



CRISE DE L'INNOVATION

29 juin 2026

Vous avez aimé la guerre des tarifs douaniers ? Vous allez adorer celle des médicaments...

Depuis le décret « nation la plus favorisée » signé par Trump, les laboratoires refusent de voir le prix français servir de référence mondiale. Pfizer menace de quitter le marché. Mais cette crise n'est pas qu'américaine : elle révèle surtout l'incapacité chronique de la France à financer l'innovation thérapeutique de demain.

 Frédéric Bizard

Ce qu'il faut en retenir :

- **Effet boomerang** : Le décret américain alignant ses prix sur les planchers de l'OCDE pousse les géants du médicament à contourner la France pour protéger leurs marges.
- **Déclassement industriel** : Faute d'anticiper l'innovation, la France a glissé au 5e rang européen, cantonnant 88 % de ses usines à des produits matures et obsolètes.
- **Urgence structurelle** : L'évaluation française ignore les gains médico-économiques globaux. Seuls 60 % des nouveaux traitements y sont disponibles, contre 93 % en Allemagne.

- **Refonte du modèle** : Il faut créer un statut financier distinct pour l'innovation via France 2030 et cesser de rembourser les médicaments de confort à bas coût.

Atlantico : Depuis le décret MFN - Most Favored Nation, « nation la plus favorisée » - signé par Trump en mai 2025, les États-Unis exigent que les médicaments vendus sur leur territoire ne coûtent pas plus cher que le prix le plus bas pratiqué dans les pays de l'OCDE - et ce prix plancher, c'est très souvent le prix français, que vous décrivez comme parmi les plus bas d'Europe. Résultat : des laboratoires comme Pfizer menacent désormais de ne plus lancer certains médicaments en France plutôt que d'accepter des tarifs qui tireraient leurs prix américains vers le bas. Est-ce que cela signifie que notre politique de régulation des prix, conçue pour protéger les patients, est en train de se retourner contre eux ?

Frédéric Bizard : Oui, incontestablement. Mais il faut élargir la perspective pour comprendre les raisons de cette situation, indépendamment de la clause MFN. Le véritable problème est que la France n'a jamais fait de l'accès à l'innovation le cœur de sa stratégie pharmaceutique. Dans ces conditions, il est économiquement rationnel que les laboratoires privilégient les pays qui offrent un environnement plus favorable à l'innovation. Concrètement, qu'entend-on par un environnement favorable ? Tout simplement l'inverse de ce qui se fait aujourd'hui en France. Les innovations thérapeutiques sont pourtant largement prévisibles. Grâce à ce que l'on appelle l'« horizon scanning », il est possible d'anticiper les lancements de nouveaux médicaments jusqu'à cinq ans à l'avance. Le développement d'un médicament s'étale sur près de dix ans. Les produits susceptibles d'arriver sur le marché dans les prochaines années sont donc connus bien avant leur commercialisation.

Or cette anticipation n'existe pratiquement pas en France. Le montant des innovations à financer l'année suivante ne fait même pas partie des débats parlementaires lors du PLFSS. Les pouvoirs publics réagissent au moment où le médicament arrive sur le marché. On constate alors qu'il est innovant, qu'il est coûteux et, faute d'avoir anticipé son financement, on conclut qu'il n'y a pas de budget pour l'accueillir.

Le raisonnement actuel repose sur une logique de stock. Les dépenses pharmaceutiques existantes constituent une enveloppe dont la progression est limitée par un plafonnement du chiffre d'affaires remboursé par l'Assurance maladie, très inférieur à l'évolution tendancielle du marché. Dès lors que cette enveloppe est déjà absorbée par les traitements existants, il devient extrêmement difficile de financer le nouveau flux - les innovations. Cette logique est suicidaire économiquement et sanitaire.

C'est pourtant précisément dans les domaines où les progrès sont les plus importants - l'oncologie, les maladies rares ou d'autres pathologies graves - que ces innovations apparaissent. Nous vivons une véritable révolution technologique dans des pathologies incurables jusqu'à maintenant, mais notre système ne s'est pas suffisamment ajusté pour l'accompagner. Comme en écologie, la lenteur de nos petits pas est déconnectée des transformations en cours.

Sans jamais l'assumer explicitement, la France retarde le plus possible l'accès à l'innovation. Le levier principal utilisé est administratif : l'accès au marché nécessite plus de 500 jours, contre une cinquantaine en Allemagne. Les procédures d'évaluation sont plus longues et s'accompagnent de négociations tarifaires interminables, pour respecter le budget plafond du médicament fixé en n-1.

