

Industrie pharmaceutique et le pôle de santé publique

Cette note reprend les arguments développés par Manu Blanco et Ilona Delouette pour la CGT lors de leur audition à l'assemblée Nationale du jeudi 18 février 2021. Il s'agit donc d'un jeu de questions réponses autour de la problématique de l'organisation de l'industrie sanitaire et de notre indépendance sanitaire. Nous y développons étape par étape les raisons de la nécessité de construire un pôle de santé publique en France et la manière dont celui-ci pourrait être construit de manière démocratique.

1. La recherche et l'innovation

- *Quel regard portez-vous sur la **structuration du monde de la recherche** (rôle joué par la recherche académique, liens entre acteurs publics et privés, stratégie d'externalisation de la R&D par les grands laboratoires pharmaceutiques) ? La France est-elle, selon vous, en mesure de se positionner à la pointe des **nouvelles approches de recherche** en matière de médicaments (notamment en matière de bioproductions) ?*
- *Quel regard portez-vous sur le **soutien public à l'innovation pharmaceutique** ?*
 - *Que pensez-vous du crédit impôt recherche (CIR) ? Bénéficie-t-il réellement aux entreprises qui en ont le plus besoin ?*
 - *Comment les pouvoirs publics pourraient-ils, encore davantage, favoriser l'innovation thérapeutique ?*

Une recherche publique de plus en plus précaire

D'abord, ça n'est plus une surprise pour personne, la recherche publique **est** dans un état déplorable en France. Les retards que l'on peut constater aujourd'hui dans la recherche sur les vaccins et l'incapacité de l'appareil pharmaceutique et productif français à répondre à la situation sont en grande partie la conséquence des quinze dernières années de rigueur dans la recherche publique¹. Cette situation est loin d'être une surprise. Une dizaine de rapports publics a été publiée ces dernières années sur la question et la communauté universitaire ne cesse de se mobiliser sur ces questions. Tous relèvent un double problème de manque de financement pérenne et de précarité des chercheurs. Les universités, et laboratoires publics, comme les organismes de recherches tels que l'INSERM ou le CNRS croulent sous le poids de la masse salariale dont la montée en charge

¹ Depuis le début des années 1990, les moyens consacrés à la recherche stagnent autour de 2,2% du P.I.B et enregistre même plusieurs années de baisse sur la période récente. La France s'est éloignée de l'objectif fixé lors du sommet de Lisbonne et renouvelé dans la stratégie « Europe 2020 » d'investir un minimum de 3% du P.I.B dans la Recherche d'ici 2020, alors que la plupart des grandes puissances économiques ont déjà atteint, voire dépassé cet objectif.

« naturelle » due à l'ancienneté n'est pas compensée par l'État depuis les lois d'autonomie des universités. Les dépenses de fonctionnement et le coût des infrastructures de recherche, elles non plus ne sont pas compensées par l'État et grèvent les capacités d'investissement et le financement de la recherche dans les laboratoires. En conséquence, les moyens de la recherche se sont taris et seuls les financements par appel à projet et par à coup financent encore les projets. Les chercheurs passent aujourd'hui plus de temps à se vendre pour répondre aux appels à projets qu'à réaliser leur recherche. En moyenne, seule 15% des réponses aux appels obtiennent un financement : cela représente donc des milliers d'heures de travail réalisées par les chercheurs et qui n'aboutiront à rien d'autre que des projets abandonnés par manque de moyens. Lorsque les fonds sont obtenus, c'est toujours pour des périodes courtes ponctuées de points d'évaluations nécessitant là encore du temps de travail pour remplir un nombre démesuré d'indicateurs de suivi. Ces temps courts de contrats de recherche impliquent des contrats de travail à durée déterminée entretenant dans la précarité les chercheurs qui travaillent sur ces projets. Mais ils sont un passage obligé pour les potentiels enseignants chercheurs, qui après leurs doctorats, enchainent 3 ou 4 contrats courts avant de peut-être trouver un poste pérenne payé 30% de moins que dans les pays voisins. Beaucoup de profils pourtant excellents abandonnent ou partent à l'étranger où ils trouveront une meilleure reconnaissance.

