

Santexpo 2025

« Médicament : coût ou investissement ? »

Table ronde Animée par Juliette Moisset, Directrice des affaires économiques du Leem, avec Pr Samir Henni, DG du CHU de Strasbourg, Frédéric Bizard économiste président fondateur de l'institut santé, et Delphine Aguilera, présidente de J&J Innovative Medicines France.

Comment aller au-delà de l'apport des médicaments à un patient donné, et s'appuyer sur eux pour un meilleur fonctionnement de tout notre système de santé ? C'est la question que Juliette Moisset a invité les trois intervenants, industriel, médecin et économiste, à se poser, face à un tableau complexe. Celui du financement du médicament, confronté à une triple problématique : budgétaire - en période de recherche intense d'économies, les autorités sont confrontées à des choix et ont tendance à ne pas investir dans le médicament alors même que c'est une source d'efficience - géopolitique, quand les Etats-Unis entrent dans une logique compétitive avec le reste du monde, et l'instabilité gouvernementale en France.

Qu'est-ce qu'un médicament trop cher ?

Question de point de vue ! Delphine Aguilera interroge : "*Quelle société sommes-nous ? Voulons-nous investir dans une société en bonne santé, où des maladies sont éradiquées et où l'on réussit à éviter des maladies par la recherche ?*"

Pour le professeur Samir Henni, c'est le rôle du régulateur de répondre à cette question et de définir quel est le coût réel global d'un médicament, en amont chez les industriels mais aussi au bout de la chaîne quand il est dispensé dans les hôpitaux. L'économiste Frédéric Bizard a une réponse pragmatique : "*un médicament trop cher, c'est un médicament qui n'est pas consommé pour son bon usage ou qui n'apporte pas l'effet escompté*".

Les concepts économiques nous aident à avancer dans la réflexion : la santé génère des dépenses publiques (pour rembourser les médicaments par exemple), certes, mais si les dépenses sont justes et efficaces, elles génèrent de l'égalité sociale, de la bonne santé, de la productivité... autant "d'externalités positives". Dans le meilleur des cas, le médicament va jusqu'à éradiquer des maladies - on l'a vu avec l'hépatite C en France. Une rentabilité évidente alors, même si le prix unitaire du traitement a pu sembler élevé au départ. Frédéric Bizard convoque la théorie Shumpétérienne de l'innovation, pour nous rappeler que l'innovation, source de croissance économique, est issue de la R&D, elle-même issue des aides publiques. Un continuum précieux, qui mérite d'être mieux organisé. D'ailleurs, pour le pr. Henni, l'hôpital

a sa part dans cette chaîne de l'innovation, par exemple pour attirer les essais cliniques dans les CHU en France, plutôt que de les laisser fuir à Madrid ou Munich. « *L'accès aux soins, c'est l'innovation du dernier kilomètre* »

Innovation, dépenses et efficience

Deux chiffres. Seulement **9%** des nouveaux médicaments en Europe ont un site de production en France. Et **un tiers** des innovations qui sont arrivées sur le marché européen depuis 2018 ne sont pas commercialisées en France.

Pourquoi ? Le système considère que l'innovation est un coût qu'il faut reporter le plus tard possible, ou bien que l'innovation est « trop » chère.

Ainsi, à l'heure où Donald Trump affuble l'Europe du surnom de "passager clandestin" du marché pharmaceutique, il faut avoir conscience que la France est le passager clandestin de l'Europe, avec **des prix très bas** sur des médicaments comparables.

Frederic Bizard souligne le paradoxe : *Ce n'est que par l'innovation (technologique, thérapeutique ou organisationnelle), que l'on fait des gains d'efficience substantiels. L'innovation est donc la solution, mais on la traite comme un problème au motif qu'elle coûte cher.* Développer une innovation thérapeutique prend en effet une dizaine d'années et coûte 1 milliard d'euros en moyenne. Un exemple concret : les anticancéreux sous-cutanés qui permettraient d'organiser les soins à domicile, avec à la clé des économies pour le système de santé et des gains de confort énormes pour le patient, ne sont pas dispensés. L'innovation organisationnelle nécessaire pour accompagner cette transformation est majeure et effraie.

