de couverture médicale et doivent payer de leur poche des médicaments dont le coût ne cesse d'augmenter. Quant aux démunis, qui bénéficient de la couverture de Medicaid, ils se voient de plus en plus privés d'accès aux médicaments les plus chers (ARV de marque). Si le mécontentement ne peut que grandir aux États-Unis, la colère monte dans les pays en développement, privés d'accès aux médicaments essentiels par la politique d'obstruction de l'administration américaine dans les instances internationales et par sa politique commerciale, qui fait passer les intérêts de ses grandes entreprises pharmaceutiques avant la santé des populations.

Les tentatives de l'administration Bush pour se concilier l'opinion n'ont pas donné le change longtemps. La crise sanitaire a conduit une coalition d'ONG et de scientifiques, avec le soutien de quelques parlementaires américains et européens, à condamner la politique des pays industrialisés et à soutenir la lutte menée par des associations de malades du sida (Treatment Action Campaign, Pan African Treatment Access Movement...) ainsi que par des organisations ouvrières (COSATU en Afrique du Sud). Les dirigeants des pays en développement sont de plus en plus conscients de la gravité de la crise sanitaire, mais ils sont pris dans de telles contradictions et soumis à de telles pressions qu'il leur est difficile de ne pas céder aux exigences américaines et européennes. En décembre 2002, ils s'étaient résignés à contrecœur à voter le

## LA POLITIQUE AMÉRICAINE EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS

texte du président du Conseil de l'Adpic. Le 30 août 2003, ils ont voté le texte de l'accord sur le paragraphe 6, mais seulement après un revirement spectaculaire. À Cancún, le groupe des 21, conduit par le Brésil, l'Inde et la Chine, a fait capoter les négociations. Quelques jours plus tard, le Brésil décidait d'importer des versions génériques de produits brevetés si les grands laboratoires ne baissaient pas leurs prix. En novembre, le Brésil, suivi par plusieurs pays, refusait différentes clauses restrictives de la Zone de libre-échange des Amériques, dont une protection de la propriété intellectuelle égale à celle des États-Unis. Le 19 novembre, l'isolement de l'administration Bush était patent à l'ONU, lorsque son représentant a été le seul à s'opposer à tous les autres pays à propos de deux résolutions sur la santé présentées par le Brésil. En décembre 2003, la Commission de la concurrence d'Afrique du Sud concluait un accord avec deux grands laboratoires qui s'engageaient à octroyer des licences à plusieurs entreprises de génériques, laissant espérer la production et l'exportation d'ARV à bas prix.

Le prix des ARV ne peut que continuer de baisser si les pays en développement parviennent à produire eux-mêmes leurs médicaments grâce à des transferts de technologie comme le laisse espérer la décision du Brésil de coopérer avec cinq pays d'Afrique et d'Amérique latine. Contestation de la politique des pays industrialisés et coopération entre pays du Sud ne peuvent que s'amplifier devant l'extension du VIH/sida et d'autres épidémies; il paraît alors peu probable que le gouvernement américain puisse continuer de défendre les intérêts de ses multinationales pharmaceutiques aux dépens de la santé des pauvres et de la sécurité de ses propres citoyens.





## L'industrie pharmaceutique soumise aux logiques du capital

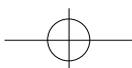
Georges Menahem<sup>21</sup>

**L'évolution du système mondial de santé est dominée par les stratégies de l'oligopole pharmaceutique, lui-même dominé par des logiques de l'accumulation du capital de plus en plus focalisées sur les étapes immatérielles – les plus rentables – de la production-distribution des biens. Le discours sur la santé, dominé par les grandes firmes, est devenu un levier essentiel de la rentabilité du capital. Ces logiques privatives, de plus en plus contradictoires avec les objectifs de santé publique, l'emporteront toujours davantage si les autres acteurs du système, les citoyens et les praticiens notamment, restent captifs du discours anesthésiant qui leur est servi.**

Pour les entreprises fonctionnant dans notre société capitaliste, les produits et services de santé, que ce soit les médicaments, le matériel chirurgical et hospitalier ou les soins médicaux, n'ont que secondairement l'intérêt de soulager la souffrance des patients ou d'améliorer la santé des populations. Leur intérêt premier est de contribuer à l'accumulation des pro-

---

21. Georges Menahem est directeur de recherche au CNRS et membre du Conseil scientifique d'Attac.

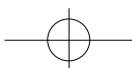




fits qu'elles réalisent et, de ce fait, de renforcer le pouvoir des dirigeants de ces entreprises. Il n'en a pas toujours été ainsi. Afin de mieux comprendre la logique de ce qui est devenu un complexe médico-industriel, nous allons d'abord évoquer les premières phases de son développement.

### **Le développement de l'industrie pharmaceutique l'a peu à peu soumise au mouvement de l'accumulation du capital**

L'industrie des médicaments était à l'origine un empilement de petites exploitations indépendantes et quasi artisanales cherchant à réparer la santé des particuliers. Au XIX<sup>e</sup> siècle, des apothicaires, des droguistes, des pharmaciens tenaient boutique sur un mode quasiment familial et leurs activités étaient dirigées par les commandes des médecins qui veillaient jalousement à leur indépendance. C'était le monde de la petite production marchande, certes stimulé par la concurrence, mais dans lequel l'intérêt du malade et l'éthique professionnelle de la médecine pouvaient encore triompher. Les choses ont commencé à changer quand le développement de l'industrie chimique capitaliste au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle a mis au premier plan, pour ces entreprises, le souci de la rentabilité des capitaux investis par leurs propriétaires. Pour augmenter leurs profits et mieux rentabiliser leurs capitaux, ces dirigeants ont cherché de nouveaux marchés dans lesquels leurs innovations débouchaient sur des procédés de production bon marché susceptibles d'être très rentables. Ainsi, au même titre que l'invention des colorants et teintures dans les années 1850-1870 ou, plus tard, celle des matières plastiques, la création de nombreux médicaments est devenue pour les industriels avant tout une fantastique occasion de profit, motif qui a peu à peu supplanté le souci de produire des biens utiles à la santé ou au bien-être.



## L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE SOUMISE AUX LOGIQUES DU CAPITAL

Un élargissement considérable du marché des médicaments, et donc des occasions de profit, a été stimulé après la Seconde Guerre mondiale par le développement des systèmes d'assurance-maladie. Le fait que les dépenses de médicament soient remboursées a abouti en effet à diminuer considérablement le prix à supporter directement par les salariés. Un tel système a ainsi fortement subventionné la production des médicaments dans tous les pays où des systèmes de mutualisation des risques ont été mis en place. D'un côté, la préservation de la santé des salariés démunis a été mieux assurée. Et de l'autre, le financement sans frein des médicaments prescrits a contribué à transformer les systèmes de protection sociale en de gigantesques « pompes à finance » qui alimentaient les profits de l'industrie pharmaceutique. Les visiteurs médicaux et autres fournisseurs de messages publicitaires ont été chargés de procurer aux médecins prescripteurs des raisons « thérapeutiques », toujours exprimées « dans l'intérêt des patients », pour ouvrir les robinets de ces pompes, qu'ils n'étaient pas vraiment chargés de surveiller. La recherche de profits financiers a ainsi transformé le caractère des activités qui les généraient.

Dans les années quatre-vingt/quatre-vingt-dix, la domination générale des considérations financières sur l'activité économique s'est traduite par des pressions encore plus considérables pour transformer les produits de l'innovation scientifique et médicale en outils de valorisation du capital. En effet, à partir du moment où un produit est mis au point et que sa production dégage un profit unitaire supérieur à ses coûts de fabrication, il s'agit de le produire et de le vendre en quantités importantes afin de rentabiliser les investissements effectués pour son développement. Ensuite, une fois ces coûts initiaux remboursés, la poursuite de la vente au même prix procure une rente considérable. Ce principe capitaliste s'applique par exemple pour la firme Pharmacia SAS, qui a certes beaucoup investi pour créer l'anti-inflammatoire Celebrex, mais qui engrange des rentes encore plus colossales depuis que son investissement initial est



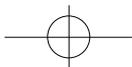
remboursé, ceci quels que soient les effets indirects négatifs associés à sa généralisation, pour le cœur par exemple<sup>22</sup>. Il est tout aussi valable pour Microsoft qui a dépensé des sommes importantes pour la mise au point d'un nouveau Windows, lequel lui a procuré une rente de monopole colossale une fois que ses coûts de recherche avaient été couverts. Ce principe est à la base des dépenses énormes consacrées par l'industrie pharmaceutique à la promotion commerciale de leurs produits et, avant cela, aux relations publiques utiles pour obtenir des autorisations institutionnelles de mise sur le marché.

### **Les étapes majeures de la transformation des biens de santé en capital**

Le processus de production et de mise en valeur d'un bien de santé marchand, par exemple d'un médicament, peut être analysé comme la suite des étapes du cycle d'un capital. Ce cycle voit cinq phases se succéder au cours desquelles le capital s'accroît en changeant de forme: d'abord capital argent A, puis capital marchandise M, une marchandise transformée au cours du processus de production P en de nouvelles marchandises M', puis à nouveau capital argent A', lequel doit être supérieur au montant initial A.

Au départ, le «capital argent» est réuni autour d'un plan de rentabilisation industrielle et financière. Des actionnaires et des industriels rassemblent des fonds à partir d'un projet de développement, tel le «tour de table» entre deux géants européens de la chimie, Hoechst et Rhône-Poulenc, qui a permis en 1998

22. Commentant la situation des deux anti-inflammatoires concurrents, le Celebrex® et le Vioxx®, *Le Parisien* du 17 décembre 2003 rappelle «les données de l'étude Vigor où un surnombre d'infarctus du myocarde a été observé». Il souligne que, selon la commission de transparence, «l'amélioration du service médical rendu [...] n'est plus assurée».



## L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE SOUMISE AUX LOGIQUES DU CAPITAL

de concevoir le projet d'Aventis. Des banques y souscrivent dès qu'elles y voient suffisamment de garanties de remboursement ultérieur de leurs intérêts, des institutions financières y apportent leurs concours notamment en consolidant les emprunts qui peuvent être portés sur les marchés financiers, et les fonds de placement y apportent alors leurs ressources en espérant les voir valorisées de façon importante.

Ce capital «argent» A est alors transformé en «capital marchandise» M. Les investissements en bâtiments, laboratoires, instruments scientifiques et techniques en constituent une part essentielle. Une autre part importante rentre dans le «fonds de roulement» qui sert à financer les salaires et les achats des services et consommations intermédiaires nécessaires à la production. Les organismes réalisant des recherches biomédicales publiques et privées, par exemple, feront facturer une part importante de leurs services, lesquels rentrent dans cette mise de fond initiale des industries pharmaceutiques.

Tout l'intérêt du processus de production P est alors de transformer ce capital initial M de biens et services acquis moyennant finance en productions qui, une fois valorisées sur le marché, prendront une valeur supérieure, donnant une plus-value appropriée par les industriels. Des idées de molécules et de principes actifs, produites dans l'entreprise ou achetées sous forme de brevets, sont transformées en prototypes de médicaments, lesquels sont testés par des chimistes, des biologistes et des médecins. Puis il faut passer au stade de développement de ces nouveaux produits et concevoir des processus de production biologique et chimique qui permettent de les réaliser en grand nombre pour un coût réduit. Enfin, il reste à transformer ces produits et services, non pas en objets d'utilité, mais en capital-marchandise M', ayant un emballage, un nom commercial déposé, et donc la capacité à générer des rentrées financières.

La cinquième et dernière phase du cycle est essentielle car elle transforme à nouveau le capital-marchandise M'en capital argent A', dont la différence par rapport à A, le capital de

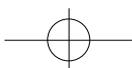


départ, la plus-value, est susceptible d'être partiellement redistribuée aux différents apporteurs de capitaux (les actionnaires, les banques et autres institutions financières). C'est la phase dite de valorisation du capital au cours de laquelle les médicaments et services médicaux sont vendus tout en bénéficiant le plus souvent des remboursements financés par le système d'assurance-maladie. Nous comprenons alors pourquoi les coûts de publicité, d'emballage et de promotion des médicaments sont si importants pour les industries pharmaceutiques, 160 millions de dollars en 2000, par exemple, pour le seul anti-inflammatoire Vioxx, soit plus de deux fois le budget total de publicité de Nike et 1,3 fois celui de Pepsi Cola.

### **Les composantes du système de valorisation des produits de santé sont inégalement mondialisées**

Depuis les années soixante-dix/quatre-vingt, le marché des capitaux a été fortement dérégulé sous l'impulsion des gouvernements occidentaux. Il est donc logique que ce soit par les phases A et A' de centralisation et de redistribution du capital que le système de santé se soit trouvé le plus fortement mondialisé. D'où de successives absorptions, concentration et fusions qui ont donné naissance à ces géants multinationaux que sont GlaxoSmithKline, Novartis et Astra-Zeneca. Ce processus est central dans la mesure où il définit l'espace soumis à l'hégémonie des intérêts financiers de quelques grands groupes capitalistes. Là, derrière les campagnes de publicité diffusant des images de soins au service de l'homme<sup>23</sup>, ce sont en réalité les considérations de profit et de rentabilité dans la valorisation du

23. Comme par exemple le slogan du géant regroupant au prix d'un certain nombre de rationalisations quatre autres géants, Glaxo, Wellcome, SmithKline et Beecham: «La mission de GlaxoSmithKline est d'améliorer la qualité de la vie pour que chaque être humain soit plus actif, se sente mieux et vive plus longtemps.»



## L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE SOUMISE AUX LOGIQUES DU CAPITAL

capital qui dominant. Ceci explique les remaniements incessants entre les groupes, les accords secrets qu'ils négocient comme les appels d'offre qu'ils lancent pour racheter leurs concurrents.

Un découpage important des appareils de recherche et de production a suivi ces mouvements de capitaux et a donné lieu à des déplacements successifs de divers segments nationaux. Les centres de recherche ont été concentrés dans quelques pôles d'excellence aux États-Unis et en Europe, alors que d'autres centres moins rentables étaient démantelés, quelle que soit leur utilité. D'un autre côté, les unités de fabrication ont, elles aussi, été découpées entre les divers pays, les cadres, ingénieurs et techniciens ayant à supporter des déplacements successifs de zone en zone. Dans ces mouvements de délocalisation, là encore, ce n'est pas l'intérêt des salariés qui prime, mais le souci de réaliser des économies sur les coûts de fabrication, ou l'espoir de bénéficier des retombées de la proximité de grands centres de recherche.

Seule la phase de valorisation des produits a gardé une composante fortement nationale. Les conditions institutionnelles de validation, puis de remboursement des médicaments, varient en effet de façon importante selon les différents systèmes nationaux de protection sociale. Même si les campagnes de publicité sont internationales, elles doivent donc conserver un important caractère national pour prendre en compte l'adaptation nécessaire aux conditions locales de paiement et de remboursement des médicaments. Ce caractère est d'autant plus nécessaire que, pour les détenteurs de capitaux des industries de la santé, c'est la phase de valorisation des médicaments et services médicaux qui donne au système son véritable sens. C'est à cette étape qu'un produit actualise sa capacité à fonctionner, au nom d'une évaluation technocratique des services qu'il apporte, une part des cotisations prélevées par les systèmes d'assurance-maladie et de mutualisation des risques.

## **Les éléments du système de santé sont de plus en plus au service de la valorisation du capital**

Si, grâce au capital investi dans des entreprises de biotechnologies et au drainage des découvertes publiques, des firmes pharmaceutiques réussissent à produire de nouveaux principes thérapeutiques, il faut encore que ceux-ci soient reconnus comme des médicaments, puis vendus pour que les capitalistes récupèrent leur mise et s'approprient des profits supplémentaires. Pour ce faire, ils ont principalement recours au circuit de légitimation de la médecine, lequel leur permet d'acquérir un label scientifique qui leur fournit une image de marque, la capacité à être vendu, remboursé, voire à produire, dans un deuxième temps, des produits dérivés pour les secteurs paramédical et parapharmaceutique.

### *Le circuit de la médecine légitime la capacité à ponctionner l'assurance-maladie*

Pour transformer le résultat de recherches en «médicaments», puis en produits susceptibles de donner lieu à remboursements, il faut d'abord franchir une série d'obstacles administratifs et donc investir dans des campagnes de relations publiques. Ces premiers préalables institutionnels sont formalisés par exemple aux États-Unis dans les procédures de la FDA (Administration des médicaments et aliments), et en France dans celles des Commissions d'AMM (Autorisation de mise sur le marché), de Transparence (qui décident notamment des taux de remboursement) ou des Comités économiques (qui ont à fixer le prix des médicaments).

Les décisions de ces administrations ont une importance essentielle pour les firmes pharmaceutiques. Ceci explique les efforts de communication et la multiplication des relations de toutes natures que sont chargés d'entretenir les départements de relations publiques des industries pharmaceutiques. En dehors des qualités souvent controversées des innovations des labora-

## L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE SOUMISE AUX LOGIQUES DU CAPITAL

toires, il s'agit en effet d'influencer les choix des experts qui ont à décerner à un produit la qualité de «médicament» susceptible d'être prescrit par des médecins et de faire l'objet de remboursements par les caisses d'assurance-maladie, mutuelles, ou organisations de financement des soins de santé. De telles influences s'obtiennent aisément, soit directement, par des activités que rémunèrent les laboratoires, soit le plus souvent indirectement, par le biais des multiples formes de reconnaissance institutionnelle, universitaire ou publique que génèrent les industries de santé à travers des galaxies de fondations et d'œuvres plus ou moins désintéressées.

Une fois ces légitimations obtenues, il reste à informer les médecins, les professionnels de santé et les pharmaciens des qualités des nouveaux médicaments afin de les inciter à les prescrire ou à les faire prescrire. Pour cela de multiples campagnes sont lancées, par le biais de la presse médicale, des mailings ciblés, par l'intervention des visiteurs médicaux, par la participation à des colloques et autres opérations de formation ou de communication. Au-delà des prescripteurs directs, l'industrie pharmaceutique vise aussi tous les rouages administratifs (hôpitaux, dispensaires, sociétés savantes, syndicats médicaux, systèmes d'assurance, administrations de santé, facultés de médecine et de pharmacie ou écoles professionnelles, etc.) et inonde les professions de santé de messages tendant à présenter ses activités comme scientifiques et soucieuses avant tout de la «santé des patients». Une telle convergence entre les intérêts des industries pharmaceutiques et ceux des médecins se traduit dans l'entretien de relations fortes, aussi bien de complicité que de coopération, lesquelles sont essentielles pour le développement dans l'ensemble de la société des activités de ce qui constitue ainsi un véritable complexe médico-industriel.

*L'image de marque scientifique des industries pharmaceutiques sert leur conquête des marchés paramédicaux et du secteur de la sécurité*

L'intérêt des industriels de la santé est de médicaliser des parts de plus en plus importantes de la vie sociale. Si les troubles de la vie courante (sommeil, hygiène, alimentation, etc.) font l'objet d'avis médicaux et de conseils de médication dans la presse, à la télévision et à la radio, c'est le plus souvent tout bénéfice pour les industries de la santé. Ces efforts de communication tendent à rendre plus légitime la relation entre la recherche d'un mieux-être et la prise de médicaments. De telles convictions et habitudes entraînent le développement de comportements d'automédication qui, eux aussi, contribuent aux profits des industries de la santé. Par exemple, une nouvelle pathologie est apparue aux États-Unis, puis en Europe, «l'hyperactivité des enfants», à savoir les comportements des jeunes qui, face aux sollicitations de l'extérieur, sont dits «ne pas tenir en place». Nous pouvons nous demander si le développement rapide de cette maladie dans nos pays développés ne doit pas être associée avec l'apparition de nouveaux médicaments, les psychostimulants, dont les laboratoires ont favorisé la prescription<sup>24</sup>.

De même, quand des pathologies du comportement et des relations sociales entraînent des médications de l'angoisse, du stress et de la «nervosité», il y a, là encore, de quoi stimuler des développements importants de la valorisation du capital des multinationales pharmaceutiques. Les mouvements actuels de l'économie mondiale vers plus de flexibilité du système productif, plus de précarité des emplois, et plus de fragilité des revenus

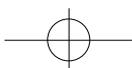
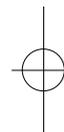
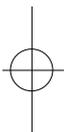
24. *Le Figaro* du 19 février 2004 a ainsi consacré une pleine page à l'hyperactivité chez les enfants dans laquelle il évoque la situation des États-Unis, où la surconsommation de médicaments inquiète. L'article note que «la France n'en est pas là», mais il fait néanmoins la promotion de deux psychostimulants, la Ritaline® de Novartis et le Concerta LP® de Janssen Cilag, en détaillant leurs conditions de prescription et d'utilisation.

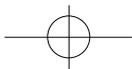
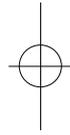


## L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE SOUMISE AUX LOGIQUES DU CAPITAL

ne peuvent que donner de riantes perspectives aux capitaux investis dans ces secteurs des industries de santé.

Les investissements de communication du complexe médico-industriel aboutissent en définitive à la production d'un triple langage. Quand le discours vise le large public et les citoyens soucieux de leur environnement quotidien, il ne s'agit plus que de service rendu à la société, de contribution à la santé et à la qualité de la vie. Quand il s'adresse à des médecins, ce sont les qualités techniques des produits les distinguant de leurs concurrents, tels leurs avantages thérapeutiques, leurs commodités de prescription, voire leurs effets secondaires, qui sont plutôt abordées. Enfin, si le discours concerne plutôt les apporteurs de capitaux, il privilégie la rentabilité de ces capitaux, le retour sur investissement et les perspectives de profits. Chacun de ces discours traduit une part de la réalité des industries de la santé. L'analyse économique que nous venons de développer laisse toutefois croire que l'aspect financier reflète davantage les déterminismes essentiels guidant les transformations actuelles et à venir du système mondial de santé. *A contrario*, les destinataires non financiers de la communication du système, les citoyens et les praticiens de santé, ne comptent pas pour grand chose dans ses choix principaux. Son discours tend à les endormir ou à les convaincre de leur intérêt à laisser faire. Y consentiront-ils éternellement?





## La Sécu, elle est à nous !

Patrick Alloux<sup>25</sup>

**En France, le financement de la santé comme bien public par la Sécurité sociale (la «Sécu») est la cible du patronat (le Medef), dans la droite ligne des préconisations de la Banque mondiale. Est particulièrement visé le système qui liait ce financement au salaire (le «salaire socialisé»), donc à la représentation syndicale des salariés, donc à l'histoire du mouvement social. Beaucoup de Français ont oublié ce lien entre les «assurances sociales» généralisées et la mobilisation sociale de leurs aïeux. Face aux appétits des assurances privées, il est significatif qu'un militant syndical vienne rappeler que «le public, c'est nous», «le bien public, c'est le nôtre, celui que nous avons conquis». Il se dissipe s'il n'est plus défendu dans le cadre d'une citoyenneté économique et sociale.**

Désuète, antiéconomique, menaçant la compétitivité des entreprises, la protection sociale, parée de tous les maux est partout menacée. Après le Royaume-Uni de M<sup>me</sup> Margaret Thatcher, qui s'est appliquée à démanteler son système au prix d'une aggravation considérable des inégalités, les autres pays européens emboîtent le pas. Appliquant les recommandations

25. Patrick Alloux est militant syndical et membre de la commission Santé d'Attac. Il est l'auteur de *La santé n'est pas une marchandise*, Éditions de l'Atelier, 2003.

et les diktats de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), de la Banque mondiale et du Fond monétaire international (FMI), tout cela avec l'appui de la Commission de Bruxelles, ces pays s'en prennent à leur tour aux différents régimes de sécurité sociale : maladie, accidents du travail, vieillesse, famille. Un seul critère semble guider réflexions et actions politiques : la rentabilité financière à court terme.

D'une part, il s'agit de réduire la contribution des entreprises à la redistribution de la richesse produite par le travail de tous ; d'autre part, de transformer le besoin de santé et de sécurité en un énorme marché ouvert à l'appétit des groupes financiers les plus puissants. Le besoin social serait ainsi traité comme n'importe quelle marchandise : une vision archaïque rétrograde et inacceptable dans un pays moderne.

### **Le besoin de sécurité sociale et la réponse française de 1945**

Car le besoin de sécurité, de se protéger et de se garantir collectivement contre les risques sociaux n'est ni un anachronisme ni une aberration de nos sociétés. C'est «un besoin naturel de l'homme quel que soit le milieu dans lequel il vit, un besoin dont la forme et l'intensité varient en fonction de l'âge et de l'environnement [...]. La sécurité sociale, organisée et obligatoire n'est pas seulement un signe de progrès social. Elle permet dans certains domaines la mise en place de mécanismes qui sont très supérieurs à ceux qu'offrent les secteurs privés»<sup>26</sup>.

Créée en France en 1945, en prolongement du projet pour une société plus juste établi par le Comité national de la résistance (CNR) après les épreuves de la guerre et de l'occupation nazie, la sécurité sociale n'avait rien d'une réforme improvisée. Elle consacrait l'aboutissement partiel de plus d'un siècle de

26. Georges Porion et André Guionnet, *La Sécurité sociale*, coll. «Que sais-je?», Presses universitaires de France, 1993.

## LA SÉCU, ELLE EST À NOUS!

combats, d'initiatives publiques ou privées, en vue d'assurer aux travailleurs salariés une protection rendue nécessaire par les mutations de la société industrielle. Dans la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, épargnes et assurances privées se développent avec le capitalisme. Mais ces techniques sont inaccessibles à ceux dont les ressources sont les plus réduites et les besoins les plus grands. En légalisant et organisant les sociétés de secours mutuel, la loi du 15 juillet 1850 ouvre la voie à une approche collective de la protection sociale. Malgré les réticences de ceux qui craignent de voir ces organismes devenir des foyers de revendication ouvrière, le mouvement s'étend irrésistiblement. En 1898, la loi les autorise à constituer des pensions de retraite, des assurances-vie, décès, accident et, accessoirement, à organiser des offices de placement, des cours professionnels, voire à constituer des fonds de chômage. Ainsi donc, cela fait plus d'un siècle que s'est établi en France le cadre général d'une protection collective et solidaire. En 1939, la mutualité comptait plus de neuf millions de membres. Mais certains de ses principes, notamment l'adhésion volontaire, limitaient ses capacités.

Sous la pression sociale et la nécessité économique se mettent alors en place des systèmes généraux à caractère obligatoire. En particulier un régime d'assurances sociales adopté en 1928, en application d'un projet de loi déposé en... 1921, servant des prestations en cas de maladie, maternité, invalidité vieillesse, décès; puis un régime d'allocations familiales. Ainsi existait-il de solides bases à l'élaboration du plan français de protection sociale adopté par le CNR, mis en forme législative à partir de 1945, proposant de «garantir à tous les éléments de la population des revenus suffisants pour assurer leur subsistance familiale en toute circonstance»<sup>27</sup>. Car la sécurité sociale au sens large, c'est la sécurité de l'emploi avec l'élimination du chômage; la sécurité de la rémunération pour le travailleur et la compensation de ses charges familiales; la sécurité de la capa-

27. Plan français de Sécurité sociale issu des travaux du Conseil national de la Résistance (CNR) et présenté au Parlement.

cité de travail par l'accès aux soins, la prévention de la maladie, des accidents du travail; l'attribution d'un revenu de remplacement en cas de maladie, de maternité, d'accident du travail et lorsque le travailleur atteint un certain âge. Une sécurité qui doit se concrétiser dans un régime unique pour tous les salariés: l'objectif ne sera jamais atteint, les particularismes étant habilement exploités par ceux qui s'opposent à toute forme de socialisation. Reste que le socle d'un régime de protection obligatoire est établi autour de trois axes: santé-vieillesse (maladie, invalidité, vieillesse, décès), prestations familiales (allocations de maternité, allocations pour enfants, allocations logement), accidents du travail.

Dès 1946, la couverture maladie touche plus de 53% de la population; trente ans plus tard, elle englobe la quasi-totalité de la population. «Depuis plus de quarante ans, les systèmes de protection sociale gèrent la prise en charge collective des dépenses de santé, vieillesse, chômage, etc. Ils constituent un formidable «outil social» fondé sur la solidarité nationale et sont reconnus par les observateurs étrangers comme figurant parmi les meilleurs au monde.<sup>28</sup>»

Il faut donc aller chercher ailleurs les raisons de l'acharnement destructeur aujourd'hui dominant.

## Un consortium international contre la Sécu

Il est difficile précisément en France de situer l'entrée dans cette nouvelle ère tant les tentations par le passé ont été grandes. Le début des années quatre-vingt-dix marque un tournant avec les réformes de Michel Rocard – la mise en place de la CSG (Contribution sociale généralisée) – et de Claude Évin, dont la réforme hospitalière introduisait les prémices du futur plan Juppé. Mais ce sont incontestablement les déclarations fin 1993 de Claude Bébéar (président des assurances AXA) au

<sup>28</sup>. Alain Coulomb, *La protection sociale*, M.A. Éditions, Paris, 1987.

## LA SÉCU, ELLE EST À NOUS!

journal *Les Échos*, sous le titre «Pourquoi traiter la santé différemment de l'automobile?», qui ont donné, à quelques semaines de la naissance de l'OMC, l'éclairage le plus net sur l'offensive libérale qui allait être menée en matière de sécurité sociale et de politique de santé.

Le 15 avril 1994 à Marrakech, la création d'une nouvelle organisation internationale, l'OMC, vient conclure le cycle de l'Uruguay sur la régulation des échanges commerciaux.

Outre une vocation mondiale, un vaste champ de compétences, l'OMC reçoit aussi et surtout comme cadeau de bienvenue la charge de faire succéder le droit à la force dans les relations commerciales entre les pays, c'est-à-dire d'exiger un multilatéralisme coupé de toute légitimité démocratique là où siège le bilatéralisme.

Le but de cette libéralisation proposée n'était rien d'autre qu'une opération porte ouverte aux multinationales et au monde de la finance pour pénétrer des terrains dont ils étaient jusqu'ici exclus. Une manière de construire un univers où tout deviendrait marchandise, y compris la santé.

La seconde étape sera marquée par la signature du traité de Maastricht. Le souci constant, de ces deux versions des accords de libre-échange, l'une régionale, l'autre mondiale, est de faire disparaître progressivement les obstacles non tarifaires qui compliquent les transactions des grandes entreprises.

Si le traité de Maastricht comporte bien des chapitres sur l'Europe sociale et environnementale, leurs dispositifs ne sont guère contraignants. Le principe de subsidiarité s'applique en particulier au domaine social. Dans la presse et sur les ondes, sur un ton sentencieux et professoral, pendant les mois qui précèdent le référendum sur le traité de Maastricht, l'argument est asséné comme vérité évangélique.

Faire l'Europe pour mieux défendre nos intérêts. Ainsi formulé, cela peut paraître une évidence, mais la réalité du traité est tout autre, la solidarité et le respect des diversités sont les

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

grands perdants. C'est l'Europe des grandes entreprises et du « tout commerce » qui va y trouver son compte.

La similitude entre le traité de Maastricht et les accords qui se négocient au sein du huitième round du GATT est troublante. L'Europe sociale est proclamée haut et fort, mais ses conditions d'exercice se révèlent funambulesques, car le traité de Maastricht engage l'Europe à suivre une politique économique monétariste.

Par la proclamation de l'indépendance de la Banque centrale, chaque pays perd son autonomie monétaire. Les gouvernements nationaux sont tenus d'équilibrer leur budget et leurs comptes sociaux: leurs déficits doivent être inférieurs à 3% du Produit national brut (PNB).

Chaque État se trouve ainsi confronté à une difficulté croissante pour financer des programmes sociaux. Les pays qui dépassent la limite établie entrent dans la zone rouge et sont soumis à des sanctions sévères. Pour beaucoup, il est difficile de comprendre que la santé rentre dans la sphère de l'Organisation mondiale du Commerce et pourtant l'Accord général du commerce des services (AGCS) intègre la santé et l'éducation.

La santé est particulièrement visée car elle représente « un marché » de 3 500 milliards de dollars dans le monde.

Le principal responsable de Colombia/HCA, le plus grand consortium hospitalier du monde, basé aux États-Unis, proclame que la santé n'est pas un domaine différent du transport aérien ou de l'industrie du roulement à billes.

En avril 1999, un texte du secrétariat de l'OMC précise : « On peut penser en outre que la hausse des prélèvements divers, y compris les contributions au régime obligatoire a, sur les individus, des répercussions qui ne sont pas bonnes pour la santé. »

Pour préparer les négociations de l'AGCS 2000, le secrétariat de l'OMC distribue de nombreux documents de travail à l'attention des négociateurs. Dès les premières lignes, le lecteur est mis en condition. Les experts ès services de l'OMC considè-

## LA SÉCU, ELLE EST À NOUS!

rent le secteur de la santé comme un frein à l'expansion économique.

En 1994, Alain Juppé, alors ministre des Affaires étrangères, chargé par Édouard Balladur de « vendre » l'OMC aux parlementaires, s'est bien gardé de donner l'alarme. Tout juste peut-on relever cette petite phrase, au milieu de l'un de ses discours fleuve : « Ainsi l'éducation et la santé sont couvertes par l'accord (AGCS) lorsqu'elles sont fournies dans le cadre d'une concurrence entre au moins deux prestataires de services.<sup>29</sup> » C'est tout ! Pas vraiment de quoi émouvoir un hémicycle, autrement préoccupé, à cette époque, par la préparation des fêtes de fin d'année.

En ratifiant les accords de Marrakech, les législateurs ont mis, d'une certaine manière, le ministère de la Santé sous la tutelle de l'OMC. Le secrétariat ne dit pas autre chose lorsqu'il précise : « L'AGCS vise toutes les formes de commerce international de services. Puisque ce commerce s'exerce en bonne part au niveau des économies nationales, les prescriptions de l'AGCS influenceront forcément d'entrée de jeu sur les lois et règlements nationaux.<sup>30</sup> »

Bien sûr, lorsqu'ils ont déposé leurs listes d'engagements spécifiques concernant les services hospitaliers, les négociateurs européens ont pris soin de poser quelques limites. Mais il était déjà prévu que ces restrictions seraient éliminées lors des négociations successives de l'AGCS.

Dans un rapport à l'attention du ministère canadien des Affaires étrangères et du Commerce international, Jake

29. Cité par Laurence Kalafatidès et Agnès Bertrand, *OMC. Le pouvoir invisible*, Fayard, 2002.

30. Secrétariat de l'Organisation mondiale du commerce, *Guide to the Uruguay Round Agreements*, Kluwer Law International, La Haye, 1999, p. 161. Traduit et cité par Jake Vellinga, *Commerce international, régimes de soins de santé et services de santé : l'optique de la politique en matière de santé*, p. 2, rapport rédigé pour le compte du Groupe de travail sur les enjeux commerciaux à l'échelle mondiale formé par le Réseau sur les défis mondiaux et les possibilités (RDMP) dans le cadre de l'Initiative de la recherche sur les politiques (IRP), [www.dfait-maeci.gc.ca/eet/pdf/07-fr.pdf](http://www.dfait-maeci.gc.ca/eet/pdf/07-fr.pdf).

Vellinga, haut conseiller auprès du ministre fédéral de la Santé au Canada, ne mâche pas ses mots: «La présence commerciale étrangère dans le secteur de la santé est une question de privatisation. Les règles sur la libéralisation du commerce au moyen de la présence commerciale visent donc la réduction, voire l'élimination des mesures qui restreignent l'accès au marché pour les fournisseurs étrangers. En d'autres termes, cette forme de commerce remet directement en cause les politiques et les mesures intérieures.<sup>31</sup>»

L'une des dispositions de l'AGCS prévoyait la suppression du droit de limitation du nombre des hôpitaux, y compris pour des besoins économiques. Il fallait faire place nette pour des entreprises américaines qui se pressaient déjà aux portes de l'Europe.

En 1997, c'est autour de la Banque mondiale d'emboîter le pas de l'OMC, dans son *Rapport sur le développement dans le monde (L'État dans un monde en mutation)*. Le langage est limpide, on peut lire au chapitre 3: «Établir les bases d'un régime de droit garant de la propriété [...]. Il convient de mener durablement une politique économique porteuse [...], de rendre les réformes irréversibles [...] et sous couvert [...] d'améliorer l'état sanitaire de larges secteurs de la population et notamment des pauvres [...].» La Banque mondiale considère que «les dépenses liées aux équipements d'infrastructures et aux services sociaux sont en général concentrées là où les marchés et le secteur privé peuvent financer l'essentiel des besoins, qu'il s'agisse des hôpitaux urbains, des dispensaires, des universités ou des transports» et que «les soins relevant de la médecine curative sont dans leur grande majorité un bien privé (presque) pur, en ce sens que si l'État ne les prend pas en charge, tous ceux qui en ont besoin trouveront le moyen de payer, à l'exception des plus pauvres<sup>32</sup>».

31. Jake Vellinga, rapport cité, p. 40.

32. Rapport sur le développement dans le monde, Banque mondiale, 1997, p. 61.

## LA SÉCU, ELLE EST À NOUS!

Dans ce rapport, la Banque mondiale s'intéresse de près aux systèmes de protection sociale. Elle n'hésite pas dans ce domaine à donner une ligne directrice aux gouvernements: «La générosité des programmes d'assurance sociale a parfois désorganisé complètement la politique budgétaire à long terme [...]. Si les pays n'arrivent pas à réorganiser l'assurance sociale sur des bases financières plus saines, ils seront confrontés ou à l'effondrement des programmes sociaux ou à une profonde crise financière, ou aux deux. Il faut avant toute chose faire une distinction entre les objectifs de l'assurance et ceux de l'aide sociale. L'expérience tend à montrer que faute d'établir cette distinction, les pays risquent fort de compromettre la viabilité financière des programmes d'assurance. Si les régimes d'assurance sont clairement séparés des programmes d'aide, l'État peut les ouvrir au secteur privé et introduire la concurrence dans un domaine où il exerçait son monopole.» On pourrait continuer à citer et à commenter de longs passages de ce rapport tant la démonstration des motifs et des effets de la privatisation des systèmes de santé et des assurances sociales est édifiante.

En mars 1999, la Chambre de commerce de Nashville (États-Unis) a organisé une mission commerciale en Allemagne et au Royaume-Uni. En mars 2000, ce fut le tour de l'Espagne et de la France. Objectif affiché de ces missions: «Réunir les leaders de l'industrie de la santé avec les décideurs des services médicaux pour parler des opportunités de commerce et d'autres affaires.»

Ces missions furent conduites par le PDG de Columbia HCA, à peine remis de ses démêlés avec le FBI. La devise de Columbia, qui est la plus grande chaîne hospitalière privée du monde, est simple : faire de l'argent !

## Les stratégies patronales de démantèlement de la Sécu

Le projet de réforme de l'assurance-maladie proposé par le Medef (Mouvement des entreprises de France), repris en bonne partie dans les rapports préparant la réforme du gouvernement Raffarin, présente une tentative de libéralisation radicale de notre sécurité sociale. Cette logique s'inscrit plus largement dans une perspective de convergence des politiques en Europe. Les différents pays européens se sont lancés à partir du milieu des années quatre-vingt dans des réformes profondes de leur système de soins. C'est la Suède qui a ouvert le bal en 1985, suivie par l'Angleterre, l'Espagne et les Pays-Bas en 1991. Depuis 1993, la réforme s'étend également à l'Allemagne et à la Belgique. En 1995, ce fût le tour de la France par les ordonnances Juppé de transformer structurellement son système de sécurité sociale et de soins. En Allemagne, par la mise en place de la commission Rhur, et en France, par les rapports Chadelat, Ruellan, Belland et Coullomb, les gouvernements respectifs s'appêtent à réformer radicalement, pour les libéraliser, à la fois l'assurance-maladie et le système de soins.

Les transformations en cours dans les systèmes de santé des différents pays européens, qu'ils soient de type bismarckien ou de type beveridgien, s'articulent autour de quatre axes prioritaires:

- Une mutation profonde dans le rôle de l'État et une modification du marché dans la prise en charge sanitaire.
- La responsabilisation du patient qui devient un consommateur de soins. On passe ainsi des projets collectifs de politique de santé d'après-guerre à une politique du soin dans les années soixante-dix puis, aujourd'hui, à une politique de consommation individuelle du soin. C'est autour du concept de consommateur de soins et de biens médicaux que se trouve le fil conducteur des différentes réformes. Le « consommateur malade » peut mettre en concurrence les offreurs de soins, et

## LA SÉCU, ELLE EST À NOUS!

choisit dorénavant son mode de prise en charge. Même la sécurité sociale dans ces différents rapports ne parle plus d'assurés sociaux, mais de clients; les établissements sanitaires et sociaux deviennent, eux, des fournisseurs de soins.

– La décentralisation est également une constante dans l'ensemble des réformes en Europe, des autorités régionales ou locales se voient confier des missions qui étaient dévolues antérieurement à l'État.

– Les établissements de santé sont complètement recentrés sur l'activité du soin, faisant ainsi apparaître une panoplie de services vendus au consommateur à la périphérie du soin (hôtellerie, restauration, aide et service à domicile, blanchisserie...).

Pour mener cette politique, deux outils indissociables sont nécessaires: le panier de soins et les filières de soins. Le premier, qui existe déjà dans le cadre de la CMU (Couverture maladie universelle) complémentaire, va être généralisé. Les Pays-Bas, qui ont déjà mis en place ce dispositif, servent aujourd'hui de modèle pour les libéraux. Le Medef, lui, voit dans le panier de soins la clé du futur dispositif d'assurance-maladie. Il l'a clairement explicité dans sa « nouvelle architecture de la sécurité sociale ». Ce « panier garni » se composerait d'un minimum de biens médicaux pris en charge par une Assurance-maladie obligatoire (AMO), gérée par l'assurance-maladie. Un panier complémentaire avec des prises en charge au premier euro pour des biens médicaux secondaires (lunetterie, dentaire, certains médicaments...) serait pris en charge par les systèmes complémentaires (assurances, mutuelles). Il est défini par le rapport Chadelat comme l'Assurance-maladie complémentaire de base (AMCB). Un panier de soins plus complet serait proposé par les assurances, sorte de troisième niveau dans le dispositif, réservé lui au plus solvable. Ce troisième niveau complètement individualisé serait facturé en fonction du niveau de couverture souhaité et des risques encourus (fumeur, obèse diabétique, surfeur, voire demain les risques génétiques...). Il va également

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

proposer que les assurés sociaux qui n'ont pas de mutuelle ou d'assurance, définis par l'ancien ministre de la Santé M. Mattei comme les « middle pauvres », soient pris en charge par l'AMCB: un système de bons d'achat facultatifs et dégressifs payerait totalement ou partiellement leur cotisation à une mutuelle ou une assurance. Ils pourront ainsi bénéficier de l'Assurance-maladie généralisée qui ne sera rien d'autre qu'une couverture maladie universelle de seconde catégorie. Le caractère facultatif de cette opération permet au gouvernement de ne pas faire apparaître ce dispositif comme un prélèvement obligatoire, et par la même occasion de donner à la Commission de Bruxelles des gages de sa volonté de baisser les prélèvements obligatoires.

Pour les libéraux, ce dispositif a le mérite de faire rentrer massivement les assurances en lieu et place d'une protection sociale solidaire. Ainsi, à partir de ce panier de soins, ils peuvent installer une réelle concurrence entre les différents opérateurs de soins. Ce sera le consommateur qui choisira, en fonction du panier proposé et de ses prestations, l'assureur et l'opérateur – le lien entre l'assureur et l'opérateur devenant indissociable. La restructuration sanitaire imposée en France depuis plusieurs années multiplie les dispositifs (fermetures de lits d'hôpitaux de proximité, redistribution au secteur privé des pans les plus rentables de l'hospitalisation, fusions d'établissements...) qui préparent la privatisation de la Sécurité sociale et du système de santé. De ce point de vue, la réforme de l'assurance-maladie est indissociable de la réforme «Hôpital 2007». Ces deux réformes ne s'appuient pas seulement sur la même philosophie, elles sont complémentaires: elles pavent la voie de la libéralisation du système français de santé et de protection sociale, en conformité avec les orientations du Medef.

LA SÉCU, ELLE EST À NOUS!

## **S'attaquer au salaire socialisé, transformer le bonheur en charge**

En s'attaquant à la Sécurité sociale, les libéraux veulent faire d'une pierre deux coups: passer progressivement d'un système solidaire à un système de consommation individualisée aux mains des assureurs; s'attaquer au salaire socialisé. Lorsque les libéraux nomment «charge» le salaire indirect, il est aisé de saisir à quel point cette astuce sémantique peut leur servir, ainsi que le Medef, dans leur combat pour la réduction du coût salarial. Le mot «charge» n'existe dans aucun texte juridique. Il n'a donc aucun fondement sinon partisan et idéologique. En réalité, ce que les libéraux appellent «charge» est un salaire indirect, un élément du salaire: une part du salaire que le salarié ne reçoit pas directement, mais qui est versée immédiatement dans une banque appelée «sécurité sociale». Pourquoi appeler «charge» cette part du salaire? Ce n'est pas une «charge», c'est du bonheur. C'est ce qu'il y a de plus beau, de plus socialisé. On prélève à l'occasion du travail et l'on redistribue, selon les besoins ou les cotisations versées, à ceux qui sont malades, accidentés, retraités, etc. Ce salaire indirect est délibérément prélevé, il est «mis de côté» afin qu'il ne puisse absolument pas être confondu avec l'impôt, ni en conséquence servir à autre chose qu'à la sécurité sociale à laquelle il est collectivement destiné. Le salaire socialisé est une des plus grandes conquêtes sociales. Aucun employeur, en effet, ne peut faire travailler un salarié s'il ne paie pas en même temps un salaire indirect sous la forme de cotisations sociales. Cette conquête oblige les employeurs collectivement à ne plus payer uniquement le temps travaillé, mais aussi le temps libre comme celui de la retraite, du chômage ou de la maladie. Elle oblige même l'employeur à prendre en charge une partie des dépenses familiales!

Comme l'écrit fort justement Bernard Friot: «Le temps d'enfance, de formation, de chômage, de maladie ne sont pas

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

voués au temps économique alors même qu'ils sont assumés par le capital et c'est là l'espace public conquis sur la logique du capital». C'est ce que le Medef rêve de supprimer. Lorsque les libéraux donnent le nom de «charge» au salaire socialisé, c'est qu'ils veulent réduire le salaire indirect. Après celui-ci, ce sera le tour du salaire direct. Ne trouvent-ils pas déjà le SMIC trop cher?

Quand la Banque mondiale et la Commission de Bruxelles disent qu'il faut réduire les prélèvements obligatoires, quand le Premier ministre Jean-Pierre Raffarin dit qu'il veut réduire les «charges sociales», cela ne veut rien dire d'autre que la réduction du financement des protections sociales. Mais chaque réduction de cotisations sociales non compensée par l'État met en péril le système de sécurité sociale. Si elle est compensée par l'État, ce n'est plus le patron qui paie, mais le contribuable par l'impôt... Et comme Jacques Chirac, à l'image de la plupart des dirigeants européens, se veut le champion de la baisse des impôts (33%!), comment cette opération sera-t-elle possible?

Ce qui coûte cher, ce n'est pas le travail, c'est ce que le capital prend au travail. Il prend trop. Il prend de plus en plus. Il coûte de plus en plus cher à la collectivité. 10, 15, 20% voilà les marges qu'exigent aujourd'hui les actionnaires. C'est le prélèvement du capital sur le salaire qu'il faut baisser, pas le salaire indirect qui finance la sécurité sociale.

Depuis plus de 10 ans, le patronat (sous ses sigles successifs, CNPF puis Medef), relayé par quelques économistes bien pensants, a fait admettre à une partie de la classe politique que les cotisations patronales étaient trop lourdes, qu'elles étaient un obstacle à l'emploi.

Petit à petit, l'idée a fait son chemin dans la droite et une partie de la gauche: le salaire est bel et bien devenu le coupable idéal, le véritable barrage au commerce, à la concurrence internationale et donc à l'emploi.

Le Medef, après l'obtention d'emplois sans cotisations patronales ou avec des exonérations de cotisations de plus en plus

## LA SÉCU, ELLE EST À NOUS!

importantes, trouve le SMIC trop cher, les conventions collectives trop vieilles, et les 35 heures seraient une aberration de l'histoire. Il n'a de cesse d'asséner ces principes; en une décennie, le mot charge sociale a supplanté le mot cotisation patronale.

Le 8 janvier 2002, à Champs-sur-Marne, le Medef réaffirme: « La protection sociale contre le risque maladie, les risques de la famille et d'exclusion ne relève désormais plus de l'entreprise, mais de la solidarité nationale. »

Ces messieurs veulent que le salaire soit réduit au seul «travail effectif», avec peu ou pas de droit social. Comme au siècle dernier. Plus question de payer pour une cotisation maladie, familiale, pas davantage pour une cotisation chômage et la retraite. Tout devrait relever de l'impôt, des choix individuels d'assurance et de «la solidarité nationale». Les employeurs pourront ainsi se recentrer sur la seule entreprise et ses profits.

Admettre cette régression irait à contre-courant d'un mouvement qui a vu, sous la pression constante de luttes sociales, la prise en charge progressive par les employeurs des temps non travaillés (retraite, congés payés, congés maladie, chômage, formation professionnelle, etc.). Inlassablement, le Medef tente de revenir sur ces acquis, et remet aussi en cause insidieusement des éléments jusqu'alors intégrés au temps salarié comme les pauses, l'habillement, certains déplacements. Le salaire devrait augmenter parallèlement à l'évolution des besoins. Or la forme socialisée est la seule à tenir compte, au plus près, des besoins sociaux. Pourquoi le capital n'aurait-il pas à accroître les salaires directs et indirects lorsque les besoins sociaux s'intensifient? La proposition du patronat de fiscaliser les cotisations sociales ne relève pas d'un simple changement technique, d'un aménagement de tuyauterie, elle vise un changement de système beaucoup plus profond.

Un rêve récurrent depuis des décennies deviendrait réalité: le système français de protection sociale, qui depuis 1945 repose sur le salaire, basculerait vers un système de type anglo-saxon.

En imposant ce nouveau couple rente-fiscalité, le patronat français réussirait à affaiblir triplement le salariat :

- Les intérêts homogènes du salariat feraient place à des intérêts antagonistes.
- Les intérêts de ceux dont le pouvoir d'achat dépendrait uniquement du salaire direct s'opposeraient à ceux qui bénéficieraient de *stock options* ou d'épargne salariale, dont l'œil serait rivé sur le cours de l'action de l'entreprise plus que sur la fiche de paie.
- Les intérêts de ceux qui dépendraient de l'impôt pour leur retraite ou leur allocation chômage s'opposeraient aux intérêts des salariés les mieux rémunérés qui voudraient payer le moins d'impôts possible.

### Les avancées d'un projet «antisocial»

Durant les cinq années de gouvernement de gauche plurielle, une multitude de mesures pour relancer l'emploi, y compris les 35 heures, se sont accompagnées d'allègements de cotisations sociales. Ils ont été compensés partiellement ou totalement par l'État, c'est-à-dire par le contribuable au travers l'impôt.

Un projet «antisocial» se profile où la notion de risque prend le pas sur les solidarités collectives. «L'État, c'est le mal!» : ce cri de guerre du libéralisme du XIX<sup>e</sup> siècle s'orne aujourd'hui d'un autre cri, «La société, c'est le mal!». Une fois de plus, sous couvert de modernité, une régression totale s'amorce.

Dans un article consacré à la protection sociale, publié par la revue *Commentaire* à l'automne 1999, M. Denis Kessler – à l'époque numéro deux du Medef –, explique sa conception des relations entre la famille et l'État-providence: «Beaucoup plus de risques peuvent être mutualisés au sein des familles [...]. L'État-providence se renforce à mesure que la famille s'affaiblit.» Vive la solidarité familiale qui a le mérite, à la diffé-

## LA SÉCU, ELLE EST À NOUS!

rence de la Sécurité sociale, de ne pas demander de cotisations aux employeurs. Et qui, entre autres vertus morales, n'incite pas au relâchement.

M. Kessler déplore une situation pour le moins anormale: «Les individus se sont habitués à un niveau de bien-être par l'existence de l'assurance sociale et du tout indemnisation.» Il peaufine son explication: «Les risques dépendent en partie du comportement.»

Par ailleurs président de la Fédération française des sociétés d'assurances, le même Denis Kessler déclame: «La maladie est au carrefour d'un double déterminisme génétique et comportemental. La collectivité n'a donc pas à indemniser des risques qui peuvent être évités par les individus.» Dès son arrivée au gouvernement, le ministre de la Santé Jean-François Mattei a mené, contre la gratuité des soins, la même campagne sur la responsabilisation de chacun, y compris devant ses propres risques. Pour ce faire, il n'a pas hésité à multiplier les déclarations, voire les provocations du type: «Le tout gratuit, c'est l'irresponsabilité.» Il a été relayé par certains de ses alliés au Parlement, selon lesquels la gratuité est le corollaire de l'oisiveté.

Le mercredi 16 avril 2003, le gouverneur de la Banque de France, Jean-Claude Trichet, s'inquiétait dans la presse des dépenses d'assurance qui, selon lui, «galopent de manière effrayante». Le jour suivant, le Premier ministre répondait, par presse interposée, que l'assurance-maladie serait l'un de ses trois chantiers prioritaires après les retraites. Deux jours plus tard, c'était au tour de M. Mattei de répondre à M. Trichet en publiant une liste de 616 médicaments soumis à un déremboursement de 65% à 35%, ce qui devrait engendrer une économie de 360 millions d'euros sur le dos des assurés sociaux.

Ces déremboursements auront un double impact: faire supporter le surcoût du ticket modérateur aux 10% de Français sans mutuelle ou assurance complémentaire, et pour les autres une augmentation autour de 6% que les dispositifs complémentaires ne tarderont pas à répercuter sur leur tarif. Et si avec tout

cela M. Trichet n'était pas rassuré, le ministre de la Santé annonce un nouveau plan, tout aussi important.

La méthode du gouvernement semble claire: on laisse filer le pseudo trou de la Sécurité sociale. Comment ne pas s'étonner de la position d'un gouvernement qui annonce, dès son arrivée au pouvoir, un trou de 3 milliards d'euros, puis quelque temps plus tard de 5 milliards d'euros, et vraisemblablement 10 milliards d'euros lorsqu'il va annoncer les mesures à prendre: la profondeur du trou va permettre à ce gouvernement de concocter une posologie radicale, un vrai remède de cheval, le plus dur possible.

Nous assistons à la mise en place d'un système de santé et d'une médecine à plusieurs vitesses. Une société où celui qui a de l'argent consommera du soin. Une politique qui tourne fondamentalement le dos à une la santé publique. En France, les dépenses de santé représentent 148 milliards d'euros (soit 9,5 % du PIB); les régimes obligatoires d'assurance-maladie (branche de la Sécurité sociale) couvrent plus de 75% de ces dépenses, les mutuelles complémentaires 7,5%, la part des assurances privées ne représentant que 2,4%; 11 % restent à la charge des ménages. Dans le contexte de la mondialisation néolibérale, l'objet des convoitises apparaît clairement derrière les discours: transférer vers les assurances privées l'argent libéré par une cure drastique d'amaigrissement des régimes obligatoires.

