

Les industries de santé en France sont une opportunité, et non un fardeau !

Reconnaître à la Santé et son Industrie l'aura et la place qu'elles méritent

En France, le thème « industrie et innovation » évoque les secteurs de l'énergie, de l'aéronautique et du spatial. C'est faire fi d'un secteur très dynamique, riche en innovation, recherche et création d'emplois : les industries de santé. C'est encore plus vrai en temps de crise !

Sûrement, en tant qu'acteurs nous portons là une part de responsabilité : nous ne sommes pas des bons communicants. Les académiques sont selon l'opinion sont très « savants » mais souvent discrets, voire muets ou du moins « difficiles à comprendre ». Les industriels cherchent à s'extraire parfois maladroitement de leur responsabilité dans le déficit multifactoriel de la sécurité sociale. Ainsi, la santé et son industrie peinent à faire reconnaître leur impact positif sur l'économie, l'emploi et la cohésion sociale.

Et pourtant...

Depuis 1995, la France est le premier producteur de médicaments de l'Union Européenne...

L'industrie pharmaceutique en France se situe au second rang (13,8%) des dépenses intérieures de R&D des entreprises (chiffres Ministère Recherche)

La pharmacie fait partie des 4 piliers de la R&D des entreprises (avec l'automobile, les matériels et composants électroniques, la construction aéronautique et spatiale) qui constituent 52% de la DIRDE.

Par ailleurs, la France se positionne favorablement dans les biotechnologies (qui réalisent 5,7% de la DIRDE, contre 3,7% en Allemagne, mais 7% aux USA)

Au cours des 10 dernières années, les exportations françaises de médicaments ont augmenté en moyenne de 13% par an (Sessi, 2008).

Conforter la croissance par l'innovation : faire de la médecine qui rapporte et non de la médecine qui coûte.

Le développement des **partenariats publics-privés**, la mise en œuvre de passerelles fonctionnant dans les deux sens, l'incitation des chercheurs à la mobilité devraient permettre la promotion à l'international des infrastructures et équipes françaises d'excellence. Ces partenariats à haut niveau visent à favoriser l'implantation en France de centres de recherche des industries internationales, de manière à concourir à l'équilibre de la balance commerciale.

L'accélération de la **valorisation de la recherche académique**, l'augmentation des partenariats de recherche, la simplification des modalités et le raccourcissement des délais des transferts de technologie vers les entreprises devraient générer de la croissance. Les rôles et les moyens des Pôles de compétitivité Santé classés en A lors de la dernière évaluation devraient être augmentés.

Pour le premier appel d'offres IMI, 3 des projets retenus pour un financement sont de pilotage national. Ce résultat montre le haut niveau de compétitivité des équipes françaises. Il faut donc profiter des acquis et conforter ce résultat en suscitant et aidant les porteurs de projets pour la suite !

La création de quelques **plates forme d'innovation en industrie de santé** est indispensable aujourd'hui pour conforter et dynamiser en France un secteur porteur d'avenir : celui de l'émergence de sociétés issues de la recherche publique. Ce tissu de très petites entreprises, mais créateur d'emplois, peine à trouver les financements nécessaires sur la durée suffisante au développement d'un produit de santé. Après le stade d'incubation, celui de preuve de concept, il est nécessaire de favoriser l'amorçage. Nombre d'universités, contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays, n'ont toujours pas d'hôtels d'entreprises dotés du plateau technique par ailleurs accessible à la recherche académique.

L'orientation du fond d'aide aux biotechnologies

Venant en complément du point précédent, et rendu nécessaire par la baisse des investissements dans les entreprises de biotechnologies (de 79%, à 143 millions d'euros selon l'étude réalisée par France Biotech), ce fond devrait clairement fléchir une partie vers les JEI. Par ailleurs, la durée de ce statut devrait être mise en conformité avec la réalité du développement et de l'accès au marché dans les différents secteurs de la santé.

