



L'IMPACT DE LA MÉDECINE PERSONNALISÉE SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ : LE REGARD DE L'ÉCONOMISTE

THE IMPACT OF PERSONALIZED MEDICINE ON HEALTHCARE EXPENDITURE: AN ECONOMIST'S VIEW

Par **Jean de KERVASDOUE***

RÉSUMÉ

Les grands systèmes sociaux, comme les systèmes de santé sont très stables. La médecine personnalisée, à elle-même, n'en modifiera pas la nature. Quant aux conséquences économiques de cette personnalisation si on peut penser qu'elle aura des effets positifs en limitant les traitements aux seuls patients qui pourraient en bénéficier, il est vraisemblable que la connaissance du génome d'une personne, et donc de ses risques potentiels, conduira à une explosion des analyses biologiques.

MOTS-CLÉS

Génomique, Médecine personnalisée, Dépenses de soins, Système de santé, Croissance et contrôle des dépenses de santé.

SUMMARY

Large and complex social systems such as as health care systems are very stable. Personalized medicine by itself won't modify their essence. As far as the economical consequences

of that personalisation, if the might have some positive consequences by limiting a treatment to the person who can benefit from it, the personalized knowledge of a genome will permit to have a fair appreciation of the risk of having certain diseases and then will to an increase of biological tests in order to see if these risks become reality.

KEYWORDS

Genomics, Personalized medicine, Healthcare expenditure, Healthcare system, Growth and control of healthcare expenditure.

M. le président, Mesdames Messieurs, bonjour et merci.

Je suis très intéressé par les débats de cette matinée et mon intervention sera brève mais, avant de répondre aux questions qui me sont posées, je souhaite revenir sur deux ou trois notions qui me paraissent essentielles. Il y a quarante-deux ans exactement, je terminais à l'université Cornell aux États-Unis une thèse intitulée « Innovations et pouvoirs dans les hôpitaux américains », une thèse qui m'a beaucoup marqué et qui m'a permis d'ailleurs de faire venir en France le système de paiement à la pathologie.

Quoi qu'il en soit, je commencerai par souligner que l'on a toujours sous-estimé l'importance du poids et donc de la stabilité des systèmes sociaux. Les systèmes sociaux sont très stables. Notre système de santé est un système qui évolue peu, même si le paiement à la pathologie est

* Professeur, Titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé du Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) - Membre de l'Académie des technologies.



une innovation majeure. Elle pourrait, dans certaines circonstances, modifier le système de santé français, mais seulement dans certaines circonstances qui ne sont pas uniquement techniques. Notre collègue canadienne, le Professeur Tuohy, parle pour décrire l'évolution des systèmes de santé de « logique accidentelle » : si la réforme d'un système de santé ne se produit que pour des raisons logiques, les conditions de la réforme sont accidentelles et les accidents sont rares. C'est-à-dire que quand vous regardez les systèmes de santé des pays occidentaux, ce que je fais depuis un demi-siècle, vous voyez que vous n'en avez que deux qui se sont profondément réformés, le système canadien (qui était très américain avant la réforme de 1980) et le système italien, mais les Italiens ont copié le système anglais en oubliant... qu'ils n'étaient pas anglais. Au Royaume-Uni, les soins sont rationnés, la reine elle-même n'interviendrait jamais pour recommander quelqu'un dans une liste d'attente, mais en Italie on connaît toujours quelqu'un qui connaît quelqu'un... et le rationnement change de nature. Ce n'est pas la même culture.

Cette première remarque rappelle que la technique seule ne définit pas un système social. On va voir que la médecine personnalisée devrait bouleverser toute une série de phénomènes et de relations qui n'ont pas bougé alors qu'elles l'auraient déjà dû pour des tas d'autres raisons qui n'ont pas grand-chose à voir avec la médecine personnalisée.

Avant cela, je ferai quatre ou cinq remarques ponctuelles. La première c'est que j'ai été très étonné, ce matin, de ne pas entendre parler du microbiote parce que le génome n'est pas tout dans la personnalisation : nous avons tous des flores bactériennes qui ne sont pas exactement identiques, ceci ajoute une autre dimension à la complexité et à la « personnalisation ».

La deuxième remarque est de rappeler à notre collègue de Gustave Roussy que 5000 euros, ce n'est pas cher, cela ne représente qu'une journée d'hospitalisation à l'Institut où il travaille. Donc, en faisant un rapide calcul de tête, si on séquençait le génome de toutes les personnes qui naissent en France (environ 830 000) – cela arrivera assez vite d'ailleurs –, un tel séquençage ne représenterait « que » 4,15 milliards d'euros à ce tarif ; mais un séquençage coûtera dix fois moins dans cinq ans, on passera alors à 415 millions d'euros. Je vous rappelle que les dépenses de santé en France représentent 240 milliards d'euros en 2013 et les dépenses d'assurance maladie 180 milliards. Un séquençage généralisé ne représentera donc pas un montant considérable.

Ensuite, trois remarques culturelles. La première porte sur le rationnement. Les Français n'acceptent pas de rationnement explicite, les Anglais l'acceptent. Et c'est comme cela ! Je le regrette parce qu'en France, le rationnement existe mais il est implicite ; tout est rationné dans le système de santé Français : le budget, le nombre d'étudiants en médecine, les autorisations de scanner, d'IRM, etc., mais nous n'acceptons pas culturellement de rationnement explicite. Je doute que cela change.

La deuxième remarque qui est d'une très, très grande banalité, mais qui est très essentielle : les hommes ne vivent pas que pour vivre plus longtemps. On a tous d'autres raisons de vivre. Pour comprendre la différence entre les classes favorisées et les classes défavorisées en matière de prévention, la question n'est pas économique mais culturelle : les gens de milieu modeste ne pensent pas qu'il y a un lien entre leur comportement et leur santé. Tous les gens savent que la fumée tue. Vous connaissez tous l'histoire assez incorrecte d'un monsieur qui va acheter son paquet de cigarettes et qui, en sortant, regarde ce qui est écrit sur le paquet de tabac. Il est marqué « fumer rend impuissant » ; il revient demander au buraliste : « vous ne pouvez pas me donner du fumer tue, s'il vous plaît ? ». La menace de la mort n'est pas suffisante. Ma femme, qui est gynécologue, explique à ses patientes qui fument que le tabac va abîmer leur peau et nuire à leur séduction. Cela a souvent beaucoup plus d'effets que de penser que la cigarette pourrait réduire leur espérance de vie.

Donc nous avons un système stable, et dans ce système stable, quel va être l'effet ou les effets de la médecine personnalisée, des deux médecines personnalisées, donc microbiotique et génétique ? On pourrait penser que cela pourrait avoir un effet positif du point de vue des dépenses de santé, si l'on arrivait à mieux cibler les prescriptions.

Mais par ailleurs, on sait que les dépenses de santé augmentent quand le champ du possible s'accroît. Or, comme le champ du possible va augmenter, il est clair qu'il est très vraisemblable que les dépenses de santé augmenteront aussi. Ce qui me conduit à dire un mot de la prévention. Vous savez que c'est un très mauvais mot parce qu'il recouvre énormément de réalités et de sens. Quoique souvent favorable à la prévention, je me dois de rappeler qu'elle est presque toujours liberticide. Dans certains cas, priver une personne de liberté parce qu'elle fume ou conduit en état d'ivresse est justifié ; ce n'est pas toujours le cas. En outre, la prévention n'a pas toujours un bénéfice économique. Mes propos vont choquer un certain nombre d'entre vous qui vont les prendre d'un point de vue moral, ce n'est pas le mien : il est factuel et économique. On sait que les gens qui meurent de tabac coûtent en moyenne moins cher à la collectivité que ceux qui meurent d'autre chose. En revanche, on sait que ce n'est pas le cas des alcooliques qui vivent aussi moins longtemps mais qui fréquentent longtemps le système de santé et qui, pendant cette fréquentation longue, coûtent pendant une durée de vie plus brève une somme supérieure à la moyenne. Encore une fois, ne prenez pas une réalité empirique pour un jugement moral ; je suis un farouche partisan de la lutte anti-tabac, mais ne dites pas ou ne prétendez pas que cela va diminuer les dépenses de santé. Je vous rappelle que 100% d'une classe d'âge est mortelle et que, oubliant cette vérité, on dit beaucoup, beaucoup de bêtises. Et notamment, comme vous le savez, les deux phrases suivantes sont vraies. Il y en a une qui paraît malheureuse mais elle ne l'est pas. Le pourcen-



TABLE RONDE N°2 : LES ATTENTES DE LA MÉDECINE PERSONNALISÉE EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE

tage de gens qui meurent de cancer en France augmente ; cela paraît triste. Mais la bonne nouvelle, c'est que le nombre de personnes qui meurent de cancer en France diminue. Ceci s'explique parce que les autres causes de mortalité baissent plus vite. Donc vous voyez que dans la presse, on raconte beaucoup de salades ; on traite très mal les statistiques et je m'aperçois avec mes élèves qu'il est très difficile de leur parler de probabilité relative, ce qui constitue une transition avec l'idée suivante.

Probablement, au moment de la naissance de tous les êtres humains dans les pays riches, le génome du bébé sera bientôt séquencé. Cela est d'ores et déjà possible. A l'occasion de ce séquençage, on découvrira des risques relatifs faibles d'avoir à 82 ans tel ou tel type de maladie neuro-dégénérative ou tel ou tel type de cancer. Sachant cela dès la naissance, la tentation sera grande de réaliser en permanence des tests biologiques pour savoir comment évolue tel ou tel paramètre. Si aujourd'hui les dépenses de santé sont en gros liées à l'âge (l'âge moyen des gens hospitalisés en hospitalisation aigüe est en France de 70 ans), il est vraisemblable que cette nouvelle possibilité et cette croyance dans un déterminisme génétique conduira à une

hypocondrie onéreuse et infondée dès le plus jeune âge...

Je terminerai par le facteur de changement le plus profond, objet de la table ronde de cet après-midi. Si la médecine est personnalisée, les remboursements par l'assurance maladie devraient être génétiquement conditionnels. Or aujourd'hui, l'on ne contrôle même pas les prescriptions médicamenteuses, on vérifie seulement leur efficacité théorique qui suppose qu'elles sont toujours prescrites à bon escient. En France, on ne s'intéresse qu'à l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament. L'image que j'utilise est la suivante : vous allez à un concert et on vous dit « c'était comment le concert hier soir ? » et vous répondez : « le piano était bien accordé ! ». C'est la moindre des choses, mais on ne dit rien de l'orchestre. Certes, un médicament doit être efficace, mais encore faut-il que le médecin joue juste et le prescrive quand l'état du patient l'impose. Dans ce pays qui fut le pays de la raison au 18^e siècle, pays merveilleux, on a inventé la notion des médicaments efficaces à 100% certes, mais aussi à 65%, 35% et... 15%. Qu'est-ce que cela veut dire ?

Je m'arrête là, merci de votre attention. ■

