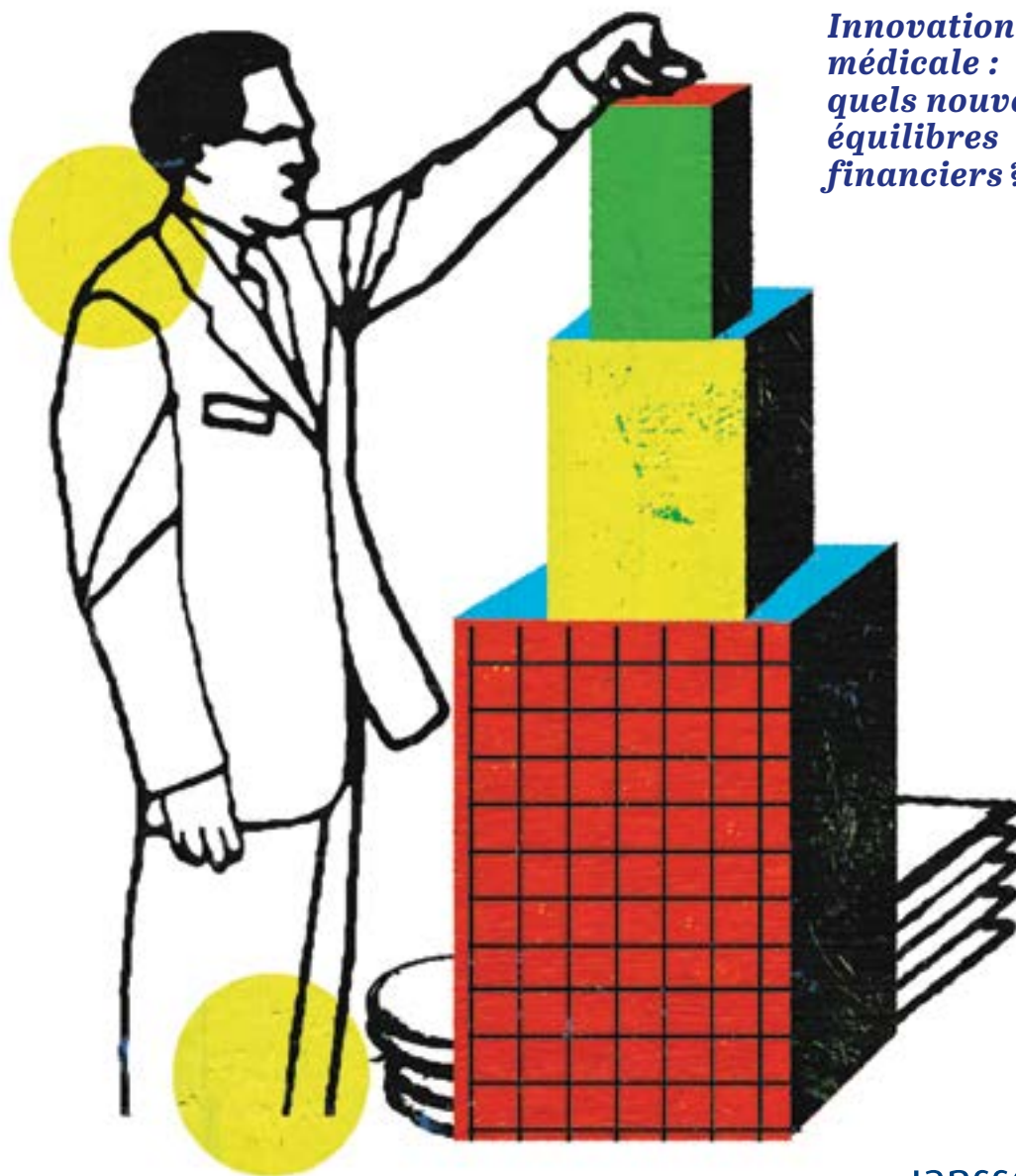
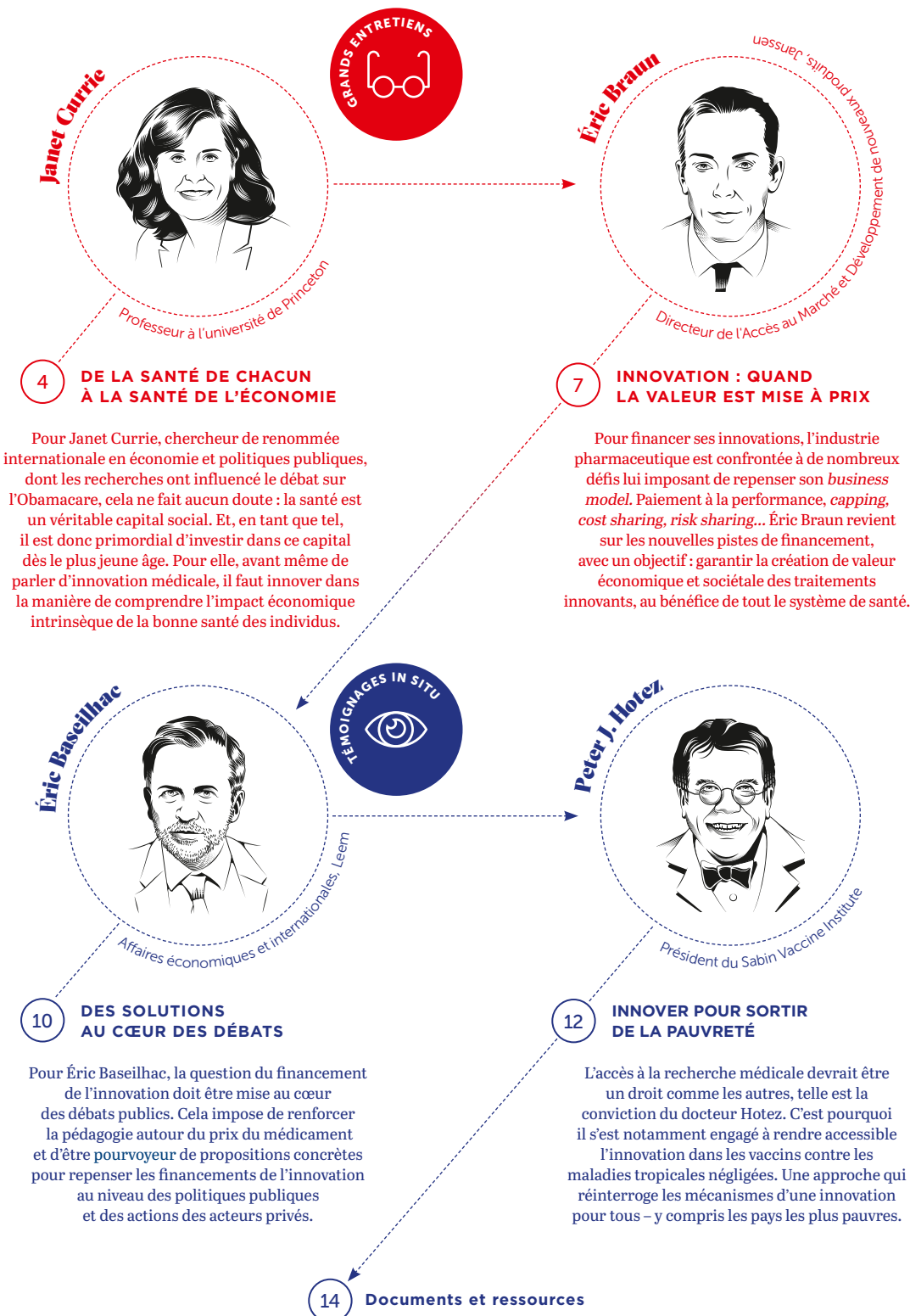