Le Développement de l'expertise et de l'évaluation des produits de santé

Faute de promotion, incitation et reconnaissance des métiers du médicaments en France, le pays vient à manquer de spécialistes à même de participer à l'expertise réglementaire des dossiers pour les agences. Ne plus avoir les moyens de participer à l'évaluation européenne conduirait sous peu à laisser quasi passivement autoriser ou retirer des médicaments du marché français. Nous devons y remédier sans tarder.

Comme le rappelait récemment le Président de la République :

« L'innovation n'est pas un choix mais un devoir pour que nos enfants puissent avoir de meilleures universités et de meilleurs lieux pour apprendre et pratiquer la recherche ». Le prochain CSIS devrait en permettre la démonstration éloquente.

Annexe 1 : DIRDE

La dépense intérieure de recherche et développement (DIRD) correspond aux **travaux de recherche et développement (R&D)** exécutés sur le territoire national quelle que soit l'origine des fonds. Une partie est exécutée par les administrations, l'autre par les **entreprises**. Elle comprend les dépenses courantes (**masse salariale** des personnels de R&D et dépenses de fonctionnement) et les dépenses en capital (achats d'équipements nécessaires à la réalisation des travaux internes à la R&D et opérations immobilières réalisées dans l'année). Définition INSEE.

RÉPARTITION EN STRUCTURE DES DÉPENSES INTÉRIEURES DE R&D DES ENTREPRISES PAR BRANCHE D'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE DE 1992 À 2006

Branches d'activité économique	2004 (7)	2005 (8)	2006
En % dans le total entreprises	révisé	révisé	semi-def
Agriculture, sylviculture, pêche, aquaculture	1,4%	1,4%	1,5%
Industries agricoles et alimentaires	2,3%	2,0%	2,1%
Energie et extraction de produits énergétiques	3,2%	3,4%	3,2%
Autres extractions et métallurgie (1)	1,2%	1,3%	1,3%
Textiles, habillement, cuirs et chaussures	0,5%	0,5%	0,7%
Bois, papier, carton, édition, imprimerie	0,3%	0,3%	0,3%
Industries manufacturières diverses	0,9%	0,9%	1,0%
Industrie chimique (2)	6,2%	5,9%	5,4%
Industrie pharmaceutique (3)	13,6%	13,8%	13,8%
Caoutchouc et plastiques	3,4%	3,0%	3,3%
Fabrication de verre et articles en verre	0,7%	0,6%	0,7%
Fabrication de matériaux de construction	0,4%	0,5%	0,5%
Travail des métaux	0,9%	0,8%	0,9%
Fabrication de machines et équipements (4)	4,8%	4,9%	4,9%
Fabrication de machines de bureau et matériel informatique	0,9%	0,7%	0,7%
Fabrication de machines et appareils électriques	3,8%	3,6%	4,1%
Fabrication d'équipements radio, télé et communication (5)	12,4%	11,5%	10,9%
Fabrication d'instruments médicaux, de précision, d'optique	6,4%	5,7%	6,3%
Industrie automobile	14,9%	15,8%	17,6%
Construction navale et matériels de transport terrestre (6)	0,7%	0,9%	1,0%
Construction aéronautique et spatiale	11,7%	12,4%	10,1%
Industrie du bâtiment et du génie civil	0,3%	0,4%	0,4%
Services de transport et de communications	3,3%	3,5%	3,4%
Services informatiques	4,5%	4,8%	4,6%
Ingénierie, études et contrôles techniques	1,3%	1,3%	1,4%
TOTAL DIRD ENTREPRISES	100%	100%	100%

(1) Y compris la sidérurgie, la fonderie et la première transformation des métaux non ferreux.

(2) y compris fibres artificielles et synthétiques.

