

Les causes inflationnistes des coûts du système de santé

Auteur : Jérôme Vétillard, September 10, 2018



Ainsi que nous l'avons vu dans les articles précédents ([lien1](#), [lien2](#)), la santé a une place particulière dans nos sociétés « riches », qui embrassent de façon de plus en plus intégrée la « santé » (au sens clinique) et le « bien être » qui est un état plus difficile à cerner et qualifier.

Le progressisme au cœur de notre conception de la santé

C'est bien cette construction psychique collective, servie par les mass-media, de corps parfaits en bonne santé, qui confond le soin (reconstruction) et le superflu (chirurgie esthétique) à n'importe quel prix, en quête de la fontaine de jouvence, qui modèle notre rapport au système de santé, et **la primauté de la technologie sur l'économie** (si on peut, on doit financer). Instagram et snapchat modifient même notre rapport à nous-mêmes et incitent certaines personnes à pratiquer des opérations de chirurgie

esthétique pour ressembler à ce que ce que leur miroir numérique renvoie d'elles-mêmes ([lien1](#), [lien2](#) - Attention vacuité à l'intérieur).

Cette primauté de la technologie peut trouver sa source dans **les approches « positivistes »** notamment dans ce qu'elles **ont influencé la médecine...** et **les approches progressistes** qui visent **à faire profiter au plus grand nombre des progrès scientifiques** et techniques **comme une finalité** (en confondant souvent dans notre siècle, « progrès » et « changement », puisqu'il manque souvent le référentiel et les critères qui permettent de qualifier un changement de progrès, dans une direction préalablement définie comme « meilleure » que la situation précédente).

L'idée que le progrès technologique nous sauvera de tous nos maux... sans le moindre effort de notre part, sans changer notre comportement est très confortable. Toutefois, si la nourriture « Diet » dans laquelle la technologie est utilisée pour réduire la valeur nutritionnelle des aliments avait réglé le problème d'obésité, cela se saurait... C'est là une illustration parmi d'autre de ce « progressisme » ambiant... je n'ai pas d'effort à faire en tant qu'individu, pas de responsabilité à prendre, la « science / la médecine » trouvera une solution, indolore de préférence. *Bon j'ai un peu exagéré sur les pâtisseries, je vais me prendre un ou deux comprimés de Metformine et une statine de plus pour compenser...*

On peut trouver une illustration de ce schéma de pensée également sur le site de ce grand fournisseur de solutions de « santé » :

Connecter les données, la technologie et les patients, en toute fluidité !

La santé ne connaît pas de limites. Il devrait en être de même pour les soins.
Chez Philips, nous pensons que la qualité de vie peut toujours être améliorée.

Échangez avec nous sur les limites à repousser

En parler avec nous

([source](#))

Ce biais progressiste et finaliste est évoqué dans certains romans de science-fiction, comme dans les « Cantos d'Hypérion » dans lesquels, le traitement « Poulsen » récurrent (le graal des big pharma^^) assure l'immortalité, mais dont le coût récurrent est tellement prohibitif que les gens qui en ont bénéficié s'échinent en permanence à

Twingital-ventures.com 2026 – Jérôme Vétillard

réunir les sommes nécessaires à la prolongation de cette existence, qui ne leur permet justement que de gagner les sommes nécessaires à une cure supplémentaire (*Quid* du sens de l'existence quand elle se résume à durer pour durer). Ces romans d'anticipation décrivent paradoxalement (au progressisme) bien souvent des dystopies (voir le style « cyber punk ») s'avèrent hélas relativement pertinents dans la description des tendances profondes qui modèlent le monde à venir. Sans évoquer ce traitement « Poulsen » du cycle d'hypérion, il est difficile de ne pas voir l'empreinte de cette tendance dans **les approches transhumanistes**.

La prostate qui gonfle et autres premiers ennuis de santé de quelques quinquagénaires milliardaires de la « Tech », leur fait investir dans des technologies qualifiées de « **transhumanisme** » ([lien](#)) qui visent à nous « **augmenter** » (par rapport à quel référentiel / barème ?) **afin d'atteindre l'immortalité, voire la déité** (la transcendance, la singularité). Restons sur le plancher des vaches, après tout entre immoralité et immortalité il n'y a que le T de la Thymine qui s'est glissé^^.

