

# Innovation pharmaceutique : Comment combler le retard français ?

*La séance est animée par Tara SCHLEGEL.*

## Sommaire

---

<b>Accueil de Antonin CAMPS BRES</b>	<b>2</b>
Responsable de projet Développement Économique, Institut de la Gestion Publique et du Développement Économique	2
<b>Introduction de Tara SCHLEGEL</b>	<b>2</b>
Journaliste	2
<b>Intervention de Margaret KYLE</b>	<b>3</b>
L'innovation pharmaceutique en France aujourd'hui	3
Politique de recherche et gouvernance du processus d'innovation	4
<b>Intervention de Nathalie GIMENES</b>	<b>7</b>
Le défi de l'innovation pharmaceutique au cœur du contrat social	7
Les limites du modèle économique actuel de l'innovation pharmaceutique	8
Construire collectivement une économie pharmaceutique plus durable	9
<b>Intervention de Louis BÉGARDS</b>	<b>11</b>
L'action des administrations françaises dans le champ de la santé	11
Le Plan Innovation Santé 2030	12
<b>Débat</b>	<b>14</b>
La relocalisation de l'industrie pharmaceutique	15
Vers une stratégie de coopération industrielle européenne	16
Rompre la dépendance à l'étranger dans la production pharmaceutique	16
Placer l'intérêt du patient au cœur de tous les projets	18
La tarification des produits de santé	18
Dépasser l'efficacité thérapeutique pour valoriser l'utilité d'un produit de santé	19
Valoriser les critères socio-environnementaux dans l'investissement vers l'innovation pharmaceutique	21
Comment mobiliser les acteurs pour mettre en œuvre l'utilité de l'innovation et l'efficacité thérapeutique des produits de santé ?	23
Faut-il lever les brevets ?	24
Des solutions pour l'accès aux produits pharmaceutiques des pays à faibles revenus	26
La fixation des prix est-elle suffisamment transparente en France ?	28
L'administration française & la RSE, les prix et la transparence	31
L'échec du vaccin français contre le Covid est-il un bon exemple du retard français dans l'innovation pharmaceutique ?	33
Mot de la fin	33
Remerciements	34

# Accueil de Antonin CAMPS BRES

---

Responsable de projet Développement Économique, Institut de la Gestion Publique et du Développement Économique

Bonjour et merci à toutes et à tous d'être ici présents. Nous sommes ravis de vous accueillir pour cette nouvelle conférence organisée par l'IGPDE. Le thème du jour est : innovation pharmaceutique, comment combler le retard français ? Elle a été organisée en partenariat avec le Conseil d'analyse économique, qui a rédigé une note sur ce thème. Ce qui va être intéressant, c'est que cela ne traite pas uniquement du secteur pharmaceutique, c'est beaucoup plus large. Il y a des questions d'économie, des questions sociales, politiques aussi, avec tout ce qui concerne la souveraineté, qui vont être abordées.

Nous avons réuni un panel de trois intervenants : Madame Margaret Kyle, Madame Nathalie Gimenes et Monsieur Louis Bégards, qui seront présents aujourd'hui pour vous décrypter ce sujet assez complexe. Il s'agit d'une session un peu particulière parce que c'est la première fois que nous revenons au format présentiel et également que nous faisons une diffusion en simultané, à la fois sur *YouTube* et sur *WebEx*. Nous espérons que cela vous plaira. Les prochaines rencontres économiques sont déjà prévues et vous pouvez vous y inscrire si vous le souhaitez. Je vais maintenant laisser la parole à Tara Schlegel qui sera l'animatrice de cette session. Merci.

## Introduction de Tara SCHLEGEL

---

### Journaliste

Merci à tous de suivre cette conférence, dans la salle et en visioconférence par Internet. C'est aujourd'hui un webinaire un peu mixte, avec tout de même quelques personnes présentes avec nous, pour parler du thème que vient d'introduire Antonin : l'innovation pharmaceutique, comment combler le retard français ?

Tout le monde a en tête l'exemple chez nous de l'incapacité du géant pharmaceutique Sanofi à développer un vaccin contre le Covid, le manque de financement dans la recherche en France, la coopération peut-être difficile entre les universités et les industries, la rigidité bureaucratique, sans doute, la délocalisation aussi, on l'a vu, d'une grande partie de la production des médicaments vers d'autres pays éloignés de l'Europe, l'Inde ou la Chine. Bref, c'est une thématique complexe, avec des réponses forcément, elles aussi, loin d'être évidentes.

Pour parler de tout cela pendant deux heures, nous avons trois invités que vient d'introduire Antonin, mais je vais vous préciser par ordre d'entrée en scène. D'abord, Margaret Kyle, bonjour, Margaret. Vous êtes professeur d'économie à Mines Paris, membre du Conseil national de productivité et coauteur de la note citée par Antonin, du Conseil d'analyse économique, qui vaut le nom de cette rencontre intitulée : Innovation pharmaceutique, comment combler le retard français ? Margaret, vous allez nous montrer d'abord à quoi ressemble le nouveau paysage de l'innovation en France et esquisser quelques pistes de réponses.

Puis, ce sera au tour de Nathalie Gimenes. Vous êtes consultante, experte en stratégie et gouvernance d'entreprise. Vous avez fondé et vous présidez BE-CONCERNED. Vous aurez peut-être l'occasion de nous dire ce que c'est exactement. Vous êtes enseignante à

Mines Paris et à Paris Dauphine et vous avez écrit un ouvrage : *Industrie pharmaceutique : l'heure du choix* aux éditions de l'Observatoire.

C'est un livre dans lequel vous plaidez pour un modèle différent du capitalisme pharmaceutique habituel. Là aussi, vous aurez l'occasion de nous l'expliquer.

Nous sommes aussi en compagnie de Louis Bégards. Bonjour, Louis. Vous travaillez ici, au ministère des Finances. Vous êtes coordinateur structurel industrie de santé à la Direction générale des entreprises du ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique, nous avons bien noté que l'intitulé venait de changer. Vous nous présenterez ce que fait l'État et ce qu'il pourra peut-être encore mieux faire à l'avenir.

Chaque intervenant va intervenir un quart d'heure. Nous commençons avec vous, Margaret Kyle, professeur d'économie à Mines Paris. Vous avez 15 minutes pour nous dire à quoi ressemble l'innovation pharmaceutique en France aujourd'hui.

## Intervention de Margaret KYLE

---

### L'innovation pharmaceutique en France aujourd'hui

Merci beaucoup.

Je vais décrire un peu la note que j'ai écrite avec Anne Perrot de l'Université Paris Panthéon-Sorbonne et aussi membre du CAE (Conseil d'analyse économique). D'abord, je vais décrire où nous en sommes dans le paysage de l'innovation pharmaceutique.

Dans le passé, la base était vraiment la chimie. Il y a 30 ans ou 40 ans, on a commencé à faire une transition entre la chimie et la biologie, et maintenant la génomique. Grâce à cela, maintenant, on voit un peu moins de *blockbuster drug*, des médicaments utilisés par une grande partie de la population, par exemple le Lipitor. Il y a beaucoup, beaucoup de personnes qui ont des problèmes de cholestérol, donc il y a un marché énorme pour les médicaments comme ceux-là, les *blockbusters*.

Maintenant, on voit des thérapies beaucoup plus ciblées, qui ne sont utilisées que pour une partie de la population, avec une expression de gène ou quelque chose comme cela. Un marché beaucoup plus réduit et souvent avec des prix très élevés.

En même temps, cela a impliqué aussi des changements dans l'organisation de la recherche. Auparavant, il y avait de grandes entreprises pharmaceutiques avec beaucoup de compétences dans la chimie. Aujourd'hui, c'est de plus en plus des *start-up*, des petites entreprises, et souvent des *spin-off* très proches des universités, donc la recherche est beaucoup plus collaborative entre l'université et l'industrie.

La recherche fondamentale est plus importante que jamais, surtout pour la biologie et la génomique. Nous voyons là que la France n'est pas dans une très bonne position. Le financement public de la recherche est plus bas en France qu'ailleurs, surtout par rapport à l'Allemagne. Entre 2011 et 2018, l'Allemagne a augmenté ses dépenses, le financement public de sa recherche. En revanche, en France, nous avons diminué notre financement de la recherche.

De plus, il est assez difficile d'attirer les chercheurs et de garder les chercheurs français en France, parce que les salaires pour les chercheurs sont très bas par rapport aux autres pays ; en moyenne de 63 % par rapport aux autres membres de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques).

Nous dépensons moins, peut-être parce que nous payons moins, mais cela va avoir, ou a déjà eu, des conséquences pour la recherche fondamentale en France.

Nous voyons aussi des problèmes entre les universités et l'industrie. Dans les pays comme la Suisse ou les États-Unis, il y a beaucoup de liens entre les universités et l'industrie ; beaucoup de collaboration, beaucoup de financements, beaucoup de *spin-off*. En France, on a moins de liens comme cela. L'écosystème pour les *start-up* aussi a des problèmes ; il y a trop peu de financement. C'est beaucoup moins en France qu'au Royaume-Uni ou en Allemagne.

Notre première recommandation était d'augmenter les fonds publics pour la recherche fondamentale. C'est vraiment là où le gouvernement est le plus important, parce que l'industrie est beaucoup moins encline à investir dans la recherche fondamentale, qui peut générer – comme on dit en anglais un *spill-over* – des retombées pour les autres dans l'industrie. Tout le monde préfère donc que quelqu'un d'autre dépense l'argent. Dans des situations comme celle-là, c'est souvent le gouvernement qui doit être le *leader*. La recherche fondamentale est un bien public, mais elle n'a pas été assez financée.

De plus, il faut trouver des moyens de renforcer les collaborations entre les universités et l'industrie, surtout les *start-up*.

## Politique de recherche et gouvernance du processus d'innovation

Un autre indicateur du retard français, ce sont les brevets. Ils sont très importants pour le développement des médicaments. Nous voyons de plus en plus d'écart entre la France et les pays *leaders* de l'innovation. Ici, nous avons le nombre de brevets par million d'habitants, en Suisse et au Danemark, pour les produits pharmaceutiques et les vaccins. Les courbes montrent la différence entre la France et ces deux pays. Les courbes montent, cela signifie que nous avons de plus en plus de retard par rapport à nos voisins.

Il y a tout de même quelques raisons d'être un peu plus optimiste par rapport à cet indicateur, car plus récemment, nous avons vu que l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) était le premier déposant de brevets pharmaceutiques à l'Office européen des brevets et il y a une augmentation du nombre de demandeurs de brevets français en biotechnologie. Nous avons quand même quelques raisons d'être optimistes, nous allons voir dans les prochaines années si nous commençons à rattraper cette différence.

Pour développer des médicaments, les brevets ne sont pas suffisants : il faut aussi développer, faire des essais cliniques. En France, c'est très intéressant. Nous faisons beaucoup d'essais cliniques en France, mais pas toujours au niveau nécessaire.

Il y a une grande différence entre les essais cliniques randomisés et ceux qui ne le sont pas. Randomisé, masqué, c'est le *gold standard* en général pour la recherche, parce qu'on peut vraiment identifier l'efficacité d'un médicament. En France, l'industrie en fait un peu moins par rapport aux autres pays. Par exemple, l'essai clinique de Didier Raoult au début du Covid pour l'hydroxychloroquine était non randomisé, non masqué, avec très peu de patients et finalement, nous n'en avons pas appris énormément. Il faut avoir des essais cliniques randomisés, masqués, avec beaucoup de patients pour vraiment identifier s'il y a une efficacité ou non.

En France, nous voyons que c'est l'acteur public, les dépenses publiques qui financent beaucoup d'essais cliniques, mais non randomisés, donc pas au même niveau de qualité. C'est vraiment une grosse différence entre la France et les autres pays. C'est dommage parce qu'il est évident qu'il y a un potentiel d'essais cliniques pour la France. Nous avons l'infrastructure, mais nous pouvons mieux dépenser le financement public.

Notre deuxième recommandation est donc de réserver les financements publics aux essais cliniques avec des normes, au niveau mondial, plus élevées.

Cela concerne seulement la France et ne créerait pas de changement pour rendre la France plus attractive ou plus intéressante pour la recherche.

Ça change la recherche, mais pas forcément le niveau de financement ou le niveau d'innovation global ou mondial, parce qu'en général, c'est un marché global et il est assez compliqué de changer la politique pour augmenter l'innovation, si on n'est qu'un seul pays.

Si, par exemple, nous changeons notre système de brevets, ça ne change pas énormément au niveau global.

Il faut plutôt penser au niveau au moins européen ou même plus large. Mais je dois quand même parler des brevets parce que c'est vraiment essentiel pour l'innovation pharmaceutique. Le système de brevets est beaucoup plus adapté pour le développement des produits pharmaceutiques par rapport aux autres secteurs, même s'il y a bien sûr des limitations, des problèmes avec les brevets.