regards

sur la santé publique



*Innovation
médicale :
quels nouveaux
équilibres
financiers ?*



Répondre aux paradoxes par de la valeur

Nous sommes bien là face à un paradoxe. Jamais les laboratoires pharmaceutiques n'ont été autant pointés du doigt dans l'opinion, les forçant à justifier le prix de leurs traitements les plus innovants. Et pourtant, le médicament et l'innovation en santé font partie des grands absents des débats publics.

Paradoxe auquel s'ajoute un autre : il s'agit du seul secteur industriel auquel les pouvoirs publics ont fixé des objectifs de décroissance du chiffre d'affaires depuis plusieurs années, alors qu'il investit tous les jours dans l'innovation.

Et ces paradoxes sont autant de défis. À continuer à s'engager dans l'innovation pour proposer de nouveaux traitements avec une valeur ajoutée inégalée jusqu'alors. À plus clairement faire la pédagogie du prix de ces innovations. À repenser de manière plus innovante nos propres *business models*. À garantir l'accès à l'innovation de tous, y compris les plus défavorisés. À aller au-delà du spectre thérapeutique pour embrasser la valeur économique et sociétale globale du médicament, nous obligeant à penser la santé comme un véritable capital tant pour l'individu que pour la société. Enfin, cela nous impose d'ouvrir de manière constructive et transparente des débats avec l'ensemble des parties prenantes autour des réalités de notre secteur.

Autant de défis à nourrir par de la valeur pour en faire des perspectives d'avenir.

EMMANUELLE QUILÈS
Présidente de Janssen France

DE LA SANTÉ DE CHACUN À LA SANTÉ DE L'ÉCONOMIE

La santé de chacun a-t-elle un impact réel sur l'économie?
Oui, sans aucun doute, selon le professeur Janet Currie
de l'université de Princeton, au point qu'il est urgent d'investir
dans ce capital, et ce, dès la petite enfance.

Janet Currie,
professeur
et présidente
du département
d'Économie
de l'université
de Princeton
(New Jersey,
États-Unis)



VOTRE COMPÉTENCE S'ÉTEND DU DOMAINE DE LA SANTÉ À CELUI DE L'ÉCONOMIE. POURRIEZ-VOUS NOUS EXPLIQUER EN QUOI LA SANTÉ A UN IMPACT SUR L'ÉCONOMIE?

JANET CURRIE : Le lien le plus évident entre la santé et l'économie est le travail. Car c'est notre état de santé qui nous permet ou pas de travailler au maximum de nos capacités. Le nombre de jours de travail perdus pour cause de maladie ou d'invalidité est très élevé, à tel point que beaucoup de pays occidentaux n'arrivent pas à financer leurs dispositifs d'incapacité. Si nous arrivions à endiguer ce phénomène par la prévention, l'impact sur l'économie serait colossal. J'ai aussi passé beaucoup de temps à analyser les conséquences sur l'âge adulte d'une mauvaise santé durant l'enfance, et elles sont nombreuses : à commencer par une santé détériorée à l'âge adulte, des salaires inférieurs et une capacité de travail moindre. Mais aussi par un niveau d'études plus bas, ce qui a des répercussions économiques. Un enfant sou-

vent malade va avoir un parcours scolaire perturbé, avec des lacunes. S'il est malade à un moment clé de ses études – un examen, un concours –, sa trajectoire peut en être affectée pour tout le restant de sa vie.