Le progressisme nous évite cette interrogation pénible et consommatrice de ressources cognitives : c'est quoi le « mieux » (pour le bien commun) ? En lui substituant **ce dogme progressiste : tout changement technologique est un progrès en soi**, une promesse de mieux pour l'Humanité. Cette pensée « unique » (non pas inique, puisque la théorie du ruissellement permettra à tous des bénéficier des bienfaits du *Deus Ex Machina*... enfin il paraît...), se décline jusque dans des discours marketing bien connus : « plus fins, plus légers, plus puissants (*plus chers*) » et donc « meilleurs ». Discours qui conservent leur structure lorsqu'appliqués au monde de la santé.

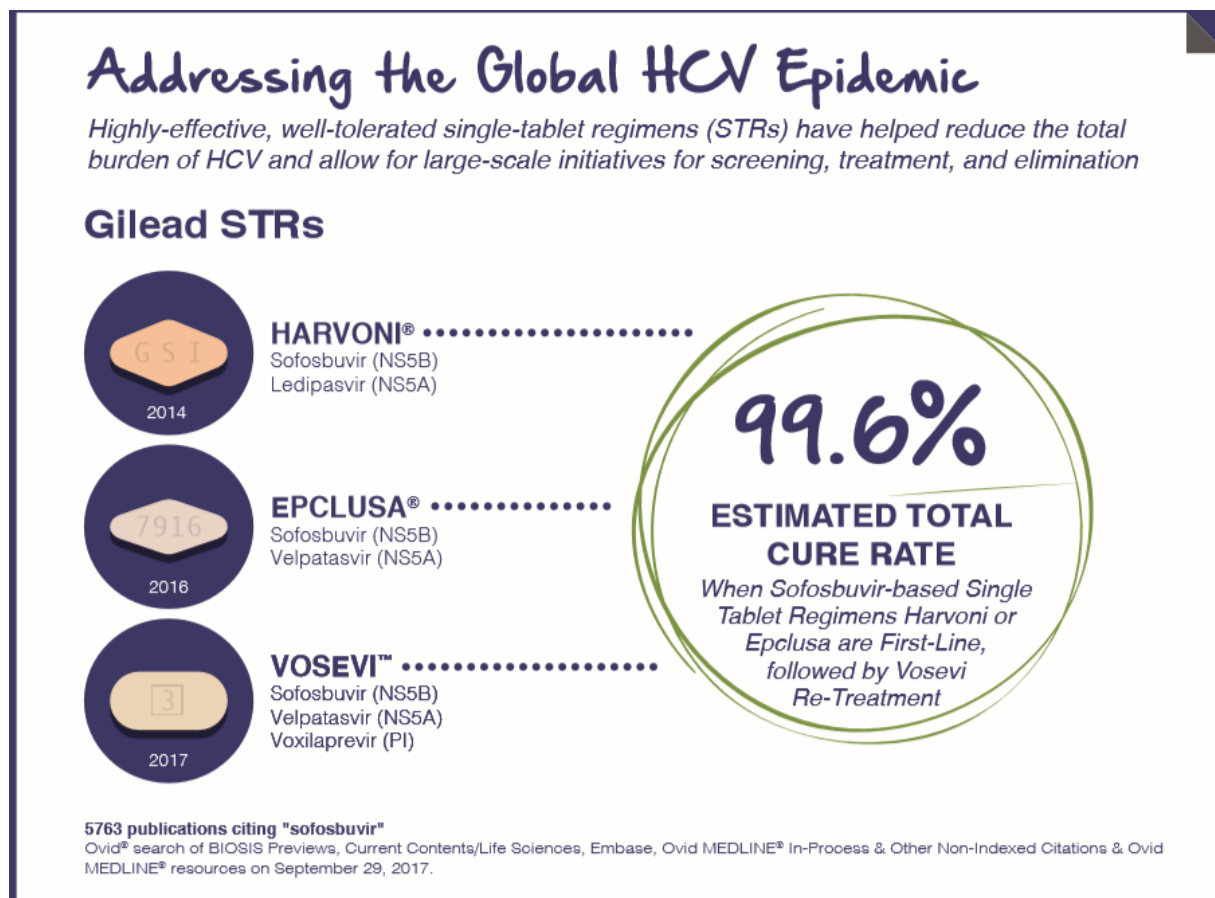
L'absence de définition consensuelle du "mieux" dans l'exercice médical, amène aussi les professionnels de santé à se poser des questions difficiles dans leur pratique quotidienne. Quand débute l'acharnement thérapeutique ? Jusqu'où doit-on aller trop loin en matière de lignes de chimiothérapies en cas d'échec thérapeutique des premières lignes ? La pénurie de lits en soins palliatifs est-elle une forme d'expression d'une posture thérapeutique qui trouve ses racines dans ce "progressisme". *Quid* d'une mort digne ? La loi Leonetti de 2005 répond partiellement à cette interrogation. Son évolution en 2016 par la petite loi dite Leonetti-Claeys introduisant notamment les directives anticipées permet aux patients de formuler une réponse anticipée à ces questionnements... même si on peut se poser la question de leur compétences à comprendre certains actes médicaux, et celle de la persistance du souhait de leurs directives au moment où celles-ci devront être appliquées.

