

LE MOT DU PRÉSIDENT

Ce numéro de la Lettre se situe à la jonction de deux mandats. L'un, débuté en 2005, se termine ; l'autre commence avec l'élection d'un nouveau CA, le 26 mars dernier, lors d'une AG qui, comme c'est devenu la tradition, est devenue l'occasion d'une rencontre avec des collègues d'autres disciplines travaillant sur la santé. Cette année, nous recevions des juristes et ce numéro de la Lettre comporte quelques unes des interventions. De l'avis général des participants, cette réflexion pluridisciplinaire a été passionnante et devrait être poursuivie autour de thèmes comme la responsabilité des professionnels, les droits des patients, la contractualisation des rapports médecins-malades, la notion de service d'intérêt général, etc.

Mais revenons au CA pour saluer et féliciter les six nouveaux élus que sont Chantal Cases, Bruno Detournay, Carine Franc, Florence Jusot, Jacky Mathonnat et Bruno Ventelou. Je les remercie de bien vouloir consacrer un peu de leur temps à l'association. Ce CA est renouvelé et rajeuni mais il reste fidèle à nos équilibres traditionnels entre Paris et la Province, entre l'Université et les organismes de recherche, entre les différents aspects de la discipline, etc. La mission qui attend principalement ce nouveau CA sera la conception d'un modèle de « développement durable » pour un CES fragilisé par l'arrêt des subventions publiques qui l'ont fait vivre durant des années.

Mais c'est surtout aux membres sortants, qui n'ont pas souhaité se représenter, que j'aimerais consacrer ce « mot du président », à Guy Delande, à Francis Fagnani, à Henri Noguès, à Jean-Paul Moatti et à Dominique Polton.

Nous nous sommes côtoyés au sein du CA pendant de très nombreuses années, avec certains pratiquement depuis la naissance du Collège il y a 20 ans. Ce n'est donc pas sans un certain pincement au cœur que je les vois s'éloigner de nos réunions, même si je sais que pour la plupart, ils restent très actifs dans l'économie de la santé et qu'on aura donc d'autant plus de plaisir à se retrouver sur des projets communs. Je les remercie en tout cas de leur dévouement et de leur contribution au bilan de la dernière mandature que j'ai présenté lors de l'AG et qui est désormais accessible en ligne sur le site du Collège. Et puis on ne peut oublier que la dernière mandature a été endeuillée par la disparition brutale d'Yves-Antoine Fiori qui avait été élu en 2005. Que ce renouvellement soit l'occasion d'avoir une pensée pour lui et pour sa famille.

Claude LE PEN
Université Paris Dauphine

ÉDITORIAL :

DROIT ET ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Pour la troisième année consécutive, le Collège des Economistes de la Santé a souhaité, à l'occasion de son Assemblée Générale, organiser une rencontre et une confrontation intellectuelle avec les représentants du Droit de la Santé comme cela avait déjà été fait précédemment avec ceux de la santé publique et des sciences politiques. Il est en effet de plus en plus patent que dans le domaine de la Santé, comme dans bien d'autres secteurs de l'activité, l'approche économique – celle de la recherche des choix optimaux – ne saurait être disjointe de l'approche juridique – celle des règles qui encadrent avec plus ou moins de précision, les multiples modalités de cette recherche.

Au demeurant, la conviction ancienne de cette proximité académique et pratique a conduit l'auteur de ces lignes à mettre en œuvre, avec d'autres, au sein de l'université de Montpellier I, un Master Professionnel « Droit et Gestion de la Santé » au succès largement confirmé. On ne pouvait donc que se féliciter du choix du programme et, de fait, les présentations et débats qui ont animé l'après-midi du 26 mars ont répondu, par leur richesse et leur intérêt, aux attentes suscitées par le thème retenu.