VOUS ALLEZ JUSQU'À PARLER DE « CAPITAL HUMAIN ». QU'ENTENDEZ-VOUS PAR LÀ?

J. C. : Cette notion part du principe que chacun de nous est doté d'une certaine capacité de production, que nous devons investir pour l'entretenir car, si nous ne faisons rien, elle se déprécie. De même, chacun de nous naît avec un certain capital santé qu'il peut choisir d'améliorer ou de laisser s'étioler au fil du temps.

COMMENT LE SYSTÈME DE SANTÉ ET LES POUVOIRS PUBLICS PEUVENT-ILS AGIR SUR CE CAPITAL HUMAIN?

J. C. : Les politiques publiques qui ont le plus d'impact économique sont celles qui empêchent les populations de tomber malades. La plupart du temps, il s'agit d'actions de prévention encourageant les gens à arrêter de fumer, à manger mieux ou à réduire leur consommation d'alcool. Ces principes, tout le monde les connaît, mais peu les respectent scrupuleusement. Si nous trouvions un moyen pour aider les populations à adopter une meilleure hygiène de vie, le retour sur investissement pourrait être énorme. Et ce serait là qu'il s'agirait d'innover!

“Si nous trouvions un moyen pour aider les populations à adopter une meilleure hygiène de vie, le retour sur investissement pourrait être énorme.”



Mais, pour cela, il faudrait qu'on prête beaucoup plus d'attention aux mesures de santé publique. Il faudrait qu'on les appréhende sous un angle aussi novateur et avec le même souci d'excellence que dans la recherche médicale, en ayant recours, par exemple, aux bonnes pratiques du marketing ou aux récentes découvertes en matière de psychologie. C'est hélas encore loin d'être le cas. Prenons l'exemple de nos campagnes antitabac. Ne ressemblent-elles pas trait pour trait à ce que nous faisons il y a cinquante ans? Pourquoi innovons-nous massivement en recherche médicale, mais pas sur cet aspect?

...

“Pour rendre la santé accessible à tous, il faut avant tout mettre l’accent sur l’éducation.”

...

TOUT SERAIT DONC QUESTION D’ÉDUCATION, DE PRISE DE CONSCIENCE?

J. C. : On pense souvent que pour améliorer la santé, il faut surtout améliorer l’accès aux soins, ce qui est très important mais loin d’être suffisant. Quand on regarde ce qui se passe au Canada ou au Royaume-Uni, deux pays qui offrent une couverture maladie universelle, on s’aperçoit que les populations les plus instruites sont aussi celles qui prennent leur santé en main, celles qui adoptent des comportements de prévention, celles qui suivent leur traitement correctement, celles qui consultent le plus de spécialistes, etc. Et ce n’est pas parce qu’elles ont accès aux soins, mais parce qu’elles comprennent l’intérêt qu’elles ont à s’inscrire dans la prévention. Pour rendre la santé accessible à tous, il faut donc, avant tout, mettre l’accent sur l’éducation : leur apprendre comment prendre soin de leur santé et ainsi les aider à le faire vraiment.



BIOGRAPHIE

Janet Currie codirige le Centre pour la santé et le bien-être et le Programme national de recherche économique pour la famille et l’enfance. En 2016, elle a été nommée Docteur Honoris Causa par l’université de Lyon.

Son approche sociale de la santé l’a amenée à se pencher sur l’extension de l’assurance maladie et l’amélioration du système de santé, le logement social ainsi que les programmes de nutrition aux États-Unis. Ses travaux ont inspiré l’Obamacare.

DANS QUELS DOMAINES LES MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE AURAIENT-ELLES LE PLUS D’IMPACT?

J. C. : Il y en a tellement! À commencer par le tabac ou l’obésité bien évidemment. Mais aussi, autre enjeu clé, la vaccination. Il y a encore des endroits où l’on assiste à des épidémies de rougeole, et une majorité de femmes enceintes ne sont pas vaccinées contre la grippe. Les pouvoirs publics devraient s’y intéresser. Des études de grande envergure menées au Danemark ont en effet montré qu’une grippe pouvait avoir des conséquences graves sur le fœtus, au point de fragiliser la santé de ces enfants qui, une fois adultes, étaient payés 10% de moins que leurs frères et sœurs ou que des enfants du même milieu. Alors? Cela ne vaut-il pas la peine d’investir dans un vaccin (voir également l’interview de Peter J. Hotez en pages 12-13)?

VOUS AVEZ UNE APPROCHE INTERNATIONALE. POUR VOUS, QUELLES DIFFÉRENCES EXISTENT DANS L’« INVESTISSEMENT » DANS LA SANTÉ DES ENFANTS?