C'est bien ce courant progressiste, ce refus de la mort face à laquelle **la toute puissance** (supposée ou souhaitée) **technologique** est déployée qui **explique** en partie **l'inflation galopante des coûts de système de santé**, et l'attrait de ce secteur pour les fameux GAFA/BATX. Bien entendu, elle permet par là-même de **financer le progrès médical**, mais on peut se poser la question de l'efficience de ce financement

(en termes de Retour sur investissement) et du **partage des bénéfices** (thérapeutiques ou fiduciaires) le long de **la chaîne de valeur**. Voyons cela avec le cas d'une avancée majeure dans le traitement de l'hépatite-C.

Aparté : une petite histoire du SOVALDI™ (Sofosbuvir)

Cette molécule des laboratoires GILEAD a révolutionné le **traitement de l'hépatite-C** pour lesquels les traitements à base d'interféron et autres antiviraux donnaient des résultats mitigés en fonction du génotype du virus de l'hépatite C considéré. Ce traitement est indéniablement un progrès pour la prise en charge des patients et permet d'atteindre une éradication du virus dans 99% des cas.



([source](#))

Cependant, **le coût du traitement de l'hépatite-C** par cette molécule est astronomique (~**75'000 \$ US**) ([lien](#)) et rapporte énormément aux laboratoires Gilead (1000\$ le comprimé). Bien entendu, les autorités compétentes de chaque pays négocient avec les laboratoires Gilead pour obtenir une réduction dans le coût du traitement qui conserve un pouvoir discrétionnaire sur la fourniture ou non de sa molécule en fonction du prix qu'il souhaite en obtenir. **Ce prix n'est pas conditionné par le coût de fabrication** – R&D incluse- du traitement, **mais par la solvabilité des autorités sanitaires du pays considéré...** en gros un modèle « opticien »... \$300 en Inde, \$75000 aux USA ([lien](#)) car les autorités politiques indiennes ont refusé de protéger

Twingital-ventures.com 2026 – Jérôme Vétillard

le brevet de Gilead pour le SOVALDI sur leur territoire, ce qui a permis de le « générer » (l'Inde l'avait déjà également fait pour les trithérapies HIV).

Une approche telle que l'approche indienne pose bien évidemment des problèmes de droit international des brevets, et illustre également le fait que des états « peuvent » (cela a plus une valeur « morale » que juridique) préempter une innovation thérapeutique pour le bien commun. Il serait en effet sans doute possible (comme cela l'a été pour d'autres pathologies par le passé, mais par le biais de la vaccination le plus souvent) d'éradiquer le virus de l'hépatite-C par le traitement coordonné et massif des populations séropositives, mais un tel traitement aurait la fâcheuse conséquence de tuer la poule aux œufs d'or.

L'histoire du Sofosbuvir™ est également édifiante, en termes de « capture » de la valeur produite par la recherche scientifique. C'est la biotech Pharmasset Inc qui a développé la molécule initialement. Le Professeur Schinazi a reçu de nombreux financements du National Institute of Health (NIH) américain. Mais ce n'est pas tout. C'est une équipe allemande qui a découvert le rôle de la cible NS5B et qui a développé la lignée cellulaire utilisée pour le « screening » (des équipes du NIH ont également participé -[lien](#)-). Une équipe canadienne a étudié la structure 3D de la cible moléculaire. Et l'argent public investit dans la recherche contre le HIV a grandement contribué à créer les conditions de l'utilisation des analogues des nucléosides comme antiviraux ([lien](#)). Au final, GILEAD a acquis Pharmasset Inc pour 11.2 Milliards de dollars, et son portefeuille de molécules.