Chacun d'entre nous est conscient de la multiplicité et de la variété des rapports qu'entretiennent droit et économie de la santé. Sans doute, ce qui vient d'abord et assez spontanément à l'esprit, c'est l'aspect contentieux et l'impact d'une judiciarisation en progrès – fortement relayée par les médias – des relations entre patients d'une part et professionnels et établissements de soins d'autre part, voire entre professionnels et établissements. Que les actions engagées relèvent du civil ou du pénal, ce domaine rejoint la microéconomie et constitue sans doute une des multiples facettes de ce nouveau « pouvoir du patient » (objet de la précédente Lettre du Collège) à l'analyse duquel la recherche en économie de la Santé s'efforce d'apporter une contribution originale et croissante. Au-delà de la détermination d'un nouvel équilibre, en termes d'infor-

mation et donc de pouvoir, entre protagonistes de la relation thérapeutique, on retrouve, en toile de fond, les préoccupations prégnantes liées aux recommandations de bonne pratique, à la protocolisation et, plus généralement, à la qualité des soins ; notions centrales qui impliquent une lecture critique et associent étroitement des considérations d'organisation et de coordination, relevant largement du champ juridique, à des contraintes économiques d'allocation optimale de ressources qui ne sauraient être occultées.

N'est pas moins important à prendre en compte le cadre juridique qui balise la conception des politiques de santé, qui en détermine le contenu et en conditionne souvent l'opérationnalité.

La perspective glisse alors au plan macroéconomique, notamment dans sa dimension la plus emblématique qui est celle de la maîtrise des dépenses de santé. Aux multiples questionnements économiques relatifs aux divers outils susceptibles d'être mis en œuvre au service des tentatives de maîtrise – rôle et efficacité respectifs des actions sur l'offre et la demande, opportunités et conséquences d'un conventionnement sélectif, mise en place d'une authentique gestion du risque et d'un acheteur de soins, faisabilité d'un déploiement complet de la T2A – répondent, comme en écho, les interrogations que met en exergue la réflexion sur le cadre juridique complexe, mouvant, parfois incertain dans lequel se sont insérées les mesures tantôt législatives, réglementaires ou purement administratives qui ont jalonné ces efforts politiques de maîtrise des dépenses.

Ne peut-on, dès lors, esquisser une similarité de réflexion entre l'économiste à la recherche du compromis optimal entre efficacité et équité et le juriste confronté à la nécessité de concilier des principes constitutionnels, voire éthiques, dans un cadre de ressources plus strictement contraint ?

Guy DELANDE
Université de Montpellier 1

LA DIMENSION JURIDIQUE DES PROBLÈMES DE MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ

Le droit n'est pas seulement l'agencement hiérarchisé de règles et l'art du contentieux auquel on le réduit trop souvent. Il est aussi – surtout – une technique de décision et un art du choix.

C'est ainsi qu'il faut le voir quand on étudie la dimension juridique de la maîtrise des dépenses de santé. Le contentieux y est rare et assez particulier : surtout des décisions importantes mais peu nombreuses du Conseil constitutionnel et du Conseil d'Etat qui portent sur des lois ou des actes de nature réglementaire, mais pas sur les situations individuelles. Les enjeux sont énormes et loin d'être consensuels, mais les débats, très techniques, opposent des professionnels qui préfèrent le lobbying et la négociation à l'action en justice (sauf à titre quasiment symbolique). Les patients, isolés et mal informés, n'ont pas conscience des conséquences que les mesures de maîtrise des dépenses ont sur leur situation ; l'auraient-ils qu'en saisir le juge (pour des sommes à chaque fois assez faibles) ne leur serait pas facile en termes de compétence contentieuse et de procédure.

Cette rareté du contentieux complique la tâche des juristes car elle les prive d'un observatoire qui leur serait utile pour analyser des techniques qui entrent difficilement dans les catégories juridiques classiques. Mais elle ne signifie pas que la maîtrise des dépenses se ferait hors de tout droit : c'est à la fois dans le cadre de règles et par des règles que s'expriment les choix de maîtrise. Ces règles (ou normes) traversent tout le champ juridique : constitutionnel, législatif, réglementaire, conventionnel et même communautaire si l'on songe aux contraintes que l'Union européenne fait peser (avec prudence !) sur les déficits publics des Etats membres.