J. C. : Mon travail m’a amenée à me déplacer partout dans le monde, notamment aux États-Unis, au Royaume-Uni, au Canada ou en Suède. Il y a de très grandes différences. Les États-Unis, par exemple, sont à la traîne. Le taux de mortalité y est plus élevé que dans d’autres pays. On y vit moins longtemps, notamment parce que la santé des enfants y est moins bien prise en charge. *A contrario*, la Suède investit beaucoup dans la santé de ses enfants, ce qui se répercute sur la santé des adultes. Ils vivent plus vieux et en meilleure forme. Le paradigme du capital humain se résume à cela. L’investissement porte ses fruits à long terme. •



INNOVATION : QUAND LA VALEUR EST MISE À PRIX

À quels défis est confrontée l’industrie pharmaceutique pour financer ses innovations? En quoi ses innovations créent-elles de la valeur pour tout notre système de santé? Comment mesurer cet impact et le valoriser au juste prix? Les réponses d’Éric Braun.

Éric Braun, directeur de l’Accès au Marché et Développement de nouveaux produits chez Janssen



LEUR PRIX FAIT RÉGULIÈREMENT DÉBAT. POURQUOI LES NOUVEAUX MÉDICAMENTS COÛTENT-ILS SI CHER AUJOURD’HUI?

ÉRIC BRAUN : Je ne dirais pas qu’ils coûtent « si » cher, mais « plus » cher. Parce que l’innovation s’accélère et que le développement prend plus de temps, ce qui nous oblige à rentabiliser plus vite nos investissements. Parce qu’on s’adresse de plus en plus à des populations réduites avec des médicaments orphelins plus difficiles à amortir – les exigences des autorités étant les mêmes que pour des *blockbusters*. Et enfin, parce que notre *business model* a évolué : la recherche fondamentale a été externalisée pour répondre plus vite aux besoins des patients, mais pas les essais cliniques. Les coûts d’acquisition de ces innovations sur le marché des start-up sont très élevés, sachant que le développement clinique reste à financer.

COMMENT ET PAR QUI CES PRIX SONT-ILS DÉTERMINÉS?

É. B. : Ils ne sont pas déterminés ni imposés, mais négociés avec les pouvoirs publics dans un



BIOGRAPHIE

Éric Braun est directeur de l'Accès au Marché et Développement de nouveaux produits chez Janssen France depuis quatre ans. À ce titre, son département s'occupe d'inscrire les molécules au remboursement et de négocier les prix avec les autorités, ainsi que de préparer l'accès au marché français des molécules en phase II au sein du Groupe.

Il a auparavant occupé plusieurs postes commerciaux chez Janssen et chez GSK après avoir été consultant chez Ernst & Young. Éric Braun est médecin, spécialisé en santé publique.



...

cadre contractuel (accord-cadre) et réglementaire. Une fois l'autorisation de mise sur le marché (AMM) obtenue, chaque laboratoire dépose deux dossiers auprès de la Haute Autorité de santé (HAS) : un auprès de la Commission de la transparence, qui évalue le bénéfice additionnel de la molécule et donne un niveau d'ASMR* ; l'autre auprès de la Commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP), qui évalue l'efficacité et l'impact budgétaire du médicament, évaluation récente qui doit éclairer la décision du payeur. Ces deux évaluations sont remises au Comité économique des produits de santé (CEPS), qui négocie le prix avec chaque laboratoire. En théorie, ce processus prend douze mois. Dans la pratique, il peut durer jusqu'à trois ans.

COMMENT VOUS PROJETEZ-VOUS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ QUI A BESOIN DE RÉDUIRE SES COÛTS ?

É. B. : Aujourd'hui, l'Assurance maladie n'est pas à l'équilibre, malgré les économies imposées à l'industrie. Mais, avec 15% des dépenses de l'Assurance maladie, ce ne sont pas les médica-

ments qui alourdissent le budget de la Sécurité sociale, mais d'autres coûts non maîtrisés : transports sanitaires, séjours hospitaliers, honoraires, indemnités, etc. Pour faire face à l'accroissement de la population et à son vieillissement, le coût des médicaments devrait augmenter de plus de 5% par an. Mais l'Assurance maladie nous impose une « croissance nulle » et nous demande chaque année un effort collectif de 1 milliard d'euros. On comprend ainsi que, dans un contexte de défi quant à la valeur de l'innovation, des solutions nouvelles pour financer l'innovation doivent être envisagées.

QUELS SONT CES MODÈLES ?

É. B. : Le **paiement à la performance** est une piste. Grâce à lui, la société ne paye que si le médicament est efficace. Pour certaines pathologies comme l'hépatite C, c'est simple, car on est guéri ou pas, alors que, pour le cancer, il faut trouver des marqueurs d'efficacité. Très séduisante en théorie, cette solution s'avère très difficile à mettre en place.

Avec le **capping**, le laboratoire dispose d'une enveloppe donnée pour prendre en charge toute une population, au-delà de laquelle il soigne gratuitement. Cette solution n'est acceptable que dans certaines conditions. La tuberculose résistante, qui concerne actuellement 80 patients en France, en est un exemple. Le laboratoire peut s'engager à traiter tous les patients pour une somme donnée. Par contre, dans un contexte d'explosion du nombre de patients (épidémie), les clauses doivent être révisées.

Le **cost sharing**, ou partage des coûts, est une autre piste, qui mise sur le volume. Plus on a de patients traités avec une molécule, moins le coût par patient est élevé. Avec ce système, les pouvoirs publics maîtrisent le coût du traitement. Reste le **coût par indication**, grâce auquel le prix d'une même molécule est différent selon ses indications et le niveau de service rendu. C'est, par exemple, le cas d'une molécule prescrite pour le cancer de la prostate. Elle a été classée en ASMR III lorsqu'elle est utilisée en post-chimiothérapie et en ASMR IV en pré-chimiothérapie.