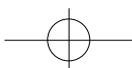
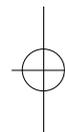
Il s'agit d'en découdre avec un système de protection sociale devenu « encombrant », selon la phraséologie de la Banque mondiale, et de se rapprocher du modèle américain. Pourtant, le système de santé des États-Unis, à la fois le plus privatisé et le plus cher de l'OCDE (13,6% du PIB), laisse plus de 40 millions d'Américains sans couverture maladie.

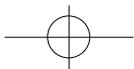
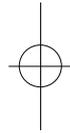
Même si l'objectif du gouvernement français est de servir son remède de cheval, il ne peut avancer à n'importe quel rythme. Il sera obligé de tenir compte des résistances et de l'attachement des Français à leur système de sécurité sociale. L'avenir dépendra essentiellement de notre capacité à créer un rapport



LA SÉCU, ELLE EST À NOUS!

de force. Ne l'oublions jamais, c'est précisément au moment où l'économie était en ruine, les capacités de production pillées ou détruites, que la France a décidé de reconnaître à tous le droit à la protection sociale et de la garantir. N'importe quel expert économiste d'aujourd'hui aurait su de science certaine que c'était irréalisable. Les hommes de l'époque ne le savaient pas. Et ils l'ont réalisé.







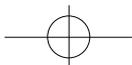
## Mondialisation libérale contre droits humains fondamentaux

*Raoul-Marc Jennar*<sup>33</sup>

**La mondialisation libérale place l'Organisation mondiale du Commerce en position de tribunal suprême. Sa loi est celle de la compétition, du profit, de la privatisation maximale. La Commission européenne partage cette position doctrinale et se montre à cet égard l'un des meilleurs alliés de l'OMC. Exposé de cette alliance méconnue, qui vise à marchandiser au maximum le bien public santé sur le continent qui l'avait le plus développé, y sapant les systèmes de sécurité sociale dont le fondement solidaire pourrait gagner par contagion les pays jusqu'ici démunis de couverture maladie.**

Le néolibéralisme se distingue du libéralisme du XVIII<sup>e</sup> siècle en ce qu'il refuse d'ajouter aux droits individuels, pour lesquels les libéraux d'alors se battaient, les droits collectifs dont seule la puissance publique peut être la gardienne. Les néolibéraux dénie à l'État la fonction de gardien de l'intérêt général parce qu'ils refusent de consacrer ces droits tout aussi fondamentaux que sont les droits sociaux, réclamés eux aussi dès la fin du

33. Docteur en science politique diplômé des universités belge et française. Entre 1968 et 1999, successivement, professeur de français, journaliste, conseiller du gouvernement belge, conseiller du Parlement belge, conseiller diplomatique du Forum international des ONG au Cambodge, consultant



XVIII<sup>e</sup> siècle. Le Premier ministre français, le conservateur Jean-Pierre Raffarin, comme le Commissaire européen social-démocrate Pascal Lamy, incarnent cette volonté néolibérale d'État minimum. La mondialisation ainsi entendue n'est pas une fatalité. C'est un projet politique. Appelée mondialisation néolibérale ou globalisation, ce projet politique n'est rien d'autre que la reconquête de tout ce qui fut concédé aux XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles afin d'avancer vers une justice sociale toujours plus grande. C'est ce qui est à l'œuvre depuis le début des années quatre-vingt.

## Deux instruments complémentaires

Deux organisations internationales sont à l'avant-garde de cette orientation voulue par un monde des affaires qui a été le premier à s'organiser sur la scène mondiale : l'Union européenne (UE) et l'Organisation mondiale du Commerce (OMC). Toutes deux sont au service du même objectif : déréguler pour mettre fin à tous les « obstacles » susceptibles de contrarier la compétition commerciale étendue à tous les actes de la vie en commun. Toutes deux jouissent de la même capacité de contraindre les États qui en font partie : le droit qu'elles créent s'impose directement dans le droit interne des États membres, et des juridictions spéciales – Cour de Justice des Communautés européennes ou Organe de Règlement des Différends de l'OMC

auprès de l'Autorité provisoire des Nations unies au Cambodge, responsable du programme de l'Unesco « culture de la paix au Cambodge », consultant auprès de l'Union européenne pour les questions politiques cambodgiennes. Depuis 1999, chercheur auprès d'Oxfam Belgique sur les dossiers relatifs à l'OMC et conseiller d'Oxfam international pour les matières liées à l'investissement ; animateur de l'Unité de Recherche, de Formation et d'Information sur la Globalisation (URFIG), créée en 2000 à l'initiative de Pierre Bourdieu. Auteur d'une dizaine d'ouvrages consacrés à des questions de science politique, au Cambodge et à l'ONU. Collaborateur occasionnel du *Monde diplomatique*, de *Politique Internationale* et de *L'Écologiste*. Vient de publier : *Europe, la trahison des élites* (Fayard, 2004).

– donnent à ce droit une force contraignante et la capacité de sanctionner efficacement les infractions. La première agit au nom du projet européen; la seconde au nom du libre-échange. Dans les deux cas, la paix et la prospérité sont avancées comme justification des transformations imposées. Dans les deux cas, la légitimité démocratique de ces organisations internationales est extrêmement faible, même si, dans les deux cas, les décisions qu'elles prennent requièrent l'accord – fut-il formel – des gouvernements: ni l'UE, ni l'OMC ne sont comptables devant les peuples des décisions qu'elles leur imposent.

On ne s'étonnera donc plus d'apprendre que l'UE n'est pas, contrairement à ce qu'elle prétend, un rempart contre la marchandisation des rapports humains, mais qu'elle est un des acteurs les plus agressifs sur la scène mondiale et en particulier dans l'enceinte de l'OMC. On retiendra dès lors que les décisions prises à l'OMC le sont toujours avec l'appui sinon à l'initiative de l'UE, le plus souvent en parfait accord avec les États-Unis auxquels les élites européennes ont lié leur avenir en signant, en 1998, une «Déclaration commune sur le partenariat économique transatlantique»<sup>34</sup>.

À l'extérieur, l'UE se sert des règles de l'OMC; à l'intérieur, elle utilise les dispositions arrêtées dans l'Acte unique européen et les traités de Maastricht et d'Amsterdam relatives à la libéralisation du marché intérieur. Cette complémentarité est illustrée avec éclat dans le cadre de la libéralisation des services. À l'OMC, il s'agit de mettre en œuvre l'Accord Général sur le Commerce des Services (AGCS). Dans l'Union européenne, il s'agit d'imposer une directive, c'est-à-dire une loi contraignante, libéralisant le marché des services<sup>35</sup>.

34. On trouvera une analyse de ce «Partenariat économique transatlantique» dans Raoul-Marc Jennar, *Europe, la trahison des élites*, op. cit.

35. Il s'agit d'un projet de directive déposé par la Commission européenne le 13 janvier 2004 avec l'intention de le faire adopter par le Conseil des ministres et le Parlement en 2005. Le 26 mars 2004, lors du Sommet de printemps de l'Union européenne, les chefs d'État et de gouvernement ont

## Droits et services

Le Préambule de la Constitution française de 1946, qui est intégré dans la loi fondamentale actuellement en vigueur en France, «garantit à tous, la protection de la santé.» L'article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 proclame: «Toute personne a droit... à la sécurité en cas de maladie, d'invalidité, de veuvage et de vieillesse...» L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966 reconnaît «le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre» et charge les États signataires de prendre les mesures nécessaires afin d'assurer le plein exercice de ce droit<sup>36</sup>.

Un droit fondamental est ainsi inscrit dans des dispositions constitutionnelles et dans des traités internationaux qui reconnaît à tout être humain le droit à protéger sa santé et à la rétablir lorsqu'elle est altérée. Les États ont la charge de rendre possible l'exercice de ce droit.

Ce qui revient à leur confier à la fois des devoirs en matière de prévention et de destruction de toutes les nuisances susceptibles d'affecter la santé et des obligations en matière d'accès de tous aux soins.

---

convenu que «dans le secteur des services, qui demeure fortement fragmenté, une concurrence accrue s'impose pour améliorer l'efficacité, accroître la production et l'emploi et servir les intérêts des consommateurs. L'examen du projet de directive sur les services doit être une priorité absolue et respecter le calendrier envisagé.» On peut prendre connaissance de ce projet à l'adresse Internet suivante:

[www.europa.eu.int/comm/internal\\_market/fr/services/services/index.htm](http://www.europa.eu.int/comm/internal_market/fr/services/services/index.htm).

36. Le projet de Constitution européenne n'établit pas le droit à la santé et à la sécurité sociale. Il se contente de reconnaître aux États membres le droit de le mettre ou non en œuvre, à leur guise. Une formidable régression... En outre, ce projet enlève aux États membres le droit de veto qu'ils détiennent jusqu'ici en matière de privatisation des secteurs comme la santé, l'éducation et la culture.

## MONDIALISATION LIBÉRALE CONTRE DROITS HUMAINS FONDAMENTAUX

Sous la pression répétée du mouvement social, cette responsabilité des pouvoirs publics s'est matérialisée le plus souvent en confiant à l'État un triple pouvoir : opérateur, régulateur et redistributeur. Des institutions publiques ont été créées ; des législations ont été adoptées, des mécanismes de redistribution de la richesse produite ont été mis en place. Ce faisant, la notion de service trouvait une concrétisation différente de celle communément entendue, car il ne s'agissait pas d'un rapport entre un fournisseur et son client, mais d'une relation entre un instrument au service de la collectivité et les citoyens. Ainsi sont apparus les services publics, outils au service du plein exercice de droits – santé, éducation, culture, logement, communications... – dépassant la relation mercantile.

Les « obstacles » au libre-échange que l'UE et l'OMC s'acharment à détruire, ce sont précisément ces droits et les instruments créés pour qu'ils puissent s'accomplir. L'UE bannit de ses textes l'expression « service public. » Elle tente d'imposer un concept dont elle a été incapable à ce jour de fournir une définition claire : le « service d'intérêt général », plus souvent d'ailleurs identifié au « service d'intérêt économique général », les penseurs de la Commission européenne étant manifestement incapables de regarder la société autrement qu'au travers du prisme économique. L'OMC entend soumettre aux règles de la concurrence tous les services de tous les secteurs. Car, contrairement à ce que font croire nos gouvernants et la Commission européenne, l'OMC ne régule pas le commerce mondial. Pas une seule des 22 500 pages des Accords de Marrakech n'impose de contrainte au secteur privé. Ces accords, gérés par l'OMC, ont pour but de déréguler afin de créer des conditions de concurrence débarrassées des « entraves au commerce » que sont les normes sociales et environnementales et les législations que chaque pays a pu mettre en œuvre en fonction de ses choix propres de politique économique et en vue de se protéger contre ceux qui confondent économie et recherche exclusive du profit.

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

La Directive européenne sur les services dans le marché intérieur, comme l'AGCS, s'applique aux services qui ne font pas l'objet d'un monopole gratuit. Dès l'instant où un service est rendu sur une base commerciale (c'est-à-dire rémunérée) ou dès lors qu'il y a au moins deux fournisseurs d'un même service, alors ces deux textes entendent modifier les législations nationales, régionales et locales afin de créer les conditions d'une concurrence parfaite. Ce qui signifie que la santé, l'éducation, la culture, les transports, la poste, les télécommunications, la distribution de l'eau, du gaz ou de l'électricité, entre autres, ne sont plus considérés comme des activités impliquant notamment des obligations d'égalité de tous dans l'accès à ce service. Ce qui très concrètement signifie que l'accès sera désormais réservé à celui qui aura les moyens de le financer.

### L'AGCS et la santé

L'AGCS est un accord tellement ambitieux et tellement complexe qu'il prévoit des «séries de négociations successives» afin d'atteindre son objectif: la libéralisation, c'est-à-dire la mise en concurrence – ce qui en fait signifie quasi mécaniquement la privatisation – de toutes les activités de services.

En effet, à l'instar de presque tous les accords de l'OMC, l'AGCS met en œuvre quatre mécanismes destinés à appliquer le «principe de non-discrimination» qui constitue la doctrine de base de l'OMC :

1. Le traitement de la nation la plus favorisée: chaque pays doit accorder aux entreprises de tous les autres États membres de l'OMC le traitement qu'il accorde à l'une d'entre elles provenant d'un État membre.
2. Le traitement national: chaque pays doit accorder à toutes les entreprises étrangères d'un secteur le traitement qu'il accorde à ses propres entreprises de ce même secteur ; ainsi, dans l'hypothèse où le secteur de la santé est engagé dans un

## MONDIALISATION LIBÉRALE CONTRE DROITS HUMAINS FONDAMENTAUX

processus de libéralisation au titre de l'AGCS, l'État français doit accorder aux prestataires de soins étrangers qui veulent s'établir en France les subventions qu'il accorde aux prestataires de soins publics en France; généralisé, ce mécanisme force les pouvoirs publics à se retirer, c'est-à-dire à privatiser, sous peine de faire exploser les finances publiques.

3. L'accès au marché: un État membre de l'OMC ne peut limiter l'accès de son territoire aux entreprises étrangères par des législations qui, par exemple, réglementent le capital de ces entreprises, l'usage des bénéfices (telles la limitation du rapatriement ou l'obligation de réinvestissement), l'emploi du personnel (par exemple l'obligation de recruter du personnel local), les obligations sociales et environnementales. L'élimination progressive de ces législations considérées par l'AGCS comme «limitatives» fait l'objet de négociations successives.

4. La transparence: les États sont tenus de communiquer à l'OMC leurs législations et réglementations nationales, régionales et locales afin de permettre la vérification de leur conformité aux règles de l'OMC et de l'AGCS en particulier.

En outre, dans le cadre des négociations successives, l'AGCS confie à l'OMC le soin d'élaborer des «disciplines», c'est-à-dire des listes de subventions ou de normes considérées comme produisant «des effets de distorsion sur le commerce des services» ou présentant «des obstacles non nécessaires au commerce» parce qu'elles seraient «plus rigoureuses que nécessaires». Ces «disciplines» vont énumérer ainsi les dispositions légales ou réglementaires que les États seront tenus d'abroger. L'idée qui traverse la plupart des propositions déposées sur la table des négociations, c'est que l'acteur privé est davantage fondé que les pouvoirs publics à établir des normes lorsqu'il s'agit du personnel qu'il emploie ou des services qu'il fournit.

En vue de la première des séries de négociations prévues pour la mise en œuvre de cet accord, qui a débuté en 2000 et qui pourrait se terminer en 2005, le secrétariat de l'OMC a publié

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

un document <sup>37</sup> dans lequel on peut lire: «Même dans les pays les plus développés, le secteur de la santé – un géant dans l'économie nationale, qui représente par exemple aux États-Unis près de 6% du PIB – ne contribue encore que modestement aux échanges commerciaux. Cela semble dû à l'action conjuguée des réglementations qui restreignent le mouvement des professionnels et des patients, des contraintes institutionnelles (arrangements de monopole et d'exclusivité) qui découragent la présence commerciale étrangère et des obstacles d'ordre technologique qui entravent la fourniture transfrontières d'un grand nombre de services de santé et de services sociaux. Toutefois, la situation semble s'améliorer peu à peu grâce, en particulier, à une évolution observée dans deux domaines connexes: premièrement, dans un certain nombre de pays les réglementations sont davantage orientées vers le marché, ce qui ouvre la place à une participation accrue du secteur privé tant national qu'étranger; deuxièmement, les progrès techniques facilitent de plus en plus la transmission électronique entre pays et continents de certains services, ou du moins de leurs sous-segments. »

On perçoit très nettement l'inspiration idéologique qui est à l'œuvre. La santé est un marché et même un marché considérable. Ainsi, le même document constate:

« Au milieu des années quatre-vingt-dix, les pays de l'OCDE consacraient chaque année à la santé environ 2000 milliards de dollars EU, soit près de 90% du montant total des dépenses de santé dans le monde. Dans la plupart de ces pays, les dépenses de santé représentent à l'heure actuelle plus de 8% du PIB (contre de 1,5 à 5,5% au début des années soixante), alors que, dans les pays en développement, le chiffre correspondant est d'environ 5%. Y sont incluses les dépenses publiques et privées pour les marchandises et les services. (La définition des dépenses de santé publique comprend les dépenses ordinaires et les dépenses d'équipement financées par les budgets publics, par

37. OMC, Conseil du commerce des services, document S/C/W/50, 18 septembre 1998: *Services de santé et services sociaux*.

## MONDIALISATION LIBÉRALE CONTRE DROITS HUMAINS FONDAMENTAUX

des emprunts à l'extérieur et par des aides financières, y compris sous forme de dons, et les dépenses au titre des assurances sociales ou de l'assurance-maladie obligatoire.) Bien que les disparités entre pays soient importantes dans le cadre de l'OCDE, les services hospitaliers y représentent en général de 40 à 50 % des dépenses totales de santé et les médicaments de 30 à 40%, le solde étant représenté principalement par les services médicaux et paramédicaux pour les soins ambulatoires. »

En fait, le secteur de la santé dans le monde représente en 2003 un « marché » de 3 500 milliards de dollars. L'américain Colombia/HCA, le plus grand consortium hospitalier du monde, proclame que la santé est un secteur comme l'industrie et les transports et que ce n'est pas le rôle des pouvoirs publics de gérer des hôpitaux. En France, la Générale de Santé, qui possède 157 cliniques privées, a fait son entrée en bourse en juillet 2001.

Le même document de l'OMC déplore que, « même dans les pays développés, le secteur de la santé [...] ne contribue encore que modestement aux échanges commerciaux. » et il constate que « de nombreux experts, en particulier dans les pays de l'OCDE, ont parfois tendance à considérer le secteur de la santé moins comme un « contributeur » au PIB que comme un frein à l'expansion économique. »

En soutenant que « le passage progressif à des systèmes de participation privée pourrait offrir des perspectives économiques intéressantes, » l'OMC constate que les lois, règlements, procédures nationaux, régionaux et locaux relatifs à l'organisation du secteur ou la fourniture de services individuels de santé affectent directement ou indirectement les dispositions de l'AGCS, en particulier les conditions d'accès selon les modes de fourniture de services prévus par cet accord.

En effet, l'AGCS, qui s'applique aux législations nationales, régionales et locales des États, vise quatre modes de fourniture d'un service :

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ETBIEN PUBLIC

– Mode 1: les services transfrontaliers: ceux en provenance du territoire d'un membre et à destination de tout autre membre: par exemple la transmission par courrier électronique de diagnostics émis par un cabinet médical d'un pays A vers un cabinet d'un pays B, sans déplacement physique d'une des deux parties.

– Mode 2: la consommation transfrontalière ou la consommation à l'étranger: l'hospitalisation à l'étranger.

– Mode 3: l'établissement d'un fournisseur de services d'un pays membre sur le territoire de tout autre État membre: par exemple, l'installation en France d'une clinique appartenant à une firme américaine.

– Mode 4: le détachement temporaire de personnes: par exemple, le recours par un établissement français à du personnel soignant en provenance des Philippines, à titre temporaire et sur la base des législations salariales et sociales du pays d'origine

Dans la classification des services établie par l'OMC, on retrouve les services de santé et les services sociaux dans trois sous-groupes différents, les services fournis aux entreprises, les services financiers et les services de santé et sociaux:

**1. SERVICES FOURNIS AUX ENTREPRISES**

A. Services professionnels

[...]

h. Services médicaux et dentaires

i. Services vétérinaires

j. Services des accoucheuses, infirmières et physiothérapeutes et du personnel paramédical

[...]

**7. SERVICES FINANCIERS**

A. Tous les services d'assurance et relatifs à l'assurance

a. Services d'assurance sur la vie, l'accident et la maladie

[...]

8. SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (autres que ceux de la partie 1.A.h-j.)

- A. Services hospitaliers
- B. Autres services de santé humaine
- C. Services sociaux
- D. Autres services

L'OMC, toujours dans le document précité, estime que «trois types de réglementation, qui peuvent directement affecter l'offre ou la demande de services médicaux et de services de santé, pourraient être notamment considérés. Il s'agit, premièrement, des prescriptions en matière de qualifications et de licences pour les professionnels de santé à titre individuel; deuxièmement, des prescriptions en matière d'agrément pour les fournisseurs institutionnels tels que cliniques ou hôpitaux; et troisièmement, des règles et pratiques gouvernant le remboursement dans les régimes d'assurance obligatoire (régimes publics ou privés).»

L'OMC propose ensuite de s'attaquer aux critères de qualification professionnelle: «Les mesures de reconnaissance appliquées pour les licences, les qualifications ou les normes étrangères (y compris pour les traitements médicaux et hospitaliers) peuvent déterminer la valeur économique des engagements dans le cadre de l'AGCS. Les mesures en question pourraient affecter la portabilité de l'assurance (et déterminer ainsi la possibilité qu'ont les patients de consommer des services hospitaliers étrangers) ou la possibilité pour les professionnels de travailler à l'étranger sans passer des tests ou des examens supplémentaires.»

Enfin, le secrétariat de l'OMC observe que «les règles et les pratiques dans les «domaines réglementés» peuvent être utilisées pour perturber les «marchés ouverts», ou peuvent avoir cet effet: il peut être imposé aux hôpitaux publics de ne pas accepter la couverture d'assurance de compagnies installées à l'étran-

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

ger ou il peut être interdit à un assureur national réglementé de rembourser le coût des traitements à l'étranger. »

On s'en rend compte, la santé n'est pas reconnue comme un bien public mondial, mais comme une activité marchande. Les problèmes de santé sont traités dans une approche fondée sur les lois du marché, sans que les questions de prévention, d'accès pour tous aux soins et de déontologie reçoivent la prééminence. Le malade cesse d'être un patient pour devenir un client. Le citoyen n'est plus qu'un consommateur.

Dans le cadre des négociations en cours sur la mise en œuvre de l'AGCS, la conférence ministérielle de l'OMC, réunie à Doha en 2001, a décidé que chaque pays devait adresser à tous les autres la liste des services qu'il voudrait voir libéraliser chez chacun d'entre eux. Ce sont les « demandes. » De même, chaque pays doit déposer à l'OMC la liste des services qu'il est disposé à libéraliser chez lui. Ce sont les « offres ».

Cette procédure des demandes et des offres met fin à la faculté, devenue toute théorique, laissée à chaque État d'engager ou non tel ou tel service dans un processus de libéralisation dans le cadre de l'AGCS. Le nombre peu élevé de pays ayant jusqu'à présent présenté des demandes et des offres incite même les pays industrialisés, au premier rang desquels se trouve l'Union européenne, à « exiger<sup>38</sup> » que chaque pays présente des demandes et des offres « substantielles et significatives ». Demandes et offres peuvent contenir des « disciplines », c'est-à-dire, on l'a vu, des dispositions normatives jugées contraires à la concurrence entre activités de service.

L'examen des demandes adressées jusqu'ici aux pays de l'Union européenne fait apparaître des demandes portant sur les modes 2, 3 et 4 adressées à l'Union dans son ensemble ou à certains États en particulier. L'Union européenne elle-même n'a

38. C'est le terme utilisé par la Commission européenne: Communication de la Commission au Conseil et au Parlement européen, *Redynamiser les négociations relatives au programme de Doha pour le développement – l'optique de l'UE*, Bruxelles, 26 novembre 2003 COM (2003) 734 final, p. 11.

adressé aucune demande dans le secteur de la santé et elle a confirmé ses engagements et ses exemptions de 1994 (voir ci-après) dans ses offres.

## L'Union européenne et la santé

En 1994, en sa qualité de négociateur unique à l'OMC, au nom des États membres de l'Union européenne, la Commission européenne, lors des négociations relatives à l'AGCS, a déjà pris des engagements en ce qui concerne le secteur de la santé.

Elle s'est engagée à ne pas imposer de nouvelles mesures qui restreindraient l'entrée de fournisseurs de services privés dans les services suivants :

- services médicaux et dentaires
- services vétérinaires
- services des accoucheuses, infirmières, physiothérapeutes et du personnel paramédical
- services hospitaliers
- services sociaux
- services d'assurance-maladie

Toutefois, elle a limité ces engagements par un certain nombre de protections qu'on appelle « exemptions ». Mais la durée de ces exemptions n'est pas éternelle. Lorsqu'elles concernent le traitement de la nation la plus favorisée, elles sont limitées à dix ans. Lorsqu'elles concernent le traitement national et l'accès au marché appliqués à l'un ou l'autre des modes de fourniture, ces exemptions peuvent être remises en question soit d'initiative, soit dans le cadre des négociations successives sur la mise en œuvre de l'AGCS. Aucune garantie formelle n'existe qui permettrait d'affirmer que l'AGCS ne provoquera pas la privatisation totale de l'accès aux soins.

Au contraire ! La Commission européenne a explicitement lié la mise en œuvre de l'AGCS avec les législations qu'elle entend imposer dans l'espace européen. En sa qualité de déten-

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

trice du monopole de l'initiative législative, la Commission européenne a déposé un projet de directive, déjà cité, sur la libéralisation des services dans le marché intérieur. Ce projet indique clairement que les négociations de l'AGCS «soulignent la nécessité pour l'UE d'établir rapidement un véritable marché intérieur des services pour assurer la compétitivité des entreprises européennes et pour renforcer sa position de négociation». Ce projet réserve explicitement un sort tout particulier au secteur de la santé.

Le projet de directive établit un certain nombre de principes de base en vue de faciliter la liberté d'établissement et la libre circulation des prestataires de services. Appliqués au secteur de la santé, ces principes auront l'impact suivant :

- principe du pays d'origine: un prestataire de soins d'un pays peut s'installer dans un autre pays sans devoir respecter la réglementation de son pays d'installation, ce qui conduit à une privatisation totale de la politique de santé ;
- limites quantitatives et territoriales: là où elles existent, les réglementations en matière d'établissement des officines pharmaceutiques ou d'implantation des services de radiothérapie ou de tout autre service médical spécialisé devront disparaître ;
- obligation d'adopter un statut juridique: les législations qui imposent un statut ou subordonnent l'octroi de subsides à un statut particulier devront disparaître ;
- obligation d'encadrement: les normes d'encadrement des maisons de repos et de soins, les normes en personnel médical et infirmier par nombre de lits en milieu hospitalier devront disparaître ;
- tarifs obligatoires minimum ou maximum: les accords tarifaires, la réglementation portant sur la limitation des suppléments d'honoraires devront disparaître ;
- remboursement des soins par les systèmes de sécurité sociale: c'est l'Union européenne qui fixe désormais les conditions de remboursement tant pour les soins non hospitaliers que

## MONDIALISATION LIBÉRALE CONTRE DROITS HUMAINS FONDAMENTAUX

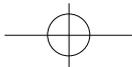
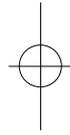
pour les soins hospitaliers en privilégiant non pas les patients, mais les prestataires de soins.

Si un prestataire de soins de santé d'un État A veut s'installer dans un État B, ce dernier ne peut pas subordonner l'autorisation d'installation à la prise en charge des soins de santé par ce prestataire de soins de l'État A, en vertu du système de sécurité sociale de l'État B (celui dans lequel il veut s'installer). Le prestataire de soins qui vient s'installer dans un pays n'est donc pas obligé de respecter le système de sécurité sociale du pays où il s'installe.

On se trouve en présence d'une volonté délibérée de la Commission européenne d'enlever aux États la maîtrise de leur politique de santé. Ce faisant, elle viole le principe de subsidiarité tel que prévu par l'article 152-5 des traités européens qui stipule que « l'action de la Communauté dans le domaine de la santé publique respecte pleinement la responsabilité des États membres en matière d'organisation et de fourniture des services de santé et de soins médicaux. » Une tentative de la Commission européenne de modifier le traité par le biais d'une directive. Ce n'est pas la première.

### **Le profit avant la santé**

Une conclusion s'impose directement et elle est très simple. L'AGCS comme le projet de directive européenne recherchent un objectif et un seul : privatiser totalement le secteur de la santé. Ainsi, sociétés d'assurances et réseaux privés d'établissements de soins pourront se partager un marché fructueux. Quant à l'égalité de tous pour l'accès aux soins, comme me le disait un banquier, ce sont « des idées périmées ; il faut être moderne » !



## Santé des itinérants : le cas exemplaire des marins

François Lille<sup>39</sup>

**Le cas des marins a toujours mis au défi les systèmes de santé fondés sur l'appartenance territoriale ou nationale. La prise en charge de leur santé se dégrade avec la mondialisation libérale. Elle oblige cependant à penser, négocier et entretenir un élément de bien public à l'échelle planétaire.**

### Les travailleurs itinérants

Ils sont, par choix de vie ou par nécessité, exposés à des risques et pathologies spécifiques de ce type de mobilité en même temps qu'à ceux propres à chaque métier. Loin de leurs systèmes et coutumes de santé et de soins, sociaux, familiaux, de voisinage... Les travailleurs itinérants transnationaux, pour ne pas devoir compter que sur eux-mêmes, individuellement et collectivement, devraient avoir droit à des conditions sanitaires et accès à des systèmes de soins donnant des résultats équiva-

39. Socioéconomiste et ancien marin, François Lille est président de l'association Biens publics à l'échelle mondiale (BPEM). Il est l'auteur de *Pourquoi l'Erika a coulé. Les paradis de complaisance*, L'Esprit frappeur, 2000, et le coauteur de *On peut changer le monde. À la recherche des biens publics mondiaux*, La Découverte, 2003.

lents à celui des sédentaires. Donc plus performants en général, et tenant compte des spécificités de ces modes de vie particuliers.

Nous avons choisi de développer ici, parmi les travailleurs du transport international, le cas des marins au long cours. Parce que c'est une grande population (plus d'un million de travailleurs), relativement bien connue, et parce que l'on trouve dans leur situation l'illustration de dimensions multiples du problème des itinérants transnationaux. Mais aussi, malheureusement, parce que l'évolution actuelle de leur condition est extrêmement préoccupante.

### **Le marin au long cours**

Qu'y a-t-il de commun entre un superpétrolier, un porte-conteneurs à rotations rapides, un vraquier vagabond, un car-ferry effectuant plusieurs départs quotidiens, un paquebot de croisière? La mer bien sûr, mais bien plus précisément le métier de marin, de ces «gens de mer» que leur formation rend apte à passer au long de leur carrière par ces divers types d'activités, aussi bien qu'à se spécialiser dans une seule – moyennant au besoin des formations complémentaires rapides.

Décrire un métier est déjà difficile, mais l'itinérance professionnelle est plus qu'un métier, c'est un mode de vie. Pour les marins: la vie à bord en continu, dans un espace confiné; des relations sociales obligées, dans un isolement collectif inéluctable; l'alternance continue de deux rythmes de travail et de vie, en mer et au port; au long cours, le changement permanent de saison, de pays, d'interlocuteurs terrestres... L'alternance nécessaire des embarquements et des congés est aussi, bien plus que pour les sédentaires, une véritable rupture.

Ne dramatisons pas d'emblée, ces conditions difficiles ne sont-elles pas le prix de la vie sur mer et dans la merveilleuse

## SANTÉ DES ITINÉRANTS : LE CAS EXEMPLAIRE DES MARINS

diversité des pays du monde ? Ne sont-elles pas d'abord un choix ? Mais il faudrait que ce prix reste raisonnable !

Qu'il s'agisse d'un choix de vie ou d'une nécessité économique – les deux intimement liés dans la réalité –, les fatigues et dangers de la vie en mer et des opérations portuaires sont là. Sont là aussi l'exposition à des contagions inattendues, les dérapages et souffrances psychologiques toujours possibles, individuellement et collectivement. On comprend aisément que la question de la santé des gens de mer comporte une grande exigence quant aux conditions de travail et de vie courante d'une part, de l'accès à des systèmes de soins d'autre part, et enfin de la sécurité familiale, économique et sociale. Ce dernier point, trop souvent négligé, est essentiel : la plupart des marins vivent dans ce métier pour assurer à leur famille un niveau social correct, et souvent ascendant. Dans ce cas le souci familial ne les quitte jamais, il grandit au contraire avec l'éloignement.

### **Le droit à la santé**

Il s'organise selon un modèle qui, pour ancien qu'il soit, n'est en rien périmé. Dans le système de travail maritime traditionnel, l'employeur, appelé « armateur », est responsable de l'ensemble du cadre permanent de travail et de vie du marin. Il s'agit d'un ensemble complet de prévoyance et de soin. La société du pays de l'armateur, qui était généralement aussi celui du marin, était censée fournir le cadre législatif et l'administration de contrôle de son respect. La sécurité sociale des marins, l'Énim (Établissement national des invalides de la marine), est la plus ancienne institution complète de prévoyance et retraite en France.

Mais les services publics de soins, le navire ne les emmène pas avec lui. Il n'emmène qu'une précieuse, mais minimale pharmacie, et la formation forcément primaire d'un ou deux membres de l'équipage. Pour le reste, il faut s'en remettre à

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ETBIEN PUBLIC

l'articulation avec les services locaux de soins, et aux services spécifiques aux marins (consultations à distance, moyens d'évacuation d'urgence). La radio, les liaisons satellitaires, les hélicoptères, ont permis de multiplier l'efficacité de ces services spécifiques.

Dans le champ international, les conventions et recommandations de l'OIT ont constitué progressivement, depuis 1920, les éléments d'un véritable statut du marin. Le seul énoncé des titres des plus récentes conventions en vigueur (encadré) en donne une idée. Les textes concernant le plus directement les conditions sanitaires et de soins ont leur place dans un environnement de conditions plus générales de vie et de travail qui leur donne tout leur sens. Ils sont articulés sur les conventions de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et celles de l'OMI concernant la sécurité nautique, dont dépend au premier chef celle du marin. L'ensemble s'appuie sur les conventions maritimes générales des Nations unies, notamment celle de Montego Bay sur le droit de la mer (1982) : elles jettent les bases d'un statut de la mer elle-même, pour sa préservation en tant que bien commun fondamental, et ses modalités d'utilisation en tant que bien public.

**Conventions OIT les plus récentes en vigueur à janvier 2003**  
(suivies du nombre de ratifications à cette date)

- C147 concernant les normes minima sur les navires marchands (40)
- C163 concernant le bien-être des gens de mer, en mer et dans les ports (12)
- C164 relative à la santé et aux soins médicaux des gens de mer (11)
- C165 sur la sécurité sociale des gens de mer (révisée) (2)
- C166 relative au rapatriement des marins (9)
- C178 sur l'inspection du travail de gens de mer (8)
- C179 sur le recrutement et le placement des gens de mer (7)
- C180 sur la durée du travail des gens de mer et les effectifs des navires (15)
- P147 protocole relatif à la convention 147 (mise à jour) (10)

## SANTÉ DES ITINÉRANTS : LE CAS EXEMPLAIRE DES MARINS

De l'embauche au rapatriement éventuel, en passant par le travail, la vie à bord, la santé et les soins, la famille, avec l'inspection du travail pour couronner le tout, c'est un modèle de statut professionnel international, même s'il est encore loin d'un statut modèle... Un groupe de travail tripartite «de haut niveau» du BIT prépare actuellement, pour le soumettre à la Conférence générale de l'OIT de 2005, «un instrument unique et cohérent synthétisant autant que possible toutes les normes [...] du travail maritime en vigueur...». Le dernier instrument de ce type est la convention n° 147, adoptée en 1976 et ratifiée depuis par 40 pays, dont les principales nations maritimes réelles<sup>40</sup>.

Quel tableau édifiant, mais – c'est là que le bât blesse – le rythme des ratifications des conventions nouvelles a chuté depuis la convention n° 147 de 1976: entre 7 et 15 par convention, en mettant à part le cas de la C165 sur la Sécurité sociale, qui n'en a que 2! Et cette chute, est-ce un hasard, a coïncidé avec celle de l'accélération décisive du développement des pavillons de complaisance.

Fait nouveau encourageant dans cette débâcle, la France a engagé en janvier 2004 le processus parlementaire devant mener à l'intégration dans sa législation de toutes les conventions «post-147» (sauf la 165) dont elle n'avait précédemment ratifié aucune! Souhaitons que cela fasse école, notamment auprès des pays maritimes d'Europe.

Cette question des ratifications nous conduit à examiner l'encadrement institutionnel, à défaut duquel la concurrence internationale débridée remet tout en question.

40. Par «nations maritimes réelles», nous entendons celles où sont établies les armateurs des navires.

## L'encadrement institutionnel

Dans le cadre de l'ONU, trois institutions interviennent dans le champ du travail maritime, et coopèrent lorsque c'est nécessaire. L'OIT, antérieure à l'ONU, accomplit depuis 1920 une œuvre considérable dans le champ du droit du travail, l'OMI intervient surtout sur le plan de la sécurité, et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans son large domaine de compétence. La branche maritime de la Fédération internationale des syndicats du transport, à laquelle adhèrent la plupart des syndicats de marins, est un interlocuteur naturel dans les négociations tripartites de l'OIT.

Mais le système maritime onusien comporte une faille énorme: le pouvoir réel des nations dans l'OMI est fonction du tonnage immatriculé sous leur pavillon, ce qui fait que les pavillons de complaisance y sont de plus en plus majoritaires. Et comme il s'agit de nationalités fantoches, on peut logiquement penser que les lobbies industrialo-financiers transnationaux y font aisément la loi.

Quant à l'application contraignante, elle est restée au niveau des États, seuls encore dépositaires de la force publique pour l'exercer. Mais que faire s'ils n'intègrent pas ce droit international au leur, ou ne se donnent pas les moyens de le mettre en œuvre? Ceci nous amène à parler de l'évolution, absolument contraire à ce schéma positif, de la navigation internationale moderne.

## La destruction du modèle

Le commerce des biens matériels s'est accru d'une manière spectaculaire depuis une cinquantaine d'années. L'augmentation du trafic maritime en est le reflet et le moyen principal, la réduction de ses coûts un enjeu permanent dans les concurrences sauvages qui se jouent sur l'espace international. Mais les

## SANTÉ DES ITINÉRANTS : LE CAS EXEMPLAIRE DES MARINS

juridictions nationales, les défenses syndicales et les opinions publiques constituaient encore des entraves aux économies sur les conditions fiscales, sociales et de sécurité. C'est alors que les principaux intéressés, armateurs et affréteurs, se sont aménagés progressivement des espaces fictifs dégagés de ces contraintes : les «pavillons de complaisance», dans la logique du système des paradis fiscaux, judiciaires et financiers. En fait, sous cette fiction, la flotte mondiale continue d'appartenir majoritairement aux pays industrialisés

Les marins des pays maritimes traditionnels ont vécu un double mouvement contradictoire. Réduction des horaires, augmentation de la fréquence et de la durée des congés, logements moins parcimonieux et moyens de loisirs, sur un fond de couvertures sociales solides et de liaisons sanitaires entre «bord» et terre nouvelles... Ces progrès étaient aussi le prix de l'accroissement de la productivité et de la pénibilité du métier : mécanisation et réduction des équipages, stress et bruit, vitesses excessives contre vents et marées, accélération des rotations et quasi-disparition des escales en tant que moments de détente possibles.

Mais surtout, simultanément, l'emploi de ces marins se réduisait en peau de chagrin, par embauche de travailleurs venus du tiers-monde, puis des flottes en déroute des pays soviétiques. Ce ne serait pas choquant en soi, si leurs conditions d'emploi, de travail, de vie et de salaire ne nous ramenaient loin en arrière, annulant les progrès réalisés, et pire encore. Dans un premier temps, cette évolution n'a touché qu'une minorité des flottes, à commencer par les pétroliers américains. Ensuite, dans la dynamique folle de ce qu'on appelle la mondialisation néolibérale, la majorité de la flotte mondiale au long cours a suivi, et les marins subalternes des pays maritimes anciens ont été pratiquement éliminés. Maintenant, c'est le tour des officiers... Les armateurs occidentaux sont intéressés pour diverses raisons à conserver une part d'officiers «nationaux», mais ils s'appli-

quent à remettre en question leur statut pour l'adapter au marché du travail mondial.

## Conséquences sociales

Quelles sont les conditions actuelles de travail et de vie de ces marins du monde? Du meilleur au pire, une large gamme encore, mais avec une caractéristique commune: la discrimination à l'embauche et dans le travail. À cela correspond une organisation du travail fondée sur ces marchands de main-d'œuvre, les «manning agencies», qui nous ramènent aux pratiques lointaines des débuts de la révolution industrielle. La discrimination peut amener à constituer des équipages homogènes venant de pays à bas salaires. Mais sa forme la plus dégradante consiste à puiser dans divers réservoirs de main d'œuvre les spécialités nécessaires à la constitution d'un équipage.

Les «manning agencies» vont chercher ces marins où ils se trouvent, et leur font souvent payer pour embarquer. Ce n'est pas seulement pour le profit, mais un moyen de s'assurer la docilité du cheptel: le marin embarque endetté, car il n'a pas les moyens de payer lui-même ce «droit d'entrée»... Pas question de syndicalisation, ni de protestation, les listes noires circulent entre ces marchands avisés de bétail humain. Et comment les marins d'un navire, une vingtaine, divisés en 6 ou 7 catégories croisant qualifications et nationalités, pourraient-ils s'entendre contre la surexploitation? Comment, parlant des langues différentes en dehors de l'anglais maritime minimal nécessaire, pourraient-ils avoir une vie sociale acceptable? Comment constitueraient-ils une équipe efficace et solidaire si le navire est en danger? Et sauveraient-ils le collègue malade ou blessé?

Gardons-nous de toute excuse du genre: «ils sont mieux là que chez eux... Les marins internationaux ne sont pas des pauvres hères chassés de chez eux par une misère qui les rendrait taillables et corvéables à merci. Ce sont des travailleurs

## SANTÉ DES ITINÉRANTS : LE CAS EXEMPLAIRE DES MARINS

qualifiés et responsables socialement, sur lesquels repose l'essentiel des échanges matériels mondiaux. Laisser des marchands d'hommes et de femmes profiter de leur vulnérabilité dans cet espace international sans loi que l'on a laissé complaisamment se développer pour les tenir en sujétion, est grave. Aller jusqu'à acculer ces travailleurs, plus fréquemment qu'on ne croit, à la vraie misère physique et morale de l'abandon dans n'importe quel port, c'est plus qu'une honte: c'est un crime et qui devrait être qualifié comme tel. Ils ont droit au droit, et ceci nous concerne tous.

Ces pratiques sont le produit logique du principe de complaisance. Dans les franges les plus dégradées de la navigation maritime internationale, elles conduisent à des situations dramatiques, que l'on peut qualifier d'esclavage moderne. Mais elles ont également contaminé jusqu'aux fractions les mieux gérées de la flotte, notamment les trafics de lignes régulières entre pays industrialisés, et sont en train de s'imposer comme une véritable norme internationale. Quiconque ne s'y conforme pas devra disparaître.

Elles sont le nouveau modèle, que l'on cherche maintenant à étendre à d'autres secteurs d'activité transnationalisés. C'est le stade suivant de la division internationale du travail que pratiquent déjà d'entrepreneurs entrepreneurs plus « terrestres », appuyés sur l'OMC qui a déjà de telles évolutions dans ses projets.

Elles sont la négation de tout ce qui avait été bâti en droit du travail maritime, en droit plus général du travail, en droits humains tout simplement. C'est une spirale régressive destructrice des droits humains fondamentaux. Le cas des marins nous concerne tous, par solidarité d'abord, mais aussi parce que cela nous menace tous. Et pourtant ces droits existent, nous l'avons dit, dans les conventions internationales et les législations des pays maritimes anciens. Ils sont encore à développer, mais comment les améliorer alors que tout pousse à leur destruction? Des embauches hors la loi réalisées par des entrepreneurs échappant

à tout contrôle ne peuvent qu'alimenter cette spirale destructrice.

### **Dumping tous azimuts...**

Loin de s'opposer à ces phénomènes, les États maritimes en ont accepté, voire favorisé, l'usage par leurs entreprises. Ils ont même fini, sous la lancinante pression de la concurrence internationale, par les imiter en créant des registres d'immatriculation dits «bis» qui leur permettent d'offrir leur pavillon à leur flotte internationale sans lui appliquer le droit national. Pour la France, ces artefacts s'appellent usuellement «Kerguelen», alias «TAAF» (Terres arctiques et australes françaises) et «Wallis et Futuna»... Un nouveau registre plus complaisant encore, le «RIF» (Registre international français), est en projet, sur fond de refus total des organisations syndicales et de grève des marins. Voté au pas de charge par le Sénat, son examen par l'Assemblée Nationale a été reporté sine die après la déroute de la Droite aux élections régionales, mais ce n'est probablement que partie remise.

Ce projet de loi vise à instituer un véritable pavillon de complaisance français, offrant au passage une légalisation à des pratiques franchement contraires aux droits humains fondamentaux. Qu'il aboutisse ou soit mis en échec, il reste une menace et un symbole, l'aveu cynique d'une démarche destructrice du droit. Les employeurs français y pourront profiter plus complètement du marché international du travail, et adapter le marché national à des conditions de plus en plus proches de l'international. Marchandage humain et discrimination des travailleurs vont se déployer sans contrainte, débarrassés des dernières références gênantes à des statuts de marins renvoyés aux archaïsmes historiques.

Parmi les reculs programmés pour ce «RIF», celui de l'unité du statut des gens de mer est plus que symbolique. Une subtile

## SANTÉ DES ITINÉRANTS : LE CAS EXEMPLAIRE DES MARINS

distinction entre « navigants » et « non-navigants » pourrait exclure entre autres du statut de marin, et en fait de tout statut, les femmes employées en masse au service des passagers sur les navires de croisière – dont les conditions sont déjà inadmissibles, un récent rapport publié par le BIT en témoigne<sup>41</sup>.

Ce projet est-il compatible avec les conventions internationales ratifiées par la France? On peut en douter !

### **Droit à la santé et droit aux soins**

Avec l'ensemble des droits, le principe d'un droit à la santé égal pour tous les salariés, incluant des conditions de travail et de vie saines et dignes, s'effondre actuellement dans les faits. S'y substituent les bons vouloirs des armateurs, dégagés de leurs responsabilités au profit d'employeurs fictifs hors d'atteinte. Avec des dispositifs comme le RIF, le droit aux soins devrait régresser, pour les marins comme pour leurs familles, au profit d'incertaines et inégales assurances. La santé au travail, bien public en voie de privatisation accélérée, aura fait place aux privilèges privés, acceptables pour une minorité, gravement insuffisants pour la plupart. Et à de rares aides humanitaires dans les cas extrêmes.

L'inégalité sanitaire devient une norme internationale. Sur un même navire, selon que vous serez officier européen ou matelot pakistanais, blessure ou maladie vous conduiront à la prochaine escale dans un établissement moderne ou chez le guérisseur local. Quant à la longue maladie, mieux vaut ne pas trop y penser.

Tout cela est dans la logique du nouveau modèle économique du marché du travail mondial, socialement régressif, bien tentant pour les entreprises de plus en plus soumises à un contexte concurrentiel international impitoyable. Travailleurs itinérants,

41. Rapport "Women Seafarers – Global employment Policies and Practices", BIT, 2003.

travailleurs migrants, travailleurs sans statuts et souvent sans papiers, va-t-on vers une légalisation permettant d'étendre, même dans les pays les plus avancés socialement, ces situations encore marginales? Le cas des marins en montre le chemin.

### Les bases du renouveau?

Devant la force des mécanismes destructeurs à l'œuvre dans le monde, on se sent parfois désarmé, et si les marins restaient seuls dans cette galère, on donnerait peu cher de leur peau. Pour base d'espoir, je cite en encadré l'extrait d'un communiqué de l'association BPEM, publié après le naufrage d'un pétrolier nommé Prestige. De la Galice aux côtes de la Manche, la désolation dans laquelle il plongeait une fois de plus les travailleurs locaux des côtes et de la mer rejoint celle de nos marins au long cours. Comment les combats pour leurs conditions de travail et de vie ne rejoindraient-ils pas ceux que l'on mène pour la santé de la vie marine et des populations côtières?

«... et si l'on formulait l'exigence de faire du transport maritime international un bien public mondial, auquel les peuples du monde ont droit, avec un accès libre et équitable, dans un service de qualité? Il en résulterait que les principes des droits humains et écologiques universels en seront la première loi, et le respect des droits de ses travailleurs le corollaire obligé. Tout cela et l'utilisation des mers et océans du monde, bien commun s'il en est, conférerait une véritable obligation de service public mondial aux entreprises qui y travaillent.»

Communiqué BPEM, 28 novembre 2003

Les principales bases de ce renouveau existent en droit international, droit maritime et droit du travail. Les bases institutionnelles existent aussi, sous réserve d'une réforme radicale de

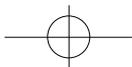
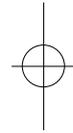


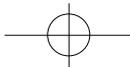
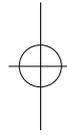
## SANTÉ DES ITINÉRANTS : LE CAS EXEMPLAIRE DES MARINS

l'OMI permettant d'y neutraliser l'influence des pavillons de complaisance.

**Pour conclure**

Il faut comprendre comment le bien public « santé au travail » se construit, comment il se détruit; comment l'avancée se pérennise en s'inscrivant dans le droit, comment elle se détruit dans le vide institutionnel des paradis de complaisance; comment la reconstruction en « bien public » du transport maritime international, avec statut et mission de service public des entreprises et des personnels, peut être un objectif plus large: le combat isolé des marins y trouverait un sens nouveau, en avant-garde de la réinvention de l'enchaînement propice  
Droit → Bien public → Cahier des charges de service public, dans un cadre institutionnel adapté. Il y a urgence, car le chemin risque d'être long, tant la dégradation est avancée.



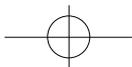


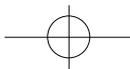
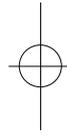


### Troisième partie

## Résistances réelles et potentielles

Une grande part, l'essentiel peut-être, des progrès politiques et sociaux sont nés de mouvements de refus de l'indigne, l'inique, l'insupportable. On peut toujours se demander si la démocratie est viable, le fait est qu'elle s'est répandue avec le rejet de l'arbitraire et des dictatures. De même le bien public Santé s'est-il nourri de millions de réactions à des souffrances et des morts inacceptées. Les êtres humains ont beaucoup de mal à savoir ce qu'ils veulent vivre ensemble – ce qui peut leur éviter de se précipiter dans un «meilleur des mondes» –, mais la plupart savent bien ce qu'ils ne veulent pas ou ne veulent plus vivre. La violence des stratégies de dérégulation ultralibérale a suscité chez tous les acteurs des systèmes de santé des réactions ou des amorces de réaction collectives, depuis les malades-citoyens jusqu'aux États du Tiers-Monde. Tout cela ne définit pas encore un bien public Santé à l'échelle mondiale, ni sa gouvernance future, mais constitue une somme d'énergies qui a déjà remporté quelques victoires partielles, montrant que la défaite n'est pas fatale face à l'armada des lobbies dérégulateurs.





## Revendications de malades et de citoyens

Les associations de malades ou de parents de malades ont depuis des décennies concouru à élargir et améliorer l'offre de soins, interpellant un système qui demeurait somme toute consensuel. La condamnation à mort de millions de malades du sida, dans la force de l'âge et dans tous les milieux sociaux, a suscité des mouvements d'interpellation radicale, n'hésitant pas à exposer le scandale d'un abandon. Il s'agit sans aucun doute d'une novation sociale majeure, qui a bousculé tous les acteurs du monde sanitaire et obligé à prendre au sérieux le devoir universel de soigner, y compris les catégories que le système aurait facilement discriminées.

### 1. Le *Treatment Action Campaign*<sup>1</sup> en Afrique du Sud: «Ils meurent d'impatience de se battre<sup>2</sup>»

Dr Peter Dwyer<sup>3</sup>

« Évitez le sida, entrez », dit l'enseigne à l'extérieur du sex-shop proche du front de mer de Durban. Juste à 100 mètres de là, cinq cents militants du *Treatment Action Campaign* (TAC, Campagne d'action pour les traitements), représentant

1. Campagne d'action pour les traitements.

2. Traduit de l'anglais par Élisabeth Chamorand.

3. Le Dr Peter Dwyer (dwyerp@nu.ac.za) est chercheur post-doctorant au Centre for Civil Society de l'Université du Natal (Afrique du Sud).

110 sections venues de toute l'Afrique du Sud, tenaient la seconde réunion du Congrès national du TAC. Leur but: planifier la suite de leur lutte en vue d'obtenir un programme global de traitements pour les cinq millions de personnes contaminées par le VIH/sida. L'Afrique du Sud a l'un des taux de prévalence du VIH<sup>4</sup> les plus élevés au monde; on estime que le sida a été responsable de 40% des décès d'adultes en 2001, jusqu'à 1000 décès par jour, selon l'Onusida – chiffre qui n'est pas contesté par le gouvernement qui dirige l'African National Congress (ANC). Dans son allocution au Congrès le dernier jour, le représentant spécial de l'ONU pour le VIH/sida, Stephen Lewis, a souligné le caractère historique de cette campagne: il a comparé le TAC à certains des plus grands mouvements sociaux du xx<sup>e</sup> siècle et au mouvement altermondialiste du XXI<sup>e</sup> siècle.

Des hétéros et homosexuels (mais la majorité était constituée par des femmes noires entre vingt et trente ans) s'étaient réunis avec des représentants du Congrès des syndicats sud-africains (Congress of South African Trade Unions, Cosatu) et d'autres groupes affiliés, tel le Conseil des Églises sud-africaines (South African Council of Churches) pour élire les dirigeants du TAC, ratifier ses statuts et, peut-être le plus important, discuter s'il fallait relancer une campagne de désobéissance civile. Objectif: forcer le gouvernement à signer et appliquer l'accord-cadre sur un programme national de prévention et de traitements, négocié en octobre et novembre 2002 par des représentants mandatés du gouvernement, des entreprises, des syndicats et de la société civile.

Pendant trois jours, des « Musulmans séropositifs » (*positive Muslims*), « le personnel de santé contre le Sida » (Health Care Workers United Against AIDS), des syndicalistes et des chômeurs, des socialistes et des ecclésiastiques qui forment le front uni du TAC, se sont embrassés, ont dansé, chanté, ri, pleuré (et, comme ce fut le cas d'une jeune femme, éclaté en sanglots

---

4. Pourcentage de personnes atteintes par le VIH.

## REVENDEICATIONS DE MALADES ET DE CITOYENS

irrépressibles provoqués par leur exaspération à l'encontre du gouvernement ANC), dans un Congrès qui a juré à l'unanimité de continuer la lutte pour obtenir des traitements, et s'est lancé une fois de plus dans la désobéissance civile.