Delphine Aguiéra renchérit : « *Un médicament peut générer de l'efficience : tous les patients guéris ne mobilisent plus d'hospitalisations, ils redeviennent des actifs productifs. Et certaines innovations permettent même d'éviter que des maladies arrivent : c'est le cas du vaccin contre le papillomavirus : le cancer du col de l'utérus a été éradiqué en Australie ! La prévention des AVC est elle aussi extrêmement précieuse, quand on sait le drame que représente un AVC dans une famille, avec un conjoint qui se transforme en aidant, les conséquences sur la santé mentale de tout l'entourage, etc.* » La vision comptable annuelle du système de santé ne permet pas aujourd'hui d'intégrer cette logique d'éradication des maladies.

La co-construction, meilleure garante de "l'innovation rentable" ?

Pour un hôpital, la valeur ajoutée essentielle d'un médicament se situe avant tout dans le fait de diminuer les contraintes sur les livraisons, d'être disponible immédiatement, pour sauver concrètement des vies, selon le pr.Henni. Mais si l'on s'intéresse aux innovations de rupture, comme les Car-T cells : « *Les meilleures innovations sont celles qui ont été co-développées entre industriels et CHU* ». Lorsque l'accès au marché été obtenu, il s'agit de diffuser l'innovation : connaître les process en amont aide considérablement mais des ressources

humaines sont aussi nécessaires pour accompagner la mise en place des nouveaux traitements. Or, pour attirer les meilleurs chercheurs et médecins sur notre territoire, il est vital pour les CHU de travailler sur la perception de l'innovation, faire mieux connaître le fonctionnement des CHU et mieux partager les process industriels innovants développés avec leurs partenaires. En résumé, pour mieux valoriser les médicaments, il faudrait : « *Co-développer l'innovation, sécuriser davantage l'approvisionnement des médicaments et être plus synergique sur les combats que nous menons autour de la souveraineté sanitaire et de la compétitivité* ». Delphine Aguilera soutient son propos : « *La force et l'excellence de la recherche française sont reconnues. C'est quand nos protocoles sont réfléchis avec les chercheurs publics que cela fonctionne. Il faut renforcer cette logique partenariale !* ».

Réformer la gouvernance

On peut s'inquiéter qu'aucun nouvel antibiotique *game-changer* n'ait vu le jour depuis 20 ans et que l'on patine sur les pathologies cardiovasculaires. Pour relancer l'innovation et répondre aux enjeux majeurs de santé publique actuels et à venir, il faut remettre le patient et ses besoins au cœur du système. Tout le monde autour de la table s'accorde sur ce point. Si le dialogue avec les associations de patients a beaucoup progressé ces dernières années, les inégalités territoriales dans l'accès aux soins persistent.

Dans l'optique de mieux flécher cet accès aux soins et donc les investissements en santé, seule une gouvernance avec une vision globale incluant tous les acteurs de la chaîne permettrait de mieux valoriser les externalités positives du médicament. Delphine Aguilera analyse l'existant : « Nous souffrons d'un manque de culture médico-économique (l'évaluation du médicament est purement clinique), de l'absence de fongibilité des enveloppes de l'Assurance maladie et d'une asynchronisation des exercices budgétaires : « *C'est dans 30 ans que l'on verra les bénéfices de la campagne de vaccination contre le papillomavirus. Adoptons une approche pluriannuelle, en s'aidant d'outils comme l'Horizon Scanning du Leem, pour anticiper les futures innovations qui arriveront dans 5, 10 ou 15 ans et adapter le système au mieux.* »

Le débat s'est conclu sur un appel à la mobilisation générale de tous les acteurs pour porter ce discours du changement. Une mobilisation que l'on sent émerger.