LE RISK SHARING, OU PARTAGE DES RISQUES, N'EST-IL PAS AUSSI UNE PISTE INTÉRESSANTE ?

É. B. : Si, à condition de la réserver aux innovations les plus prometteuses, celles qui bénéficient d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU), malgré un niveau de preuves assez faible, parce qu'elles peuvent sauver la vie de certains patients en échec thérapeutique. Malheureusement, la plupart de ces molécules se retrouvent bloquées à cause de ce même manque de preuves qui incite les pouvoirs publics à les classer en ASMR IV ou V, synonymes de prix trop bas. Le **risk sharing** pour lequel nous militons permet de sortir de cette impasse, grâce à une évaluation temporaire revue au rythme des nouvelles preuves. Baptisé « *Coverage with evidence development* », ce système existe en Angleterre. Il est une des seules solutions pour que les innovations arrivent sur le marché de façon précoce.

MIS À PART CES DISPOSITIFS, COMMENT PASSER D'UNE SIMPLE NOTION DE COÛT À UNE NOTION DE VALEUR ?

É. B. : En allant au-delà du spectre thérapeutique pour embrasser la valeur économique et sociétale du médicament, c'est-à-dire valoriser les économies générées pour le système de santé mais aussi l'impact sur la société. Une chimiothérapie par voie orale et non par intraveineuse fait disparaître des coûts d'hospitalisation, de transport sanitaire et de matériel, tout en permettant à certains patients de continuer à travailler. Une molécule qui diminue la mobilisation des aidants dans le cas de la maladie d'Alzheimer a un impact sur la société, car en mobilisant les aidants, elle génère une perte de productivité, etc. Autant de points que la HAS ne prend pas en compte.

“Des solutions nouvelles pour financer l'innovation doivent être envisagées.”

QUE FAUDRAIT-IL CHANGER POUR POUVOIR VALORISER CES ÉCONOMIES ?

É. B. : Il faudrait tous s'asseoir autour d'une table : les laboratoires, le ministère de la Santé, l'Assurance maladie, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), mais aussi les associations de patients et pourquoi pas les complémentaires santé. •

* L'amélioration du service médical rendu (ASMR) est une échelle officielle qui mesure le progrès thérapeutique apporté par un médicament en France. ASMR I : majeure, ASMR II : importante, ASMR III : modérée, ASMR IV : mineure, ASMR V : inexistante.

Des solutions au cœur des débats

En décembre dernier, la 2^e édition de *Pharmacité** a mis l'accent sur les grandes révolutions qui vont bouleverser l'innovation pharmaceutique et notamment son financement. Un sujet à mettre au cœur des débats pour *Éric Baseilhac*.



Éric Baseilhac, docteur en médecine et titulaire d'un EM de Sciences Po Paris, est directeur des Affaires économiques et internationales du Leem (Les Entreprises du médicament) depuis 2013. Il a occupé auparavant plusieurs postes de direction en économie de la santé et développement dans l'industrie pharmaceutique.

QUELLES SONT CES GRANDES RÉVOLUTIONS AUXQUELLES FAIT FACE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE ?

ÉRIC BASEILHAC : La santé amorce un tournant unique, avec trois révolutions : une révolution technologique qui va se traduire par des vagues successives d'innovations thérapeutiques avec des médicaments à très forte valeur ajoutée; une révolution numérique qui va accélérer la recherche grâce aux *big data* ou encore changer la donne pour le suivi des maladies chroniques grâce aux objets connectés; et une révolution sociétale qui se manifeste par la prise de pouvoir des patients. Ce sont de formidables avancées pour la société, mais le fait de transformer, comme en cancérologie par exemple, des maladies mortelles en maladies chroniques va avoir un impact certain sur la soutenabilité de nos modèles sociaux. Un impact qui nous interpelle, nous les industriels, avec deux questions : quelle rationalité pour nos prix? et quel financement, dans le temps, pour nos innovations?

COMMENÇONS PAR LES PRIX : COMMENT LES RATIONALISER ?

É. B. : Contrairement à beaucoup de produits manufacturés, le prix d'un médicament ne se calcule pas en additionnant les coûts de tous ses composants. Parce qu'un médicament est avant tout le fruit d'un processus de développement long, risqué et coûteux. Deux fois plus long que pour un Airbus, soit douze ans. Risqué, car sur 100 molécules étudiées, seules sept seront commercialisées. Et enfin coûteux : en dix ans, l'industrie pharmaceutique a dépensé 1000 milliards de dollars. Elle s'apprête à en dépenser autant dans les cinq prochaines années. La pharmacie est le secteur manufacturier qui investit le plus en R&D. Rechercher et développer un médicament coûte en moyenne 1,5 milliard de dollars. Pour autant, il est impossible de déterminer le prix d'un médicament en partant des coûts de R&D, car il est très difficile d'individualiser ces coûts par pays et par molécule. La seule manière de fixer un prix pour les médicaments est l'approche transactionnelle, en tenant compte des points de vue de tous les acteurs légitimes à le négocier : l'industriel, le régulateur et la société. Le prix « équitable » d'un médicament est le prix qui permet un accès à tous ceux qui en ont besoin, qui prend en compte le bénéfice thérapeutique apporté pour les patients et la société, et qui permet à l'industriel de continuer à investir dans l'innovation. Le système français doit notamment améliorer sa capacité à prendre en compte le bénéfice thérapeutique des innovations en vie réelle et leur impact sur l'organisation des soins.