Par exemple, il existe une durée fixe de brevet de 20 ans, même si c'est un médicament qui change tout, et 20 ans de brevet également pour un médicament qui est un petit changement et ne change presque rien. C'est un problème. Le fait que c'est uniforme, cela signifie qu'il n'y a pas assez de différence entre les médicaments très innovants et les médicaments peu innovants. C'est presque la même chose que nous avons déjà.

Il y a aussi le problème du développement : en général, cela prend au moins dix ans pour développer un médicament. Si cela prend plus de dix ans, c'est moins intéressant pour l'industrie parce qu'il y a moins d'exclusivité au moment où le médicament arrive sur le marché. Il y a clairement beaucoup de problèmes.

Les brevets ont l'avantage de ne pas obliger à faire énormément d'évaluations au début, cela ne coûte pas énormément aux pays et il y a un accord à peu près global, mondial, que tous les pays sont obligés de donner un peu de protection, 20 ans de protection. Cela limite le *free-riding* (resquillage) que l'on peut voir sans cela. Par exemple, si vous êtes dans un pays en développement, c'est assez intéressant de faire des copies des innovations développées ailleurs et de ne pas payer, mais, si tout le monde pense comme cela, il y a trop peu d'investissements dans la recherche.

L'accord global pour forcer tous les pays à donner 20 ans de protection est sujet à beaucoup de débats – nous allons certainement en discuter –, mais l'avantage est que cela peut éviter le *free-riding* entre les pays.

C'est donc assez compliqué de changer et ce n'est pas la peine de changer le système de brevets en France uniquement, mais, au niveau européen, on peut tout de même penser à faire quelques petits changements. Par exemple, ajouter quelques années d'exclusivité en fonction du niveau d'innovation. Si on ne peut pas avoir d'accord entre tous les pays pour payer davantage pour les innovations les plus importantes, peut-être peut-on avoir un accord pour donner deux ans d'exclusivité de plus. C'est une possibilité, mais, comme je le disais, ce n'est pas nécessaire uniquement pour la France, il faut discuter avec les autres pays.

L'autre recommandation est de reconnaître qu'il y a quelques situations où les brevets ne sont pas du tout adaptés ou qu'il y en a d'autres plus utiles, plus efficaces, par exemple les concours d'innovation.

Nous pourrions mettre en place un accord avec les autres pays en Europe sur un besoin, par exemple, d'un vaccin contre je ne sais pas quel variant du Covid dans cinq ans – qui sait ? – et, au lieu d'utiliser le brevet, on paye un prix. C'est un concours pour inciter à l'innovation, mais encore une fois, il faut avoir un accord entre plusieurs pays, parce que sinon, si la France décide de tout payer elle-même, tous nos voisins seraient très contents d'utiliser les résultats. Il faut avoir des accords et tout le monde doit contribuer, sinon, il y a trop de *free-riding*.

Les prix aussi sont sujets à beaucoup de débats. En France, c'est le CEPS (Comité économique des produits de santé) qui négocie le prix en fonction de l'ASMR (Amélioration du service médical rendu), le prix des médicaments à même visée, les volumes, etc. Malheureusement, à mon avis, il y a assez peu d'adaptation du prix après sa fixation initiale. Au moment où un médicament arrive sur le marché, nous n'avons pas toujours beaucoup d'informations, le prix est quand même fixé et il n'est pas vraiment revu ensuite. Il peut être baissé, cela arrive, mais il est assez rare que le prix change en fonction des informations disponibles après trois ans, après cinq ans, etc. C'est quelque chose que nous pouvons imaginer de changer, regarder le prix dans le temps, lorsque nous avons plus d'informations. Il faut aussi considérer le fait qu'en Europe, les prix dans les autres pays sont liés aux prix en France et *vice versa*, on ne peut donc pas penser aux prix isolément. Cela implique des questions de transparence.

La sixième recommandation est de faciliter l'accès aux données pour la recherche fondamentale et pour la recherche appliquée, de soutenir l'initiative de *European Health Data Space* ou *Health Data Hub* en France. À mon avis, cela ne coûte pas énormément et cela peut réduire les coûts pour les chercheurs dans les universités, mais aussi dans l'industrie. Ce n'est pas très compliqué à effectuer, à mon avis.

Bien sûr, en France, on parle toujours des frictions, des freins bureaucratiques. C'est vrai, nous voyons que l'accès aux innovations en France est un peu plus long que dans les autres pays, parce qu'il faut passer par plusieurs agences ou commissions, donc on attend beaucoup plus en France pour les médicaments innovants qu'en Allemagne, par exemple. C'est certainement quelque chose qui ne change pas le niveau d'innovation, mais l'accès aux innovations en France. C'est aussi assez important.

Pour trouver des financements, soit pour la recherche fondamentale, soit pour financer des sommes plus élevées pour les innovations les plus importantes, nous pouvons par exemple dépenser moins pour les médicaments peu innovants.

En France, il existe un marché beaucoup plus large que dans les autres pays pour des médicaments assez anciens passés dans le domaine public, vendus avec des marques donc pas exactement des génériques, mais on paye un peu plus. Ce ne sont pas des médicaments innovants, mais nous payons relativement cher. Nous pouvons réduire les dépenses publiques pour les médicaments moins innovants et utiliser l'argent pour la recherche fondamentale ou le financement élevé de médicaments plus innovants.

Pour finir, nous avons proposé d'augmenter les budgets et l'attractivité de la recherche publique, de rapprocher le monde de la recherche fondamentale et ceux de la recherche appliquée et de la recherche clinique, de mieux exploiter les données pour faciliter la recherche aussi et de réduire la complexité du mille-feuille administratif.

### **Tara SCHLEGEL**

Merci pour cette présentation déjà très complète.

Vous avez proposé quelques pistes, quelques mesures favorables à l'innovation dans votre note, qui ne manquera pas d'intéresser notre deuxième intervenante. Nathalie Gimenes, je rappelle que vous êtes également enseignante à Mines Paris, vous allez nous parler de votre vision du capitalisme pharmaceutique, en commençant peut-être par remonter à l'invention des brevets, qui n'est pas si récente que cela en Europe ou qui au contraire, est relativement récente ? Pardon, parce que cela remonte aux années 60 seulement.

## Intervention de Nathalie GIMENES

---

Merci beaucoup, Tara, pour cette introduction.

Je ne sais pas si je vais parler du capitalisme, le révolutionner, mais en tout cas, je vais apporter des pistes de réflexion. C'est très intéressant, je suis ravie de rencontrer des économistes, parce que, quand on fait des travaux de recherche en sciences de gestion, je pense que les économistes et les sciences de gestion parfois, ne se parlent pas assez.

Je viens du monde de l'industrie pharmaceutique, j'y ai passé 26 ans de ma carrière. C'est une industrie que je connais particulièrement bien et j'ai travaillé sur ce qu'on appelle « la responsabilité sociétale des entreprises du médicament ».

En travaillant sur ces questions, quand j'ai publié mes travaux de recherche, je me suis rendu compte que le défi de l'innovation pharmaceutique se retrouve au cœur de ce qu'on appelle le « contrat social » qui lie l'industrie pharmaceutique à la société. C'est le premier point que je voudrais vous montrer.

Deuxième point que je voudrais partager avec vous : cette innovation pharmaceutique se valorise aujourd'hui à travers un modèle économique qui montre ses limites pour répondre aux défis sociaux, sanitaires et écologiques auxquels nous sommes tous confrontés. On verra pourquoi.

Et puis, dans un troisième point, vous inviter à une perspective et voir s'il y aurait la possibilité de construire collectivement une industrie pharmaceutique que je qualifierais de plus durable.

### Le défi de l'innovation pharmaceutique au cœur du contrat social

Le premier point, effectivement, le défi de l'innovation pharmaceutique se retrouve au cœur du contrat social. Qu'est-ce que cela veut dire ? D'abord, il faut rappeler que toutes les entreprises, quelles qu'elles soient, sont liées à la société par un contrat social. C'est-à-dire une mission d'utilité sociétale, une responsabilité sociale d'entreprise qui les incite à mener des projets pour prendre soin de leurs salariés, prendre soin de la société, protéger la nature.

Dans l'industrie pharmaceutique, ce contrat social a pris une tournure toute particulière à travers un traitement privilégié des brevets de la protection de la propriété intellectuelle. Pourquoi ? Hormis aux États-Unis, certaines personnes ont peut-être oublié que pendant très longtemps, dans de nombreux pays européens, le médicament n'était pas inclus dans le droit commun des brevets. Pendant plus d'un siècle en France, parce que les gouvernements de l'époque ne voulaient pas laisser l'enjeu sociétal de l'accès aux innovations, aux médicaments, dans les seules mains d'acteurs privés, autrement dit aux seuls mécanismes du marché.

Seuls étaient brevetables les procédés de fabrication et parfois dans certaines conditions de nom commercial. Ce n'est qu'en 1968 en France, en Allemagne et dans d'autres pays européens ensuite, que finalement le médicament réintègre le droit commun des brevets. On peut le comprendre parce que d'abord, il y avait une dynamique d'innovation à l'époque. Et puis la santé étant un droit humain et de justice sociale sous la responsabilité des États, on comprend bien que l'industrie pharmaceutique est devenue particulièrement stratégique pour les pays, pour justement maximiser les politiques de santé publique.

Les brevets sont donc devenus des outils très utiles pour inciter les laboratoires à mener une mission de santé publique.

C'est pour cela qu'en sciences sociales, nous considérons que le brevet est la base de ce contrat social implicite qui lie ce secteur d'activité à la société. En somme, c'est un peu la raison d'être de cette industrie, c'est de produire de la santé publique.

Est-ce que ce contrat social a fonctionné ? Bien sûr qu'il a fonctionné et il continue à fonctionner. Les innovations apportées par l'industrie pharmaceutique ont permis d'améliorer l'espérance de vie, en apportant des options thérapeutiques à des pathologies autrefois incurables, il faut évidemment le reconnaître et, en même temps, il faut reconnaître que le système de brevets a entraîné le développement d'un capitalisme pharmaceutique actionnarial qui, aujourd'hui, enlise un peu les industriels dans un mécanisme de financiarisation de leur modèle qui les empêche pleinement d'honorer ce contrat social.

## Les limites du modèle économique actuel de l'innovation pharmaceutique

Quel est le constat ? Les niveaux de rendement du capital qui sont attendus dans cette industrie sont l'un des plus élevés. On peut le comprendre là aussi, parce que ce sont les investisseurs qui portent le risque de la recherche. Ce sont eux qui investissent, parfois considérablement, et ils portent le risque de la recherche. Comme vous le savez, dans cette industrie, le risque est important d'autant que ce sont des temps longs.

Les niveaux de rendement sont donc très importants et on l'a vu, Margaret en a un petit peu parlé, les enjeux de la recherche clinique sont importants, ils sont de plus en plus coûteux et les retours sur investissement sont de plus en plus incertains. C'est une pression financière qui est faite sur ces industriels et il est d'autant plus important, de mon point de vue, de prendre en compte cet enjeu de la pression financière que nous sommes dans un modèle économique traditionnel, c'est-à-dire de consommation de produits.

Imaginez que vous êtes un entrepreneur, un patron de laboratoire pharmaceutique, vous avez cette pression financière dans un contexte concurrentiel important et vous êtes face à des politiques nationalistes où chaque pays veut négocier son prix. Que faites-vous dans ces enjeux-là ? Vous allez vous adresser aux pays qui vont sans doute vous donner les prix les plus élevés et ensuite, vous allez aller d'un pays à l'autre. C'est ce que font les laboratoires. Ils commencent par les États-Unis, ensuite ils vont au Royaume-Uni, puis ils arrivent en Europe, etc. C'est logique. Vous allez essayer d'investir dans la recherche, dans des pathologies que vous estimez être les plus rentables, où il y a une attente d'options thérapeutiques, c'est-à-dire aujourd'hui la cancérologie. Tous les laboratoires vont en cancérologie. Et puis, vous allez essayer de réduire vos coûts. On fait cela en externalisant ou en délocalisant des fonctions stratégiques que peuvent être les essais cliniques et, on le voit bien, la production, avec les délocalisations. Il y en a eu beaucoup dans le passé, il y en a encore quelques-unes aujourd'hui.

Comme c'est un modèle de niche, Margaret l'a cité tout à l'heure, votre population cible diminue, et que vous êtes dans un modèle de consommation, mathématiquement, vous allez exiger des prix de plus en plus élevés. Vous le voyez, c'est un modèle qui montre ses limites pour répondre aux défis sociaux auxquels nous sommes confrontés et surtout, ce qui me paraît le plus important, il fragilise le système qui le fait vivre. Nous sommes tous collectivement concernés par ce modèle et nous devons véritablement nous poser la question de sa pérennité.

### Tara SCHLEGEL

Pouvez-vous nous dire en quoi il fragilise le système ? On pourrait se dire que cela fonctionne bien, malgré tout. Il y a tout de même beaucoup d'innovations qui arrivent sur le marché.



