

Quelles innovations en santé dans une enveloppe financière globale ?

Which Innovations in Healthcare in a Global Financial Budget?

Frédéric Bizard

Économiste - Sciences Po Paris

Mots clés

- ◆ Innovations en santé
- ◆ Nouvelle politique de santé
- ◆ Destruction créatrice
- ◆ Innovation sociale et politique

Résumé

La capacité d'innover a été depuis des millénaires l'élément de différenciation majeur entre les pays avancés et les autres. Il en est de même pour la qualité des systèmes de santé. Les progrès de la science économique au XXème siècle ont permis de modéliser cet apport de l'innovation sur le développement économique (le modèle schumpétérien). L'application des principes de ce modèle de croissance est indispensable pour permettre une diffusion massive des innovations santé. Face à la transformation radicale de notre environnement, c'est une nouvelle politique de santé qui est nécessaire. Elle doit être déclinée sur l'ensemble des composantes du système. Elle ne sera possible que si on met en place une vague d'innovations sociales et politiques dans les prochaines années.

Keywords

- ◆ Innovations in healthcare
- ◆ New health policy
- ◆ Creative destruction
- ◆ Social and political innovation

Abstract

The capacity for innovation has been the key differentiation factor for ages between the advanced countries and others. It is also the case for the quality of the health systems. Progresses of the economic science during the twentieth century allowed to conceptualize this role of innovation on the economic development (Schumpeterian model). The application of principles of this model is indispensable for enabling a large diffusion of health innovations. In front of a radical change of our environment, a new health Policy is necessary. It has to be declined on all components of our health system. It will be possible only if social and political innovation is applied in our society in the near future.

Les innovations en santé sont régies par les mêmes règles que dans les autres secteurs de l'économie. Elles répondent à des mécanismes de mieux en mieux connus. Si elles sont pour la plupart de nature technologique, procédurale ou organisationnelle, leur diffusion va nécessiter des innovations sociales et politiques et une évolution du système de financement des dépenses de santé.

Une tradition ancestrale d'innovations en santé

L'aptitude à modifier notre relation à l'environnement grâce à l'innovation est une caractéristique profondément humaine et innée, appartenant à toutes les civilisations et à toutes les cultures. Les plus anciennes civilisations ont gardé des traces d'activité médicale comme le montrent les bas-reliefs de temples en Haute-Égypte représentant des instruments médicaux. Voici des millénaires que l'innovation biomédicale est ancrée au plus profond des besoins humains.

Cette longue histoire de l'innovation médicale s'explique en partie par la théorie de la motivation humaine d'Abraham Maslow (1). Juste après les besoins physiologiques de base (nourriture, eau), viennent ceux de sécurité et de santé. Cette hiérarchie des besoins humains éclaire la priorité donnée au secteur médical dans la transmission des innovations de générations en générations dans toutes les civilisations.

Si la capacité d'innover et la présence d'innovateurs sont également distribuées à travers les sociétés, comment expliquer les importantes variations de répartition des sciences et des innovations entre les différentes sociétés ? Certaines civilisations ayant gagné puis perdu leur capacité d'innover, cette dernière n'est pas intrinsèquement liée aux sociétés. Il faut en déduire que c'est la qualité de l'environnement qui conditionne l'atteinte et le maintien d'un haut niveau d'innovation. Ce qui est vrai à l'échelle de la société l'est aussi à l'échelle individuelle.

Les principes de base de l'économie de l'innovation

Le premier théoricien de l'économie de l'innovation a été Joseph Schumpeter (2) au début du XXème siècle qui a opposé à la vision de l'économie stationnaire une analyse dynamique de l'évolution (et de la croissance économique) avec en son centre l'entrepreneur-innovateur. Il a distingué l'innovation

Correspondance :

Frédéric Bizard

Économiste - Sciences Po Paris

E-mail : frederic.bizard@sciences-po.org

Disponible en ligne sur www.acad-chirurgie.fr

1634-0647 - © 2016 Académie nationale de chirurgie. Tous droits réservés.

DOI : 10.14607/emem.2016.4.037

de l'invention et montré son caractère destructeur (concept de destruction créatrice). L'accumulation de capital n'est donc pas le seul moteur du développement économique, qui est avant tout issu de nouvelles combinaisons productives entre le capital et le travail.