L'atmosphère était si grisante qu'il était difficile de ne pas faire de comparaisons avec le mouvement de libération contre l'apartheid. Mais même si les gens empruntaient aux luttes passées des airs populaires anti-apartheid, ils sont en train de créer leurs propres chants, danses et symboles qui s'inspirent de leurs épreuves et de leurs luttes sous un gouvernement ANC. Du jeune poète qui rappait de façon habile et polémique « Je me demande comment on peut avancer sur la route qui mène à la paix et la démocratie sans traitement », à la femme qui s'est dressée et a hurlé un « chant de louange » coutumier, on a quelque raison de penser que ce n'est pas à l'ANC que ces jeunes s'identifient, mais au TAC. Même si, comme dans une litanie, chaque délégué commençait son discours en rugissant « Viva TAC Viva ! », le public répondait à chaque fois avec un enthousiasme dont il ne se départait apparemment pas. Parmi les chants, « C'est TAC qui compte le plus depuis 1998 » (date de sa fondation), personne n'a jamais osé ou crié « Viva ANC ! » (y compris un parlementaire ANC qui s'est répandu en assez piètres excuses dans son discours devant le Congrès).

Est-ce que j'ose briser un autre mythe en disant que le président national du TAC (réélu sans opposition), Zackie Achmat (qui s'est proclamé socialiste, a été arrêté et détenu cinq fois, a vécu dans la clandestinité pendant dix ans sous l'apartheid), est adulé et respecté par les militants du TAC à la façon de Mandela. Il est vrai que Mandela a vanté Achmat comme « un exemple dont le militantisme repose sur des principes qui sont admirés bien au-delà des frontières de l'Afrique du Sud ». Une chanson émouvante a fait encore plus ressortir le lien spécial qui unit Achmat et les activistes du TAC : des centaines de délégués ont dansé à la façon conga jusqu'à l'avant de la salle, le doigt pointé sur Achmat, en chantant qu'ils le suivraient

dans la campagne de désobéissance civile, même s'ils devaient être arrêtés.

Ce n'est pas à la demande instante de Nelson Mandela en personne qu'Achmat a finalement renoncé à son refus de principe de prendre des médicaments antirétroviraux tant que tous n'y auraient pas accès, mais suite au vote unanime et aux supplications des délégués. Sans fanfare, il est devenu apparent de façon subtile, le dernier jour, que Zackie Achmat commencerait à prendre des antirétroviraux. En restant un militant propagandiste et en arborant un sourire de gamin, qui masque son combat constant contre la maladie, il a demandé pour la forme pourquoi il devrait permettre à Thabo Mbeki de tuer une autre personne.

Durant les trois dernières années en Europe, j'ai eu la chance de participer à beaucoup de manifestations anticapitalistes et à la manifestation d'un million de personnes au Forum Social Européen à Florence, en novembre 2002; mais cette fête-ci de la résistance a été une succession fantastique d'émotions, elle a produit une forte impression psychologique et spirituelle sur moi (et d'autres) comme je n'en avais jamais ressentie auparavant. Dès les premières chansons et danses qui ponctuaient les débats du Congrès, l'atmosphère était un mélange de fête et de frustration, de militantisme et de défi, empreints cependant d'une grande tristesse pour ceux qui sont morts et continuent de mourir sans raison parce que le gouvernement ANC a jusqu'ici refusé de payer des traitements. Pas étonnant que Mark Heywood, le secrétaire national du TAC, ait fait remarquer qu'un des principaux défis pour les activistes du TAC, c'était « de rester en vie ».

Ils étaient certes bien en vie tandis qu'au milieu d'une cacophonie d'acclamations qui réchauffait le cœur, les orateurs, pleins d'une assurance nouvelle, se succédaient pour réfuter l'idée avancée par le gouvernement selon laquelle les médicaments antisida sont inefficaces et toxiques. Comme pour donner une preuve « vivante » du contraire, le dimanche matin,

## REVENDEICATIONS DE MALADES ET DE CITOYENS

tandis qu'on comptait les voix du secrétariat national avec un zèle presque évangélique, dans une atmosphère où joie et congratulations se mêlaient, des séropositifs ont expliqué comment les médicaments antirétroviraux étaient efficaces pour eux. Aux cris de « *Phansi* [à bas] *Thabo, Phansi!* », ils ont condamné le Président de l'ANC en chantant «Thabo Mbeki va devoir en répondre devant Dieu». TAC est une organisation enracinée dans une tradition populaire de résistance. Ce fut donc un rassemblement marqué par des danses, des chansons et des discours célébrant des luttes, qui tirent leur caractère de dures épreuves. C'est exact, ainsi que Molefe Tsele l'a bien dit, «il n'y a rien de nouveau dans ce que nous faisons» car «nous sommes un peuple qui s'est forgé dans les luttes, c'est ce que nous sommes.» S'inspirant des victoires de la lutte pour la libération, le TAC a utilisé le droit de protester, les tribunaux, les chercheurs, la Commission des droits de l'Homme, la Commission de la concurrence et de nouvelles personnes morales pour essayer de changer la politique de l'ANC.

En ayant constamment à réfuter les accusations gouvernementales selon lesquelles ils sont en train de saper la démocratie, les militants du TAC ont montré qu'ils «ne sont pas des esclaves de la démocratie, mais des citoyens qui veulent que leur gouvernement leur rende des comptes», ainsi qu'Achmat l'a affirmé fièrement alors que des militants criaient sans cesse: «Sans traitement, pas ma voix!». Certes, il est fascinant de voir ces dirigeants qui se sont battus pour la démocratie découvrir maintenant qu'elle est brandie et utilisée pour leur demander des comptes. La semaine qui a précédé le Congrès du TAC, j'ai assisté à quatre meetings populaires dans des townships de Durban à propos de coupures d'eau et d'augmentations de loyer, durant lesquels les gens ont chanté: «Sans eau, pas ma voix!»

Cependant le TAC, c'est bien plus que cela. Durant les quatre dernières années, les militants ont transmis de nombreuses pétitions et déclarations au gouvernement, dont beaucoup sont restées sans réponse. Malgré cela, ils ont continué de

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

mener leur campagne, et tout en appelant d'autres forces populaires à les rejoindre pour créer un « mouvement populaire en faveur de la santé », ils n'ont pas perdu de temps pour former et éduquer une nouvelle couche d'activistes ainsi que le grand public, en leur fournissant des explications sur le VIH/sida, leurs droits constitutionnels et d'autres questions plus vastes comme le pouvoir des compagnies pharmaceutiques dans la mondialisation. Tout cela était amplement évident lorsque les gens rappelaient comme ils essayaient avec peu de ressources, essentiellement dans de pauvres townships, d'informer les gens sur le VIH/sida et de contrer les propos du gouvernement – qui nie que le VIH conduise au sida, et aggrave ainsi l'intolérance.

C'est une petite armée, mais une armée qui grandit, de bénévoles et de militants qui s'instruisent, informent, apportent un soutien moral, parfois en prenant de grands risques (très récemment, dans la township de Chesterville à Durban, une activiste du TAC, qui ne cachait pas sa séropositivité, a été brutalement attaquée dans sa maison). Souvent sous la pression, sans être sûrs de toujours faire ce qu'il fallait, les gens ont raconté comment ils organisaient des ateliers, comment ils apportaient un soutien pratique et chaleureux et une assistance sociopsychologique dans les hôpitaux, les cliniques et à domicile. Ils sont à juste raison fiers de ce qu'ils ont réalisé.

« En adhérant au TAC, a dit une femme âgée d'une voix essoufflée, mais avec enthousiasme, je me suis rendu compte que j'avais le pouvoir d'aider ma communauté ». Une autre femme plus jeune qui ne cachait pas sa séropositivité, venue d'une des régions les plus pauvres, la province du Limpopo, a expliqué qu'une unité de soins mobile ne vient dans sa région qu'une fois par mois. Pourtant, même dans cette localité, le TAC a aidé à constituer un petit groupe de gens qui savent au moins demander aux unités de soins mobiles leur liste de médicaments d'urgence, afin d'exiger qu'il y ait les médicaments appropriés pour les séropositifs. C'est ainsi que beaucoup d'activistes ont pu prendre la parole avec assurance pour affirmer que

## REVENDEICATIONS DE MALADES ET DE CITOYENS

c'est grâce à sa campagne d'information que le TAC a commencé à générer dignité et défi.

Cependant, d'une certaine façon, TAC est la victime de son propre succès. Une femme qui a été violée et qui, après avoir connu TAC, a assez d'assurance maintenant pour ne plus cacher sa séroposivité, a expliqué qu'elle ne peut pas faire face au nombre de gens qui viennent (souvent en cachette) lui demander de l'aide et des conseils après qu'on a diagnostiqué qu'ils étaient contaminés par le VIH. Un ouvrier agricole a raconté comment, grâce à l'information donnée par des camarades du TAC, il a persuadé un médecin libéral (blanc), dans une région rurale de l'ouest de la province du Cap, de venir parler aux gens sur le VIH/sida – grâce à quoi ce médecin est maintenant un membre actif du TAC. Mais il a quitté le Congrès en disant qu'il avait besoin de plus de soutien de la part du TAC.

Bien que le Congrès se soit terminé sur l'hymne national, des sympathisants du TAC ont protesté ce soir-là durant un discours de la ministre de la Santé Manto Tshabalala-Msimang, très méprisée, ouvrant un colloque international sur le VIH/sida à Durban. Le jour suivant, des centaines de protestataires ont organisé une manifestation jusqu'au colloque en portant des croix en bois et des pancartes sur lesquelles étaient écrits les noms des personnes décédées de la maladie. Au meeting de protestation, alors que des scientifiques, des universitaires et des bureaucrates du gouvernement réunis au colloque se pressaient contre la fenêtre pour comprendre la raison du bruit, Zackie Achmat a déclaré qu'ils en avaient assez que le gouvernement «traîne les pieds» pour appliquer le programme de traitements antirétroviraux. «Nous leur avons accordé assez de temps pour agir en arrêtant notre campagne de désobéissance civile», a-t-il dit (une campagne pendant laquelle plus de 100 membres du TAC sont morts)

La semaine qui a suivi le Congrès du TAC a été marquée par une succession de vagues déclarations gouvernementales, pro-

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

mettant de mettre en route le programme de traitements bien-tôt. En novembre 2003, l'annonce par le gouvernement qu'il commencera enfin au début de 2004 (une élection générale doit avoir lieu avant juin) à fournir des médicaments antirétroviraux aux centaines de milliers de Sud-Africains qui en ont besoin, témoigne du succès d'une campagne militante populaire. Cependant, tout en se réjouissant de cette annonce, les activistes du TAC ne sont que trop conscients que la lutte est loin d'être terminée. Il est vrai qu'ils se sont maintenant chargés d'organiser une campagne nationale pour obtenir un «service de santé populaire» – afin que le traitement et la prévention du VIH/sida, ainsi qu'un système de santé convenable pour tous, soient un droit reconnu. Cette campagne s'organisera autour des exigences suivantes: un système de prévention administré par l'État, des soins médicaux et hospitaliers gratuits, des soins spécifiques de la mère et de l'enfant. Ce que le TAC, les des promesses orales et écrites, veut accomplir par de grandes campagnes de masse, c'est donner une expression concrète à la garantie constitutionnelle d'accès gratuit sur place aux services de santé<sup>5</sup>.

---

5. Pour plus d'information sur le TAC, consulter [www.tac.org.za](http://www.tac.org.za).

## 2. Bribes d'histoires des luttes immigrées pour survivre au sida

*Extraits d'un entretien de Reda Sadki avec Gilles Alfonsi<sup>6</sup>*

Réputé radical, étiqueté excessif, Reda Sadki présente depuis 1995 la seule émission de radio qui informe et donne la parole aux séropositifs de l'immigration et la banlieue<sup>7</sup>, sans aucun soutien des pouvoirs publics, des laboratoires pharmaceutiques ou des associations classiques de lutte contre le sida. Ce n'est pas pour autant prêcher dans le désert. Autour de l'émission, des familles se sont regroupées pour sortir de l'ombre: en mai et juin 2002, elles ont organisé deux rassemblements pour porter leurs revendications sur la place publique. Et en juin 2003, elles ont créé le premier Comité des familles pour survivre au sida. Le témoignage de Reda Sadki montre qu'il y a toujours des exclus parmi les exclus, que leur lutte concourt de manière décisive à l'universalité des droits et de l'accès aux soins.

*Quelle est l'origine de votre volonté d'agir contre l'épidémie du sida parmi les personnes migrantes, en général, et d'origine maghrébine, notamment, en France?*

En 1995, je faisais de la radio sur plein de sujets, j'ai fait une émission sur « les Maghrébins de France face au sida ». Avec quelques amis, nous avons constaté qu'en dépit de l'existence de nombreux cas de décès et de contaminations parmi les immigrés et leurs enfants, dans les quartiers populaires, il y avait des gens en lutte pour survivre au sida, mais du côté des associations classiques et des pouvoirs publics, c'était un grand tabou.

6. Propos recueillis pour la revue *Combat face au sida*. Contact: redaction-combat@wanadoo.fr.

7. L'émission de radio des séropositifs de l'immigration et la banlieue, sur le site [www.survivreausida.net](http://www.survivreausida.net) et sur la fréquence 106.3 FM (mardi 17h-18h; mercredi 11h-12h et jeudi 7h-8h). Répondeur de l'émission: (0) 1 43 79 88 32.

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

Je n'arrivais pas à comprendre ce déni. Les gens qui m'ont tout appris se comptent sur les doigts d'une main, c'étaient des anciens de l'immigration, des rescapés du sida, écorchés vifs, insoumis jusqu'à la mort. Il y avait encore des réseaux informels d'entraide et de survie entre galériens, c'est grâce à ceux-ci que les gens tenaient le coup. La génération de cette première épidémie du sida, c'est la même que celle que le mitterrandisme a voulu écraser en fabriquant SOS Racisme, pour anéantir l'espoir de la Marche pour l'égalité et contre le racisme, des mobilisations contre les crimes racistes et sécuritaires, de l'expression culturelle de la jeunesse ouvrière immigrée... J'ai compris que dans les quartiers il y a eu successivement l'arrivée de l'héroïne, dans une période de prohibition du matériel d'injection, puis celle du sida. De très nombreuses contaminations sont alors survenues parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse. Des milliers de personnes sont morts dans cette période, alors que leur mort était parfaitement évitable.

*À partir de votre constat, quelles actions avez-vous lancées ?*

Au début, je pensais rapidement trouver des gens mobilisés, malades ou pas, que je pourrais rejoindre. En 1995, il n'y avait rien d'organisé, sauf quelques opportunistes des associations immigrées qui grattaient des subventions pour aller distribuer des capotes sur les marchés, et quelques électrons libres dans les associations classiques comme AIDES ou Sida Info Service qui quémandaient timidement de leurs structures, alors en pleine crise interne depuis l'arrivée des trithérapies, un soutien aux immigrés et aux précaires. Pour rencontrer d'autres gens, pour comprendre le degré de déliquescence de la lutte contre le sida, pour rapprocher le travail de l'émission des préoccupations des gens concernés, cela a pris du temps. À partir de 1998, nous avons commencé à formuler publiquement des interpellations en direction des pouvoirs publics et des autres acteurs de la lutte contre le sida. Nous dénonçons une santé publique

## REVENDEICATIONS DE MALADES ET DE CITOYENS

aveugle (sans outils pour «voir» l'épidémie chez les immigrés), sourde (aux constats de terrain du lourd tribut au sida payé par les immigrés) et muette (malgré l'existence de données, aucune publication sur le sujet!).

Plus tard, lors de l'évaluation par le commissariat du Plan de la politique de lutte contre le sida entre 1994 et 2000, réalisée par Christian Rollet, celui-ci concédera d'ailleurs que la santé publique «est peut-être borgne» en ce qui concerne les «migrants». Dans la foulée, en 1999, nous avons obtenu du Réseau national de Santé publique (RNSP), ancêtre de l'actuel Institut national de veille sanitaire, la publication du premier rapport sur le sida parmi les étrangers. Nous avons demandé de discuter du contenu, de la portée et de son utilisation avec Anne Laporte, responsable de l'étude. Elle nous a rétorqué sèchement: «On ne fait pas les choses comme ça!». Nous avons fini par occuper le RNSP pour obtenir au moins la date de publication du rapport, et nous avons rendu public notre démarche en disant: «Ces chiffres nous appartiennent». En termes radicaux, on pourrait dire: «Les professionnels du RNSP doivent travailler pour nous. Leur travail doit être pertinent par rapport au terrain. Si nous en avons besoin c'est parce que la santé publique officielle n'est capable de comprendre que son propre discours». Et c'est Suzanne Guglielmi, à l'époque directrice de la Division sida au ministère, qui convoque Anne Laporte pour s'asseoir à la table avec nous. Enfin, le déni prenait fin: plus personne ne pouvait plus nier l'existence d'une épidémie aux contours spécifiques chez les immigrés et leurs enfants, marquée d'abord par une séroprévalence hors de proportion. Tandis que le rapport du RNSP réduisait l'épidémie à une «pathologie d'importation» chez les Africains noirs et à un «problème de dialogue entre les générations» pour les Arabes. Dans cette lutte, Sisyphe n'est pas un mythe!

*Comment expliquez-vous que votre action n'ait pas fait bouger les grandes associations ?*

[...] L'idée que ce sont les malades qui font les associations a tout simplement disparu. Une image romantique met en avant des malades du sida éclairés, surinformés, en mouvement, capables de contredire le pouvoir du médecin et de parler avec lui d'égal à égal... Très bien, mais la question c'est: dans quelle mesure tout cela repose sur le statut social de ce malade: scolarité heureuse, compte en banque fourni, bel appartement, médecin bienveillant et attentif qui donne son numéro de portable... S'imaginer qu'on peut refaire ça quand la majorité des gens malades sont pauvres, chômeurs ou occupent des boulots d'immigrés, se soignent en banlieue, c'est illusoire. Ce n'est pas qu'il n'y a pas des médecins solidaires, ni que nous ne sommes pas capables d'apprendre la liste des 16 médicaments antirétroviraux ou de prendre correctement un traitement, même dans la galère. Non, ce qu'il faut retenir, c'est que notre mobilisation à nous – et donc la mobilisation de tous – ne peut pas être réservée à une élite, quelle qu'elle soit.

Mais alors, devons-nous aussi les grands acquis – par exemple la dépénalisation de la possession de seringues obtenue après les États généraux drogues et sida de 1994, sous un gouvernement de droite – au statut social des acteurs du sida, généralement issus des classes moyennes et supérieures? Je ne le pense pas, il ne faut pas confondre la vitrine avec la force réelle d'un mouvement, celui dont les usagers de drogue ont été le moteur. C'est le genre de question souvent éludée par certains interlocuteurs qui eux aussi revendiquent leur radicalité face au sida, et qui voudraient qu'on oublie les classes sociales pour devenir tous des « minoritaires », chacun portant son oppression spécifique d'homo, d'immigré, etc. [...] Nous, nous sommes issus de l'immigration pauvre. L'épidémie parmi les homos blancs des classes moyennes n'a pas précédé la nôtre. Il n'y a pas eu de présence. Il y a eu simultanément. Le séropositif que nous connais-

## REVENDEICATIONS DE MALADES ET DE CITOYENS

sons, français ou immigré, est souvent une femme. Elle a moins de 480 euros par mois pour vivre, elle et ses enfants. Quand elle arrive à l'hôpital, c'est avec des maladies opportunistes et pas beaucoup de CD4 – hormis le cas du dépistage pendant la grossesse –, et souvent elle en ressort les pieds devant.

*Quelle perception les spécialistes avaient-ils alors de l'épidémie parmi les personnes d'origine migrante ?*

Nous savons que des chiffres avaient été communiqués par le RNSP au ministère de la Santé et qu'ils étaient connus dans les DDASS (Directions départementales de l'action sanitaire et sociale) et dans les institutions dès la fin des années quatre-vingt. Selon une étude de Florence Lot dans un BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire) de 1996, 14 % des malades déclarés étaient de nationalité étrangère. Ces chiffres, pourtant partiels, étaient inquiétants car ils reflétaient la réalité des contaminations dix ans plus tôt environ. On pouvait donc raisonnablement s'inquiéter de la situation. Nous avons interrogé Florence Lot: face à de tels chiffres, améliorer la surveillance du sida parmi les migrants devenait-elle une priorité? La réponse a été négative. Il n'y avait pas assez de Noirs et d'Arabes malades ou morts du sida pour compter sur le plan des priorités épidémiologiques, voire de santé publique.

À partir de 1999, nous avons essayé de faire notre propre comptabilité de l'épidémie. Nous avons estimé que 15000 des 35 000 personnes décédées du sida en France depuis le début étaient des immigrés ou des enfants d'immigrés. Ce chiffre-là, effarant, nous l'avons construit sur la base des constats de terrain. Par exemple, Mimouna Hadjam de l'association Africa raconte qu'à la cité des 4000 à La Courneuve, une trentaine de jeunes sont disparus dans l'épidémie. Dans une seule cité... Ensuite il y a les chiffres départementaux, régionaux et nationaux que nous avons récoltés. On a appris à faire confiance à ces constats, en l'absence d'une santé publique capable de

répondre à nos questions. Mais ce n'est qu'aujourd'hui que les « migrants » figurent dans les programmes de santé publique. Il a fallu qu'on représente 40% des malades du sida pour qu'il y ait un début de prévention. D'un point de vue de santé publique, c'est de la mauvaise science, et bien sûr politiquement c'est à la fois une injustice et un crime. D'autant plus que la santé publique officielle aujourd'hui ne parle que de la partie émergée de l'iceberg, en ciblant les Africains « subsahariens » et en déliant sur l'immigration « thérapeutique » alors que la majorité des gens ont été contaminés ici, et que presque tous les gens qui tentent de venir se soigner en France crèvent à des milliers de kilomètres des frontières.

*N'y a-t-il pas eu des actions en direction de groupes ciblés ?*

En 1990, le CRIPS (Centre régional d'information et de prévention contre le sida) déclarait: « Aucune donnée épidémiologique ne permet aujourd'hui de mesurer l'importance du risque sida dans cette population et de la désigner comme particulièrement atteinte », tout en organisant... des réunions spécifiques sur le thème. C'était faux, et ils le savaient. Ensuite, [...] Pendant ce temps, on a vu la part des étrangers parmi les malades monter en flèche dans les statistiques. On pourrait me répondre que tout cela appartient au passé, vu qu'aujourd'hui même Jacques Chirac s'est inquiété de la proportion du sida chez les femmes africaines noires au colloque des élus locaux contre le sida. Depuis au moins cinq ans, des Africains noirs arrivent en surnombre dans les services sida. Aujourd'hui, qu'est-ce qu'on a pour répondre à ça ? Beaucoup de médecins désemparés, une ou deux publicités à la télé, et quelques représentants « officiels » à la peau noire ou basanée mais qui – quel que soit leur statut sérologique – n'ont aucune légitimité politique car ils doivent leur place aux médecins et aux institutions, pas aux gens concernés. Ils n'ont aucune base parmi les séropositifs eux-mêmes, qu'ils ne connaissent que comme usagers de

## REVENDEICATIONS DE MALADES ET DE CITOYENS

leurs associations ou récipiendaires éventuels d'une action de soutien ou de prévention, une statistique dans leur rapport d'activité ou leur demande de subvention. Alors que les Africains qui arrivent à l'hôpital avec le sida, c'est la partie émergée d'une épidémie dont la réalité sociale leur échappe presque totalement.

*À partir d'une telle analyse, que faire ?*

Il y a une histoire collective, inconnue, passée sous silence. Il faudrait commencer par reconnaître ce qui s'est passé au-delà des chiffres : la douleur, la souffrance de nos familles tient à l'injustice de cette maladie, mais c'est aussi la racine de notre résistance face à celle-ci. Il n'y a pas de vision d'ensemble de l'épidémie et de la lutte contre elle en France sans traiter de la question du lourd tribut à l'épidémie payé par les immigrés, les étrangers d'origine. Aujourd'hui, certains sont prêts à reconnaître ces réalités, mais pour en parler au passé. Or il s'agit d'un enjeu du présent, totalement actuel. Il existe une deuxième épidémie du sida parmi les Maghrébins de France, qui cible précisément des gens qui ne se considèrent pas comme étant « à risque ». Il y a les hommes qui ont des pratiques sexuelles avec d'autres hommes mais qui ne s'identifient pas comme pédés. Je suis convaincu que la séroprévalence chez les homos maghrébins est plusieurs fois supérieure à celle des homos blancs. [...]

Dans la logique actuelle, on parle des homos d'un côté, des immigrés de l'autre. C'est un non-sens en prévention, qui découle de la rigidité des catégories épidémiologiques. Mais il découle aussi du tabou qui interdit de parler des inégalités de pouvoir entre homosexuels. En fait, c'est un peu comme les messages de prévention aux femmes hétéros qui ne disent rien du pouvoir des hommes sur les femmes, dans la relation sexuelle. C'est le mec qui décide s'il va mettre la capote, même si la femme a des moyens de subversion. Dire aux femmes de se protéger, cela n'a un sens que si on fait quelque chose pour leur

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

en donner les moyens... Quand on nous dit maintenant qu'il y a beaucoup moins de contaminations par les seringues, c'est indéniable: ce sont les «toxicos» qui ont le plus durablement appris les comportements de prévention. Il faudrait reconnaître ça, aussi. Les anciens de l'épidémie pourraient apporter beaucoup, notamment aux jeunes séropositifs. Aujourd'hui, à l'émission, on arrive à parler ouvertement avec des couples, avec des jeunes hommes et femmes, des difficultés au quotidien de la prévention quand on est séropositif. Faut-il déclarer sa séropositivité à son partenaire? Le séropositif est-il plus responsable de la prévention que son partenaire séronégatif? Que faire face à un mari qui insiste pour retirer la capote? Mais les moyens que nous avons pour donner forme à ce débat, nous au Comité, sont dérisoires. Si on ne fait rien, on se retrouvera avec une loi qui criminalise la transmission du virus. Comme si on n'avait pas déjà assez fait pour terroriser les séropositifs. Bref, on est témoin de plein de choses, les gens se confient à nous, en parlent à l'émission et ensuite hors antenne. On voit des pistes de travail à creuser, mais le problème c'est que l'écrasement social et économique, c'est pas juste des mots. Au Comité, on a du mal rien qu'à réunir le Conseil des familles, à garder le contact entre les familles. Les gens les plus compétents parmi nous, qui maîtrisent les traitements, qui sont capables d'écrire des articles en même temps que d'être sur le terrain par exemple, sont eux-mêmes bouffés par les problèmes de papiers, de fric, de logement. Le problème, c'est les moyens.

*Vos questionnements sont beaucoup plus larges que le problème du sida dans la communauté maghrébine...*

L'épidémie en tant qu'injustice, cela commence avec Christophe Colomb, le sida cela fait 24 ans qu'on le connaît. Alors pourquoi est-ce si difficile pour la santé publique française de mesurer que le sida n'est pas une maladie figée mais une épidémie qui bouge? Concrètement, lorsque le virus est

## REVENDEICATIONS DE MALADES ET DE CITOYENS

« entré » dans une population, il n'en sort pas tout seul. Pourquoi n'anticipe-t-on pas les événements? Comment peut-on sérieusement penser que l'épidémie est finie dans une population dont une large part est actuellement dans le marasme? Quand on parle des pauvres dans le tiers-monde, tout le monde est d'accord sur le lien entre la misère et la maladie. Mais quand il s'agit de la banlieue pauvre de Paris, c'est moins facile de faire des beaux discours. Pour les Maghrébins, il y a toujours eu un blocage. On essaye de faire comme si les Arabes malades du sida, ça n'existait pas, alors que la France est le seul pays au monde où une minorité arabe a été frappée de plein fouet par le sida. Pourquoi? Parce qu'avec nous on ne peut pas renvoyer facilement à une «pathologie d'importation», l'injustice vécue est bien française. On prétend alors qu'il ne faut pas distinguer les Arabes des autres Français, car ce serait les stigmatiser. L'excuse du risque de stigmatisation nous a constamment été opposée, ce faux débat ne devrait plus être d'actualité. Mais des gens sont morts, et vont mourir parce que, soi-disant, on ne veut pas les stigmatiser. Ils n'accéderont pas à la prévention, aux soins et resteront seuls sauf si nous apprenons à nous organiser. Et si on s'organise, ce sera forcément en puisant dans les racines de notre histoire politique, c'est-à-dire des combats de progrès social menés par les immigrés.

*Quelles sont selon vous les causes profondes du déni? Est-ce que les Arabes sont respectés dans la société française ?*

Le racisme n'existe-t-il pas? La colonisation, l'émigration forcée vers la métropole, ce sont des violences qui restent des plaies béantes dans la société française. Pourquoi les Algériens se retrouvent tout en bas de l'échelle sociale en France? Avec le sida, les délires sur la culture des «migrants» ont servi de cache-sexe pour ces questions, d'où l'échec annoncé des quelques programmes de prévention actuelle. Le 30 novembre 2001, quand le secrétaire d'État à la Santé, Bernard Kouchner,

parle du sida chez les migrants, il choisit d'évoquer le rejet des séropositifs dans leur communauté. Au lieu de parler des problèmes de précarité, de la relégation sociale, de la façon d'aller vers cette population et des responsabilités des pouvoirs publics, il stigmatise ainsi toute une population. Alors, question: est-ce que les gens, leur communauté d'origine sont comptables de leur contamination et donc de leur propre sort? [...]

La santé des immigrés n'a jamais été une question pour les pouvoirs publics, en dépit de tous les discours sur les droits de l'Homme. L'enfant d'immigré qui prend une balle d'un policier, qui se suicide en prison, qui meurt du sida... cela n'a jamais vraiment compté dans la société française. Nous vivons dans le même monde, mais ce monde a été coupé en deux, avec un cloisonnement de plus en plus absolu, fondé sur des injustices caractérisées. Dans les villes, il y a le centre et la périphérie, d'un côté les riches, de l'autre côté les pauvres. Il y a un grave problème d'inégalités en France. Le pays est riche et on abandonne les pauvres. Certains parlent de «vivre avec» le sida? C'est le slogan de gens qui ont des moyens. Il y a des malades qui n'ont aucun moyen de vivre avec le sida, et qui en l'absence de mobilisation collective meurent aujourd'hui dans le silence, le déni et l'indifférence. Pour nous, l'enjeu aujourd'hui est celui-ci: notre destin est-il d'être constamment relégué, mort vivant, faut-il accepter notre sort? [...]

*Comment percevez-vous le combat tel qu'il est mené, au Nord et au Sud, pour l'accès aux traitements?*

Au sein du Comité, nous sommes de plus en plus nombreux à soutenir des proches – parfois son mari ou sa femme, un enfant, ou quelqu'un de la famille – qui vont mourir du sida si rien ne change. L'espérance de vie sur le continent africain, c'est dix mois, une fois la maladie déclarée. [...]

C'est bien de dénoncer l'OMC, de réciter les accords de Doha par cœur, ou d'aller à Cancún pour dénoncer les consé-

## REVENDEICATIONS DE MALADES ET DE CITOYENS

quences mortifères des brevets. Pourquoi pas, si on a le temps et les moyens. Mais quelle est la pertinence de ces interventions par rapport à la vie quotidienne de nos frères et nos sœurs malades qui vivent dans les pays d'origine? [...]

Alors, faut-il revendiquer le droit à l'immigration et à l'installation des gens malades? Lutter pour l'accès aux traitements, cela veut-il dire: on veut bien que les Arabes et les Noirs aient des médicaments essentiels, mais qu'ils restent chez eux pour les gober? L'histoire d'une famille marocaine installée en France m'a marqué. Un des enfants avait été expulsé en 1989. Il ne savait pas qu'il avait été contaminé en France en partageant sa seringue. En 2001, il est mourant, il est seul dans un petit village au Maroc. Son frère le ramène en France par une filière parallèle. Arrivé à Paris avec un taux de 5 CD4, il a été soigné et il est aujourd'hui en bonne santé. Je vous pose la question: quelle est la valeur de ce qu'ils ont vécu, lui, son frère, mais aussi le reste de la famille qui s'est organisée? Est-ce que ça compte pour quelque chose, la vie d'un ancien expulsé, enfant de l'immigration, un Arabe qu'on voulait mort, mais il est encore là? Que vaut la vie, ici et là-bas? [...]

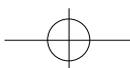
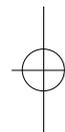
Nous avons créé le Comité des familles pour survivre au sida le 14 juin 2003. Le Comité est multicommunautaire: il y a des gens de partout, le seul dénominateur commun, c'est la volonté de lutter pour survivre au sida, pour vivre et se soigner dans la dignité. Il est vrai que la plupart des familles sont de l'immigration maghrébine. L'histoire n'est pas la même, ce n'est qu'aujourd'hui, avec les conséquences de l'explosion de l'épidémie dans le Maghreb, que nous rejoignons nos frères et sœurs du reste du continent. Nous avons beaucoup à apprendre du reste de l'Afrique. [...]

L'objectif à moyen terme, c'est d'arriver à organiser une véritable assemblée générale des familles confrontées au sida, pour permettre à tous de s'exprimer et pour décider d'objectifs et de revendications communes. Aujourd'hui, on est pris de vitesse par les attaques successives contre l'Aide médicale d'État, le



LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

droit au séjour, au logement, bref la répression, mais on en a vu d'autres. C'est la tempête. Pour moi, l'enjeu, c'est simplement de participer en tant que malades, ou proches de malades, aux combats pour l'égalité des droits et contre le racisme. L'émission s'est toujours battue pour l'égalité des droits face à la maladie, et ça, c'est quelque chose qui concerne tout le monde, Français comme Immigré, malade et non malade.



## Faire entrer les médicaments en politique : le rôle du «public»

*Philippe Pignarre*

**Nous sommes maintenant dans une situation paradoxale: les médicaments coûtent de plus en plus cher à la collectivité alors qu'ils sont de moins en moins innovants. Face à une «offre» extrêmement puissante représentée par l'industrie pharmaceutique, la seule solution est de constituer la «demande» en force politique, en «public» pour reprendre le terme du philosophe américain John Dewey. Plusieurs propositions concrètes peuvent être faites pour aller dans ce sens.**

Comment échapper à cette malédiction qui ramène tous les problèmes soit à de la psychologie, qui fabrique des victimes, soit à de la sociologie bien trop générale? En trouvant le bon cadrage qui permette à un problème de se déployer sur son mode particulier, tel que l'on puisse concrètement agir: ni trop large, ni trop étroit.

Si le cadrage est trop large, on aura à coup sûr raison, mais cette raison ne communiquera avec aucune possibilité originale d'action: on ne pourra avoir avec les intéressé/e/s qu'un rapport pédagogique, leur apprenant qu'ils ne sont qu'un exemple d'une situation plus générale («si les jeunes se droguent, c'est à cause du chômage...»). S'il est trop étroit, on laissera probablement

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

échapper les dimensions du problème que l'ordre public a déjà instrumentalisées ou définies comme insignifiantes. Cadrer un problème, c'est le créer, non pas sur un mode arbitraire, mais sur un mode pertinent, faisant apparaître des articulations susceptibles de susciter des appétits de changement, créant le sens des possibles là où régnaient auparavant les grosses oppositions.

Mais il est impossible de trouver seuls un tel cadrage. À partir du moment où une question politique commence à se déployer et qu'elle est prise en charge par un collectif de personnes concernées, elle se ramifie, devient plus riche et plus compliquée – dans un sens positif. D'autres personnes ou groupes peuvent être rencontrés, s'engager dans la mobilisation et être transformés à leur tour.

Nous nous méfions des dénonciations quand cela devient le moyen de tout savoir tout de suite. Il n'y a alors plus de problèmes à fabriquer politiquement, plus rien à apprendre à explorer collectivement et il n'y a plus de possibilité d'action. Nous considérons qu'une autre démarche est possible: inventer des dispositifs pour déployer les problèmes, apprendre de l'action, des groupes déjà existants. On pourrait ici parler de «pratiques de transition», et désigner ainsi toutes les pratiques dont le trait commun est de travailler à ce dont la gauche a besoin, «que les gens pensent<sup>8</sup>», toutes les pratiques qui produisent les protagonistes susceptibles de participer à la dynamique de production-exploration des problèmes au lieu d'en accepter les termes imposés.

Aucune pratique de transition ne peut accepter un problème tel qu'il est posé, et une transformation doit le rendre intéressant: c'est le début de rencontres passionnantes pour les anticapitalistes, des rencontres qui leur font perdre le goût de ces solutions générales qui évitent de tenir compte des conditions particulières discutées par les intéressés eux-mêmes.

8. C'est ce qui, selon Gilles Deleuze, devrait séparer la gauche de la droite. Gilles Deleuze, Claire Parnet, *Pourparlers*, Minuit, Paris, 1990.

## FAIRE ENTRER LES MÉDICAMENTS EN POLITIQUE: LE RÔLE DU « PUBLIC »

L'idée de pratiques de transition désigne l'« empowerment », c'est-à-dire l'augmentation collective de la puissance d'agir, comme ce qui doit distinguer la politique anticapitaliste de toutes les autres, c'est la seule boussole raisonnable dont nous disposons désormais.

### Transparence des décisions

Un des arguments des partisans de l'extension des règles du marché et de la libre négociation entre les assurances privées et les laboratoires pharmaceutiques est le risque de la corruption. Aucun d'entre eux n'envisage pourtant de confier la délivrance des Autorisations de mise sur le marché à des organismes privés. Cela montre bien la limite de leur approche: systématisée, elle devient tellement dangereuse qu'elle en est absurde.

Le Collectif Europe et Médicaments demande que « les patients, les professionnels de santé et les systèmes de protection sociale » soient représentés dans les conseils d'administration des agences du médicament (il y a une agence européenne et une agence dans chaque pays). Les agences sont composées de plusieurs commissions qui sont chargées d'autoriser les médicaments dans des indications précises, de leur accorder un taux de remboursement et de proposer un prix. Les délibérations entre experts sur toutes ces questions doivent être publiques. Les désaccords entre eux sont toujours beaucoup plus intéressants pour le public que le consensus auquel ils aboutissent pour des raisons qui peuvent être extrêmement diverses. Les journalistes, les représentants des associations devraient donc pouvoir assister à toutes ces réunions. Les réunions à huis clos devraient être interdites. Ce serait la seule manière d'éviter ce qui s'est passé, par exemple, avec les anti-inflammatoires de la famille des Cox. Ils ont obtenu un prix 35 fois supérieur à celui des anti-inflammatoires de référence sous prétexte d'une diminution des effets secondaires. Les experts n'ont pas vu qu'une

étude clinique avait été tronquée pour dissimuler la disparition de cette supériorité au-delà d'un an de traitement.

L'exigence de transparence et de publicité est un objectif politique. Finalement, on peut même imaginer que les représentants de l'industrie pharmaceutique soient présents en tant que tels dans les différentes instances, face à des représentants des associations de patients, des professionnels de santé et des organismes payeurs. Il s'agit de mettre fin au mythe de l'expert neutre. Il s'agit de retrouver le vrai sens du mot expert : « Est expert celui qui a de l'expérience (experientia). Ce sens premier, fondé sur l'idée d'un apprentissage à l'épreuve de la pratique, par l'expérience commune de la vie et du métier, est éclipsé par le sens plus courant aujourd'hui de spécialiste d'un domaine. Cette évolution sémantique a cela de remarquable que le sens moderne tend à disqualifier l'expertise fondée sur l'expérience ordinaire qui fondait la notion primitive.<sup>9</sup> »

Il s'agit ainsi de faire entrer les médicaments en politique, c'est-à-dire en objet discutable par tous. Après tout, pourquoi ce qui s'est passé avec les OGM ne pourrait-il pas se passer avec les médicaments? Nous aurons gagné cette bataille de prise en charge collective des médicaments lorsque nous serons capables de dire publiquement: «Ce médicament, on n'en veut pas! Les études cliniques sont insuffisantes! Le prix demandé est exorbitant! Retournez faire des études!»

Il s'agirait donc de transformer les commissions des agences du médicament en des «forums hybrides» permanents. «On appelle forums hybrides ces nouveaux espaces de production du savoir où les spécialités et les intérêts se mêlent. Bien que cette expression mi-grecque mi-latine ne soit pas très heureuse, elle dit bien qu'une redistribution sociale du savoir est en cours [...] qui devrait imposer dans le public, comme dans la communauté scientifique, un régime pluraliste de savoirs et savoir-faire. [...] Le procès pour l'affaire du sang contaminé, en dépit de tous ses

9. Isabelle Stengers, Bernadette Bensaude-Vincent, *100 mots pour commencer à penser les sciences*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 2003, p. 149.

## FAIRE ENTRER LES MÉDICAMENTS EN POLITIQUE: LE RÔLE DU « PUBLIC »

manquements au jeu démocratique, a montré combien est ténue la distinction entre responsabilité politique et scientifique. Mais plus encore, de telles affaires aident à dégonfler le mythe de la compétence toute-puissante en montrant à quel point l'acte de connaissance est incomplet, inefficace, impuisant tant qu'on se contente de considérer le problème en expert en se refusant à l'envisager aussi en tant que citoyen.<sup>10</sup> »

Cela pourrait être la seule manière juste de s'opposer à l'instrumentalisation grandissante des malades par les laboratoires pharmaceutiques qui n'hésitent pas à manipuler certaines associations de patients et même, dans certains pays, à organiser des manifestations de patients ou de familles de patients pour faire pression sur les pouvoirs publics et les amener à céder à leur demande de prix. Les laboratoires pharmaceutiques profitent de l'angoisse des familles et des patients pour vendre très cher des médicaments très peu efficaces dans les pathologies comme l'Alzheimer ou la sclérose en plaques – médicaments qui seront très prescrits et feront des chiffres d'affaires considérables. Si des experts produits par les associations de patients elles-mêmes ne sont pas mobilisés dans le processus de délivrance des Autorisations de mise sur le marché et de fixation des prix, il n'y aura aucun moyen pour résoudre ce type de problème.

### Des études comparatives systématiques

Lorsque le Sénat américain a débattu de la nécessité de mieux prendre en charge collectivement les dépenses de santé des personnes âgées en 2003, plusieurs sénateurs Démocrates, emmenés par Hillary Clinton, ont proposé de rendre les études comparatives obligatoires et de financer ces études sur fonds publics. Ce n'est actuellement le cas ni aux États-Unis, ni en Europe. En France, la commission d'autorisation de mise sur le

10. Bernadette Bensaude-Vincent, *La Science contre l'opinion. Histoire d'un divorce*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 2003, p. 264-265.

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

marché « donne un avis qui porte sur deux points. Le produit est-il plus efficace qu'un simple placebo et, si c'est le cas, ses avantages sont-ils plus importants que les inconvénients de ses effets secondaires? C'est tout. Par la suite seulement, une seconde commission dite de transparence sera chargée de dire en quoi il constitue un progrès. [...] Cette organisation bizarre découle du fait que, dans notre économie libérale, un médicament est un produit qui doit permettre à l'industrie de gagner de l'argent. Le souci de santé publique ne vient qu'après.<sup>11</sup> »

Rendre le système plus transparent en multipliant les outils de contrôle et de mesure, ce n'est pas, comme certains le croient, développer la concurrence et la privatisation. D'abord parce que la concurrence et la privatisation font toujours payer la transparence obtenue à certains endroits par une obscurité plus grande à d'autres. L'exemple du téléphone mobile est intéressant: la concurrence a-t-elle rendu plus transparente la tarification pour le service rendu? Au contraire, elle est devenue totalement illisible. Et c'est évidemment volontaire. Des « paniers de soins » différents proposés par les assurances en concurrence rendraient, de la même manière, les propositions impossibles à comparer. Tout serait fait pour les rendre incommensurables (une assurance accorderait une journée en maternité, trois semaines de psychothérapie remboursées, fixerait une franchise de 20 € par ordonnance, alors qu'une autre accorderait deux jours en maternité, ne prendrait en charge que les cas de schizophrénie et de dépression confirmée mais sans limite de temps, et proposerait une franchise annuelle de 150 € pour les médicaments, etc.). C'est depuis que les Américains peuvent comparer, grâce à Internet, les prix auxquels ils paient leurs médicaments avec les prix payés au Canada ou en Europe que la colère monte. L'industrie pharmaceutique comme tous les fournisseurs de soins privés n'a aucun intérêt à ce que des outils

11. Interview de Bruno Toussaint (rédacteur en chef de la revue *Prescrire*) par Gérard Petitjean, « Videz, éliminez », in *Le Nouvel Observateur*, 24 juillet 2003, p. 53.

permettant de tester l'intérêt de leurs propositions soient mis en place avec la collaboration des patients.

Les prix des nouveaux médicaments doivent être fixés uniquement en fonction des résultats obtenus par des études cliniques les comparant aux médicaments de référence, c'est-à-dire en fonction de leur « valeur thérapeutique ajoutée ».

### **À effets égaux, favoriser les médicaments les moins chers**

À partir du moment où les médicaments sont pris en charge collectivement, les génériques doivent être systématiquement favorisés. Les médicaments ont deux noms : un nom « scientifique » qui est la dénomination commune internationale (DCI). C'est sous ce nom que le médicament est connu de la communauté scientifique internationale et c'est seulement sous ce nom qu'il pourra être cité dans les grandes revues scientifiques internationales. Ce nom scientifique n'est pas « protégé », c'est un bien commun. C'est pourquoi les laboratoires pharmaceutiques communiquent autrement avec les médecins et le public : les médicaments portent alors un nom commercial dit encore « nom de fantaisie ». Ce nom de marque appartient définitivement au laboratoire pharmaceutique et il peut changer d'un pays à l'autre pour éviter que les patients se procurent leurs médicaments facilement dans les pays où ils sont les moins chers. Ainsi le Pimpéran est un des noms de fantaisie du métoprolol. « Pimpéran » appartient définitivement au laboratoire Sanofi-Synthélabo (qui peut aussi le vendre), alors que métoprolol appartient au domaine public, ne peut pas être vendu. L'exclusivité de fabriquer et commercialiser le métoprolol n'a duré que le temps de protection du brevet.

Il n'y a aucune raison de traiter différemment les médecins prescripteurs et les patients des « collègues scientifiques ». Si vous regardez un emballage de médicament, vous verrez que le

nom commercial est écrit en gros et, juste dessous, en petits caractères, vous trouverez le nom scientifique. Les laboratoires pharmaceutiques ne font pas ce qu'ils veulent en la matière, mais doivent se plier à une réglementation très précise. Si on veut favoriser les génériques, il faut inverser le rapport entre nom commercial et nom scientifique: c'est ce dernier qui doit être écrit en gros caractères sur l'emballage.

Cela permettrait de créer les mêmes habitudes de lecture chez les scientifiques, chez les médecins prescripteurs et chez les malades, évitant le désarroi qui peut saisir certains quand un générique leur est prescrit: le nom principal du médicament ne changerait pas.

C'est malheureusement dans le sens opposé que semble vouloir aller le Conseil des ministres de l'UE (contre l'avis du Parlement européen): «Les firmes pharmaceutiques auraient le droit de ne pas faire figurer sur l'emballage des médicaments (boîte et notice) la dénomination commune internationale des substances actives présentes dans le médicament dès lors que celui-ci contient plus d'une substance active.<sup>12</sup>»

## Relancer la recherche avec des appels d'offres

L'histoire de l'industrie pharmaceutique n'a jamais été séparée de celle de la recherche publique. Il n'y a pas eu répartition des tâches entre une «recherche fondamentale» d'un côté, et une «recherche appliquée» de l'autre, mais bien plutôt création d'une sorte de tissu commun fait de travaux, d'inventions d'appareils et de dispositifs, qui ont permis le surgissement de produits pharmaceutiques. Si on prend les grands épisodes de la «révolution thérapeutique» qui commence avec la seconde guerre mondiale, on s'aperçoit que l'industrie pharmaceutique a finalement souvent joué les seconds rôles. Quels ont été ces

<sup>12</sup> Collectif Europe et Médicaments, *Halte aux remèdes secrets*, document d'octobre 2003.

## FAIRE ENTRER LES MÉDICAMENTS EN POLITIQUE: LE RÔLE DU « PUBLIC »

grands épisodes? Mise au point de la pénicilline et des antibiotiques, de la cortisone, mise en évidence du rôle du tabac dans le cancer, invention de la chlorpromazine (premier psychotrope moderne), invention du système des soins intensifs, vaccin contre la poliomyélite, chirurgie à cœur ouvert, mise au point des prothèses de hanche, transplantation rénale, prévention des accidents cardio-vasculaires, traitement de la leucémie chez l'enfant, invention de la pilule contraceptive, greffes.

Même l'invention de médicaments révolutionnaires comme le vaccin contre la poliomyélite ou les antibiotiques a supposé un gigantesque investissement des pouvoirs publics. Le vaccin n'aurait pas été mis au point sans la mobilisation de la National Foundation for Infantile Paralysis qui collectait dans le public des fonds considérables et où «le contrôle exercé par des non-spécialistes» a permis le financement des travaux de Jonas Salk<sup>13</sup>.

C'est grâce à l'aide de la Fondation Rockefeller que Florey et Chain ont commencé leurs travaux sur la pénicilline. Quand ils ont réclamé l'aide de l'industrie pharmaceutique pour une production à grande échelle, ils ont rencontré de multiples obstacles, «l'industrie britannique privilégiait une voie d'innovation thérapeutique plus classique, faisant appel aux sulfamides, des dérivés des colorants inventés par les chimistes organiciens<sup>14</sup>». Il en fut de même aux États-Unis où «Florey et Chain eurent droit à une écoute polie [...]. Pour pousser les industriels à voir les choses autrement, il fallait l'intervention d'une autorité capable de forcer l'engagement». Ce fut le rôle des pouvoirs publics.

La proposition que nous faisons s'inspire du travail réalisé par l'Association française contre les myopathies (AFM) et dont nous avons déjà longuement rendu compte. Les malades en tant

13. Jean-Paul Gaudillère, *Inventer la biomédecine. La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*, La Découverte, Paris, 2002, p. 139.

14. *Idem*, p. 39.

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

que citoyens ne peuvent pas faire confiance à l'industrie pharmaceutique pour mettre au point les médicaments dont ils ont besoin. Ils ne peuvent pas mettre tous leurs œufs dans le même panier au moment même où l'industrie pharmaceutique est entrée dans une phase de rendements décroissants (augmentation des frais de recherche, baisse du nombre de nouveaux médicaments innovants mis sur le marché). Puisque les «profits d'aujourd'hui sont les médicaments de demain», il s'agit de se mêler de l'invention de ces médicaments de demain dont « nous avons besoin ».

Dans le système actuel tout l'argent est versé dans un seul pot : celui de l'industrie pharmaceutique. C'est un pari non raisonnable : pourquoi ceux qui ont trouvé dans le passé des médicaments (avec les réserves que nous venons de mettre) seraient obligatoirement ceux qui en trouveront dans le futur ?

En 2003, les Français auront dépensé environ 30 milliards d'euros en médicaments. Une proposition toute simple serait de prélever chaque année 10 % de cette somme, soit 3 milliards d'euros, pour financer des projets de recherche de nouvelles thérapeutiques sur appel d'offres public. Cela représente 33 fois la somme qui est collectée par le Téléthon après une gigantesque mobilisation nationale ! La question technique de savoir comment cette somme serait prélevée est ici tout à fait secondaire.

C'est pour la répartition de cette somme entre les équipes de recherche qu'il faudrait apprendre de l'expérience de l'AFM. Le plus désastreux serait que l'État s'approprie cette somme, ou laisse les chercheurs décider entre eux de son utilisation. Ce devrait être, au contraire, l'occasion de créer une structure nationale constituée des associations de patients, des professionnels de santé et des organismes payeurs. Ce serait cette structure qui élaborerait un appel d'offres et à qui il reviendrait de sélectionner les projets à financer. Un tel budget favoriserait l'implantation en France de nouvelles équipes de recherche. Il

## FAIRE ENTRER LES MÉDICAMENTS EN POLITIQUE: LE RÔLE DU « PUBLIC »

donnerait rapidement envie aux autres pays d'Europe de nous imiter.

Ce projet est d'autant plus réaliste que, dans les cinq ans qui viennent, en tenant compte du nombre considérable de molécules qui doivent tomber dans le domaine public et si rien, comme c'est probable, ne vient bouleverser l'ordre de l'invention, il serait logique que le budget consacré par les Français aux médicaments baisse de 30%. Les analystes financiers estiment que le marché des génériques va augmenter de 20% dans le monde en 2004. Il devrait atteindre 49 milliards de dollars en 2007 contre 29 aujourd'hui. Plus de 65 médicaments importants doivent tomber dans le domaine public d'ici 2007. En France, le marché des génériques devrait augmenter encore plus rapidement car nous sommes en retard sur de nombreux pays.

Cela signifie que l'on peut se soigner mieux avec beaucoup moins d'argent. Le cas du Brésil est très éclairant : en 1999, 72 953 malades du sida bénéficiaient d'une trithérapie. Cela coûtait 238 millions de dollars aux autorités brésiliennes. En 2003, 125 000 malades en bénéficient et cela n'a coûté que 212 millions de dollars<sup>15</sup>. Le coût de prise en charge de chaque patient a donc baissé de 48%. Le « progrès » n'implique donc pas de dépenser toujours plus d'argent. Il faut utiliser collectivement les surplus qui peuvent être ainsi dégagés.

Tout cela implique aussi de mettre l'industrie pharmaceutique sous contrôle. Combien d'argent a-t-elle investi depuis plus de dix ans dans les sociétés de biotechnologies américaines? Pour quels résultats? Aujourd'hui personne ne le sait.

Le leitmotiv de ce chapitre est donc: le public doit prendre ses problèmes en main. Mais, spontanément, le public n'a pas de mains<sup>16</sup>! Les mesures que nous avons proposées ont pour

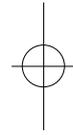
15. Chiffres communiqués par Eloan Pinheiro, ancienne directrice de l'entreprise pharmaceutique brésilienne Far-Manghinos au cours d'une réunion organisée par l'association Biens publics à l'échelle mondiale.

16. « On peut se demander si ceux qui affirment cela si volontiers se sont



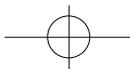
## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

seul objectif de lui en donner. Toutes les propositions que nous faisons ici s'inspirent de dispositifs qui ont été inventés par des collectifs ou lors de débats qui ont déjà eu lieu. Elles visent seulement à les prolonger pour que d'autres groupes puissent s'en saisir et en débattre; elles ne sont donc pas suspendues en l'air. Il s'agit de créer un public en lui donnant du pouvoir.



---

demandé à eux-mêmes entre quelles mains l'industrie devrait passer. Mais malheureusement, le public n'a pas de mains...», John Dewey, *Le Public et ses problèmes*, Farrago, Paris, 2003, p. 109.