### **Nathalie GIMENES**

Exactement, vous avez raison, mais si on regarde les chiffres, c'est un modèle de consommation où deux milliards de personnes aujourd'hui n'ont toujours pas accès aux médicaments essentiels et je crois que c'est 35 % des anticancéreux disponibles dans les pays du Sud.

En France, regardez les quelques chiffres, le coût moyen d'une année de vie gagnée grâce aux traitements anticancéreux a été multiplié par dix en 20 ans, pour la même qualité. Les délocalisations ont entraîné des tensions d'approvisionnement, c'est 20 fois plus selon l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) en dix ans.

Il y a d'ailleurs eu un rapport sénatorial de 2018 qui montre que ces pénuries, ces risques de rupture d'approvisionnement, évidemment, sont potentiellement une perte de chance pour le patient, mais c'est aussi un coût humain et un coût financier très important. Le rapport démontre que l'AP-HP y consacre 16 équivalents temps plein par semaine, rien que pour gérer les changements de traitement et les risques.

Et puis, dans un modèle de consommation, il y a des risques d'approvisionnement sur certains produits et il y a du gaspillage, parce que c'est un modèle de consommation sur d'autres produits. On estime que le gaspillage est à hauteur de 1,5 kg de médicaments qui seraient gaspillés par an et par Français. Cela questionne également sur l'empreinte écologique du médicament. En fin d'année 2021, d'ailleurs, le rapport The Shift Project intitulé *Décarbonons la santé* que je vous invite à lire, montre que 40 à 50 % des émissions de gaz à effet de serre sur un parcours du patient sont dus à l'achat et à l'utilisation des médicaments.

Nous voyons bien que ce modèle de consommation montre ses limites pour répondre aux défis sociaux, économiques et écologiques auxquels nous sommes confrontés.

Et pourtant, on a besoin d'une industrie pharmaceutique forte.

### **Tara SCHLEGEL**

Forcément, la question est de savoir si nous pouvons construire un modèle différent, peut-être pas un contre-modèle, mais au moins un modèle où justement ce capitalisme pharmaceutique va se transformer un petit peu.

### **Nathalie GIMENES**

Je pense que toutes les questions que nous nous posons sur les enjeux de l'innovation aujourd'hui, sur le retard français ou les enjeux de la relocalisation, au regard de ces constats, je préconise – ce sont mes travaux de recherche, dans la dynamique de ceux de l'ADEME d'ailleurs –, de réfléchir à ces enjeux pour justement expérimenter des modèles plus durables.

## **Construire collectivement une économie pharmaceutique plus durable**

L'un des axes de progrès, dans certaines pathologies du moins, serait de renforcer ce que Margaret a rappelé, ces coalitions public/privé, mais j'ajouterai aussi universitaire, pour développer des modèles que l'on appelle de la coopération et de la fonctionnalité.

Des modèles de coopération et de fonctionnalité qui agissent en coalition public/privé, philanthropique pour innover ensemble et apporter non plus des produits, mais des solutions de santé qui apportent des solutions concrètes à des situations sanitaires et des situations médicales précises. L'idée de ces modèles de fonctionnalité serait de ne plus valoriser le médicament, le produit en tant que tel, mais la performance de l'usage du médicament en vie réelle. C'est là que je rejoins Margaret ; il faut évaluer l'efficacité des traitements au fur

et à mesure, mais rien ne nous empêche d'ajouter des critères sociaux d'impact socio-économique, voire des mesures écologiques pour mesurer véritablement la performance de l'usage et au-delà, une performance d'usage individuel permettrait d'avoir une mesure de l'utilité collective de certains produits.

Que serait ce type d'indicateur ? On pourrait très bien imaginer valoriser une baisse d'hospitalisation, la baisse d'un nombre de décès, le retour à l'emploi de personnes arrêtées pour longue maladie, grâce à des médicaments.

Imaginons une nouvelle zoonose à l'échelle internationale, on agit en coalition public/privé, philanthropique ; on valorise un nombre de pays approvisionnés. Nous sommes dans une logique d'utilité parce que nous savons bien que la réponse aux zoonoses est transfrontalière. Et puis, on peut très bien valoriser aussi des critères écologiques, la faible empreinte écologique d'un médicament.

Ce serait vraiment mettre le capitalisme pharmaceutique, les brevets, non plus dans l'idée qu'ils financent un produit d'un laboratoire, mais véritablement une solution de santé et collectivement, les gens agiraient. L'idée serait de prendre appui sur des coalitions qui existent. Il ne faut pas réinventer la science, les coalitions public/privé existent. À l'échelle internationale, il y a, par exemple, le GARP (Global Antibiotic Resistance Partnership) qui lutte contre l'antibiorésistance, la CEPI (Coalition for Epidemic Preparedness Innovations) qui lutte contre les futures pandémies. En Europe, on peut imaginer que ces rassemblements de pays, ce mécanisme de coalition public/privé s'organisent à l'échelle de l'Europe. Pour ça, il faudrait que les pays acceptent de se rassembler, qu'ils acceptent d'investir ensemble pour augmenter l'enveloppe de la recherche fondamentale et pouvoir partager davantage les risques avec les industriels. C'est vraiment le facteur clé de l'innovation de demain.

Et si on partage les risques, on partage les succès, parce que c'est ça l'idée de développer un modèle économique de fonctionnalité. Il faudrait donc prendre appui sur des initiatives déjà engagées, comme la Banque européenne d'investissement, le programme de l'Union pour la santé. Pour répondre aux prix un peu trop élevés des anticancéreux, il y avait eu des coalitions de pays qui s'étaient déjà montées depuis 2015. Ils font aujourd'hui des achats groupés, nous avons bien compris qu'il faut aller au-delà de cela. Il faut véritablement dépasser les achats groupés, pourquoi ne pas faire des achats groupés anticipés comme nous l'avons vu pour la crise ? Et, au-delà de cela, investir ensemble.

Il faut que les gouvernements osent sortir de ce rôle de payeur, de régulateur et passent à un rôle d'investisseur, donc un petit peu plus entrepreneurial pour investir ensemble, parce que, comme le disait Margaret, un seul pays ne pourra pas porter l'innovation. Ce n'est pas possible. Il faut un rassemblement des États. Nous pouvons l'espérer à l'échelle mondiale, mais déjà l'espérer à l'échelle de l'Europe, ce serait plutôt bien. Et pour moi, c'est vraiment pour les investisseurs. Je voulais apporter ce point signalement, ce sera le dernier.

Ce genre de modèle économique, ce sont des modèles économiques à impact positif. Il faut savoir que la finance s'y intéresse de plus en plus. Un peu grâce à la réglementation, il y a un mécanisme qui commence à se mettre en place où les financements, les investisseurs vont vers les entreprises qui ont une performance sociale, une performance écologique, qui démontrent, en tout cas, une performance sociale, sociétale et écologique. Nous avons une orientation des financements vers des entreprises qui ont une volonté d'apporter de la valeur sociétale, donc il y a un mouvement favorable à ce type de modèle économique et je pense qu'au sein d'une Europe de la santé, cela permettrait véritablement aux états membres, aux laboratoires pharmaceutiques et aux investisseurs de développer un modèle de cobénéfice. On partage les risques et on partage les succès. On négocie les rendements sur du long terme. C'est ce que je pense. Ce serait le passage d'un capitalisme actionnarial à un capitalisme partenarial. Je pense que cela ferait du bien à tout le monde.

## Tara SCHLEGEL

Merci beaucoup, Nathalie Gimenes.

Nous allons nous tourner vers Louis Bégards qui travaille à la Direction générale des entreprises à Bercy. Vous avez parlé forcément un peu de souveraineté, Nathalie, puisque vous disiez que les États doivent peut-être un peu changer leurs modalités de financement, d'investissement dans l'innovation pharmaceutique. Nous allons voir tout cela avec Louis. Vous représentez l'État, si j'ose dire, et vous allez nous détailler d'abord le plan Innovation santé 2030 qui consacre des milliards à l'industrie pharmaceutique.

# Intervention de Louis BÉGARDES

---

## L'action des administrations françaises dans le champ de la santé

Tout à fait.

Merci, Tara. Bonjour à tous. Je suis un petit peu moins ambitieux, je n'ai qu'une slide. Comme vous l'avez vu, il y a effectivement des montants très importants qui sont consacrés à l'innovation en santé. Je représente l'État et plus largement la puissance publique ; nous pourrions élargir notamment aux collectivités territoriales dans le secteur de la santé, avec des interventions assez importantes, et aussi à d'autres agences autonomes qui interviennent dans le secteur de la santé.

Effectivement, je travaille à la Direction générale des entreprises. Elle a pour objectif notamment d'accompagner les entreprises dans leur développement et, dans le secteur industriel spécifiquement, de veiller au renforcement du tissu industriel français et européen. C'est une véritable mission d'intérêt général. L'équipe santé travaille dans le service de l'industrie de la Direction générale des entreprises, comme vous l'avez souligné, Tara, au sein du ministère de l'Économie et des Finances et désormais de la Souveraineté industrielle et numérique. C'est une nouveauté aujourd'hui, en 2022, qui va certainement nous permettre d'approfondir nos actions en matière de renforcement du tissu industriel français. Nous aurons l'occasion d'y revenir, c'est un point très important pour la Direction générale des entreprises.

Avant de parler du plan Innovation santé 2030, je vais commencer par une présentation des différentes administrations qui interviennent dans le champ de la santé en France. Nous ne l'avons pas encore évoqué, mais il y en a beaucoup au-delà du ministère de la Santé. Déjà à Bercy, nous avons donc la Direction générale des entreprises, l'équipe santé, nous avons également la DGCCRF (Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes), qui intervient dans le champ à la fois de la sécurité des produits de santé, avec l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé), qui intervient aussi dans le champ de la transparence des prix. C'est très important pour l'information tarifaire auprès des patients. La DGCCRF intervient aussi dans le champ concurrentiel, c'est-à-dire veiller au respect des règles du jeu concurrentiel entre les entreprises pharmaceutiques, mais également concernant les établissements de santé.

Nous n'allons pas toutes les évoquer, mais nous avons aussi la Direction générale du Trésor, avec une équipe santé qui fait des études de marché, des propositions de politiques publiques. La Direction du budget qui a également une équipe santé sur le volet purement budgétaire. Ensuite, il y a évidemment le ministère de la Recherche, qui a une équipe santé qui est très centrée évidemment sur l'accompagnement de l'innovation, de la recherche. Nous avons parlé de la recherche fondamentale tout à l'heure, nous pourrions l'évoquer à nouveau.

Et puis évidemment, le ministère de la Santé : nous travaillons avec beaucoup de directions du ministère de la Santé. Par exemple, la Direction de la Sécurité sociale qui

travaille vraiment sur le volet budgétaire dans le domaine de la santé, la Direction générale de la santé, dont on a beaucoup parlé pendant la crise, qui est en charge de la préservation de la santé publique et notamment, dans le secteur de l'industrie pharmaceutique, de contrôler les tensions d'approvisionnement sur les produits de santé, de veiller au renforcement de la sécurité d'approvisionnement sur un certain nombre de produits de santé essentiels et stratégiques, nous l'avons vu pendant la crise.

Ensuite, l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) et la DGOS (Direction générale de l'offre de soins), qui, elles, travaillent davantage sur les modalités d'organisation des professions de santé et établissements de santé. Dans le champ industriel, c'est la commande publique des achats publics hospitaliers qui offre aussi des débouchés pour l'industrie pharmaceutique. C'est important dans le modèle économique.

### **Tara SCHLEGEL**

Nous entendons que le mille-feuille dont parlait Margaret Kyle tout à l'heure existe peut-être dans l'administration française. Il y a beaucoup, beaucoup d'acteurs.

### **Louis BÉGARDS**

Il y a beaucoup d'acteurs, mais tous ont un périmètre différent. Nous travaillons en collaboration et chaque direction a ses compétences. Il n'y a pas de mille-feuille administratif, tant que nous n'avons pas de directions qui se marchent dessus.

### **Tara SCHLEGEL**

Tant que vous collaborez et que vous coopérez.

### **Louis BÉGARDS**

Voilà, sur des périmètres différents.

Ensuite, il y a des administrations qui interviennent spécifiquement dans l'accompagnement des entreprises. Nous le verrons à travers le plan Innovation santé 2030. La DGE (Direction générale des entreprises), Business France, nous pourrons en parler, c'est très intéressant, accompagne les entreprises dans leurs projets d'investissement en France. Nous travaillons beaucoup avec eux, notamment en investissements industriels. Un laboratoire pharmaceutique peut avoir l'objectif d'investir en France. Dans ce cas de figure, nous allons l'accompagner avec Business France en mobilisant différents outils.

Nous avons par ailleurs le ministère des Affaires étrangères, la Direction de la diplomatie économique, qui travaille à l'exportation du modèle français et à l'accompagnement de l'exportation des produits de santé à l'étranger, donc extrêmement important. Le SGPI aussi, le Secrétariat général pour l'investissement, qui travaille sur le suivi et le déploiement des grands programmes d'investissement, notamment en santé. Et puis, la Banque publique d'investissement, qui est très très importante.

