

## JACQUES BIOT

Administrateur de sociétés et consultant senior dans le domaine des télécommunications et de l'intelligence artificielle, ancien président exécutif de l'École polytechnique de Paris

Merci, Patrick et bonjour, Mesdames et Messieurs. Tout d'abord, un grand merci à Thierry de Montbrial d'avoir organisé cette fantastique conférence. J'apprends beaucoup, donc merci beaucoup et bravo à votre équipe.

J'ai en réalité passé 30 ans de ma vie à travailler sur les problématiques d'accès au marché dans le système de santé, à essayer de définir la valeur économique et sociétale des innovations thérapeutiques. Mon intervention aujourd'hui se concentrera sur la difficulté de réconcilier l'offre et la demande dans le domaine des services et produits de la santé, un domaine en perpétuelle expansion. Je suggérerai également des moyens permettant d'introduire des élans stratégiques pour maximiser le bénéfice pour la société dans ce domaine qui, à l'heure actuelle, n'est dirigé par aucune force invisible.

Je vais commencer par quelques faits et chiffres pour poser des repères simples.

La demande est tellement forte que nous peinons à la définir en termes réels. La classification internationale des maladies établie par l'OMS liste un total de 55 000 codes pour autant de définitions de maladies, dont 7 000 à 8 000 maladies orphelines.

En termes économiques, cette demande concrète est rendue solvable, dans la plupart des cas, par des payeurs et/ou des assurances, qu'ils soient publics et en monopole, ou commerciaux et en concurrence, qui représentent la part la plus importante de la dépense. Au total, la contribution publique aux dépenses de santé atteint 60 %, allant de seulement 24 % dans les pays à faible revenu à 71 % dans les pays de l'OCDE, augmentant à peu près partout à un rythme supérieur d'environ 1 % au PIB. Ces dépenses sont presque systématiquement considérées comme une contrainte, indépendamment de leur impact bénéfique sur l'économie grâce à la réduction de la charge de la maladie, qui elle-même aura un coût si elle n'est pas traitée, et grâce à la valeur ajoutée des fournisseurs et des prestataires en termes d'emploi et de fabrication.

Cela nous amène à regarder plus en détail l'offre, qui est tout autant éparpillée entre différents types d'acteurs.

Les acteurs principaux de l'offre médicale sont en majorité des systèmes publics (gouvernementaux) tel que la National Health System (NHS) au Royaume Uni, ou son équivalent dans d'autres pays. En revanche, en 2017, les dix premiers fournisseurs médicaux américains étaient en charge de seulement 18 % des jours d'hospitalisation dans le pays.

Dans l'univers des fournisseurs, qui est à haute intensité d'emploi, la profitabilité est typiquement dans la fourchette basse des pourcentages à un chiffre dans la plupart des pays, bien que certaines aberrations bien menées offrent des rendements bien plus conséquents. La productivité baisse au niveau mondial, comme de nombreuses études l'attestent.

Dans l'industrie pharmaceutique, le leader actuel possède environ 5 % du marché total des médicaments sur prescription. Dans l'industrie des technologies médicales, les dix entreprises en tête ne possèdent que 40 % du marché mondial. C'est un contraste frappant avec les autres industries technologiques intensives, telles que l'industrie aérospatiale, les industries de technologie de l'information et de la communication ou encore les GAFAMs.

Contrairement à l'offre de soins, les secteurs de la pharmacie et de la medtech bénéficient de retours sur capitaux élevés, justifiés traditionnellement par le haut degré de risque, mais là encore, la profitabilité a baissé au fil des ans, une évolution logique à mesure que l'industrie pharmaceutique a externalisé la recherche et les premières phases du développement, et le risque qui l'accompagne, vers des entreprises de biotechnologie financées par le capital-risque.

Que fournit le monde de l'offre au monde de la demande? De l'innovation, principalement. Fin 2019, plus de 350 000 essais étaient en cours dans le monde, dont plus de 280 000 ont pour but de mesurer l'effet d'une intervention donnée. Ce nombre était d'à peine plus de 2 000 études en 2000.