## Médecine générale et dimensions du bien public

*Francis Merckaert*<sup>17</sup>

**L'histoire de la conquête ou reconquête des biens publics montre le rôle considérable joué, en accélération ou en frein, par les corporations qui fournissent quotidiennement ce bien (ou une partie de ce bien), qui en pratiquent l'art et en mesurent les difficultés. Ainsi, les juristes ont joué un rôle majeur dans la création de la Cour pénale internationale. Dans quelle mesure les corporations thérapeutiques accompagneront-elles ou freineront-elles un mouvement inéluctable: le «bien public santé» offert par les États occidentaux n'a pas d'avenir possible à l'intérieur des frontières nationales, il doit transiter vers un bien public mondial (ou évoluer vers un bien privé, réservé à la minorité solvable des habitants de la planète, avec une chute du nombre des clients de ces professions)? De même qu'une tension traverse le monde agricole entre ceux qui ne considèrent que leurs avantages à court terme dans un système subventionné qui ruine les producteurs du Sud, de même les soignants sont ou seront partagés entre la conservation des avantages du système actuel sans prise en compte de sa durabilité, et l'adhésion à la construction d'un nouveau «jeu à somme positive». Qu'est-ce qui, dans la mentalité des soignants, peut les pousser dans l'une ou l'autre direction?**

17. Médecin généraliste à Mouvaux, dans le nord de la France.

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

Près de trois décennies de pratique quotidienne de la médecine générale ouvrent-elles aux «Biens publics à l'échelle mondiale»? À première vue, l'ouverture peut paraître bien mince, et le rapprochement relever du grand écart.

Cependant, à y regarder de plus près, un certain nombre d'éléments mêlent progressivement les références spatiales. Si à mon niveau les enjeux se situent davantage à un échelon local-régional, parfois national, rarement international, les enjeux plus vastes s'invitent et croissent au cœur de mentalités, de sensibilités qui évoluent.

Par ailleurs le corps médical peut d'une certaine manière être encerclé et manipulé par le lobbying de l'industrie pharmaceutique, il est un maillon du système. Il peut être intéressant de repérer quelles sont ses marges de manœuvre. De même les patients, dont d'une certaine manière il est dépendant pour vivre, ont eux aussi une influence sur sa pratique. Un dernier élément, et non des moindres, tient sous sa coupe le médecin, c'est le poids excessif de la machine administrative de la Sécurité sociale.

Et cependant, au cœur de ces mailles que forment l'industrie pharmaceutique, le groupe des patients et les CPAM (Caisses primaires d'assurance-maladie), les médecins vont vivoter ou s'épanouir selon le dynamisme qui les habite et l'idéal qu'ils veulent promouvoir.

Je diviserai cette période 1973-2003 en trois temps: la période 1973-85, la période 1985-92, et la dernière, de 1992 à 2003, avec pour chacune d'elles un regard spécifique sur l'attitude du «corps des patients», sur celle de l'industrie pharmaceutique, sur la place des CPAM, et bien sûr sur celle du corps médical. Cette séparation tripartite est certes arbitraire et artificielle, mais elle correspond en partie à des changements de mentalités pour chacun de ces composants.

## **Le temps privilégié d'une relation interpersonnelle paisible**

C'est ainsi que je qualifierai la période 1973-85 d'«apaisée» pour le corps médical. Nous étions peu nombreux au regard des patients potentiels. S'installer était une démarche aisée et peu conflictuelle. Le nombre des médecins était notoirement insuffisant et les spécialistes peu nombreux. Il n'y avait dès lors pas de problème de confraternité, ni de concurrence avec les spécialistes.

Les relations avec les patients étaient plus aisées. Le médecin généraliste avait une activité touchant à des domaines variés, pratiquant encore des accouchements régulièrement, mais aussi l'ensemble des actes de gynécologie et pas mal de petite chirurgie. Son rôle et son titre de médecin de famille, titre toujours revendiqué, prévalaient sur celui de médecin généraliste.

Le respect mutuel existait, avec parfois aussi pour le médecin le risque d'être l'unique détenteur d'un savoir et d'un pouvoir que l'on ne partage pas. Il pouvait en résulter une information insuffisante pour le patient, ce qui empêchait ce dernier de participer à l'élaboration du projet thérapeutique le concernant. Or il est quand même le premier intéressé.

Durant cette période, l'industrie pharmaceutique était plus discrète et surtout moins agressive. Elle semblait avant tout remplir son rôle d'information, plutôt que de marketing. Ou bien étais-je plus naïf à l'époque? Toujours est-il que les liens avec les représentants de l'industrie pharmaceutique s'inscrivaient dans la durée et le respect mutuel, pour une information souvent de qualité et surtout honnête. Autant d'éléments qui se dégraderont rapidement lors des décennies suivantes. Quant à la place des CPAM, elle était relativement discrète et surtout moins tatillonne.

Cette période n'était pas pour autant idyllique sur tous les plans. La confraternité n'avait pas trop à souffrir en raison d'une concurrence discrète, mais l'individualisme était roi: les

quelques « maisons médicales » qui avaient un projet social étaient regardées avec étonnement, si ce n'est avec incompréhension.

À la même période, les relations avec le monde hospitalier étaient dures, de par la superbe de ceux qui avaient la prétention de détenir le savoir et développaient son corollaire : le mépris des praticiens de terrain, qui possédaient sans toujours en prendre conscience une connaissance incommensurable de la dimension sociale, économique et humaine de la santé. Bien qu'en voie de disparition, cette enflure du moi est encore bien présente dans certains milieux hospitalo-universitaires.

### **Le temps de la concurrence et du marketing forcené**

La seconde période, 1985-92, fut marquée sur le plan de la pratique médicale par deux éléments majeurs : tout d'abord une pléthore de médecins qui changea les regards et comportements des différents partenaires ; puis, dans les années quatre-vingt-dix, la survenue du sida, avec le séisme bénéfique qu'il engendra dans les comportements.

La pléthore des confrères, à la fois généralistes et spécialistes, provoqua une altération majeure des liens de confraternité : perte des traditionnelles visites de courtoisie lors de l'installation ; tentatives de captation de patients lors des gardes ; non-respect par les spécialistes du devoir d'information du médecin traitant avant toute prescription, au risque d'accident iatrogène par addition invraisemblable de médicaments sans aucun souci de synthèse.

À cette époque, l'industrie pharmaceutique se montra beaucoup plus agressive. Le marketing a désormais primé sur la qualité et surtout l'honnêteté de l'information donnée. Des commandos de charme et de choc ont envahi les cabinets médicaux sans aucun respect pour les clauses de limitation du

nombre de délégués pouvant être reçus dans l'année. Un harcèlement par mailings et coups de fil, surtout aux heures des repas, prétendait « enfoncer le clou » !

Ce n'est pas une vaine image, comme le montre l'exemple qui va suivre, à propos d'un laboratoire français célèbre pour ce type de pratiques et son comportement délétère. Après qu'il m'eut présenté la même semaine cinq fois le même produit, je laisse entendre qu'il y a peut-être abus. Et la visiteuse de me répondre: « *Monsieur, les médecins, c'est comme les clous, il faut taper dessus pour que ça rentre.* » Autant dire que la direction régionale et nationale du laboratoire a été immédiatement prévenue et qu'un boycott systématique de ce produit, mais aussi de la plupart des autres spécialités de ce laboratoire, a été appliqué avec soin par moi-même et un certain nombre de confrères indignés. Les langues se délièrent et plusieurs visiteurs médicaux ayant appartenu à ce groupe regrettèrent qu'un nombre plus important de médecins ne pratiquent pas davantage ce type de pression, leur vie au sein de l'entreprise étant insupportable. Sans compter, au moment de l'embauche, les enquêtes préliminaires élargies à la famille et aux proches pour s'assurer que le futur embauché ne soit membre d'aucune association ni syndicat, et ainsi présumé totalement fade et sans saveur. Mais corvéable à merci !

Il faut également savoir que dans ce même laboratoire, lors du lancement d'un nouveau produit, les effets secondaires sont minimisés sinon niés, et le médecin qui en relève un est ridiculisé. Heureusement qu'entre confrères l'information passe !

D'autres exemples peuvent être donnés, stigmatisant l'attitude de certains laboratoires. Un produit nous a été présenté comme miraculeux pour diminuer le volume de l'adénome de la prostate, avec force matraquage publicitaire, soirées-débats et mise à disposition d'un mannequin électronique permettant de se familiariser avec la recherche d'un éventuel cancer de la prostate par toucher rectal électronique ! Tout ceci paraît très certainement louable... jusqu'au jour où l'on s'aperçoit que la

prescription de ce produit perturbe la valeur des bilans biologiques qui permettent, à l'aide de marqueurs, de dépister les cancers de prostate. Qu'à cela ne tienne. L'on utilise alors un effet secondaire de ce produit, à savoir le développement de la pilosité, pour en faire sous un autre nom, et à destination du grand public, le traitement miracle de la calvitie. En oubliant que les chauves, souvent des hommes, peuvent aussi avoir des cancers de la prostate, dont le dépistage précoce serait alors masqué.

Cette période pléthorique en médecins et en laboratoires pharmaceutiques fut aussi prolifique en abus. Les patients pouvaient se permettre d'être plus exigeants en tous domaines, mais surtout sur les horaires et la rapidité du service, si ce n'est sur le temps de guérison! La qualité de la relation en pâtit sérieusement pour tout le monde.

Ces éléments entraînent une accélération des dépenses de santé et, par voie de conséquence, une attitude conflictuelle et tendue avec les CPAM.

### **Avec le sida, la renaissance des pratiques solidaires**

Puis, fin 1989, début 1990, le virus du sida vint s'imposer à nous. Devant soigner des patients d'origine africaine, j'ai suivi une formation universitaire et hospitalière durant un an afin de me familiariser avec cette pathologie qui m'était inconnue.

Loin de minimiser la souffrance et la douleur des patients et des familles de ceux qui sont ou furent victimes de cette maladie dramatique, j'ose affirmer que l'apparition de celle-ci fut aussi comme un choc bénéfique pour la communauté des soignants. Elle permit de multiples modifications et parfois de totales transformations dans leur comportement. Elle permit de faire tomber les masques de ceux qui étaient murés derrière leur «supériorité». Elle nous fit nous découvrir hommes et femmes démunis devant la mort de jeunes, devant des souffrances

atroces. Car nous étions submergés par cette maladie dont nous ignorions le génie évolutif.

Je le répète, les masques tombaient tout comme la sacrée hiérarchie propre au monde médical. Les malades étaient eux-mêmes les premiers acteurs d'essais thérapeutiques, dont ils avaient pleinement connaissance. Nous n'avions pas le temps d'attendre de longs temps d'expérimentation avant la mise sur le marché de produits aux résultats parfois incertains.

Tout ceci engendra un bouleversement immense au sein de la communauté scientifique et soignante. Semaines après semaines, les données changeaient ou se contredisaient. En un front commun contre la maladie, au coude à coude, malades et soignants essayaient d'avancer, de s'informer mutuellement, pratiquant d'une certaine manière une expérimentation thérapeutique dans l'urgence, in vivo. Cette marche conjointe, en lutte contre ce fléau, créa des solidarités, des amitiés d'un ordre nouveau.

Certains laboratoires détenteurs de molécules originales et prometteuses, profitèrent de leur position dominante et de monopole sur le marché pour fixer des prix exorbitants. Ils se comportèrent de manière ignoble en ces circonstances de lutte pour la défense de la vie humaine. Ils ne se firent pas que des amis!

Car cette lutte, cette interpellation personnelle de chacun d'entre nous devant l'approche de la mort, nous transforma. Lors des cours assurés par les principaux spécialistes français et étrangers du sida, bien au-delà du message scientifique partagé, c'est la qualité humaine profonde de ces hommes qui transparaissait et nous atteignait.

De cette expérience très forte que j'ai pu vivre avec d'autres, comme d'autres ont pu le vivre en d'autres lieux, sont nés un regard nouveau et une pratique professionnelle différente, qui commencèrent à éclore de-ci de-là et à marquer ce que j'appelle la troisième période.

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

La décennie 1993-2003 fut un temps de grands changements sur le plan des comportements médicaux, même s'il y a encore beaucoup de balbutiements. Une période porteuse d'espérance !

Sur le plan médical hospitalier tout d'abord, une nouvelle génération de praticiens est apparue. L'atmosphère et la qualité interpersonnelle entre soignants, mais aussi avec les soignés dans les services spécialisés auprès des malades du sida, provoquèrent les autres services à s'interroger sur leur pratique.

Souvent laborieuse en raison d'hostilités et d'incompréhensions, la mise en place de services de soins palliatifs, où l'être humain est considéré dans sa totalité psychique, physique et spirituelle, ainsi que sa famille qui y a toute sa place, procède du même esprit. Ces services où l'homme est premier, où il est reconnu comme être de relation, interpellent les autres services de l'hôpital. Progressivement, cela fait tâche d'huile.

Un autre élément presque caricatural de cette période, tout au moins pour ce qui est de son appellation, c'est celui des réseaux ! Ils commencent à naître, la complémentarité mutuelle étant enfin reconnue ! Le terme est à la mode, sa réalisation plus laborieuse. D'une part, il subsiste parfois encore chez un certain nombre de médecins libéraux une méfiance vis-à-vis du système hospitalier, compte tenu d'attitudes antérieures méprisantes à leur égard (c'est hélas encore vrai de certains services hospitalo-universitaires). D'autre part, la mise en place d'un réseau nécessite souvent l'appui de la tutelle administrative dont le poids est énorme, si ce n'est totalement étouffant.

Et cependant se manifeste une réelle révolution dans les mentalités. Quand la structure est relativement légère, ces réseaux fonctionnent. Ce sont des lieux importants de convivialité et de complémentarité.

Pendant dix ans, j'ai participé à un réseau Ville-Hôpital sur le sida, devenu récemment réseau d'addictologie, regroupant en son sein les pathologies liées à l'alcool, au tabac, aux drogues médicamenteuses et autres, et y compris au sexe. Il s'agit d'un

lieu convivial regroupant de multiples partenaires : soignants (médecins, infirmières, psychologues), mais aussi travailleurs sociaux, responsables de lieux d'accueil ou de parole et, lors de certaines séances, les utilisateurs eux-mêmes et les représentants de leurs associations. Ce réseau est un lieu de parole mutuelle, mais aussi de connaissance et d'information réciproque.

Une autre manière d'aborder la santé sur le mode communautaire a été la mise en place d'un réseau de gérontologie. À l'initiative d'un confrère psychiatre, très sensible à la psychiatrie italienne qui se veut avant tout sociale, nous avons il y a quatre ans lancé un embryon de réseau gérontologique. D'une petite dizaine de membres à ses débuts, il est devenu très officiellement « concertation gérontologique ». Il couvre douze communes, et l'on compte plus de cinquante membres lors de ses Assemblées générales !

L'objectif est d'établir sur les décennies à venir un bilan prospectif sur le vieillissement de la population et sur sa qualité de vie, tenant compte non seulement de la santé, mais de l'habitat, des loisirs et de tout le tissu associatif qui permet de préserver un lien social indispensable à la dignité de la vie.

Dans ce réseau participent des représentants des associations d'aînés, et leur parole est importante, des responsables politiques et associatifs, des travailleurs sociaux, des directeurs d'établissement pour personnes âgées, et quelques soignants. Une des productions les plus concrètes de ce réseau a été la réalisation d'un ouvrage, mis à jour annuellement, regroupant à la fois les démarches d'aide aux personnes âgées, les modes d'emploi, mais aussi la liste des différents établissements, organismes ou associations d'aide ou de logement, de loisirs, de soins, ainsi que la liste des soignants du secteur géographique...

Faisant suite à cette initiative, un autre réseau s'est créé il y a deux ans sur Tourcoing et environs, davantage axé sur les soins à domicile, l'accompagnement des grands malades, l'aide aux

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

familles lors de maladie d'Alzheimer, etc. Il s'agit toujours de lieux conviviaux, où une connaissance mutuelle et une information réciproque sont apportées. De même, des passerelles s'établissent avec les Formations médicales continues des médecins du secteur *via* Internet !

Interpellés par une expérience belge de soins palliatifs, dont nous sommes voisins, et dont les marques de solidarité et de bénévolat sont extraordinaires, nous lançons sur le secteur une réflexion sur les possibilités de réaliser ce type de démarche.

L'objectif de ce réseau est de permettre de respecter et d'accompagner la vie jusqu'au bout dans la dignité et le respect de la personne, en apportant une aide à la famille et par la présence de bénévoles. Il vise aussi, pour les soignants, à favoriser un lieu d'échange et de parole. Il s'agit encore de renforcer un partenariat Ville-Hôpital, dans un esprit de complémentarité et de confraternité. Les objectifs sont modestes pour le moment... À suivre !

Sur notre secteur, une expérience pilote en France a été lancée par quelques-uns: un point écoute pour les jeunes, lieu d'écoute et de parole pour les jeunes en souffrance, avec si besoin la possibilité d'une orientation vers divers partenaires sociaux ou psychothérapeutes. Cette initiative est connue des enseignants du secteur, qui peuvent y adresser les jeunes qui le souhaitent. Un des membres fondateurs, Olivier Paulvaiche, en parlera mieux que moi. Le bien public, cela veut dire aussi qu'un bien, en l'occurrence la santé, rencontre son public. Et cela n'a parfois rien d'évident.

« À force de traiter des toxicomanes, d'essayer de comprendre leur parcours, leur situation présente et passée, de constater les facteurs ou les causes de leurs conduites d'addiction, il me paraissait de plus en plus évident d'essayer de prévenir et de s'occuper des jeunes enfants et adolescents avant même l'entrée dans la possible toxicomanie. Nombre d'entre eux fréquentent les

## MÉDECINE GÉNÉRALE ET DIMENSIONS DU BIEN PUBLIC

cabinets médicaux; les recevoir est une chose, les inviter à dépasser ce qui apparemment les amène en est une autre. Pour l'adolescent en particulier, la rencontre d'un médecin ne signifie pas forcément qu'il va se mettre à lui parler de ses problèmes de santé ou d'existence.

Avec trois autres médecins généralistes partageant les mêmes idées, nous avons répondu en 1997 à un appel à projets «Espace Santé Jeunes» lancé par la Fondation de France. Un groupe de travail, un réseau, s'est constitué avec de nombreux partenaires impliqués dans la santé des jeunes. Le projet est devenu réalité en janvier 1998, sous la forme d'une structure de type associatif, s'adressant à un public de 12 à 25 ans. Le siège est basé à Tourcoing. L'un des objectifs, audacieux à l'époque, était que des médecins puissent travailler avec des travailleurs sociaux. Entre nous, la perception de la santé, la façon de travailler, les moyens utilisés étaient différents: il a fallu apprendre pour corriger ce handicap et constituer cette entité au service des jeunes.

Les outils utilisés sont également différents de ceux dont nous avons l'habitude – ceux dans lesquels la culture médicale nous avait enfermés. Il peut s'agir de pièces de théâtre, de techniques de communication telles que l'abaque de Régnier, de jeux de rôles, de photolangage... Nous intervenons dans les locaux de l'«Espace santé Jeunes» pour des entretiens, des consultations, et nous allons au-devant des jeunes dans toutes sortes de collectivités: établissements scolaires, centres sociaux, organismes de formation professionnelle... Notre vocation est de favoriser la prise en compte par les jeunes de leur propre état de santé et de leur faciliter l'accès aux services et structures de soins adaptés.

Cette façon de percevoir la santé est novatrice et force à adapter la pratique médicale au public auquel un médecin peut être confronté.»

Si dans ces structures de type réseau les confrères ne se bousculent pas, il y a d'autres lieux importants pour partager notre vie professionnelle et ses enjeux. Depuis dix ans, dans le but précisément de rompre avec l'anti-confraternité et l'isolement,

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

se sont constituées des associations de médecins. Quelques-unes durent toujours. Leur projet est de rompre l'isolement, de promouvoir la solidarité et la confraternité par la connaissance mutuelle; mais aussi d'être un lieu de partage des joies et des difficultés de la profession; de porter un regard sur les enjeux sociaux, humains et économiques en lien avec notre profession.

Ces associations, qui ne sont ni des syndicats, ni des lieux uniquement de loisir et d'amusement, même si la convivialité a sa place, ont un rôle important, où chacun peut partager et dire ce qui lui tient à cœur, et favoriser la naissance d'initiatives. Car la fréquentation régulière et fraternelle du milieu médical m'a amené à observer que se cachait, derrière les masques de superficialité et d'argent facile qui collent à notre profession, un très grand souci de l'autre. Beaucoup d'entre nous sont initiateurs ou participants d'actions à but social, humanitaire ou philanthropique.

L'individualisme excessif qui a marqué nos sociétés occidentales est incompatible avec la prestation optimale du bien public. Au contraire, tous ces retours vers des pratiques solidaires et confraternelles que je viens d'évoquer sont les gages d'un meilleur service du public, un service plus humain. Ils nous rapprochent aussi des pratiques thérapeutiques d'autres sociétés, où l'enjeu de la santé d'un individu ne se comprend que dans un réseau social. C'est particulièrement évident des personnes âgées, et l'Occident commence seulement à le redécouvrir. Ce cheminement d'une partie du corps médical français, certes pas encore majoritaire, me semble donc un atout important dans la perspective du défi à relever: nous ne pouvons pas respecter le serment d'Hippocrate si nous entrons dans un système de refus de l'universalité du droit à la santé.

## L'interpellation des étrangers hors système

Ce sentiment de l'universalité de la profession du médecin est sans doute ce qui pousse tant d'entre eux à s'engager avec générosité dans des missions humanitaires, quitte à en prouver les limites.

Pour ma part, j'ai eu l'occasion d'être pendant dix-huit mois médecin bénévole, de manière ponctuelle, au Centre d'hébergement de la Croix Rouge à Sangatte. Ce fut certainement une des expériences les plus fortes de ma vie: témoin d'une humanité souffrante et blessée, mais porteuse d'une espérance extraordinaire, témoin des multiples gestes de solidarité et d'attention de la part des bénévoles et du personnel de la Croix-Rouge.

Confronté dans ces circonstances au quotidien de ces hommes déchirés par les conflits, les violences physiques ou matérielles, mais aussi la brutalité humaine dont nous sommes les témoins: mains lacérées par les lames de rasoirs mises sur les grillages d'Eurotunnel, jambes arrachées par des mines. Je me souviens aussi de ce jeune devenu paraplégique après un tir à bout portant de Kalachnikov, dans son dos. Chaque fois, nous étions interpellés par l'espoir inouï de ses hommes.

Pour l'équipe soignante, c'est la connivence dans la tendresse, la chaleur humaine et l'écoute, qui nous unissait, témoins fragiles des souffrances qu'enduraient ces hommes et ces femmes, dont nous nous sentions particulièrement proches, et qui paradoxalement étaient au travers de l'épreuve source de joie.

Cette expérience nous avons eu l'occasion de nous la reformuler, et pour chacun d'entre nous ce fut vraiment une expérience unique qui donne sens à la vie, un autre regard sur l'humanité et notre interdépendance !

## L'apport des médecines étrangères

J'aimerais signaler enfin, dans la perspective de la réflexion sur le partage des richesses à visée curative sur le plan mondial, la place de la médecine traditionnelle chinoise.

Exerçant en acupuncture, j'ai été très étonné, lors d'un voyage d'étude en Chine, de découvrir la place capitale qu'occupait dans la pharmacopée traditionnelle des plantes dont les vertus sont prodigieuses et méconnues du monde occidental. L'exploitation de leurs principes actifs, s'ils ne sont pas monopolisés par quelques firmes, peut être d'une grande utilité pour le monde. Et plus généralement, sans doute, la philosophie de la médecine chinoise : avant tout prévenir, plutôt que de devoir guérir ensuite. Le médecin acupuncteur ne recevait ses honoraires qu'après un délai de six mois, si le patient n'avait contracté aucune pathologie !

En trente ans, les mentalités ont changé. Les moyens de communication ont subi une révolution pour transformer la planète en un immense village interdépendant.

La multiplicité des voyages et des échanges, tout particulièrement pour les jeunes – dans le cadre d'«Erasmus» par exemple – est une chance pour nos sociétés et le monde. Mais aussi l'apport de populations étrangères et migrantes doit être vu comme une richesse humaine et culturelle et non comme une menace pour nos privilèges.

Le milieu médical si longtemps isolé et individualiste commence à découvrir les bienfaits des structures en réseau et d'un travail collégial, pour son efficacité, mais aussi pour la qualité des relations interpersonnelles ainsi générées.

L'on peut espérer que ce climat et cet état d'esprit produisent des émules, surtout au niveau des nouvelles générations, pour construire un monde plus humain et plus fraternel.



## Vécu et engagements des syndicats de l'industrie pharmaceutique

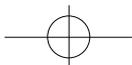
La problématique est la même du côté des salariés de l'industrie pharmaceutique que du côté des professions soignantes : ils peuvent freiner ou favoriser l'évolution vers l'universalité des biens publics. Des syndicalistes de laboratoires pharmaceutiques expriment des propositions pour une autre industrie, et une recherche à nouveau tournée vers les besoins publics, les besoins d'un public à l'échelle du monde – comme les principales maladies.

### 1. Militance syndicale et bien public

*Laurent Ziegelmeyer*<sup>18</sup>

Je suis salarié chez Aventis (né de la fusion de Rhône-Poulenc et de Hoechst) à Vitry-sur-Seine, depuis une douzaine d'années. Ce site est découpé en trois secteurs : une usine, un centre de recherche, et une entité spécialisée dans la thérapie génique. 2000 salariés y travaillent. Ce chiffre ne prend pas en compte les nombreux sous-traitants, statuts précaires... J'ai eu la chance d'intégrer, puis d'animer en recherche, une section

18. Laurent Ziegelmeyer est syndicaliste CFDT dans l'industrie pharmaceutique.



CGT fortement imprégnée par des préoccupations sur le contenu du métier, sur la santé publique, sur l'accès aux médicaments. Depuis, mon engagement syndical a connu des changements divers, mais ceci est une autre histoire...

Quel rôle les syndicalistes de l'industrie pharmaceutique peuvent-ils jouer dans la bataille pour le médicament, bien public? Dans quelle mesure notre activité militante doit-elle comporter cette dimension? Comment la faire partager par le plus grand nombre de nos collègues? Quelle est la part d'ombre de l'industrie pharmaceutique, part d'ombre que nous subissons et combattons? Quelles sont les alternatives que peuvent porter les salariés de l'industrie pharmaceutique?

Voici quelques pistes de réponses, de débats, à travers mon expérience syndicale de terrain. Ces réflexions seront complétées par les apports concrets des salariés du centre de recherche de Romainville et de l'usine d'Elbeuf, au travers de leurs luttes pour l'emploi et la santé.

### **Le bien public, une approche qui questionne**

Si l'on ne considère pas le médicament comme une marchandise, mais comme un bien public au même titre que l'eau et l'énergie, l'activité syndicale est forcément bouleversée. Bien évidemment, cela ne peut pas être le départ du travail militant. Si l'on veut évoquer avec les salariés les questions de choix des axes de recherche, d'accès aux médicaments, cela suppose une condition. Pour les amener à un tel niveau de réflexion, il faut répondre à la notion d'utilité. Cette utilité est double. Comment débattre de ces questions, s'il n'y a pas de réponse syndicale aux problèmes de la vie de tous les jours dans l'entreprise (salaires, emploi, conditions de travail, précarité...)? Pour élever le débat, il convient de ne pas négliger le concret du quotidien. Les deux ne s'opposent pas, au contraire, ils se nourrissent. L'autre aspect de cette utilité est la nécessité de démon-

trer le lien qui existe entre ce quotidien et les questions plus générales, de montrer qu'il n'y a pas d'opposition, par exemple, entre l'accès aux médicaments et l'emploi, bien au contraire; il s'agit, en fait, de prouver que ces batailles sur des questions d'ampleur internationale ont une utilité, une résonance dans la situation sociale des travailleurs de la pharmacie. Nous devons amener nos collègues à s'approprier le contenu de leur travail, à en faire un sujet de débats et de revendications.

L'activité syndicale est, à travers ces sujets, questionnée sur l'attitude vis-à-vis des directions. Il n'est pas question là de rentrer dans ce débat sur l'opposition entre des syndicats « irresponsables », qui ne feraient que critiquer, et ceux plus « sérieux », plus « respectables » qui accepteraient le dialogue. La question est plus complexe, il ne s'agit pas d'être moins radical, bien au contraire. Pour cela, la dénonciation est nécessaire, mais pas suffisante. Il faut aller plus loin.

### **Questionner les stratégies des groupes pharmaceutiques**

Tout d'abord, il s'agit de s'inviter là où les dirigeants font tout pour nous interdire l'accès. Je me rappelle ce rendez-vous chez Aventis Pasteur à Lyon. Nous avons, syndicalement, décidé d'apporter notre contribution au combat de Médecins sans frontières pour l'accès au vaccin contre la méningite en Afrique. Nous nous sommes retrouvés face à un haut responsable de l'entreprise. Au début de l'entretien, il nous a demandé en quoi des syndicalistes pouvaient être intéressés par un tel sujet. En clair, en quoi cela nous concernait? Cela montre bien la volonté de nos patrons de vouloir nous cantonner dans certains domaines, dans ce qu'ils pensent être les « attributions » des syndicalistes. Nous ne devons rien nous interdire, aucun sujet n'est tabou. Oui, la conséquence de telle entente illicite sur le prix de vente d'un médicament au Tiers-Monde nous

regarde. Oui, la part du bénéfice dans le prix d'un médicament nous concerne. Oui, la disparition de tel axe de recherche, la suppression de telle production nous préoccupent. Le décryptage des politiques patronales est indispensable. En clair, décoder pour comprendre, comprendre pour agir.

En effet, pour combattre les stratégies de nos directions, les slogans tout faits ne suffisent pas. Il est nécessaire de développer des argumentaires, de faire des contre-propositions. Les salariés sont-ils sensibles à ces préoccupations? Prenons l'exemple du centre de recherche de Vitry. Malgré 12 plans de restructuration en 15 ans, on note un intérêt plus important pour un certain nombre de sujets. Bien évidemment, la prise en compte par les médias du thème du médicament y contribue aussi. Mais il ne faut pas négliger l'activité syndicale. Sinon, comment expliquer que la direction travaille, elle aussi, ses réponses? Comment expliquer qu'au moment du procès de Pretoria, le président du directoire a envoyé à chaque salarié un long argumentaire très «politique», pour démontrer leur «bon droit» et leur «bonne foi»? Avait-il des choses à cacher? Y aurait-il un côté obscur, inavouable?

Intéressons-nous à cette part d'ombre de l'industrie pharmaceutique au travers de l'exemple d'Aventis. Mais, en préalable, deux chiffres pour cadrer l'ampleur du problème :

- 1,8 milliard de personnes (dont 98% vivant dans les pays en développement) n'ont pas accès aux traitements dont ils ont besoin.

- dans le même temps, 80% des médicaments sont consommés par 20% de la population mondiale, essentiellement en Amérique du Nord, en Europe et au Japon.

Aventis, cette « pauvre » entreprise, a vu son bénéfice atteindre en 2002 plus de 2 milliards d'euros, soit presque le double du résultat de 2000, alors que depuis la création de ce groupe, les effectifs ont fondu de plusieurs milliers de salariés à travers le monde. Quelle énorme contradiction entre les paroles et les actes de la direction !

## VÉCU ET ENGAGEMENTS DES SYNDICATS DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

Gilles Brisson (président du directoire d'Aventis Pharma SA) évoquait dans un courrier du 16 mars 2001 à l'ensemble des salariés que la propriété intellectuelle est la garantie du progrès thérapeutique pour tous. C'est certainement dans cet esprit que la recherche sur le sida a été arrêtée au milieu des années quatre-vingt-dix chez Rhône-Poulenc-Rorer. C'est bien évidemment toujours dans la même volonté qu'un produit efficace contre la bilharziose n'a jamais été produit et que, sur le centre de Vitry, le nombre d'axes de recherche est passé d'une dizaine en 1989 (dont les antimalariques et les antisida) à 1 en 2004. C'est une erreur scientifique, la focalisation est contraire à l'innovation. Preuve en est ce chiffre: aux États-Unis, 146 nouvelles molécules sur le marché en 1996, 39 en 2002, entre les deux dates, une vague sans précédent de fusions dans l'industrie pharmaceutique.

Pour en revenir à la situation actuelle d'Aventis Pharma, est-ce dans cette perspective de progrès thérapeutique pour tous que 10% des effectifs ont été supprimés à Vitry en 1998, que le centre de Romainville a été dépecé depuis la fusion, qu'un nouveau plan de destruction de la recherche en cours prévoit la suppression de 666 emplois et la fermeture de Romainville? En plus de ces suppressions, une partie de cette recherche est « externalisée » dans des *start-up*, avec tout ce que cela comporte: soumission totale aux marchés, mise en concurrence très forte des chercheurs, statuts sociaux au rabais...

Continuons l'exploration de ce groupe en abordant le poids majeur de la notion de profit dans le choix des projets de recherche. La direction d'Aventis Pharma avait mis en place en 2000 un système d'évaluation des molécules, basé sur une notation... Jusque-là quoi de plus normal? Ce serait acceptable, si cette démarche se basait prioritairement sur des critères scientifiques, et sur une notion de santé publique. Mais quand on y regarde de plus près, on s'aperçoit du rôle primordial de la finance, de son implication quant à l'avenir d'un médicament. En effet, dans le cas d'un antibiotique, si la molécule correspon-

dait à une maladie sans thérapie, elle obtenait 3 points. En revanche, si cette molécule avait comme « potentiel » un marché de 1 milliard de dollars, elle obtenait 10 points !!

En production, des sites comme ceux de Vitry, Elbeuf, Romainville sont sous-utilisés. Conséquence de cet assèchement de la recherche, l'emploi est menacé et, encore une fois, des besoins de santé n'ont pas de réponse. À Vitry, un atelier ne doit pour l'instant sa survie qu'à la fabrication d'un produit contre la leishmaniose, principalement à destination du Brésil ! Si l'indice d'activité de l'ensemble de cette usine n'est pas encore catastrophique, c'est notamment grâce à la partie biochimie (production d'antibiotiques par fermentation). Le paradoxe dans ces deux exemples est que, ni les anti-infectieux, ni encore moins les médicaments « spécifiques » pour le Sud ne font partie des choix stratégiques du groupe Aventis, bien au contraire.

### **Mettre en cause le primat du commercial et du taux de profit**

Pour boucler le système, il est intéressant de se pencher sur la commercialisation :

- Dans l'industrie pharmaceutique, les budgets de marketing-publicité sont au moins le double de ceux accordés à la recherche. La compagnie Merck a un budget publicité pour un antiarthrite aux États-Unis supérieur au cumul des budgets publicitaires de Pepsi et Budweiser !

- Dans une étude récente menée par des universitaires américains, on peut lire qu'entre 1995 et 2000, le secteur marketing-force de vente de cette industrie est passé aux États-Unis de 55000 à 88000 salariés, quand dans le même temps le secteur Recherche et Développement passait de 49 400 à 48 500 !

Chez Aventis, l'activité commerciale et le marketing prennent de plus en plus de place. On l'a vu plus haut à travers la

## VÉCU ET ENGAGEMENTS DES SYNDICATS DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

« financiarisation » de la recherche, mais on se doit d'évoquer par un exemple, la dimension « épicerie » (rien à voir avec les épiceries de quartier que j'apprécie beaucoup par ailleurs) que prend la commercialisation du médicament. Aventis vend presque 1000 euros par mois un médicament contre la sclérose en plaques, la Copaxone, développé par une autre entreprise, Teva. Quand syndicalement, on souhaite connaître le contrat reliant les deux groupes, c'est silence radio ! Pour compenser une recherche déstructurée, asséchée, la direction d'Aventis se met à faire son marché ici ou là pour ensuite revendre ces molécules au prix fort, avec la bénédiction des pouvoirs publics.

Puisque l'on parle du prix, on peut, il est vrai avec un certain rapport de forces, imposer quelques baisses sur les produits vendus au Sud. Mais il serait illusoire de croire que l'industrie pharmaceutique n'essaiera pas de revenir sur ces concessions. Elle a peur d'une contagion au Nord, que les malades du Nord demandent eux aussi des baisses de prix. Preuve en est ce qui se passe aux États-Unis : des collectivités territoriales et des citoyens vont se fournir au Canada, où les médicaments sont moins chers.

Rappelons que l'industrie pharmaceutique est un secteur où pour protéger les profits, l'entente est de mise. Il y a eu l'exemple du procès de Pretoria, mais surtout la découverte récente d'accords illicites entre trusts sur les prix des vitamines, et sur la métylglucamine ! Ce produit est entre autres utilisé par Aventis pour fabriquer le Glucantime, médicament contre la leishmaniose. Quand on demande à la direction si cette entente mafieuse sur la matière première a eu un impact sur le prix de vente, c'est là encore le silence radio ! Ces arrangements ont été découverts notamment par la commission européenne, pour une raison simple : à la différence des gangsters des années trente, les patrons de la pharmacie n'ont aucun code d'honneur, il leur arrive de se « balancer » les uns les autres, comme de simples voyous.

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

Cette stratégie nous mène tous dans le mur. Avec cette obsession du profit, l'industrie pharmaceutique se focalise sur quelques axes thérapeutiques dans le cadre des fusions, en espérant sortir un ou plusieurs «blockbusters» – ces médicaments, générant un milliard de dollars de chiffre d'affaires par an. Mais le brevet finit par tomber, entraînant les ventes dans sa chute, avec comme conséquence une nouvelle fusion, détruisant un peu plus les emplois, et les capacités de répondre aux besoins de santé.

Les effets de cette politique pour les populations du Sud sont édifiantes :

- Les médicaments sont trop chers, handicapant lourdement toute politique de santé publique ;
- Les maladies dites « non rentables » sont négligées : seul 1 % des 1393 molécules sorties entre 1975 et 1999 concernait les maladies spécifiques de ces pays ;
- Des traitements sont devenus tellement anciens, que des résistances se sont développées et qu'ils sont devenus inefficaces.

Mais cette mainmise du privé pose aussi de nombreuses questions dans les pays du Nord :

- Quel accès aux médicaments pour les populations les plus pauvres en constante augmentation ?
- Comment sont fixés les prix de ces médicaments, et quelle est l'implication de ce mode de fixation dans le financement de la protection sociale ?
- Comment un gouvernement peut-il élaborer une ambitieuse politique de santé si l'industrie pharmaceutique va à son encontre... ?

Je voudrais rappeler ici que, lorsque le précédent gouvernement français avait présenté son plan « Médicaments » (bien timide par ailleurs, mais avec quelques bonnes pistes), le PDG de Pfizer – premier groupe mondial – avait menacé de ne pas vendre en France les nouvelles molécules sorties de ses laboratoires.

## **Le médicament comme bien public : le choix politique de la solidarité**

Il est vraiment temps de mettre de la politique, au sens noble du terme, dans le médicament. Il ne s'agit pas d'imposer aux laboratoires de faire l'aumône, mais bien de donner à chaque être humain le droit à la santé et cela repose les questions du médicament pour qui, pour quoi faire, avec quelle industrie pharmaceutique ?

En fait, c'est bien de changements radicaux dont nous avons besoin. Il s'agit tout d'abord de débattre de la notion de propriété intellectuelle et de son appropriation. Les brevets dans le domaine de la santé ne sont qu'une confiscation pour des intérêts lucratifs. Le médicament n'est pas un produit comme les autres. Il faut le considérer comme partie intégrante de la politique de santé, comme un bien public, au même titre que l'eau, l'énergie... La recherche, la production et la distribution pharmaceutiques ne doivent donc pas être régies comme aujourd'hui, par quelques grands groupes privés. Il apparaît clairement la nécessité d'un réel contrôle public.

Cela ne veut pas dire automatiquement nationalisation. En effet, en France, dans les années quatre-vingt, nous avons connu une nationalisation de l'industrie pharmaceutique. Cela n'a pas empêché des scandales comme l'Oltipraz, traitement contre la bilharziose découvert chez Rhône-Poulenc, mais jamais produit. Cela n'a pas permis non plus la constitution d'un grand pôle pharmaceutique permettant de répondre aux besoins de la population. En fait, c'était une entreprise « publique », mais gérée selon les critères de rentabilité du privé. La nationalisation avait permis de sauver Rhône-Poulenc, mais jamais il n'y eut la moindre réflexion sur un autre type de gestion. Cela explique en partie le peu d'attachement des salariés au caractère « nationalisé » du groupe, au moment de la privatisation dans les années quatre-vingt-dix.

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

Ce contrôle public peut s'articuler autour d'une intervention sur la demande, d'une véritable transparence sur le médicament, d'une réelle politique du prix, et enfin de la place que doit occuper la puissance publique.

Tout d'abord, on peut évoquer la mise en place d'un véritable conseil du médicament, indépendant de Big Pharma, qui puisse établir des priorités, en lien avec les ONG et les associations de malades. Ce conseil pourrait être l'ébauche d'un dispositif démocratique associant très largement la population aux décisions. Les conclusions de ce conseil pourraient servir d'orientations tant à la recherche publique, qu'à l'industrie privée.

Comment? Les aides publiques pourraient être soumises à ces orientations; on peut imaginer également l'obligation pour les trusts d'utiliser une partie de leurs bénéfices à des recherches et des productions utiles et indispensables. D'autres pistes peuvent être évoquées: fonds alimenté par une taxe sur ces bénéfices, fonds de soutien à la recherche publique et à des initiatives de solidarité internationale.

On pourrait imaginer aussi un dispositif utilisant le fonds évoqué (ou d'autres ressources) pour assurer un financement à des programmes dans le cadre des priorités du conseil avec comme condition l'absence de brevet, faisant de ces molécules des biens publics.

Réfléchissons également à un mécanisme permettant que des molécules efficaces mais abandonnées ne restent pas dans les tiroirs des laboratoires. Ces produits sont souvent brevetés, il est temps de réveiller ces brevets dormants!

On peut penser enfin à la réquisition des unités de fabrication qui ne sont pas utilisées afin de produire les médicaments faisant défaut aujourd'hui. Le terme peut faire «peur», mais est-il plus effrayant que cette logique actuelle de l'industrie, faite de mépris pour les malades du Sud et de destruction de l'emploi au Nord? Cette réquisition serait bien évidemment la mesure ultime d'un ensemble législatif mêlant obligations et négociations.

## Coûts et prix, recherche et brevets : plus de transparence !

Il y a également une nécessité d'introduire beaucoup plus de transparence. Cela conduit à revendiquer la publication des avis contradictoires des experts sur chaque molécule. Cela suppose également l'obligation pour l'industrie de réaliser et financer des études comparatives avec les médicaments déjà existants, études contrôlées par le conseil décrit ci-dessus. En effet, une pratique trop répandue doit cesser les fameux « me-too » : un groupe découvre une nouvelle famille chimique active, tous les autres s'y engouffrent, ce qui amène sur le « marché » des produits très rarement innovants, mais souvent aussi chers voire plus chers. Chaque groupe pharmaceutique aimerait bien avoir son Viagra ! Troisième idée sur la transparence: il est temps de mettre en place une information et une formation indépendantes de l'industrie en direction des professionnels de la santé, mais aussi pour l'ensemble de la population. En effet, la quasi-totalité de la presse médicale et les séminaires de formation continue des médecins sont très largement financés par l'industrie. Une seule publication est en France réellement indépendante, *Prescrire*, véritable mine d'analyses et d'informations.

Ces pistes auraient des répercussions sur la politique des prix. On peut illustrer cette question des prix par la politique de l'ancien ministre de la Santé M. Mattei, où le médicament tient une place importante. Elle fait la promotion du générique en donnant en contrepartie de nouvelles libertés tarifaires à l'industrie; tout cela dans une volonté de réduire les dépenses, et de privatiser la protection sociale. Quand on regarde les études menées ailleurs en Europe, il y a, c'est vrai, une baisse de la dépense au début, mais ensuite c'est de nouveau l'envolée, car il y a une augmentation des volumes vendus et la mise sur le marché de nouvelles molécules très chères. Cela évite de se poser les vraies questions sur le financement de la protection

sociale, en particulier d'entreprendre les débats sur la lutte contre le chômage et sur une autre répartition des richesses. Ces dispositions répondent avant tout à une double revendication de l'industrie pharmaceutique: arriver à la liberté totale des prix et faire croire que le médicament est un produit comme les autres. Quand on voit l'explosion des prix des médicaments récemment «déremboursés», on se rend compte du danger d'un marché sans contrôle, et des conséquences pour l'accès aux soins.

Sur les prix, le conseil du médicament devrait examiner avec fermeté plusieurs questions pour élaborer une véritable politique:

- les abus sur les brevets,
- la place des génériques,
- l'utilité sociale et l'innovation réelle des nouveaux médicaments,
- un audit sur les coûts réels de la recherche.

On le sait, le privé ne travaillera pas dans tous les domaines. On le voit, par exemple, avec la disparition dans de nombreux groupes de la recherche sur les anti-infectieux, en totale contradiction avec les besoins grandissants des populations, en particulier dans les pays pauvres. Se pose donc la question de la puissance publique. Invoquer la puissance publique, est-ce ringard, dépassé? Deux exemples démontrent le contraire: la politique brésilienne évoquée dans cet ouvrage, et de manière opposée la menace faite à Bayer par les États-Unis dans l'affaire de l'anthrax disséminé dans le courrier. Ils avaient émis la possibilité de fabriquer des génériques si l'entreprise pharmaceutique ne baissait pas le prix du Cipro, molécule utilisée pour lutter contre cette maladie.

La constitution d'un grand pôle public de recherche et de production pharmaceutique est nécessaire, mais avec un mode de gestion qui ne soit pas calqué sur le privé; un pôle public géré par les chercheurs, les salariés, impliquant les syndicats, les associations de malades, les ONG, dans le cadre du débat

démocratique. Ce pôle public serait ouvert sur les collaborations internationales notamment avec le Sud (le transfert technologique étant, pour moi, l'avenir dans ces pays), ouvert également aux collaborations public/privé, mais sur une base d'égalité et non pas dans un cadre de domination du privé, comme c'est trop souvent le cas aujourd'hui.

Je suis syndicaliste, un syndicaliste qui croit beaucoup aux notions de pédagogie militante et de rapport de forces. Toutes ces propositions peuvent aider à l'action indispensable, mais cette réflexion se nourrira des luttes. Seules une mise en perspective et une confrontation avec le terrain permettront de transformer, d'améliorer, de compléter ces pistes de débats.

Certes, le syndicalisme n'est encore pas suffisamment impliqué sur ce dossier. Mais une conscience collective commence à se dessiner.

### **Pistes pour l'action**

Pour amplifier ce mouvement naissant, je donnerai quelques idées pour l'action :

- Dans nos entreprises, nous devons en faire un sujet de débats et d'initiatives, en montrant que cette logique de l'industrie pharmaceutique menace nos emplois.

- Il nous faut mener ensemble un travail théorique approfondi, afin de faire des propositions alternatives. Cela pourrait se réaliser au travers d'un réseau international de syndicalistes.

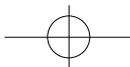
- Nous devons construire des convergences de lutte, entre assurés sociaux, associations de malades, salariés de Big Pharma, ONG, citoyens du Nord et du Sud, avec l'idée d'aller à la constitution d'un réseau très large regroupant tous ces acteurs.

Le médicament est véritablement un cas d'école de la mondialisation capitaliste.



LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

Nous avons face à nous Big Pharma qui licencie au Nord et laisse mourir au Sud, avec la complicité des gouvernants. Il est temps d'arrêter cette machine infernale, en en faisant un sujet majeur de débats et de luttes.



## 2. Un cas d'école: Aventis Elbeuf<sup>19</sup>

*François Teyssier<sup>20</sup>*

### **Le site d'Elbeuf et sa mise en difficulté**

Le site de production Aventis Rhône-Poulenc Biochimie a fabriqué depuis un demi-siècle un nombre important de molécules pour Rhône-Poulenc, puis Aventis (suite à la fusion Hoechst/Rhône-Poulenc). Financés par la production de vitamine B12 (plus de la moitié de la production mondiale), plusieurs antibiotiques ont successivement été synthétisés : pénicilline, streptomycine, spiramycine et aujourd'hui pyostacine.

Ces molécules sont produites par un mode original de fabrication: la fermentation. Des micro-organismes spécifiques (bactéries ou champignons, selon les cas), dont les souches sont sélectionnées, synthétisent ces molécules. Dans des fermenteurs de plusieurs dizaines de mètres cubes, les micro-organismes, en milieu aqueux et aéré, produisent ces molécules pour certaines fort complexes en se nourrissant des matières additionnées à ce milieu (sucres, mélasse, extraits végétaux, compléments d'oligo-éléments). Après cette phase de fermentation durant plusieurs jours, les opérations d'extraction et de purification vont isoler la molécule recherchée : quelques dizaines de kilogrammes à extraire d'une masse de plusieurs dizaines de tonnes. Ce mode de production permet d'éviter de nombreux risques inhérents aux synthèses chimiques traditionnelles.

Le site, qui emploie 330 salariés pour ces productions, jouit d'un environnement favorable: desserte des matières premières par voie ferrée et route, nappe phréatique pour l'approvisionne-

19. Ce texte a été écrit avant l'OPA de Sanofi-Synthelabo sur Aventis.

20. Secrétaire du syndicat SUD Chimie.

ment en eau de refroidissement, station d'épuration performante permettant de réduire les rejets en Seine.

Longtemps considéré par Rhône-Poulenc comme stratégique, ce site a rapidement perdu ce statut. Depuis 3 ans, Aventis a clairement annoncé sa volonté de le désinvestir en cherchant un repreneur.

Le recentrage d'Aventis sur les seuls produits pharmaceutiques, et parmi ces produits sur les médicaments les plus rentables financièrement, a conduit à cette situation. Elle est à mettre en parallèle avec les restructurations de la recherche d'Aventis et l'externalisation de la recherche sur les anti-infectieux, prélude à un désengagement probable.

Conquête scientifique remarquable, les antibiotiques ont été développés commercialement sans aucune précaution, pour des raisons essentiellement financières. Leur surutilisation, ou mal utilisation, ont conduit à la multiplication de souches résistantes. L'une des raisons de cette situation est la formidable pression que les laboratoires exercent sur les prescriptions des médecins. (Rappelons que les trusts utilisent deux fois plus de ressources pour commercialiser leurs produits que pour la recherche !). Face à cette situation, c'est la traditionnelle course en avant qui a été la stratégie des groupes pharmaceutiques, jusqu'à la situation actuelle où certaines formes de tuberculose ne peuvent plus être que difficilement traitées ; où certaines souches de staphylocoque doré sont devenues résistantes à tout antibiotique ! Comment réagissent les laboratoires pharmaceutiques ? Ayant calculé que les efforts de recherche sur les antibiotiques seront dorénavant difficilement rentabilisés, et se désintéressant donc de cette classe thérapeutique, ils laissent à la société le soin de trouver une solution à la situation préoccupante qu'ils ont contribué à créer... C'est le cercle vertueux de ces gens-là : privatisation des bénéfices, socialisation des pertes.

## VÉCU ET ENGAGEMENTS DES SYNDICATS DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

En 3 ans, les recherches d'un repreneur pour les activités biochimiques d'Elbeuf n'ont pas abouti. Ce bilan négatif nous fait craindre le pire: c'est la pérennité même des activités qui est en jeu à court terme, et bien sûr nos emplois.

### Du local au mondial

Cette orientation néfaste nous a été annoncée alors que 39 trusts de l'industrie pharmaceutique attaquaient le gouvernement sud-africain dans le procès de Pretoria.

D'emblée, nous avons établi la relation avec la situation de notre site: il est inadmissible qu'un trust tel qu'Aventis laisse tomber ce site dont la production a largement contribué à son développement, tout autant qu'il est inadmissible que ce genre de trusts tente de maintenir des situations monopolistiques au détriment de la santé des populations considérées comme non solvables.

Notre Comité d'entreprise a adopté, à l'unanimité, une délibération exigeant d'Aventis son retrait du procès de Pretoria, dans l'esprit de la mobilisation animée notamment par Médecins sans frontières.

Au-delà de cette prise de position, nous avons voulu mettre en évidence cette terrible contradiction: d'un côté un site de production délaissé (comme tant d'autres) dans la tourmente des fusions et restructurations, de l'autre des besoins en médicaments non satisfaits conduisant, selon les chiffres de l'OMS, à 18 millions de décès chaque année. Décès qui pourraient être évités si l'on mettait enfin l'économie au service des êtres humains.

*Nous avons donc pris l'initiative d'une pétition constatant la terrible contradiction et demandant :*

– que l'attribution des aides publiques aux entreprises soit conditionnée à l'utilité sociale des projets de recherche et de développement;

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

- l'obligation pour les trusts pharmaceutiques de reverser une partie de leurs bénéfices pour financer des projets de recherche et de développement de médicaments utiles et indispensables;
- la réquisition des unités de productions sous-utilisées ou délaissées.

Cette pétition, diffusée notamment via les réseaux Attac, a recueilli des milliers de signatures provenant de plusieurs dizaines de pays et de surcroît de nombreux messages d'encouragement.

Les représentants du ministère de l'Industrie que nous avons rencontrés considèrent que la réquisition est impensable: «il n'y a qu'en temps de guerre» que de telles mesures peuvent être envisagées. Ce à quoi nous répondons qu'une situation qui conduit au décès de 18 millions d'êtres humains est une situation de guerre, cette guerre n'est pas militaire, elle est économique; elle est tout aussi inhumaine. Les trusts de l'industrie pharmaceutique détruisent les emplois et les capacités de production au Nord et laissent mourir au Sud, dans l'unique but d'accroître encore plus leurs profits.

Nous ne pouvons l'accepter. Nous ne pouvons accepter que les laboratoires focalisent la recherche et les investissements sur les seules classes thérapeutiques les plus rentables, se limitant à répondre aux besoins du marché nord-américain (50 % du marché mondial) pour répondre à des déséquilibres de santé essentiellement provoqués par un certain mode de vie: somnifères et calmants, antidépresseurs, traitements de l'hypertension ou des maladies gastriques.

C'est pourquoi nous estimons que le médicament ne peut être considéré en tant que marchandise: les lois du marché (dans ce domaine, au moins) ne permettent pas de répondre aux besoins réels et d'assurer un véritable progrès social. C'est le pouvoir de décision des trusts sur leurs orientations stratégiques qui doit être mis en cause. Si l'on estime le moment venu (enfin!) de répondre aux véritables problèmes de santé, d'autres

modes de décision, basés sur la démocratie et le débat, doivent être élaborés et imposés<sup>21</sup>.

Dans cet esprit, nous considérons que les médicaments, parce qu'ils répondent à un besoin vital, doivent être considérés comme propriété collective de l'ensemble de l'humanité, de la même façon que l'eau ou l'air. Les sources potentielles de médicaments, notamment les nombreuses zones naturelles, terrestres et maritimes, dont l'inventaire est loin d'être terminé, doivent être protégées. Dans chaque hectare détruit de la forêt brésilienne peut se dissimuler une espèce animale ou végétale qui synthétise une molécule susceptible de soigner telle ou telle maladie. De même, en aucun cas, on ne peut accepter l'appropriation privée de tel ou tel principe pharmaceutique élaboré par des êtres vivants. Enfin, nous constatons que s'il est nécessaire de fabriquer des quantités importantes de nombreux médicaments pour traiter les infections bactériennes ou parasitaires sévissant dans les zones tropicales, il importe, en premier lieu, que les conditions de vie y soient améliorées: le droit à la santé, c'est avant tout le droit de ne pas tomber malade; le droit à un logement sain, l'accès à une eau potable, l'évacuation des eaux usées par des réseaux d'égouts devraient figurer parmi les priorités d'un véritable projet de santé à l'échelle mondiale. Car, à l'heure de la mondialisation des échanges plus encore que dans le passé, on sait que les frontières ne sont pas étanches, encore moins aux bactéries et autres fléaux.