Toutes ces administrations ont participé à l'élaboration du plan Innovation santé 2030, annoncé par le président de la République en juin 2021.

## **Le Plan Innovation Santé 2030**

C'est un plan extrêmement ambitieux. 7,5 milliards d'euros consacrés à l'innovation : c'est absolument historique. Un comité de suivi a été mis en place en décembre 2021 pour veiller à ce que toutes les mesures de ce plan, il y en a plusieurs dizaines, soient mises en

œuvre de manière très efficace. C'est un peu la théorie du dernier kilomètre, il faut veiller à ce que ces mesures soient mises en place.

Dans le plan Innovation santé 2030, le premier volet est celui consacré à la recherche. Nous pouvons évoquer une mesure phare, notamment, c'est la constitution de clusters, comme cela existe par exemple à Boston, avec un cluster qui fonctionne extrêmement bien. Il s'agit de veiller à reproduire ce modèle-là en France. Ce sont des lieux qui permettent de réunir géographiquement des instituts de recherche, des acteurs académiques, des établissements de santé, de grandes universités – le MIT (*Massachusetts Institute of Technology*) aux États-Unis –, des industriels, des *start-up*, pour créer des synergies et stimuler la créativité et l'innovation.

Dans le champ du plan Innovation santé 2030, nous avons 300 millions d'euros mis sur la table pour constituer trois clusters de dimension mondiale, qui vont se déployer dans les prochaines années.

### **Tara SCHLEGEL**

Les lieux sont-ils déjà définis ?

### **Louis BÉGARDS**

Les lieux sont encore en cours de réflexion, certainement autour des grands lieux d'investissement en santé. Nous ne savons pas encore dans quelles villes. Nous verrons sur quels sites précisément, mais certainement autour des grands lieux d'investissement en santé, l'Île-de-France, la région Auvergne-Rhône-Alpes, autour de Lyon, mais les réflexions sont encore en cours.

Le deuxième axe, ce sont les essais cliniques. Margaret et Nathalie l'ont évoqué, il est très important de simplifier, les modalités d'autorisation des essais cliniques. C'est primordial. Il y a 500 millions d'euros sur ce sujet. Concrètement, l'objectif est de veiller à ce que les autorisations délivrées par les CPP, les comités de protection des personnes, soient beaucoup plus rapides, que leurs modalités de fonctionnement soient meilleures, c'est-à-dire augmenter leurs moyens financiers, administratifs, informatiques pour que ce soit beaucoup plus efficace et que les industriels s'y retrouvent plus facilement.

*In fine*, c'est au bénéfice du patient, puisque l'objectif est qu'il y ait des traitements, délivrés aux patients le plus rapidement possible.

Un autre volet traité notamment par la Direction générale des entreprises, ce sont les stratégies d'accélération, dans trois domaines phares : biothérapie, santé digitale, et maladies infectieuses et émergentes. 2,5 milliards d'euros au total, c'est considérable. L'objectif est de stimuler l'innovation, renforcer le tissu industriel français *via* des appels à projets sur des segments spécifiques à destination des entreprises. Elles peuvent postuler et ensuite être soutenues financièrement et accompagnées par l'État.

Quatrième thématique européenne très importante, ce qu'on appelle le PIIEC, Projet important d'intérêt européen commun en santé, qui est doté de 1,5 milliard d'euros. La France s'est engagée à mettre 1,5 milliard d'euros pour soutenir des entreprises françaises qui ont pour objectif de constituer ce projet européen. C'est un projet transnational dont l'objectif est évidemment d'y associer d'autres États et d'autres entreprises à travers l'Europe, pour créer des projets transnationaux, de la R & D jusqu'aux premiers déploiements industriels, sur différentes thématiques. 1,5 milliard d'euros, c'est absolument historique et c'est extrêmement important d'avoir des projets européens et de dépasser le cadre du financement uniquement français.

### **Tara SCHLEGEL**

Un financement français qui est tout de même important, Louis Bégards. Par exemple, la Banque publique d'investissement en France consacre, elle aussi, une somme même supérieure au PIIEC (Projet important d'intérêt européen commun).

### **Louis BÉGARDS**

Tout à fait.

La Banque publique d'investissement est un opérateur extrêmement important, qui joue un rôle aussi dans le cadre des stratégies d'accélération. Elle compte effectivement mettre deux milliards d'euros sur l'accompagnement au développement des entreprises dans le secteur de la santé. C'est une somme considérable qui a été décidée en juin 2021.

L'objectif va être, notamment, des aides directes aux entreprises, ce qu'on appelle aussi des aides en fonds propres pour stimuler l'investissement des entreprises ou des aides en fonds de fonds, des aides à travers d'autres fonds d'investissement. La Bpi (Banque publique d'investissement) est un opérateur central pour l'État, et pour stimuler l'innovation en santé, deux milliards d'euros, c'est considérable.

Enfin, le dernier volet, c'est l'accès au marché. Nous avons des dépenses de santé en croissance de 2,4 % au vu de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), qui est un indicateur de maîtrise des dépenses.

L'objectif est aussi d'être dans une logique moins baissière sur les produits de santé et donc à la hausse, avec un niveau de croissance plus élevé des dépenses de santé, ce qui permet de dynamiser le secteur des médicaments et des dispositifs médicaux, et d'avoir des prix un petit peu plus élevés sur le volet accès au marché.

Il y a beaucoup d'autres mesures, nous pourrions en rediscuter, mais en tout cas, ce plan est historique et très, très ambitieux. Il a prévu de se déployer sur les trois prochaines années, avec tous les opérateurs de l'État.

## **Débat**

---

### **Tara SCHLEGEL**

Merci beaucoup, Louis Bégards, pour cette première intervention. Nous allons pouvoir passer au débat, puisque vous avez tous les trois posé les bases de ce paysage d'innovation pharmaceutique.

Vous avez terminé, Louis, par ces 7,5 milliards consacrés à l'innovation. Nous voyons que beaucoup d'argent va être progressivement mis sur la table. La question est peut-être de savoir à quelles fins et comment cette somme va-t-elle être orientée, puisqu'effectivement elle doit servir à cette innovation pharmaceutique. Cela me permet de rebondir sur une première question que nous avons reçue *via* le chat.

Une personne qui nous interroge sur la relocalisation. Y a-t-il une relocalisation de la production médicamenteuse depuis la pandémie ? Il est vrai que c'était aussi un des objectifs, sans doute, du plan Innovation santé, en tout cas cela a été beaucoup dit par l'exécutif, par le chef de l'État. Nous devons relocaliser l'industrie pharmaceutique en France et il faut redevenir un peu plus autonomes, notamment en cas de crise sanitaire comme celle que nous avons vue. Qui veut prendre la parole en premier ? Louis, peut-être.

## La relocalisation de l'industrie pharmaceutique

### **Louis BÉGARDS**

Effectivement, je n'ai pas abordé le thème de la relocalisation, mais c'est la priorité du gouvernement, notamment de la Direction générale des entreprises, la Direction générale de la santé et d'autres directions.

Ces stratégies d'accélération notamment ont pour objectif de soutenir le tissu industriel français. Les entreprises qui souhaiteraient investir en France, créer des sites de production peuvent bénéficier de financements dans le cadre des stratégies d'accélération. Cela répond à cet objectif de relocalisation qui est un objectif majeur des stratégies d'accélération.

Nous pouvons même remonter un peu en amont, au premier plan de relance mis en place à partir de l'été 2020, post-crise, son objectif majeur était de renforcer l'autonomie stratégique de la France et de faire en sorte qu'il y ait une souveraineté sanitaire et industrielle beaucoup plus forte, à travers deux outils. Un appel à manifestation d'intérêt qui s'appelle *Capacity building* et un autre, l'appel à projets Résilience. Ce sont des financements alloués à la stimulation de l'innovation, donc des produits innovants, des procédés innovants, des entreprises qui souhaitent revenir en France, qui sont situées à l'étranger et qui souhaitent revenir en France créer des sites de production ou alors, tout simplement, des entreprises déjà localisées en France souhaitant étendre leur site de production existant, qui souhaitent moderniser leur site, digitaliser leur site, à travers des procédés innovants, ont pu bénéficier d'un accompagnement de l'État de manière très importante, puisque plus d'un milliard d'euros ont été mis sur la table en santé à travers ce volet.

### **Tara SCHLEGEL**

Qu'appelle-t-on des industries innovantes ? Je me tourne vers Nathalie Gimenes. Margaret a saisi son micro. Vers quel type d'entreprise vont ces financements ? Qu'est-ce qui serait nécessaire ?

### **Margaret KYLE**

Je voulais juste ajouter que la relocalisation n'est pas forcément la fin des pénuries. Par exemple, récemment, aux États-Unis, il y a une importante pénurie de lait maternisé pour bébés. Ce n'est pas parce que c'est importé de Chine ou d'Inde, ce n'est simplement pas possible d'importer facilement du lait en poudre d'Europe vers les États-Unis, parce qu'il y a beaucoup de protections, beaucoup de recommandations. Le problème ne vient pas du fait que ce n'est pas produit aux États-Unis parce que c'est produit aux États-Unis, mais dans une seule usine. Dans des situations comme celle-là, même si nous avons relocalisé en France, il ne faut pas oublier qu'il ne faut pas être complètement dépendant d'un seul site. Il faut avoir plusieurs sites. Parfois, c'est plus efficace, même si ce n'est pas produit en France, d'avoir l'option d'acheter ailleurs, il y a aussi des avantages.

### **Tara SCHLEGEL**

C'est vrai que cette notion de site unique est très importante et notamment dans les pays d'Asie. Si on en revient aux médicaments, il me semble que les principes actifs de certains médicaments sont fabriqués dans une seule usine.

### **Nathalie GIMENES**

C'est exactement cela.

Dès lors qu'il y a un souci normatif, de contrôle, toute la chaîne est bloquée. Margaret a raison si nous mettons en place le même système en Europe.

Je ne sais pas ce que vous en pensez, Louis, mais je pense qu'il faut envisager cette relocalisation à l'échelle européenne. Après, je comprends les enjeux de la France et de l'ancrage territorial français, évidemment, mais c'est vrai que quand on discute avec les entreprises, on voit bien que l'enjeu est au niveau européen.

## Vers une stratégie de coopération industrielle européenne

Pour revenir sur le sujet plus large de l'enjeu écologique que portent aussi ces usines modernes, parce que c'est tout de même un grand sujet, pour répondre à tous ces défis, il ne faut pas négliger la question de la coopération sur ces sujets. L'industrie doit davantage coopérer sur des niveaux de chaîne de valeur qui sont moins dans la concurrence. On devrait imaginer également des clusters industriels – cela existe – d'une manière beaucoup plus large, pour créer des écosystèmes favorables à la production, avec plusieurs sites de production, qui créent cette indépendance, mais le penser en impact positif pour la société et pas uniquement dans une recherche de productivité, laboratoire par laboratoire.

Être davantage dans des stratégies coopératives pour plus d'impacts positifs et je pense qu'il y a une maturité pour amener ces sujets-là, post-Covid, il y a des dirigeants avec lesquels je discute qui sont matures sur ces sujets pour travailler sur des clusters industriels puissants. Je ne sais pas ce que vous en pensez.

### Louis BÉGARDES

C'est l'objectif aussi du PIIEC (Projet important d'intérêt européen commun) en santé. 1,5 milliard d'euros investis par la France et beaucoup d'autres pays : 16 pays se sont associés à ce projet *via* la signature de ce qu'on appelle un *manifesto* en mars 2022. 16 pays, c'est considérable : l'Espagne, l'Italie, beaucoup de pays d'Europe de l'Est, qui font le choix de financer leurs entreprises à l'échelle de leur pays, mais dans le cadre d'un projet global au niveau européen, donc sur des aires thérapeutiques dédiées. Notamment les thérapies géniques et cellulaires, certains produits pharmaceutiques, des molécules critiques dont nous avons pu constater la criticité pendant la crise. Cela va porter aussi, au-delà du volet pharmaceutique, sur des technologies médicales indispensables. Pendant la crise, il y a eu des tensions d'approvisionnement sur des dispositifs médicaux.

C'est un projet européen où chaque pays va financer des projets, de la R&D jusqu'aux premiers déploiements industriels. Ce n'est pas vraiment un soutien industriel en tant que tel, mais cela permet vraiment, sur la chaîne de valeur du produit de santé, d'aller relativement loin dans le financement. C'est très important.

L'objectif est également de combler des défaillances de marché. Ce sont des tensions d'approvisionnement dont on a pu constater la vigueur pendant la crise, avec – c'est important et vous le disiez tout à l'heure en substance – des contreparties. C'est une alliance public/privé, donc il y a des financements publics, il y a des financements, évidemment, de la part des entreprises et à côté de cela, il faut qu'il y ait des contreparties. Il peut y avoir un partage des droits de propriété intellectuelle à travers le PIIEC (Projet important d'intérêt européen commun). C'est absolument fondamental, qu'il y ait une sorte de *deal* entre les entreprises et la puissance publique dans le financement public. Nous le voyons à travers le PIIEC, mais nous le voyons sur d'autres soutiens.