“La santé amorce un tournant unique dans son histoire.”

OÙ EN SONT LES MÉCANISMES QUI PERMETTENT DE FINANCER L'INNOVATION ?

É. B. : Ils ne peuvent guère aller plus loin. La régulation est en bout de course. Elle nous impose chaque année des baisses drastiques, y compris sur les toutes nouvelles molécules. La consommation est sous contrôle. Contrairement aux idées reçues, les Français consomment globalement moins de médicaments que leurs voisins européens. Quant à la générication, son potentiel est épuisé.

VOUS PROPOSEZ QUATRE PISTES POUR UNE NOUVELLE RÉGULATION. LESQUELLES ?

É. B. : Le retour de l'innovation doit en effet nous permettre de passer d'une régulation punitive à une régulation attractive ! Il faut tout d'abord changer le cadre général avec une loi-cadre quinquennale qui mette en cohérence les politiques de santé publique,

de financement de la Sécurité sociale et d'organisation des soins. Nous proposons ensuite d'aligner la croissance de l'enveloppe médicament sur l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam). Ce dernier est passé de +1,75% à +2,1% en 2017, alors que le budget des médicaments continue de décroître à -1%. Capturer les gains d'efficacité générés par les médicaments innovants dans l'organisation des soins est notre troisième proposition. Enfin, nous sommes convaincus que l'on peut continuer à faire des économies dans l'enveloppe du médicament elle-même : en accentuant la prescription de génériques, en développant l'automédication conseillée dont le pharmacien serait le cœur, en développant le bon usage du médicament ou encore en améliorant l'observance. Le programme de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse du sujet âgé, qu'a mis en place le Leem avec tous les acteurs du médicament, a permis d'économiser 185 millions d'euros au dernier semestre. Mobiliser les industriels, comme des acteurs de santé à part entière, sur des actions de santé publique pourvoyeuses d'économies : voilà une belle illustration du concept de régulation attractive ! •



REPÈRES



12 ans

C'est la durée moyenne pour le développement d'un nouveau médicament, soit un temps deux fois plus long que pour un Airbus.



7 MOLÉCULES

sur 100 testées dans les études cliniques seront commercialisées.



1,5 Md\$

C'est le coût moyen de la recherche et du développement d'un médicament.



1 000 Md\$

C'est ce qu'a dépensé l'industrie pharmaceutique pour la recherche et le développement de nouveaux médicaments ces dix dernières années.

Source : Leem.

* Événement organisé par le Leem, le 13 décembre 2016, sur le thème : « Présidentielle 2017 : la santé candidate! ».

Innovier pour sortir de la pauvreté

Un milliard de personnes dans le monde sont vouées à rester pauvres à cause d'une ou de plusieurs maladies tropicales négligées. Un piège dont elles pourraient s'extraire grâce à l'innovation. À condition que cet accès devienne un droit universel, comme l'explique le docteur Peter J. Hotez.



Peter J. Hotez exerce aux États-Unis en tant que doyen du Baylor College of Medicine, qui abrite l'école nationale de médecine tropicale, et président du Sabin Vaccine Institute & Texas Children's Hospital Center for Vaccine Development.

QUE SONT LES MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES ET POURQUOI FRAPPENT-ELLES LES PLUS PAUVRES ?

PETER J. HOTEZ : Dengue, rage, lèpre, éléphantiasis, bilharziose..., les maladies tropicales négligées sont les maladies les plus fréquentes au sein des populations qui vivent dans la misère, populations que l'on désigne souvent sous le nom de « milliard d'en bas » ou milliard le plus pauvre de l'humanité. Leur dimension chronique et débilitante est un vrai fléau car, si elles naissent de la misère, elles provoquent ou entretiennent aussi la misère, en affectant la productivité de ceux qui travaillent, le développement de l'enfant, la santé des femmes, etc.

SELON VOUS, L'INNOVATION AUTOUR DE CES MALADIES EST EN CRISE. POURQUOI ?

P. J. H. : On s'imagine souvent que les plus pauvres ont surtout besoin d'eau, de quoi se nourrir ou se loger et de médicaments de base, mais pas d'innovation. Or, l'accès à la

recherche médicale devrait être un droit comme les autres. Tout le monde devrait pouvoir bénéficier de cette recherche, même s'il est atteint d'une maladie de pauvre.

QUEL MESSAGE FAUDRAIT-IL FAIRE PASSER AUX POUVOIRS PUBLICS POUR QUE ÇA CHANGE ?

P. J. H. : Que ces maladies piègent des populations entières dans la misère. Et que le moyen le plus rentable pour les en extraire est de les traiter avec les moyens existants mais aussi en développant la recherche. Il y va de notre santé et de notre sécurité à l'échelle mondiale, car la donne en matière d'épidémiologie a brusquement changé ces dernières années. On a vu

“L'accès à la recherche médicale devrait être un droit comme les autres.”

des épidémies naître dans des zones de guerre, puis se répandre au-delà. Ainsi, en Afrique occidentale, la fièvre Ebola a-t-elle explosé parce que les infrastructures et le système de santé avaient été détruits par des années de guerre civile et d'atrocités. C'est ce qui se passe aujourd'hui au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Des épidémies vont naître de ces conflits. Pour protéger ces populations et donc nous protéger aussi, nous devons renforcer leurs défenses immunitaires et leur vaccination tout en augmentant la vigilance sanitaire.