La modélisation de cette croissance économique par l'innovation ne sera réalisée que dans les années 80 par les économistes Howitt et Aghion (3). Ils conçoivent le modèle schumpétérien de la croissance qui repose sur trois principes :

- La croissance de long terme repose sur l'innovation. Il faut du progrès technique pour apporter de l'innovation. Les pays les plus innovants sont les plus dynamiques sur le long terme. L'accumulation de capital ne suffit pas. Les pays qui se contentent de faire du rattrapage technologique s'essouffent sur le long terme. Philippe Aghion parle du paradoxe argentin (4). En 1890, l'Argentine a un niveau de PIB par habitant d'environ 40 % du PIB des États-Unis, équivalent à celui du Japon et trois fois plus élevé que celui du Brésil. L'Argentine maintient ce niveau jusque dans les années 30, puis va décrocher ensuite de 0,21 % chaque année. L'explication est que l'Argentine a suivi des politiques favorisant la croissance par l'accumulation du capital et le rattrapage économique. Ce pays n'a pas su faire évoluer ses institutions pour devenir une économie innovante. Or, il a été démontré (5) que plus un pays se développe - c'est-à-dire se rapproche de la frontière technologique - plus c'est l'innovation « à la frontière » qui devient le moteur de la croissance et prend le relais de l'accumulation du capital et du rattrapage technologique. Il en va des firmes comme des pays. Les firmes proches de la frontière technologique vont innover davantage pour échapper à la concurrence, alors que les firmes « en rattrapage » vont être découragées par la concurrence. C'est ainsi que l'effet de la concurrence sur l'innovation et la croissance prend la forme d'un « U » inversé qui synthétise ces deux effets opposés : l'effet positif de la concurrence sur l'innovation dans les firmes situées à la frontière technologique, et son effet négatif sur les firmes en rattrapage.

- L'environnement est la clef de voûte du succès. La politique menée par les États - accès et qualité de l'enseignement supérieur, incitations fiscales à l'investissement en R & D, infrastructures, droits des brevets - a un impact majeur sur la capacité du pays à innover.

- La destruction créatrice : L'innovation est un processus conflictuel puisque le nouveau remplace l'ancien. L'innovation va créer des rentes, qui seront temporaires sous réserve de ne pas empêcher l'arrivée de nouveaux entrants.

Outre la production de cette innovation, il faut permettre sa diffusion, ce qui passe par des mécanismes de financement nouveaux. La diffusion des médicaments et de la clean tech dans les pays en voie de développement en est un exemple. La diffusion des médicaments innovants pour l'hépatite C et les cancers dans les pays développés en est un autre. La capacité de diffusion des innovations conditionne les nouveaux investissements en R & D et donc la survie des cycles de l'innovation.

Une phase sans précédent d'innovations en santé

La confluence de plusieurs révolutions - nanotechnologies, biotechnologies, internet, sciences cognitives (NBIC) - va transformer le secteur de la santé à court, moyen et long terme. À court terme, le numérique permet de rendre les systèmes de santé plus efficaces et rend l'individu plus autonome dans son parcours santé. La transformation numérique combine des effets d'automatisation, de dématérialisation et de désintermédiation. Derrière l'automatisation se jouent les effets d'accroissement de performance dans l'emploi des facteurs de production (productivité du travail, du capital, de

l'énergie et des matières premières). En santé, elle se traduira par la concentration de l'activité des médecins sur les tâches à forte valeur ajoutée et une meilleure utilisation des ressources humaines et financières à l'hôpital.

La dématérialisation permet la substitution de processus matériels à base d'atomes par des procédés immatériels à base de « bits ». Elle permet une baisse des coûts de production et de transactions. Les bénéfices économiques du traitement des grands flux de données (big data) sont évalués pour le secteur de la santé à 300 milliards de dollars annuels rien qu'aux USA. Accélération de l'innovation pour une médecine plus personnalisée, amélioration de la prise de décision, meilleure productivité et efficacité : autant de gains substantiels pour l'efficacité de notre système de santé.

La désintermédiation réorganise la chaîne de valeur et le rôle joué par les personnes qui ne se considèrent plus seulement comme des producteurs ou des consommateurs mais comme des acteurs. En santé, cela rend possible ce qui est nécessaire pour une gestion efficace de santé, la prise de pouvoir de l'usager (empowerment) dans cette gestion.

Combinés, ces effets auront un impact probablement supérieur sur la richesse des nations à celui qu'ont eu les précédentes révolutions industrielles (6).

Le retard français dans l'intégration du numérique (à l'hôpital comme en ville) est une des raisons de la perte d'efficacité de notre système de santé. Ce retard est le résultat de politiques publiques qui n'ont pas pris la dimension du virage numérique d'une part et de l'absence de refondation de notre système de santé permettant d'intégrer ces innovations d'autre part.

Prioriser l'innovation dans les politiques de santé revient à favoriser la concurrence entre les acteurs, à permettre une juste valorisation des produits innovants, à prioriser leur financement à celui des produits moins innovants, à faciliter l'accès à l'information santé (données personnelles, performances des offreurs de soins, données pharmaceutiques, données de prévention...) pour tout usager, à accélérer la destruction créatrice... L'évolution du système de santé français depuis 20 ans va à l'encontre de cette logique. Les différentes réformes proposées (1996, 2004, 2009, 2015) visent à concentrer davantage dans les mains de l'État la gouvernance (étatisation) et à réduire l'autonomie des offreurs de soins. La loi de 2002 allait dans le bon sens mais à donner des droits aux usagers sans les moyens de les exercer en pratique. Elle ne se traduira en progrès pour les citoyens que lorsque les innovations numériques (dossier médical personnel numérique, site internet personnalisé 3.0...) seront devenues réalité pour chacun de ces citoyens.