## Rompre la dépendance à l'étranger dans la production pharmaceutique



Pour revenir sur le volet relocalisation, je suis tout à fait d'accord avec ce que disait Margaret. Il faut une diversité des lieux de production. Effectivement, si vous n'avez qu'un seul site de production sur le territoire national, qu'il ferme pour des raisons de difficultés d'approvisionnement, cela ne fonctionnera pas. Nous l'avons vu d'ailleurs pendant la crise sanitaire. Il faut qu'il y ait une diversité de sites, par exemple, vous pouvez avoir un site sur un produit de santé comme un vaccin ; un site en France, un site en Espagne sur un autre volet de la chaîne de valeur, un site en Allemagne, au Portugal, ce qui permet d'assurer une sécurité d'approvisionnement de l'Europe, mais aussi du marché français.

**Tara SCHLEGEL**

Il faut penser un peu transnational, mais peut-être pas jusqu'en Chine ou en Inde.

**Louis BÉGARDS**

Exactement.

C'est l'objectif de la politique gouvernementale du précédent quinquennat : aller dans cette logique-là, dire que nous sommes très dépendants sur certains produits de santé stratégiques et essentiels vis-à-vis de l'Inde et de la Chine, rompre avec cette dépendance en mettant des financements sur la table en contrepartie d'engagements fermes pour justement inciter vraiment les industriels à produire pour le bénéfice du patient.

**Tara SCHLEGEL**

Pourriez-vous rappeler la dépendance à la Chine en termes notamment de principes actifs ? Quel est le pourcentage de production ?

**Nathalie GIMENES**

Aujourd'hui, on dit que 80 % de la production est en Chine ou en Inde. La Chine fait plutôt les principes actifs et l'Inde, plutôt les produits finis, les génériques.

Il est vrai que l'enjeu de la relocalisation dans le PLFSS 2021 (Projet de loi de financement de la sécurité sociale) avait été un sujet. À la lecture, on comprend bien qu'il y a eu évidemment des mesures incitatives, mais d'abord il ne faut pas négliger les entreprises qui sont restées en France, parce qu'il y en a quelques-unes qui ont besoin aussi d'être accompagnées et j'en connais quelques-unes qui n'ont pas fait le choix de la délocalisation.

C'est important de bien repenser et de soutenir ces industriels-là, de ne pas faire que des mesures incitatives pour faire revenir des laboratoires qui ont déserté à un moment donné.

**Tara SCHLEGEL**

Celles qui sont restées en France, ce sont des petites entreprises ?

**Nathalie GIMENES**

Non, pas seulement. Il y a des entreprises françaises qui sont restées sur le territoire français et qui ont continué à faire de la production. On fait des reproches à Sanofi, mais qu'on le veuille ou non, Sanofi, c'est quand même un laboratoire qui n'a pas désinvesti la production, qui n'a pas désinvesti la recherche, qui est sur toute la chaîne de la valeur. On peut le saluer, alors même que des laboratoires ont désinvesti la production et même la recherche, et qui sont un petit peu des investisseurs de flux de brevets.

Là, nous ne pouvons pas dire cela d'entreprises françaises comme Sanofi qui sont quand même bien ancrées.

**Tara SCHLEGEL**

C'est-à-dire que vous n'opposeriez pas Sanofi et les investissements de l'État qui a aidé Sanofi – nous avons vu, par exemple, le président de la République sur le site à Marcy-l'Étoile – et des petites entreprises de taille plus modeste restées en France et que l'État voudrait soutenir maintenant.

**Nathalie GIMENES**

Non, il faut soutenir ce tissu industriel français.

**Tara SCHLEGEL**

Il ne faut pas opposer l'un et l'autre.

**Nathalie GIMENES**

Il ne faut pas les opposer, il faut les mettre dans des dynamiques.

### Placer l'intérêt du patient au cœur de tous les projets

En revanche, ce que je trouve amusant dans vos propos, c'est que vous parlez de « marché ». C'est intéressant. Vous utilisez le langage industriel, c'est plutôt bien, mais c'est vrai que pour les puissances publiques, je m'attendais à ce que vous parliez de « l'accès aux patients ».

Il ne faut jamais oublier le but. Une innovation n'a d'utilité que si elle arrive au patient, si elle a un impact bénéfique pour le patient. Il faut replacer cette utilité de l'innovation.

Il y a aujourd'hui des médicaments produits et distribués qui ont peu de valeur médicale ajoutée, et d'autres qui ont de véritables performances médicales. Comme le disait Margaret, je pense qu'il faut avoir une lecture un peu différente. Sur ces médicaments matures, peu importants, l'idée d'un score-médicament qui pourrait orienter le patient dans ses choix en donnant la valeur médicale, la valeur sociale, la valeur écologique d'un médicament pourrait être vraiment des outils qui guideraient les patients pour choisir leur traitement. Je parle de médicaments matures, pas sur prescription, etc.

**Tara SCHLEGEL**

C'est ce que j'allais dire, parce que normalement, ce sont les médecins qui orientent les consommateurs de médicaments.

**Nathalie GIMENES**

Bien sûr. Je veux dire qu'il est important de remettre cette utilité au patient au cœur de tous les projets que vous menez, parce que l'innovation n'a de sens que si elle a un impact auprès de la société.

### La tarification des produits de santé

**Louis BÉGARDS**

Une réaction sur le premier volet : l'accompagnement des industries déjà implantées en France et ensuite, sur le volet santé publique de l'aide publique qui est fondamental, vous avez tout à fait raison.

Sur le volet aide des entreprises déjà situées en France, pour dépasser un peu la logique de relocalisation, les aides sont déjà considérables et très marquées. Nous pouvons déjà citer une mesure objectivement exceptionnelle : le critère industriel dans la loi.

Depuis le 1er janvier 2022, l'implantation des sites de production est prise en compte dans la fixation du prix des produits de santé, en plus de critères évidemment d'efficacité thérapeutique du produit de santé. C'est la prise en compte d'une mesure post-crise, qui est liée à un autre principe, la sécurité d'approvisionnement du marché français. La fixation du prix tient compte de la sécurité d'approvisionnement du marché français garanti par l'implantation des sites de production. C'est fondamental et cela permet à des entreprises déjà localisées en France de venir devant le CEPS (Comité économique des produits santé) et de dire qu'elles ont des sites de production en France et qu'elles souhaitent que cela soit pris en compte, valorisé dans le cadre de la tarification de leurs produits.

### **Tara SCHLEGEL**

Quand vous dites pris en compte, cela veut dire que le prix que va pouvoir négocier ce laboratoire pharmaceutique sera plus élevé que s'il n'était pas implanté en France. C'est bien cela ?

### **Louis BÉGARDES**

Ce sera effectivement l'un des critères pour avoir des prix plus élevés, ce qui est une condition *sine qua non* à la compétitivité de l'industrie française. C'est absolument indispensable.

Il est aussi pris en compte le fait que les entreprises soient localisées en France dans la tarification des produits de santé, au-delà de la fixation du prix, tout au long de la régulation des prix des produits de santé. C'est un petit peu technique ; il s'agit d'un accord-cadre qui régit les relations entre les industries pharmaceutiques et l'État (le CEPS) au sein duquel il y a beaucoup de critères qui permettent déjà de valoriser le fait que les entreprises investissent en France, au-delà du fait qu'elles soient implantées en France. Si elles investissent en France de manière continue, c'est pris en compte et cela leur permet de bénéficier d'une stabilité de prix.

Ensuite, sur le volet santé publique, vous évoquez et c'est très important, le fait que nous devons prendre en compte l'intérêt du patient ; à la DGE, nous avons évidemment un prisme industriel très fort, mais intrinsèquement lié au volet santé publique. Les axes de travail de la DGE sont dictés par des préoccupations de santé publique. En mars 2020, j'ai fait partie de la cellule de crise sur les masques que nous avons constituée pendant trois mois. Sur les tests également, il y a eu une cellule de crise sur les vaccins. Nous sommes donc complètement dictés par des préoccupations de santé publique.

Ensuite, le soutien industriel est conditionné à l'efficacité thérapeutique du produit. Les produits et les médicaments d'intérêt thérapeutique majeurs sont prioritaires dans le soutien industriel. Globalement, il y a un dialogue permanent entre le ministère de l'Économie et le ministère de la Santé, notamment la Direction générale de la Santé, sur tous ces projets.

## **Dépasser l'efficacité thérapeutique pour valoriser l'utilité d'un produit de santé**

### **Tara SCHLEGEL**

Revenons à ce que disait Margaret Kyle tout à l'heure dans sa présentation. Vous suggériez de mieux lier la valorisation des médicaments avec l'effet thérapeutique. Cela vous semble intéressant et important.

**Margaret KYLE**

Oui et je suis tout à fait d'accord avec les propositions de Nathalie.

Il faut considérer l'utilité. Nous avons l'habitude d'utiliser l'efficacité dans les essais cliniques comme mesure d'utilité. Ce n'est pas tout à fait la même chose. Certains médicaments ne changent pas vraiment la durée de vie, mais changent la qualité de vie des malades.

**Tara SCHLEGEL**

La qualité de vie des malades est meilleure pendant qu'ils prennent ce médicament ?

**Margaret KYLE**

Voilà.

Cela a une valeur et il faut reconnaître les valeurs comme celle-là. Je suis tout à fait d'accord avec l'idée de *pay for performance*. Il faut changer notre notion de performance.

Il y a l'utilité, il y a plusieurs facettes. Il ne s'agit pas que d'efficacité dans un essai clinique. Actuellement, malheureusement, il y a assez peu de liens entre le prix et l'efficacité thérapeutique, assez peu de changements de prix en fonction de l'information, etc. Quand nous écrivions cette note, nous avons parlé avec beaucoup d'acteurs en France et nous avons toujours entendu que c'était assez difficile d'en convaincre d'autres de changer le modèle.

Je pense que nous avons l'habitude de faire comme nous avons toujours fait et c'est difficile de changer l'idée d'un contrat.

**Tara SCHLEGEL**

De changer de mentalité.

**Nathalie GIMENES**

Merci Margaret, pour cela, parce que je pense c'est vraiment le défi de demain. Que nous ayons les médicaments utiles pour l'impact sociétal des médicaments, que leur empreinte carbone soit mesurée.

Nous en aurons les moyens grâce aux *Health Data Hub*, à toutes les données de santé qui vont émerger grâce aux *MedTech*, grâce aux *CleanTech*, etc., grâce aux services autour du médicament, développés aussi par les laboratoires. Il y en a beaucoup ; pour faire du lien ville-hôpital, pour que les patients regardent s'ils ont effectivement une amélioration de la qualité de vie, pour faire des rappels de prise de médicaments.

Nous avons une digitalisation du parcours de soins qui va permettre de capturer des données en vie réelle. Avec des critères à établir ensemble avec les autorités, les industriels, les associations, cette digitalisation va nous permettre de coconstruire cette intelligence de l'utilité et de la performance de l'usage. Collectivement, nous pourrions accepter de payer pour cet usage-là, accepter d'être solidaires tous ensemble pour un usage, qu'il n'y ait pas de gaspillage ou des médicaments moins efficaces.

**Tara SCHLEGEL**

Un petit mot sur la façon dont c'est pris en compte ; aujourd'hui, est-ce bien basé sur l'ASMR (Agence de sécurité du médicament et des produits de santé) ? Pourriez-vous expliquer cela ?

**Nathalie GIMENES**

Oui, effectivement.

Aujourd'hui, lors d'un essai clinique, les laboratoires montent des dossiers médicaux, arrivent auprès des instances de décision ; la Commission de transparence puis le CEPS (Comité économique des produits santé) pour négocier sous la preuve d'essais cliniques, donc de la performance médicale d'un médicament. Si l'amélioration du service médical rendu est supérieure par rapport à d'autres médicaments déjà commercialisés, ils obtiennent un certain niveau de prix et de remboursement, pour rester simple.

Là, c'est l'entrée sur le marché, l'accès au patient. Ensuite, c'est le suivi en vie réelle et c'est ce genre d'étude, les cohortes observationnelles, ce qu'on appelle « les études observationnelles » que l'on doit davantage développer. Il y en a beaucoup qui se développent, mais il faut vraiment le faire en coconstruction, avec les patients aussi parce que le rôle du patient est majeur. Il doit accepter de partager ses données de santé et ce n'est pas si anecdotique que cela. Bien sûr, ce sont des données qui seront anonymisées, etc., mais c'est important parce que le patient est un acteur fondamental de l'efficacité du système de santé de demain, pour démontrer cette utilité.

## Valoriser les critères socio-environnementaux dans l'investissement vers l'innovation pharmaceutique

### Tara SCHLEGEL

J'ai encore une question pour vous, Nathalie.