Il est commode d'utiliser une grille classique de l'analyse juridique pour les présenter en examinant d'abord les questions de méthode puis les questions de fond.

Questions de compétence et de procédure

Qui est compétent pour poser les règles de maîtrise des dépenses de santé et par quelle procédure ? En 1971, la loi a donné une réponse singulière et sans équivalent dans

d'autres secteurs : elle a délégué aux prescripteurs (les médecins représentés par leurs syndicats) et aux payeurs (les caisses d'assurance maladie) la tâche d'encadrer les dépenses de santé. Ce furent les conventions nationales (que la jurisprudence analyse comme des actes réglementaires négociés en raison de leur approbation ministérielle) et, par un nouveau glissement au profit des ordonnateurs de la dépense, la « maîtrise médicalisée ». Cette pratique soulevait un grave problème de démocratie et de politique publique ; ou plutôt, elle le réglait en éliminant l'une et l'autre. Car non seulement les citoyens en étaient tenus à l'écart, mais encore le pouvoir politique qui les représente était en réalité largement mis sur la touche.

Si encore ce système avait été efficace ! Mais il ne le fut pas : économiquement, on sait ce qu'il est advenu du déficit de l'assurance maladie ; juridiquement, les arrêtés ministériels d'approbation des conventions ont été à peu près tous annulés par le Conseil d'Etat en raison des irrégularités qu'elles contenaient, générant un vaste désordre juridique.

Les « ordonnances Juppé » de 1996 marquent le retour du législateur. La loi de financement de la sécurité sociale adopte chaque année l'objectif national des dépenses d'assurance maladie et ses sous objectifs. En pratique, cette loi est soumise au Conseil constitutionnel, ce qui assure au moins qu'elle est conforme à la constitution et conjure les risques de dérive juridique. Les conventions continuent à déterminer les tarifs des honoraires médicaux, mais dans un cadre plus précis qu'auparavant. C'est désormais à la Haute autorité de santé (« autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale » : art. L 161-37 CSS) qu'il revient d'élaborer les recommandations de bonne pratique dont le statut, assez mystérieux au regard des catégories juridiques habituelles, a été récemment un peu précisé par le Conseil d'Etat (il l'a aligné sur celui des circulaires administratives).

Davantage conforme aux canons de la démocratie que le régime antérieur, ce mécanisme n'a pas mieux réussi à ramener l'assurance maladie à l'équilibre. La loi tend aujourd'hui à transférer la charge de la maîtrise des dépenses des praticiens (de moins en

moins désireux et capables de l'assurer) vers les assurés sociaux qu'il s'agit de « responsabiliser » à grands coups de ticket modérateur d'ordre public, de forfait hospitalier, de franchise médicale. On rejoint ainsi un processus juridique classique de puissance publique avec la déclinaison habituelle de la loi et de ses décisions d'application. Parmi ces dernières, il faut citer les décisions budgétaires des ARH envers les établissements de santé, de plus en plus largement dans le cadre de la tarification à l'activité. Le processus n'est pas simple !

Jusqu'à où cette politique de petits pas (qui comporte aussi le « déremboursement » de médicaments, les parcours de soins coordonnés, le dossier médical personnel s'il voit jamais le jour etc.) peut-elle aller ? Nous rencontrons ici les questions de fond.

Questions de fond

Au fond, il s'agit de combiner divers principes constitutionnels qui s'imposent au législateur et à toutes les autorités : le droit aux soins, l'objectif constitutionnel de maîtrise des dépenses de santé, le principe d'égalité entre citoyens. Il faut tenir aussi compte d'une règle de moindre autorité (elle ne s'impose pas au législateur), le libre choix par le patient de son établissement ou professionnel de santé.

Concilier... Pour les pouvoirs publics, il s'agit d'un choix non pas arbitraire, mais discrétionnaire au sens juridique du terme : plusieurs décisions différentes sont également licites mais elles ne doivent pas reposer sur une « erreur manifeste d'appréciation » dont les limites sont toujours difficiles à tracer.