Conséquence de cette approche libérale de la recherche, la créativité et la curiosité pourtant moteurs de la recherche sont inhibées. De même, l'échec à la base de toute recherche est proscrit, ce qui empêche toute prise de risque et toute innovation. Seules les commandes sont aujourd'hui remplies, les appels à projets sont en effet en grande majorité « fléchés » sur des thèmes à la mode. Et quand, comme ce fut le cas lors des dix dernières années sur les virus Cov Sars, les études sur tel ou tel virus ne sont plus en vogue pour les gestionnaires de la recherche, et bien elles ne sont plus financées.

Quelques chiffres pour illustrer mes propos :

- La dotation d'argent public pour la recherche biomédicale a baissé ces 10 dernières années de 28% alors qu'elle a augmenté de 11% en Allemagne et de 16% au Royaume Uni.
- La France ne dispose que de 3 Cryo-microscope contre 22 en Allemagne.
- La recherche en France (privé et public) c'est 2,2 % du Pib contre 3% en Allemagne.
- Les chercheurs français gagnent en moyenne 30% de moins que les pays frontaliers.
- La recherche publique ne cesse de décliner passant de sa 5^{ème} place mondiale à la 8^{ème} en une dizaine d'année.

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

Malgré tout, la recherche publique et/ou subventionnée à but non lucrative (type institut pasteur) parvient encore à penser et sortir des innovations. Dans ce genre de cas, des start-up sont créées et grâce à des conventions de partenariat, la recherche publique tombe dans le privé. Ces start-up accompagnées par divers experts lèvent des fonds pour continuer leurs recherches et les commercialiser : ce sont les fameuses Biotech. Ces dernières sont composées des chercheurs du public qui ont trouvé la ou les innovations, mais aussi de spécialistes des finances dont l'objectif est la rentabilité court-termiste. De nombreux chercheurs sont aussi embauchés dans ces structures. Cependant, ces dernières

ne sont pas vouées à se pérenniser. Les grandes entreprises pharmaceutiques et autres spéculateurs prennent des petites participations dans ces start-up. Soit la start-up réussit à sortir un produit ayant fait ses preuves, et alors les grands groupes les rachètent (avec des licenciements à la clef) ; soit elle ne parvient pas à prouver l'intérêt de son innovation, et la start-up ferme ses portes (avec encore une fois des licenciements à la clef). Ces placements sont donc considérés « à risques » pour les spéculateurs, mais ils le sont surtout pour les travailleurs de ces entreprises qui perdent tous leurs investissements dans la connaissance si l'innovation promise est un échec. En revanche, ce système ne permet pas la prise de risque et les innovations autres que celles qui intéressent les spéculateurs. **Le système des start-up porté par le seul objectif de séduire les investisseurs pousse la recherche à se tourner vers des objectifs de rentabilité et non vers ceux de santé publique.**

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

Toujours à propos de ces liens entre recherche privée et publique, un enjeu important porte sur **les essais cliniques des innovations médicales.** En effet, les essais cliniques et autres tests d'efficacité des différentes innovations sont réalisés par les laboratoires publics rattachés à des hôpitaux publics. Ces protocoles et le passage par les hôpitaux universitaires garants de la neutralité des études est essentiel et nécessaire (notamment pour maintenir et renforcer la confiance des citoyens dans les traitements). Cependant, il s'agit là encore d'investissements en moyens importants de la puissance publique qui ne garantit aucun droit sur les innovations pour les citoyens.