Cela n'a fondamentalement rien de choquant, c'est ainsi qu'ont évolué les « Big Pharmas ». Elles conservent un savoir-faire unique de fabrication, et de distribution (incluant le marketing) des médicaments, alimentent leur pipeline de développement de médicaments notamment par l'acquisition de « biotechs » (soit acquisition, soit partenariat d'exclusivité) et financent souvent les essais cliniques de phase 3 (les plus coûteux) pour obtenir l'autorisation de mise sur le marché AMM de leur molécule.

Toutefois, c'est bien leur approche « jugée » arrogante et immorale quant à la stratégie de « pricing » de leur molécule récemment acquise (achat de Pharmasset Inc) et développée partiellement à l'aide de fonds publics de recherche, et par les contributions de nombreuses équipes de recherche fondamentale qui a créé une fronde « citoyenne » dans de nombreux pays ([lien](#)) qui reprochait à GILEAD d'avoir capturé la valeur de ce médicament à son seul bénéfice. GILEAD invoquant les coûts de R&D pour justifier de sa stratégie de prix. Bien entendu, l'histoire spécifique du Sofosbuvir™, aurait été en défaveur de GILEAD pour ce qui concerne les coûts de R&D (GILEAD a tout de même déboursé 11.2 Milliards de \$ pour acquérir les actifs de Pharmasset Inc, dont le nom évoque bien une financiarisation de la recherche pharmaceutique). D'ailleurs GILEAD a répondu qu'ils ne traçaient pas leurs coûts de R&D par candidat-

médicaments, mais que ceux-ci étaient lissés sur l'ensemble du portefeuille ([lien](#))... Ce qui était tout de même pratique pour éluder les critiques relatives au Sofosbuvir™.

L'histoire de cette molécule illustre bien **les problématiques auxquelles les systèmes de financement de la santé publique vont être confrontés**, et sans doute souligne le nécessaire changement de « modèle d'affaires » (business model) des « big pharmas », qui devraient évoluer de ce modèle propriétaire, molécule protégée par brevet sur une durée limitée (20 ans pour le Sofosbuvir™), pour laquelle **la stratégie de prix vise à maximiser le revenu tant que la molécule est protégée**... vers un modèle partenarial avec les autorités de santé, et un contrat d'objectif de santé publique. Par exemple, on peut imaginer **un contrat par objectif de santé publique**, de type « éradication de l'hépatite C » au niveau mondial, avec paiement de « royalties » à GILEAD qui troquerait ainsi un modèle « grosse marge, petit volumes », (ou volumes contraints par les capacités à financer son traitement par les autorités sanitaires) à un modèle « petite marge, ou marge raisonnable, gros volume ». Cela ne signifierait pas forcément, In Fine, un moindre revenu pour GILEAD (pour lequel le risque financier de développement devra être factorisé dans l'équation), mais permettrait de mieux utiliser les ressources publiques pour un réel objectif d'éradication. Cette transition nécessite toutefois un changement de 'logiciel' des différents acteurs du marché, et la structuration d'écosystèmes à même de fournir un espace intégré de développement de ces approches gagnant/gagnant.

Des évolutions socio-démographiques majeures

Les évolutions démographiques de nos populations vont structurellement faire augmenter nos dépenses de santé publique pour les années à venir.

Quatrième âge et dépendance :

Tableau 1. Projection de la population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 [2].

Année	Population au 1 ^{er} janvier (en milliers)	Proportion (%) des					Solde naturel (en milliers)	Solde migratoire (en milliers)
		0-19 ans	20-59 ans	60-64 ans	65 ans ou +	75 ans ou +		
1950	41 647	30,1	53,7	4,6	11,4	3,8	+ 327,8	+ 35
1990	56 577	27,8	53,2	5,1	13,9	6,8	+ 236,2	+ 80
2000	58 796	25,6	53,8	4,6	16,0	7,2	+ 249,9	+ 70
2005	60 702	24,9	54,3	4,4	16,4	8,0	+ 243,5	+ 95
2010	62 302	24,3	53,0	6,0	16,7	8,8	+ 199,4	+ 100
2015	63 728	24,0	51,4	6,2	18,4	9,1	+ 163,6	+ 100
2020	64 984	23,7	50,1	6,1	20,1	9,1	+ 135,3	+ 100
2025	66 123	23,1	49,0	6,2	21,7	10,5	+ 119,2	+ 100
2030	67 204	22,6	48,1	6,1	23,2	12,0	+ 111,1	+ 100
2035	68 214	22,2	47,2	6,1	24,5	13,3	+ 81,7	+ 100
2040	69 019	22,1	46,9	5,4	25,6	14,3	+ 27,9	+ 100
2045	69 563	22,0	46,4	5,8	25,8	15,0	– 13,3	+ 100
2050	69 961	21,9	46,2	5,7	26,2	15,6	– 26,4*	+ 100

* Chiffre pour l'année 2049. Les projections s'arrêtent au 1^{er} janvier 2050. Le solde naturel de l'année 2050, différence entre les naissances de 2050 et les décès de cette année, n'est donc pas projeté.

Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, situations démographiques et projections de population 2005-2050, scénario central.

160

J Pharm Clin, vol. 30 n° 3, septembre 2011

(Source du graphique)

- **Maladies dégénératives** (Alzheimer passera de 40 à 135 millions de cas entre 2015 et 2050) ([lien](#))
- La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a évalué **un doublement de la population dépendante** (du fait du grand âge en particulier) d'ici à 2080 qui passerait de 1,2 millions en 2012 à 2,4 millions en 2080. ([lien](#))

Ces pathologies posent un double problème économique. La prise en charge des patients par les familles elles-mêmes et la possible renonciation à l'emploi salarié d'un actif pour pouvoir s'occuper de la personne dépendante étant parfois la seule solution économiquement et moralement acceptable.

A plus long terme (horizon 2040-2050) se posera la question de la **soutenabilité de la solidarité intergénérationnelle** : entre des « vieux » qui n'auront pas capitalisé suffisamment pour financer leurs vieux jours (travail partiel, trimestres de cotisation retraite manquants, voire minimum vieillesse en diminution), et des « actifs » au sens du Bureau International du Travail (BIT) (personnes âgées entre 15 et 64 ans selon la définition actuelle) qui seront confrontés à une accessibilité retardée au marché du travail, à du travail précaire (contrat zéro heures en Angleterre, lois Hartz en Allemagne..), voire au chômage de masse.

Ces questions motivent les réflexions sur **la création d'une 5^{ème} branche** (maladie, famille, accidents du travail, retraite) pour couvrir ce « risque » lié à la dépendance / perte d'autonomie. En 2009 le Sénat évaluait son coût à environ 1% du PIB. Une mission du Sénat évalue par ailleurs le besoin en personnel à 350'000 postes dans le domaine médico-social pour répondre au vieillissement de la population (qu'il faudra donc financer) ([lien](#)). **Il est à noter que le plan santé qui vient d'être annoncé ne comporte aucune mesure en ce sens** et se contente d'augmenter l'ONDAM de 2,5% (au lieu des 2,3% initialement prévus), et de "réformer" la formation médicale (abrogation du *Numerus Clausus* notamment).