Tout à l'heure, vous avez évoqué l'idée qu'il fallait aussi valoriser d'autres critères dans les investissements dans l'innovation pharmaceutique. Par exemple, un critère écologique ou un critère, vous avez dit : « social ». Qu'entendez-vous par là ?

### Nathalie GIMENES

Vous avez parlé tout à l'heure, Louis, de l'ancrage territorial des entreprises qui investissent sur les territoires.

J'accompagne les entreprises du médicament à faire ce qu'on appelle leur « stratégie de RSE (Responsabilité sociétale des entreprises) ». Qu'est-ce qu'une performance sociétale, au-delà de la valeur médicale d'apporter un médicament, qui est une valeur sociétale importante ? C'est, par exemple, comment les entreprises vont développer, attirer leurs salariés, comment vont-elles travailler avec Pôle Emploi pour attirer des travailleurs en situation de handicap, comment vont-elles attirer des alternants, former, créer de la richesse économique, l'économie de la connaissance sur le territoire ?

Tout ceci forme de la valeur sociétale apportée, qu'un laboratoire peut totalement valoriser dans ses négociations.

Comme ceux qui ont décidé, grâce aux aides de l'État, de faire des investissements – il faut le souligner – pour moderniser les usines, avoir des usines les plus écologiques possible. Les efforts pour réduire les émissions de gaz à effet de serre, les efforts d'optimisation des stations d'épuration pour réduire les risques de pollution dans les boues. Ce sont des critères écologiques qui devraient, à mon sens, de plus en plus être pris en compte par les autorités.

### Tara SCHLEGEL

Louis Bégards, et ensuite Margaret, juste après. Margaret, nous avons entendu à votre accent que vous avez peut-être une expertise internationale et cela m'intéressera de savoir ce que pensent d'autres pays de ces critères.

## **Louis BÉGARDS**

Pour commencer sur ce que vous évoquiez sur la valeur des produits, il s'agit en somme du *value-based healthcare*.

Au niveau de la DGE (Direction générale des entreprises), il y a des réflexions pour essayer de proposer un modèle permettant de dépasser la logique de tarification *via* la qualité des soins, ce que l'on voit notamment à travers la T2A (la tarification à l'activité).

Aller davantage vers une logique d'efficacité, de qualité, notamment par les innovations technologiques que vous évoquiez à l'hôpital, qui permette, éventuellement – c'est une piste de réflexion –, de tarifier les produits de santé différemment, mais, encore une fois, c'est une réflexion à la Direction générale des entreprises, pour continuellement proposer de nouveaux modèles auprès des autres acteurs publics.

Sur le volet social évoqué par Nathalie : c'est absolument primordial et c'est pris en compte, parce que c'est une condition de délivrance de l'aide publique, puisque lorsque l'État délivre des financements, des subventions ou des avances récupérables, par exemple, nous évaluons évidemment le nombre de créations d'emplois prévues. Nous pouvons prendre en compte également, dans la délivrance d'avances sur remises prévues dans l'accord-cadre, les politiques de formation de l'entreprise.

Il faut souligner aussi qu'il y a aujourd'hui énormément de partenariat de sites de production, avec des formations diplômantes locales, en Seine-Saint Denis, par exemple, des BTS, des IUT, pour avoir des techniciens sur les lignes de conditionnement primaires, secondaires, etc. Une logique de RSE (Responsabilité sociétale des entreprises) existe tout de même aujourd'hui, elle pourrait s'approfondir, mais elle existe.

Ce volet social est donc déjà présent dans la délivrance de l'aide publique.

Ensuite, l'environnement, qui est vraiment une problématique d'avenir sur laquelle se penche de plus en plus la Direction générale des entreprises. Dans le cadre du plan de relance lancé à l'été 2020, nous avons valorisé les procédés innovants, plus respectueux de l'environnement et cela a été pris en compte parmi les critères de financement.

Sur les achats publics hospitaliers, l'objectif est de donner une place plus importante au critère environnemental pour dépasser la logique unique de prix. Aujourd'hui, pour des raisons de soutenabilité financière et de contraintes budgétaires, c'est le prix qui prévaut le plus lorsque les établissements de santé achètent des produits de santé. L'objectif de la DGE (Direction générale des entreprises) et de la DGOS (Direction générale de l'offre de soins) est vraiment d'avoir des critères plus larges dépassant le seul critère de prix.

Le critère environnemental sera pris en compte. Concrètement, il peut s'agir, par exemple, de la prise en compte d'une politique de gestion des déchets d'une entreprise dans son processus de production.

## **Tara SCHLEGEL**

Très intéressant.

Un regard international de Margaret Kyle. Nos partenaires européens sont-ils intéressés par ces mêmes critères, décrits par Louis Bégards ?

## **Margaret KYLE**

L'Union Européenne compte 27 membres ; je pense qu'ils ne sont pas tout à fait d'accord sur chacun des critères.

Il y a un risque de concurrence entre les pays pour certaines choses. Par exemple, si chaque pays décide qu'un prix va augmenter, avec une production sur place, nous allons avoir beaucoup de pays avec beaucoup de production et peut-être allons-nous perdre des

économies d'échelle, etc. Un coût total plus élevé, donc des dépenses publiques plus élevées également.

Concernant ce type de critère, il faut avoir des discussions avec nos voisins pour éviter ces problèmes.

### **Tara SCHLEGEL**

Merci.

J'en profite pour dire aux participants dans la salle qu'un micro circule si vous souhaitez poser des questions. Nous allons prendre une question du chat, avant de parler de la propriété intellectuelle et des brevets qui vont occuper la dernière partie de la conversation.

## **Comment mobiliser les acteurs pour mettre en œuvre l'utilité de l'innovation et l'efficacité thérapeutique des produits de santé ?**

Je lis la question : « Vous parlez d'utilité de l'innovation et d'efficacité thérapeutique des médicaments pour le patient. Comment les populations et la société civile agissent-elles en ce sens ? Que peuvent-elles faire pour pousser l'État, les entreprises ainsi que le marché à aller dans ce sens ? » L'un d'entre vous a-t-il une opinion ? Faut-il manifester pour ce genre de chose ?

### **Nathalie GIMENES**

En règle générale, quand on veut changer un modèle, tout le monde doit faire un petit pas. C'est comme dans un couple, et dans l'industrie pharmaceutique, c'est vraiment un couple, État-industrie. Je crois que les deux doivent vraiment avancer ensemble, et le rôle du patient est crucial dans la réussite de l'innovation d'un modèle d'utilité, parce qu'il est au cœur.

C'est lui qui va être dans l'usage, c'est lui qui va l'utiliser. C'est aussi à lui d'accepter, comme je le disais tout à l'heure, de partager des données de santé anonymisées, ce qui n'est pas simple encore une fois, malgré la protection des données. Les *blockchains* sont des technologies qui garantissent aujourd'hui cette protection des données, mais il demeure un enjeu des données de santé, parce que cela permet d'analyser.

Si nous voulons mettre en place des critères très concrets, il faut que nous ayons des données et pour cela, ce sont des patients qui acceptent, *via* des outils digitaux, de dire comment ils se sentent aujourd'hui, est-ce qu'ils sont revenus à l'emploi, etc.

Pour mesurer l'utilité sociétale et socio-économique d'un médicament, il faut mesurer, par exemple, que cette personne est passée de dix jours d'arrêt maladie à cinq. Elle est revenue, nous avons créé une richesse.

C'est comme cela que l'État va pouvoir aussi justifier son investissement, parce que nous avons finalement des cobénéfices que nous partageons avec les industriels. Et cela, le patient, le citoyen en est au cœur. C'est pour cela que je pense que, dès le départ, les patients doivent être impliqués d'une manière très précoce dans la recherche. D'ailleurs, les associations de patients le demandent. Ils le sont de plus en plus et c'est très bien.

Je répondrai donc, oui, ils ont un rôle clé, mais je pense que tout le monde fera un petit pas. Je ne saurais vous dire comment cela va être impulsé, mais il faudrait déjà tester un autre type de modèle.

À l'IMI (*Innovative Medicines Initiative*), par exemple, la coalition de recherche pour les médicaments innovants en Europe, le plus grand partenariat public/privé existe. Il y a de la

recherche sur la cancérologie pédiatrique. On pourrait très bien essayer de faire des pilotes sur ce genre de coalition.

Cela existe, nous pouvons parler aussi de *cluster* – ce n'est pas grave –. C'est la notion de coalition : de grands partenariats public/privé et associatif, j'y tiens vraiment. Il faut que les ONG (Organisations non gouvernementales), il faut que le monde de l'associatif compte.

### **Tara SCHLEGEL**

En France, les associations ont beaucoup de poids. Je pense par exemple à la Ligue contre le cancer ou à d'autres qui financent directement la recherche.

### **Nathalie GIMENES**

Exactement.

Essayer ce type de modèle où dès le départ, nous sommes dans une notion de recherche d'utilité et de performance d'usage, pour voir quels pourraient être les critères, quels pourraient être les moyens d'amener ces innovations avec un impact positif.

## Faut-il lever les brevets ?

### **Tara SCHLEGEL**

Nous allons consacrer la dernière partie de cette Rencontre Économique à la question de la propriété intellectuelle.

Quand on dit « innovation », nous nous demandons forcément comment les entreprises se rémunèrent sur ces innovations qui coûtent extrêmement cher dans le médicament. Je crois que nous parlons de dix milliards, nous allons peut-être affiner les chiffres ensemble.

Partons d'un fait d'actualité, tout récemment à l'ONC (Organisation mondiale du commerce), il y a eu cette décision, de la part de tous ces pays, de lever des brevets dans la crise Covid. De façon assez synthétique, nous pouvons dire que les pays du Sud doivent pouvoir utiliser ces innovations qui ont été réalisées en partie par les pays du Nord, sans forcément demander l'accord des entreprises qui ont fait ces innovations, qui ont réussi à découvrir ces produits-là.

Cela pose la question de la propriété intellectuelle et des brevets.

Margaret Kyle, que faut-il penser, par exemple, de cette levée des brevets sur un certain nombre de médicaments liés au Covid et des vaccins en particulier ?

Le Leem (Les entreprises du médicament), qui représente l'industrie pharmaceutique, a dit que c'était délétère, que c'était une mauvaise idée.

### **Margaret KYLE**

Je suis à peu près d'accord. C'est assez peu utile, maintenant.

Je pense que ce n'était pas les brevets qui bloquaient l'accès aux vaccins. C'était difficile de produire les vaccins et les producteurs des vaccins avaient promis de ne pas trop insister sur les brevets. Moderna n'a pas déposé les brevets dans beaucoup de pays, AstraZeneca a dit qu'ils ne voulaient pas faire de profit sur les vaccins, etc.

Ce n'était donc pas vraiment les brevets qui ont bloqué l'accès.

Maintenant, nous voyons malheureusement des usines en Afrique qui ne trouvent pas d'acheteurs. Elles existent, sont capables de produire, mais il n'y a plus d'acheteurs en Afrique.



Pour moi, en ce moment, à quoi cela sert-il ? Cela ne va pas changer énormément l'accès aux vaccins et, malheureusement, cela donne aussi un mauvais signal à l'industrie, si elle trouve un traitement très efficace.

### **Tara SCHLEGEL**

Il risque d'être offert à la planète entière sans forcément être rémunéré suffisamment. En tout cas, la question se pose, c'est comme cela que les choses sont vues.

### **Margaret KYLE**

Je préférerais un accord entre les pays, maintenant que nous sommes prêts à payer un certain prix, faire un nouveau concours ou quelque chose comme cela, sans brevet.

On dit qu'il n'y aura pas de brevets, mais on peut promettre de respecter le fait que cela coûte extrêmement cher de développer un vaccin ou un traitement. Ensuite, partager, parce qu'il n'y a pas que le brevet, il y a aussi le savoir, la connaissance et c'est essentiel.

Si nous n'avons pas d'accord entre l'industrie et les autres pays, cela ne fonctionne pas, même sans brevet. Cela ne peut pas faciliter l'accès immédiatement, à mon avis.

### **Louis BÉGARDS**

Effectivement, c'est une problématique assez sensible.

Je pense qu'il y a un équilibre à trouver entre l'incitation au développement des produits, la stimulation de l'innovation, ce qu'évoquait Margaret, et la nécessité aussi de les diffuser largement pour permettre aux patients d'en bénéficier.

Sur l'aspect stimulation de l'innovation, c'est très important de protéger l'innovation et d'inciter à l'innovation. Le brevet a pour objectif d'inciter à l'innovation, parce que la protection de 20 ans inclut dans ces 20 ans énormément de travaux de recherche, d'essais cliniques, etc., donc la protection au moment de la commercialisation n'est pas extrêmement longue.

### **Tara SCHLEGEL**

Cinq, six, dix ans sont déjà passés à chercher.

### **Louis BÉGARDS**

Potentiellement 10 ans sur les 20 ans, c'est pour cela qu'il y a le certificat complémentaire de protection de cinq ans, pour permettre une protection plus longue.