Du côté de la recherche privée, malgré son financement depuis plusieurs années via le Crédit Impôt Recherche, un dispositif financier généreux et peu contraignants, la R&D est réduite à néant. Si l'on sait qu'une grande partie des 6 milliards et demi d'euros de crédit impôt recherche est captée par l'industrie pharmaceutique, il est en revanche impossible de connaître l'estimation exacte de leur captation. Ce manque de transparence et d'évaluation révèle un déficit démocratique grave, et ne permet pas d'en évaluer l'efficacité. Et de fait, l'efficacité du CIR reste à prouver étant donné les politiques de recherche des grands groupes pharmaceutiques. En effet, leur stratégie consiste à éviter tout investissement de long terme et à éviter d'assumer les coûts de la recherche. La plupart se contente d'« acheter des molécules sur l'étagère » ou de financer des startups dont la durée de vie est limitée à trois ans en cas de non découverte ou rachetée et intégrée au groupe (pas forcément les chercheurs) en cas de réussite. Les groupes pharma peuvent aussi se contenter de racheter les brevets, dans ce cas la startup perd le bénéfice de sa découverte. En conséquence de ces politiques, et malgré les financements publics

dont le CIR, en 10 ans, l'effectif de la recherche privée de l'industrie pharmaceutique a été divisé par deux passant de 24.000 chercheurs à 13.000.

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

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

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

➔ *Assurer l'accès des patients aux traitements les plus innovants en rémunérant l'innovation à son juste prix et en assurant la soutenabilité des dépenses est un défi majeur. Comment, selon vous, répondre au mieux à ce défi ? Faut-il, selon vous, modifier*

la manière dont est fixé le prix des médicaments, notamment les médicaments les plus innovants

Depuis la seconde guerre mondiale, le coût de la recherche, des investissements, ainsi que le coût de production sont pris en compte dans la négociation des prix avec la Sécurité sociale.

La volonté politique lors de la construction du système de Sécurité sociale contemporain était de subventionner le développement de l'industrie pharmaceutique sur le territoire. Cela a fonctionné jusque dans les années 80/90, on comptait alors près de 500 entreprises et 170.000 salariés de l'industrie pharmaceutique sur le territoire.

Mais plusieurs facteurs ont mené à rendre caduque cette méthodologie pourtant sensée. D'une part, les entreprises pharmaceutiques ont été privatisées et cotées en bourse, et n'ont dès lors plus rempli leur « contrat » d'investissement, préférant rémunérer leurs actionnaires. De plus, lors de la loi Aubry de 2002 sur le générique un contrat tacite a été passé avec les entreprises privées. En échange de leur acceptation du principe des génériques, elles retrouvaient une liberté de prix sur les médicaments. Enfin, les organismes devant négocier les prix se sont retrouvés face à un manque crucial de moyens ne leur permettant pas de vérifier la véracité des coûts et des engagements énoncés par les entreprises pharmaceutiques lors des négociations.

Depuis, la financiarisation des labos, la rentabilité à tout prix pour un maximum de profits, le niveau de rétribution des actionnaires ont pris le pas sur les investissements en recherche, dans l'outil de production et les effectifs salariés. Aujourd'hui, il ne reste que 245 entreprises en France pour un effectif de 98.000 salariés.

La négociation des prix aujourd'hui est ubuesque. Le paradigme permettant le calcul du prix du médicament a été entièrement repensé au détriment de la Sécurité sociale. Les laboratoires incluent dorénavant dans leurs prix les avantages coût-bénéfices pour la Sécu et font payer leur manque à gagner à la sortie de leur produit. Prenons l'exemple d'une trithérapie contre l'hépatite C. Son prix a été négocié en fonction de calculs de probabilité sur les coûts évités de la Sécu grâce au traitement. Le prix du traitement comprend aussi le manque à gagner du laboratoire qui, au lieu de soigner sur le long terme et de s'assurer des rentes sur la maladie, ne soigne qu'une fois pour toute ! Dans d'autres pays, le prix du même traitement est divisé par dix ! Dans ces calculs économicistes, les vies humaines ne sont clairement pas la priorité.