C'est une erreur stratégique qu'il convient de corriger urgemment. En effet, le succès de notre système de santé au XX^{ème} siècle a été basé sur un système qui s'appuyait davantage sur des acteurs non étatiques et avec une forte responsabilisation des offreurs de soins, en contrepartie d'une certaine autonomie. C'est ce qui a permis de favoriser un accès large aux soins sur tout le territoire et une qualité de très haut niveau. Cette dernière caractéristique a été rendue possible par la constitution d'une institution centrée sur l'excellence et la recherche (les centres hospitalo-universitaires) d'une part et par un système concurrentiel public-privé à l'hôpital qui favorisait la diffusion de cette innovation d'autre part. Avec un CHU qui fait plus de soins de proximité que d'excellence et un service public hospitalier confiné au secteur public, on a freiné la capacité d'innovation du système.

Besoin d'une véritable innovation sociale et politique

Outre l'hyper révolution technologique (NBIC), notre système de santé fait face à une transition démographique et épidémiologique majeur. Le vieillissement de la population - avec

les plus de 65 ans qui vont représenter 27 % en 2040 contre 17 % en 2010 - va fortement augmenter la demande potentielle en services de santé. La chronicisation des pathologies renforce la pression financière sur le système. Elle transforme surtout le modèle de gestion du risque en santé, allongeant la durée de ce risque. L'évolution d'un risque court vers un risque long est valable pour la plupart des risques sociaux (chômage, retraite) et appelle à une refondation de la protection sociale. Cette refondation nécessite de passer d'un système État-Providence où l'utilisateur est passif et dépendant à un système de « démocratie sociale directe » où l'assuré est actif et autonome. Cela ne signifie pas que l'État se retire de cette protection sociale mais que son rôle évolue sensiblement (7). Les dirigeants de notre pays ne sont pas restés inactifs face à ces transformations de notre environnement mais ils n'ont pas pris l'ampleur des réponses à apporter. En santé comme pour les retraites, les réformes apportées ont été essentiellement paramétriques, comptables. On a plutôt prolongé le passé que préparé l'avenir. L'avenir ne peut s'envisager qu'avec une nouvelle approche par rapport à celle de 1945. En bref, il faut passer du soin à la santé, d'une approche curative à une approche holistique de la santé. La politique du XX^{ème} siècle était fondée sur l'accès aux soins, celle du XXI^{ème} siècle le sera sur l'accès à la santé avec deux axes : le maintien en bonne santé et l'accès aux meilleurs soins aux meilleurs coûts. Cette nouvelle politique de santé est à décliner sur l'ensemble des composantes du système (4). Elle intégrera l'ensemble des acteurs existants, sous réserve que chacun d'entre eux réalise leur propre adaptation au nouvel environnement. La réforme de la composante financement est la clé de voûte pour réussir le changement en général et la diffusion des innovations en particulier.

Nouveau paradigme de l'innovation médicale

Sans innovation, notre système de santé solidaire n'est pas soutenable à moyen terme. La hausse sensible des personnes souffrant d'affections de longue durée (qui devraient passer de 10 millions en 2015 à 13,3 millions en 2025) dans un système centré sur le curatif conduira à une incapacité de financer les progrès médicaux pour tous. Le changement de paradigme de l'innovation médicale conduit à appréhender les pathologies le plus tôt possible dans leur développement, voire à les prévenir grâce aux progrès de la génomique. La nouvelle politique de santé exposée dans cet article permettra de repousser le déclenchement des pathologies ce qui sera source d'économies massives. On voit bien que le basculement de la gestion du risque santé de l'aval du risque (après le déclenchement de la maladie) vers l'amont du risque (avant le déclenchement) est la solution pour rendre pérenne notre système de santé solidaire. Cette solution n'est possible que si notre société fait preuve d'innovation sociale et politique et si toutes les autres formes d'innovations - technologiques, procédurales, organisationnelles - sont rendues disponibles et diffusées massivement.

Références

1. Abraham Maslow, Théorie de la motivation humaine, Article de 1943.
2. Joseph Schumpeter, Théorie de l'évolution économique, Dalloz, 1999.
3. Peter Howitt et Philippe Aghion, L'économie de la croissance, Economica, 2010.
4. Discours inaugural de Philippe Aghion au Collège de France (N° 256) - Repenser la croissance économique - 1er Octobre 2015.
5. Acemoglu D, Aghion P, Zilibotti F. Distance to frontier, selection and economic growth » - Journal of the European Economic Association. 2006;4:37-74.
6. Voir pour plus de détails Jérémy Rifkin. « La nouvelle société coût marginal zéro. L'internet des objets », les éditions qui libèrent, 2014.
7. Bizard Frédéric, Politique de santé : réussir le changement, Dunod, 2015.