Nous l'avons vu avec le vaccin Covid ; si les industriels ont effectivement fait le choix d'investir aussi rapidement, ont mis des sommes aussi importantes, c'est aussi parce qu'elles savaient, pour certaines, qu'il y avait une protection de l'innovation.

### **Tara SCHLEGEL**

J'ouvre une parenthèse : les pouvoirs publics ont aussi beaucoup investi. Ils ont donné des milliards à l'industrie qui a produit ces vaccins. Je crois que c'est de l'ordre de 50 milliards à l'échelle mondiale, si on prend les États-Unis, etc. Je vous laisse continuer.

### **Louis BÉGARDS**

Bien sûr. C'est une incitation, effectivement.

Après, il y a un volet très important, c'est le volet production et ressources humaines. Si vous faites le choix de partager les brevets, il faut aussi que les entreprises qui disposent des brevets et qui peuvent produire aient les lignes de production et les compétences en ressources humaines, ce que vous évoquiez avec le savoir-faire. Cela, malheureusement,

ne se partage pas, cela ne se trouve pas très facilement. C'est une problématique très importante.

Ensuite, il faut absorber, ce que vous disiez Tara, le coût de production et d'élaboration du produit qui peut aller jusqu'à un milliard d'euros sur une seule molécule.

### **Tara SCHLEGEL**

J'ai dit « dix », je me suis trompée d'un zéro, alors ?

### **Louis BÉGARDES**

Je pense jusqu'à un milliard d'euros, cela peut-être plus élevé, mais en tout cas, il faut forcément avoir une protection.

C'est un équilibre à trouver. Il faut que les patients puissent accéder aux produits, il faut diffuser les produits, il faut qu'il y ait une stimulation de la concurrence et il faut aussi parfois que les prix soient plus bas. C'est un équilibre à trouver entre stimulation de l'innovation – je pense que l'équilibre est globalement trouvé au niveau européen et mondial –, et le fait que l'on partage les produits, que l'on diffuse les produits, notamment les médicaments génériques qui permettent d'être diffusés partout aux patients.

## **Des solutions pour l'accès aux produits pharmaceutiques des pays à faibles revenus**

### **Tara SCHLEGEL**

Vous dites que l'équilibre est trouvé au niveau mondial, il y a quand même plein de pays qui n'ont pas accès à des médicaments. Tout à l'heure, nous disions qu'il y a à peine 35 % d'anticancéreux disponibles en Afrique, par exemple. Avec le Covid, nous avons vu qu'ils avaient beaucoup de mal, notamment en Afrique et en général dans les pays du Sud, à vacciner leur population.

### **Nathalie GIMENES**

L'enjeu de l'accès ne date évidemment pas d'aujourd'hui. Dans les pays à faibles revenus, ce n'est pas d'aujourd'hui que nous en parlons. Je rappelle le procès de Pretoria pour les trithérapies dans les pays du Sud.

### **Tara SCHLEGEL**

Pouvez-vous faire un rappel plus en détail ? Cela a commencé au moment du VIH (Virus immunodéficience acquise), du sida.

### **Nathalie GIMENES**

C'est là effectivement que l'enjeu a vraiment été marqué. L'Afrique du Sud était ravagée par l'épidémie du sida, les gens mouraient et il n'y avait pas l'accès aux trithérapies.

Quand les pays africains ont voulu utiliser les licences obligatoires dans les contrats ADPIC (Aspects des Droits de propriété intellectuelle liés au commerce), les industriels de l'époque ont porté plainte contre les États africains sous couvert d'entrave à leur propriété intellectuelle.

Enjeux de santé publique et brevets, nous pouvons toujours nous poser la question ; la santé et le marché sont-ils conciliables ?

Il existe des mesures et l'une des réponses vient tout de même de l'ONU (Organisation des Nations unies), c'est un dispositif qui s'appelle Unitaid. Au-delà d'être une grande centrale d'achat pour négocier des prix dans les pays du sud, aujourd'hui Unitaid fait même de la recherche, termine des essais cliniques. Unitaid est un véritable cluster pour permettre l'accès aux pays du Sud.

### **Tara SCHLEGEL**

Afin que nous comprenions bien, pourriez-vous préciser comment fonctionne Unitaid ? De quoi s'agit-il, c'est une agence de l'ONU qui regroupe quel genre d'acteur ?

### **Nathalie GIMENES**

Des scientifiques, des acteurs économiques, beaucoup d'actions philanthropiques, par exemple, c'est vraiment un dispositif qui est fait pour favoriser l'accès dans les pays à plus faibles revenus.

Il a été créé en 2006 par Kofi Annan pour répondre à ces enjeux de santé publique, dans la continuité du *Global Compact* qui concerne le développement durable.

Dans la situation exceptionnelle que nous avons traversée, de l'extérieur nous pouvons nous questionner. Pourquoi le modèle COVAX, qui a été porté, n'a-t-il pas fonctionné ?

Dans la responsabilité sociétale des entreprises du médicament, regardez ce que vient de faire le patron de Pfizer aujourd'hui. Il va donner l'accès à ses vaccins dans les pays du Sud, négocier des prix plus bas, à prix coûtant même, pour ses anticancéreux, etc.

### **Tara SCHLEGEL**

Ils viennent de signer un accord il y a environ 15 jours, pour autoriser un certain nombre de pays, parce qu'il y a une liste précise, à utiliser la technologie Pfizer, avec l'accord de Pfizer.

### **Nathalie GIMENES**

Tout à fait. Il est passé en direct avec les pays.

Très bien. Je ne sais pas quelle est la bonne solution, mais je sais qu'un laboratoire peut décider, dans le cadre de sa responsabilité sociétale, alors qu'il a évidemment un brevet qui le protège dans le monde entier, de rendre accessible sa technologie.

Vous avez raison, Margaret. Il y avait des problèmes en début de crise Covid, le transfert des technologies n'était pas si évident, mais dès lors qu'on est animé, le projet, pour moi, ce n'est pas un souci. Si vous mettez le brevet au service d'une économie de consommation pays par pays, oui, c'est un souci. Si vous le mettez au service d'une utilité collective et qu'à l'échelle mondiale, par exemple, on négocie une utilité des vaccins, cela change tout.

Un laboratoire a tout intérêt à négocier des licences pour faire produire, quitte à amener son savoir-faire, développer, aider les usines à se développer localement. Ce que l'on appelle de la responsabilité *bottom-up*. On crée de la richesse et on aide sur les territoires.

Le brevet en tant que tel, c'est un outil. Je pense que ce n'est pas vraiment le sujet. Évidemment, il est indéniable qu'il doit stimuler l'innovation et protéger les investisseurs, mais il faut le relier à l'utilité, sinon l'innovation reste dans les placards, elle n'est pas mise à disposition des populations.

### **Tara SCHLEGEL**

Juste un mot à propos de ce que les brevets ont permis à Pfizer qui va aujourd'hui partager sa technologie avec d'autres, mais ils ont tout de même doublé leur bénéfice net

grâce à la crise. Ils sont à 22 milliards de dollars de bénéfice net. Celui-ci a donc augmenté de 95 % exactement en 2021.

Ce sont des sommes énormes. Ainsi, ils peuvent peut-être partager plus facilement leurs technologies maintenant, étant donné tout ce qu'elle leur a déjà apporté.

Nous pouvons au moins nous poser la question. En tout cas, personnellement je me la pose, mais je ne suis pas experte.

### **Nathalie GIMENES**

C'est déjà bien que l'entreprise le fasse, elle aurait pu ne pas le faire, donc je salue cette décision de responsabilité sociétale. Cela me paraît être un bon avancement.

## **La fixation des prix est-elle suffisamment transparente en France ?**

### **Tara SCHLEGEL**

Il me semble que c'est Louis Bégarde, tout à l'heure, qui avait évoqué la notion de la transparence des prix et également dans la négociation des brevets. C'est un autre thème vraiment très important.

Comment sont fixés les prix des médicaments aujourd'hui, puisque c'est là-dessus aussi que vont se rémunérer les entreprises au-delà des brevets ?

La fixation des prix est-elle suffisamment transparente en France ? Par exemple, nous n'avons pas vraiment eu accès aux prix qu'ont payés les États pour se fournir en vaccins contre le Covid. Nous ne savons pas exactement combien est vendu chacun des vaccins Covid que nous avons aujourd'hui.

### **Louis BÉGARDES**

L'achat de vaccins se fait au niveau européen. Sur le volet accès au marché et fixation des prix, le processus est assez long. Il peut passer parfois jusqu'à 500 jours entre la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché, de commercialisation, qui peut être faite au niveau européen ou au niveau national, et l'accès au patient.

### **Tara SCHLEGEL**

La première décision, l'autorisation de mise sur le marché, étant une décision médicale, scientifique, si l'on peut dire ?

### **Louis BÉGARDES**

Oui et non. C'est une autorisation de commercialisation. L'évaluation thérapeutique se fera juste après, avec la Haute Autorité de Santé et sa Commission de la transparence, qui est d'ailleurs, je crois, composée de patients. De fait, c'est très intéressant.

La Haute Autorité de Santé va donc délivrer le service médical rendu par le médicament, qui permet de donner un niveau de remboursement, et l'amélioration du service médical rendu, c'est-à-dire la comparaison avec des produits concurrents. C'est extrêmement important pour évaluer la valeur du produit par rapport à ce qui existe déjà sur le marché.

En bout de chaîne se trouve le Comité économique des produits de santé (CEPS), interministériel, avec beaucoup de directions, par exemple :

- la DGE (Direction générale des entreprises) ;
- la DGCCRF (Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes) ;

- la DGS (Direction générale de la Santé) ;
- la DSS (Direction de la Sécurité sociale) sur le volet budgétaire évidemment, puisqu'il y a des contraintes budgétaires sur le remboursement ;
- la CNAM (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie) ;
- l'assurance maladie complémentaire aussi, puisqu'il y a des remboursements.

### **Tara SCHLEGEL**

C'est là que le prix auquel un médicament va être remboursé par la Sécurité sociale va être fixé ?

### **Louis BÉGARDS**

Il y a deux prix : le prix net et le prix facial. Le prix net, on ajoute des remises et le prix facial, c'est un prix de référence que le CEPS va fixer, un prix public.

### **Tara SCHLEGEL**

C'est le prix auquel nous allons acheter le médicament en pharmacie ?

### **Louis BÉGARDS**

Exactement.

C'est le prix facial fixé par le CEPS (Comité économique des produits de santé) *via* des négociations qui durent quelque peu, avec des industriels, sur des séances hebdomadaires.

### **Tara SCHLEGEL**

Ce prix public, tout le monde le connaît ?

### **Louis BÉGARDS**

Oui.

### **Tara SCHLEGEL**

Le deuxième prix, le prix net que l'on va rembourser à l'entreprise, est-il connu ?

### **Louis BÉGARDS**

Ce n'est pas un prix connu.

C'est un prix auquel on ajoute des remises et, en définitive, la différence entre le prix facial et le prix net, ce sont des remises, que doivent rembourser les industriels pharmaceutiques à la fin de chaque année.

Effectivement, le prix facial est connu, le prix net ne l'est pas. Il fait l'objet d'une négociation avec le CEPS. C'est tout un processus qui dure environ 500 jours et permet à l'industriel pharmaceutique, après un avis rendu par la HAS (Haute autorité de santé), d'aller devant le CEPS effectuer ces négociations tarifaires pour fixer un prix facial et un prix net.

### **Tara SCHLEGEL**

Des négociations un peu secrètes puisqu'à la fin, nous ne connaissons pas le prix net, donc nous ne savons pas finalement combien d'États ont acheté le médicament.

Nathalie GIMENES, cela pose-t-il un problème ?

### **Nathalie GIMENES**

Cela pose un problème surtout pour la transparence et les associations de patients relèvent cela.

C'est un secteur qui a besoin de reconquérir la confiance et ce genre de méthode, le fait d'avoir ce fameux double prix crée toujours un peu de défiance. Quand on discute avec les associations de patients, ce sujet revient assez régulièrement.

Après, on peut comprendre que cette négociation ait lieu.

L'enjeu des prix faciaux, il faut le remettre dans le cadre international, c'est-à-dire dans la négociation des prix affichés. Comme je vous le disais, ils commencent toujours par les pays qui affichent les prix les plus hauts parce que les industriels craignent un peu la perte de la valorisation de leurs produits. C'est un peu un *deal* passé avec les pays et l'industrie, pour éviter la chute des prix.

Au-delà de la défiance que pourraient générer ces doubles prix, en France, la Cour des comptes a fait un rapport qui montre que cela coûte de l'argent à la Sécurité sociale.

Pourquoi ? Parce que c'est sur les prix faciaux que, par exemple, sont calculées les marges des grossistes répartiteurs et des pharmaciens, pas sur les prix nets.

La Cour des comptes explique donc que jouer à la fois sur les enjeux industriels et moins sur l'impact public, ce n'est pas si simple que cela, mais la Cour des comptes, dans ses rapports, explique que cela coûte plutôt cher à la Sécurité sociale, ce genre de remise.