Dans ce contexte, la forte hausse des volumes (+5%/an) met la pression sur les prix à la baisse et sur les remises quasi totales après un plafond, sorte de taxe Zucman appliquée à l'industrie pharma.

C'était déjà le cas avant la clause MFN. Celle-ci ne fait qu'exacerber un problème préexistant. Les laboratoires expliquent désormais qu'il était déjà difficile de lancer un médicament en France et qu'il devient aujourd'hui impossible de le faire si le prix français est susceptible de devenir une référence internationale.

La MFN n'est donc pas la cause du problème ; elle en est le révélateur. Elle met en lumière une politique du médicament qui, à mes yeux, est devenue suicidaire. Suicidaire pour qui ? Certainement pas uniquement pour les laboratoires. Les premières victimes sont les citoyens. Dans un pays comme la France, chacun devrait pouvoir accéder, lorsqu'il en a besoin, aux traitements les plus récents et les plus efficaces. Cette situation a déjà des conséquences très concrètes. Seuls 60 % des médicaments lancés entre 2018 et 2023 sont aujourd'hui disponibles en France, contre 93 % en Allemagne.

Les conséquences ne concernent pas uniquement les patients. Elles touchent également notre économie. L'industrie pharmaceutique est un secteur à très forte valeur ajoutée. L'innovation qu'elle génère crée de la richesse, contribue à la croissance du PIB et favorise des emplois hautement qualifiés. Les biothérapies, notamment, nécessitent des outils de production reposant sur des technologies de pointe. Pourtant, depuis plusieurs années, la France a fait un autre choix. Alors que notre industrie pharmaceutique occupait la première place en Europe jusqu'en 2008, elle n'est plus aujourd'hui qu'au cinquième rang. Ce recul illustre le déclin progressif de notre modèle, qui a raté le virage des biothérapies dans les années 2010. Près de 88 % des capacités de production françaises demeurent concentrées sur des médicaments matures. Seules 30 ou 31 usines, sur un total de 271, fabriquent des

biothérapies, c'est-à-dire des médicaments innovants. Ce choix est difficilement compréhensible. Nous continuons de concentrer l'essentiel de notre appareil productif sur des produits dont la valeur est devenue trop faible pour justifier une fabrication massive en France.

La recherche et développement constitue un autre élément essentiel de cet écosystème. En règle générale, les industriels implantent leurs sites de production là où ils conduisent leurs activités de recherche. C'est tout le principe des clusters, largement développés aux États-Unis et en Allemagne, alors qu'ils sont limités en France.

Aujourd'hui, l'Europe ne représente plus que 20 % de la recherche clinique mondiale, contre plus de 60 % pour l'Asie. Au sein même de l'Europe, la France, longtemps classée parmi les deux premiers pays, poursuit son décrochage : moins d'un essai clinique multicentrique sur deux est désormais réalisé sur notre territoire. Nous perdons donc du terrain sur l'ensemble de la chaîne de valeur.

Les premières victimes sont les patients, qui accèdent de plus en plus difficilement aux innovations thérapeutiques. Mais les conséquences sont également économiques. En se spécialisant dans des médicaments à faible valeur ajoutée, notre industrie s'appauvrit progressivement. Cette évolution se reflète dans notre commerce extérieur. Pendant longtemps, l'industrie pharmaceutique dégagait un des premiers excédents commerciaux, de l'ordre de 8 milliards d'euros. Cet excédent est tombé à zéro en 2024 avant de redevenir légèrement positif en 2025, sans retrouver le rôle moteur qu'il jouait autrefois dans notre balance commerciale. L'industrie pharmaceutique était l'un des fleurons de notre économie ; ce n'est plus le cas aujourd'hui.

- Le PDG de Pfizer a menacé publiquement de cesser d'approvisionner la France. Dans votre analyse, vous parlez d'« électrochoc » plutôt que de menace. Où est la ligne entre négociation politique et risque sanitaire concret pour les patients français ?

Je comprends que les laboratoires tirent aujourd'hui la sonnette d'alarme. En revanche, je constate qu'ils proposent encore trop peu de solutions pour inverser cette tendance. À mon sens, la question essentielle est désormais celle des réformes à engager.