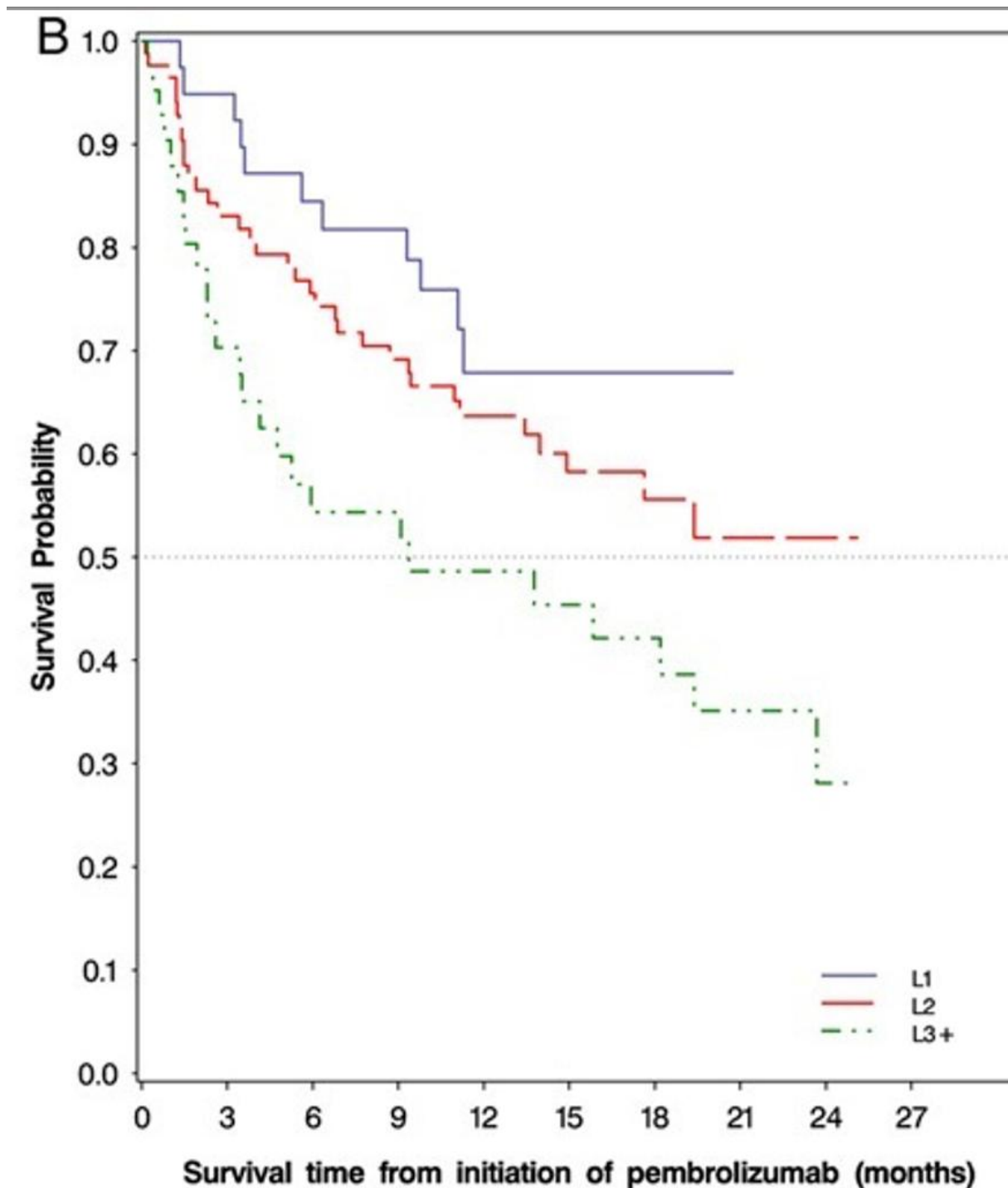
Augmentation de la prévalence des cancers (+70% sur les 20 prochaines années) ([lien](#))

Entre 1980 et 2012 ([lien](#)), on observe une augmentation du taux d'incidence (standardisé sur la population mondiale) de 27,9 % chez l'homme et de 42,9 % chez la femme, soit environ 1% par an (en moyenne +0,8 % par an chez l'homme et +1,1 % chez la femme). Cette hausse résulte, en partie, d'une meilleure détection des cancers, ce qui entraîne une augmentation du nombre de cas diagnostiqués, ainsi que d'une augmentation du risque de cancer, même si ce dernier n'a augmenté que de façon plus modeste.

En 2015, **la prise en charge des cancers représentait le troisième poste de dépense** pour un montant de 14,1 Milliards d'Euros (11'400€/an/patient). Entre 2012 et 2015 ces dépenses ont augmenté de 4% par an en moyenne du fait des nouveaux traitements onéreux ([lien](#)).

Dans ces traitements onéreux, on peut citer les approches basées sur l'immunothérapie. Le Keytruda™ (Laboratoires MSD) pour le traitement du mélanome est un parfait exemple de cette inflation du coût des traitements. **Son coût est estimé à 12'900\$ /mois/patient aux USA.** Un accord entre les laboratoires MSD et le Centre Economique des Produits de Santé (CEPS) permet aux patients français d'en disposer pour un coût estimable à 7'000€/mois/patient. En France, **les anticancéreux représentent environ 2% des dépenses de l'Assurance maladie** et **14% de celles consacrées aux médicaments**. Mais celles-ci sont amenées à augmenter avec l'arrivée de ces nouvelles thérapies. ([lien1](#) / [lien2](#)).

Le Keytruda™ (*Pembrolizumab*) obtient des résultats "encourageants" dans le traitement des mélanomes avancés ([lien](#)) :



On voit sur ce graphique les courbes de survie après l'initiation du traitement par Keytruda™ (*Pembrolizumab*) en première ligne (L1), en seconde ligne après une première chimiothérapie (L2) et en troisième (ou plus) ligne. 70% des patients (intervalle de confiance 95%) sont encore en vie après 12 mois lorsqu'ils sont traités par Keytruda, alors que lorsque ce traitement intervient en troisième ligne, moins de la moitié des patients sont encore en vie après 12 mois.