Quel est le seuil à partir duquel la maîtrise des dépenses de santé (ou dans un champ différent mais voisin la mise en œuvre des schémas d'organisation sanitaire) porterait au droit des patients à être soignés une atteinte qui ne serait plus acceptable ? Tout ce que l'on peut dire est que ce seuil existe mais que les mesures prises jusqu'à présent ne l'ont pas franchi : aucune d'entre elles n'a été censurée par un juge. Très significative est la formule employée par le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 2007-558 DC du 13 décembre 2007 à propos de la franchise médicale : *« il était loisible au législateur, afin de satisfaire à l'exigence de valeur constitutionnelle qui s'attache à l'équilibre financier de la sécurité sociale, de laisser à la charge des assurés sociaux une franchise pour certains frais relatifs aux prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie ; en conférant à cette*

franchise un caractère forfaitaire, le législateur n'a pas méconnu le principe d'égalité ». Mais il ajoute que le montant de la franchise et le niveau des plafonds devront être fixés par le gouvernement et les caisses à un niveau qui ne compromette pas le droit constitutionnel à la protection de la santé.

Le juge se montrera sans doute plus sensible à des discriminations de fait qu'à une analyse économique abstraite. Quelles discriminations ? Evidemment celles qui écarteraient en pratique les plus démunis de l'accès aux soins (la question pourrait bien se poser un jour avec l'extension du « secteur 2 »). Peut-être aussi celles qui résulteraient de pratiques conduisant à ne plus traiter avec tous les moyens nécessaires, soit certaines pathologies (notamment les maladies orphelines), soit certaines catégories de malades (par exemple, des personnes très âgées) ; mais ces pratiques, qui existent déjà en vérité, sont implicites et donc difficiles à combattre juridiquement.

Le problème peut surgir d'une autre manière, plus radicale. La constitution l'exige : le droit aux soins doit être garanti à tous par l'Etat. A l'heure actuelle, il le fait avec deux services publics, le service public hospitalier (auquel le secteur privé est largement associé) et le service public de la protection sociale. Mais la constitution n'impose pas l'existence de ces services publics. L'accès aux soins pourrait être assuré par d'autres voies. L'avenir du service public de la protection sociale est particulièrement en cause : pourra-t-il rester dans les mains de l'assurance maladie qui en est l'opérateur actuel en même temps (mais de moins en moins) que le régulateur ? Sera-t-il encore longtemps monopolistique et obligatoire ? Ou, comme nombre d'autres services publics, va-t-il évoluer vers des obligations d'intérêt général diversifiées, confiées à des opérateurs variés (prestations de base assurées par les caisses d'assurance maladie, mutuelles, assurances privées) sous le contrôle d'un régulateur nouveau (l'Etat, les collectivités territoriales, une autorité indépendante...) ? Voire vers un service universel financé par les assureurs privés qui assureront par ailleurs une protection complémentaire ? Ce sera pour le législateur, seul compétent, un choix difficile et pour le juge constitutionnel l'occasion de préciser le cadre juridique de la maîtrise des dépenses de santé.

Didier TRUCHET

Professeur de Droit à l'Université Paris II
Association Française de Droit de la Santé

DROITS ET DEVOIRS DES PATIENTS

Les patients ont des droits affirment-ils ? Mais ces droits entraînent-ils des obligations ? Certains voudraient le croire. Rien n'est moins certain. Car il faut d'abord distinguer entre les droits fondamentaux et les autres. En effet, les droits fondamentaux ne souffrent aucune « compensation ». Ils s'exercent sans limite. Ainsi, le droit au consentement est intégral. Il n'y a pas de demi-consentement. D'ailleurs, on parle plutôt de consentement éclairé. Ce qui veut dire que pour être acquis le consentement suppose la pleine possession des informations qui permettent d'exercer son libre arbitre. Avouons qu'on en est souvent très loin en matière de santé. La main du médecin prescrit souvent sans que l'information du patient soit complète et sans même qu'il exprime son consentement aux soins. Ce n'est pas grave pour un rhume, c'est plus gênant quand il y a nécessité d'envisager plusieurs hypothèses thérapeutiques ayant chacune ses avantages et ses inconvénients.