La première condition est une véritable volonté politique. Il faut faire du financement de l'innovation – pour les produits de santé tout autant que pour les services – un objectif explicite de la politique de santé. Il faut également engager une transformation de notre politique industrielle afin d'accompagner la reconversion progressive des sites produisant des médicaments matures vers les biothérapies et, plus largement, vers les médicaments innovants.

Le président Emmanuel Macron s'est longtemps félicité des aides publiques consacrées au maintien de la production du Doliprane en France, avant que Sanofi ne cède finalement cette activité. Près de 100 millions d'euros auraient probablement été mobilisés pour soutenir deux usines produisant un médicament dont le l'unité est vendue 0,17 euro.

Cet exemple illustre, selon moi, un problème de priorités politiques : les choix industriels opérés depuis plusieurs années ne sont pas alignés avec l'objectif de relancer une industrie pharmaceutique fondée sur l'innovation.

Les réformes à engager sont profondes. La première concerne la gouvernance. L'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) n'exerce plus aujourd'hui le rôle qui était le sien lorsque les autorisations de mise sur le marché relevaient essentiellement de l'échelon national. Désormais, la plupart de ces autorisations sont délivrées au niveau européen.

Il serait donc logique de confier pleinement cette compétence à l'Agence européenne, dès lors que les évaluations thérapeutiques sont identiques pour l'ensemble des États membres. Les missions de pharmacovigilance pourraient, quant à elles, être intégrées à la Haute Autorité de santé. L'objectif serait de simplifier l'organisation actuelle en faisant de cette dernière l'autorité unique chargée de l'évaluation thérapeutique et médico-économique des médicaments. Aujourd'hui, la France procède essentiellement à une évaluation thérapeutique, fondée sur le service médical rendu (SMR) et l'amélioration du service médical rendu (ASMR).

En revanche, contrairement à des pays comme le Royaume-Uni, nous n'intégrons pas systématiquement l'évaluation médico-économique dans la valeur du médicament, ce qui revient à considérer ce dernier uniquement comme un coût et non pas comme un investissement rentable. La France ne mesure pas la valeur économique globale d'un médicament ni les bénéfices qu'il procure pour la collectivité. Or cette dimension est essentielle, notamment pour les traitements innovants, dont le coût est élevé. Il faut être capable d'évaluer les hospitalisations évitées, les gains de qualité de vie, le retour plus rapide des patients à une vie normale et, plus largement, l'ensemble des économies générées pour le système de santé. C'est précisément l'objet de l'évaluation médico-économique. Faute de la pratiquer de manière systématique, la France se prive d'un outil essentiel d'aide à la décision. Elle devrait devenir une étape obligatoire dans l'évaluation de tout médicament.

Le constat du déclin ne suffit pas. Il doit s'accompagner de propositions concrètes. Plusieurs travaux ont déjà été menés sur ces questions et des recommandations ont notamment été formulées auprès du LEEM

(l'organisation professionnelle des entreprises du médicament opérant en France). La question centrale est désormais celle du financement de l'innovation. Aujourd'hui, le gouvernement considère les dépenses liées aux médicaments existants comme une charge qu'il convient de contenir. Les laboratoires rappellent de leur côté qu'ils ne représentent plus que 9 % des dépenses de santé, contre 12 % auparavant (en chiffres d'affaires hors taxes, nets des remises).

Mais le véritable problème est ailleurs. Dans le périmètre actuel du financement, nous ne disposons plus des moyens nécessaires pour financer les innovations à venir. Les pouvoirs publics peinent à reconnaître que les ressources publiques actuelles ne permettront pas d'absorber le coût des innovations futures. Il faut donc changer de logique et concevoir un mode de financement spécifique aux innovations. Malgré le faible accès à l'innovation relativement aux autres innovations, la France a vu sa part de remboursement par l'Assurance maladie augmenter de 7 points à 88% ces dix dernières années. Ce taux est de 63% en Angleterre.

La première étape consiste à créer un véritable statut du médicament innovant. Tout le monde invoque l'innovation, encore faut-il la définir selon des critères objectifs. L'Italie a déjà mis en place un tel dispositif. La deuxième consiste à s'inspirer du modèle allemand. Lorsqu'un médicament est reconnu comme innovant, il est immédiatement mis à disposition des patients, tandis que les négociations tarifaires se poursuivent au cours de la première année. L'accès au traitement n'est donc pas conditionné à leur aboutissement.