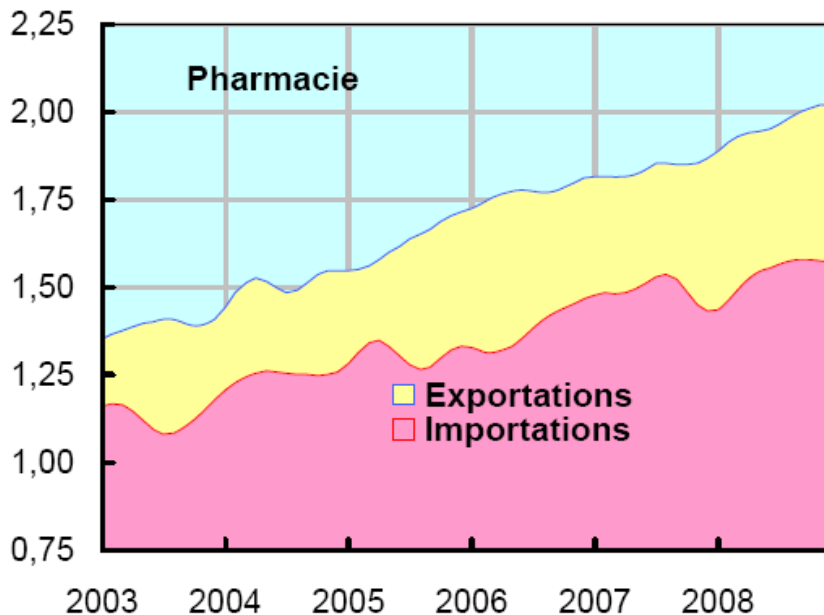
(3) Y compris la fabrication des principes actifs.

(4) Y compris armement et appareils domestiques.

Source : MEN - MESR - DEPP C2

Annexe 2 : Balance commerciale française et pharmacie

Au cours des 10 dernières années, les exportations françaises de médicaments ont augmenté en moyenne de 13% par an (Sessi, 2008). Cette évolution favorable s'infléchit ces 5 dernières années (+5,8% en moyenne) alors que les importations augmentent (+10,5% en moyenne).



Source SESSI

Service des études et des statistiques industrielles (Sessi) relèvent de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et de la Direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services.
Douanes-INSEE, Geuros/mois, CVS-CJO

Quelques points de mon intervention concernant l'innovation thérapeutique : Celle-ci est forcément orientée vers le patient et une meilleure prise en charge dans le cadre du système de soins. Quelques réflexions sur les conséquences de l'innovation thérapeutique et ses bénéfices :

- 1/ Dans le cadre de l'innovation thérapeutique, il faut considérer que celle-ci comporte deux composantes : le médicament qui représente la part la plus importante mais également les dispositifs médicaux. Il faut penser, en particulier, au développement des stents coronariens actifs ou nus, qui entraînent des implications thérapeutiques importantes avec l'association stent/médicament évitant la thrombose à distance de la pose du stent. Un autre élément à prendre en compte, face à l'augmentation de la durée de vie, la part importante que prend déjà les prothèses dans la sphère orthopédique et qui ne va que s'accroître.
- 2/ L'innovation thérapeutique est associée à des essais cliniques. Il est important que ceux-ci se réalisent dans des conditions scientifiques et d'éthique indiscutables. Face au réglementaire (FDA, AFSSAPS...) et au risque assurantiel, un certain nombre d'essais cliniques sont délocalisés en Europe de l'Est ou dans des pays où le recrutement est plus facile. Ceci ne doit se faire ni au détriment des patients enrôlés, notamment en terme de sécurité, ni sur le plan scientifique ; il est naturel que les essais cliniques soient initiés par les promoteurs, mais des garanties doivent être données aux patients et aux autorités de santé sur la présentation complète et exhaustive des résultats quels qu'ils soient, pour éviter les interrogations soulevées au cours de ces dernières années, notamment face aux publications d'essais concernant des anti-inflammatoires ou des stents coronariens actifs.
- 3/ Un élément important de l'innovation est l'amélioration, pour les patients, de la qualité de la vie. La thérapeutique est importante en terme fonctionnel ou de traitement d'une pathologie ; de plus en plus, un des effets à mesurer est l'amélioration des nouveaux médicaments sur la qualité de vie des patients. C'est un point majeur, en particulier, pour les pathologies lourdes comme le cancer, où des traitements sont proposés à des stades avancés et pour lesquels le bénéfice sur la qualité de vie des patients est aussi important que la prolongation de la durée de vie.