### **Margaret KYLE**

Cela veut dire que nous payons, mais pas pour l'innovation, parce que les marges pour les pharmaciens – j'ai beaucoup de respect pour les pharmaciens –, tout de même, l'objectif n'est pas de monter les prix pour donner de l'incitation à l'innovation si cela va dans les poches des pharmaciens plutôt que dans l'industrie qui a investi. Ce n'est pas ce que nous voulions.

C'est toujours un peu compliqué de discuter cette question de transparence, parce que si vous travaillez à l'Autorité de la concurrence, il n'est pas évident que la transparence soit une bonne chose car cela peut faciliter la collusion entre les concurrents ; on ne veut donc pas avoir trop de transparence pour des raisons comme celle-là.

Pour moi, cette question du prix se situe surtout dans le contexte global. Par exemple, si on connaissait le prix d'un vaccin dans chaque pays, est-ce que cela pourrait motiver les pays riches de payer un peu plus par rapport aux autres pays ? Ou bien, en tant que consommateur, personne qui paye ses impôts en France, est-ce que je regarde le prix payé en France, je compare avec celui du Chili ou de l'Afrique du Sud et je pense que ce n'est pas du tout justifié que mon pays paye beaucoup plus que les autres pays ?

C'est cela, avoir vraiment un accord entre les pays riches de payer beaucoup plus que les pays très pauvres.

### **Tara SCHLEGEL**

J'ai cru comprendre que nous ne savons même pas combien les pays voisins, sans parler même du Chili ou de l'Afrique du Sud, payent le même médicament ou le même vaccin. Il y a quand même une opacité et cela rejoint ce que vous dites ; la transparence des prix favoriserait-elle une augmentation ou une baisse des prix ?

### **Margaret KYLE**

Si c'est un moyen de soutenir l'innovation. Cela veut dire qu'il faut des prix plus élevés pour inciter à l'innovation. La transparence des prix est une bonne chose parce que l'on peut

vérifier que la Grèce a bien payé comme il le fallait, la France également, etc. C'est un avantage, mais par le passé, la transparence était utilisée pour négocier les prix à la baisse.

Auparavant, la France procédait un peu comme cela, elle a beaucoup négocié pour baisser les prix. En conséquence, l'entrée sur le marché français était beaucoup plus tardive car le producteur préférait commencer en Allemagne, en Suède ou au Royaume-Uni, etc., où le prix était plus élevé.

### **Tara SCHLEGEL**

C'est logique.

### **Margaret KYLE**

C'est en masquant les prix qu'on a facilité l'accès, que l'accès est un peu plus rapide maintenant que par le passé, en France. C'est compliqué.

### **Nathalie GIMENES**

Je suis d'accord, ce n'est pas évident.

Je pense que l'un des leviers, c'est de ne pas mettre le prix au cœur du système. Aujourd'hui, il est au cœur du modèle parce que, encore une fois, nous sommes sur un modèle de consommation. Si demain nous passons à un modèle d'utilité, le prix devient un déterminant de la solution de santé que nous amenons. Ce n'est plus la même chose. Le prix n'est plus au cœur des réflexions. Il est un attribut pour permettre une utilité sociétale et une performance de l'usage. C'est peut-être conceptuel, mais on voit bien ce que cela veut dire concrètement.

Deuxième chose importante, c'est historique, l'AMS (Assemblée mondiale de la santé) a lancé un appel le 28 mai 2019 à tous les pays du monde, pour rendre publics les prix des médicaments. Vous avez raison, ce n'est pas dans le modèle d'aujourd'hui tel que le système est fait. Serait-ce une solution ? Je ne pense pas, mais demain, dans un modèle beaucoup plus d'utilité, de performance où l'on réévalue le prix en marchant, où l'on évalue dans les données, etc., peut-être que là, ce serait quand même très intéressant.

## **L'administration française & la RSE, les prix et la transparence**

### **Louis BÉGARDS**

Je voudrais évoquer le volet de la RSE (Responsabilité sociétale des entreprises), des prix. Ce n'est pas évident. Comme avec la propriété intellectuelle, il y a vraiment un équilibre à trouver.

Nous sommes dans une société capitaliste avec des industriels qui ne sont pas des industriels publics. Pour continuer d'exister, ils ont l'obligation d'être rentables et de faire des bénéfices. Sinon, nous allons dans un sens souhaité aussi politiquement par certains, d'avoir des laboratoires publics et, dans ce cas de figure, nous sortirions de cette logique concurrentielle entre laboratoires pharmaceutiques.

C'est un équilibre entre cela et le fait que les médicaments ne sont pas des produits de consommation standard. Dans tous les cas, l'aide publique est toujours sujette à contreparties, nous arrivons donc globalement à trouver un équilibre.

Sur le volet transparence, il y a quand même un mouvement de transparence. Notamment un décret paru l'année dernière, qui oblige les industriels pharmaceutiques à déclarer auprès du CEPS (Comité économique des produits de santé) les investissements publics de R&D dont ils ont bénéficié. C'est un mouvement intéressant.

Toutes les aides publiques dont ont bénéficié les industriels : le crédit d'impôt recherche, les aides publiques à travers les programmes d'investissement que nous avons évoqués, tout cela sera publié dans le rapport annuel du CEPS. C'est un vrai mouvement de transparence, nouveau, puisque c'est un texte paru l'année dernière.

### **Tara SCHLEGEL**

Y compris les remises ?

### **Louis BÉGARDS**

Les montants de remise sont publiés globalement, mais vraiment le rapport annuel du CEPS regorge d'informations. C'est très technique, mais il est très intéressant.

En termes de transparence, la DGE (Direction générale des entreprises), mais globalement le SGPI (Secrétariat général pour l'investissement) et toutes les administrations concernées publient des dossiers de presse très régulièrement pour informer de tel montant de soutien public alloué sur telle assiette d'investissement, quels seront les emplois qui vont être créés, donc un engagement de l'industriel à créer des emplois sur le déploiement de l'investissement et de l'aide publique. Il y a des dossiers de presse avec les noms des entreprises, donc une transparence de l'aide publique allouée aux investissements.

### **Nathalie GIMENES**

Je suis d'accord, il faut souligner cette évolution, notifiée dans le FSS (financement de la Sécurité sociale) de l'année dernière.

La prochaine étape serait de monter l'investissement public à l'échelle internationale, parce que c'est rarement un seul pays qui soutient l'innovation, mais c'est déjà un bon point.

Pour limiter la pression financière capitalistique dont vous parlez, il faut réinventer, avoir plus d'argent public pour partager les risques. Investir d'une manière très précoce et pour cela, il faut que les États acceptent de se rassembler. C'est ce que je disais : investir dans la santé et vraiment dans la recherche pour partager ces fameux premiers risques pour diminuer les niveaux de rendement du capital. Sinon, nous aurons toujours une pression financière et nous ne transformons pas.

Nous ne passons pas à ce que j'appelle ce capitalisme un peu « partenarial » qui permettrait collectivement de créer davantage de cobénéfices, plutôt que de laisser cette pression financière, réelle sur les industriels, obligeant à négocier des prix de plus en plus élevés qui fragilisent le système. C'est une boucle vertueuse, essayer vraiment de réinventer, de profiter des enjeux que nous avons post-crise.

### **Tara SCHLEGEL**

Existe-t-il des exemples peut-être dans d'autres secteurs que l'industrie pharmaceutique de ce cercle vertueux ou pas encore ?

### **Nathalie GIMENES**

Le cercle vertueux dans la pharmaceutique, nous le voyons bien, c'est de la santé publique. L'impact sociétal est majeur, nous sommes concernés. C'est pour cela qu'il est important de se poser cette question-là.

J'aimerais que mes impôts soutiennent une recherche efficace, qui crée de la santé, avec des industriels engagés et responsables, avec une répartition de la valeur équitable pour que collectivement, nous amenions des solutions.



## L'échec du vaccin français contre le Covid est-il un bon exemple du retard français dans l'innovation pharmaceutique ?

### **Tara SCHLEGEL**

Dit comme cela, je pense que la plupart des gens seront d'accord avec vous.

Il y a question dans le tchat qui permet peut-être de conclure et était aussi dans mon introduction. Pourquoi a-t-on échoué à avoir un vaccin français contre le Covid ? Est-ce un bon exemple du retard français dans l'innovation pharmaceutique ?

En même temps, je vous laisse donner votre conclusion par rapport au thème de la conférence, Louis Bégards.

### **Louis BÉGARDS**

L'élaboration d'un vaccin est une prise de risque très forte. Il y a énormément d'inconnues. On travaille sur des outils, des molécules, etc., où, forcément, il y a énormément d'échecs dans l'élaboration, donc il est difficile de dire la raison pour laquelle telle ou telle entreprise a échoué, parce qu'il y a une prise de risque extrêmement forte dans les sciences de la vie.

### **Tara SCHLEGEL**

En l'occurrence, il s'agit de Sanofi, l'entreprise sur laquelle nous missions au moins au début.

### **Louis BÉGARDS**

Je pense que l'entreprise elle-même n'est pas en mesure d'expliquer les raisons techniques qui ont débouché sur cette incapacité à produire un vaccin sur le sol français.

### **Tara SCHLEGEL**

Pour vous, cela veut dire que ce n'est pas lié à un retard en termes d'innovation en France ?

### **Louis BÉGARDS**

Quand on interroge les industries pharmaceutiques, la France est caractérisée par l'excellence de sa recherche scientifique. Nous avons des talents, des chercheurs exceptionnels en France. De ce point de vue-là, ce n'est effectivement pas la principale raison. Ce sont essentiellement des raisons techniques.

La France est un pays globalement attractif. Il est vrai que nous n'avons pas évoqué nos critères d'attractivité ; nous avons un climat fiscal incitatif, des modalités d'accès au marché qui vont accélérer, qui vont se simplifier. Nous avons une stabilité du cadre institutionnel et politique – c'est important –, des talents, nous sommes une plate-forme d'export... La France est un pays vraiment attractif pour les industries de santé et il faut le souligner.

## Mot de la fin

En conclusion, comme nous l'avons vu avec le plan Innovation santé 2030, beaucoup de choses ont été élaborées et sont en cours de déploiement. La majeure partie des mesures essais cliniques du plan Innovation santé 2030 ont d'ores et déjà été déployées. C'est une très bonne chose.

Beaucoup de choses ont été faites. Des axes d'amélioration sont toujours possibles sur énormément de volets et ce sont des sujets politiques majeurs.

Globalement, le message que nous, Direction générale des entreprises, pouvons faire passer, c'est : industriels, *start-up*, chercheurs, saisissez-vous des dispositifs qui existent. Nous avons tellement de dispositifs à travers le plan Innovation santé 2030.

Ce n'est pas forcément lisible de les voir globalement, ce n'est pas forcément évident, mais il y a énormément de dispositifs qui existent. Il faut s'en saisir pour que nous soyons soit encore plus attractifs.

#### **Tara SCHLEGEL**

Il faut aller solliciter l'aide publique.

#### **Louis BÉGARDS**

Il ne faut pas hésiter à venir nous voir aussi, à la Direction générale des entreprises, pour renforcer le tissu industriel français.

### Remerciements

#### **Tara SCHLEGEL**

Il me reste à remercier nos trois intervenants.

Margaret, je rappelle que vous êtes professeur d'économie à Mines Paris, vous êtes membre du Conseil national de productivité et vous avez écrit cette note pour le Conseil d'analyse économique intitulée : *Innovation pharmaceutique, comment combler le retard français ?* que nous pouvons retrouver facilement.

Merci également à Nathalie Gimenes. Votre livre est aux Éditions de l'Observatoire : *Industrie pharmaceutique : l'heure du choix. Plaidoyer pour un modèle plus égalitaire et plus écologique*. Vous êtes aussi professeur et spécialiste de gestion, et vous conseillez les entreprises. Vous êtes à cheval sur les deux mondes, recherche et industrie.

Et Louis Bégards, qui a porté la parole de l'État et de la Direction générale des entreprises, du ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique.

Un mot de remerciement bien sûr aux organisateurs de cette conférence : l'IGPDE (Institut de la gestion publique et du développement économique) qui nous a accueillis ici.

La prochaine rencontre économique portera sur le thème de la résilience. Elle est intitulée précisément : *quelle stratégie de résilience de l'économie française dans la mondialisation ?* Ce sera au mois de septembre. On peut déjà s'inscrire depuis le catalogue de l'IGPDE.

Et puis vous êtes tous invités à remplir, vous qui avez suivi cette rencontre économique en visio et dans la salle, un questionnaire en ligne afin de faire des commentaires sur ces rencontres, que nous lirons avec attention.

Je vous remercie.

**Document rédigé par la société Ubiquis – Tél : 01.44.14.15.16 – <http://www.ubiquis.fr> –  
[infofrance@ubiquis.com](mailto:infofrance@ubiquis.com)**