Enfin, il convient de créer un circuit de financement dédié aux médicaments innovants, distinct de celui des médicaments courants ou matures, aujourd'hui financés par l'Assurance maladie dans le cadre de l'ONDAM, l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie, voté chaque année par le Parlement. Les médicaments innovants doivent être considérés comme un investissement en santé, au même titre que les investissements hospitaliers. Ils devraient relever d'une enveloppe budgétaire spécifique.

Une telle enveloppe peut être programmée sur un horizon de cinq ans. Grâce à l'« horizon scanning », il serait possible d'anticiper l'arrivée des innovations thérapeutiques sur plusieurs années à l'avance. Les essais cliniques s'inscrivent dans des cycles suffisamment longs pour permettre cette planification.

Le financement pourrait ainsi s'appuyer sur les fonds d'innovation déjà existants, qu'ils soient européens ou nationaux, notamment dans le cadre de France 2030. Cette enveloppe serait distincte de l'ONDAM, qui continuerait à couvrir les dépenses courantes de l'Assurance maladie. Cette nouvelle architecture est essentielle pour que le citoyen français

tire profit de la formidable vague de progrès thérapeutique en cours. Rappelons que c'est le premier devoir du système – une obligation déontologique des médecins - et un droit fondamental du citoyen.

Le message qu'il convient d'adresser à Pfizer, à GlaxoSmithKline et, plus largement, à l'ensemble des industriels est qu'ils doivent plaider en faveur d'une refonte du système de régulation et de financement plutôt que de simples ajustements. La crise que traverse aujourd'hui la politique du médicament est structurelle. Elle est à la fois industrielle et politique. Le prochain gouvernement, comme le prochain président de la République, devra engager les réformes de fond que je viens d'évoquer. La préoccupation centrale est de redevenir une terre d'innovations pharmaceutiques de la recherche fondamentale jusqu'à l'accès au marché pour tirer profit des gains économiques et sanitaires. C'est le fondement d'une société de progrès.

- Londres a accepté d'augmenter de 25 % ses dépenses en médicaments innovants pour obtenir une exemption tarifaire américaine. Est-ce un modèle à suivre pour Paris, ou un précédent dangereux qui affaiblit la capacité européenne à réguler les prix ?

Il n'existe pas de modèle unique. Chaque pays a construit son propre système. En revanche, il est indispensable de s'inspirer des bonnes pratiques. L'un des principaux enseignements du modèle britannique réside dans la place accordée à la valeur économique du médicament. Les autorités considèrent qu'un traitement est efficace et doit être financé lorsqu'il permet de gagner une année de vie en bonne santé (1 QALY) pour un coût inférieur à 35 000 livres, soit environ 40 000 euros par année de vie gagnée. Ce principe n'a été que partiellement repris par la Haute Autorité de santé.

Depuis longtemps, le NICE, l'équivalent britannique de la Haute Autorité de santé, intègre cette dimension médico-économique dans ses décisions. En France, nous ne disposons pas d'un tel cadre de référence. Il n'existe pas de véritable boussole permettant d'orienter objectivement, efficacement et rapidement les choix publics.

Prenons le cas d'une pathologie rare comme la myasthénie. Cette pathologie peut être traitée par des corticoïdes, dont le coût est très faible (quelques euros), ou par une biothérapie innovante pouvant atteindre 300 000 euros (prix de liste, avant remises). Dans un cas, le patient retrouve une vie quasiment normale ; dans l'autre, il survit avec des capacités fortement réduites. La question est donc simple : quel traitement la collectivité choisit-elle de financer ? Cette décision ne devrait relever ni d'une appréciation individuelle ni d'un arbitrage ponctuel, mais d'une procédure clairement définie, fondée sur des critères scientifiques et économiques prédéfinis. En fait la réforme est

simple à condition de la réaliser dans sa globalité, et vous ne pouvez le faire que si vous réformez l'ensemble du système de santé. Par exemple, différencier le panier du financeur privé de celui du financeur public (décroisement des paniers) doit s'appliquer aux produits comme aux services.

Le processus actuel repose d'abord sur une évaluation thérapeutique, puis sur une négociation conduite par le Comité économique des produits de santé (CEPS), qui peut s'étendre sur plusieurs années. Les discussions s'enlisent souvent parce que le coût des innovations est jugé trop élevé au regard des budgets disponibles.