## Contre-propositions syndicales

Aujourd'hui nous continuons à exposer inlassablement qu'Aventis est responsable de la situation et qu'une **solution alternative**, permettant de préserver l'appareil de production

21. Ce point de vue est exposé dans une brochure, *Le médicament n'est pas une marchandise* (1,50 €, à commander auprès de Sud Chimie par courrier électronique: sud.rpb@wanadoo.fr).

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

(et les 300 emplois qui lui sont liés) doit être imposée, dans la perspective de développer des productions utiles.

Nous avons demandé aux services de l'État de contribuer à l'élaboration de cette solution par les études que leurs services ont les moyens de mener : définition des besoins, état des recherches...

Nous sommes un maillon de la chaîne de production: nous pouvons, nous savons industrialiser, fabriquer des principes actifs.

Nous ne doutons pas que nombre de laboratoires sont capables de formuler les produits fabriqués. Quant à la distribution, elle ne doit pas poser de problèmes fondamentaux dès lors que les molécules fabriquées correspondent à un véritable besoin.

Les besoins sont connus et répertoriés tant par les organismes officiels que par les organisations non gouvernementales agissant sur le terrain de la santé. Car, contrairement à l'industrie pharmaceutique, nous considérons qu'il n'est pas de notre rôle de producteurs de définir quels sont les besoins, mais au contraire de répondre aux attentes manifestées par la société.

La principale alliance à contracter l'est avec la recherche: il s'agit de définir quelles sont les molécules susceptibles d'être produites par les modes de productions que nous maîtrisons, et correspondant aux besoins définis ci-dessus.

Ainsi donc, ce projet alternatif repose sur la mise en commun des connaissances et des compétences des différents acteurs de la chaîne; il s'agit de mettre en œuvre de véritables synergies.

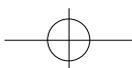
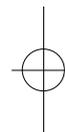
Pour ce faire, nous mettons en place un groupe de travail chargé d'étudier l'ensemble des éléments du projet: outre les études de faisabilité technique et économique et les études de financement, ce groupe a comme priorité d'établir tous les liens utiles avec les différents acteurs potentiels d'une telle chaîne de production, en premier lieu pour déterminer quelles sont les molécules utiles dont nous sommes en mesure d'assurer la pro-



VÉCU ET ENGAGEMENTS DES SYNDICATS DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

duction. Toutes les bonnes volontés seront accueillies pour nous permettre de développer et de mener à bien ce projet. Il ne pourra reposer, pour aboutir positivement, que sur l'engagement collectif de l'ensemble des salariés de notre site de production.

Pour Victor Hugo, la réalité d'aujourd'hui, ce sont les utopies d'hier. Nous pensons également que la réalité de demain, ce sont les utopies d'aujourd'hui.



### 3. Contre le sabordage de la recherche, le projet Nereïs <sup>22</sup>

*Philippe Rivière*

Élaboré par les syndicats d'Aventis qui s'opposaient à la fermeture d'un pan entier de la recherche européenne anti-infectieuse, le projet Nereïs est un exemple passionnant de résistance. Il s'est situé délibérément dans une perspective de bien public à l'échelle mondiale, sans oublier les échelons intermédiaires (local, régional, national et européen).

La cheminée de la Société française de pénicilline (Sofrapen) – créée après la Libération avec l'argent du plan Marshall, puis rachetée par Gaston Roussel, le fondateur du groupe Roussel-Uclaf (RU) – se dresse toujours au-dessus des 12 hectares du site d'Aventis Pharma à Romainville, aux portes de Paris. En dépit de ses soixante-dix années d'histoire dans la recherche pharmaceutique, le site ne présente aucun des symptômes d'une industrie en décrépitude. Certains locaux sont flambants neufs : un bâtiment « Alexander Fleming » répond aux exigences de confinement biologique de niveau L3 (permettant la manipulation d'agents hautement pathogènes à l'échelon individuel) ; les laboratoires regorgent de matériel informatique, spectroscopes de masse et robots de précision.

Aventis Pharma, résultat de l'absorption de RU par l'allemand Hoechst, puis de la fusion de ce dernier avec Rhône-Poulenc, «est numéro un de la pharmacie en France», et, avec «15,6 milliards d'euros de vente dans le monde», connaît «au minimum 10% de croissance moyenne par an», comme le proclame son site Internet <sup>23</sup>. La firme, encore très récemment, a

22. Cet exemple est tiré d'un article de Philippe Rivière, journaliste au *Monde diplomatique* («Contre-projet à Romainville», 03/2003). Depuis cet article, le groupe Aventis a été acheté par Sanofi-Synthelabo, avec l'appui du gouvernement français, sans que les enjeux de recherche et d'intérêt public aient été le moins du monde pris en compte.

23. [www.aventis.com](http://www.aventis.com).

## VÉCU ET ENGAGEMENTS DES SYNDICATS DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

continué d'investir à Romainville, où le Ketek, un nouvel antibiotique en cours de mise sur le marché, fut découvert et développé.

Pourtant, en 1998, la direction décide de vendre le site. Puis, face à la mobilisation de ses salariés, promet de l'intégrer dans un centre parisien. «En réalité, affirme Thierry Bodin, statisticien et élu CGT, il s'agit d'une désintégration. Sur les huit axes de recherche présents à Romainville, il n'en restera plus qu'un – les anti-infectieux. La recherche sur les maladies de l'os a déjà été externalisée vers ProSkelia, une filiale de type *start-up*, laquelle n'a repris que 80 chercheurs, soit à peine 50 % du potentiel. D'autres axes ont déjà été abandonnés ou transférés.»

Inquiets pour leur emploi (plus de 600 postes de chercheurs seraient supprimés au total en France), et furieux de constater la mise au rebut d'«un outil de recherche et développement performant, et d'une mémoire irremplaçable», les salariés ont travaillé à un contre-projet, dénommé Nereïs<sup>24</sup>. Leur constat : la recherche pharmaceutique telle qu'elle est menée ne répond aux impératifs de santé publique ni au Sud, ni au Nord – les maladies nosocomiales (contractées à l'hôpital) dues à des germes multirésistants se développent de manière tragique. Il y a trois ans, un projet de recherche sur un antifongique – qui aurait pu traiter certaines candidoses<sup>25</sup> – a ainsi été abandonné par Aventis quand son potentiel commercial a été évalué à «seulement» 400 millions de dollars – il en fallait 500 pour obtenir la bénédiction des analystes.

24. [www.nereis-sante.com](http://www.nereis-sante.com).

25. Candidose ou muguet: une prolifération de champignons dans la bouche et la gorge, qui peut toucher les nourrissons et les malades immunodéprimés (cancer, sida).

## Logique de santé publique

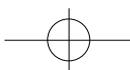
En rompant avec la logique purement financière pour entrer dans une approche de santé publique, Nereis pourrait mettre ses compétences dans toute la chaîne du développement du médicament – de l'amont (recherche d'effets biologiques) à l'aval (tests de toxicité, essais cliniques, demande d'autorisation de mise sur le marché) – à la disposition d'institutions publiques comme d'organismes privés. Comme le souligne Jean-Baptiste Léauté, responsable des relations industrielles à l'université Paris-VII, «les organismes publics de recherche possèdent des mines d'or. Ils disposent des deux pièces du puzzle: les «cibles» biologiques, côté Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), et d'importantes collections de molécules – les chimiothèques –, côté Centre national de la recherche scientifique (CNRS). Mais ils n'ont pas les moyens de les mettre en correspondance – ni vocation à le faire. La recherche de molécules actives implique des procédés industriels de criblage à haut débit, permettant de tester quelque 100000 molécules par jour – précisément ce qui existe à Romainville.» Le docteur Léauté plaide donc, en qualité d'expert auprès du conseil régional d'Île-de-France, pour que ce site devienne une structure mixte, associant public et privé dans une «pharmacopole régionale, capable de développer certains types de molécules: antibiotiques, anticancéreux, antifongiques, antiparasitaires – en partenariat avec l'OMS ou Médecins sans frontières – traitant les maladies infectieuses tropicales et des maladies rares. Mais offrant également des surfaces de laboratoires à des *start-up* et à des PME de biotechnologie». Le site s'investirait aussi, avec une école d'ingénieurs, dans la formation aux métiers du médicament.

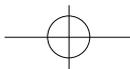
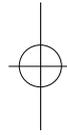
Premières ébauches d'une autre conception de l'industrie pharmaceutique, tournée en priorité vers la santé publique, les projets – convergents – portés par les salariés et par les scientifiques auraient aussi le mérite de ne pas abandonner aux États-



VÉCU ET ENGAGEMENTS DES SYNDICATS DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

Unis le monopole de la recherche sur les anti-infectieux, alors que la santé et l'accès aux soins constituent désormais, selon l'intersyndicale d'Aventis-Romainville, «une arme aussi déterminante que celle de la défense».





## Batailles d'experts et joutes internationales : la production des génériques et l'OMC

Gaëlle Krikorian<sup>26</sup>

Le tempo du mouvement social n'est pas le même que celui des stratégies des multinationales et des négociateurs des pays qui les abritent. Longtemps, des enceintes comme le Gatt (devenu OMC) ont été hors d'atteinte des revendications des organisations de solidarité, tandis que les pays du Sud y étaient marginalisés. Le microcosme de Davos – les décideurs des pays de l'OCDE – y avait le monopole de l'expertise. Même si sa domination s'y déploie encore, la contestation est de plus en plus vive. C'est encore le sida qui a été le détonateur de l'irruption d'une expertise contestataire, autour du problème de l'accès aux médicaments.

Dans de nombreux pays, une majorité de malades ne peut disposer de traitements, d'examens médicaux, de vaccins ou d'autres produits de santé, faute de pouvoir en payer le prix. De leur côté, les médecins se trouvent fréquemment démunis face à leurs patients, incapables de les maintenir en vie, sachant pertinemment que les ordonnances qu'ils rédigent resteront lettre morte.

La gravité de l'épidémie de sida a donné une visibilité particulière à la disparité d'accès aux médicaments entre les pays

26. Gaëlle Krikorian est militante d'Act Up-Paris, doctorante en sociologie, consultante en matière de propriété intellectuelle et d'accès aux médicaments.

riches et les pays pauvres. À partir de 1996, les trithérapies, associations de trois molécules antirétrovirales, permettent de maintenir les personnes séropositives en bonne santé et de ralentir la progression de la maladie. Tandis que la mortalité chute drastiquement dans les pays riches, l'épidémie continue de progresser dans les pays pauvres, et les trithérapies, dont le prix moyen est rarement inférieur à 10000 euros par patient et par an, restent inaccessibles pour plus de 90% des malades dans le monde.

Parce qu'ils ont permis aux malades de sortir d'un contexte de fatalité absolue et parce qu'ils ont pour cette raison radicalement modifié les représentations de la maladie, les antirétroviraux ont donné une acuité particulière aux inégalités face à l'accès aux traitements dans le monde. Cependant, à l'instar des antirétroviraux, de nombreux autres traitements essentiels à la prise en charge médicale des malades du sida sont tout aussi inaccessibles en raison de leur prix (nizoral, fluconazol, acyclovir, etc.). Il en va de même de produits nécessaires au dépistage ou aux examens biologiques, comme de médicaments utiles pour lutter contre de nombreuses autres pathologies (cancer, asthme, hépatites, diabète, etc.). Des millions de personnes meurent ainsi chaque année faute de pouvoir disposer de comprimés, de gélules ou d'injections qui existent pourtant bel et bien.

### **Contester le coût des médicaments**

Paradoxalement, alors que l'écart en termes d'accès aux médicaments se creuse entre riches et pauvres, les produits pharmaceutiques sont de plus en plus chers.

De fait, le prix des médicaments est établi, non pas à partir des coûts de recherche, de développement et de fabrication, mais en fonction de la capacité de paiement du marché le plus important, le plus rentable et plus solvable, le marché améri-

## BATAILLES D'EXPERTS ET JOUTES INTERNATIONALES...

cain – qui représentait 42% du marché mondial en 2001 et sur lequel les prix sont libres. Ce prix, une fois fixé aux États-Unis, sert de base de négociation pour établir ceux des autres pays industrialisés, et par extension ceux des pays en développement. Ainsi, l'augmentation de 16% du coût des médicaments que l'on observe entre 2000 et 2001 en Amérique du Nord traduit une tendance générale que l'on retrouve dans tous les pays du monde. Lorsqu'un médicament permet de maintenir en vie un malade – comme c'est le cas avec les antirétroviraux –, lorsqu'il permet de réduire les hospitalisations, lorsqu'il n'existe aucune alternative ou que les traitements existants sont peu efficaces – comme c'est le cas pour la sclérose en plaque, la maladie d'Alzheimer ou certains cancers –, les industriels sont en position d'exiger des prix extrêmement élevés. Ainsi, par exemple, malgré un intérêt thérapeutique limité, le laboratoire Roche a pu obtenir en 2003 en France un prix mensuel d'environ 1500 euros par mois pour le T20, un antirétroviral utilisé contre le sida. Autre exemple, fin 2003, les laboratoires Abbott imposaient aux États-Unis une augmentation de 400% du prix du Norvir®, un inhibiteur de protéase utilisé en association avec des trithérapies pour accroître leur action. Le prix passe ainsi de 54 dollars par mois et par patient à 265 dollars: un «ajustement» justifié selon Abbott par la nécessité de «réfléter de façon plus marquée l'importance du traitement et le coût des améliorations de sa formulation». Cette inflation des prix des médicaments se retrouve dans tous les pays tandis que les variations d'un pays à l'autre ont tendance à se réduire. La logique de prix unique s'instaure en dépit des sempiternelles déclarations et tractations sur la mise en place d'un système de prix différenciés qui permettrait aux pays du Sud de payer les médicaments à des prix beaucoup moins élevés que ceux pratiqués au Nord et adaptés à leur capacité de paiement.

L'une des principales causes de ces prix élevés est l'existence de monopoles conférés par les brevets.

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

Ainsi, à côté de la bataille médiatique menée par les ONG pour dénoncer l'attitude des laboratoires pharmaceutiques dans les pays pauvres et le refus des bailleurs de fonds internationaux de financer l'accès aux médicaments, s'est engagée une autre bataille, une bataille d'«experts», dans le domaine de la propriété intellectuelle.

De fait, la lutte pour l'accès aux traitements dans les pays en développement a amené les malades et ceux qui les soutiennent à poser ou reposer plusieurs questions clefs. Pourquoi le prix des médicaments serait-il une fatalité dans les pays pauvres, alors que l'ensemble de ces pays ne représente que 5 % du marché pharmaceutique mondial et que les industriels du médicament dégagent des bénéfices colossaux sur les marchés occidentaux? En quoi l'existence de prix différenciés mettrait-elle en péril la découverte de nouveaux produits? Quel est le coût de la mise au point et de la fabrication d'un médicament? Comment accéder enfin à des données fiables et lever l'opacité totale qui règne en la matière? Autant de questions qui ont assez rapidement entraîné le débat autour de l'accès aux médicaments sur le terrain de la législation internationale en matière de propriété intellectuelle.

Le prix des traitements est-il immuable? C'est la question posée, à partir de 1997, par une poignée d'ONG et de malades qui revendiquent l'accès aux antirétroviraux dans les pays en développement. La réponse apportée par les deux principaux bailleurs de fonds de la lutte contre le sida au niveau international, la Banque mondiale et l'Union européenne, est alors simple: le prix des médicaments ne peut être radicalement réduit pour un ensemble de raisons; dès lors la réalité économique ne permet pas de penser l'accès aux antirétroviraux dans les pays pauvres. L'accès aux médicaments est une utopie, le prix du médicament une réalité intangible. Le dogme est tout-puissant.

À partir de 1997 pourtant, alors que le prix d'une trithérapie est de plus de 10000 dollars par patient et par an, des versions

## BATAILLES D'EXPERTS ET JOUTES INTERNATIONALES...

génériques d'antirétroviraux commencent à être fabriquées par des producteurs gouvernementaux (au Brésil, en Thaïlande) ou par des compagnies privées (en Inde). Ces génériques sont des « copies » de tel ou tel médicament breveté dans les pays riches et commercialisé par les multinationales. Ils sont interchangeables avec celui-ci, contiennent le même principe actif et ont le même effet sur l'organisme et le virus. Cependant, leurs prix sont nettement inférieurs et à mesure que les offres en génériques se multiplient, ils continuent de chuter. Des antirétroviraux sont ainsi vendus à des prix 80, 90, 95% inférieurs à ceux proposés par les multinationales. Aujourd'hui, nous trouvons des trithérapies génériques pour environ 140 \$ par an et par patient.

La production et l'utilisation de génériques d'antirétroviraux a eu un impact majeur sur le débat sur l'accès aux médicaments. Et l'émergence de ces génériques a prouvé deux choses. D'une part, les médicaments peuvent être produits et vendus à des prix très largement inférieurs à ce que les multinationales ont toujours prétendu pouvoir concéder. D'autre part, l'absence de monopole et la concurrence entre producteurs sont un mécanisme beaucoup plus efficace que la simple négociation avec les laboratoires pour obtenir une baisse drastique et durable des prix des produits de santé. Pourtant, depuis la création de l'Organisation mondiale du Commerce en 1994, le système de monopole s'impose comme un standard international. Ce qui pourrait signer la fin de la production de copies de médicaments dans les pays en développement.

### L'ère des brevets et des monopoles

Dès les années cinquante, les États-Unis militent pour le respect du droit des brevets. La plupart des autres pays occidentaux se montrent alors réticents. Tous ont en effet développé

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

leurs industries pharmaceutiques alors qu'il n'existait pas de législation protégeant les médicaments. En France, la brevetabilité du médicament est finalement imposée légalement en 1968. En Suisse, il faut attendre 1978 pour que soit mise en place une telle réglementation. Et, de fait, ça n'est qu'à partir de la fin des années soixante-dix que l'action du lobby industriel pour la mise en place d'un cadre juridique international fixant un niveau minimum de protection de la propriété intellectuelle s'intensifie. Dans les années qui suivent, les compagnies pharmaceutiques impulsent une forte pression auprès des pays industrialisés pour que la protection de la propriété intellectuelle soit intégrée aux négociations du Cycle d'Uruguay (Uruguay Round).

En 1994, ces négociations s'achèvent avec la signature des accords de Marrakech instituant l'Organisation mondiale du Commerce (OMC), ainsi qu'un certain nombre de traités qui lui sont annexés. Parmi ceux-ci, l'accord sur les Adpic (Aspects des droits de la propriété intellectuelle liés au commerce) établit des règles standard minimales en matière de propriété intellectuelle que l'ensemble des membres de l'OMC sont tenus de respecter. La protection de la propriété intellectuelle s'applique à toutes les inventions et désormais, entre autres, aux produits de santé. La principale nouveauté imposée aux États dans le domaine pharmaceutique – par rapport aux conventions multilatérales préexistantes – est l'obligation d'accorder une protection par le brevet aux inventions de produits pharmaceutiques et aux inventions de procédés de fabrication, ce pour une durée d'au moins vingt ans.

L'ensemble des États membres de l'OMC se doivent de mettre ses règles en application et de les intégrer à leur législation nationale selon un calendrier qui varie en fonction de leur niveau de développement. Les plus riches doivent être en conformité avec l'OMC dès 1995, pour la plupart ils le sont déjà. Les plus pauvres bénéficient d'une période de transition jusqu'en 2016.

## BATAILLES D'EXPERTS ET JOUTES INTERNATIONALES...

Par le système des brevets, l'État attribue un droit exclusif au possesseur d'une invention. Le détenteur du brevet dispose ainsi d'un monopole pour utiliser, produire, vendre, importer un produit breveté. Pendant une période de vingt ans, les produits pharmaceutiques sont protégés contre la concurrence. Au terme du brevet, le produit entre dans le domaine public et peut alors être copié, produit et commercialisé par d'autres compagnies publiques ou privées.

L'objectif affiché lors de la signature des accords de Marrakech est d'assurer, par ce système, le retour sur investissement des compagnies afin d'alimenter la recherche et le développement de nouveaux médicaments et de garantir ainsi l'innovation pharmaceutique. C'est le paradigme dans lequel nous vivons depuis: la vente des médicaments aujourd'hui assure la découverte des médicaments de demain.

Avant 1994, chaque pays était libre d'agir à sa guise en matière de protection de la propriété intellectuelle dans le domaine pharmaceutique. Certains États délivraient des brevets pour des inventions de produits et de procédés de fabrication. D'autres n'en accordaient qu'aux inventions de produits, permettant à des industries locales de développer leurs propres procédés de fabrication. D'autres encore n'accordaient aucune forme de protection pour les inventions pharmaceutiques. C'est ainsi qu'une industrie du médicament a pu se développer dans différents pays non occidentaux: en Inde, au Brésil, en Chine, en Égypte, au Maroc, etc. Ces compagnies publiques ou privées, selon les cas, étaient alors libres de copier – et ainsi acquérir la technologie par « ingénierie inverse<sup>27</sup> » –, de fabriquer et vendre des médicaments protégés dans d'autres pays. Avec les accords de Marrakech, fin 1994, tous vont devoir à brève échéance appliquer la protection de la propriété intellectuelle et renoncer aux copies de médicaments. Le laboratoire qui détient le brevet d'un traitement sera en situation de monopole

27. Procédé qui consiste à découvrir le processus de fabrication d'un médicament à partir du produit fini.

pendant vingt ans; la compétition des génériques est sérieusement mise à mal.

### **Propriété intellectuelle, déclin de l'innovation, montée des génériques**

La propriété intellectuelle représente un enjeu d'autant plus fort pour les grandes compagnies que l'innovation pharmaceutique ne cesse de ralentir depuis trente ans. À titre d'exemple, en 1996, seuls 53 médicaments nouveaux ont été commercialisés sur le marché américain, en 2002, on en compte 39, et 21 en 2003. Dans les années soixante-dix, une centaine de nouvelles molécules était mise sur le marché chaque année. En outre, la définition de ce qu'est un «nouveau» traitement est de plus en plus floue et nombre de médicaments présentés comme «nouveaux» sont en réalité très similaires à des traitements déjà existants.

Ainsi, il est de plus en plus essentiel pour les multinationales de freiner l'industrie de la copie afin de limiter les pertes financières sur les médicaments tombés dans le domaine public. Certes l'industrie du générique réalise des bénéfices très nettement inférieurs à ceux de l'industrie du médicament de marque. Mais sa croissance s'accélère. Et si les multinationales ne parviennent pas à inventer de nouveaux produits, proportionnellement la part occupée par l'industrie de la copie ne cessera de croître. Ces dernières années, les laboratoires spécialisés sur les génériques ont enregistré une forte croissance de leur activité: Teva (+35 %), Mylan (+31 %), Watson (+29,8 %) <sup>28</sup>. Aux États-Unis, la part occupée par les génériques sur le marché est passée de 20% à 50% en vingt ans <sup>29</sup>. En outre, il existe déjà

28. Secafi Alpha, Expertise comptable, Analyse financière, Diagnostic stratégique, Groupe ALPHA, *Le secteur de la Pharmacie en 2001*.

29. Philippe Pignarre, *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, La Découverte, Paris, 2003.

## BATAILLES D'EXPERTS ET JOUTES INTERNATIONALES...

des versions génériques pour la majorité des grandes pathologies qui sévissent dans les pays riches, maladies cardiovasculaires, diabète, cholestérol, maladies infectieuses, troubles psychiatriques. Les brevets des *blockbusters* (médicaments dont le chiffre d'affaires annuel est supérieur à 1 milliard d'euros) arrivent à échéance sans qu'émergent de nouveaux médicaments aussi rentables. Les experts estiment que l'expiration de brevets de nombreux produits-phare entre 2001 et 2005 ouvrira la porte à une concurrence par les génériques sur 40 à 55 milliards de dollars de ventes annuelles. L'industrie du générique représente donc une menace très lourde – quand bien même le marché du médicament continue de s'accroître dans les pays riches.

Par ailleurs, au vu de la pression financière croissante que représente l'achat de médicaments pour les États, l'impact manifeste de l'arrivée de versions génériques sur le prix des médicaments plaide en faveur de leur plus grande utilisation. En Australie, l'introduction d'une version générique de l'omeprazole, utilisé contre les ulcères, a entraîné une réduction de plus de 40% du prix du Losec® en deux ans. Aux États-Unis, l'introduction de génériques peut faire chuter de 80 % les ventes d'un produit dès la première année<sup>30</sup>. Dans les pays en développement, l'émergence de copies indiennes d'antirétroviraux contre le sida a fait chuter les prix de certaines molécules de 99 %.

À l'inverse, l'imposition d'un monopole entraîne l'augmentation du prix des médicaments. L'OMS et de nombreuses ONG ont d'ailleurs tiré la sonnette d'alarme à partir de 1999: l'application des accords de l'OMC sur la propriété intellectuelle va entraîner une forte réduction de l'accès aux médicaments dans de nombreux pays pauvres, alors qu'il y est déjà nettement insuffisant. Une étude réalisée par un économiste du

30. *Ibidem.*

FMI a par exemple montré que la mise en application de l'accord Adpic en Argentine entraînera une augmentation de plus de 70% des prix des médicaments et parallèlement une baisse de 50% de la consommation des produits pour lesquels un monopole se met en place. C'est là l'origine de la bataille menée depuis plus de cinq ans à l'OMC par les pays en développement pour obtenir le droit de fabriquer, importer ou exporter des copies de médicaments.

Or, ceci va directement à l'encontre de la politique défendue par les compagnies pharmaceutiques. D'une part, le prix des génériques en Inde, en Thaïlande ou au Brésil lève une partie de l'opacité sur les coûts de fabrication et l'établissement du prix du médicament<sup>31</sup>, là où les multinationales ont tout fait pour garder le secret. D'autre part, permettre aux pays pauvres de déroger à la règle, c'est revenir sur le principe sacro-saint du monopole et ouvrir une brèche dans laquelle d'autres pourraient vouloir se glisser. Accepter que les pays en développement mettent en œuvre un système parallèle pourrait aussi laisser entendre qu'une alternative au système des brevets, tel que les compagnies le conçoivent, est possible. C'est pourquoi, si le continent africain ne représente que 1,3% des échanges pharmaceutiques mondiaux et contribue bien peu aux bénéfices des multinationales, les dirigeants des compagnies pharmaceutiques n'hésitent pas à affirmer que la moindre atteinte au système des brevets dans les pays en développement aurait des conséquences désastreuses pour la recherche pharmaceutique et l'ensemble de la planète.

Le bien fondé des tels arguments est de plus en plus battu en brèche.

Par ailleurs, les lacunes en matière de recherche pharmaceutique sont mieux mises en évidence et davantage décriées. Avec

---

31. Les informations fournies par les producteurs gouvernementaux de génériques ont également permis de mettre en évidence que le coût de la matière première représente de l'ordre de 80% du prix d'un médicaments vendu à prix coûtant.

## BATAILLES D'EXPERTS ET JOUTES INTERNATIONALES...

la décolonisation, la recherche sur les maladies tropicales endémiques dans les pays pauvres est peu à peu abandonnée au profit de nouveaux axes de recherche: les maladies cardio-vasculaires, les maladies neuro-dégénératives, les diabètes, les cancers et les maladies gastro-entérologiques, l'ostéoporose, l'hypertension – des pathologies liées au vieillissement de la population, dont la prévalence augmente dans les pays occidentaux, et qui sont susceptibles d'offrir de plus importants retours sur investissement<sup>32</sup>. Les pays pauvres font les frais de cette logique<sup>33</sup>, mais ils ne sont pas les seuls. Au Nord, l'écart se creuse également entre les besoins de la population et les orientations données à la recherche, très largement tributaire de l'industrie privée et des exigences de rentabilité. L'amélioration des galéniques, des posologies, la réduction des effets secondaires – autant d'aspects liés à la qualité de vie des malades –, tout comme la mise au point de traitements pour des pathologies à très faible prévalence dans les pays occidentaux, ne présentent qu'un intérêt mineur pour les industriels, souvent insuffisant pour les motiver à investir.

Dans le même temps, les enquêtes menées par des experts de la société civile ont montré que l'apport de financements publics à la recherche pharmaceutique était beaucoup plus courant qu'il n'y paraissait. Il est aussi fréquent que les industriels omettent de mentionner que la découverte d'un médicament est le fruit d'institutions publiques qui en ont par la suite cédé la commercialisation à une compagnie privée – pratique assez fréquente aux États-Unis. Les coûts vertigineux de la recherche, qui constituent l'argument majeur invoqué pour justifier les prix élevés des nouveaux médicaments par les industriels, sont donc remis en perspective. Et, de fil en aiguille, la bataille pour les

32. Les gains conséquents issus de produits contre le cholestérol ou la dépression ont fait la preuve de l'efficacité de ce type de stratégies.

33. Un récent rapport de l'OMS indique que, sur 1223 nouvelles molécules commercialisées entre 1975 et 1997, moins de 1% concernaient des pathologies tropicales.

génériques ouvre un large débat sur le secteur pharmaceutique, le fonctionnement de la recherche et ses objectifs, la répartition des rôles entre secteur public et secteur privé.

### **Doha, une première brèche fortement contestée dans la logique de monopole**

En novembre 2001, à l'initiative d'un groupe de pays du Sud et suite à une intense mobilisation internationale, l'Organisation mondiale du Commerce se prononce lors de la conférence ministérielle de Doha à propos de l'impact des réglementations en matière de propriété intellectuelle sur l'accès aux médicaments. L'OMC, dans sa déclaration «Adpic et santé publique», reconnaît ainsi le droit des pays à passer outre les droits de propriété intellectuelle des compagnies pharmaceutiques afin de promouvoir la santé publique et d'accroître l'accès aux médicaments pour tous. Elle rappelle que «chaque Membre [de l'OMC] a le droit d'accorder une licence obligatoire et la liberté de déterminer les motifs de l'octroi de cette licence». Grâce au recours aux «licences obligatoires<sup>34</sup>», un État peut ainsi, sous certaines conditions, importer, produire ou faire produire des copies de médicaments, pourtant brevetés sur son territoire, sans le consentement du détenteur du brevet. Une brèche semble alors s'ouvrir pour permettre de développer l'accès aux produits de santé dans les pays en développement.

34. La licence obligatoire est une disposition prévue par l'accord Adpic qui permet de produire ou d'importer des copies d'un produit de santé sans obtenir le consentement du détenteur du brevet, mais moyennant une compensation financière. Les gouvernements comme les entreprises privées peuvent faire une demande de licence obligatoire. On parle de licence «obligatoire» car il s'agit de licences prononcées par l'autorité judiciaire ou administrative compétente du pays. Cette disposition de l'accord Adpic (art. 31) est couramment utilisée par les pays du Nord dans des domaines autres que la santé.

## BATAILLES D'EXPERTS ET JOUTES INTERNATIONALES...

Doha représente une victoire symbolique indéniable. Pour la première fois, l'OMC reconnaît que les enjeux de santé publique doivent primer sur les intérêts commerciaux. Jusqu'alors, le lobby industriel, fort des alliances qu'il a su passer avec les responsables politiques de l'ensemble des pays riches, est parvenu à limiter considérablement le développement de l'industrie des génériques. Un véritable dispositif est en place pour lutter contre la concurrence: menace de procès, embûches législatives et juridiques, mesures protectionnistes sur les marchés, allongement des durées de protection, développement par les multinationales de leurs propres génériques pour occuper le marché et fixer les prix, commercialisation de «nouveaux médicaments» quasi identiques à des médicaments existants, mais présentés comme une avancée thérapeutique et donc souvent prescrits en première intention, puissance de distribution et de promotion des multinationales, etc.

La déclaration de Doha pourrait donc marquer un tournant décisif et permettre de contourner une partie du dispositif mis en place par les multinationales pour bloquer l'accès aux génériques dans les pays pauvres. Pourtant, à l'issue de la conférence de Doha, une question reste en suspens, et non des moindres: quelle procédure légale peut permettre aux pays qui ne produisent pas de médicaments de s'approvisionner à partir de pays exportateurs. Il est en effet clair que pour nombre de pays pauvres ou peu peuplés, la production locale ne représente pas une solution: l'industrie locale n'est pas en mesure de répondre aux besoins, la mise en œuvre d'une production locale ne serait pas économiquement viable, etc. Tant qu'aucune réponse n'est apportée à cette question, la circulation de génériques, de fait, restera minime. Les États membres de l'OMC quittent Doha avec pour mandat de résoudre ce problème dans l'année qui suivra. Il s'agit de mettre en place un mécanisme simple et efficace qui permette aux pays producteurs d'exporter.

Ici les choses se compliquent, les délais ne sont pas tenus, et le débat qui suit est largement instrumentalisé par certains pays

pour tenter de revenir sur les acquis de Doha. Ainsi, au terme de plus d'un an et demi de négociations, sous pression des industriels et des pays riches, les États membres de l'OMC valident finalement un accord le 30 août 2003, quelques jours à peine avant l'ouverture de la conférence de l'OMC à Cancún. Initialement destiné à faciliter l'accès aux génériques dans les pays en développement et présenté au grand public comme une avancée, cet accord instaure un mécanisme qui impose de nombreux obstacles administratifs, légaux, économiques et politiques à l'exportation des médicaments génériques. S'il ne se limite à aucune pathologie en particulier ni aux situations d'épidémie, ce qui est son plus sérieux intérêt compte tenu de la volonté systématique des États-Unis de réduire les champs d'accès aux génériques, il dresse une série d'entraves nouvelles pour les pays pauvres. Le cadre d'exception mis en place pour les médicaments devient plus contraignant que les règles générales de l'Adpic : il devient plus compliqué d'importer ou d'exporter des médicaments que n'importe quels autres produits. Les flexibilités existant à l'origine dans l'Adpic, si elles ne sont pas idéales, s'avèrent finalement moins contraignantes que le dispositif ad hoc instauré pour les produits de santé.

Après plusieurs années d'intenses négociations, la question de l'accès à des médicaments abordables dans les pays pauvres n'a donc toujours pas été réglée. La prise de conscience de la gravité des enjeux qui paraissait acquise à Doha, semble depuis oubliée.

### **La stratégie américaine de grignotage**

Parallèlement, tandis que l'opinion est focalisée sur les conflits à l'OMC, les États-Unis multiplient les accords de libre-échange bilatéraux ou régionaux avec les pays en développement. Dans le cadre de ces accords, ils imposent systématiquement des règles de protection de la propriété intellectuelle,

## BATAILLES D'EXPERTS ET JOUTES INTERNATIONALES...

dites Adpic +, plus sévères encore que celles de l'OMC. Allant à l'encontre de la déclaration de Doha, ils bloquent un peu plus le recours aux génériques et condamnent à court terme les industries locales. Cette machine de guerre, dont le rendement a été accéléré par le président Bush, suit deux axes stratégiques. D'une part l'extension des durées de protection par les brevets, d'autre part la mise en place d'un nouveau système de monopole, indépendant du système de protection par les brevets, qui permet au travers des conditions d'enregistrement des produits pharmaceutiques de garantir un monopole de commercialisation pour la compagnie qui a la première obtenu une autorisation de mise sur le marché – il s'agit notamment des clauses d'exclusivité des données ou des droits d'exclusivité de commercialisation.

Un certain nombre de pays ont d'ores et déjà signé des accords de libre échange: le Chili, Singapour, la Jordanie, les pays d'Amérique centrale, le Maroc. D'autres ont débuté des négociations: la Thaïlande, les pays de la région sud-africaine, les pays d'Amérique latine, Bahreïn, etc. Parmi eux, nombre de pays à même de développer une capacité de fabrication locale de médicaments s'appêtent à renoncer à la possibilité d'utiliser pleinement les flexibilités prévues par les accords de l'OMC en signant des accords commerciaux avec les États-Unis.

Les enjeux en matière d'accès aux médicaments et de propriété intellectuelle sont multiples. Ils sont à la fois à la fois nationaux et internationaux. Depuis fin 2001, les avancées obtenues à Doha n'ont cessé d'être remises en question.

Aujourd'hui, il est urgent de prendre conscience du danger que représentent les accords bilatéraux et régionaux et de la nécessité pour les pays en développement de refuser les exigences des pays du Nord qui excèdent les standards de l'OMC.

Concernant directement l'OMC, il semble primordial que la « solution » apportée par l'accord du 30 août 2003 sur l'exportation soit mise à l'épreuve pratiquement sans perdre de temps. Si

elle ne peut fonctionner et permettre l'accès aux médicaments dans les pays qui ne peuvent produire eux-mêmes les médicaments dont ils ont besoin, la preuve doit en être apportée au plus vite. Des alternatives juridiques à cet accord existent et pourraient être exploitées. L'article 31.f de l'accord Adpic permet d'exporter librement 49% de la production locale d'un pays sans que celui-ci ne soit entravé par les contraintes liées à l'accord du 30 août. L'article 30 de l'accord Adpic, qui traite des exceptions aux droits des brevets, laisse une certaine latitude aux pays et pourrait également être utilisé ; de même l'article 31.k sur les pratiques anticoncurrentielles. Ces solutions ont été rejetées par les pays développés, mais pourraient être aménagées pour permettre simplement aux pays pauvres d'avoir accès aux médicaments.

### **Exploiter les failles ou flexibilités de l'accord Adpic**

D'une façon générale, les pays doivent mettre en œuvre et tirer parti de toutes les flexibilités prévues par l'OMC. Il s'agit en premier lieu de profiter pleinement des délais autorisés par l'OMC pour mettre en œuvre une législation sur la propriété intellectuelle et ne pas l'appliquer avant l'heure. Ainsi, à Doha, il a été décidé que les pays les moins avancés (PMA) pouvaient attendre jusqu'en 2016 pour mettre leur législation en conformité avec l'OMC.

Tirer profit des flexibilités de l'accord Adpic, c'est aussi adapter sa législation pour ne pas, sous l'influence de « mauvais » conseils, se priver de certaines dispositions. Or, dans de nombreux pays, la législation récemment adoptée ou en projet n'inclut pas toutes les dispositions prévues par l'Adpic. Certains pays prévoient ainsi des procédures de recours aux « licences obligatoires » plus contraignantes que ce que l'Adpic exige ou restreignent les motifs de recours à cette disposition. Certains autres se privent de la possibilité d'utiliser les importations

## BATAILLES D'EXPERTS ET JOUTES INTERNATIONALES...

parallèles<sup>35</sup>. Très peu d'entre eux prévoient dans leur législation des dispositions de type «Bolar<sup>36</sup>», qui permettent à une industrie générique nationale d'entamer les démarches administratives et d'obtenir l'enregistrement d'une version générique d'un médicament pendant la durée de protection du brevet de ce médicament.

À Doha, le droit des pays à utiliser des génériques a été reconnu. Les malades doivent maintenant pouvoir en bénéficier. Le nombre de producteurs doit se multiplier et la circulation de génériques s'intensifier afin que les pays sortent des seules négociations avec les laboratoires de marques. Les pays ayant une capacité de production pharmaceutique doivent pouvoir la maintenir et la développer. Chacun doit pouvoir se garder la possibilité de recourir à des génériques avant le terme des brevets. Attendre 20 ans pour bénéficier d'un traitement est un luxe que de très nombreux malades ne peuvent s'offrir<sup>37</sup>.

35. Importations parallèles: l'accord Adpic n'interdit pas les importations parallèles de produits brevetés identiques. Les importations parallèles permettent à un pays d'acheter à l'étranger un produit de marque vendu moins cher que chez lui, sans demander l'autorisation au détenteur du brevet. C'est une option intéressante pour les pays quand un produit est vendu à des prix qui varient beaucoup d'un pays à l'autre. Cette disposition est utilisée par de nombreux pays européens afin de réduire le prix d'achat des médicaments.

36. L'exception «Bolar»: cette exception utilisée dans certains pays du Nord, autorise les fabricants de médicaments génériques à effectuer les tests cliniques pour démontrer la bioéquivalence avec le médicament original avant l'expiration du brevet de ce dernier. Ceci permet la production de génériques et leur introduction sur le marché immédiatement après l'expiration du brevet, le producteur pouvant préparer à l'avance son produit générique et le dossier demandé par les autorités de réglementation du médicament en vue d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM).

37. Pour plus d'informations:

Consumer Project on Technology ([www.cptech.org/ip/wto/p6](http://www.cptech.org/ip/wto/p6)); Health Gap ([www.healthgap.org/camp/trade.html](http://www.healthgap.org/camp/trade.html)); Médecins sans frontières ([www.accessmed-msf.org](http://www.accessmed-msf.org)); Organisation mondiale de la santé ([www.who.int](http://www.who.int)); Act Up-Paris ([www.actupparis.org](http://www.actupparis.org)).

*Nous considérons que la Déclaration universelle des droits de l'Homme et la Charte des Nations Unies (certes largement perfectible) sont les principales sources de légitimité internationale, et donc que les institutions de l'ONU sont elles-mêmes légitimes dans la promotion du bien public mondial – beaucoup plus en tout cas que le trio FMI, Banque mondiale, OMC. Mais l'on sait bien que l'offensive ultralibérale aimerait aussi vassaliser cette légitimité, se la «payer»... Résister dans un tel contexte n'est pas un art facile.*

### **L'autonomie toujours menacée de l'OMS**

D'après son mandat officiel, l'OMS, depuis 1948, devrait jouer un rôle central de direction et de coordination des problèmes internationaux de santé.

Ceci est malheureusement de plus en plus difficile. Certes, le problème n'est pas nouveau: dès les années quatre-vingt, avec la montée du libéralisme des Reagan (1980-1988) et Thatcher (1979-1990) et la généralisation des plans d'ajustement structurel, les politiques publiques et leurs moyens sont contestés.

Mais, au cours de ces dernières années, la situation s'est aggravée.

D'abord, pour des raisons financières. Le budget régulier de l'OMS n'a pas augmenté en termes réels depuis les années quatre-vingt. L'OMS reste sous la menace permanente de réduction budgétaire de la part des pays riches, et plus particulièrement des États-Unis, leur principal contributeur qui, de surcroît, paye toujours avec retard. Elle dépend donc, de plus en plus, de fonds extrabudgétaires, c'est-à-dire des contributions volontaires (2,2 milliards \$ en 2003), qui représentent maintenant les deux tiers de ses ressources globales. La Fondation Bill et Melinda Gates, à elle seule, représente plus que le budget régulier. Et les partenariats privé-public se développent, notamment sous l'impulsion de la dernière directrice générale, le Dr Brundtland.

Le partenariat privé-public permet certes d'obtenir des fonds supplémentaires et de développer la recherche. Mais il est presque toujours consacré à des programmes verticaux (comme le sida, la tuberculose...) et rend difficile une cohérence globale des pro-

## BATAILLES D'EXPERTS ET JOUTES INTERNATIONALES...

grammes de santé publique, prenant en compte d'autres déterminants de la santé comme la pauvreté, la qualité de l'alimentation ou la situation des mères et des enfants.

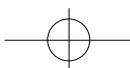
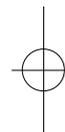
Le rôle de coordination que devrait, en principe, jouer l'OMS est rendu de plus en plus difficile par l'émergence dans le champ de la santé de nombreux acteurs: les prêts de la Banque mondiale sont supérieurs au budget de l'OMS et les autres intervenants, multilatéraux (Unicef, Union européenne...), bilatéraux et ONG, veulent chacun jouer un rôle important. Par ailleurs, dans certains pays, les ministères de la Santé sont plus préoccupés par des intérêts corporatistes ou la qualité des soins pour les classes aisées que par des politiques de santé publique.

Le partenariat public-privé renforce le poids des lobbies, soutenus par leurs gouvernements et des multinationales pharmaceutiques, pour freiner notamment l'extension des médicaments génériques et défendre à l'OMC «les droits de propriété intellectuelle». La pression peut être parfois plus «subtile», comme le dénigrement récent par les États-Unis, au nom d'arguments «scientifiques», techniques ou éthiques, du programme à moyen terme OMS/sida prévoyant en 2005 l'accès au traitement de 3 millions de malades. Ils s'opposent également à la préqualification du nouveau médicament, le triomune, produit par la compagnie indienne Cipla. Celui-ci est le fruit de la combinaison en un seul comprimé de trois molécules déjà existantes. Mais les lobbies ne sont pas seulement pharmaceutiques: les industries tabacoles, soutenues par les pays producteurs, se sont opposées à la suppression de la publicité sur le tabac; les industries alimentaires et les associations de producteurs de sucre s'efforcent de contrecarrer les constats de l'OMS sur les liens entre certaines maladies chroniques (diabète, cancers, problèmes cardio-vasculaires...) et les types d'alimentation trop riches en graisses et sucres. En réalité, les principaux contributeurs nationaux et internationaux, ainsi que les multinationales pharmaceutiques et alimentaires souhaitent une OMS faible et dépendante, s'occupant principalement de maladies infectieuses, malgré son rôle officiel de coordination mondiale des problèmes de santé publique.



LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

Pour sortir de cette situation, l'OMS ne devrait-elle pas, au lieu de chercher à éradiquer certaines maladies (comme elle l'avait fait antérieurement avec succès dans le cas de la variole), se recentrer sur la promotion de la santé pour tous, la santé comme bien public à l'échelle mondiale? Autrement dit, promouvoir un droit à la santé supérieur aux intérêts commerciaux et au système de propriété intellectuelle. Mais quelles mobilisations sociales viendront soutenir cet objectif?



## Les pays du Sud réagissent

À côté des débats internationaux qui ont occupé l'OMC depuis plusieurs années, un certain nombre d'initiatives ont été lancées dans les pays en développement pour permettre l'accès à des versions génériques de médicaments particulièrement coûteux, récents ou relativement récents. Elles sont l'œuvre de gouvernements, mais aussi de malades et d'ONG qui, dans un contexte de fortes pressions politiques, tentent d'ouvrir des brèches au sein du système de monopole imposé par les pays riches et les multinationales pharmaceutiques. Ce chapitre en montrera une série non exhaustive d'exemples. Ces réactions peuvent-elles aboutir à un front commun ?

### 1. Actions de pays en développement pour l'accès aux médicaments génériques

*Gaëlle Krikorian*

#### Thaïlande

La Thaïlande, par l'intermédiaire de son laboratoire national GPO (Government Pharmaceutical Organization), s'est engagée à partir de 1999 dans la production d'antirétroviraux contre le sida. Dans ce pays, environ un million de personnes sont atteintes par le VIH. La nécessité de rendre disponibles ces trai-

tements particulièrement coûteux a conduit le gouvernement à envisager de recourir à des licences «obligatoires», seule possibilité légale pour produire des médicaments brevetés. Très rapidement, il a cependant été confronté à de nombreux obstacles. Aux pressions directes exercées par les États-Unis – menaces de sanctions économiques sur les exportations thaïlandaises au nom de la toute-puissante liste noire 301<sup>38</sup> – se sont ajoutées les intimidations et pressions des laboratoires pharmaceutiques. L'exemple de la didanosine ou «ddI», l'un des antirétroviraux utilisés pour former des trithérapies, illustre parfaitement le parcours du combattant auquel sont confrontés les pays qui tentent de développer la production et l'accès à des versions génériques de médicaments brevetés.

La didanosine, ddI, a été développée en 1989 par le NIH, institut gouvernemental américain, qui en a, par la suite, cédé les droits de production et de commercialisation partout dans le monde au laboratoire Bristol-Myers Squibb (BMS). En Thaïlande, BMS est parvenu à obtenir un brevet pour la ddI, quel que soit le dosage du médicament – ce qui lui avait été refusé aux États-Unis. Cette utilisation abusive du droit de propriété intellectuelle et le soutien inconditionnel que le gouvernement américain lui a apporté, ont permis à BMS d'empêcher le laboratoire pharmaceutique national GPO de distribuer l'antirétroviral, quel que soit le dosage, alors même que GPO avait développé sa propre méthodologie pour en produire une version générique. GPO était en effet en mesure de fabriquer et de distribuer des comprimés de ddI de 125 mg, 150 mg ou 200 mg au prix d'environ 45 cents le comprimé alors que le videx®, la version de BMS de la ddI, revient en Thaïlande

38. "Special 301" Priority Watch List: cette liste a été mise en place par le secrétariat américain au commerce (USTR) afin d'identifier les pays qui, selon les États-Unis, n'assurent pas un système de protection de la propriété intellectuelle suffisant et entravent ainsi un accès «équitable» à leur marché pour les compagnies américaines. Les pays listés peuvent être exposés à des sanctions commerciales bilatérales autorisées sous la section 301 de l'Acte américain sur le Commerce de 1974.

## LES PAYS DU SUD RÉAGISSENT

entre 2,56 \$ et 4,11 \$ par comprimé – sachant qu'un traitement nécessite deux comprimés par jour et par patient.

Lorsque les ONG font appel au gouvernement afin qu'il émette une licence « obligatoire » – comme l'autorise le TPA, Thai Patent Act – et produise la ddI, celui-ci, pliant sous les menaces américaines, demande au GPO de se limiter à la fabrication de ddI sous forme de poudre. Une forme non brevetée, mais nettement moins facile à absorber que les comprimés et entraînant plus d'effets secondaires (notamment une forte acidité stomacale). Plusieurs années de procédures judiciaires opposant les malades et les ONG au laboratoire BMS s'en suivent alors, à partir de mai 2001. En octobre 2002, le tribunal thaïlandais tranche finalement en faveur des deux séropositifs qui avaient attaqué BMS en justice au motif que celui-ci instrumentalisait les droits de propriété intellectuelle pour faire obstacle à l'accès des malades à la ddI. Dans son verdict final, la Cour, s'appuyant sur la déclaration de l'OMC à Doha, déclare que les médicaments sont l'un des facteurs fondamentaux du bien-être des personnes, qu'il s'agit de produits différents des autres inventions et que le nonaccès aux médicaments, dû à des prix élevés, porte préjudice aux droits des patients à un traitement médical adéquat. Elle rappelle également que les accords Adpic doivent être interprétés et appliqués de manière à protéger la santé publique et à promouvoir l'accès aux médicaments. Ce jugement est l'un des premiers cas d'utilisation concrète par une Cour de justice de la déclaration de Doha. Le laboratoire BMS a alors porté plainte contre le tribunal pour erreur de jugement, mais il a finalement renoncé à son action en janvier 2004. Ainsi, après plusieurs années de procédures, le brevet sur la ddI est désormais dans le domaine public en Thaïlande.

Le gouvernement thaïlandais produit actuellement une gamme de médicaments génériques 25 fois moins chers que les versions brevetées. Un grand nombre de traitements contre le

sida sont pourtant toujours protégés par des brevets et restent inaccessibles.

## Afrique du Sud

En dépit des positions de déni du Président sud-africain et de la ministre de la Santé à l'égard du VIH et des antirétroviraux, la victoire des malades du sida contre l'industrie pharmaceutique lors du procès de Pretoria en avril 2001 a marqué un tournant historique pour l'accès aux médicaments génériques dans les pays pauvres. Trente-neuf compagnies pharmaceutiques avaient attaqué le gouvernement sud-africain au motif que les lois nationales permettant le recours aux clauses de sauvegarde de l'accord Adpic étaient non conformes aux accords de l'OMC. Elles ont été contraintes de retirer leur plainte à l'issue d'une procédure juridique largement médiatisée, qui a suscité une forte mobilisation internationale. La justice sud-africaine a affirmé la primauté des défenseurs du droit à la santé et aux médicaments face aux intérêts commerciaux des compagnies privées. Quelques mois plus tard, en novembre 2001, la déclaration « Adpic et Santé Publique » de l'OMC à Doha s'inscrira dans la même lignée.

En septembre 2002, douze malades sud-africains portent plainte contre les firmes pharmaceutiques GlaxoSmithKline (GSK) et Boehringer Ingelheim auprès de la Commission de la concurrence, créée suite au procès de Pretoria. Ils accusent les laboratoires d'être directement responsables de « morts prématurées, prévisibles et évitables de malades du sida ». En octobre 2003, ils obtiennent gain de cause. La commission estime en effet que les deux laboratoires ont abusé de leurs positions dominantes sur le marché et imposé des prix trop élevés.

Ce qui marque ce jugement, ce n'est pas seulement la condamnation des multinationales pharmaceutiques par une

## LES PAYS DU SUD RÉAGISSENT

cour nationale. Par ce verdict, le gouvernement se trouve alors légalement en position d'octroyer des licences «obligatoires» permettant la production locale ou l'importation de génériques afin de répondre aux besoins du marché sud-africain, mais aussi l'exportation de traitements vers d'autres pays en développement. Ce risque de perdre tout contrôle sur la production et la circulation de l'AZT, de la lamivudine et de la nevirapine explique la promptitude avec laquelle, suite à la condamnation par la commission, les laboratoires GSK et Boehringer-Ingelheim accordent des licences «volontaires» à des producteurs locaux de médicaments. Ils autorisent eux-mêmes ces producteurs à fabriquer et à vendre les trois molécules et évitent ainsi un contournement légal des brevets par l'État sud-africain. Les autorités sud-africaines et les malades ont accepté cette proposition.

L'octroi de licences «volontaires» laisse le contrôle de la fabrication locale aux mains des multinationales. Ces licences sont accordées pour une durée déterminée, à certains producteurs uniquement. Cependant, ceci devrait permettre la production de combinaisons d'antirétroviraux en un comprimé – combinaisons que les multinationales détentrices des brevets se refusent à produire car cela les obligerait à mettre en commun leurs savoir-faire et fragiliserait le monopole de chacune des compagnies sur ses produits.

Cette production de trithérapie en un comprimé pourrait ainsi permettre aux malades sud-africains d'accéder à des traitements pour environ 140 dollars par patient et par an – un prix similaire à celui obtenu par la fondation Clinton en partenariat avec quatre compagnies productrices de génériques – soit quatre fois moins que le prix pratiqué jusqu'à présent par le secteur privé en Afrique du Sud.

Cette décision de la commission de la concurrence est l'une des premières applications de la déclaration de Doha visant à rendre prioritaire la santé publique sur la protection jusqu'au-boutiste des monopoles par les brevets. En outre, comme l'a fait

remarquer l'OMS, cette possibilité pour des citoyens de porter plainte contre des laboratoires au motif que leur situation de monopole rend leurs médicaments inabordable pour les malades est également une première.

## Malaisie

Invoquant la section 84 de sa législation sur les brevets (Patent Act), la Malaisie a récemment décidé d'accorder une licence «obligatoire» à la compagnie indienne Cipla afin que celle-ci produise certains antirétroviraux. Les traitements en question, AZT, 3TC, AZT + 3TC et ddI, sont brevetés en Malaisie par les compagnies BMS et GSK.