En résumé : des milliers de maladies et des millions de patients ont besoin de traitement, des milliers de professionnels de la santé et des centaines de fournisseurs proposent une myriade de solutions, et une question se pose : quelle régulation économique va lier les deux pour optimiser l'allocation des ressources ?

On ne peut réguler que ce que l'on mesure. Cela nous amène à nous demander quels sont les paramètres disponibles pour estimer la charge des malades et évaluer l'effet des interventions.

Les épidémiologistes, les investigateurs cliniques et les économistes de la santé doivent traiter des données très hétérogènes. Afin de pouvoir comparer la charge des maladies sur les populations et les individus, les économistes de la santé ont développé des concepts d'indicateurs agrégés comme les années de vie corrigées du facteur invalidité (DALYs) perdues et les années de vie ajustées sur la qualité de vie (QALYs). Cependant, il y a beaucoup de littérature attestant des limites éthiques, méthodologiques et contextuelles de ces outils.

La référence absolue pour démontrer qu'une innovation de santé est sûre et efficace est ce qu'on appelle l'ECR (Essai Clinique Randomisé) mais le processus des essais cliniques, bien que complètement inévitable et à la validité scientifique indisputable, n'offre aucun indice, et ce n'est pas son intention, sur l'ordre de priorité de traiter la maladie A plutôt que la maladie B, dans le cas où les ressources sont restreintes et ne permettent pas de traiter les deux. Je ne vais pas m'étendre sur ce sujet, mais cela nous mène souvent aux questions éthiques que Daniel abordera.

Par conséquent, quand il s'agit de diminuer les dépenses de santé, les payeurs ne savent pas vraiment comment aborder le problème de façon stratégique, et la plupart d'entre eux oscillent entre différents plans de contrôle des coûts plutôt que d'envisager les dépenses comme un investissement.

C'est une des raisons pour lesquelles de plus en plus de voix s'élèvent en faveur d'une stratégie plus rationnelle, basée sur les données et socialement acceptable, qui serait mise au point par l'ensemble des parties prenantes de la santé, y compris les patients, dont le rôle dans ces débats doit être central.

En effet, les patients estiment que des traitements devraient être proposés pour chaque maladie dont ils souffrent, ou pourraient souffrir. Pourtant, en tant qu'assuré ou contribuable, aucun patient n'est prêt à contribuer sans limites aux coûts toujours plus élevés du système de santé. Au niveau macroéconomique, aucune institution n'est chargée de définir, ni n'a le pouvoir d'imposer, une distribution stratégique des ressources limitées aux innombrables interventions de santé que les patients demandent au niveau individuel. Le rôle de l'OMS a été précédemment évoqué au cours de cette conférence, mais au niveau macroéconomique, aucune institution n'est chargée de définir, ni n'a le pouvoir d'imposer, une distribution stratégique des ressources limitées aux innombrables interventions de santé que les patients demandent au niveau individuel.

Il est grand temps de renforcer la recherche et l'enseignement en épidémiologie et en économie de la santé. L'amélioration rapide de la collecte et de la gestion des données, par le biais d'outils de communication à haute performance et d'intelligence augmentée, devrait permettre une définition plus informée et consensuelle des préférences publiques en termes de politique de santé qui servirait de base pour l'allocation des ressources publiques à tous les acteurs de la santé.

Je voudrais rendre un hommage particulier à mes amis africains présents aujourd'hui car nombre d'entre eux sont des exceptions à mon discours sur l'absence de gestion. J'ai une grande admiration pour ce que le Rwanda a accompli depuis la guerre afin de construire un système de santé intelligent et efficace, et j'ai entendu hier que le Sénégal prenait le même chemin. Je pense que dans ce domaine et dans d'autres, l'Afrique pourrait ouvrir la voie vers une utilisation plus efficace des ressources, et je salue cet effort.

Je vous remercie de votre attention et je serai heureux de répondre à vos questions.

**Patrick Nicolet**

Merci, Jacques. Je ne ferai pas de résumé mais, simplement pour les questions à venir, vous avez évoqué un point d'interrogation sur la correspondance entre l'offre et la demande, la visibilité du profit dans le temps, la régulation de l'inconnu et l'opposition patient/client.