Au-delà des droits fondamentaux, non négociables, nous venons de le voir, qu'en est-il des droits plus contingents ? Le droit d'accès aux soins constitutionnellement protégé a-t-il pour conséquence l'obligation de suivre son traitement par exemple ? Certains estiment que puisque la collectivité solvabilise la dépense de santé, il y a, du côté du bénéficiaire des soins, une sorte de devoir de se soigner. Ici encore rien n'est moins sûr. D'abord parce que la collectivité qui solvabilise la dépense de santé ce sont les citoyens et eux seuls : par leurs cotisations sur les salaires, par l'acquisition d'une complémentaire, par les taxes et impôts divers, par les cotisations patronales qui sont répercutées sur le prix des biens et services qu'ils achètent, et par leurs poches puisqu'il en reste encore à leur charge ! Si nous avons une dette à

bien nous soigner, ce n'est sûrement pas sur la solvabilisation collective qu'il faut la fonder.

Il faut plutôt regarder quelle obligation nous contractons vis-à-vis de la collectivité humaine et vis-à-vis de soi-même. Il y a sans doute un objectif de bon usage du système de soins : les examens redondants sont coûteux et il est inutile de les multiplier pour rien. Ce ne sont pas les patients qui les prescrivent mais les médecins. Contraindre à consommer plus une ressource médicale de plus en plus rare, c'est une question de responsabilité médicale pas de responsabilité d'usager. Il y a aussi un objectif de bon usage du médicament : interrompre un traitement c'est prendre le risque qu'il ne soit pas efficace et de générer une aggravation plus coûteuse pour la collectivité. Mais qui se soucie de la qualité de vie avec les traitements ? Personne. Nous n'avons rien mis en place pour soutenir le patient confronté à une maladie chronique au long cours. A part sauter comme un cabri en s'exclamant « Observance, observance !!! », nos assureurs publics et complémentaires ne savent guère y faire.

Plutôt que de droits et devoirs, il vaudrait mieux parler de droits fondamentaux non négociables, d'une part, et d'objectifs de bon usage du système de santé, d'autre part. Cela nous mettra sur la voie d'une co-responsabilité dans la promotion de la santé : celle de l'Etat, celle des financeurs, celle des professionnels, et celle des citoyens. Effectivement, c'est un peu plus complexe que le simple mot d'ordre « droits et devoirs ». Plutôt que l'obligation unilatérale, faisons ressortir la responsabilité contractuelle. Soyons modernes !

Christian SAOUT

Collectif interassociatif sur la santé / AIDES

APPEL A COMMUNICATION

XXX^{èmes} Journées des Economistes de la Santé Français

4-5 décembre 2008, Université Paris Dauphine

Les propositions de communications doivent parvenir au CES avant le 1er juin 2008 et doivent être exclusivement envoyées par courrier électronique à l'adresse suivante : ces2@wanadoo.fr. Chaque proposition sera rédigée en français et comportera 5 pages au maximum. Les éléments suivants sont attendus :

- Nature de la communication : théorique, revue de la littérature, empirique
- Exposé bref de la problématique et de son enjeu
- Originalité de la communication en la situant dans la littérature existante
- Démarche méthodologique adoptée : source et outils
- Premiers résultats et/ou état d'avancement du travail
- Bibliographie sélective (5 à 10 références).

ASSEMBLEE GENERALE : COMPTE RENDU ACTIVITÉS DU COLLÈGE

Dans son propos liminaire, le Président sortant Claude Le Pen a présenté le Bilan de la mandature 2005-2008. Cette mandature s'est caractérisée par « la fin d'une époque » avec l'arrêt des subventions française et européenne pour le développement et le maintien de bases de données bibliographiques en évaluation économique et la fin du subventionnement croisée des activités scientifiques du CES. Une nouvelle stratégie a été mise en place : maîtrise « douce » des coûts de fonctionnement, recherche de sources alternatives de financement, maintien et relance des activités scientifiques nationales et internationales. Cette transition a permis d'équilibrer en 2007 un budget par ailleurs réduit par rapport aux années précédentes.