Citoyens et préférences collectives

Introduction

Alors que les citoyens solvabilisent du premier au dernier euro la dépense de santé, nous n'avons que peu de rôle dans la régulation de ce secteur. Nous pouvons même aller jusqu'à dire qu'il est refusé au citoyen des droits qui sont naturellement reconnus dans d'autres relations économiques ou tout simplement démocratiques. Même si dans la période récente, les usagers tentent, avec difficulté de conquérir un droit en tant qu'acteur économique et démocratique de ce système de soin.

1. Nos gouvernants et les institutions en charge de la régulation économique du système ont opéré un puissant déni démocratique sur les citoyens-financeurs du système.

Ainsi, le consentement à la cotisation n'a pas généré des obligations de même niveau que le consentement à l'impôt.

De trop rares droits ont été concédés à ceux qui au fond financent la dépense de santé, et encore a-t-il fallu attendre une période assez récente.

Dans une logique de biens et services, quelques prestations de soins ont été astreintes à des obligations faciales quand à la leur nature ou leur prix. Mais l'asymétrie de l'information est quasi totale entre les patients et ceux qui produisent les soins. Que ce soit sur les prix ou sur les alternatives thérapeutiques.

S'il fallait un exemple supplémentaire de l'incongruité du marché de la santé, c'est dans la fixation des prix du médicament qu'il faut le rechercher. En effet, elle s'accomplit dans un cénacle hors de tout contrôle.

Il y a bien un marché de la santé, mais en plein succès des théories économiques libérales il constitue le dernier secteur économique administré, perclus de règles protectrices, d'aides et de primes.

2. Faute de pouvoir intervenir sur le prix ou le respect des engagements de maîtrise médicalisée, les usagers et leurs représentants ont porté le fer sur d'autres aspects indéfectiblement lié à la performance, que ce soit au travers de la qualité des soins ou de l'accès aux soins.

La mobilisation des usagers et de leur association a largement porté sur la qualité des soins, dans une triple dimension : la recherche de critères de qualité objectifs et leur traçabilité, la sécurité des soins, et la coordination des soins. Les actions conduites dans ces domaines ont parfois permis de changer la donne. C'est notamment le cas avec la poussée vers des exigences d'adossement de la pratique soignante à des critères de qualité : evidence based medicine, protocoles de soins, référentiels de prise en charge, certification des établissements de soins, accréditation des professionnels, évaluation des pratiques professionnelles.

Autre sujet dans la qualité des soins sur lesquels les usagers et leurs associations ont cherché à mettre l'accent, sans grand succès pour l'instant : la coordination des soins. Chacun le sait, la médecine hospitalière et la médecine ambulatoire s'ignorent et ce sont les patients qui coordonnent leurs soins. Ajoutons pourtant que les besoins aujourd'hui se situent clairement dans l'amélioration de la coordination des soins face au développement des maladies chroniques. Mais notre pays peine à prendre le virage ambulatoire et instaurer des modes de coordinations des soins qui s'imposent.

Du côté de la sécurité, les exigences des usagers ont été réaffirmées au travers des crises sanitaires essentiellement. Autour de trois crises majeures. Celle dite du « sang contaminé », celle des maladies nosocomiales, et celle de la canicule.

C'est en poussant les feux du côté de la qualité et de la sécurité des soins que les usagers et leurs associations, dépourvus de rôle économique, ont fait progresser l'efficacité des soins.