Il s'agit de la première licence «obligatoire» accordée par un gouvernement pour des médicaments depuis l'accord du 30 août 2003 interprétant le paragraphe 6 de l'accord Adpic de l'OMC sur les exportations de génériques. La Malaisie compte en effet utiliser cette production pour satisfaire ses besoins nationaux, mais le pays entend également développer l'exportation de ces médicaments vers les pays africains.

Cette tentative pourrait créer un précédent particulièrement fort, levant le tabou politique sur l'utilisation des licences «obligatoires» par les pays pauvres, et ouvrant la voie à des décisions similaires dans d'autres pays en développement. En outre, comme l'a souligné le Secrétaire général de l'Indian Pharmaceuticals Alliance (association des fabricants indiens de produits pharmaceutiques), cette initiative «serait un cas d'étude intéressant permettant d'évaluer l'applicabilité de la décision du 30 août 2003 et d'indiquer si celle-ci doit être revue». Il est en effet urgent pour les pays en développement de «tester» l'accord de l'OMC du 30 août 2003 et le cas échéant d'apporter le plus rapidement possible la preuve qu'il est inapplicable.

## 2. L'expérience brésilienne

*Informations tirées d'une conférence d'Eloan Pinheiro  
à Bobigny, le 8 novembre 2003*

Le Brésil est un pays de dimension continentale qui compte environ 169 millions d'habitants. Près de 237 000 personnes sont atteintes du sida et l'on estime à 600 000 le nombre de séropositifs. Les indicateurs sociaux du Brésil sont assez bas, malgré un Produit national brut par habitant de 7625 dollars par an qui ne reflète pas vraiment la réalité vécue par la population brésilienne. Ces données socio-économiques excluent fréquemment le Brésil des pays habilités à recevoir de l'aide dans la lutte contre le sida. Les indices masquent le fait que peu de personnes concentrent la majeure partie de la richesse, alors qu'une grande partie de la population vit en situation d'exclusion et de précarité.

Au début des années quatre-vingt-dix, le sida a fait de plus en plus de ravages dans ce pays, y compris dans les classes moyennes et dans les milieux artistiques. Les associations de malades ont alors soumis le gouvernement brésilien à une forte pression pour qu'il propose des médicaments capables de soigner les malades. En 1996, le gouvernement a engagé un vaste programme afin de fournir gratuitement des antirétroviraux à ceux qui en avaient besoin. La liste qui suit présente les antirétroviraux qui ont été développés et produits au Brésil<sup>39</sup>, tant par des compagnies privées que par des laboratoires nationaux, dont le laboratoire Far-Manghinos : Zidovudine, Didanosine, Lamivudine, Zidovudine plus Lamivudine, Indinavir, Nevirapine, Saquinavir, Ritonavir. Entre 1998 et 2003, le prix

39. La législation brésilienne sur les brevets dans le domaine pharmaceutique n'est entrée en vigueur qu'en 1997. Les médicaments brevetés avant cette date peuvent donc être copiés sans nécessiter le recours aux licences obligatoires.

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

de ces médicaments a diminué de 60% à plus de 90%. Cette production nationale a permis de réduire les coûts moyens des thérapies et de réaliser des économies de 35 à plus de 70%, selon la trithérapie utilisée. En effet, il existe plusieurs types de combinaisons entre trois médicaments pour faire une trithérapie, mais toutes les molécules de l'association ne sont pas forcément produites au Brésil. Le gouvernement brésilien a donc dû négocier avec les laboratoires pharmaceutiques producteurs exclusifs de plusieurs médicaments sous brevets<sup>40</sup> tels que le Nelfinavir, l'Efavirenz, le Lopinavir et Vitonavir, nécessaires pour certaines trithérapies, afin d'obtenir une diminution des prix de ces molécules importées.

Cette stratégie de négociation est payante pour obtenir des réductions substantielles de prix dans la mesure où le Brésil s'est doté d'un bon potentiel de développement et de production de médicaments. Le pays peut également s'appuyer sur sa loi sur la propriété intellectuelle, mise en place en 1997, qui lui permet de contourner les brevets notamment pour compenser l'effet de politiques de tarification abusives.

40. Les laboratoires pharmaceutiques occidentaux justifient le prix élevé des médicaments qu'ils produisent par l'argument selon lequel ce niveau de prix est nécessaire pour permettre aux laboratoires privés de mener à bien leurs coûteux programmes de recherche et de développement. Mais il faut souligner que la découverte de nombreuses molécules efficaces contre le VIH/sida a été faite par des centres de recherche universitaires financés en grande partie par des fonds publics. Ces centres universitaires ont laissé le secteur privé prendre le relais des dernières phases de recherche-développement, ce qui permet à un laboratoire privé de breveter la molécule et de devenir propriétaire de ces juteuses découvertes. Un cas particulièrement édifiant est celui de l'AZT, découvert par le National Cancer Institute (recherche publique) dans les années soixante, oublié puis breveté par le laboratoire Glaxo. Celui-ci est ainsi devenu « l'inventeur » à peu de frais du premier médicament antisida, qui lui a rapporté énormément d'argent.

## LES PAYS DU SUD RÉAGISSENT

**Le bras de fer avec les multinationales pharmaceutiques**

Le Brésil a usé de la possibilité de faire produire localement des antirétroviraux sous «licences obligatoires» comme d'un outil de négociation face aux multinationales. C'est ainsi qu'il a obtenu une succession de baisses de prix sur différents médicaments. Durant l'année 2001, le gouvernement brésilien bénéficiait d'une baisse de 60% en moyenne des prix du lopinavir, du nelfinavir et de l'efavirenz, trois des antirétroviraux les plus chers, dont les brevets appartiennent respectivement aux laboratoires Abbott, Roche, Merck Sharp & Dhome.

En 2003, le ministère de la Santé reprend le bras de fer avec les laboratoires pour réduire à nouveau ses dépenses. L'achat de ces trois traitements représente en effet 63% des 200 millions de dollars qui constituent le budget d'achat d'antirétroviraux du programme brésilien de lutte contre le sida. Ces chiffres encouragent le gouvernement à étudier la piste de la production locale ou de l'importation à partir d'Inde ou de Chine jusqu'à ce que les traitements puissent être produits localement.

En réaction, Merck Sharp & Dhome propose en janvier 2004 de vendre l'efavirenz au gouvernement brésilien 1,85 dollar par patient et par jour, 77% moins cher que le prix initial, ce qui correspond au prix le plus bas au monde pratiqué par le laboratoire. Estimant cependant que ce médicament reviendrait à 87 cents par patient et par jour s'il était fabriqué par le laboratoire d'État Far-Manguinhos, le ministère de la Santé brésilien envisage de lancer une production nationale, soit en obtenant une licence «volontaire» du laboratoire Merck, soit en ayant recours à une licence «obligatoire».

Le même type de négociation est mené avec le laboratoire Roche afin d'assurer l'approvisionnement en nelfinavir, prescrit depuis 1999 au Brésil et consommé par environ 24000 personnes dans le pays. En 2001, après de longues tractations, Roche réduisait son prix de 40%. En 2003, le laboratoire annonçait une nouvelle baisse du prix qui l'amenait à une réduction de 66% par rapport au prix initialement proposé. Début 2004, dans l'espoir que le Brésil renonce à produire lui-même le médicament, Roche

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

se déclarait prêt à consentir un effort supplémentaire pour atteindre une réduction de 72% du prix initial. Le ministère de la santé brésilien, de son côté, estime qu'une production locale réduirait encore de 30% ce prix, quand bien même il verserait au laboratoire 4% de royalties, et menace donc toujours de recourir à une licence « obligatoire ».

Gaëlle Krikorian

En 1997, 35000 patients étaient sous traitement au Brésil, ce qui représentait une dépense d'environ 83 millions de dollars. En 2003, une augmentation considérable du nombre de patients sous traitement a eu lieu, alors que le niveau de dépenses restait proche de celui qui avait été initialement prévu pour traiter un nombre moindre de malades. Plus de 125 000 personnes sont traitées avec 212 millions de dollars.

En conjuguant des actions de prévention efficaces et la distribution gratuite des traitements, les autorités brésiliennes ont obtenu des résultats spectaculaires. L'impact de ces baisses de prix sur les traitements par trithérapie a été important, non seulement sur le contrôle du budget public de la Santé, mais surtout sur l'indice de mortalité qui a été réduit de 40 à 70%. L'espérance de vie après la détection des premiers symptômes est passée de 6 mois à 5 ans depuis la mise en œuvre du programme en 1996. Les infections opportunistes liées à la maladie et la morbidité ont été réduites de 60 à 80%. Le nombre d'hospitalisations a été divisé par 4, ce qui a permis d'en éviter quelque 234000 et de faire en fin de compte des économies de 677 millions de dollars. Il est clair que le prix des médicaments a un fort impact sur le budget général des systèmes de santé et qu'il peut l'alourdir considérablement.

De tels résultats ont été atteints grâce à l'engagement gouvernemental et notamment grâce à un décret présidentiel de 1996 garantissant à tous les Brésiliens qui en ont besoin l'accès universel et gratuit aux médicaments antirétroviraux dans

## LES PAYS DU SUD RÉAGISSENT

l'ensemble du système de santé publique. Ces médicaments sont financés par le gouvernement, sans frais pour le patient. Un Comité consultatif a été créé pour définir les critères de traitement, qui sont révisés périodiquement. Ce Comité consultatif est composé à la fois de représentants du ministère de la Santé, de médecins, d'ONG et de personnes atteintes du sida.

Parallèlement à cette politique de distribution de médicaments, le gouvernement a renforcé les laboratoires publics sur l'ensemble du territoire brésilien afin de constituer un réseau national de laboratoires de numération des lymphocytes et de quantification de la charge virale. Tous les laboratoires du réseau disposent des tests nécessaires à l'indication du traitement antirétroviral adapté au patient, à la détection des infections opportunistes, et ils contribuent au suivi des patients sous traitement.

Au-delà de l'épidémie du sida, le gouvernement brésilien s'est engagé à fournir gratuitement des médicaments aux personnes souffrant du paludisme, de la tuberculose, de l'hépatite C, d'hypertension, de diabète etc. Les industries locales se sont investies dans la fabrication des médicaments génériques, et parfois dans leur exportation.

Il a fallu une véritable volonté politique pour que ces actions puissent prendre de l'ampleur et atteindre à l'efficacité. Cette volonté politique a découlé d'une forte pression de la population sur un gouvernement plutôt libéral dans les années quatre-vingt-dix, jusqu'à l'élection de Lula en 2002.

De nombreux défis sanitaires restent à mener au Brésil, et nécessiteront un budget assez élevé de 6 milliards de reais (environ 2 milliards de dollars) en 2003. Dans ce budget, 27% est destiné à l'acquisition des médicaments, ceux contre le sida représentant 516 millions de reais et l'ensemble des autres 690 millions. Même si 80% des médicaments sont produits sur place, encore 20% doivent être importés. De plus, 49% de la population brésilienne a encore des difficultés d'accès aux

médicaments et beaucoup reste à faire pour que les personnes les plus démunies soient correctement prises en charge.

Pour relever ces défis, il est nécessaire de développer les processus et les savoir-faire qui permettront de produire des médicaments dont le brevet n'a pas été déposé après 1997. La présence d'experts pouvant garantir la qualité des matières premières est aussi nécessaire, tout comme l'établissement d'un réseau de fournisseurs de matières premières qui permette d'obtenir de bons prix de production des médicaments. Il faudra également continuer à faire pression sur les industries pharmaceutiques pour que les médicaments brevetés après 1997 voient encore leurs prix baisser.

La capacité de production brésilienne totale, comprenant les secteurs publics et privés, est actuellement de 3 milliards d'unités d'antirétroviraux par an. L'engagement de l'État est indispensable pour continuer à progresser. C'est l'État qui doit clairement établir les priorités de santé publique. Cela passe évidemment par une volonté en matière de recherche publique et de développement universitaire, pour que les priorités de la population orientent effectivement la politique de recherche. Si la population contribue aux dépenses de l'État, celui-ci a la responsabilité de répondre aux besoins de santé publique de sa population. Or, on ne peut pas parler du droit à la santé si des monopoles ou des oligopoles en bloquent l'accès. C'est à l'État qu'il revient de réguler le système de santé, des hôpitaux jusqu'à la production des médicaments, pour éviter que des acteurs privés tirent des profits colossaux sans subir aucun contrôle. La santé doit être prise dans sa globalité, on ne peut pas laisser une frange à part sans que cela ne creuse le déséquilibre entre riches et pauvres ou n'aggrave le déficit du système de protection sociale. Comme l'Europe, le Brésil a une population vieillissante, ses systèmes de protection sociale sont en cours de démantèlement, l'âge de départ à la retraite est retardé etc. La population brésilienne connaît de plus en plus de problèmes de

## LES PAYS DU SUD RÉAGISSENT

santé liés au vieillissement, tels que le diabète, le cholestérol, la maladie d'Alzheimer, etc. Comment prendre soin de ces personnes ?

Un système doit également être établi au niveau local, qui passe par un partenariat entre les instituts de recherche publique et les laboratoires. La recherche des instituts publics peut se transformer en recherche appliquée et aboutir au développement et à la production de médicaments qui seront mis à disposition de la population. Ce partenariat doit exister à l'intérieur du secteur public, mais également entre le public et le privé. À travers ce processus, le secteur privé favoriserait cette dynamique et produirait les médicaments encore nécessaires.

Ce sont tous ces facteurs qui amènent au succès d'une politique de santé publique. La solution ne peut pas venir uniquement des entreprises privées, dans la mesure où leur objectif n'est pas la réponse à une nécessité sociale ou la satisfaction d'un droit humain, mais la recherche du profit. On devrait mettre en place un « brevet public » – dont tout le monde connaîtrait la composition – pour faciliter la mise en œuvre des priorités définies par la population. Il garantirait l'accès de tous aux médicaments sans devoir payer les royalties liées au brevet. Cela concerne toutes les pathologies, pas seulement celles dont souffrent les populations du Sud, mais les populations du monde entier.

Dans ce processus, on ne peut pas oublier les responsabilités des pays développés, notamment vis-à-vis des pays du Sud. Du fait même de l'avance technologique des pays du Nord, ils peuvent participer au processus en apportant leur expertise technique et en formant des ressources humaines capables d'enrichir des expériences dans le Sud. Des transferts de technologie sont indispensables au niveau international, des pays développés vers les pays sous développés.

Le partenariat «Sud-Sud» est également essentiel. Il est probable qu'un pays émergent comme le Brésil – du fait de sa propre expérience, actuelle ou dans un passé proche – com-

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

prend plus aisément la situation d'un pays en développement devant faire face à la corruption, au manque de démocratie, à la faible possibilité pour la population civile de s'exprimer, etc. Des transferts de technologies ont déjà eu lieu entre le Brésil et plusieurs pays d'Amérique Latine. Certaines industries locales brésiliennes se sont investies dans le transfert de leur technologie vers les pays privés de capacité de production, notamment en Afrique. Les capacités de production existent en Afrique, mais il manque de l'argent pour les développer. La pauvreté est un grand facteur de développement des maladies dans le monde. Il y a le sida, mais au Brésil on trouve encore des zones fortement touchées par le paludisme et/ou la diarrhée, le choléra ou d'autres maladies infectieuses. Cette proximité des réalités entre pays sous-développés doit favoriser une alliance des pays du Sud entre eux. Mais pour cela, la mobilisation de la société civile est indispensable, parce qu'il est illusoire d'attendre que les gouvernements engagent spontanément ce type d'alliance.

### 3. Vers un front commun ?

*Philippe Rivière*

Les pays qui « bougent » sur le front de l'accès aux médicaments sont, pour la plupart, des pays dont la population est importante et dont l'économie n'est pas négligeable : Brésil, Chine, Afrique du Sud, Inde, Thaïlande, etc.

Comment pourrait-il en être autrement, lorsque les négociateurs ont besoin de capacités (techniques, juridiques, mais aussi accès à l'information, etc.) dépassant souvent ce que peuvent se permettre les « petits pays » ? Par ailleurs, un pays comme l'Inde, où existe déjà une vraie industrie du médicament (y compris générique), a des intérêts multiples à faire valoir dans la discussion, au-delà des aspects sanitaires. D'une étape à l'autre, ces mêmes pays reviennent donc au premier plan, osent prendre position, et ne se plient pas au rituel des « pièces séparées » qui fait que les vraies discussions « multilatérales » se déroulent dans les salons privés de l'OMC, entre pays sélectionnés...

De « petits » États peuvent également être actifs, soit parce que leur population et leurs dirigeants ont pris la mesure des enjeux, soit parce qu'ils ont adopté une politique industrielle et commerciale moins tournée vers l'exportation que d'autres. Le courage des grands pays qui les auront précédés leur permet d'avancer dans les quelques enceintes où leur voix peut être entendue – c'est en partie ce qui s'est passé à Doha en 2001 ou à Cancún en 2003.

Cependant, de « grands » pays sont totalement absents de ces discussions. Pour certains, comme le Maroc ou la Colombie, c'est parce que, lors d'accords bilatéraux de libre-échange avec les États-Unis, ils ont d'ores et déjà approuvé l'adoption d'une stratégie « Adpic + » (avec un renforcement et une extension de la protection des brevets sur les médicaments). Le développement d'une bourgeoisie compradore dont le niveau de vie survole de plusieurs kilomètres celui du reste du peuple est

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

caractéristique de la période économique néolibérale ouverte par les années Reagan. Cette «hyperclasse» totalement extravertie a fait ses études dans les meilleures universités américaines ou européennes, et ses enfants se destinent souvent, s'ils reviennent travailler «pour leur pays», à devenir experts auprès des banques et des institutions internationales... Il ne faut donc pas s'étonner de retrouver, au sommet du pouvoir, ces élites prêtes à troquer – contre de nouvelles possibilités d'exportation pour leurs producteurs de fleurs, de soja ou de textile – les garanties de pouvoir subvenir aux besoins essentiels de la population.

En multipliant ces accords bilatéraux ou régionaux, les États-Unis placent ces pays dans l'incapacité de participer ensuite à des discussions sur les Adpic: ils ont en effet déjà accepté des accords Adpic + allant bien plus loin! C'est ainsi que s'amenuisent les possibilités de résistance dans les discussions multilatérales suivantes.

Ces oppositions n'épousent pas les anciennes divisions entre les deux grands blocs (communiste et capitaliste) et le mouvement des non-alignés. Ainsi la Chine, malgré sa stratégie d'insertion dans la mondialisation (qui a pris corps avec l'adhésion en décembre 2001 à l'Organisation mondiale du Commerce), reste soucieuse de pouvoir faire face à une crise sanitaire d'ampleur; le scandale des transfusions sanguines contaminées dans le Henan, ainsi que la panique causée par la petite mais violente épidémie de SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) en 2003 lui ont servi d'avertissement: si le pays le plus peuplé de la planète embrasse le libéralisme économique, ce ne sera pas sans prendre quelques précautions.

## Quatrième partie

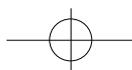
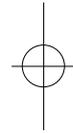
### Vers où voulons-nous aller ?

Ainsi que nous l'avons déjà souligné, le mouvement vers un bien public mondial Santé est d'abord le refus d'une marchandisation totalitaire du monde, fort mal supportée lorsqu'elle passe par pertes et profits la vie de dizaines de millions d'êtres humains. Il est trop tôt pour dessiner ce bien public, détailler ses objectifs, décrire son articulation avec tout un ensemble de services publics, délégués ou non, les formes et le degré de sa décentralisation, etc. Pour aller plus loin, il faudra tout un chantier interculturel en médecine, anthropologie, sociologie, droit, politologie... qui dépasse le cadre du présent ouvrage. Mais de ce qui précède se déduisent un certain nombre d'orientations. Un enjeu apparaît commun à la défense et promotion de plusieurs biens publics: revendiquer et organiser le caractère public de l'acquisition et de la diffusion des savoirs, contre la privatisation affichée ou sournoise des connaissances scientifiques. Il y a ensuite l'enjeu d'une reconquête des mentalités: le beau mot « public » a subi deux décennies de bombardement idéologique, il est temps de le réhabiliter. La désignation du médicament comme bien public mondial peut contribuer à fédérer ceux qui aspirent à ce regain. Enfin, l'avancée vers un droit effectif à la santé ne sera possible, après le désert des mili-



LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

tances, qu'en observant et favorisant les nouvelles dynamiques collectives en gestation autour de ce bien ou de son absence, en guettant et construisant de possibles alliances. Nous avons le souvenir qu'un bien public ne tombe pas du ciel, mais que les voies de son émergence sont souvent inattendues.



## Une perspective pour la recherche

Philippe Rivière<sup>1</sup>

**Allié à l'oligopole pharmaceutique, l'oligopole du software informatique, dominé par Microsoft, a imposé un droit du logiciel qui finit par s'apparenter à un racket. Les actions antitrust n'en sont pas venues à bout. Face à des taux de profit scandaleux (jusqu'à 85%), le mouvement des logiciels libres a non seulement développé un modèle sur la base de la gratuité, mais démontré avec Linux que cela favorisait une évolution et une adaptation permanentes, et donc que ce modèle était économiquement beaucoup plus «performant». Quelles analogies possibles avec le brevetage abusif des substances pharmaceutiques, et les moyens de le contourner?**

*« Ce n'est pas que nous manquions de compassion, mais les règles de l'économie sont drastiques. <sup>2</sup> »*

Il est tentant, dans les affaires de propriété intellectuelle, de transposer dans le domaine pharmaceutique des habitudes prises dans les secteurs de l'informatique ou du cinéma, et vice-versa. Il n'est que de voir certains parcours pour s'en convaincre: Jean-René Fourtou avait ainsi quitté la tête du

1. Philippe Rivière est journaliste au *Monde diplomatique*.

2. Un responsable d'une petite firme pharmaceutique américaine cité par *The New York Times*, 2 mars 2004.

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

groupe pharmaceutique franco-allemand Aventis, en 2002, pour prendre la présidence de Vivendi après la déconfiture du «rêve américain» de Jean-Marie Messier. Au Parlement européen, c'est sa propre épouse, la députée Janelly Fourtou, qui a obtenu de rédiger un rapport décisif sur le respect des droits de propriété intellectuelle. Conflit d'intérêt? La députée repoussait la critique en expliquant: «Je vois très peu mon mari. Et quand on se voit, on a d'autres choses à se dire que ça.»

Géant parmi les géants de la propriété intellectuelle, l'homme le plus riche de la planète n'a fait fortune *que* grâce aux licences et aux royalties, notamment sur un système d'exploitation, Windows, dont Microsoft a admis tirer un profit équivalent à 85% du prix de vente... Retiré de la direction opérationnelle de la firme, Bill Gates s'intéresse lui aussi aux questions de santé. Ne sachant plus quoi faire de ses 46 milliards de dollars, il a décidé de profiter du système d'incitations fiscales en vigueur aux États-Unis et d'investir dans une œuvre de charité, la Bill & Melinda Gates Foundation, dont le principal axe stratégique concerne «la santé mondiale». Son budget dépasse déjà les capacités financières de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). La Fondation Gates est l'un des principaux bailleurs de fonds de la plupart des projets de santé publique les plus «visibles» dans les pays pauvres: lutte contre le sida, la tuberculose, initiative pour la recherche d'un vaccin, combat contre le trachome (une conjonctivite très répandue au Sud), etc.

Bref, il s'agit pour la Fondation Gates de «faire la différence» – et de le faire savoir. Au risque aussi, parfois, de dérapages: quand Bill Gates se rend en Inde en novembre 2002, les journalistes de l'*India Times* invités à l'interviewer se font sermonner par ses attachés de presse: «Ne lui parlez pas de Microsoft, ne lui parlez pas de Linux. M. Gates est venu parler de l'initiative de 100 millions de dollars que sa fondation philanthropique [...] vient de lancer pour lutter contre le sida.» Mais rapidement aussi les attachés de presse expliquent qu'il «a

## UNE PERSPECTIVE POUR LA RECHERCHE

choisi de donner de l'argent à l'Inde car le pays a contribué de manière impressionnante à l'industrie du logiciel et tout particulièrement à Microsoft». Peu de temps auparavant, M. Gates avait vanté les mérites du système éducatif indien – un pays très pauvre, où le PNB par habitant atteint 450 dollars annuels, mais dont le système forme les programmeurs d'élite d'une des firmes les plus rentables de la planète... Pour Patrice Trouiller, docteur en pharmacie à l'hôpital universitaire de Grenoble : «La confusion entre les objectifs d'une fondation de charité et les intérêts d'une entreprise commerciale n'est pas nouvelle. Dans les années vingt, la Fondation Rockefeller avait agi de la même manière lors de la campagne d'éradication de l'infection à ankylostomose. En d'autres termes, cela s'appelle du néocolonialisme.» Pourquoi ne pas imaginer, demande M. Trouiller, que «la prochaine fois qu'elle donnera de l'argent à un pays, la Fondation Gates mette une condition sur le respect par ce pays des droits de propriété intellectuelle sur le système d'exploitation propriétaire Windows » !

Sans aller jusqu'à imaginer ce lien direct, les discussions sur le régime international des brevets ou du copyright, les pressions en faveur d'un brevet européen sur les logiciels, les négociations commerciales bilatérales et multilatérales, notamment au sein de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), montrent bien qu'il existe un grand mouvement convergent pour accentuer la mondialisation de la propriété intellectuelle, au bénéfice quasi exclusif des firmes multinationales les mieux implantées dans ce système.

Benjamin Coriat, professeur d'économie à Paris-XIII et chercheur au CNRS, évoque pour sa part, dans la *Revue d'économie industrielle* (n° 99, 2<sup>e</sup> trimestre 2002), la «vocation impériale» de la propriété intellectuelle, telle qu'elle a été remodelée, à partir des États-Unis, depuis les années quatre-vingt, de manière à donner une «préférence aux entreprises américaines». Avec ces nouvelles règles du jeu économique, la qualité de la production scientifique, par exemple, se mesure au

nombre de brevets déposés (sous les termes ambigus de «valorisation» de la recherche ou d'«innovation»). À cette aune, l'Europe est très «en retard» sur les États-Unis – et notamment sur le logiciel, puisqu'elle n'encourage pas les brevets informatiques. Si, cédant aux pressions de certains industriels et des États-Unis, l'Europe décidait d'adopter la stratégie du brevetage des logiciels, il lui faudrait donc reconnaître et appliquer les droits existant aux États-Unis ou au Japon : devrait-on alors encore parler de «concurrence», ou plutôt de soumission à quelques multinationales? Et si, en revanche, un autre modèle d'«innovation» était possible, ce «retard» ne devrait-il pas être en réalité considéré comme une «avance»?

Puisque la propriété intellectuelle, dans sa complexité et sa grande variété, forme un tout suffisamment cohérent pour faire l'objet de cette stratégie «impériale», les militants d'une politique de santé publique à l'échelle mondiale ne peuvent que s'intéresser à ce qui, dans le domaine informatique, indique qu'une autre approche de l'innovation est possible.

Le grand succès des logiciels libres, symbolisés par le système d'exploitation GNU/Linux, découle en effet d'une organisation très particulière de la coopération de tous les acteurs: concepteurs de programmes, utilisateurs, bailleurs de fonds, clients, etc. Classiquement, la clé de voûte de l'économie des logiciels «propriétaires» est l'identification des «ayants droit» (les «concepteurs», ou – plus probablement – la firme détentrice des droits de propriété) et l'application de ces droits. Les utilisateurs sont ici exclusivement perçus comme des consommateurs passifs, qui doivent choisir le produit correspondant le mieux à leurs besoins.

Les droits des producteurs, justifiés par leur situation exclusive d'«innovateurs», se traduisent par des royalties et des licences d'exploitation. La plupart du temps, les ayants droit doivent faire appel à l'État pour faire appliquer (et renforcer) les lois interdisant le piratage, la copie non autorisée, etc. Les plus importants éditeurs se sont également dotés de «milices»,

## UNE PERSPECTIVE POUR LA RECHERCHE

organismes privés se consacrant à « la protection de votre emploi et à la répression du piratage », comme le dit la propre publicité de la Business Software Alliance (BSA). Assermentés, les agents de ces organismes peuvent perquisitionner les ordinateurs des entreprises et des particuliers, et n'hésitent pas à prôner le recours à la délation anonyme. Les pratiques douteuses du BSA lui ont d'ailleurs valu, fin 1997, d'être interdite en Belgique... De même, les *majors* du cinéma et de la musique entendent désormais installer des mouchards à l'intérieur même des puces électroniques de nos ordinateurs. C'est ce qu'on appelle la gestion de DRM (Digital Rights Management). La plupart des sociétés d'auteurs qui prétendent défendre le modèle français du droit d'auteur leur ont, hélas, emboîté le pas.

Aux antipodes de cette conception marchande et policière, l'économie du savoir dont procèdent les logiciels libres ne repose pas sur la « propriété » des producteurs, mais sur les droits et les libertés accordés aux utilisateurs. Pour Richard Stallman, l'informaticien qui a conçu la licence publique générale (GPL), ces droits se ramènent à la devise « Liberté Égalité Fraternité ». Liberté... « de donner des copies [des programmes] aux copains (et aux autres), de changer le logiciel pour l'adapter à ses besoins et de publier des versions améliorées ». Fraternité, car « nous encourageons à coopérer ». Égalité, car « chacun possède les mêmes libertés, il n'y a pas de patron tout puissant »<sup>3</sup>.

Le plus remarquable est que cette affirmation éthique – si proche de celle de la recherche publique qu'on a pu longtemps confondre les logiciels libres avec « des programmes bricolés par des universitaires sur leur temps libre » ! – ne se borne pas à l'incantation: « Si tous les gars du monde voulaient s'donner la main... » Elle a donné vie à une activité intellectuelle et économique bien réelle, difficile à quantifier car l'échange y est souvent gratuit, mais atteignant des « parts de marché » compa-

3. Voir *LMB Actu*, 12 novembre 1998 : [www.pressibus.org/linux/articles/stallman.html](http://www.pressibus.org/linux/articles/stallman.html).

rables à celles des produits phares des plus gros éditeurs privés. Ainsi, d'après les analyses de Netcraft, le logiciel libre Apache peut revendiquer, depuis mars 1996, la première place en matière de serveurs Web (67% en mars 2004), une place qu'il consolide chaque année. Le numéro 2, Microsoft, équipe trois fois moins de ces serveurs (21 %).

C'est une des leçons du logiciel libre : les utilisateurs n'y viennent pas parce que c'est plus juste, mais surtout parce qu'il répond mieux à leurs attentes et à leurs besoins. Pour un programmeur, développer du « libre » c'est obtenir le droit de manipuler des programmes existants pour les améliorer à sa guise, d'assembler des morceaux de programmes existants pour en faire un troisième, etc.

Puisque cette approche s'avère fonctionnelle et satisfaisante pour les logiciels, pourquoi ne le serait-elle pas dans les secteurs qui nous intéressent ? Sans entrer dans les subtilités des différentes licences adoptées par les auteurs de logiciels libres, il faut souligner que ces « règles de fonctionnement », écrites et destinées à avoir une valeur juridique forte, ont été le ciment d'une « communauté » de gens qui n'avaient pas a priori de raison de se faire plus confiance que dans le monde commercial ou associatif « normal ». Par-dessus tout, cette codification a réussi à empêcher toute captation privative de la création collective. Pour une partie de ce mouvement social d'un nouveau type, il s'agit désormais de ne plus se limiter au code informatique, mais de constituer toute une culture « libre ». Après avoir intégré les règles et les pratiques de l'Open Source (programmation en « sources ouvertes »), on se tourne naturellement vers l'Open Content, c'est-à-dire la constitution de « contenus » sous forme de bien public à l'échelle mondiale. Des livres paraissent avec autorisation explicite de recopie/rediffusion, des œuvres d'art, des cours d'universités parmi les plus prestigieuses<sup>4</sup> deviennent

4. On pense notamment au Massachusetts Institute of Technology de Boston : lire David Diamond, "MIT Everywhere", in *Wired*, septembre 2003.

consultables en ligne, gratuitement, par tous ceux qui disposent d'un accès à l'Internet.

Le meilleur exemple de cette diversification du mouvement est le phénomène « wiki ». Qu'est-ce qu'un wiki ? C'est une sorte de site Internet dont la particularité est d'offrir à chaque visiteur la possibilité d'éditer à sa guise chacune des pages du site. Tout un chacun peut ainsi annoter un texte, le corriger, l'améliorer, ajouter des liens, etc. Le plus surprenant, là encore, c'est que cela fonctionne. Un système de suivi et de sauvegarde des modifications décourage le hooliganisme et le sabotage. Wikipedia, une encyclopédie basée sur ce principe, est déjà forte de plus de 200000 articles, dont certains rédigés par des collectifs comprenant les meilleurs spécialistes mondiaux du sujet. Chaque jour plus de 5000 nouvelles pages, dans toutes les langues, s'ajoutent sur ce site<sup>5</sup>. D'après une étude d'IBM<sup>6</sup>, même les entrées les plus porteuses de controverses (la page « avortement », par exemple) résistent au chaos.

Dans l'économie de la connaissance, à l'ère d'Internet, la « tragédie des communs » – celle qui veut que le bien public soit saccagé par ses utilisateurs, ou accaparé au profit des dominants – ne serait donc pas une fatalité ? Ce constat, très optimiste, doit être nuancé par une analyse des véritables rapports de production dans le « libre ». Par définition, chacun peut mettre ce qu'il veut dans ce « pot commun », sans autre contrainte que l'interdiction de refermer le pot ou de l'emporter avec soi ; les intérêts de chacun des producteurs sont donc intégrés *par lui* dans le produit final. Dans la mesure où il est plus difficile pour certains groupes sociaux de participer (pour des raisons diverses : barrière de langue, niveau d'éducation technologique, mobilisation totale des ressources dans d'autres champs d'activité, etc.), le produit final intégrera donc moins leurs propres

5. Lire Harry Potter (sic), "From open encyclopædia to distributed library project", in *Mute*, Londres, n° 27, hiver-printemps 2004.

6. Voir Martin Wattenberg et Fernanda B. Viégas, *History Flows*, [www.research.ibm.com/history](http://www.research.ibm.com/history).

besoins. Si, donc, les logiciels libres *permettent* aux pays du Sud de se dispenser d'une taxe de nature impériale au profit des compagnies de logiciels occidentales, ces programmes ne seront adaptés à leurs besoins qu'à hauteur de l'engagement de ces pays dans leur production<sup>7</sup>.

Ce petit panorama de l'effervescence autour du «logiciel libre» peut-il permettre de dégager quelques pistes de réflexion en matière de santé publique mondiale, tout particulièrement en matière d'innovation médicale? Comme le démontrent les autres chapitres de ce livre<sup>8</sup>, le modèle pharmaceutique actuel est en crise sur deux fronts:

– d'une part, sa capacité à «innover» est réduite par la structure même qu'il entend donner à l'activité d'innovation. Celle-ci consiste en effet à définir un marché, et à apporter des «nouveau-tés» sur ce marché. Toutefois cela coûte de plus en plus cher, et est de moins en moins efficace sur le plan de la rentabilité financière comme sur le plan thérapeutique... sans même parler du «choix social» que cela suppose, à savoir de ne s'occuper que des maladies à fort potentiel commercial;

– d'autre part, sa capacité à distribuer ses produits les plus nécessaires pour l'humanité est entravée par l'application aux médicaments essentiels des recettes traditionnelles du commerce. L'échec des négociations ouvertes après la déclaration de Doha, pour opposer aux brevets la reconnaissance d'une espèce d'«exception sanitaire» montre bien, en ce sens, une impasse de type systémique.

Les chercheurs se révoltent aussi face à cette situation. Dans le secteur public, les laboratoires n'obtiennent des moyens de

7. Les études sur ce thème sont encore assez rares, mais il faut remarquer que la Chine et le Japon ont lancé plusieurs projets de «Linux asiatiques». Les pays qui se dotent, pour des raisons économiques et en défi à l'ordre économique global, de législations pro-logiciels libres doivent être conscients de la nécessité d'investir eux-mêmes dans le développement de ces logiciels. Cf. Gilberto Câmara, «Open source software production: fact and fiction», in *Mute*, *ibidem*.

8. Cf. chapitres 3, 5, 10 et 13.

## UNE PERSPECTIVE POUR LA RECHERCHE

travail corrects que dans la mesure où leurs priorités correspondent à celles des industriels. Quant aux chercheurs de l'industrie pharmaceutique, ils se sentent des pions dans un jeu financier de plus en plus virtuel, où des firmes peuvent décider de rayer de la carte les laboratoires qui ne passent pas le «seuil de rentabilité» attendu.

Or le «paradigme» de l'open source ressort moins d'une idéologie (même si certains parlent de «communisme», tandis que d'autres y voient le «vrai libéralisme»...) que d'une utopie en marche. Utopie proche des valeurs traditionnelles de la recherche scientifique : la publication des résultats et des sources y est permanente, la discussion ouverte et débarrassée de contraintes de secret, la reconnaissance par les pairs se fait sur la base du mérite et de la compétence, au sein d'une «communauté» mondiale d'individus coopérant librement en fonction de leurs affinités.

La biologie «open source» n'est pas une nouveauté. Au contraire. En 1955, le docteur Jonas Salk, le créateur du premier vaccin contre la poliomyélite, est interrogé en héros dans une émission de télévision. Le journaliste lui demande à qui appartient le brevet. «Eh bien... au peuple. Il n'y a pas de brevet. Peut-on breveter le soleil?»

La course au séquençage du génome humain a constitué l'épisode le plus médiatique de cet affrontement de deux conceptions de la recherche scientifique. À la fin des années quatre-vingt-dix, alors que les biotechnologies étaient un sujet «chaud» à la Bourse, nombre de *start-up* de génomique se sont hâtées de formuler des demandes de brevet sur les gènes qu'elles pouvaient réussir à séquencer. À l'inverse, le «projet génome humain», coordination de scientifiques pilotée par John Sulston, à l'Institut Sanger (Royaume-Uni), fonctionnait sur les trois principes suivants, que les chercheurs adoptèrent lors d'une réunion internationale aux Bermudes :

– diffusion automatique des assemblages des séquences de plus de mille bases (si possible sous 24 heures) ;

- publication immédiate des séquences annotées finies;
- objectif: rendre toute la séquence librement accessible, dans le domaine public, à la fois pour la recherche et le développement, dans le but de maximiser les avantages pour l'ensemble de la société.

Le projet privé le plus avancé était celui de Craig Venter, fondateur de Celera Genomics. Dans le livre qu'il a publié peu de temps avant de recevoir le prix Nobel de médecine, Sulston raconte qu'il avait un jour posé cette question à Venter: «Tu essaies de devenir le Microsoft du génome?» Venter s'était amusé de l'expression. Et John Sulston et ses collègues de s'interroger: «Si Celera est le géno-Microsoft, pourquoi ne serions-nous pas le géno-Linux? Que se passerait-il si nous mettions notre séquence sous une licence de type GNU-GPL?» Toutefois, les gènes ne leur appartenant pas plus qu'ils n'étaient la propriété de Craig Venter, ils conclurent que cela disqualifiait la licence GPL, et militait pour l'inscription du génome dans le simple domaine public<sup>9</sup>.

En 1988, l'écrivain Norman Spinrad anticipait cette incompatibilité flagrante entre la santé publique et l'industrie pharmaceutique telle qu'on la connaît: dans ses *Chroniques de l'âge du fléau*<sup>10</sup>, il imaginait l'Amérique après vingt ans de sida. L'épidémie ravage la société, et une firme pharmaceutique vend, tous les six mois, un vaccin temporaire face au virus qui mute en permanence. Un jour, le chercheur phare de cette firme met au point un contre-virus, qui se transmet de la même manière, par voie sexuelle, et annihile le virus pathogène. Pour la firme, un choix s'impose entre un produit qu'elle peut vendre tous les six mois à des millions de personnes riches et en bonne santé, et l'inoculation de quelques dizaines de milliers de malades

9. John Sulston et Georgina Ferry, *The Common Thread: a Story of Science, Politics, Ethics and the Human Genome*, Bantam Press, 2003.

10. Rééditée en traduction française dans un recueil intitulé *Les Années fléaux*, Folio SF, 2002.

## UNE PERSPECTIVE POUR LA RECHERCHE

pauvres, une fois, aboutissant à l'éradication du fléau. La «rationalité» économique implique alors... l'assassinat du chercheur.

Depuis, l'épisode du SRAS est venu confirmer la force de la résolution ouverte des problèmes de santé publique: la découverte et l'analyse des propriétés du coronavirus responsable de cette brusque épidémie respiratoire n'ont nécessité qu'un mois de mobilisation des scientifiques du monde entier, pendant que les industriels regardaient faire, les bras croisés. «Le docteur Norbert Bischofberger, vice-président exécutif pour la recherche et le développement de Gilead [un laboratoire pharmaceutique spécialisé dans les maladies infectieuses mortelles], a indiqué être «confiant à 100%» que sa société serait capable de développer un médicament contre le SRAS, signalait Andrew Pollack, *du New York Times*, mais qu'il ne pensait pas le faire, car il estimait que la maladie ne serait pas un fléau majeur. «Faire quelque chose contre ce coronavirus requiert autant d'efforts que contre toute autre cible, a-t-il déclaré, mais à la fin vous n'avez pas un produit que vous pouvez vendre»<sup>11</sup>. »

Face à des pandémies déjà bien implantées (et négligées), et alors que les menaces de nouveaux virus se multiplient – ainsi, l'OMS considère déjà que «la question n'est pas de savoir si la grippe aviaire va se propager, mais quand elle va le faire», et estime qu'entre 20% et 35% de la population de la planète sera touchée<sup>12</sup>... –, il ne faut pas perdre de vue la préparation de l'accès aux médicaments essentiels de demain. Les lobbies pharmaceutiques jouent habilement de cette obligation commune pour demander la protection de leurs brevets et l'extension de leurs droits. Sur ce terrain, il ne suffit pas de démontrer que leurs chiffres ne sont pas crédibles et leur modèle dans l'impasse; il faut aussi montrer qu'une autre voie est possible, et qu'elle serait non seulement plus juste, mais au moins aussi efficace dans ses résultats.

11. Andrew Pollack, "With SARS, antiviral arms race heats up", in *The New York Times*, 25 mai 2003.

12. Lire *Libération*, 16 mars 2004.

Le mouvement de « dé-privatisation » prend déjà de l'ampleur. Le duopole des revues de biologie les plus prestigieuses, *Nature* et *Science*, est désormais contesté par *PLoS-Biology* (*Public Library of Science*), une publication lancée en 2003 sur la base de l'Initiative de Budapest pour l'accès ouvert [aux connaissances scientifiques]<sup>13</sup>, et soutenue, entre autres, par le Prix Nobel de chimie Harold Varmus. Alors que la pression est grande pour diriger les meilleurs articles vers les revues ayant un « facteur d'impact<sup>14</sup> » important, *PLoS-Biology* s'est vue proposer des travaux de premier ordre comme cet article de Osherovich, Cox *et al.* mettant en évidence des mécanismes concrets de la formation des prions, dont le chercheur Philippe Aigrain souligne qu'il est « nobélisable: ce choix de publication signale la fin du modèle de publication scientifique propriétaire<sup>15</sup> ».

Les logiciels utilisés dans la recherche biologique sont un autre exemple de cette approche ouverte : le groupe de recherche britannique CCP4 par exemple fait office de précurseur, puisque, « dès octobre 1979, il propose un ensemble de logiciels de cristallographie. Les règles du jeu sont les suivantes : CCP4 peut distribuer l'ensemble comme il le veut, chacun des auteurs conservant le droit de distribuer aussi (sa seule partie) à sa manière. Les auteurs n'ont pas de droit de regard sur la façon dont CCP4 distribue les programmes, pas plus que CCP4 n'a de droit de regard sur les licences adoptées par les auteurs. CCP4 fait donc payer les industriels mais pas les académiques, ce qui leur permet d'avoir une dizaine de salariés dont le travail est de maintenir le code. Efficace : il est aujourd'hui impensable de faire de la cristallographie sans utiliser CCP4. Et nombre d'auteurs ne prennent pas la peine de distribuer ni de maintenir leur code. »<sup>16</sup>

13. [www.soros.org/openaccess/fr](http://www.soros.org/openaccess/fr).

14. Le taux moyen de citation d'un article publié dans leurs pages.

15. Philippe Aigrain, sur la liste [escape\\_1@freescape.eu.org](mailto:escape_1@freescape.eu.org), 23 mars 2004.

16. Anne Poupon, bio-informaticienne au CNRS, entretien particulier.

## UNE PERSPECTIVE POUR LA RECHERCHE

Lorsque l'on parle d'ADN ou du fonctionnement cellulaire, le simple fait d'octroyer des droits de «propriété» sur une partie (un gène ou une protéine) risque bien de bloquer l'ensemble de la recherche, comme l'ont appris à leurs dépens les cancérologues qui ont mis en évidence le rôle, dans un certain type de cancer du sein, d'une anomalie sur le gène BRCA1. Mais ils s'aperçurent alors que le gène était «breveté» par la firme Myriad Genetics, qui l'avait séquencé sans en connaître la fonction, et réclamait des royalties sur les kits de détection de cette anomalie ! Les protestations publiques ont conduit l'Office européen des brevets à révoquer, le 18 mai 2004, le brevet européen de Myriad sur ce gène. Mais, pour un gène sauvé par une mobilisation d'instituts de recherche, d'associations de malades, etc., combien de technologies vitales sont-elles ainsi accaparées, contre le bien public, par des «détenteurs de propriété intellectuelle» ?

Un autre exemple est donné par les «combinaisons à dose fixe», qui réunissent dans une seule pilule les molécules entrant dans certaines multithérapies antisida. Ce système, qui permet d'éviter l'apparition de résistances au traitement peut représenter un outil thérapeutique de première importance, surtout – souligne Médecins sans frontières – dans des pays avec «peu de médecins, peu d'hôpitaux, et peu de labos»<sup>17</sup>. Or, ces combinaisons n'arrangent pas les labos, qui ont tout fait pour vider de son sens une réunion de l'OMS prévue sur le sujet au mois de mai 2004. Il faudra probablement que les fabricants de génériques, à la manière des *hackers* informatiques, forcent la main des Big Pharma.

Comment encourager la production de biens publics pharmaceutiques à l'échelle mondiale? Deux personnalités – le biologiste Tim Hubbard (le successeur de John Sulston à la tête de l'Institut Sanger) et l'économiste James Love (à qui l'on doit notamment le lancement du procès Microsoft aux États-Unis et la proposition du laboratoire indien Cipla d'une trithérapie à

17. [www.accessmed-msf.org/documents/factsheetfdc.pdf](http://www.accessmed-msf.org/documents/factsheetfdc.pdf).

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

140 dollars) – viennent de lancer l'idée d'un traité international, dont l'objectif serait de donner des chances égales aux deux modes de financement de l'innovation pharmaceutique: la protection par brevet des recherches privées, d'une part, et la constitution de biens publics mondiaux, d'autre part.

Pour cela, les deux auteurs proposent<sup>18</sup> de prendre au sérieux l'argument sous-jacent aux accords commerciaux du type «Adpic», qui veut que, sans la force d'un traité international, les pays ne sont pas incités à participer à la recherche, étant donné qu'il est moins cher d'attendre que les autres pays aient fait ces investissements (c'est le problème économique classique du «free rider» ou «passager clandestin»). Le traité contraindrait donc tous les pays à participer à ce financement, à la hauteur des dépenses existantes. Or, remarquent-ils, la part de l'économie consacrée aux dépenses de médicaments est, de façon relativement uniforme, de l'ordre de 1% du produit intérieur brut (PIB), dont un dixième est affecté aux coûts de licence, c'est-à-dire *in fine* à la recherche. Cela signifie que si l'on décidait que chaque pays doit affecter 0,1% (ou plus) de son PIB à la recherche, *selon des priorités et des modalités décidées localement*, on maintiendrait un niveau d'investissement équivalent à l'actuel, voire supérieur, tout en redonnant ses lettres de noblesses à un secteur industriel censé œuvrer pour la santé de tous.

18. Tim Hubbard, James Love, "A New Trade Framework for Global Healthcare R & D", in *PLoS-Biology*, vol.2, n° 2, février 2004.

## Santé et environnement : une problématique mondiale

François Veillerette<sup>19</sup>

**L'échelle mondiale d'un bien public ne dépend pas seulement de son évolution propre. Les atteintes de plus en plus vives et de plus en plus mondialisées à l'environnement ont des effets croissants sur la santé – lesquels relèveront de plus en plus de remèdes à l'échelle mondiale. Et pas seulement médicaux.**

Longtemps, la dégradation de l'environnement est apparue comme pouvant constituer une menace directe lointaine pour les humains.

Pourtant, la réalité de cette dégradation environnementale a commencé à devenir une évidence il y a déjà de nombreuses années. Dégradation accélérée des dernières forêts primaires, pollution des océans par des marées noires à répétition, accident nucléaire majeur, disparition d'espèces menacées, réchauffement planétaire... ont été autant d'événements qui ont

---

19. Président du conseil d'administration de Greenpeace France. Texte proposé au débat de l'Assemblée statutaire du 13 décembre 2003. Depuis lors deux ouvrages importants ont contribué à populariser cet enjeu dans le monde francophone: Dominique Belpomme et Bernard Pascuito, *Ces maladies créées par l'homme. Comment la dégradation de l'environnement met en péril notre santé*, Albin Michel, 2004; Geneviève Barbier et Armand Farrachi, *La Société cancérigène. Lutte-t-on vraiment contre le cancer?*, La Martinière, 2004.

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

contribué à éveiller dans le public la conscience d'une menace sur l'environnement, même si, visiblement, cet éveil reste notoirement insuffisant à ce jour.

Au-delà de l'insuffisance de cette prise de conscience, c'est surtout la portée de cette menace pour l'espèce humaine qui a été insuffisamment perçue. En effet cette menace apparaissait souvent comme éloignée dans le temps ou dans l'espace ou bien encore comme ne concernant pas directement l'espèce humaine. Ainsi on a longtemps présenté les problèmes environnementaux comme touchant uniquement les milieux, notion abstraite (les océans, l'air, l'eau...) ou encore des espèces animales ou végétales, menacées de disparition. De même, les menaces ont longtemps été présentées ou ressenties comme éloignées dans l'espace (l'Amazonie c'est loin et le nuage de Tchernobyl s'est, lui, arrêté à la frontière franco-allemande!) ou encore éloignées dans le temps (les conséquences du réchauffement planétaire ne seront pas ressenties avant longtemps...), ou bien uniquement liées à des événements ponctuels (l'accident serait alors l'exception qui confirme la règle). Cette perception est à l'évidence issue d'une vision déformée du monde qui tient au fait que l'Homme s'est, dans la civilisation occidentale, symboliquement placé au-dessus de la nature – et parfois même en dehors – et ne conçoit donc pas facilement que les atteintes qu'il inflige à son environnement puissent un jour lui être vraiment néfastes. Cette perception tient aussi à une désinformation savamment organisée, au service d'intérêts puissants. Selon elle, tout cela ne nous concernerait donc pas directement et, au pire, l'Homme et sa toute-puissante technologie pourront de toute façon contrôler tout ça!

Malheureusement, la réalité est tout autre : nous faisons partie intégrante des écosystèmes terrestres et les menaces environnementales nous rattrapent à grands pas.

Nous savons maintenant que la généralisation des pollutions en tout genre a favorisé l'apparition de problèmes de santé majeurs révélés par les travaux d'équipes scientifiques de plus en

plus performantes. Ces scientifiques pionniers de la santé environnementale, tels en France André Picot, Henri Pézerat ou André Cicollela, ont mis en évidence durant ces dernières décennies l'existence d'une foule d'affections liées aux pollutions globales provoquées par notre civilisation. Ces affections sont souvent des affections chroniques causées par l'exposition journalière, dans la durée, de segments entiers de la population à divers polluants. Ainsi, on sait maintenant que l'exposition chronique à de faibles doses de produits toxiques (plastifiants, pesticides, retardateurs de flammes...) peut être responsable de divers types de cancers ou encore de problèmes de la reproduction ou du développement physiologique. De même, les pollutions d'origine nucléaire seraient la cause de cancers spécifiques. La pollution généralisée de l'air des grandes villes cause de véritables épidémies d'affections pulmonaires. Les pollutions d'origine électromagnétiques inquiètent pour leurs éventuelles conséquences les voisins de lignes à haute tension ou les utilisateurs de téléphones portables, etc. Le réchauffement planétaire d'origine anthropique – phénomène global par excellence – amène, lui aussi, son cortège de menaces sanitaires: décès dus directement à la chaleur chez les plus fragiles, extension de la zone de prévalence de certaines maladies comme la malaria, problèmes de santé dus à la raréfaction des ressources en eau et aux maladies liées, famines, etc.

Au-delà de ces affections déjà mises en évidence, beaucoup reste à faire pour évaluer sérieusement l'impact de la dégradation de notre environnement sur notre santé. Ainsi, une maladie comme la fibromyalgie, affection ayant une prévalence de 1 à 6% selon les études (soit de 600000 à 3,6 millions de malades en France!) pourrait bien avoir des causes environnementales. La modification du ratio des sexes dans les pays d'Europe et les États-Unis pourrait également être causée par la contamination généralisée de notre environnement par des produits toxiques aux propriétés pseudo hormonales.

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

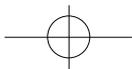
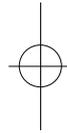
Pourtant, les pouvoirs publics ne semblent pas – et c'est peu dire – avoir pleinement pris conscience de la gravité de la situation. Si, grâce à la détermination de scientifiques comme André Cicolella ou de politiques courageux comme André Aschieri, député apparenté Vert, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale a pu voir le jour, ses moyens restent dérisoires au regard de l'ampleur de la tâche restant à accomplir. Que dire de l'état de la toxicologie en France? Tout se passe comme si dans notre pays on avait voulu chercher à faire disparaître toute réelle compétence dans le domaine de l'évaluation des dangers posés par les substances chimiques. Que dire également de la rareté des études épidémiologiques réalisées en France dans le domaine de la santé environnementale? Que dire d'un plan cancer – une des priorités de notre Président de la République – qui ne prend pas en compte la dimension environnementale de la véritable épidémie actuelle? Que dire enfin d'un système d'évaluation des produits phytosanitaires qui demande à une équipe de trois personnes d'étudier plus de 20000 dossiers de demandes d'autorisation de mises sur le marché par an?