➤ Plus de 300 membres...

Au 31 décembre 2007, les effectifs totaux de Membres du Collège des Économistes de la Santé se montent à **302 membres** (dont 83% de personnes physiques et 17% de personnes morales).

- **251 membres individuels** (dont 7,5 % de membres étudiants), dont 20 nouvelles entrées en 2007.

20 nouveaux membres individuels ont rejoint en 2007 le Collège des Economistes de la Santé, 10 le sont à titre étudiant. Le Conseil d'Administration du Collège avait souhaité en effet, lors de sa réunion du 30 septembre 2004, que différentes actions soient entreprises à destination des doctorants en économie de la santé afin de mieux les insérer dans notre communauté scientifique.

- **10 membres Institutionnels**, 1 de plus qu'en 2006

En 2007, l'UFCV (Union Nationale de Formation Continue et d'Evaluation en Médecine Cardio-Vasculaire) a adhéré au CES au titre de membre institutionnel.

- **29 membres Entreprises** (nombre stable)

- **12 membres Centres de Recherches** (nombre stable)

➤ Bilan d'activités 2005-2008

Plusieurs types d'activités ont été menés au cours de la mandature 2005-2008.

Activités de référencement et de diffusion de l'information

Des activités de référencement ont été poursuivies comme Euronheed (Codecs) ; d'autres mises en place telle que **Eunheecost**. L'activité relative à **Euronheed** s'est réduite à la suite de l'arrêt des subventions européennes, la base de données est désormais actualisée par des fiches bibliographiques synthétiques (arrêt des expertises). Dans le cadre du projet Eunheecost dirigé par G. de Pourville, une base de coûts unitaires hospitaliers d'actes et de procédures (plus de 330 coûts en ligne) a été mise en ligne, ce projet sera étendu avec notamment la mise en ligne de plus d'actes.

Le CES participe par ailleurs à la diffusion de l'information en économie de la santé à travers son **site actualisé régulièrement**. Celui-ci propose des offres d'emploi, l'annuaire des membres en ligne, des informations sur les formations en économie de la santé mais aussi la totalité des articles proposés aux JESF des deux dernières années, des diaporamas présentés au cours des différents colloques et les Lettres du CES. En outre, une lettre électronique en moyenne bimensuelle est envoyée aux membres du CES afin de leur faire part de l'actualité en économie de la santé et en particulier les séminaires et conférences.

Activités de valorisation

Tout d'abord dans les activités régulières du CES, la **Lettre du CES** constitue le principal outil de valorisation propre au Collège. Trimestrielle, elle fait le point sur une question d'économie de la santé et présente l'actualité du CES. Elle paraît depuis 19 ans et les Lettres du CES sont accessibles sur le site depuis 2000. La Lettre du CES du second trimestre (juin 2008) sera consacrée au thème de l'« assurance complémentaire ».

Des activités de valorisation ont vu le jour durant cette mandature. Le CES et la Fondation Caisses d'Épargne pour la

Solidarité ont mis en place avec le soutien de la CNSA et du RSI **une série de conférences entre chercheurs, décideurs publics et privés et professionnels de santé sur le thème de l'économie de la santé et du vieillissement**. Sur un rythme biannuel, six conférences sont organisées entre 2007 et 2009. La prochaine conférence sera consacrée au thème « *Vieillesse et dépendance : quel financement ?* ». Le CES a fait par ailleurs une proposition de numéro spécial à la Revue Française des Affaires Sociales autour des questions de Vieillesse et d'Habitat.