Évidemment, nous pensons que le calcul du prix du médicament doit être modifié. Nous devons prendre en compte que le fait que la recherche est déjà financée par le public, il faut aussi intégrer au calcul du prix que le fait que l'État subventionne déjà les lieux de production encore existants. Comme la Sécurité sociale n'a pas pour vocation de financer les actionnaires, mais de répondre aux besoins de santé, le prix du médicament ne doit refléter que le coût réel de production (flaconnage etc.). En effet, il n'y a aucune raison pour que la Sécurité sociale elle-même financée par les travailleurs paye ce qui a déjà été payé par les subventions et l'impôt des mêmes citoyens. Comme dans le modèle que nous proposons, c'est la recherche publique qui aura les moyens d'innover en fonction des besoins sociaux, il n'y a aucune raison que le prix concédé par la Sécurité sociale finance de la recherche et développement non effectuée. De même pour le développement de ces molécules. Le pôle de santé public que nous appelons de nos vœux réunira les agences de développement publiques qui distribuent les subventions à l'industrie avec la Sécurité

sociale afin de construire des prix cohérents avec les dépenses déjà engagées par la puissance publique.

Dans l'immédiat, et avant la mise en place de ce pôle de santé public, il est essentiel de réfléchir à l'organisation de cette mise en cohérence et de baisser les prix des médicaments. A partir du moment où les investissements productifs et en recherche et développement ne sont pas réalisés par les entreprises, il n'y a plus de raison que la Sécurité sociale les couvre. La Sécurité sociale n'a pas vocation à rémunérer les actionnaires qui organisent la désindustrialisation de la branche pharmaceutique et contreviennent à l'indépendance thérapeutique et à la sécurité sanitaire du pays.

Pour permettre l'accès à tous aux produits innovants, il faut aussi revoir en profondeur le système de propriété privée qui se traduit par la mise sous brevet des nouvelles molécules.

2. La souveraineté sanitaire

- *Nous vivons dans un contexte de compétition internationale pour l'attractivité de la recherche et de la production, mêlant ainsi enjeux de santé publique et politique industrielle. Comment, selon vous, mettre en cohérence notre politique de santé et notre politique industrielle ? Faut-il, selon vous, relocaliser la production de certains médicaments ? Si oui, comment ? Faut-il que les acteurs publics s'investissent davantage dans le développement et la production de certains médicaments ?*
- *Comment créer un écosystème et des financements favorables à l'émergence de grandes entreprises françaises de biotechnologie capables de prendre le relais de la recherche publique pour développer les innovations (et ainsi éviter le rachat des start-ups par des grands groupes pharmaceutiques étrangers) ?*

Aujourd'hui aucun des acteurs du marché mondial n'a la capacité de production pouvant satisfaire la demande. En effet, la période de crise que nous vivons fait suite à des années de stratégies d'optimisation des coûts par les grands groupes pharmaceutiques. Ces stratégies consistent à délocaliser les usines et rationaliser l'outil de production, à mettre en place une division internationale du travail, à couper au maximum les budgets de la recherche (en spéculant en parallèles sur des startups de la recherche). Par exemple, le doliprane et l'Effergal sont produits en France, mais on ne fabrique plus le paracétamol qui nous vient essentiellement de Chine, nous ne sommes donc pas à l'abri d'un problème d'approvisionnement et/ou de qualité. Aujourd'hui, 80% de nos principes actifs viennent d'Asie.

En France comme ailleurs, malgré les subventions publiques et le prix des médicaments qui incluent les coûts des dispositifs de production, nous sommes face à un échec total de la régulation publique en ce qui concerne la production des médicaments et autres dispositifs et matériel médical. Les différents gouvernements ont aujourd'hui rendu l'État, le pays, complètement dépendants des Big Pharma, elles-mêmes régies par la seule loi des marchés financiers. Composée d'acteurs privés, financiarisés, ces dernières sont avant toute chose guidées par la rémunération du capital à court terme au détriment de la santé publique. Ainsi, même si le Président souhaite que quatre nouveaux sites produisent des vaccins en France, ces derniers ne produiront en réalité qu'une infime partie du vaccin, voire uniquement le flaconnage, laissant la chaîne de production dépendante d'usines d'autres

pays. Il est évident que si l'on veut retrouver notre indépendance thérapeutique et notre sécurité sanitaire, relocaliser est indispensable mais c'est toute la filière qui permet d'arriver à la production du produit final qu'il faut relocaliser.