REPÈRES

Un accès à l'innovation pour tous

Fournir un accès à des soins de santé abordables et de qualité est un défi majeur. Pour tenter d'y répondre, Janssen a créé en 2007 le Global Access and Partnerships Program (GAPP), un programme mondial pour l'accès aux médicaments contre le VIH à destination de patients de pays pauvres, comme en Afrique subsaharienne notamment. La création de Janssen Global Public Health (GPH) en 2013 représente une nouvelle étape, avec pour objectif de créer toujours plus de produits et de services innovants accessibles à l'ensemble des populations qui en ont besoin à travers le monde.

COMMENT Y CONTRIBUEZ-VOUS AU SEIN DU SABIN VACCINE INSTITUTE ?

P. J. H. : Notre institut développe des vaccins contre des maladies négligées dont les besoins ne sont pas couverts par les grands laboratoires pharmaceutiques. Nous sommes les seuls à les produire, car personne n'a encore trouvé de *business model*. Nous-mêmes ne savons pas comment les financer. Dès que l'occasion se présente, nous tentons de nouer des partenariats avec l'industrie, dont l'expertise nous est précieuse. Nous en avons déjà quelques-uns avec des fabricants, mais nous aimerions aussi travailler avec des leaders de l'industrie, comme Johnson & Johnson.

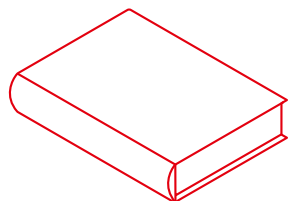
POUVEZ-VOUS NOUS DONNER UN EXEMPLE DE CETTE RUPTURE DE BUSINESS MODEL ?

P. J. H. : Le cas du vaccin contre Ebola est un bon exemple. En effet, les avancées scientifiques ont précédé la mise en œuvre de moyens politiques, sociaux et économiques.

Ainsi, la technologie du vaccin contre Ebola existait depuis le début des années 2000. C'est face à la menace d'une épidémie mondiale que les choses se sont accélérées. Le vaccin a alors été produit très rapidement, mais 11000 personnes étaient déjà mortes, le temps de faire les essais cliniques.

COMMENT CELA SE PASSE-T-IL AUJOURD'HUI ? ET DEMAIN, QU'EST-CE QUI DOIT CHANGER ?

P. J. H. : Les universités, tout comme les instituts de recherche, disposent des moyens scientifiques pour mettre au point les principes actifs, mais pas des moyens pour passer aux stades clinique et industriel. Personne n'a encore développé de vaccins à but non lucratif. Dans notre institut, nous sommes sur le point de le faire, mais il nous faut à la fois des ressources et des experts pour passer aux essais cliniques. Aussi recherchons-nous des partenaires industriels, ce qui représente un vrai défi. •

OUVRAGES
ET ARTICLESLE SYSTÈME DE SANTÉ
N'EST PAS CONÇU
POUR ACCUEILLIR
AUTANT D'INNOVATIONS

Emmanuelle Quilès,
La Tribune, 29 mai 2016.

Dans cet article, la directrice générale de Janssen France, Emmanuelle Quilès, revient sur la fécondité de la période en nouveaux traitements innovants. Un contexte qui impose de s'interroger sur le partage des risques et la valorisation des économies générées par le médicament sur le parcours de soins. Elle prône également une ouverture des débats avec l'ensemble des parties prenantes autour des réalités du secteur pour repenser collectivement les modèles de financement de l'innovation.

Sur le même sujet :

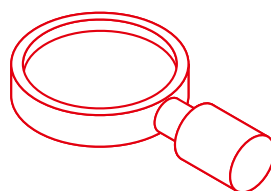
Médicament : dix raisons de faire autrement, Leem, novembre 2016.

SANTÉ, UN SECTEUR
EN PLEIN ESSOR

Problèmes économiques,
n° 3127, 17 février 2016.

Ce numéro de *Problèmes économiques* présente les atouts du secteur de la santé, tels que sa grande diversité et sa large variété de domaines d'investissements, que ce soit dans l'industrie pharmaceutique, la biotechnologie, les équipements et technologies médicales et les services. Le secteur bénéficie également de moteurs de croissance structurels stables, liés au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques dans les pays développés, mais aussi au développement de l'accès aux soins dans les pays émergents. Autant de facteurs qui pourraient dopper la croissance de la demande de soins et stimuler l'innovation.

ÉTUDES

CONSEIL STRATÉGIQUE
DES INDUSTRIES DE SANTÉ

11 avril 2016.

Le rapport du 7^e Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) apporte son éclairage sur le positionnement stratégique du secteur par sa finalité au service de la santé de la population, mais aussi par son poids économique, sa contribution à l'emploi, à la croissance et à la balance commerciale. Il analyse également les défis rencontrés dans un contexte de compétition internationale accrue. Pour répondre à ces défis, le CSIS identifie quatre orientations stratégiques qui se déclinent en 14 mesures dans les domaines de l'innovation, de la production, de la recherche avec les essais cliniques et l'accès aux bases de données, et dans le renforcement du dialogue entre l'État et les industries de santé.

Sur le même sujet :

Évolution des *business models* dans le secteur pharmaceutique : l'importance grandissante des offres de services, thèse soutenue par Laure Robert le 29 octobre 2015.

INNOVATIVE FUTURES
A SCENARIO ANALYSIS
OF PHARMACEUTICAL
INNOVATION AND ACCESS
TO MEDICINES IN EUROPE

Pugatch Consilium,
janvier 2014.