Cette situation ne saurait durer. Le public a en effet montré son extrême sensibilité aux problèmes de santé publique lors de récents épisodes comme celui du «sang contaminé» ou dans l'affaire de «la vache folle». S'il reste encore trop peu sensible à la perception des enjeux environnementaux globaux quand ils sont uniquement présentés selon l'angle «environnemental», le public réagit promptement dès lors que la santé est en jeu. Les questions de santé environnementale inquiètent maintenant autant que les affaires précédemment citées. Ainsi, la perception par le public de la question de la pollution de l'eau par des produits toxiques a changé avec la vulgarisation d'informations scientifiques mettant en évidence les conséquences néfastes pour la santé de ces toxiques présents dans l'eau de boisson. Il s'agit, c'est vrai, d'une réaction très basique qui consiste à se sentir concerné uniquement par ce qui touche sa

## SANTÉ ET ENVIRONNEMENT : UNE PROBLÉMATIQUE MONDIALE

propre personne aujourd'hui et ici alors que les grands défis environnementaux impliquent des conséquences planétaires pour les générations à venir, des conséquences particulièrement dramatiques pour les plus pauvres d'entre nous, et des effets souvent indirects ou lointains. Néanmoins, cette réaction de défense constitue un réflexe salutaire. On peut espérer que l'exigence du public en la matière forcera les autorités à accroître les efforts de recherche et à améliorer les législations environnementales. Espérons ensemble également que la prise de conscience de cette menace sur la santé publique dans nos pays riches s'accompagnera d'une prise de conscience des phénomènes globaux de dégradation de l'environnement et de la nécessité impérieuse de changer nos rapports à cette même planète.

C'est le rôle des ONG, représentant la société civile, alliées à des scientifiques citoyens et à des politiques courageux, que de favoriser cette double prise de conscience. Il nous faudra d'une part savoir alerter nos concitoyens sur les dangers qui menacent aujourd'hui notre santé tout en réussissant à les alerter en même temps sur les menaces plus terribles encore qui pèseront sur nos sociétés si elles persèverent dans le type de développement destructeur actuel. Il nous faudra leur faire prendre conscience que la Terre est un système interdépendant, que chacune de nos actions se répercute sur l'ensemble, même si nous ne voyons pas immédiatement la conséquence de nos actes. Ultimement, les menaces que les dégradations de notre environnement font peser sur notre santé aujourd'hui doivent nous permettre de montrer au grand public que nous n'avons d'autre choix que de changer de cap.



## Le médicament, un bien public mondial ?

*Germán Velásquez<sup>20</sup>*

**Au sein de l'Organisation mondiale de la santé, le combat a été mené depuis de nombreuses années pour l'accès aux médicaments. Les obstacles rencontrés à propos des thérapies du sida et la virulence de certaines réactions de l'industrie pharmaceutique appellent un affichage clair des priorités politiques, de la hiérarchie des droits humains: le médicament qui peut sauver ou guérir doit faire l'objet d'un cahier des charges de service public, au bénéfice de tous les habitants de la planète, sans discrimination. Bref être reconnu comme un bien public à l'échelle mondiale.**

### Huit millions d'enfants pourraient être sauvés

En plein <sup>XXI</sup><sup>e</sup> siècle, un tiers de la population mondiale n'a pas régulièrement accès aux médicaments; 75% de l'humanité vit dans les pays en développement, mais n'achète que 8% des produits pharmaceutiques vendus dans le monde. Nous disposons pourtant, sans l'ombre d'un doute, des moyens techniques et financiers pour produire tous les médicaments dont le monde

20. Germán Velásquez est coordonnateur du Programme d'action pour les médicaments essentiels à l'Organisation mondiale de la santé. L'auteur remercie Jaume Vidal pour sa participation à l'élaboration de ce chapitre.

a besoin. Comment se fait-il alors que, sur les 30 millions de personnes vivant avec le VIH (rétrovirus du sida) en Afrique, seules 27 000 sont traitées, et que 10 millions d'enfants de moins de 5 ans meurent chaque année dans le monde alors que, s'ils avaient régulièrement accès à quelques médicaments essentiels, 8 millions d'entre eux pourraient être sauvés? Près de 10 ans après la mise sur le marché des premiers antirétroviraux, moins de 1% des personnes qui en ont besoin dans les pays en développement y ont accès.

L'OMS estime que plus de 10 millions de morts par an pourraient être évitées d'ici 2015 si l'on améliorait les interventions dans le domaine des maladies contagieuses et non contagieuses, ainsi que dans le domaine de la santé maternelle et périnatale. La plupart de ces interventions dépendent des médicaments essentiels<sup>21</sup>.

Nous vivons une époque pleine de contradictions. Une fillette née au Mozambique aujourd'hui a peu de chances d'atteindre l'âge de cinq ans, alors qu'une autre née en Suisse peut espérer vivre jusqu'à quatre-vingts ans. Un déséquilibre choquant qui pourrait être évité si seulement les États dits développés faisaient preuve d'une volonté politique plus ferme et plus étendue en matière de santé. Malheureusement, intérêts et privilèges commerciaux des nations les plus développées prennent face aux urgences sanitaires qui se présentent dans la majeure partie du monde: c'est le principe de «la liberté de commerce avant tout» que les États nantis invoquent pour justifier leur inertie. L'accès aux médicaments illustre de façon dramatique ce déséquilibre, il est un exemple précis de l'impact des impératifs commerciaux sur la vie et la mort de millions de citoyens et citoyennes dans le monde. Cet état de fait ne pourra être modifié que par l'intervention décidée des plus importants acteurs de la société internationale: États, organisations non

21. Cf. Jonathan D. Quick, Hans V. Hogerzeil, Germán Velásquez, Lembit Rägo, "Twenty-five years of essential medicines", in *Bulletin of the World Health Organisation*, 2002, 80 (11).

## LE MÉDICAMENT, UN BIEN PUBLIC MONDIAL?

gouvernementales, compagnies pharmaceutiques devraient se sentir également concernés par le drame qui se déroule au Mozambique et ailleurs. C'est un défi global qui nous interpelle tous et la réponse internationale devrait être imaginative, vigoureuse et massive.

### Quels sont les enjeux ?

D'où vient le débat qui, depuis trois ou quatre ans, met en cause l'effet des nouvelles règles sur la propriété intellectuelle et sur le droit des personnes à accéder aux médicaments dont elles ont besoin<sup>22</sup>? Quelles ont été les caractéristiques et les leçons de ce débat, et des négociations entre commerce et accès à la santé? Quelle est l'importance et la portée de ce problème? Et enfin, quels en sont les enjeux?

En 1995, l'accord de Marrakech crée l'Organisation mondiale du Commerce (OMC). Elle est fondée sur une série d'accords multilatéraux à caractère obligatoire, parmi lesquels celui sur les Adpic (connu aussi sous le sigle anglais TRIPS) : accord sur les Aspects des Droits de Propriété Intellectuelle liés au Commerce. Trois ou quatre ans plus tard, le secteur de la santé « se réveille » et réalise les implications économiques, politiques et juridiques d'un tel accord à l'échelle nationale. De nombreux pays en développement expriment leurs inquiétudes et mandatent l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour réaliser une étude sur les possibles conséquences de l'accord sur les Adpic pour l'accès aux médicaments. Un rapport de l'OMS alerte la communauté internationale sur le fait que cet accord est une initiative des pays industrialisés, qu'il reflète leurs points de vue et leurs intérêts, et que les besoins des pays en voie de développement n'ont pas été nécessairement pris en considéra-

22. Voir notamment la publication de Germán Velásquez et Pascale Boulet, "Globalization and access to drugs: perspectives on the WTO/TRIPS Agreement", in *Health Economics and Drugs DAP Series n° 7*, WHO, p.38-41.

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

tion. « L'OMS recommande aux pays en voie de développement de profiter au maximum des flexibilités offertes par le texte des Adpic, pour éviter les très sérieuses conséquences sur les politiques de santé publique et préserver leur capacité de réponse devant les situations critiques. <sup>23</sup> »

À ce travail et aux préoccupations des pays en développement, s'ajoutent rapidement les campagnes menées par des organisations non gouvernementales, telles que MSF et Oxfam, mais aussi dans les universités. En quelques mois, cette question se transforme en sujet et objet d'attention et de débat dans la presse de nombreux pays.

Entre 1998 et 2001, un procès fait couler beaucoup d'encre. Il oppose le gouvernement de la République d'Afrique du Sud aux 39 laboratoires pharmaceutiques qui ont tenté de s'opposer à l'application de la loi pharmaceutique (Medicines and Related Substances Control Amendment Act de 1997) inspirée des recommandations de l'OMS <sup>24</sup>. Ce procès a considérablement accéléré et modifié la nature du débat. Quelques mois après la fin du procès, le 20 juin 2001, la question de l'accès aux médicaments fait irruption au sein même de l'OMC à l'initiative d'un groupe de pays africains. Les 144 délégations qui gèrent l'accord sur les Adpic à Genève décident d'aborder le problème. En novembre 2001 à Doha (Qatar), la Conférence ministérielle de l'OMC adopte la Déclaration « sur l'accord sur les Adpic et la santé publique ». Ce texte demande aux pays membres de l'OMC d'appliquer cet accord d'une façon qui protège la santé publique et favorise l'accès aux médicaments. Il « accorde aux pays toute liberté dans le choix de motifs d'attribution de licences obligatoires et le droit de déterminer ce qui

23. Germán Velásquez et Pascale Boulet, *Mondialisation et accès aux médicaments, perspectives sur l'accord Adpic de l'OMC*, WHO/DAP/98.9, Genève, 1999.

24. L'OMS recommande aux pays membres de toujours privilégier la consommation des médicaments génériques beaucoup moins chers que ceux de marque. Pour plus d'information sur le procès : *Victory in South Africa, But the Struggle continues*, [www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/cts/updateSA.htm](http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/cts/updateSA.htm).

## LE MÉDICAMENT, UN BIEN PUBLIC MONDIAL?

constitue une urgence nationale ou une situation d'urgence»<sup>25</sup>. «Même si cette étape a été importante, [...] la Déclaration de l'OMC laisse en suspens de nombreux problèmes, notamment la question des mesures destinées à aider les pays sans capacité de production à accéder aux médicaments génériques fabriqués hors de leurs frontières», déclare le Programme des Nations Unies pour le Développement (Pnud).

La réunion ministérielle de l'OMC à Doha, en novembre 2001, donne au Conseil des Adpic<sup>26</sup> la mission de trouver dans un délai d'un an, une solution pour ce que l'on appelle le «paragraphe 6<sup>27</sup>»: voir comment les pays qui n'ont pas les capacités de fabrication des médicaments peuvent avoir recours aux «licences obligatoires», un mécanisme juridique prévu dans l'accord sur les Adpic. Les licences obligatoires sont un dispositif destiné à surmonter les obstacles qui empêchent l'accès aux médicaments lorsqu'ils font l'objet d'un monopole – en vertu de la généralisation à 20 ans de la durée des brevets.

Après un an de dialogue de sourds sans la moindre solution concrète, les négociateurs n'ont réussi à montrer que leur inconscience face à la gravité et à l'urgence du problème. La proposition suggérée par le paragraphe 6 n'est en aucun cas la panacée à tous les maux de l'humanité; on sait bien que le problème des prix, bien qu'il soit le principal obstacle à l'accès aux médicaments, n'est pas le seul. L'accessibilité dépend principalement de quatre facteurs: la sélection judicieuse des médicaments autorisés à être mis sur le marché dans un pays donné; l'existence de dispositifs de financement; la présence et l'entretien de systèmes et d'infrastructures de santé fiables, et des prix

25. Pnud, Rapport mondial sur le développement humain 2002, p. 105.

26. Organe de l'OMC à Genève qui administre l'Accord sur les Adpic et se compose de 144 membres.

27. Les discussions qui ont enlisé les pays membres de l'OMC autour de la mise en œuvre du paragraphe 6 de la Déclaration de Doha ont abouti au mois d'août 2003 (alors que la date butoir était décembre 2002). Ces discussions montrent très clairement l'opposition, concertée et appuyée par le secteur pharmaceutique, de certains pays développés dont les États-Unis.

abordables pour les malades ou les systèmes de sécurité sociale. Sans être le seul facteur déterminant de l'accessibilité, le prix des médicaments joue sans le moindre doute un rôle essentiel. Il n'en reste pas moins qu'à l'OMC, les «administrateurs» d'un des principaux symboles du processus actuel de mondialisation que constitue l'accord sur les Adpic se sont fourvoyés: ils ont perdu l'occasion de délivrer un message clair de «bonne volonté» à ceux qui, bien que convaincus de la nécessité de développer et d'améliorer le commerce international, se voient dans l'obligation de lutter pour sauver des vies – les vies de ceux qui devront produire les objets de ce commerce et qui, en théorie, devraient aussi pouvoir en bénéficier.

### **La recherche de quoi pour qui ?**

Dans la logique du système actuel, si l'on peut appeler logique ce cercle sans issue, la généralisation du système des brevets (d'une durée minimum de 20 ans), exigée par l'accord sur les Adpic, est indispensable pour permettre aux laboratoires pharmaceutiques privés de poursuivre leurs travaux de recherche. Celle-ci est en effet coûteuse et les brevets garantissent des prix élevés en raison du monopole qui en découle (contraire, selon certains, à la liberté du commerce). Si ces prix élevés alimentent bien la recherche, ils empêchent aussi la grande majorité de ceux qui ont besoin des nouveaux produits de pouvoir y accéder. Il faut bien évidemment sauver la recherche et le développement de nouveaux médicaments, à condition que ceux-ci puissent sauver des vies dès leur découverte. Continuer sur les bases actuelles du système nous conduira à perpétuer la situation absurde qui voit des millions de personnes mourir par manque de médicaments, alors que ces

## LE MÉDICAMENT, UN BIEN PUBLIC MONDIAL?

médicaments existent et que la société contemporaine pourrait les mettre à leur portée.

La recherche et le développement de nouveaux médicaments, en grande partie entre les mains du secteur privé, dépendent du marché potentiel du produit et non des besoins de santé des populations, particulièrement les plus démunies. Au cours des vingt dernières années, pratiquement aucune étude n'a été entreprise pour développer des médicaments contre des maladies qui touchent des millions de personnes dans les pays en développement : maladie de Chagas, leishmaniose, schistosomiase ou maladie du sommeil par exemple.

« Jusqu'à récemment, les patients souffrant de la maladie du sommeil n'avaient pas d'autre choix qu'un traitement douloureux à base d'arsenic faute de médicament plus efficace, et ce alors que la maladie touche 500 000 personnes et en menace 60 millions de plus en Afrique. La maladie de Chagas menace un quart de la population d'Amérique latine, et aucun des médicaments existants n'est suffisamment efficace pour traiter les malades chroniques, enfants et adultes. Il devrait pourtant être possible de réduire la souffrance humaine causée par ces maladies infectieuses : les milliards de dollars consacrés à la recherche et au développement en matière de santé devraient permettre de développer des traitements efficaces pour ces maladies. Or, très peu de nouveaux médicaments permettant de soigner les maladies courantes dans les pays en développement ont été mis sur le marché au cours de ces dernières années, simplement parce que très peu de recherche-développement est menée dans ce domaine. <sup>28</sup> »

28. MSF, *Recherche médicale en panne pour les maladies des plus pauvres*, Genève, 2001.

## Les pays du Nord en danger ?

L'application aux médicaments des nouvelles règles juridiques de la propriété intellectuelle aura sans le moindre doute des conséquences sur l'accès aux traitements dans les dix, quinze, vingt prochaines années. S'il est certain que les pays en développement en ressentiront les effets, il est aussi très probable que ce sera le cas pour les pays industrialisés où les populations, habituées depuis une cinquantaine d'années à avoir un accès régulier et gratuit aux médicaments, risquent de réagir fortement si ce droit venait à être remis en question. Jusqu'à quand les systèmes de santé des pays industrialisés pourront-ils supporter l'augmentation des coûts de remboursement, faire face la cherté de nouvelles spécialités contre les maladies cardio-vasculaires ou le cancer, ou des thérapies liées au vieillissement de la population, ou des médicaments développés à partir de la recherche sur le génome humain (eux aussi couverts par des brevets, alors que cette recherche a été très largement publique!)? Les pays du Nord attendront-ils, pour traiter à fond le problème des prix élevés des médicaments, qu'il devienne une « maladie contagieuse » risquant de les contaminer?

Aux États-Unis, selon les projections des centres « Medicare » et des « Medicaid Services<sup>29</sup> », les dépenses nationales de santé vont doubler entre 2001 et 2011 (de 1 400 à 2 800 milliards de dollars)<sup>30</sup>. Ils estiment que les dépenses en produits pharmaceutiques tripleront entre 2001 et 2011, passant de 142 à 414 milliards de dollars. En conséquence, les assureurs privés devront faire face à un dilemme: soit réduire leurs prestations, soit augmenter leurs primes.

29. Medicaid est le régime public américain d'assurance-maladie destiné à certaines catégories de personnes défavorisées. Il est financé à la fois par l'administration fédérale et par les États.

30. Stephen Heffler, Sheila Smith, Greg Won *et alii*, *Health Spending Projections for 2001-2011. The latest Outlook, Health Affairs*, mars-avril 2002, p. 207-218.

## LE MÉDICAMENT, UN BIEN PUBLIC MONDIAL?

Dans de nombreux pays européens, la part des médicaments dans les dépenses de santé est beaucoup plus élevée qu'aux États-Unis, où elle n'est que de 10%, contre 17% en France, 16,3% en Belgique, 17,1% en Grèce et 12,8% en Allemagne<sup>31</sup>. Les dépenses en médicaments sont un indicateur des problèmes auxquels font et devront faire face les systèmes de santé bâtis sur les principes de gratuité et de qualité pour toutes la population. Nombreux sont les pays européens, dont la France<sup>32</sup> et la Suisse, qui envisagent déjà de réduire le nombre de médicaments qui seront remboursés ou couverts par l'administration publique. Les protestations sociales émergent déjà.

**La lutte contre le sida: comment rattraper le temps perdu ?**

Alors que la catastrophe annoncée du sida a semblé précipiter les choses, le débat sur l'accès aux médicaments n'en finit plus de piétiner, comme si nous n'avions rien appris en dépit des milliers de malades qui continuent à mourir chaque jour. Halfdan Malher, ancien directeur de l'OMS, a reconnu, lors d'une conférence de presse en 1986, avoir perdu près de quatre ans dans la lutte contre le sida pour « ne pas s'être rendu compte » de la gravité de la situation. Son successeur, Hiroshi Nakajima, confronté à des enjeux complexes et des intrigues politiques internes, « perdit » le programme mondial de lutte contre le sida – Global Programm on Aids – et s'est vu dans l'obligation de démanteler l'œuvre entreprise par Jonathan Mann. Quelques années plus tard, Peter Piott, responsable d'Onusida, déclarait que ce démantèlement avait fait perdre à

31. Données de l'OCDE sur la santé 2002, 4<sup>e</sup> édition.

32. *Le Monde* du 24 avril 2003 annonce la décision du gouvernement de faire passer le remboursement de 617 spécialités de 65 à 35% et de ne plus en rembourser 100 autres.

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

nouveau quatre ou cinq ans à la lutte contre le sida, le temps que l'Onusida devienne véritablement opérationnelle – au milieu des années quatre-vingt-dix. On peut dès lors se demander légitimement si les Nations Unies ont été à la hauteur de la gravité et de l'urgence du problème. On pourrait même se demander jusqu'à quel point la communauté internationale (opinion publique, sociétés civile et académique incluses) fut complice de cette indifférence.

Insuffisance des moyens, insuffisance des mécanismes d'aide, insuffisance de retombées concrètes des grandes déclarations de principe caractérisent la communauté internationale. L'Initiative d'accès accéléré (IAA) a représenté l'accord le plus important de ces dernières années pour la réduction des prix des antirétroviraux (ARV) dans les pays en développement (de 12000 \$ en 2000 à 420 \$ en 2003, par personne et par an). L'Onusida a lancé cette initiative<sup>33</sup> en mai 2000, avec d'autres institutions des Nations Unies et cinq laboratoires pharmaceutiques (Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Merck & Co et Hoffman La Roche). Fin 2001, la responsabilité de l'IAA a été transférée à l'OMS. En trois ans, 80 pays ont manifesté leur intérêt, 38 ont élaboré des plans d'action et 19 ont conclu des accords avec des sociétés pour participer à cette initiative. Malgré l'intérêt général manifesté par les États concernés, le nombre des patients sous ARV dans les pays adhérant à l'initiative reste à ce jour encore largement insuffisant: moins de 1%, soit 27000 patients, alors qu'il y a en Afrique 30 millions de personnes qui vivent avec le VIH<sup>34</sup>.

En juin 2003, dix pays d'Amérique latine (Argentine, Bolivie, Chili, Colombie, Équateur, Mexique, Paraguay, Pérou, Uruguay et Venezuela) ont refusé les propositions de l'Initiative

33. Pour une analyse critique de cette initiative,

cf. [www.actupparis.org/pdf/nord\\_sud/02\\_05\\_15\\_Acceleration\\_Acc\\_ENG.pdf](http://www.actupparis.org/pdf/nord_sud/02_05_15_Acceleration_Acc_ENG.pdf).

34. Cf. l'étude confiée par l'OMS à Cheri Grace, Genève, 2003. Publication en cours.

## LE MÉDICAMENT, UN BIEN PUBLIC MONDIAL?

d'accès accéléré et ont conclu un accord beaucoup plus favorable, avec les fabricants indiens et argentins producteurs d'ARV pour réduire les prix de 37 médicaments, dont 15 ont un prix de référence plus bas que celui jamais enregistré auparavant dans ces pays. Pour les traitements de première intention (zidovudine, lamivudine, névirapine), le prix est passé de 1 100 \$ (prix précédent le plus bas) ou 5000 \$ (prix précédent le plus élevé) à 365 \$. «Si les économies réalisées sont utilisées pour se fournir en ARV de première intention, cela représente 150000 patients supplémentaires sous traitement. Les négociations ont aussi porté sur les kits de test dont les prix ont chuté de 9 à 90 %.<sup>35</sup>»

En juin 2001, le Fonds mondial pour lutter contre la Tuberculose, le Paludisme et le VIH/sida fut approuvé, à l'initiative du Secrétaire Général des Nations Unies, lors de la première séance extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies consacrée à la pandémie du VIH/sida. L'idée originale du Fonds, lancée pendant une réunion du G8 à Okinawa en juillet 2000, était de créer un partenariat public/privé qui permettrait de donner une réponse au niveau international à trois maladies qui chaque année prennent la vie de six millions de personnes, en particulier celles des citoyens des pays en voie de développement. Ainsi, les États les plus développés de la planète et les principaux acteurs économiques globaux se sont engagés à contribuer économiquement à la recherche d'une solution à cette situation intolérable au début du XXI<sup>e</sup> siècle. Malheureusement, les dons reçus à ce jour ne représentent que 20% des sommes promises à l'origine. En d'autres termes, nous avons là une bonne initiative, mais manifestement pas les moyens de s'attaquer au défi qu'elle prétend relever. En Chine par exemple, où les autorités estiment à un million le nombre des habitants infectés, un laboratoire pharmaceutique occiden-

35. Francisco Rossi, communication sur le réseau E-MED du 16 juin 2003.

tal a offert gratuitement des ARV pendant 8 ans, à 200 patients!

Ces initiatives, comme le Fonds mondial, la diminution des prix ou les dons, n'offrent par ailleurs pas de solutions durables si nous envisageons l'horizon 2020 – ni pour les pays en développement, ni pour les pays développés.

Il existe d'autres initiatives intéressantes, comme par exemple l'Initiative internationale pour un vaccin contre le sida (International AIDS Vaccine Initiative, IAVI), qui réunit des laboratoires pharmaceutiques parmi les plus prestigieux, des laboratoires publics et des organisations non gouvernementales. L'un de ses principes fondamentaux est qu'après avoir trouvé un vaccin, ce dernier devra être mis à la disposition du plus grand nombre à un prix minimal et dans le laps de temps le plus bref possible. Une façon de contourner le système actuel des brevets. Rappelons que pour l'inventeur du vaccin antipoliomyélique, Jonas Salk, le brevet d'un vaccin devait appartenir « à tout le monde », comme le soleil.

La toute dernière initiative, tout à fait prometteuse (créée en juin 2003 à Genève), est la création d'une nouvelle organisation à but non lucratif sur la recherche de médicaments pour lutter contre les maladies négligées qui affectent les populations les plus pauvres. Des institutions prestigieuses dans le domaine de la santé et de la recherche au Brésil, en France, en Inde, au Kenya et en Malaisie ont rejoint Médecins sans frontières, pour lancer le DNDi, « Drugs for Neglected Diseases Initiative » (Initiative pour la lutte contre les maladies négligées).

Les six partenaires sont le Conseil indien pour la recherche médicale, la Fondation Oswaldo Cruz (Brésil), l'Institut Pasteur (France), l'Institut de Recherche médicale du Kenya, Médecins sans frontières et le ministère de la Santé de Malaisie. Le DNDi travaillera en étroite collaboration avec le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), la Banque mondiale et le Programme spécial de Recherche et de Formation sur les maladies tropicales de l'Organisation mon-

## LE MÉDICAMENT, UN BIEN PUBLIC MONDIAL?

diale de la Santé (OMS/TDR). L'OMS/TDR par ailleurs, participera en observateur aux travaux du Conseil scientifique du DNDi, pour apporter son expertise scientifique et technique.

À peine 10 % de la recherche médicale mondiale est aujourd'hui consacrée aux maladies qui concernent 90% de la morbidité mondiale. «Les patients des pays en développement n'ont ainsi d'autre possibilité que de se soigner avec des médicaments devenus inefficaces et aux effets secondaires importants» déclare Yves Champey, directeur par intérim du DNDi. «DNDi mobilisera les acteurs de l'innovation scientifique pour développer de nouveaux traitements pour les patients les plus démunis» rajoute-t-il<sup>36</sup>.

Le DNDi prévoit d'investir 250 millions de dollars sur douze ans afin de développer 6 à 7 médicaments pour combattre la maladie du sommeil, la leishmaniose et la maladie de Chagas, trois maladies mortelles qui menacent 350 millions de personnes chaque année.

En plaçant le développement des médicaments en dehors du marché, en encourageant le secteur public à prendre davantage ses responsabilités dans le domaine de la santé<sup>37</sup>, le DNDi sera la première organisation non lucrative à se concentrer sur les maladies les plus négligées.

### Accès aux médicaments et droits de l'homme

L'avancée la plus importante de ces derniers mois est d'avoir dépassé le débat cantonné aux domaines commercial et juridique et d'en avoir fait un problème éthique lié aux droits de l'Homme.

Dans divers milieux, on commence à se demander si un médicament qui, à un moment donné, peut sauver une vie,

36. Communiqué de presse, 3 juillet 2003, Genève, DNDi – *Drugs for Neglected Diseases initiative*.

37. Pour plus d'information, voir [www.dndi.org](http://www.dndi.org).

n'est pas un bien public. Beaucoup trouvent sans doute étrange que la presse et les organisations gouvernementales répètent inlassablement que la «victoire» de Doha est d'avoir obtenu la confirmation du «droit des membres de l'OMC de protéger la santé publique, et en particulier, de promouvoir l'accessibilité des médicaments pour tous», alors que cet énoncé est absolument évident. L'explication est pourtant simple bien qu'inquiétante: pendant deux ans, on a prétendu opposer la santé au commerce et de nombreuses discussions dans les réunions internationales ont cherché à établir lequel, de la santé ou du commerce, devait passer en premier. Grâce peut-être à ce faux débat, la question a pu être replacée en termes de droits de l'Homme. C'est sous cette perspective qu'on peut comprendre les vrais enjeux et la réelle taille de ce défi.

Le droit à la santé est une chose, la promotion et le développement du commerce en sont une autre. Ces deux notions ne sont pas contradictoires, mais complémentaires, et les opposer ne peut aboutir à une solution. Les règles du commerce, et celles de l'économie en général, doivent avoir pour objectif de contribuer au bien-être social. Elles ne peuvent en aucun cas s'ériger en obstacle pour confisquer les richesses et la prospérité d'une part importante de la société. L'accès aux soins et aux systèmes de santé, perçu comme un droit fondamental<sup>38</sup> de l'être humain, doit être énergiquement protégé par les pouvoirs publics et leurs institutions. Il est désormais clair que si les médicaments sont considérés comme des simples marchandises, cela équivaut à accepter l'accès à la santé comme une marchandise à laquelle seuls ont accès ceux qui ont un pouvoir d'achat

38. «Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires [...]». Article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme. La formulation n'est pas limpide: elle semble privilégier le fait que le malade paie pour se soigner. Mais il a droit à avoir assez d'argent pour le faire... Ce qui suppose des prestations compensatoires.

## LE MÉDICAMENT, UN BIEN PUBLIC MONDIAL?

suffisant. Acheter le salut ou être condamné sans possibilité d'appel, quel scénario terrifiant !

La réflexion sur le médicament essentiel comme bien public, ou indissociablement lié à ce bien public qu'est l'accès à la santé, devrait être approfondie. «... Dans le cadre de la mondialisation, deux mouvements sont en train de transformer en grande partie la santé en bien public global. D'abord, les rapports croissants entre les flux de commerce, de migration et d'information ont accéléré la transmission par delà les frontières des maladies et des risques de santé liés au comportement et à l'environnement. Ensuite, les pressions de plus en plus fortes sur les ressources globales communes en eau et en air ont provoqué des menaces environnementales partagées<sup>39</sup>», avertissent des chercheurs. L'élimination proche de la polio, grâce au vaccin, est un exemple des efforts globaux entrepris pour la défense de la santé en tant que bien public et enjeu international.

Le médicament essentiel, considéré comme un bien public mondial, imposera sans doute de nombreux changements au sein de la communauté internationale. Les pouvoirs publics seront contraints d'apporter de vraies réponses à ce nouveau défi: un bien public mondial peut-il faire l'objet d'un brevet, en d'autres termes être soumis à un monopole au détriment du plus grand nombre ? Un objet (médicament) qui rend possible l'exercice d'un droit fondamental de l'être humain, peut-il être soumis à des règles qui compliquent ou empêchent l'accessibilité universelle pendant vingt ans ? Ne s'agit-il pas là d'une remise en question flagrante d'un droit de l'être humain reconnu par la majeure partie de la communauté internationale ? Comment doivent s'organiser la recherche et le développement de nouveaux produits pharmaceutiques, de façon à ce que ceux-ci soient immédiatement disponibles et accessibles à tous ceux qui en ont besoin ? Comment orienter

39. Inge Kaul, Isabelle Grunberg, Marc A. Stern, *Global public Goods*, UNDP, New York, Oxford, Oxford University Press, 1999, p. 289.

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

ou reconvertir l'industrie pharmaceutique vers des objectifs compatibles avec l'amélioration de la santé et la qualité de vie plutôt que vers la seule expansion économique et le profit immédiat? Comment assurer dans la société de demain, la production et la distribution efficace de ces biens publics mondiaux que sont les médicaments essentiels? Il faudra résoudre toutes ces questions dans les dix à quinze prochaines années et le meilleur moyen de s'y préparer consiste à les formuler clairement dès maintenant. Il ne faut pas avoir peur de défier le statu quo, qu'il soit politique, économique ou social; notamment lorsque, derrière ce statu quo, des enfants meurent et des patients souffrent alors qu'ils pourraient être guéris et soignés.

Dans une lettre datant du 7 juillet 2003, adressée au directeur de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (l'OMPI), 61 experts, provenant de 14 pays développés et de 4 pays en voie de développement du monde entier, ont exprimé leurs préoccupations et demandé à l'OMPI de se pencher sur le problème: « Ces dernières années, il y a eu une explosion de projets avec un esprit d'ouverture et de collaboration pour créer des biens publics. Ces projets sont extrêmement importants et soulèvent des questions de fond concernant les politiques de propriété intellectuelle appropriées. Ils fournissent également la preuve que l'on peut obtenir un haut niveau d'innovation dans certains domaines de l'économie moderne sans protection de la propriété intellectuelle, et que des protections de propriété intellectuelle excessives, déséquilibrées et mal conçues peuvent être contre-productives. Nous demandons à l'OMPI d'organiser une réunion durant l'année 2004 afin d'examiner ces nouveaux modèles de développement ayant un esprit d'ouverture et de collaboration, et de discuter leur pertinence pour les futures politiques publiques.<sup>40</sup> »

Il s'agit d'une problématique particulièrement complexe impliquant de nombreux acteurs, intérêts et discours de natures

40. [www.cptech.org/ip/wipo/kamil-idris-7july2003.pdf](http://www.cptech.org/ip/wipo/kamil-idris-7july2003.pdf).

## LE MÉDICAMENT, UN BIEN PUBLIC MONDIAL?

et d'origines diverses. Elle demande une approche globale et pluridisciplinaire devant concilier le droit international en vigueur et les systèmes juridiques particuliers afin d'aboutir à une pratique du commerce cohérente avec le respect des droits humains. La solution n'apparaîtra ni dans l'immédiat, ni à brève échéance, mais on commence à prendre conscience de la nécessité urgente d'en trouver une. Sinon, nous nous retrouverons dans la situation du sida, pour lequel l'organisation tardive d'une réponse concertée au niveau international a eu pour conséquence qu'à l'heure actuelle, chaque pas en avant est plus un rattrapage du temps perdu qu'un véritable progrès.

Certains, comme MSF, affirment que « l'Organisation mondiale de la Santé, en tant que seule institution gouvernementale internationale légalement responsable de la santé mondiale, doit travailler à l'établissement d'un agenda de recherches et développement prioritaire. <sup>41</sup> »

« Que ce soit par l'OMS ou par un consortium public international, le programme de recherche et de développement de nouveaux médicaments devrait être établi en fonction des priorités et des besoins réels de la santé et pas en fonction des possibilités du marché. <sup>42</sup> »

Comment financer cette grande entreprise? En dehors des contributions et des investissements déjà consentis par de nombreux États, James Orbinsky, ex-président de MSF International, a lancé l'idée de créer un impôt sur les ventes mondiales de l'industrie pharmaceutique pour financer une institution publique chargée de la recherche. Une autre possibilité serait d'affecter une partie des taxes nationales sur le tabac à un fonds public international, ce qui permettrait aux pays en développement d'y participer et garantirait ainsi la recherche dans le domaine des maladies tropicales <sup>43</sup>.

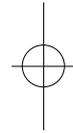
41. MSF, *Recherche médicale en panne pour les maladies des plus pauvres*, Genève, 2001.

42. Ex-président de MSF International. *Obligations versus charity in global research and development*, Paris, 10/1999 (présentation audiovisuelle).

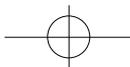


## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

Rien ne sert d'attaquer l'industrie pharmaceutique ou ses opposants et d'essayer de diviser le monde entre «les bons et les méchants», mieux vaut tenter de formuler, de concevoir et même d'inventer pour l'avenir des solutions qui profiteraient à l'ensemble de la société. Des solutions qui peuvent facilement être mises en pratique si le sens d'urgence partagé par la communauté internationale, devant par exemple la pandémie du VIH/SIDA, se traduisait en volonté politique d'agir. Il faut oser transformer et affronter tous ces obstacles qui nous éloignent d'une possible solution.



43. Cf. Germán Velásquez, «Le profit contre la santé. Hold-up sur le médicament», in *Le Monde Diplomatique*, juillet 2003



## L'OIT lance une campagne mondiale en faveur de la sécurité sociale pour tous

**L'OMS n'est pas la seule organisation internationale du système des Nations unies à concevoir la santé comme un bien public mondial. L'Organisation internationale du Travail (OIT) s'y implique de plus en plus en se mobilisant en faveur de «la sécurité sociale pour tous», à l'heure où d'aucuns rêveraient de ne plus la voir nulle part.**

Le 18 juin 2003 à Genève, le directeur général du Bureau international du Travail, Juan Somavia, lançait la «campagne mondiale en faveur de la sécurité sociale pour tous». Quelques extraits de son discours montreront que les réflexions et la mobilisation de cette vénérable institution ne sont pas très éloignées de celles de cet ouvrage, et qu'elle est loin de partir battue d'avance.

«[...] Notre insistance aujourd'hui sur le thème de la sécurité sociale correspond à une période de grande insécurité sociale et économique. Dans de nombreux pays développés, l'avenir des régimes de sécurité sociale établis est à l'ordre du jour et fait l'objet d'un examen attentif [...]. Toutefois, pour la plupart des travailleurs, il s'agit moins de préserver le système de sécurité

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

sociale pour demain que de trouver un moyen d'en construire un aujourd'hui.

Le processus de mondialisation sous sa forme actuelle est tout simplement incapable de créer suffisamment d'emplois là où les gens vivent, et pousse de plus en plus de gens vers les bas-côtés de l'économie, vers l'économie informelle, un monde de non-droit, sans protection ni soutien.

Résultat : ce sont quatre personnes sur cinq aujourd'hui qui n'ont pas droit à une sécurité sociale suffisante, et la moitié de la population mondiale n'a aucune couverture sociale. Dans bien des pays les moins avancés, plus de neuf travailleurs sur dix vivent et travaillent sans aucun filet de sécurité quel qu'il soit.

Et, bien sûr, lorsque nous traitons de ces questions à l'OIT, nous savons que le problème ne se résume pas à des statistiques, et que ce sont des vies humaines qui sont en jeu. Vivre sans aucune sécurité sociale c'est vivre dans l'inquiétude en permanence. Pour celui qui tombe malade et qui ne peut donc pas travailler, c'est se retrouver sans aucun revenu et sans rien à manger. [...] Ce sont aussi des personnes qui meurent parce qu'elles n'ont pas accès aux soins de base et aux médicaments. [...]

Il n'existe pas de recette universelle pour étendre la couverture sociale. Chaque pays a ses propres spécificités et a donc besoin d'une solution sur mesure. Il ne faut pas pour autant se laisser abattre par la tâche. Nous avons pu constater que c'était tout à fait réalisable. Des pays comme la République de Corée, la Tunisie et le Costa Rica nous ont déjà ouvert la voie. En 1987, par exemple, 20 % seulement de la population de la République de Corée avaient une couverture sociale. Aujourd'hui, à peine douze ans plus tard, chaque citoyen de ce pays bénéficie d'une couverture de base.

Notre campagne mondiale repose sur la conviction qu'il est possible de faire quelque chose et qu'il faut adopter de nouvelles approches. Le but de cette campagne est de mieux faire comprendre l'importance de la sécurité sociale comme voie menant

## L'OIT LANCE UNE CAMPAGNE MONDIALE...

à une société intégrante et comme instrument d'éradication de la pauvreté. [...] Il s'agit aussi de créer des partenariats à base très large fondés sur une action concrète, sur des approches novatrices, des idées nouvelles et des résultats concrets. Nos efforts porteront essentiellement sur cinq grandes activités.

Premièrement, aider les pays à élaborer des plans d'action nationaux pour étendre la sécurité sociale. Nous nous y attachons aujourd'hui dans des pays comme le Honduras, le Mali et Sri Lanka.

Deuxièmement, appuyer les efforts à base communautaire déployés dans l'économie informelle. L'OIT a montré le chemin en mettant au point des systèmes de microassurance qui permettent d'accéder aux services de santé dans l'économie informelle. Nous sommes actifs en Inde, au Bangladesh et en Afrique de l'Ouest, en particulier avec des associations de femmes.

Troisièmement, lancer un processus d'expérimentation autour de l'idée d'un Fonds social mondial. Nous cherchons à établir des liens entre les pays industrialisés et les régimes de sécurité sociale des pays en développement. Nous travaillons actuellement en partenariat avec un pays européen et nous espérons tester un projet pilote en Afrique. Tout cela est en discussion.

Quatrièmement, améliorer la gouvernance des régimes de sécurité sociale existants et créer des régimes pour les travailleurs indépendants. Nous y œuvrons dans des pays comme l'Angola, le Mozambique et Sao Tomé-et-Principe.

Et, enfin, étendre la couverture sociale en passant par des partenariats. À cet égard, nous avons conclu une alliance importante avec l'Organisation panaméricaine de la santé afin d'étendre la protection sociale dans la région des Amériques. [...]

Tout en préservant la sécurité et la dignité humaines et la justice sociale, les régimes de sécurité sociale favorisent l'inclusion, l'autonomisation et la démocratie. Cette campagne en

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

faveur de la sécurité sociale [...] repose sur une idée fondamentale: c'est avec des familles vivant dans la sécurité que l'on peut avoir des collectivités vivant dans la sécurité et des sociétés stables. [...]

C'est [...] un moment important de l'histoire de l'OIT. Nous avons mis en place un programme auquel nous avons donné le nom de «campagne» pour projeter nos objectifs, mais c'est en fait beaucoup plus que cela. C'est la conviction profonde que, si nous ne le faisons pas, nous ne pourrons pas répondre aux aspirations fondamentales et aux espoirs des gens [...]. Les gens veulent que ceux qui sont au pouvoir s'occupent de cela avant tout. On doit s'engager à créer des sociétés réelles qui répondent aux besoins des gens. »

Le fondement de la campagne est encore plus explicite: «La sécurité sociale est un droit fondamental de l'être humain, et sa mise en œuvre contribuera à la réalisation de plusieurs des objectifs du Millénaire pour le développement, notamment la réduction de la mortalité infantile et maternelle et la diminution de moitié, d'ici à 2015, de la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour. La sécurité sociale contribue à assurer un niveau de vie décent et permet de sortir un grand nombre de gens de la pauvreté. Elle est étroitement liée à l'emploi et apporte fréquemment un soutien à ceux qui sont incapables de travailler. Avec le développement du travail décent, la sécurité sociale peut être progressivement étendue à tous. »

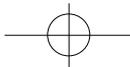
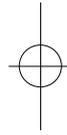
Cette campagne a été demandée à l'OIT en juin 2001, lors de la Conférence internationale du Travail, par les gouvernements, les organisations d'employeurs et de travailleurs. Ils ont considéré qu'il fallait donner priorité absolue à la conception «de politiques et d'initiatives propres à faire bénéficier de la sécurité sociale ceux et celles qui ne sont pas couverts par les systèmes en vigueur». Ce n'est pas le même langage que tiennent à l'OMC nombre de gouvernements et d'entreprises, mais

## L'OIT LANCE UNE CAMPAGNE MONDIALE...

rien n'interdit aux citoyens de s'immiscer dans leur double langage.

Pendant une première période de cinq ans, l'OIT s'emploie à ce que, « dans le plus grand nombre de pays possible, l'extension de la sécurité sociale soit placée au premier rang des priorités ». Elle soutient « les décideurs nationaux et internationaux dans l'élaboration de stratégies visant à étendre la couverture. Ces stratégies devraient s'inspirer de valeurs telles que la solidarité et l'universalité et mettre en œuvre des moyens économiquement efficaces d'extension de la sécurité sociale.

L'OIT recherche aussi des résultats concrets. En Afrique, par exemple, elle a accompagné le renforcement de l'Union des Mutuelles de Santé de Dakar et la mise en place d'un système d'assurance santé pour les membres des 4500 organisations de l'Union Nationale des Coopératives Agricoles du Sénégal. Cette prise d'appui sur les dynamiques mutualistes et coopératives renoue avec les origines de la sécurité sociale.





## La santé parmi les biens publics mondiaux<sup>44</sup>

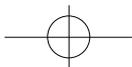
*François-Xavier Verschave*<sup>45</sup>

### La santé, voulue comme un bien public, agressée par une économie hors la loi

La santé, un bien public? C'est une conviction déjà largement partagée, dans le monde et surtout en Europe: il suffit d'y observer la sensibilité des opinions publiques à la remise en cause des systèmes de sécurité sociale. Mais les Européens ont souvent oublié l'histoire sociale qui leur a permis de bénéficier d'un relativement haut niveau de soins, et ils mesurent mal l'ampleur des agressions que ces systèmes vont subir, des défis qu'il leur faudra relever. En tout cas, le commun des mortels est devenu imperméable aux arguties tendant à écarter des biens publics ceux pour lesquels l'accès public, généralisé, ne serait

44. Ce dernier chapitre s'inspire entre autres des séances de travail du groupe, réuni à l'initiative de l'association BPEM, qui a conçu cet ouvrage et dont sont issus la plupart des auteurs. Mais il exprime aussi des points de vue personnels.

45. François-Xavier Verschave, économiste, est président de l'association Survie et animateur des travaux du Comité scientifique de l'association BPEM



## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

pas «naturel», inéluctable (les feux de circulation par exemple, et tous les mécanismes de régulation ou de sécurité collective), mais seulement «choisi» (la santé, l'éducation, la culture, etc.). Seuls certains riches pensent encore qu'il faut seulement soigner les riches.

Le bien «santé» est particulièrement complexe, voire paradoxal puisqu'il s'agit pour chaque individu d'un combat destiné à être finalement perdu. Il mêle la prévention, qui peut réduire considérablement les prestations (et donc la mesure du bien en économie quantitative), l'offre de biens (médicaments, prothèses, etc.), les services des corporations soignantes, la compensation des incapacités passagères ou durables. Tout cela requiert des solidarités. Si l'on se réfère aux trois étages de l'architecture économique et sociale selon l'historien Fernand Braudel<sup>46</sup>, l'on s'aperçoit que ces solidarités se sont très longtemps exercées au rez-de-chaussée des proximités familiales ou claniques. L'insuffisance de ces solidarités proches, puis leur mise en cause par l'urbanisation et le salariat industriel, ont suscité de multiples réponses à l'échelle des «pays», au sens ancien, des cantons, bourgs et villes. Ces réponses, religieuses puis mutualistes, ont contribué à étoffer le tissu local, l'étage central de la société civile. Cet étage est devenu suffisamment fort pour contraindre une instance de l'étage supérieur, l'État, peu soucieux des souffrances de ses sujets, à accepter le contrat social garantissant, entre autres, le bien public santé.

Retenons deux aspects, l'un positif, l'autre négatif, de cette évolution: la société a été capable d'affecter l'adjectif «public» au besoin de santé, et de vérifier les extraordinaires bienfaits de cette novation; mais ce faisant, elle s'est déchargée sur un étage supérieur, lointain, du souci de vivifier les circuits de solidarité. La sève instituante atteint de plus en plus difficilement l'institution, l'institué non irrigué peut se scléroser, gêner, voire obstruer la réponse à la demande initiale du mouvement social. La

46. Cf. F.-X. Verschave, *La maison-monde*, Éditions Charles Léopold Mayer, à paraître (nouvelle édition de *Libres leçons de Braudel*, Syros, 1994).

démocratie ne peut se passer de l'étage central (intermédiaire) où se donnent à voir les règles du jeu et leur bénéfice. Court-circuiter cet étage en passant directement de la famille à l'État, pour la prise en charge des personnes âgées par exemple, n'est pas un schéma durable. Autrement dit, nos systèmes publics de santé, enviés par plus de 80% de la planète, sont d'abord victimes de l'illusion occidentale: celle que des biens sociaux aussi précieux que la santé peuvent s'acheter seulement avec de l'argent, y compris public (les prélèvements obligatoires), sans le lien social qui va avec.

Cela pourrait se corriger, et il ne s'agit surtout pas de jeter le bébé (la solidarité financière) avec l'eau du bain. Surtout quand les prélèvements obligatoires sont menacés d'une maladie mortelle: la publicité pour les paradis fiscaux ne cesse d'expliquer à tout un chacun comment ne plus être prélevé. Dans ces paradis, tombeaux des biens publics, passe la moitié de l'argent mondial. On y observe une osmose croissante entre banques, multinationales et mafias. Ils favorisent «un double mouvement corrélé d'expansion du crime dans l'économie et le pouvoir d'un côté, et d'infléchissement de l'économie et du pouvoir dans la criminalité de l'autre<sup>47</sup>». Bref, les prélèvements obligatoires publics sont en train, insensiblement, d'être remplacés par des prélèvements mafieux<sup>48</sup>. Les comptes publics languissants sont amputés à la hache, et l'immense tentation corruptrice des paradis

47. Jean de Maillard, *Le marché fait sa loi*, Mille et une nuits, 2001.

48. Ceux qui arrachent par la corruption le monopole d'un bien vital (l'eau, par exemple) ne se différencient des coupeurs de route que par le costume. Agissant depuis les paradis fiscaux, à proximité plus que tentante des milliers de milliards de dollars de l'agent du crime, les banques et multinationales renforcent leurs ponctions sur le circuit des matières premières (hydrocarbures, minerais, bois...) dont les mafias contrôlent certains chaînons; dans l'immobilier, l'argent blanchi fait monter les prix; aux finances publiques sont finalement imputées de soi-disant «catastrophes» financières qui ne sont en fait que de gigantesques razzias (cf. le gouffre du Crédit Lyonnais, les pertes abyssales de France Telecom, etc.); les firmes pharmaceutiques «achètent» le circuit de fixation des prix des médicaments et font supporter leurs énormes marges aux systèmes de sécurité sociale, etc.

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

décime la résistance des décideurs politiques. Ce sont ces maux publics là qu'il s'agit de soigner en priorité.

Les dizaines de millions de malades du sida sont en première ligne du combat pour les biens publics mondiaux. Ils y meurent par millions, alors que l'on sait comment les soigner, et que le coût en est dérisoire (un prélèvement de quelque dix millièmes sur la production mondiale). Mais les firmes pharmaceutiques ont su par la corruption transformer leurs brevets en racket. Leur boulimie de profits les fait rejoindre le double mouvement de consentement au crime évoqué plus haut, effet d'une dérégulation qui conduit le capitalisme à rejoindre sa caricature. On ne s'en étonne plus de la part des compagnies pétrolières, dont chacun sait qu'elles agressent et escroquent les peuples au sous-sol trop garni, qu'elles se payent les responsables publics et en font les lobbyistes de leurs intérêts privés, qu'elles promeuvent aveuglément l'effet de serre. Le lobby BigPharma est un peu surpris, lui, de se faire accuser, à juste titre, de crime contre l'humanité pour obstruction concertée au sauvetage de dizaines de millions de victimes du sida.

Face à ce petit nombre de «responsables» organisant l'irresponsabilité à l'échelle mondiale, des milliards de citoyens du monde (malades actuels ou futurs, soignants, producteurs et chercheurs de médicaments, syndicalistes, élus, etc.) sont concernés par la préservation et l'amélioration de l'accès aux soins. Les plus motivés d'entre eux tentent de continuer à construire le droit de tous à la santé. Ceux des pays du Nord devront comprendre que leurs systèmes de santé, pour de multiples raisons, n'ont aucun avenir s'ils ne s'ouvrent à une dimension mondiale <sup>49</sup>. Que cette dimension soit requise par la

49. La plupart de ces raisons tournent autour du fait que, si l'exercice d'un droit vital sur un seul territoire conduit à multiplier les situations individuelles inhumaines, l'effectivité de ces frontières deviendra de plus en plus impossible à défendre, elle sera minée de l'intérieur par les militants et pratiquants des droits de l'homme. Or, cet «ennemi intérieur» ne peut être combattu sans ruiner le meilleur d'une société.

Déclaration universelle des droits de l'Homme devrait d'ailleurs être une raison suffisante.

Je ne voulais pas aborder les prémices et les problèmes de la construction du bien public mondial Santé sans avoir rappelé au préalable qu'elle ne sera pas a priori consensuelle: elle a des adversaires qui ont pris quelques longueurs d'avance, en termes d'organisation notamment. La connaissance des stratégies adverses, amplement documentée dans cet ouvrage, est une nécessité. Il est important de révéler ces stratégies souvent masquées, et de les délégitimer. Nous y reviendrons. Mais même à supposer que personne ne veuille saboter l'accès universel à la santé, une série de difficultés doivent être examinées.

### **La demande, l'offre et l'institution**

La demande d'un bien public ne correspond pas toujours exactement à la militance en faveur de ce bien: au XIX<sup>e</sup> siècle par exemple, dans les campagnes françaises, la militance pour l'école a assez souvent précédé la demande. Des composantes culturelles peuvent freiner la demande, ou prolonger une non-demande: une certaine facilité, une certaine fatalité.

Nous devons garder à l'esprit que la santé est dans une certaine mesure vouée à l'échec. L'acharnement thérapeutique pose la question d'une demande renversée: ne plus être soigné. La demande de soin comme le droit à la santé sont en fait des compromis culturels, pragmatiques, entre un grand nombre d'aspirations et de contraintes. Le respect de la liberté entraîne en principe, sauf motifs graves, le droit pour la personne de refuser le soin ou de demander à être soigné autrement. Mais c'est vrai aussi des sociétés: elles peuvent vouloir soigner ceci, et non cela, et préférer leurs médications lorsque des étrangers leur en proposent de «meilleures». La question est particulièrement sensible pour le sida: l'individu et la société doivent être

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

partie prenante dans le traitement d'une maladie que parfois elles ne comprennent pas, ou de façon biaisée.

Il faut affirmer cependant que face à ce fléau, la question majeure aujourd'hui est celle de l'offre sanitaire: de très nombreuses personnes demandent à être soignées et ne le sont pas. Nous avons vu au long de cet ouvrage à quel point certains obstacles sont délirants. Je distinguerais le «software» porté par le corps médical, et le «hardware» des solutions techniques, en particulier les médicaments. L'histoire de la construction des biens publics, quels qu'ils soient, montre que les corporations ont un rôle important à jouer, qui peut être aussi bien négatif que positif. Il n'y aurait pas eu de développement de l'éducation sans les instituteurs et les enseignants; il n'y aurait pas eu de développement de la justice sans juristes, avocats et juges pour porter l'évolution de la jurisprudence et questionner le législateur. La corporation incorpore des pratiques. Comment pouvons-nous faire en sorte que les corporations concernées apportent le maximum au développement du bien public Santé, et ne jouent pas en sens contraire? Les corporations seront-elles des alliées ou des ennemies? Pour qu'elles dépassent leurs préoccupations immédiates, qui sont nombreuses, il faudra un considérable travail de pédagogie: amener les médecins à mesurer le changement d'époque, l'impasse d'une réflexion et d'une pratique trop individuelles, les syndicats de l'industrie pharmaceutique à une conscience des enjeux qui dépasse le seul niveau des établissements menacés, les experts de la sécurité sociale à prendre en compte la dimension internationale, etc. De manière plus radicale, il faudra contester le fonctionnement en oligopole des producteurs de médicaments qui, après avoir concouru – avec leurs défauts – à un certain développement du bien public, sont aujourd'hui au cœur d'une logique de rétraction.

## LA SANTÉ PARMIS LES BIENS PUBLICS MONDIAUX

Les attitudes de blocage des corporations peuvent aussi s'analyser d'un point de vue institutionnel. Concevoir la santé comme bien public à l'échelle mondiale relève de ce que Cornélius Castoriadis appelle *L'institution imaginaire de la société*<sup>50</sup>. L'«institution» est un mot à double sens: un processus et un résultat. Castoriadis parle de la «société instituante» et de la «société instituée». L'histoire abonde de leurs affrontements: la société se rend compte de l'existence de problèmes considérables, qui semblent insolubles ou deviennent de véritables scandales; face à des situations indignes, s'opère une poussée de sève de la société instituante, qui peut devenir irrésistible; la société instituante suscite alors l'institution; mais l'institution finit par perdre sa sève, et se retourne fréquemment contre la société instituante. Alors qu'elle est un résultat, ce résultat oppose sa propre logique et sa propre compétence aux mouvements sociaux, aux besoins nouveaux qui apparaissent.