En outre, le CES coordonne un **groupe de travail tripartite sur les Modèles d'Impact Budgétaire (MIB)**. Les recours à des MIB dans les dossiers de prix-remboursement soumis aux Autorités du médicament ou à des "payeurs" au niveau régional ou local tendent semble-t-il à s'étendre au niveau international. Ces modèles soulèvent différents problèmes méthodologiques pour lesquels des conventions de calcul mériteraient d'être établies entre les parties concernées au même titre que pour les recommandations émises par le Collège des Economistes de la Santé établies en 1997 et actualisées en 2002. Ce groupe de travail a pour objet d'émettre des recommandations sur ces Modèles d'Impact Budgétaire et rendra un rapport sans doute en juin 2008.

Le CES coordonne **une formation en économie de la santé** à la CNAMTS. Cette formation est articulée autour d'un tronc commun composé de quatre modules de six heures (aspects macro économiques de la santé, demande et consommation, offre en matière de santé et financement et régulation) et de quatre spécialités (*médicaments, évaluation, hôpital et assurance*). Quatre équipes de recherche, membres du CES (LEGOS, Université Paris Dauphine ; CRESGE-LEM, Université Catholique de Lille ; GATE-GRESAC, Université de Lyon 1 et l'unité INSERM 912 de Marseille) ont accepté de prendre en charge un enseignement du tronc commun et un enseignement de spécialité. Il est aussi question que soient proposées des conférences sur des thèmes d'actualité.

Enfin, le CES, sous la direction de G. de Pourville a mené, pour le compte de la DREES, un **travail d'exploitation de la base Étude Nationale des Coûts** (données 2003)

sur les années 2005 et 2006. Cette étude a été réalisée sous la coordination du CES et a rassemblé plusieurs centres de recherche en économie de la santé (CERMES Unité U750, Institut Gustave Roussy, IRDES et PSE-ENS). Cette étude va faire l'objet d'un numéro spécial de la revue Dossiers Solidarité et santé de la DREES à paraître au premier semestre 2008.

Activités scientifiques

Le CES a été sollicité en octobre 2006 par la section 37 du CNRS pour **expertiser les revues d'économie et de gestion de la santé et leur classement dans la classification du CNRS**. A la suite d'une large consultation s'appuyant en particulier sur les travaux réalisés au sein du CES, le CES a remis une note de synthèse exhaustive au CNRS. Toutes nos demandes, notamment d'introduction de revues non classées, y compris en termes de niveau de qualité ont été entérinées. Le champ de la santé latu sensu gagne ainsi en lisibilité et en reconnaissance : les revues reconnues par le CNRS dans le domaine passent de 24 à 31.

Dans un autre registre, le CES anime le groupe de travail **Économie de la Santé dans les Pays en Développement (ESPAD)**, présidé par JP Moatti et coordonné par T. Barnay et N. Tanti-Hardouin autour des thématiques de santé et développement. L'activité d'ESPAD durant cette mandature a notamment donné lieu à l'organisation d'un colloque sur le thème : « *Financement de la santé dans les pays en développement* » en décembre 2005 à l'Université de Clermont Ferrand (CERDI), la publication d'un ouvrage collectif en 2006 intitulé « *L'Assurance maladie en Afrique francophone, Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté* » et la parution de deux lettres ESPAD en 2007-2008.

Le CES a relancé les **Journées des Economistes de la Santé Français** en 2006 sur un rythme annuel. Les JESF sont devenues des journées de type workshop dans lesquelles chaque papier est présenté par un discutant qui ouvre le débat avec les participants. Pour travailler de façon approfondie, 45 minutes sont accordées à chaque présentation. Les JESF rassemblent en moyenne 100 participants et s'appuient sur un comité scientifique d'une vingtaine de jeunes chercheurs représentant les différents centres de

recherche. Ce comité est présidé par S.Béjean et coordonné par T.Barnay.