Comment évolueront les systèmes de santé européens ? À quelles conditions pourront-ils être porteurs d'innovations ? Qu'en sera-t-il de l'accès aux soins ? Cette étude propose différents scénarios pour l'évolution de l'innovation et de l'accès aux soins des différents systèmes de santé européens.

Sur le même sujet :

Santé : le pari de l'innovation, Institut Montaigne, décembre 2013.

L'INNOVATION DANS
LE PARCOURS DE SOINS :
QU'EN PENSENT
LES PATIENTS ?

Novembre 2016.

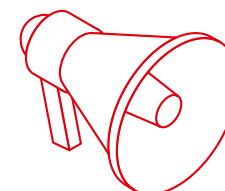
Innov'Asso a organisé ce mini sondage pour évaluer la perception qu'ont les patients de l'innovation. Au travers d'une dizaine de questions, il leur a été demandé ce que, spontanément, ils mettaient derrière l'expression « innovation dans le parcours de soins » et s'ils avaient le sentiment d'y avoir accès et d'être suffisamment informés sur ces sujets.

À noter que, au-delà des seuls traitements, près de 30% des personnes interrogées associent l'innovation au dépistage et au suivi dans leur parcours de soins. Elles considèrent alors l'innovation comme un moyen d'améliorer la coordination des différents intervenants médicaux, la réactivité des structures médicales et les délais de prise en charge de la maladie.

Tous les résultats sur :

 www.innovasso.fr

INITIATIVES



FRANCE SANTÉ 2017

Pour placer la santé au cœur du débat de la présidentielle de 2017, le think tank LIR Imaginons la santé a lancé un forum en ligne intitulé « France Santé 2017 ». Les débats et appels à idées portent autour de cinq grands défis :

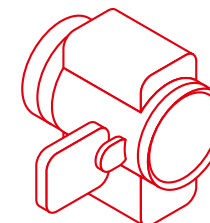
- simplifier l'accès aux soins;
- faire mieux avec autant en améliorant la qualité de la prise en charge;
- s'appuyer sur les nouvelles technologies et la santé numérique;
- éviter ou retarder l'arrivée de la maladie en impliquant plus les citoyens dans leur parcours de santé;
- soutenir la recherche et la médecine du futur pour faire de la santé un secteur économique enviable.

 www.francesante2017.fr

Sur le même sujet :

2017 - Santé, l'heure des choix. Donnons à la France la chance d'être, demain, aux avant-postes du progrès en santé, Leem, décembre 2016.

VIDÉOS

QUELLE EST LA PLACE
D'UN ÉCONOMISTE DANS
LA DÉCISION PUBLIQUE
EN SANTÉ ?

Lise Rochaix,
Hospinnomics, 26 octobre 2016.

Lise Rochaix est professeur à l'université Paris 1 Panthéon-Sorbonne et membre d'Hospinnomics, la chaire en économie de la santé centrée sur l'innovation à l'hôpital, créée par l'AP-HP et Paris School Economics. Dans cette vidéo, elle revient sur ce que peut apporter un économiste dans les processus d'innovation de la santé, notamment dans le secteur hospitalier. Elle invite ainsi à comprendre comment sont abordées la légitimité et la crédibilité de deux mondes que, de prime abord, tout oppose.

 www.hospinnomics.eu

WEB SÉRIE « LE PRIX
DU MÉDICAMENT »

Leem.

À quoi correspond le prix du médicament ? Qui fixe le prix des médicaments en France ? Comment ce prix évolue-t-il avec le temps ? Autant de questions auxquelles se propose de répondre de manière didactique le Leem, grâce à sa web série « Le prix du médicament ». Celle-ci est composée au total de cinq épisodes.

 www.leem.org/webserie/prix



regards en chiffres

 **1/4**

des 13,4% d'augmentation de l'espérance de vie des patients cancéreux entre 1996 et 2000 est attribué à l'innovation pharmacologique¹.

 **1 OU 2**

molécules sur 10000 molécules prometteuses seulement parviennent au stade de médicament approuvé⁵.

 **2 À 3 MILLIONS**

de décès par an évités grâce aux vaccins selon les estimations².

 **17%**

des dépenses de santé en Europe sont portées par les médicaments⁵.

 **73%**

de l'amélioration de l'espérance de vie observée entre 2000 et 2009 est due aux médicaments selon les estimations³.

 **17 MDE**

de production potentielle perdue du fait de la mortalité par cancer en France⁶.

 **- 11%**

de journées d'hospitalisation en 2009, grâce aux nouveaux médicaments introduits sur la période de 1995 à 2004⁴.

 **80%**

des personnes interrogées pensent que les questions de santé n'occupent pas une place assez importante dans le débat de l'élection présidentielle de 2017⁷.

1. Lichtenberg, F. R., 2014. CESifo Economic Studies, 60 (1), pp. 135-177. 2. Organisation mondiale de la santé, 2015. *Vaccination*. 3. Lichtenberg, F. R., 2014. *Health Policy and Technology* 3, pp. 36-58.

4. Lichtenberg, F. R., 2014. *Economics & Human Biology*, 13, pp. 107-127. 5. EFPIA, 2014.

6. Analyse économique des coûts du cancer en France. Institut national du cancer, mars 2007.

7. Sondage LIR Imaginons la santé, France Santé 2017, mai 2016.

janssen 