Les systèmes de santé qui ont été créés par les sociétés instituantes – par exemple le mutualisme du XIX<sup>e</sup> siècle en Europe – opposent parfois leurs rigidités, leur manque de souplesse à de nouvelles demandes. Des industries du médicament qui ont été créées pour remédier aux maladies des gens à partir de recherches diversifiées, dont la maîtrise leur échappait, sont en train d'opposer leur écrasante pesanteur institutionnelle à la société instituante.

Mais celle-ci n'est jamais à court d'inventivité. Les malades du sida ont touché ces industries au cœur de leur «fonds de commerce» en les traitant de «marchands de mort». En Afrique se développent de nouvelles formes d'économie sociale de type coopératif ou mutualiste, qui génèrent de premières réponses à la défaillance des systèmes de soins et dont l'expérience permettra peut-être de passer à une échelle supérieure.

50. Le Seuil, 1975.

## Mobilisation publique mondiale et bien public mondial

Notre démarche est pragmatique: les biens publics sont définis, conquis et préservés par la demande publique, la demande d'un public qui au départ est forcément militant – contre le déni d'un droit, la non-satisfaction d'un besoin perçu comme important et général. Il y a une interaction constante entre la perception du manque et la montée des mouvements qui réclament une réponse. D'un côté, des malades, leurs familles ou des soignants savent parfaitement que tel soin possible n'est pas offert, et leurs réclamations participent à la dynamique sociale instituante qui poussera à une réponse institutionnelle – pas seulement de charité ponctuelle –, de l'autre côté, le mouvement revendicatif ou « désirant » se structure progressivement et participe à la définition plus générale du bien public manquant. Ainsi, les malades du sida ont dénoncé le scandale de l'absence de traitement de leur maladie, ils se sont constitués en associations (comme Act Up) et ont très vite rencontré des problématiques, des attentes plus générales: ils se sont intéressés à la question du médicament au-delà des seuls antirétroviraux, les mouvements du Nord ont découvert les malades du Sud, puis d'autres manques de soins scandaleux comme celui des paludéens, etc.

Rappelons que dans l'approche de l'association Biens publics à l'échelle mondiale (BPEM) place le bien manquant au cœur de sa démarche: le bien s'articule avec des droits (les êtres humains ont droit à tel et tel bien) et des services qui vont rendre effectif l'accès au bien. Chaque fois qu'un manque important est en cause, il faut pour progresser chercher à préciser quel est le bien réclamé, en quoi il est public et pourquoi il doit être assuré à l'échelle mondiale.

Pour ce qui concerne la santé, le bien qui manque aux gens apparaît d'abord comme la possibilité d'être soigné. Cela ne concerne pas seulement les médicaments mais aussi l'accès aux

## LA SANTÉ PARMIS LES BIENS PUBLICS MONDIAUX

praticiens, etc. Tout l'assemblage d'un soin convenable ne relève pas bien entendu de l'échelle mondiale. Mais beaucoup en dépend : la recherche médicale, la propriété intellectuelle des remèdes, l'arrêt du pillage des ressources de certains pays, la dette opposée à la santé publique, etc. Et puis, derrière le soin, il y a plus important sans doute : la possibilité de ne pas être malade, ou du moins d'échapper à des maladies évitables. L'on entre alors dans le versant prévention du bien public Santé, avec des aspects mondiaux comme l'épidémiologie, la sécurité de la chaîne alimentaire, la lutte contre les pollutions, etc.

On voit qu'il est difficile d'en rester à la santé stricto sensu, accès aux soins et prévention des maladies (en réalité, les biens publics sont corrélés, et a fortiori les biens publics mondiaux). Mais il faut tenter l'exercice si l'on ne veut pas trop embrasser. Pourtant cruciale, et de plus en plus mobilisatrice en termes de moyens, la question de la Santé a presque toujours été dédaignée par les politiques et les carriéristes, du genre masculin en particulier : longtemps, ce sont les derniers classés à l'École nationale d'administration qui «choisissaient» le ministère de la Santé, à moins que ce ne soit celui du Travail et des Affaires sociales. L'OMS, dont nous avons vu qu'elle a initié ou coordonné des politiques de santé mondiale aux résultats parfois remarquables, l'a longtemps fait dans une grande indifférence. Il faut le reconnaître une fois de plus, et même insister, c'est le mouvement social porté par les séropositifs qui a changé la donne, par sa motivation, son organisation et l'inventivité de ses actions. Bien qu'il se soit préoccupé de l'ensemble de la prestation soignante, surtout quand l'espérance de vie était très courte, c'est son combat pour l'accès aux médicaments, tragiquement rationnés, qui a marqué l'opinion. Mais la lutte contre le sida a su ne pas garder d'œillères et déborder rapidement sur d'autres domaines, comme la propriété intellectuelle et la question des brevets.

Dès lors elle a rejoint la nébuleuse altermondialiste, en pleine gestation autour de l'OMC et son AGCS (Accord géné-

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

ral sur le commerce et les services). Elle lui a apporté son dynamisme, amenant un mouvement de défense globale des droits économiques et sociaux à s'intéresser tout spécialement aux agressions contre la santé publique. Cette jonction, parmi d'autres, a permis de relier et fédérer de nombreuses luttes. Le monde des ONG de solidarité internationale s'est mobilisé, puis les associations de défense des droits de l'Homme. Les syndicats ont été sensibilisés, et même l'Église catholique, pourtant très frileuse sur la question du sida. Les pays du Sud ont hérité d'une considérable capacité d'expertise dans les négociations internationales, alors qu'ils avaient jusque-là bien peu de moyens à opposer aux bataillons d'experts appointés par le G8.

Comme souvent, cette mobilisation apparaît à la fois nécessaire et accidentelle, fruit d'une série de hasards, de coïncidences, de rencontres conjoncturelles. Le mouvement désirant d'un bien public n'a pas la riche organisation de ceux qui s'y opposent. Mais son imprévisibilité est aussi sa force.

### **Droit et symbole**

Le bien public se situe dans un triptyque bien/droit/service. La revendication concrète (par exemple l'accès au logement pour les mal-logés) est en dialectique permanente avec sa reconnaissance sociale (le droit) et l'organisation de sa prestation. La reconnaissance du droit facilite l'accès au bien, mais le droit ne sera pas reconnu sans revendication du bien. Ensuite, il faut des services pour assurer la mise en œuvre de ce droit. Ces services ne sont pas forcément publics, en revanche le bien est public. La modalité de rendre le service doit répondre à un cahier des charges public, même si ce sont des acteurs privés qui sont chargés de sa réalisation.

L'exemple de l'Afrique du Sud montre l'intérêt d'une approche par le droit, lorsque le contexte s'y prête. La Constitution sud-africaine est probablement l'une des plus pro-

## LA SANTÉ PARMIS LES BIENS PUBLICS MONDIAUX

gressistes au monde: il existe des droits uniques en Afrique; en particulier les exigences de non-discrimination relative à l'orientation sexuelle des individus sont très détaillées. Un mécanisme constitutionnel permet l'introduction des droits socio-économiques, ce qui est assez rare dans une Constitution. Le gouvernement est chargé de mettre en place un ensemble de mesures «raisonnables» – terme assez vague, certes – pour la réalisation progressive des droits socio-économiques dans la limite de ses budgets. Cela signifie que l'on peut porter plainte contre l'État s'il ne propose pas un tel plan «raisonnable». C'est à lui de choisir de mettre en place telle ou telle politique, mais il peut être appelé à prouver devant les tribunaux que sa politique est «raisonnable».

On connaît la position obscurantiste du ministère de la Santé sur la question des antirétroviraux. En association avec des médecins, une plainte a été déposée contre le gouvernement qui bloquait la prescription de la Névirapine, un médicament pouvant être utilisé en prise unique afin d'éviter la transmission du sida de la mère à l'enfant. Le procès a été largement commenté, et il a abouti devant la Haute Cour de Justice de Pretoria, présidée par le juge Chris Botha. Celui-ci a ordonné au gouvernement d'élaborer un plan raisonnable pour prévenir la transmission mère enfant. En attendant de la présentation de ce plan par le gouvernement, le juge a autorisé les médecins sud-africains à prescrire la Névirapine. Le gouvernement a tenté une contre-attaque devant la Cour Constitutionnelle, estimant que le juge était allé trop loin et qu'au nom de la Constitution il n'avait pas à dicter une telle politique. Le fait d'autoriser les médecins à prescrire la Névirapine revenait, selon le gouvernement, à dicter une politique, à imposer un acte d'ordre exécutif. Ce procès a abouti à un changement de politique et à une attitude plus positive de la part du gouvernement, vis-à-vis des antirétroviraux et de la Névirapine. Des manifestations importantes ont eu lieu lors du déroulement du procès. La conjugaison des pressions venant du

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

corps social, de médecins et de fonctionnaires, des divisions au sein de l'ANC (African National Congress), des attaques de partis politiques et des critiques de l'opinion publique internationale, s'ajoutant au droit constitutionnel, ont rendu intenable la position gouvernementale.

Cet exemple illustre le processus historique de la conquête d'un bien public, son «moteur à trois temps». Le premier temps correspond à la constatation du manque ou du désir d'un bien, par un nombre croissant de personnes: en l'occurrence, le bien désirable est l'accès aux médicaments. Ensuite, un mouvement désirant se constitue, en forme d'alliance plus ou moins hétéroclite, il repère et traque une instance responsable de la mise à disposition du bien potentiellement public. Au début, toutes les instances éventuellement concernées se défont. Mais la traque s'intensifie, le mouvement désirant s'amplifie, et il finit par imposer à une instance cette responsabilité, ou à susciter la création d'une nouvelle instance. En même temps, la force de sa demande est devenue telle qu'elle donne à cette instance la capacité politique de trouver les moyens de s'exécuter.

Un mouvement a démarré avec le procès intenté par les compagnies pharmaceutiques sur la question des médicaments génériques. Depuis, différentes dynamiques se combinent. Il est tout à fait possible que ce mouvement aille beaucoup plus loin, puisque les besoins à satisfaire sont gigantesques, dans tous les domaines: les questions des revenus, du logement, d'éducation, etc.

Le développement d'alliances internationales et la communication sur le terrain entre les différents mouvements ayant une pratique militante et d'interpellation – comme Act Up, MSF, Oxfam – ont très bien fonctionné, et ces alliances ont tendance à s'ouvrir de plus en plus. À partir du moment où une porte a été ouverte, où certains droits ont été reconnus ainsi que des obligations pour l'instance désignée comme responsable de la dispensation du bien, cela ouvre la porte à la revendication d'autres droits. C'est aussi pour cette raison qu'Act Up travaille

sur la question des antirétroviraux: c'est une façon de parler de la prise en charge médicale des malades du sida en général, donc de l'amélioration du système sanitaire et médical dans son ensemble. C'est une façon d'adresser un certain nombre de questions à des institutions comme la Banque mondiale.

Notons encore que le mouvement désirant se soude généralement autour d'un symbole. Le bien doit avoir une dimension symbolique. Ici le désir, c'est le refus de la mort: quelque chose peut sauver et on le refuse. Il est vrai qu'avec le symbole on simplifie beaucoup les paramètres, mais cette simplification rend l'enjeu accessible à beaucoup plus de gens. Le médicament ne suffit pas: s'il n'y a pas de professionnels pour l'administrer dans certaines conditions, en respectant le protocole, le traitement risque fort d'échouer. En même temps, en se focalisant sur les antirétroviraux, Act Up a joué un rôle précurseur. Elle a ouvert une crise qui a permis d'interroger les responsables politiques, de pointer une déficience et une menace internationale.

### **Échelles nationale et internationale**

Le cas de l'Afrique du Sud a permis aussi de s'interroger sur les liaisons entre les niveaux national et international. Le premier combat pour les antirétroviraux a été orienté contre les multinationales, donc à un niveau international, alors que le second combat a été mené par le mouvement TAC à un niveau national. Dans les deux cas, l'État sud-africain a été attaqué, par des forces contradictoires. Et dans les deux cas il s'est finalement comporté comme un frein à la reconnaissance d'un bien public.

Il y a eu d'abord un procès initié par l'association des fabricants de médicaments sud-africains, qui regroupe une quarantaine de filiales locales de compagnies internationales, contre un projet de loi prévoyant l'introduction de médicaments génériques et les conditions dans lesquelles une «urgence sanitaire»

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

pourrait légaliser l'emploi de ces génériques. L'État a défendu son projet face aux compagnies pharmaceutiques. La loi était considérée comme progressiste, en réaction au passé récent, sous l'apartheid, où une minorité était très bien soignée alors que la majorité n'était pas soignée du tout. En avril 2001, l'État a gagné le procès par défaut: la plainte a été retirée, la loi pouvait poursuivre son parcours parlementaire. Mais un an plus tard, elle n'avait pas avancé. Des questions ont été adressées au gouvernement, mais le retard pris reporte à deux ans une éventuelle application.

Et entre-temps l'État sud-africain a dû subir un nouveau procès, cette fois de la part de ses citoyens ulcérés par l'interdiction de préserver du sida un grand nombre d'enfant nés de mères séropositives. La mobilisation autour du premier procès a évidemment facilité la prise de conscience, d'où cette revendication à caractère national.

Quant aux laboratoires pharmaceutiques, ils ont affiché une relative satisfaction de la fixation de l'opinion sur les antirétroviraux. Les trithérapies ont eu notamment pour effet de ralentir, voire d'arrêter les recherches sur le sida. Guérir le sida, comme les maladies ou épidémies virales, n'est pas considéré comme rentable. C'est parce qu'il y avait une révolte des malades du sida au Nord, qu'on s'est aperçu qu'un cocktail de molécules donnait quelques résultats et que ces molécules ont été mises sur le marché.

### Médecines occidentale et traditionnelles

Dans les années soixante-dix, l'OMS avait souhaité inverser à l'échéance de l'année 2000 la tendance dite des « 80/20 » : 80% de la population mondiale se soignait autrement que par le système de soins occidental, il fallait qu'il n'en reste plus que 20% à continuer de faire appel à la médecine traditionnelle. L'ancien directeur général de l'OMS, le Japonais Hiroshi

## LA SANTÉ PARMIS LES BIENS PUBLICS MONDIAUX

Nakajima, était très influencé par les firmes pharmaceutiques. Pourtant, au bout de 30 ans, 80% de la population mondiale continue à se soigner autrement que par le système laboratoire – marché – molécules – brevet, et pas seulement dans les pays pauvres.

Il est vrai que les pays où dominent les pratiques médicales non occidentales n'ont souvent pas eu les moyens de se payer ces pratiques, et la grande majorité de leurs populations ne sont pas jugées solvables par les grands laboratoires. Mais ce serait tout à fait contraire à la démarche interculturelle de construction d'un bien public à l'échelle mondiale de vouloir remiser aux oubliettes les apports des médecines non occidentales, y compris les plus confirmées comme la médecine chinoise. C'est pourtant ce que voudrait tenter l'OMS, sous l'influence des lobbyistes occidentaux auxquels de multiples « partenariats » ont ouvert la porte: organiser l'entrée dans le schéma occidental de toutes les médecines non occidentales. Des systèmes de protocole et de mesure devraient être édictés pour évaluer les médecines que l'Occident ne comprend pas et souvent ne veut pas comprendre.

Les médecines traditionnelles restent un bien public, qui représente souvent un dixième de l'activité nationale, même si ce n'est pas mesurable au sens des statistiques mondiales. À peu près la même proportion que le système de santé en Occident. Dans un contexte de décolonisation relative et de recolonisation économique, on observe une rémanence des savoirs autochtones. Ces médecines gagneraient certes à prendre le meilleur des découvertes occidentales, mais ce n'est pas le mépris global où elles sont tenues qui favorisera ce métissage. Un mépris régulé par l'intérêt financier: les multinationales ne se gênent absolument pas pour voler les savoir-faire locaux, en brevetant par exemple les vertus thérapeutiques de certaines plantes utilisées par une médecine traditionnelle. En revanche, aucun moyen de recherche n'est mis en œuvre pour reconnaître les vertus de pratiques médicales traditionnelles non bre-

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

tables, qui peuvent donner pour certaines pathologies des résultats remarquables.

Pour qu'un bien devenu désirable ou indispensable à un grand nombre d'êtres humains puisse être reconnu comme un droit effectif et pour pouvoir définir quels services permettront de le satisfaire, bref pour progresser vers la prestation d'un bien public mondial, il est très important de comprendre comment ce bien s'exprime dans les différentes cultures. Une conception de la santé, un besoin de santé existent dans toutes les civilisations. La réponse est toujours en partie collective, c'est-à-dire que toutes ces civilisations mettent en œuvre une forme de bien public Santé. Pour avancer vers l'échelle mondiale, il est essentiel de comprendre et comparer les logiques sous-jacentes aux principaux systèmes de soins occidentaux et non occidentaux, alors que les apports des seconds sont systématiquement occultés – par les bailleurs de fonds, par la plupart des coopérations, par le marketing des firmes pharmaceutiques et des fabricants de matériel médical. Il faut prendre le temps d'analyser comment s'expriment ici et là l'offre et la demande du bien public Santé, comment elles évoluent, pour ne pas risquer de donner de mauvaises ou de fausses réponses, d'imposer des généralisations hâtives.

La démarche doit rester pragmatique, ne pas parler du bien abstraitement, mais partir des modalités concrètes de satisfaction ou de non-satisfaction de ce bien à travers le monde. Elle implique la reconnaissance des vertus et qualités des différentes médecines et pharmacopées, ce qui va heurter les corporatismes et les modèles occidentaux qui survalorisent un certain type de médication pharmaceutique. Les solutions passeront par une pluralité des statuts et des pratiques de référence, à laquelle les mentalités occidentales sont peu préparées. Ce qui hâtera ces changements, ce sont les revendications élaborées ici et là autour des manques les plus criants. Ainsi, la mondialisation de la revendication des thérapies du sida a posé massivement et

juridiquement le problème du droit à la santé, d'une manière sans précédent, tout en générant des alliances Nord-Sud.

### **L'implication des malades dans l'émergence des services de santé**

À l'exigence d'un accès généralisé aux antirétroviraux, l'on a souvent opposé le manque de services capables de prescrire les médicaments sur place. Cet argument n'est pas vraiment fondé. Quand les trithérapies sont arrivées en France, les praticiens n'étaient pas formés à ces médicaments et à leurs protocoles. Tout s'est mis en place avec les malades: ils ont été obligés de se prendre en main et de se former médicalement pour comprendre comment se passait leur traitement. Les services de santé adaptés se sont mis en place progressivement. À l'échelle mondiale, certains veulent exiger et ériger des conditionnalités: que les services soient mis en place, que les médecins soient formés, qu'il y ait des hôpitaux, etc. avant de permettre l'accès aux trithérapies. Ce discours a été longtemps tenu, et les États-Unis le tiennent encore, même si son impact faiblit.

Maints exemples montrent l'échec d'une stratégie «paternaliste» de la santé (un praticien qui détient le savoir, les molécules et les pratiques, face à un malade qui vient recevoir un service). Comment faire pour soigner selon ce schéma les séropositifs sud-africains, qui peuvent représenter dans certaines régions jusqu'à plus de 30% de la population? En revanche, les patients eux-mêmes se mobilisent quand ils ont des perspectives, quand ils ont accès à des groupes d'autosupport et savent que si leur maladie progresse, ils auront accès aux médicaments nécessaires. Ces groupes d'autosupport sont très importants et la question de l'alimentation y est fondamentale, en liaison avec les médecines traditionnelles, pour essayer de repousser le plus loin possible le stade où la maladie ne devient contrôlable que

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

par les molécules. Il serait intéressant de voir comment cette dynamique pourrait être transposée à d'autres maladies.

Autre exemple probant, celui du Health Systems Trust (HST, une ONG de santé parapublique sud-africaine). Une des raisons du blocage gouvernemental sur les antirétroviraux est le fait qu'en Afrique du Sud la mortalité infantile est énorme. On ne sait pas empêcher un enfant de mourir d'une diarrhée, donc, avance le gouvernement, on ne va pas se mettre à traiter le sida. Ce discours est rejeté par les mouvements revendicatifs qui lui opposent un autre argument beaucoup plus convaincant : quand l'association Médecins sans frontières met en place une petite structure pour traiter 200 personnes, la dynamique se développe et atteint très rapidement des dizaines de milliers de personnes. Les 200 personnes soignées vont témoigner dans les écoles, dans les usines, passent à la télévision, participent à des manifestations, lancent des actions en justice. Elles sont des preuves vivantes que s'il est possible de soigner le sida, alors on doit pouvoir soigner d'autres maladies et on peut empêcher les enfants de mourir d'une diarrhée. Avec ce genre de dynamique, ceux qui réclament le bien participent activement à la construction d'un service public émergent et à l'élaboration de son cahier des charges, selon une modalité différente du système défaillant. Mieux encore: non seulement ils participent à la construction du service, mais ils en font partie et en sont un support essentiel.

L'on vérifie à nouveau que la possibilité même de l'émergence et de l'extension d'un bien public a partie liée avec celle d'un mouvement «désirant», «instituant», qui rend possible ce qui ne l'est certainement pas sans ce mouvement et donc dissout les pseudo-fatalités. Autrement dit, il n'est pas indispensable (et il est parfois impossible) que l'existence de services compétents précède l'identification d'un bien public et la volonté de la dispenser. Il n'empêche que la mise en place de ces services peut poser beaucoup de questions: on se rend compte qu'il n'y aura jamais assez de praticiens en Afrique du

## LA SANTÉ PARMIS LES BIENS PUBLICS MONDIAUX

Sud pour s'occuper de tous les malades; dès lors, les groupes de revendication sont amenés à devenir aussi des groupes de service, qui jouent un rôle considérable face aux lacunes du système médical sud-africain. Dans certaines situations, ces groupes doivent combler parfois totalement les défaillances de l'État: toute la politique sanitaire gouvernementale repose sur eux. Dans d'autres cas, toutes sortes de partenariats peuvent se mettre en place, entre ces groupes et les communautés locales, le gouvernement, les institutions internationales, le secteur privé. Il n'y a pas de modèle préétabli, et dans tous les modèles qui ont été testés, il y a évidemment des insuffisances, voire des pièges. On peut trouver par exemple que la décision des multinationales et d'une partie du secteur privé de financer la prise en charge de leurs salariés malades du sida ne relève pas d'une logique de bien public. Mais, à certaines conditions, ce genre d'initiatives qui touche de nombreuses personnes peut avoir un effet de contagion, du refus de la fatalité. Il peut contribuer à rendre moins acceptables et acceptées les insuffisances et défaillances du service public.

**La fausse piste des partenariats public-privé à l'échelle mondiale**

Depuis 2001, un des effets du combat pour l'accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud est de voir arriver les laboratoires pharmaceutiques sur le terrain, pour l'occuper et interférer dans les multiples mises en cause de leur propriété intellectuelle. Ils occupent le marché par souci publicitaire, même si ce n'est pas un marché rentable. Par ailleurs, depuis qu'on leur a reproché de ne rien faire face à la détresse de millions de malades, ils injectent de l'argent pour fournir un peu de travail à quelques-uns et leur permettre de survivre. Ils se mettent à financer des associations et une partie de la société civile, ce qui est particulièrement inquiétant.

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

L'OMS elle aussi met en place des partenariats avec le secteur privé, ce qui est assez paradoxal par rapport à ses objectifs. Elle conclut des accords avec Big Pharma sur la question de la réduction des prix, avec pour objectif initial d'aider les pays pauvres à prendre en charge les malades. Or on se rend compte que non seulement cet objectif n'a pas été rempli, mais que les firmes pharmaceutiques profitent de ces négociations pour mettre en place de nouvelles barrières. Tout simplement parce que l'OMS est très loin d'avoir la force d'imposer un cahier des charges de service public face à des multinationales qui ont chacune un pouvoir réel bien plus grand que le sien, et qui ont une stratégie commune. La revendication d'un bien public mondial met à nu les déficits d'autorité des Nations unies. Mais c'est aussi l'occasion de mobiliser en faveur d'une gouvernance internationale légitime.

Dans le contexte actuel, les initiatives de l'ONU risquent d'être dévoyées ou peuvent retarder la mise en place de solutions à la dimension des problèmes. À certains égards, il a été considéré que l'initiative du Secrétaire général Kofi Annan en faveur du fameux «Fonds global centre le sida, le paludisme et la tuberculose» est une erreur, relevant de «macro charité». Quand on parle d'un problème structurel, il faut le résoudre de façon structurelle. Plutôt que de se préparer à dépenser des milliards de dollars pendant des décennies pour payer cher des médicaments brevetés, ne faudrait-il pas mobiliser une partie de l'argent vers la recherche publique de médicaments qui pourraient être immédiatement mis sur le marché sans brevet, en tant que génériques, répondant à moyen et long terme à très graves problèmes de santé mondiale?

À l'inverse, les multinationales pharmaceutiques américaines multiplient *via* leur instrument, le gouvernement US, les actions de sabotage à l'encontre des limitations encore très modestes du primat de la «propriété intellectuelle» et de ses rentes monstrueuses. Washington mène une stratégie de négociations et d'accords bilatéraux et régionaux en lieu et place des

## LA SANTÉ PARMIS LES BIENS PUBLICS MONDIAUX

accords multilatéraux, comme il fait à l'encontre de la Cour pénale internationale, suspectée de vouloir limiter son arbitraire: en ce domaine aussi, les Américains multiplient les accords bilatéraux pour tenter de paralyser ou vider de sa substance l'émergence d'un bien public crucial à l'échelle mondiale, la fin de l'impunité des criminels contre l'humanité. Juridiquement, priver de soins des millions de malades du sida peut s'analyser comme un crime contre l'humanité.

Au-delà du bien public Santé, les multinationales les plus profitables, dont les bénéfices disproportionnés sont fondés sur la «propriété intellectuelle», ont en fait organisé la pratique du racket d'un bien public essentiel, l'un des plus anciens, au fondement en tout cas des démocraties: la Connaissance. L'Université et ses franchises sont nées de la perception de l'importance de ce bien public. Des barbares se sont employés, tels les latifundiaires latino-américains ou les nettoyeurs ethniques des Indiens du Far-West, à la semer de barbelés, à faire jouer pour protéger leurs «propriétés» abusives la corruption des autorités et parfois la menace de représailles dissuasives.

La connaissance a été privatisée dans le processus de production d'un certain nombre de biens. Une importante partie du bien public Santé relève des apports publics gratuits de l'éducation et de la recherche. Pourtant, les groupes pharmaceutiques ont réussi à mettre des barrages dans la circulation et l'utilisation des connaissances. N'est-ce pas une forme de racket que de s'approprier par exemple la connaissance de la fonction d'un gène humain, et de taxer d'un droit de péage tous ceux qui auront besoin, pour se soigner du dysfonctionnement correspondant, d'utiliser des produits tirant parti de ce segment de connaissance? Le chapitre de Philippe Rivière a montré, à propos des logiciels libres, que ce racket n'était pas fatal, et qu'il est économiquement contre-productif. L'on voit aussi qu'il devient vite criminel. Il s'agit donc de s'employer à le délégitimer, à tous points de vue. Au plan de l'idéologie, ce racket est totalement hostile aux principes même de l'économie concurren-

rentielle, alors qu'il prétend incarner le libre marché. Des possibilités de délégitimation militante sont également envisageables: délégitimation politique, mais aussi délégitimation juridique, par la voie judiciaire, celle de procès qui sanctionneraient l'illégalité de ces méthodes. Ces pistes devront être creusées, et des alliances nouées dans ces perspectives.

### **Des alliances envisageables**

Malgré ses limites, le processus qui s'est déclenché à partir du sida a exposé sur la place publique des tares majeures de la santé mondiale, il a montré, en creux, le manque d'un bien public mondial Santé, et de multiples acteurs se sont emparés du sujet. À partir de ce regard rétrospectif, que peut-on imaginer comme alliances potentielles en faveur d'un bien public mondial Santé? Qui peut faire que l'exigence d'un service public, d'une régulation, d'un cahier des charges ne soit pas totalement étouffée par des partenariats qui empêchent tout regard extérieur? En d'autres termes, quel mouvement civique multiforme pourra porter la revendication de ce bien public mondial, à partir de ceux qui vivent cruellement son absence, mais en associant aussi les mouvements civiques, les corporations, des experts, des fonctionnaires de santé publique, nationaux et internationaux, etc.

L'on a vu dans la troisième partie de ce livre que des mobilisations étaient déjà en cours. Les séropositifs (Act Up, TAC, etc.) ont été des déclencheurs et sont encore en pointe de la mobilisation de « patients » qui ne le sont plus du tout. Les ONG de médecins (Médecins sans frontières, Médecins du monde, etc.) sont très sensibilisées et travaillent à leur manière à élargir l'offre de soins; MSF est très active sur le front des médicaments. Plusieurs pays du Sud importants ont pris des dispositions et commencé de mener des politiques qui affirment le droit de soigner contre le droit de péage. Nous avons évoqué la

## LA SANTÉ PARMİ LES BIENS PUBLICS MONDIAUX

mobilisation des salariés d'Aventis, en particulier ceux du centre de recherche de Romainville : mais les syndicalistes les plus en pointe dans le combat pour la santé mondiale admettent que la conscience des salariés de l'industrie pharmaceutique par rapport aux enjeux énoncés ici demeure balbutiante. De même celle des personnels soignants en général. Il y a là un énorme travail de pédagogie civique et politique à entreprendre.

Assurément, il existe des perspectives d'alliances incluant les syndicats. La financiarisation accélérée de l'industrie pharmaceutique fait des dégâts humains qui accroissent le sentiment de vulnérabilité de salariés qui se considéraient autrefois comme une « aristocratie » du secteur industriel. L'association « Copy = right » a été créée à Lyon, à l'initiative d'une dizaine d'associations dont Act Up, Attac, etc., pour combattre le droit abusif de propriété intellectuelle qui empêche de soigner les malades du sida. Sa première action à propos des trithérapies a été de rencontrer les syndicats de Rhône-Poulenc, l'une des deux composantes de la firme pharmaceutique Aventis. Les syndicalistes n'avaient absolument pas conscience de ces problématiques. La discussion a été très bénéfique, les salariés étaient ravis de ce dialogue. Heureusement que cet échange est intervenu avant que les militants de « Copy = right » ne manifestent devant les portes de l'entreprise. S'il avait été procédé autrement, les salariés défendant leur emploi menacé auraient perçu les manifestants comme des ennemis, venant mettre en cause la politique de leur entreprise.

En France, certains syndicats comme la CGT et SUD viennent consulter des associations comme Act Up, avec des propositions de concertation de plus en plus fréquentes. D'autre part, puisque les problèmes de coût des médicaments sont capables de mettre en faillite le système de santé français, les syndicats comme la CFDT (qui est cogestionnaire du système français d'assurance-maladie) sont directement concernés par cette

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

brèche dans le bien public. Mais il est encore difficile de dépasser le cadre de la défense des acquis nationaux.

Il devient impérieux que les syndicats dans les pays riches s'intéressent aux conditions sanitaires que connaissent les travailleurs dans les pays pauvres. Par exemple, les syndicats français de multinationales basées en France auraient intérêt à surveiller les conditions sanitaires de production dans les filiales africaines de leur groupe, à faire pression ici en liaison avec les syndicats du Sud pour que ces conditions soient réglementées par les pouvoirs publics et évaluées. On parle de commerce éthique, de chartes qui prennent en compte le droit du travail, il pourrait y avoir l'équivalent au niveau de l'accès à la santé des salariés, et pas seulement du côté des consommateurs. Les salariés les mieux protégés n'ont rien à gagner à laisser prospérer une sous-enchère sans limites en matière de droits sociaux. Le choc des conditions sociales extrêmes utilisées dans les pays du Tiers Monde recolonisés par les multinationales menace en retour les salariés des pays du Nord: accentuation de la précarité, diminution des droits sociaux, mise en cause du droit syndical. On le voit bien dans le cas des marins.

Nous l'avons dit, l'articulation s'est faite facilement et rapidement entre les militants d'un accès mondial à la santé et le mouvement altermondialiste. Celui-ci puise lui-même des ressources dans le monde universitaire. Elles seront nécessaires, car les idées justes ne suffisent pas: il faudra développer un raisonnement beaucoup plus élaboré pour véritablement prendre place dans le droit international, lier beaucoup plus intimement les enjeux de santé à la problématique internationale des droits de l'Homme, délégitimer l'évolution de la propriété intellectuelle, etc. Des travaux universitaires pourraient donner un peu plus de corps aux propositions de transformation des systèmes de santé publique et d'extension du droit à la santé. L'économie de la santé, en particulier, est une discipline jeune, pas encore verrouillée par des mandarins. Les économistes en question sont chargés de piloter la gestion de budgets énormes. Ces spé-

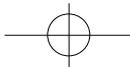
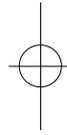
## LA SANTÉ PARMİ LES BIENS PUBLICS MONDIAUX

cialistes peuvent aider à mieux explorer la viabilité du concept de droit à la santé – car la plupart des systèmes de santé risquent d'exploser en raison d'une absence de gouvernance politique de leurs coûts. Et des travaux sur ces sujets, orientés bien public, peuvent contribuer à faire pression sur des organismes comme l'OMS – où une partie des fonctionnaires partage la même orientation, ce qui est après tout bien normal...

**En guise de conclusion provisoire...**

L'observation sympathique des réactions tâtonnantes et parcellaires de la société civile, à l'étage central disparate de la maison-monde, peut donner l'impression d'un protocole compassionnel. En grande majorité, les malades du sida ne sont toujours pas soignés; la Sécurité sociale française est malmenée, comme tant de systèmes de santé; la concentration oligopolistique de l'industrie pharmaceutique s'accroît, avec les mêmes calculs, des centres de recherche ferment... À l'étage supérieur («l'économie-monde» de Braudel), les décideurs continuent en apparence d'accumuler les victoires – nos défaites.

Mais l'histoire de longue période chère à l'école des Annales éduque le regard: ce qui se passe à cet étage supérieur, et qui remplit les journaux, n'est pas forcément le plus important. Les étages inférieurs vivent au rythme des changements structurels, généralement lents, mais susceptibles de phases de rupture. À la fin de leur vie, après de lourds travaux sur les structures matérielles, plusieurs historiens des Annales se sont mis à privilégier l'histoire des mentalités, mesurant à quel point la structuration des esprits pouvait être déterminante. Ce qui se joue en ce moment, à l'échelle mondiale, est de cet ordre. Le pire est possible, la lucidité le voit probable. Mais les mentalités en travail peuvent aussi accoucher d'heureuses surprises. Réinventer le meilleur de l'humanité. L'histoire soignante n'en est pas loin.



## Annexe

### Biens publics mondiaux et services publics mondiaux <sup>1</sup>

*François Lille*

#### Une exigence nouvelle

Chaque société, chaque civilisation, a développé historiquement des biens et services publics, quels que soient les mots employés et les cadres culturels dans lesquels ils s'inscrivent. Mais partout, à notre époque, ces biens sont menacés par la convoitise des intérêts financiers. Simultanément, l'interaction croissante des sociétés humaines induit des maux et des besoins nouveaux.

C'est dans ce contexte difficile que l'idée de la nécessité de biens publics mondiaux fait irruption dans le débat sur l'avenir du monde. Il ne s'agit pas pour nous de substituts aux biens et services publics menacés localement, mais de besoins nouveaux, nés de la prise de conscience de solidarités et du refus de

1. Article publié dans la revue *Peuples en marche*, n° 92, 01/2004. Nous publions cette synthèse provisoire (dans l'attente d'un ouvrage en préparation sur le sujet), de manière à préciser les concepts et postulats dont use le présent ouvrage.

l'aggravation des inégalités dans le mouvement planétaire d'interaction croissante des sociétés.

On en parle de plus en plus, mais les termes de biens et patrimoines communs, ou publics, premiers, essentiels ou fondamentaux, services publics en tous genres, intérêt général et droit des gens à ci ou ça, du local au global, forment une nébuleuse conceptuelle dont la promotion des « Global Public Goods » par le PNUD n'a fait qu'accroître l'incohérence. Comment s'entendre dans cette cacophonie ?

Pour démêler un tel écheveau, nous proposons de distinguer pour commencer le « commun » du « public », et montrer ensuite comment on peut définir les biens publics dans les dimensions politiques, économiques et institutionnelles – pour formuler clairement les exigences sociales auxquelles ils doivent répondre, et les moyens politiques de le faire.

Nous partons d'une trilogie simple: Le *bien commun*, c'est ce qui appartient à tout le monde (ou à personne) au présent et au futur. Le *bien public*, c'est ce à quoi tout le monde doit avoir droit, ici et maintenant. Le *service public*, c'est la manière dont doivent être gérés, produits et distribués ces biens communs et publics. Et ceci à toutes les échelles, du village à la planète.

## Des biens au service public

C'est une longue, très longue histoire. Elle commence au foyer collectif, au puits communal, à la fontaine publique, aux espaces communs de rencontres ou de travail. Puis aux voies de circulation et moyens d'échanges entre communautés voisines, aux marchés publics déjà. En se développant, en s'organisant sur des bases géographiques de plus en plus larges, ces réalités communautaires, solidaires, donnent naissance à des fonctions nouvelles. Un réseau d'adduction d'eau ou d'énergie, de transport, de connaissances, nécessite une gestion d'ensemble, et un principe de répartition dans l'espace social concerné. Et une

## ANNEXE: BIENS PUBLICS MONDIAUX ET SERVICES PUBLICS MONDIAUX

réglementation, une autorité pour la faire respecter. Tout se complique naturellement, mais par bonheur on trouve encore des fontaines et des puits, et des places de villages...

La gestion commune fait appel à l'intérêt général présent et futur des collectivités concernées; l'accès libre et équitable fait appel à la tradition forte du «service public». Si forte que l'on oublie trop souvent qu'il s'agit du service d'un bien public, lequel doit être défini socialement par d'autres instances que celles des entreprises («privées» ou «publiques») prestataires de ce service.

Ceci pose l'exigence du contrôle démocratique, sur le service public, des trois premiers ensembles sociaux concernés: les travailleurs, les usagers, et l'ensemble du corps social. On néglige trop souvent la seconde composante, on oublie presque toujours la troisième. Lorsqu'on y pense, c'est pour s'en remettre les yeux fermés à l'État, quelle imprudence! En fin de compte, les pratiques dévoyées de nombre de «services publics» favorisent leur privatisation, et les défendre en devient plus difficile.

La quatrième composante est mondiale. Que faire pour que la définition sociale des biens communs et publics et de leur service échappe aux égoïsmes nationaux? Pour qu'elle cesse de conduire au pillage des richesses de peuples dominés, récoltant en échange des nuisances meurtrières? Le concept de bien public mondial devient d'une urgente nécessité. C'est une des revendications, et non la moindre, qui permettront de redonner son sens dans toutes les dimensions à la grande idée de service public.

### Lacunes du marché, ou choix sociaux?

Existe-t-il une définition économique théorique des biens publics? Oui, malheureusement, et largement diffusée. Nombre d'économistes s'y réfèrent encore, notamment ceux du PNUD, ce qui ne peut que nuire à leur estimable effort de promotion

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

des biens publics mondiaux. En fait cette formulation ouvre un boulevard aux tenants de l'économie néolibérale, ceux de la Banque mondiale en ont vite pris conscience.

Les biens publics sont non exclusifs et non rivaux : tout le monde peut s'en servir, et s'en servir n'en prive pas les autres. Il en résulte que le marché ne peut les produire, ce qui nécessite une intervention publique. Leur mise en œuvre est entravée par trois problèmes classiques de la théorie économique, les pratiques de passer clandestin, le dilemme du prisonnier et les comportements moutonniers. Une autre difficulté théorique est que très peu répondent strictement à la définition. Les autres sont des biens publics « impurs ».

J'ai résumé là sans caricature cette chose étrange. Je n'en discuterai pas plus avant, tout simplement parce que la question n'est pas là : la théorie économique n'est pas le cadre pertinent pour déterminer ce que doivent être les biens publics. En plus, on voit mal les foules se mobiliser pour une telle cause ! Et de fait la grande réticence d'une partie du mouvement « altermondialiste » pour cette idée de biens publics mondiaux vient de là.

Pour combler le vide laissé par cette réfutation radicale, l'association BPEM propose la définition suivante, qui ne doit rien à la théorie économique :

« Les biens publics mondiaux sont des choses auxquelles les gens et les peuples ont droit, produites et réparties dans les conditions d'équité et de liberté qui sont la définition même du service public, quels que soient les statuts des entreprises qui assurent cette mission. Les droits universels humains et écologiques en sont la règle, les institutions internationales légitimes le garant, la démocratie l'exigence permanente, et le mouvement social la source. »

Partant de là, quels biens publics mondiaux revendiquer, et quels sont déjà en voie de reconnaissance ? La liste, ou mieux la typologie, en reste à faire. Plusieurs sont étudiés dans ce numéro. Ce sont des choix sociaux passés, présents, à venir. S'il n'y a pas de biens publics « par nature », il en existe de toutes

## ANNEXE: BIENS PUBLICS MONDIAUX ET SERVICES PUBLICS MONDIAUX

natures. Nous devons, en tant que citoyens du monde, nous habituer à penser à cette échelle, ou plutôt à toutes les échelles.

L'idée de biens communs de l'humanité impose de ne pas sacrifier le futur pour alimenter le présent (surtout lorsque ce qu'on alimente est le profit). L'idée de biens publics mondiaux ajoute judicieusement que l'on ne préservera pas non plus le futur en sacrifiant le présent, sauf sacrifices nécessaires librement consentis et équitablement répartis. Car la liberté du consentement dépend aussi de l'équité de la répartition. Et l'équité dit aussi que «qui casse les verres les paye». Autrement dit, pour prendre le cas exemplaire du climat, la puissance des nations qui l'ont déstabilisé doit être en priorité requise pour le restabiliser !

C'est à ce double prix que le concept élargi de développement durable pourrait prendre tout son sens. Mettre les biens publics au centre de tout projet de développement sera la meilleure garantie de la sauvegarde des biens communs de l'humanité. Mais la sauvegarde des biens et services publics locaux hérités de l'histoire des peuples, les efforts en vue d'en construire de nouveaux à l'échelle mondiale, se heurtent à la dynamique aveugle du capitalisme financier, appuyé sur les institutions ad hoc que se fabriquent les États dominants. C'est un combat vital pour les citoyens du monde, et qui devra faire appel à tous les moyens institutionnels et de droit possibles, actuels ou à créer.

## Droit et institutions

Le droit sur lequel on peut définir et poser l'exigence des biens communs et publics mondiaux est l'édifice croissant des droits universels, de la déclaration de 1948 au foisonnement des conventions, en passant par les deux pactes généraux sur les droits civils et politiques d'une part, économiques sociaux et culturels de l'autre. Bien incomplet encore, peu appliqué sur-

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

tout... Et le droit écologique reste pour l'essentiel à bâtir, pour laisser autre chose à nos descendants qu'un champ de ruines.

Ce droit mondial en formation, et les institutions qui l'ont pour loi fondamentale, sont absolument nécessaires pour contrer le pouvoir des institutions de fait que se sont données les États dominants et puissances financières. On peut et doit les critiquer pour les réformer, certes, mais pas se priver de ces armes. S'il fallait tout réinventer !

Une prochaine étape essentielle pourrait être la reconnaissance d'un socle de biens publics mondiaux, nés du droit des peuples et des gens du monde à des choses essentielles ou fondamentales, ou tout simplement souhaitables. Mais autant la définition des biens communs et publics peut et doit être générale, autant la configuration concrète qui les fournira devra s'appuyer d'abord sur les services publics existants, ou à refonder localement, à toutes les échelles. Ce qui redonnera en retour, à toutes échelles aussi, des forces à ces services publics menacés.

À la différence des notions de patrimoine et bien commun de l'humanité, celle de bien public reste à préciser, à imposer. Et qui définira le souhaitable, le nécessaire, l'indispensable ? Les gens et les peuples. Ceci, qui manque cruellement dans les institutions mondiales, s'appelle la démocratie. Son avancée est le mouvement profond des « peuples en marche »... Mais il faut clarifier les enjeux, à commencer par le vocabulaire, et c'est ce que je me suis attaché à proposer – sans rien vouloir imposer – dans cet article.

## Abréviations

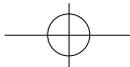
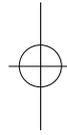
ADPIC	Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce
AFM	Association française contre les myopathies
AGCS	Accord général sur le commerce des services
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANC	African National Congress
ARV	Antirétroviraux
ASV	Agent de santé de village
AVCI	Année de vie corrigée de l'incapacité
BIT	Bureau international du travail
BMS	Bristol-Myers Squibb
BPEM	Biens publics à l'échelle mondiale
CGT	Confédération générale du travail
CICR	Comité international de la Croix-Rouge
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
COSATU	Congress of South African Trade Unions
CPAM	Caisses primaires d'assurance maladie

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

DDASS	Directions départementales de l'action sanitaire et sociale
DNDi	Drugs for neglected diseases initiative
DRM	Digital Rights Management
EVCS	Espérance de vie corrigée de l'état de santé
FDA	Food and Drug Administration
FMI	Fonds monétaire international
GATT	General Agreement on Tariffs and Trade
GPL	Global public license
GPO	Government Pharmaceutical Organization
GSK	GlaxoSmithKline
IAA	Initiative d'accès accéléré
IDH	Indicateur de développement humain
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
MSF	Médecins sans frontières
NIH	National Institute of Health
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OIT	Organisation internationale du Travail
OMC	Organisation mondiale du Commerce
OMI	Organisation maritime internationale
OMPI	Organisation mondiale de la Propriété intellectuelle
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PhRMA	Pharmaceutical Research and Manufacturers of America
PMA	Pays les moins avancés
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement

ABRÉVIATIONS

R & D	Recherche et développement
RNSP	Réseau national de santé publique
SSP	Soins de santé primaire
TAC	Treatment Action Campaign
TMI	Taux de mortalité infantile
TMM-5	Taux de mortalité des moins de 5 ans
TRIPS	Trade-related aspects of intellectual property rights (Adpic en français)
Unicef	United Nations children's fund
UE	Union européenne
USAID	United States agency for international development
USTR	United States trade representative
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
ZLEA	Zone de libre échange des Amériques



## Bibliographie

Alloux Patrick, *La santé n'est pas une marchandise*, Éditions de l'Atelier, 2003.

Barbier Geneviève et Farrachi Armand, *La société cancérogène. Lutte-t-on vraiment contre le cancer ?*, La Martinière, Paris, 2004.

Belpomme Dominique et Pascuito Bernard, *Ces maladies créées par l'homme. Comment la dégradation de l'environnement met en péril notre santé*, Albin Michel, 2004.

Bensaude-Vincent Bernadette, *La Science contre l'opinion. Histoire d'un divorce*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 2003.

Deleuze Gilles, *Pourparlers 1972-1990*, Éditions de Minuit, 1990.

Dewey John, *Le Public et ses problèmes*, Farrago, 2003.

Gaudillère Jean-Paul, *Inventer la biomédecine. La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*, La Découverte, 2002.

Gruenais Marc-Éric et Pourtier Roland dir., «La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis,» in *Afrique contemporaine*, n° spécial 195, juillet-septembre 2000.

Gueslin André, *L'invention de l'économie sociale. Idées, pratiques et imaginaires coopératifs et mutualistes dans la France du XIX<sup>e</sup> siècle*, Economica, 1998.

## LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

Gueslin André et Guillaume Pierre dir., *De la charité médiévale à la Sécurité sociale*, Éditions ouvrières, 1992.

Heffler Stephen, Smith Sheila, Won Greg, "Health Spending Projections for 2001-2011. The latest Outlook", in *Health Affairs*, 2002.

Hubbard Tim, Love James, "A New Trade Framework for Global Healthcare R & D", in *PLoS-Biology*, vol. 2, n° 2, février 2004.

Jennar Raoul-Marc, *Europe, la trahison des élites*, Fayard, 2004.

Kaul Inge, Grunberg Isabelle, Stern Marc A., *Global public Goods*, UNDP, New York, Oxford, Oxford University Press, 1999.

King Maurice, *Medical care in developing countries. A primer on the medicine of poverty and a symposium from Makerere*, Nairobi, Oxford University Press, 1966.

Lefebvre Anne, Soderstrom Lee, *Le vieillissement de la population québécoise: conséquences sur le financement des dépenses publiques de santé*, Université McGill, Département des sciences économiques, 2000.

Lévy Marc dir., *Comment réduire pauvreté et inégalités*, IRD/Karthala, 2002.

Lille François, *Pourquoi l'Erika a coulé. Les paradis de complaisance*, L'Esprit frappeur, 2000.

Lille François, Verschave François-Xavier, *On peut changer le monde. À la recherche des biens publics mondiaux*, La Découverte, 2003.

Maillard (de) Jean, *Le marché fait sa loi*, Mille et une nuits, 2001.

Marks Harry, *La Médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*, Les Empêcheurs de penser en rond, 2001.

Pignarre Philippe, *Le Grand Secret de l'industrie pharmaceutique*, La Découverte, 2003.

Pignarre Philippe, *Comment sauver (vraiment) la sécu?*, La découverte, 2004.

## BIBLIOGRAPHIE

Quick Jonathan D., Hogerzeil Hans V., Velásquez Germán, Rågo Lembit, *Twenty-five years of essential medicines*, Bulletin of the World Health Organisation, 2002.

Sager Alan t Socolar Deborah, *61% of Medicare's New Prescription Drug Subsidy is Windfall Profit to Drug Makers*, 31 octobre 2003, [www.healthreformprogram.org](http://www.healthreformprogram.org).

Stengers Isabelle, Bensaude-Vincent Bernadette, *100 mots pour commencer à penser les sciences*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 2003.

Sulston John, Ferry Georgina, *The Common Thread: a Story of Science, Politics, Ethics and the Human Genome*, Bantam Press, 2003.

Valat Bruno, *Histoire de la sécurité sociale (1945-1967). L'État, l'institution et la santé*, Economica, 2001.

Velásquez German, Boulet Pascale, *Mondialisation et accès aux médicaments. Les implications de l'accord Adpic/OMC*, Série Économie de la santé et médicaments, n°. 7, OMS, 1997.

Vellinga Jake, *Commerce international, régimes de soins de santé et services de santé: l'optique de la politique en matière de santé*, [www.dfait-maeci.gc.ca/eet/pdf/07-fr.pdf](http://www.dfait-maeci.gc.ca/eet/pdf/07-fr.pdf).

Verschave François-Xavier, *La maison-monde*, Éditions Charles Léopold Mayer, à paraître.

Walsh Julia A. et Warren Kenneth S., "Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries", in *New England Journal of Medicine*, 1979, 301 (18), pp. 967-974.

Walsh Julia A., "Selectivity within primary health care", in *Soc. Sci. Med.*, 1988, 26, p. 899-902.

WoolHandler Steffie, Himmelstein David U., "The Deteriorating Administrative Efficiency of the US Health Care System", in *New England Journal of Medicine*, 324 18, 1991.

LA SANTÉ MONDIALE ENTRE RACKET ET BIEN PUBLIC

**Rapports**

BIT, Women Seafarers – Global employment Policies and Practice, 2003.

Collectif Europe et Médicaments, Halte aux remèdes secrets, octobre 2003.

MSF, Recherche médicale en panne pour les maladies des plus pauvres, Genève, 2001.

OCDE, Panorama de la santé. Les indicateurs de l'OCDE 2003.

OMC, Guide to the Uruguay Round Agreements, Kluwer Law International, La Haye, 1999.

OMC, Services de santé et services sociaux, Conseil du commerce des services, document S/C/W/50, 18 septembre 1998.

OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1998. La vie au XXI<sup>e</sup> siècle, une perspective pour tous, 1998.

OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2004. Changer le cours de l'histoire, 2004.

Onusida/Unaid, Report on the Global HIV/AIDS Epidemy, 2002.

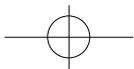
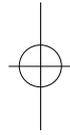
Oxfam GB, Pfizer, Formula for Fairness: Patients' Rights Before Patent Rights, juillet 2001.

Pnud, Rapport mondial sur le développement humain 2003. Les Objectifs du millénaire pour le développement: un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine, 2003.



**La Fondation Charles Léopold Mayer pour le progrès de l'Homme (FPH)** est une fondation de droit suisse, créée en 1982 et présidée par Françoise Astier. Son action et sa réflexion sont centrées sur les liens entre l'accumulation des savoirs et le progrès de l'humanité dans les domaines suivants: environnement et avenir de la planète; rencontre des cultures; sciences, techniques et société; rapports entre État et Société; agricultures paysannes; lutte contre l'exclusion sociale; construction de la paix. Avec des partenaires d'origines très diverses (associations, administrations, entreprises, chercheurs, journalistes...), la FPH anime un débat sur les conditions de production et de mobilisation des connaissances au service de ceux qui y ont le moins accès. Elle suscite des rencontres et des programmes de travail en commun, un système normalisé d'échange d'informations, soutient des travaux de capitalisation d'expérience et publie ou copublie des ouvrages ou des dossiers.

«**Éditions-Diffusion Charles Léopold Mayer**» est une association constituée selon la loi de 1901, dont l'objectif est d'aider à l'échange et à la diffusion des idées et des expériences de la Fondation et de ses partenaires. Cette association édite des dossiers et des documents de travail et assure leur vente et leur distribution, sur place et par correspondance, ainsi que celle des ouvrages coédités par la Fondation avec des maisons d'édition commerciales.





Vous pouvez vous procurer les ouvrages des Éditions Charles Léopold Mayer, ainsi que les autres publications ou copublications de la Fondation Charles Léopold Mayer pour le progrès de l'Homme (FPH) en librairie ou à défaut aux :

**Éditions-Diffusion Charles Léopold Mayer**  
**38 rue Saint-Sabin**  
**75011 PARIS (France)**  
**Tél./Fax: 0148064886**  
**Mél: diffusion@fph.fr**

**Accueil** : du mardi au vendredi: 9h30-12h30 – 14h30-17h30

Le catalogue propose environ 300 titres sur les thèmes suivants :

- |  |   |
|--|---|
| <i>Économie, Solidarité, Emploi</i>            | <i>Construction de la paix</i>              |
| <i>Gouvernance</i>                             | <i>Écologie, environnement</i>              |
| <i>Relations sciences et société</i>           | <i>Prospective, valeurs, mondialisation</i> |
| <i>Agricultures et organisations paysannes</i> | <i>Histoires de vie</i>                     |
| <i>Dialogue interculturel</i>                  | <i>Méthodologies pour l'action</i>          |
| <i>Communication citoyenne</i>                 |   |

Pour obtenir le catalogue des éditions et coproductions Charles Léopold Mayer, envoyez vos coordonnées à :

Éditions-Diffusion Charles Léopold Mayer  
38 rue Saint-Sabin  
75011 PARIS (France)



Veuillez me faire parvenir le catalogue des éditions et coproductions Charles Léopold Mayer.

<b>Nom</b> .....	<b>Prénom</b> .....
<b>Société</b> .....	
<b>Adresse</b> .....	
.....	
<b>Code postal</b> .....	<b>Ville</b> .....
<b>Pays</b> .....	