La mise en place d'un pôle de santé public intégrant les industries de santé nous semble être la solution pour réguler la production sur le territoire en fonction des besoins sanitaires et sociaux. Le **pôle de santé public** pourrait organiser, coordonner la totalité de l'offre de soins en réponse aux besoins, de l'hôpital en passant par la médecine de ville jusqu'au patient.

Comme nous l'expliquions plus haut, le système de startup ne permet pas de garantir des innovations répondant aux besoins de santé. Basé sur des besoins de levées de fonds, il répond aux intérêts de la finance à très court terme. À nouveau, c'est un pôle de santé public qui peut répondre à la nécessité de mettre en cohérence la recherche avec l'industrie dans un but de réponse aux besoins de santé.

3. Les pénuries

Comment, selon vous, s'expliquent les pénuries de médicaments en France ? Quelles autres mesures faudrait-il, selon vous, mettre en place au niveau national et européen ? Quel regard portez-vous sur les mesures prises pour lutter contre les pénuries de médicaments (définition des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, service DP-Ruptures, plans de gestion des pénuries devant être élaborés par les industriels, obligation pour les industriels de constituer des stocks de médicaments et obligation d'approvisionnement, aux frais de l'industriel, de solutions alternatives en cas de pénurie) ?

Tout ce que nous venons d'écrire explique les nombreuses pénuries de médicaments et de traitements. Le nombre de ruptures est en constante croissance : 44 en 2008, 540 en 2018, 1200 en 2019. 60% de ces ruptures sont liées à des problèmes d'approvisionnement, de qualité.

La rationalisation de l'outil de production en France, en Europe et dans le monde en est la cause principale. Pour certaines molécules, il ne reste parfois pas plus deux ou trois sites qui les produisent dans le monde, quand ce n'est pas un seul. La moindre défaillance technique peut mener à un arrêt de la production pouvant durer 6 mois, voire plus.

Ensuite, l'outil étant réduit au minimum, les entreprises pharmaceutiques, doivent prioriser les productions. Encore une fois, elles font leur choix en fonction de la rentabilité des médicaments et non des besoins en santé de la population. Cette rationalisation a des conséquences extrêmement importantes. Depuis plus de 15 ans, la CGT le souligne avec d'autres, cette perte de flexibilité, de capacité, de souplesse nous met en incapacité de répondre aux épidémies devenue pandémie comme en atteste aujourd'hui la lenteur de la campagne de vaccination.

Cependant, le cœur du problème ce sont les droits de propriété intellectuelle exclusifs sur les vaccins. Cette dépendance des États vis-à-vis des laboratoires est fondée avant tout sur le principe des brevets.

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

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

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

Nous n'en sommes pas à la première loi de réforme des politiques du médicament et pourtant les ruptures n'ont cessé de progresser. Sur ces aspects, rien ne doit être laissé aux labos privés en termes d'organisation et de gestion. Cela doit passer par un pôle de santé public comme déjà évoqué, c'est lui qui doit organiser et gérer l'offre de soins en réponse aux besoins, ces décisions doivent s'imposer aux industriels notamment en termes de stocks mais aussi sur les capacités de production.

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

Pour une cohérence entre politique de santé et politique industrielle, un pôle de santé publique.

La mise en place d'un pôle de santé public intégrant les industries de santé est, pour nous, la solution à l'organisation de la filière du médicament de manière à répondre aux besoins de santé sur le territoire.

Aujourd'hui il y a de multiples interlocuteurs qui ne communiquent pas entre eux, et dont on ne sait plus quels sont les rôles. Les laboratoires privés jouent de ce manque de clarté et font de fait ce qu'ils souhaitent alors même qu'ils sont très fortement subventionnés.

Le médicament est encadré par le ministère de la santé, mais le ministère de l'économie a aussi son mot à dire sur les prix du médicament payé par la Sécurité sociale et sur l'industrie via le secrétariat d'État à l'industrie. Il existe aussi une multitude d'administrations : HAS, ANSM, CNS, ARS et autres... tout cela au fil du temps est devenue une grande nébuleuse, dont on ne connaît plus les responsabilités.

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

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