L'invocation du principe constitutionnel d'égal accès aux soins pour tous a également permis aux usagers et à leurs associations d'en exiger « pour leur argent ».

Avec des succès plus relatifs. En effet, la fin des années quatre-vingt dix aura été l'occasion de voir combien la médecine du vingtième siècle qui soignant était devenue une médecine du refus des soins. Les spécialistes ont notamment été mis en accusation autour d'une étude conduite par le Fonds pour la couverture maladie universelle qui révélait que 40 % des bénéficiaires de cette couverture étaient écartés de l'accès aux spécialistes. En même temps, les premiers effets de l'impossibilité d'accéder à une offre de soins à tarif opposable dans certains territoires a commencé à se manifester au début des années deux mille : dans certaines banlieues ou certaines campagnes, mais aussi parfois dans le centre de certaines villes. Enfin, la pratique des dépassements d'honoraires, initialement prévue pour être exceptionnelle par le gouvernement de Raymond Barre qui l'avait mise en place, s'est généralisée, se manifestant par une explosion des dépassements motivant l'alerte de l'Inspection générale des affaires sociales autant que de la Cour des Comptes.

3. Cependant, des espaces permettant l'expression des préférences collectives des citoyens se sont instaurées depuis une bonne décennie, non sans limites.

Ce sont les Etats généraux de la santé, en 1997 et 1998, lieu d'expression des préférences collectives d'ailleurs, que revient la paternité du geste fondateur.

Ils sont entraînés la transcription dans la loi du 4 mars 2002 des conseils régionaux de santé et d'un conseil national de santé que le gouvernement issu des scrutins de mars et avril 2002 aura différé jusqu'à 2006 l'installation avant que le projet de loi « HPST » ne vienne d'ailleurs de redonner aux conférences régionales de santé les pouvoirs qu'elles devaient avoir sur la base de la loi du 4 mars 2002.

Ces lieux (conférences régionales et conférences nationales) sont composés largement par tous les acteurs du système de soins (producteurs, organisateurs, financeurs, usagers). C'est un premier lieu d'expression des préférences collectives.

Les associations elles-mêmes se sont dotées d'outils pour exprimer leurs préférences avec la création du Collectif interassociatif sur la santé qui dispose d'implantations régionales. Il s'agit pour elles de formuler de façon transversale leurs intérêts collectifs : santé publique, qualité des soins, financement du système, principes fondamentaux.

Enfin, de nombreux lieux d'échanges se sont ouverts à la composante associative. Il n'est d'ailleurs probablement pas indifférent que certains représentants associatifs soient parvenus à les présider. Néanmoins, trop nombreux sont encore les lieux de décisions qui ne sont pas transparents ou n'offrent pas de place aux usagers. D'ailleurs, la décision en santé reste encore trop peu contradictoire, notamment si l'on se réfère à la prise de décision dans d'autres domaines, comme la protection de l'environnement par exemple.

Conclusion

Les usagers et leurs associations sont loin encore d'être des acteurs économiques comme les autres dans un marché qui lui non plus n'est pas comme les autres. Il en va de même dans la décision de santé de façon générale.

Pour autant, ils continueront à utiliser les sources de droit qui sont entre leurs mains pour rechercher une pleine efficacité et une pleine efficacité d'un système de santé qu'ils solvabilisent, insuffisamment si l'on s'en tient aux déficits, mais qu'ils solvabilisent totalement.

L'investissement dans la santé est un investissement productif et non une charge

L'amélioration de l'état de santé de la population favorise la croissance économique des pays. D'abord parce que cela augmente la capacité productive des individus, en réduisant par exemple les arrêts de travail. Ensuite, l'amélioration de l'état de santé de la population diminue certains coûts sociaux, ce qui est aussi favorable à la croissance. Enfin, et c'est essentiel, lorsque vous gardez un état de santé à une population par un système de santé, celle-ci a une vision plus optimiste de l'avenir. Par conséquent, la population a moins tendance à épargner et consomme davantage, permettant ainsi à la richesse économique de circuler.