Syndrome métabolique, obésité et maladies cardio-vasculaires qualifié d'épidémie mondiale ([lien](#))

L'augmentation de **la prévalence du diabète a été de 5,4% en rythme annuel** en France entre 2006-2009, et de 2,3% en rythme annuel entre 2009-2013 ([lien](#)). Cette évolution a été observée également aux USA.

En 2014, le coût des traitements contre le diabète et comorbidités en France a été de 10 milliards d'euros, dont 7,7 milliards pour le traitement des complications. Ceci correspond à 15% des dépenses d'Assurance Maladie, avec une prévalence en hausse, et l'arrivée de nouveaux médicaments ([lien](#)),

Selon l'**OCDE, 47 % de la population adulte aux États-Unis souffrira d'obésité d'ici 2030**, contre 37,7 % en 2014. Cela représente une augmentation de 25 % de l'obésité d'ici 2030 ([lien](#)). Cette "épidémie" explose également dans les pays en voie de développement avec l'accession d'une classe moyenne à des niveaux de vie permettant de reproduire le modèle sédentarisé métropolitain suralimenté des pays riches (Mexique, Brésil...).

Hormis les maladies cardio-vasculaires (bien connues), on peut citer l'**émergence du NASH** (Stéato-Hépatites Non Alcooliques = foie gras non lié à l'abus d'alcool.. mais de sucres et triglycérides). Sa prévalence est sujette à caution, son impact en termes de santé publique également (possible dérive en cirrhose, puis hépatocarcinome)... toutefois, c'est **un nouveau marché estimé entre 30 et 60 milliards de dollars** ([lien](#)), et de **nombreuses « Biotech/Medtech » travaillent à développer des candidats médicaments** qui seront les futurs «vaches à lait» des grands laboratoires pharmaceutiques ([lien](#)).

Résumé

Ces évolutions socio-démographiques (vieillesse, sédentarité, etc...) ont donc pour conséquence une **évolution de la prévalence de certaines pathologies** qui constituent **des blocs de dépense majeurs pour les systèmes assurantiels**, et dont le **poids absolu et relatifs va progresser dans les 50 prochaines années**.

Le progressisme qui empreinte profondément notre relation à la santé et cette "abolition" de la mort qu'on a progressivement cachée derrière les paravents confortables de notre société pour ne plus y être confronté, **crée les fondations de l'intervention(isme) de sociétés de haute-technologie, non historiquement impliquées sur le marché de la santé**. Google a créé Calico, pour « *relever le défi de l'âge et des maladies associées* » et « *résoudre (sic!) le cancer* » (résoudre ne voulant pas dire forcément soigner.. prévenir ?) ([lien](#))