A terme, cette incapacité à réformer conduit à un véritable déclassement de la France sur le plan pharmaceutique, le coût sociétal est considérable.

- Vous plaidez pour la création d'un « statut du médicament innovant » qui permettrait de différencier les innovations des médicaments courants, avec des financements dédiés et des délais d'accès accélérés. Concrètement, qu'est-ce que cela changerait dans les négociations avec le CEPS - le Comité économique des produits de santé, l'organisme interministériel placé sous la tutelle des ministères de la Santé et de l'Économie qui fixe en France le prix de chaque médicament remboursable après négociation avec les laboratoires - et pourquoi aucun gouvernement n'a encore osé le faire ?

L'Italie l'a fait. Si la France ne s'est pas engagée dans cette voie, c'est avant tout par absence de volonté politique. Il n'y a pas eu la volonté de remettre en question le système actuel ni d'admettre qu'il faut désormais fonctionner autrement. Il n'existe pas de volonté politique pour transformer un système de santé qui est pourtant en voie de dégradation. Le déclin de l'industrie pharmaceutique n'est d'ailleurs que le reflet du déclin plus général de notre système de santé. Les réformes que j'évoque en matière de gouvernance et de financement valent pour l'ensemble du système. Ce manque de volonté n'est pas uniquement la responsabilité des politiques, les acteurs sont divisés et poussent peu à la refonte. Chacun veut plus de moyens pour son segment de business, mais sans changement structurel, cela ne peut se faire qu'aux dépens d'un autre segment, ce qui bloque le système.

Si nous voulons être en mesure de financer à la fois les médicaments innovants et les traitements courants, il faut sortir de notre système actuel de financement à deux étages. Aujourd'hui, la Sécurité sociale assure un premier niveau de prise en charge, tandis que les complémentaires santé financent un second niveau. Finalement, les deux financeurs interviennent sur les mêmes dépenses sans se soucier

de l'efficace (des coûts administratifs record, faible sélection et déresponsabilisation des usagers). Il faut clarifier les responsabilités de chacun et distinguer ce qui relève du financement de l'Assurance maladie des autres financeurs.

Les médicaments essentiels ont naturellement vocation à relever de l'Assurance maladie. Les traitements véritablement innovants pourraient, quant à eux, bénéficier d'une enveloppe dédiée, et être cofinancés par des fonds consacrés à l'innovation. L'attribution de ce statut innovant relèverait de la Haute Autorité de santé, sur la base de critères scientifiques clairement définis. Les médicaments reconnus comme innovants intégreraient un circuit de financement spécifique, doté de crédits programmés pour couvrir les besoins des cinq années à venir.

Parallèlement, l'Assurance maladie continuerait de financer les médicaments essentiels dans les conditions habituelles (avec un seul taux de remboursement à 65%, suppression des 15% et 30%), avec l'application du ticket modérateur. Les dépenses qui ne relèveraient plus de l'Assurance maladie seraient prises en charge soit directement par les ménages, soit par les organismes d'assurance privés dans le cadre de contrats supplémentaires, plutôt que complémentaires.

Cette logique dépasse d'ailleurs le seul champ du médicament et pourrait être étendue à l'ensemble des soins de santé. Une telle réforme permettrait de réaliser des économies substantielles. Le fonctionnement actuel de notre système de financement à deux niveaux génère près de 16 milliards d'euros de dépenses administratives, qui pourraient être réduites de moitié selon la moyenne européenne.

- La France agit seule face à une pression américaine qui s'exerce sur l'ensemble du continent. Vous appelez à faire de l'UE une puissance de négociation collective face aux laboratoires. Est-ce réaliste - ou restera-t-elle un vœu pieux face aux intérêts divergents des États membres ?

C'est précisément le bon terme : il faut être réaliste. La dimension européenne existe déjà ; il ne s'agit pas de la créer, mais de la renforcer. Le premier chantier concerne l'Agence européenne du médicament, qui devrait devenir l'autorité unique pour l'ensemble des États membres en matière d'évaluation thérapeutique, c'est-à-dire pour les autorisations de mise sur le marché. Il n'y a aucune valeur ajoutée à ce que chaque État procède, après l'autorisation européenne, à une nouvelle évaluation pour déterminer si un médicament peut être commercialisé sur son territoire. Cette évolution est d'ailleurs déjà engagée. Il faut désormais l'accélérer et la faire aboutir. Elle permettrait à l'ensemble

des États membres de réaliser des économies importantes en supprimant des procédures devenues redondantes.

En revanche, la question des prix relève d'une autre logique. Il paraît essentiel de maintenir une compétence nationale pour la négociation avec les laboratoires pharmaceutiques, dans la mesure où ce sont les États qui financent les médicaments. Il ne revient pas à l'Union européenne de fixer la valeur finale des traitements pris en charge par chaque système de santé.

Le secteur pharmaceutique distingue deux niveaux de prix : le prix facial, affiché avant toute négociation, et le prix net, effectivement acquitté après négociation. Pour les médicaments innovants, il serait pertinent de définir un prix facial à l'échelle européenne. Reste à déterminer quelle institution serait chargée de cette négociation, mais le principe d'un premier niveau de discussion commun me paraît souhaitable. L'intérêt est double. D'une part, l'Union européenne disposerait d'une capacité de négociation nettement plus importante. D'autre part, cela éviterait qu'un laboratoire puisse exercer une pression sur un État en conditionnant le lancement d'un médicament à l'obtention d'un prix facial suffisamment élevé.

Une fois ce prix européen établi, un second niveau de négociation interviendrait au niveau national afin de fixer le prix net, c'est-à-dire celui qui sera effectivement pris en charge par la Sécurité sociale.

Cette organisation présenterait également un intérêt pour les industriels. Les délais de décision seraient raccourcis et, dans leur secteur, le temps constitue un facteur économique déterminant. Une fois le prix facial arrêté au niveau européen, il ne resterait plus qu'à négocier le prix net avec chaque État. En appliquant le système allemand d'accès au marché, la France verrait le délai d'accès au marché passer sous les 100 jours.

S'agissant de la politique américaine, le diagnostic formulé par Donald Trump n'est pas entièrement infondé, même si les solutions qu'il avance ne sont pas nécessairement les bonnes.

L'Europe a longtemps bénéficié d'une innovation pharmaceutique largement financée par les États-Unis, où les prix des médicaments sont en moyenne 3,3 fois supérieurs à ceux pratiqués en Europe. Pour les seuls médicaments princeps, c'est-à-dire hors génériques et biosimilaires, cet écart atteint même un facteur de 4,5. Les patients américains ont ainsi largement contribué au financement de l'innovation thérapeutique mondiale. À eux seuls, les États-Unis concentrent près de 60 % des profits mondiaux de l'industrie pharmaceutique.

Dans ce contexte, la France apparaît comme un passager clandestin particulièrement important, puisqu'elle continue de revendiquer les

prix des médicaments parmi les plus faibles d'Europe. Une telle politique revient à privilégier des médicaments à faible valeur ajoutée. En revanche, les citoyens, qui supportent l'un des niveaux de prélèvements obligatoires les plus élevés au monde, sont légitimement en droit d'attendre que cet effort leur garantisse l'accès aux traitements les plus innovants. Le modèle français est bien mort.

L'Assurance maladie ne peut plus avoir vocation à tout rembourser, ni considérer qu'un médicament courant, comme le Doliprane vendu 2,30 euros la boîte mais représentant le plus grand volume annuel d'unités remboursés (430 millions de boîtes), présente le même caractère stratégique qu'un anticorps monoclonal dont le coût peut atteindre plusieurs dizaines de milliers d'euros. Nous entretenons aujourd'hui une forme d'hypocrisie collective.

Les laboratoires, y compris Pfizer, devraient reconnaître que l'Assurance maladie ne pourra plus financer l'ensemble des traitements et que tous les médicaments matures n'ont plus vocation à relever de son remboursement. Les médicaments coûtant deux, trois ou quatre euros ne devraient plus être pris en charge par l'Assurance maladie, sauf exceptions. La carte Vitale ne peut plus être perçue comme une carte bancaire. C'est précisément à cette condition que notre système de solidarité pourra remplir pleinement sa mission.

En revanche, le jour où tout patient doit bénéficier d'un traitement anticancéreux coûtant plusieurs dizaines de milliers d'euros, l'Assurance maladie devra être en mesure d'en assurer la prise en charge intégrale. C'est cela, la solidarité.

A PROPOS DES AUTEURS



Frédéric Bizard

Frédéric Bizard est professeur d'économie à l'ESCP, président de l'Institut de Santé et auteur de « L'Autonomie solidaire en santé, la seule réforme possible ! », publié aux éditions Michalon.