Le vieillissement de la population va conduire à une explosion des maladies chroniques, et donc à une forte hausse des dépenses collectives. La consommation de soins et biens médicaux est passée de 2,5% du PIB en 1950 à près de 9% aujourd'hui en France. Ce qui s'est traduit par une augmentation des financements collectifs et la mise en place de la CSG. Tout en maîtrisant drastiquement les dépenses, il faut maintenir le pacte de solidarité sur la santé et accepter d'augmenter les prélèvements obligatoires. Cela revient à arbitrer collectivement entre les différentes consommations. L'investissement dans la santé est un investissement productif et non une charge.

Le débat, qui a commencé, doit être fondé sur des études micro-économiques, médico-économiques mais aussi macro-économiques. Déterminer la valeur ajoutée produite et l'emploi créé par la santé, en finançant des recherches et des thèses, et en la comparant avec d'autres secteurs est fondamental. Il s'agit de développer l'économie de la santé comme production de richesse nationale afin d'éclairer le contexte général, permettre une approche d'ensemble et apprécier les arbitrages entre différents secteurs. Il serait ainsi judicieux de mesurer ce que les politiques de prévention, médicalisées ou non, rapportent à la collectivité. Une réflexion plus large sur la santé est un débat fondamental et politique. Et davantage de démocratie sanitaire, par exemple avec les associations de patients, et plus de réflexions sur la santé encourageront une meilleure perception et permettront de meilleurs arbitrages. Dans ce contexte, une procédure d'élaboration de la politique de santé débouchant chaque année sur un débat sur la santé à l'Assemblée nationale me paraît plus que souhaitable.

Un système de santé qui prend mieux en charge les maladies chroniques, qui est davantage proactif envers les patients, qui fait de la prévention, notamment pour la morbidité et la mortalité évitables (tabagisme, alcoolisme, accidents de la route), permettrait d'évoluer dans le bon sens. À l'image des pays scandinaves ou du Royaume-Uni qui ont une médecine plus globale et moins curative que la nôtre.

Produire

Les entreprises performantes savent organiser leur production de biens en fonction d'objectifs clairs : qualité des produits réalisés, parts de marché, croissance maîtrisée, bilan financiers à jour, calcul du prix des biens vendus et valeur ajoutée. La production de soins tant à l'hôpital que dans les cliniques n'est généralement pas assimilée à une production industrielle pour des motifs variés sous-tendus par deux principes :

1° On ne doit pas gagner d'argent sur le dos des malades.

2° Les médecins s'adressent à des personnes dont chacune est unique.

Les notions de production de soins et d'hôpital entreprise font frémir les malades et les personnels soignants qui rejettent la notion de productivité comme une dérive de la prise en charge personnelle que l'on ne saurait réduire à la fabrication de générateurs électriques, de centrales nucléaires, ou de verres à pieds.

Or l'hôpital est pourtant une entreprise dans toute l'acception du terme : c'est même la plus belle d'entre elles pour trois raisons majeures :

1° L'hôpital, la clinique et les médecins installés produisent le bien le plus précieux la santé, en réparant, en guérissant ou au moins en soulageant.

2° Entre 45 et 90% du chiffre d'affaire (moyenne 68 %) des établissements de soins sont dévolus au financement de leurs personnels, véritable valeur ajoutée d'une industrie de services sanitaires.

3° Les établissements de soins assurent une production non délocalisable (ou très peu).

Reste une quatrième vertu, celle qui gêne le plus nombre d'acteurs du système de soins : équilibrer son budget, voire devenir bénéficiaire pour investir et redistribuer au personnel sans demander d'aides publiques.

La vision d'un hôpital non rentable issue de la tradition charitable des hospices du moyen âge lorsque la médecine était inefficace, devient aujourd'hui caduque, car la médecine est devenue sûre et efficace.