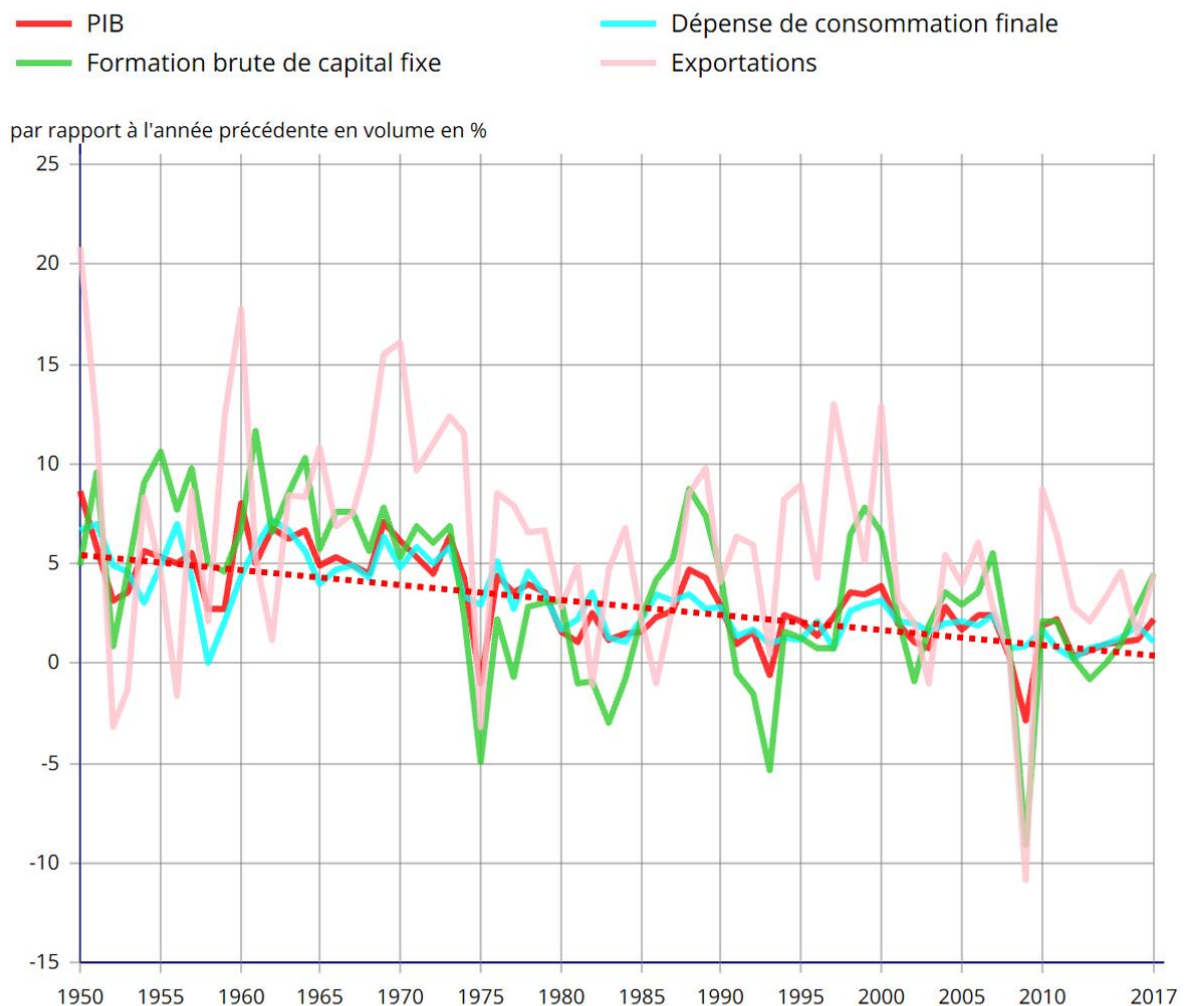
Si d'un côté, l'arrivée de ces nouveaux acteurs permet sans doute **une accélération (toute relative) de l'innovation médicale**. Les projets financés par Calico laissent parfois rêveur, comme ce "détecteur de cancer" -[lien](#)- qui n'est pas sans rappeler les fameux avions renifleurs de pétrole de la présidence de Valéry Giscard D'Estaing -[lien](#)-.

Je sais, cela ne nous rajeunit pas !!! Mais Calico trouvera bien une solution à ce problème ^^.

De l'autre côté, ces sociétés ne sont pas des sociétés philanthropiques et **leur modèle de croissance exponentielle du "winner/first comer takes all"** (le premier arrivé prend toutes les parts de marché) suggère une possible approche hégémonique. **Ceci entraînera De Facto la création d'oligopoles** (vous avez dit GAFA ou BATX ?) et les "lois" oligopolistiques indiquent que cela est en général mauvais pour le consommateur (patients, systèmes de santé) des services fournis par ces oligopoles.

Cette pression structurelle sur l'augmentation des coûts liés à la santé publique va donc compromettre l'équilibre financier déjà précaire des comptes publics, et ce dans un contexte de faible croissance économique (telle que mesurée par le PIB).

Évolution du produit intérieur brut et de ses composantes jusqu'en 2017



Note : les volumes sont mesurés aux prix de l'année précédente chaînés.

Champ : France.

Source : Insee, comptes nationaux - base 2014.

([source](#))

Il est donc nécessaire d'en partager le constat, de changer la façon d'appréhender ce bien commun qu'est le financement solidaire du système de santé, et d'en redéfinir les objectifs (durée de vie ? qualité de vie ? réduction de la prévalence des certaines pathologies ? élimination de certaines maladies infectieuses ?...), les moyens à mettre en œuvre (offre de soin, maillage du territoire, nombre et qualité des professionnels de santé...), et les principes et moyens du financement de la péréquation de l'offre de soins avec les besoins de la population.

Si l'on se fixe comme objectif un changement de modèle d'affaires (business model) du secteur de la santé, quels en seraient les contours souhaitables, quels seraient les apports des nouvelles technologies de cette reconfiguration du système. C'est ce que nous allons voir dans la partie suivante.