

Industrie pharmaceutique et santé publique : il est urgent de changer notre modèle

24.8.2026 - Marie-Pierre de Bailliencourt | Institut Montaigne

Depuis un décret de la Maison-Blanche publié en mai 2025, les prix américains des médicaments sont alignés sur les prix les moins chers pratiqués dans les pays développés. Les laboratoires pharmaceutiques hésitent désormais à commercialiser leurs produits en France, conscients du risque d'un plafonnement de leurs revenus. L'avenir de l'innovation et de la recherche pharmaceutiques françaises exige donc une remise en cause de notre modèle, sans quoi la promesse d'une égalité d'accès aux soins sera compromise. Investissement stratégique, prévention, répartition de la valeur : quels sont les leviers pour agir ?

Une version plus courte de cet article a été publiée dans Les Échos.

Longtemps nous avons pensé que la France était un pays d'excellence thérapeutique et que notre système de santé permettait à tous les Français d'accéder aux meilleurs traitements médicamenteux, indifféremment de leurs revenus. Longtemps, cela a été vrai, la France ayant su créer ou attirer sur son sol et dans ses recherches cliniques le meilleur de la recherche biomédicale mondiale.

Les arbitrages économiques ont été faits prioritairement en défaveur de l'industrie pharmaceutique si souvent décriée alors même qu'elle participe activement, depuis plus d'un siècle, à prolonger notre espérance de vie en bonne santé.

L'épidémie de Covid a levé un voile impudique sur nos totems étatiques en matière de santé : difficulté à produire un vaccin et pénurie de médicaments. Mais la crise a été traitée pour ce qu'elle était : un phénomène mondial et épisodique. Elle **n'a pas provoqué une réflexion structurelle sur le modèle économique de notre santé** et, en particulier, sa soutenabilité sur le plan pharmaceutique. Pire, afin de remercier un hôpital public durement éprouvé par la pandémie, les arbitrages économiques ont été faits prioritairement en défaveur de l'industrie pharmaceutique si souvent décriée alors même qu'elle participe activement, depuis plus d'un siècle, à prolonger notre espérance de vie en bonne santé : la dépense pharmaceutique représente 9 % du budget de la santé (en baisse de 3 points depuis 2010) mais concentre 50 % des économies demandées (soit 3 Mds€ en 2025).

Un changement des règles du jeu

Si j'écris aujourd'hui, c'est que, dans ce domaine comme dans tant d'autres, nous vivons **un moment charnière**. Nous savons ouvertement depuis 2020 notre accès aux médicaments menacé. Nous savons que **nous sommes de plus en plus dépendants des chaînes d'approvisionnement chinoises et indiennes en ce qui concerne les principes actifs**. Nous savons que le déficit budgétaire de l'Assurance Maladie s'accroît rapidement (11 Mds€ en 2023, 13,8€ Mds en 2024, 16 Mds€ en 2025, et possiblement 41 Mds€ en 2030) face au vieillissement de notre population et au développement des maladies chroniques. **Ce que nous ne savions pas et que nous risquons d'apprendre à nos dépens, c'est que ce déséquilibre se maintenait malgré tout grâce aux**

patients américains.

En effet, **le modèle d'accès aux médicaments innovants en France reposait sur un équilibre économique mondial. Les industries pharmaceutiques vendaient leurs médicaments à des prix très élevés aux États-Unis, ce qui permettait à l'Europe, et à la France en particulier, de bénéficier de prix plus bas.** Ainsi, un médicament vendu 400 aux États-Unis (900 s'il est plus rare) était en moyenne vendu 100 en Europe et 90 en France. Depuis des décennies, **l'équilibre économique des industriels se trouvait dans la moyennisation de ces écarts** et l'Europe en tirait le plus grand profit.

Washington vient de mettre fin à cette subvention internationale silencieuse. Le décret du 12 mai 2025 entend aligner les prix américains des médicaments sur les prix les moins chers pratiqués dans les pays développés. Cette mécanique est cruelle dans sa simplicité : **lancer un médicament en France est désormais potentiellement catastrophique pour un laboratoire** - car **le prix français**, 10 % inférieur à la moyenne européenne et 30 % à son équivalent allemand, **deviendrait le prix qui plafonne les revenus pharmaceutiques partout ailleurs.**

Depuis l'annonce de cette politique, **les lancements de médicaments en Europe ont chuté de 37 %.** Plus encore, les laboratoires contournent la France et choisissent l'Allemagne (60 % des cas) ou le Royaume Uni. Car le modèle économique des laboratoires associe le prix et les essais cliniques, adaptant les recherches aux cohortes populationnelles concernées. **La France n'est plus seulement un marché peu rentable. Elle est devenue, à son corps défendant, l'ennemi du financement de la recherche, un pays où l'accès aux médicaments innovants est désormais compromis et où leur adaptation aux besoins de la population ne sera plus garantie.**

J'écris donc en tant que mère soucieuse de la santé de ses enfants, en tant que citoyenne désireuse d'accéder durablement à des traitements qualitatifs, en tant que directrice du premier institut de réflexion français attachée au maintien du modèle social de santé et à une prise en charge égale de tous ses compatriotes.

Sans une stratégie de réajustement majeure, les conséquences pour nos concitoyens seront dramatiques : non seulement en ce qui concerne **l'accès et le prix des médicaments mais aussi en ce qui concerne l'innovation diffusée et l'avenir d'une recherche pharmaceutique qui traite de nos spécificités françaises.**

Un modèle en danger

L'égalité d'accès aux soins repose sur une condition implicite : que les médicaments soient effectivement disponibles pour tous. **Sur 10 médicaments innovants approuvés en Europe, seulement 6 parviennent aux patients français** - contre 9 en Allemagne et 8 en Italie. Pour les quatre médicaments manquants, il n'existe souvent aucune alternative thérapeutique équivalente sur le territoire.

La France a construit son contrat social sur l'idée que la maladie ne devait pas être une loterie économique. Que le cancer d'un ouvrier de Lens et celui d'un cadre de Paris méritaient les mêmes traitements. **Cette philosophie d'une qualité de soins égale pour tous est menacée** - non pas frontalement, mais progressivement, par l'élargissement d'un angle mort dans notre système de remboursement. **L'Assurance Maladie, si universelle soit-elle dans ses principes, ne peut rembourser que ce qu'elle a négocié** (dans les faits, c'est le CEPS - Comité Economique des Produits de Santé - qui négocie au nom de l'État). **Elle ne peut pas compenser l'absence de**

médicaments que les laboratoires ont renoncé à lancer en France.

La France a construit son contrat social sur l'idée que la maladie ne devait pas être une loterie économique. Que le cancer d'un ouvrier de Lens et celui d'un cadre de Paris méritaient les mêmes traitements. Cette philosophie d'une qualité de soins égale pour tous est menacée.

Déjà, **la France a reculé du 1er rang (1995-2008) au 6^e rang de la production pharmaceutique en Europe**, tout en demeurant le 5^e marché mondial en consommation de médicaments. Alors que les laboratoires ont promis 480 Mds\$ d'investissements aux États-Unis et que ces derniers redéfinissent les règles du jeu mondial, nous restons enfermés dans des logiques comptables d'un autre temps.

Figure 1 - Dynamique du marché du médicament innovant

Description

Figure 1 - Dynamique du marché du médicament innovant

La négociation de l'administration française

Il n'y a pas de fatalité à cette dérive. Elle résulte de choix - ou plutôt d'un refus de choisir. **Depuis trop longtemps, nous traitons le médicament comme une variable d'ajustement budgétaire.**

En France, les industries pharmaceutiques affichent un **prix public de leurs médicaments, calculé de manière à absorber les coûts de recherche, de production, de distribution et à dégager une marge permettant d'investir dans la recherche suivante sur des cycles d'environ 10 ans, chaque molécule supposant en moyenne 2 Mds\$ d'investissement et portant 10 % de chance de réussite.** Le prix de remboursement par l'Assurance Maladie est négocié chaque année sur la base de ce prix public moins un rabais, par le Comité Économique des Produits de Santé du ministère de la Santé, des Comptes publics et de Bercy. L'idée de l'Assurance maladie est de **rendre accessibles les médicaments les plus innovants**, par définition plus chers, en moyennant le panier entre ceux qui sortent sur le marché et ceux qui sont déjà amortis et entre médicaments rares et consommables hospitaliers ordinaires. Chaque année, le prix est ainsi renégocié à la baisse. Pour 2026, l'Assurance maladie a exigé une baisse additionnelle des prix de 1,4 Mds€ (contre 850 M€ deux ans plus tôt). Pour aider à la trésorerie de l'État, en échange d'un moratoire sur cette baisse des prix, les laboratoires ont proposé à l'administration d'avancer le paiement des rabais (pour un gain escompté des sommes placées de 500 M€). L'administration a du coup exigé un paiement anticipé sans pour autant surseoir aux baisses de prix.

En plus de ces rabais, il est également prévu une **clause de sauvegarde** en cas de dépassement du plafond de consommation - fixé à 22,10 Mds€ par l'État. L'idée originelle de cette clause de sauvegarde était de limiter les abus de prescription et les dérives médicamenteuses en France (nous avons les ordonnances les plus longues du monde !) et d'adapter l'enveloppe budgétaire aux besoins populationnels précalibrés en contrôlant l'amont, c'est-à-dire les laboratoires pharmaceutiques (facilement identifiables) et non l'aval, c'est-à-dire les professionnels de santé et les employeurs des

bénéficiaires (plus diffus).

La clause de sauvegarde a représenté pour 2025 à elle seule 1,7 Md€ ; en y ajoutant les remises conventionnelles et légales (environ 8 Md€), on atteint 9,6 milliards prélevés sur les 35 milliards de ventes remboursables en France - soit plus d'un quart du chiffre d'affaires remboursé, avant même toute autre taxe. En 8 ans, l'Assurance Maladie en a modifié les modalités 8 fois, **une instabilité que l'industrie ne peut ni prévoir ni absorber et que le coup de colère américain vient de transformer en piège mortel.**

Enfin, **le développement accéléré des génériques**, encouragé par l'État et portant quelques avantages réels, enferme les laboratoires de recherche dans une course aux prix bas (-20 % dès la sortie du générique puis -12,5 % additionnels dans les 18 mois suivants). **Rien ne leur permet donc en France d'équilibrer les marges perdues aux États-Unis.** Sentant le risque d'un déclassement accéléré faute d'accès à l'innovation, **les Britanniques ont, pour leur part, accepté une augmentation de 25 % des prix.**

L'urgence du changement

Cette nouvelle donne politique et économique doit nous amener à changer notre modèle. Si nous ne le faisons pas, nous verrons les laboratoires pharmaceutiques quitter la France et ne plus distribuer des produits jugés trop chers par l'administration. Il faut à la fois entendre l'inquiétude des laboratoires et les champs de contrainte des institutions de santé. Les ajustements ne peuvent pas être uniquement commerciaux et comptables ou se contenter de transférer des charges entre acteurs publics et acteurs privés, quand les uns faillissent et les autres compensent. Il nous faut un cap clair et une responsabilisation de chacun - État, professionnels et citoyens.

3 priorités doivent nous guider :

- La première est de comprendre que **la valeur globale d'un médicament n'est pas celle de son prix mais bien celle de son retour à une meilleure santé.** Son prix doit donc se mesurer, non dans une logique comptable dégressive, mais dans une logique systémique : durée plus courte des traitements, hospitalisations et complications évitées, absence d'effets secondaires, retour à la vie active et à l'emploi plus rapide, impact familial limité, etc. C'est ce que l'on appelle dans le jargon professionnel "**la valorisation médico-éco**", **qui doit être étendue plus largement pour que la valeur se mesure sur une durée donnée et sur l'impact dans la vie réelle.** Il faut par exemple cinq ans pour que le bénéfice et les économies se matérialisent pour des traitements aussi divers que les antiviraux de l'hépatite C, les nouveaux préventifs de la migraine, certaines immunothérapies oncologiques ou les thérapies géniques. Dans une étude récente, le LEEM a estimé que les médicaments arrivés sur le marché entre 2000 et 2009 auraient compensé près de 90 % de leurs coûts par les économies générées. **Valoriser la valeur, c'est aussi cesser de financer la non-valeur.** Les rapports d'inspection IGAS-IGF de 2026 documentent une augmentation du coût de 8,8 à 11,5 Mds€ pour l'Assurance Maladie des **médicaments classés ASMR IV et V, c'est-à-dire à progrès thérapeutique faible ou nul. Réorienter la prescription et le remboursement des molécules à faible valeur ajoutée vers les innovations à valeur cliniquement démontrée** libérerait des marges de financement considérables, sans dépense supplémentaire. Cela doit s'inscrire dans une pluriannualité de la politique de santé que l'Institut Montaigne promeut depuis des années, afin **d'encourager les engagements des laboratoires et donner à l'État un pilotage plus stratégique.** L'accord-cadre LEEM-CEPS du 5 mars 2021 a identifié deux leviers généralisables : les contrats de gestion de l'incertitude,

qui corrélaient le prix payé aux résultats observés en vie réelle - le prix définitif n'étant arrêté qu'une fois l'incertitude levée - et le fractionnement des paiements, consacré par l'article 30 de la LFSS 2023, qui étale la charge sur plusieurs années plutôt que de l'acquitter en une fois, ce qui évite un impact budgétaire concentré et conditionnant les versements ultérieurs à la performance réelle du produit. Couplés à la stabilité du prix net garanti durant les cinq premières années pour les médicaments à forte valeur (ASMR 1-3 avec évaluation médico-économique), ces dispositifs donnent de la visibilité aux laboratoires et un pilotage du risque à l'État.

Réorienter la prescription et le remboursement des molécules à faible valeur ajoutée vers les innovations à valeur cliniquement démontrée libérerait des marges de financement considérable.

- La deuxième priorité est de **revoir nos réglementations tant pour les essais cliniques que pour l'approbation des nouveaux médicaments**. Une fois validé en Europe, la France met 520 jours supplémentaires à accepter un nouveau traitement (contre les 180 jours maximum qu'exige l'UE et les 56 jours que met l'Allemagne). Ce temps additionnel pèse lourd en termes de santé publique. Le décrochage n'est pas qu'une affaire d'accès : il est aussi scientifique. La part de l'Europe dans les essais cliniques mondiaux est tombée de 22 % à 12 % entre 2013 et 2023, soit quelque 60 000 places d'essais perdues pour les patients européens.

En plus de simplifier nos procédures d'homologation, il nous faut une **enveloppe budgétaire dédiée au financement des médicaments innovants qui soit séparée du budget ordinaire de la Sécurité sociale** afin que ses dérives budgétaires ne mettent pas en péril notre avenir sanitaire. Tous en conviennent mais personne n'ose. Il nous faut également **des prix qui récompensent les laboratoires qui investissent et produisent en France**. La LFSS 2026 a introduit un "coefficient de territorialité" qui module désormais 20 % de la clause de sauvegarde selon la part de production européenne, jusqu'à exonérer les industriels produisant plus de 80 % de leurs principes actifs et produits finis dans l'UE ; la proposition de loi Schillinger va dans le même sens. Mais **nous lâchons encore trop souvent la proie pour l'ombre**, comme le triste épisode du Doliprane le révèle. Sous la pression populaire, l'État a sécurisé les sites français de conditionnement d'Opella à Lisieux et Compiègne (1 700 emplois concernés) tandis que le contrôle passait à un fonds américain (CD&R) et que le principe actif, le paracétamol, continue d'être importé d'Asie faute d'être produit en France depuis près de vingt ans. **Il nous faut d'urgence une véritable politique du médicament qui traite la santé comme un investissement stratégique.**

- La troisième priorité est de **sortir des logiques de silo administratives** qui segmentent la santé. **Car si nous soignons encore bien, nous prévenons mal**. La France affiche l'une des meilleures espérances de vie de l'OCDE (83 ans, contre 81 en moyenne) et une mortalité évitable nettement inférieure à la moyenne (114 décès pour 100 000 habitants contre 145) - la preuve d'un système curatif performant. Mais elle reste à la traîne sur la prévention : seulement 2,3 % des dépenses de santé y sont consacrées, soit deux fois moins que dans le reste de l'OCDE et l'adhésion aux programmes de dépistage (sein, côlon, col de l'utérus) est en recul. Quant au recours à l'IA pour accélérer les procédures et briser le plafond de verre technologique, il demeure embryonnaire. Si la France se distingue encore, c'est grâce à quelques laboratoires de pointe, très largement financés par le secteur privé - car la R&D pharmaceutique mondiale repose massivement sur l'investissement privé. **Il est littéralement vital de voir la santé comme un investissement d'avenir et non comme une dépense contrainte.**

Ce n'est pas seulement une question de santé publique. C'est une question de sécurité nationale : cohésion sociale et autonomie de décision.

Si la médecine à deux vitesses ne s'affiche pas dans les discours politiques, elle s'installe subrepticement dans les silences gênés des professionnels de santé et dans les ordonnances ; elle avance masquée dans le désarroi des laboratoires pharmaceutiques qui se demandent comment rester en France. **Ce n'est pas seulement une question de santé publique. C'est une question de sécurité nationale** : cohésion sociale et autonomie de décision. Faisons de la contrainte américaine une opportunité de réorganisation de notre système d'accès et de financement aux médicaments : **une répartition juste de la valeur entre les différents acteurs impliqués et un parcours de soins réévalué de manière globale**. Décidons si nous voulons guérir les maladies les plus graves et accroître notre espérance de vie en bonne santé ou gérer en épiciers les pharmacies rurales et les tracasseries du quotidien ; si nous voulons continuer à rembourser indistinctement les taxis sanitaires et les cures thermales (pour plus de 7 Mds€ par an) ou si nous voulons réinvestir notre innovation de santé pour un accès garanti à tous. Soyons lucides sur ce qui vient et sur l'invisibilité d'un combat qu'il nous revient, en responsabilité, de rendre visible. Il n'est jamais trop tard pour se ressaisir et mieux faire.

Copyright GUILLAUME SOUVANT / AFP

<https://www.institutmontaigne.org/expressions/industrie-pharmaceutique-et-sante-publique-il-est-urgent-de-changer-notre-modele>