Evaluer la production de soins devient donc une nécessité éthique, tout comme gérer avec sagesse le budget d'un hôpital. C'est parce que les hôpitaux font en gros tous la même chose, sans ordre régulé de puis la proximité jusqu'au recours, que le coût de fonctionnement dérape. L'hôpital X ne peut plus assurer toutes les missions d'intérêt public en un seul lieu. C'est dans une gradation harmonieuse que la production de soins s'inscrira demain et la création des communautés hospitalières de territoires répondra à l'optimisation de la prise en charge des malades et des blessés qui frappent à la porte des établissements de soins publics comme privés.

Un management efficace des personnels des établissements apparaît donc comme essentiel à la bonne conduite des missions de chaque hôpital, clinique ou maison de santé. Une vision à moyen et long terme, la rapidité de prise de décision, la justice du commandement, une évaluation en temps réel des résultats escomptés et un renforcement des ressources humaines sont les clefs du succès.

La complémentarité et le partenariat des « hôpitaux entreprises » de demain permettront l'organisation d'une chaîne de soins améliorée par les procédures de plus en plus standardisées ou les assistants médicaux joueront un rôle important pour que malades et blessés retrouvent le bien être et l'autonomie.

A un moment où la recherche et les universités françaises se posent bien des questions, il est réconfortant et même roboratif de discuter des travaux des équipes conduites par Philippe Aghion et Gérard de Pouvourville. Pourquoi ? Parce que ces études par leurs qualités intrinsèques autant que par leurs résultats ouvrent magnifiquement à des débats sociaux, politiques et éthiques d'une grande importance. Il faut bien voir ici que ce sont les qualités mêmes de ces travaux qui permettent de soutenir cette discussion. Nous sommes là dans ce que la recherche universitaire fait de mieux. Donner des éléments au débat public, mettre les faits au cœur du débat... Il faut, et ce n'est pas non plus un passage obligé ou un clause attendue, vraiment féliciter le LIR de créer les conditions d'un tel débat par le soutien apporté à une recherche pouvant sembler un peu éloignée de la chimie organique ou de la biologie cellulaire.

La première série de travaux conduits par Philippe Aghion, Peter Howitt et Fabrice Murtin est un modèle de recherche scientifique : une idée, des hypothèses, un état de la question, la construction d'un modèle, sa mise à l'épreuve des faits, la volonté non pas de trouver (ce qui n'a pas de sens) mais de chercher, de repousser toujours davantage les limites des explications précédentes.

La deuxième série de travaux menés par Gérard de Pouvourville et Mathieu Joyau consiste en une brillante revue de littérature et en une synthèse très éclairante qui mériterait d'être très largement lue.

La première est pleine de formulations mathématiques, la seconde ne contient aucun de ces signes cabalistiques qui souvent déroutent l'homme d'action, l'industriel, le politique, le citoyen. Et pourtant ces deux études se rejoignent pour deux raisons. D'abord parce que par des voies un peu différentes elles tranchent une question en apportant un faisceau convergent de preuves qui ne sont pas réfutées : celles des relations entre dépenses de santé, état de santé et croissance économique. Ensuite parce que sur ces bases elles lancent un débat important autour de la question de l'arbitrage collectif entre les différents types de dépenses auxquelles la collectivité doit procéder et me semble t'il aussi autour de cette autre question du ciblage des dépenses. Ici ou là. Où convient-il d'agir ?

Le premier point de questionnement sera celui de la limite des investissements en santé. Le travail d'Aghion, Howitt et Murtin a ceci de supérieur aux précédents qu'il montre que la relation entre progrès de l'espérance de vie et progrès de la croissance économique est non seulement déterminé par le rythme du progrès de la longévité mais aussi par son niveau initial. Ce qui est à mon avis la conséquence de la forme logistique de la courbe de croissance de l'Eo Dès lors se pose la question des limites à un investissement continu dans le domaine des soins. S'appuyant sur des travaux antérieurs (Vigneron, 2002) on suggérera que dans la mesure où le progrès s'accomplit par paliers, la fin d'une courbe logistique est le début d'une suivante et que l'apparente augmentation des rendements décroissants doit être une incitation à poursuivre l'effort.