Enfin, chaque année avant l'Assemblée Générale, des **conférences pré-AG** sont organisées avec des personnalités de disciplines connexes à l'économie pour éclairer des problématiques de santé, par nature pluridisciplinaires. En 2005, par exemple, la conférence pré-AG organisée en partenariat avec le CEVIPOF, Sciences Po et la DREES avait porté sur le thème « La politique de santé et les économistes de la santé ». P.Perrineau, M.Elbaum et B.Fragonard étaient notamment intervenus. La conférence de 2007 organisée en partenariat avec le CNAM avait porté sur le thème « *Économie de la santé et intérêt de santé publique* ». Nous avons alors sollicité F.Bourdillon et D.Tabuteau en particulier. En 2008, le thème retenu « *Droit et économie de la santé* » a suscité de riches débats amorcés par une confrontation amicale entre D.Truchet, président de l'Association Française de Droit de la Santé et C. Le Pen, président du CES.

➤ Vers une nouvelle mandature...

➤ Un Conseil d'Administration renouvelé

Pour cette élection du nouveau Conseil d'Administration pour la mandature 2008-2011 (mars 2008 à février 2011), le Collège a reçu 18 candidatures, dont 9 nouvelles, pour 15 sièges. Cinq membres sortants du Conseil d'Administration ne se sont pas représentés : Guy DELANDE (LAMETA - Univ. Montpellier), Francis FAGNANI (CEMKA-EVAL-Bourg-la-Reine), Jean-Paul MOATTI (INSERM U379 - Marseille), Henri NOGUES (LEN-CEBS - Univ. Nantes) et Dominique POLTON (CNAMTS - Paris). Lors du vote pour la nouvelle mandature du CA, 153 votes ont été exprimés (4 votes blancs et 2 votes nuls).

Sont élus membres du Conseil d'Administration du Collège des Économistes de la Santé pour la Mandature 2008-2011 :

Sophie BÉJEAN
(Université de Bourgogne)

Martine BUNGENER
(CERMES)

Marie-Odile CARRÈRE
(Université de Lyon 1)

Chantal CASES
(IRDES)

Benoît DERVAUX
(Université Catholique de Lille)

Bruno DETOURNAY
(CEMKA)

Brigitte DORMONT
(Université Paris Dauphine)

Carine FRANC
(CERMES)

Florence JUSOT
(Université Paris Dauphine)

Pierre-Jean LANCERY (MSA)

Claude LE PEN
(Université Paris Dauphine)

Jacky MATHONNAT
(Université de Clermont-Ferrand)

Gérard de POUVOURVILLE
(ESSEC)

Lise ROCHAIX
(HAS)

Bruno VENTELOU
(INSERM U912 / ORS Marseille)

L'élection du Bureau du Collège et du Président aura lieu la première quinzaine de mai lors du premier Conseil d'Administration.

➤ Un nouveau statut de membre

Un débat permanent anime le CES sur la définition de l'économie de la santé. Des demandes d'adhésion intéressantes hors statut n'ont pu jusqu'à présent déboucher (directeurs d'hôpitaux, administrateurs, internes en santé publique, etc). Sur proposition du président du CES, les membres, à l'unanimité, ont voté pour la création d'un nouveau statut de « membre à titre professionnel ».

Les critères d'admission comme « membre à titre professionnel » sont les suivants :

1. Démontrer un intérêt permanent pour le domaine de l'économie de la santé;
2. Exercer à titre professionnel, associatif ou électif des fonctions dans des organismes et institutions impliqués dans l'économie de la santé.



COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

Les Coordonnées du Collège

Si vous souhaitez joindre le Collège des Économistes de la Santé,
adressez votre courrier au :

CES - 7, rue de Cîteaux, 75012 Paris.

Tél: +33 (0)1 43 45 75 65 - Fax : +33 (0)1 43 45 75 67

E-mail : ces2@wanadoo.fr

Site internet : <http://www.ces-asso.org>

La Lettre du Collège :

Directeur de rédaction : Claude Le Pen.
Secrétariat de rédaction : Thomas Barnay,
Marie-Hélène Bléoué, Damien Boidot,
Diane Maugeis de Bourguesdon et Astou Kaba.
Tirage : 550 exemplaires.
Réalisation : Louyot.
ISSN : 1953-6755