Le modèle proposé suggère qu'il n'y a pas de limites temporelles aux effets de l'augmentation de l'espérance de vie sur la croissance. Dès lors les effets malthusiens de cette augmentation ne tarderont pas à survenir. Pour les éviter, il faut poser clairement la question de la fixation d'une limite à la durée de la vie humaine.

L'inconvénient du modèle proposé, si on le pousse dans ses retranchements, est que celle-ci relève d'un arbitrage économique. Ceci n'est évidemment pas acceptable. C'est une question de philosophie morale et politique, d'éthique comme on dit aujourd'hui. D'autres pays que le notre se sont engagés dans cette voie de manière résolue mais sur une base trop économiste et pas assez philosophique. L'intérêt des études que nous discutons ici est de montrer que le débat peut aussi être posé en termes de qualité des années vécues et que dans ce cadre le lien avec les dépenses de médicaments et le rythme de l'innovation thérapeutique est tout à fait clair.

Le deuxième point sera de marquer un regret. Dans leurs études, nos collègues soulignent que les travaux sur les inégalités sociales de santé suggèrent que les relations entre croissance et santé ne trouvent leur plein effet que lorsque les inégalités entre individus ou groupes sont elles-mêmes réduites. Ce n'est pas neuf puisque ce n'est pas à la SNCF mais à Aristote qu'il faut attribuer cette formule que le progrès ne vaut que s'il est partagé par tous. On suggérera ici que leurs études mériteraient à s'enrichir de l'intégration de cette variable et qu'il y aurait utilité à conduire des études empiriques comparatives sur des pays comme la France et les Etats Unis par exemple où l'on connaît bien les inégalités sociales ou territoriales de santé et leur évolution sur la longue durée. Ceci serait d'autant plus intéressant que si cela est vrai, cela justifierait que l'effort non pas tant d'innovation mais de diffusion de l'innovation doive avoir pour objectif le rattrapage des territoires « en retard », y compris à l'échelle d'un pays développé. Ceci serait une validation empirique de ce que l'industrie du médicament ressent fortement et que l'on retrouve au sein du L.I.R. qui fait de l'optimisation du système de soins et de la participation du patient l'un de trois axes de sa plateforme.

Le troisième point enfin sera de discuter le cadre même du modèle. Is Health Growth-Enhancing ? Après tout, est-ce le but ? ou plus exactement est-ce le seul but ? La santé a t'elle uniquement pour objet de favoriser la croissance économique, c'est à dire de fournir des bras au capital et des individus ayant intérêt à agir et à épargner ? On conçoit bien que dans la période de crise où nous vivons on ait tendance à réduire ainsi le problème. Mais on ne saurait réduire l'objet du progrès sanitaire à la question de la production ou même de l'innovation. Les études que proposent nos collègues mériteraient d'être enrichies par la mise à l'épreuve d'autres liens, entre augmentation de l'espérance de vie et croissance du bien-être, de l'intelligence, de la cohésion sociale. Dans la mesure où ces études ont clairement validé le lien entre dépenses de médicaments, rythme des innovations thérapeutiques, effort de R&D en pharmacie et augmentation de la longévité, ce serait là une démonstration du concours que peut apporter l'industrie pharmaceutique au bonheur qu'il y a de vivre.

Pr Emmanuel Vigneron*
16 avril 2009

* Soulignons ce que ce « regard » sur les travaux ici discutés doit aux échanges que nous avons eu, au sein de notre propre groupe de recherche et tout particulièrement avec Mme Sandrine Haas, Economiste, spécialiste de l'innovation, directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires.