



Mireille Elbaum

Paris, le 25 avril 2005

## **Exposé introductif à la Conférence du collège des économistes de la santé du 11 mars 2005**

### **Economie de la santé et politiques de santé : Quelles articulations ?**

-----

Je suis heureuse d'être présente une nouvelle fois à cette manifestation organisée par le Collège des Economistes de la Santé, ainsi que de son ouverture aux chercheurs en sciences politiques à travers le CEVIPOF, avec lequel la Drees mène depuis longtemps des collaborations sur l'évolution comparée des systèmes européens de protection sociale.

Le sujet de la Conférence d'aujourd'hui a été intitulé : « Articulation entre expertise économique et prise de décision » ce qui peut s'interpréter, avec un peu de mauvais esprit, comme « Est-ce que les décideurs prennent vraiment en compte les analyses issues de l'économie de la santé et pourquoi le font-ils si peu » ? Il peut aussi s'agir d'adresser à la Drees d'un message du type : « Mais qu'est ce que vous faites à la Drees qui êtes censés porter ces approches au sein du ministère et auprès des acteurs sociaux, alors que les travaux d'économie de la santé ont beaucoup progressé dans les années récentes » ?

Effectivement, mon cheminement professionnel du monde des études sur le travail et l'emploi à celui des études sur la santé et la protection sociale ne peut que me conduire à souligner un paradoxe : alors que les clivages idéologiques divisent beaucoup plus fortement les économistes du travail que ceux de la santé, avec des oppositions plus marquées, et susceptibles d'embarrasser les décideurs, entre partisans de l'efficacité économique par le jeu des mécanismes

de marché d'une part, et partisans de la cohésion sociale et de l'équité d'autre part, il existe des sollicitations et des références beaucoup plus systématiques faites à leurs travaux du côté des décideurs politiques. Des exemples récents en ont été donnés par le rapport demandé à P. Cahuc et F. Kramarz sur les réformes du marché du travail, et par le rapport Blanchard-Tirole sur les procédures de licenciement, qui ont eu un écho important dans les débats politiques.

Il s'agit d'un paradoxe qui, quand on y réfléchit un peu, a un ensemble de raisons me semble-t-il assez profondes, sans chercher bien sûr à dédouaner la Drees du travail de diffusion à conduire en ce domaine.

J'essaierai brièvement ici d'aborder trois types de facteurs :

- 1) ceux qui tiennent au champ et aux caractéristiques de l'économie de la santé ;
- 2) ceux qui tiennent au mode d'élaboration et de mise en œuvre des politiques de santé et d'assurance maladie au sein de la sphère étatique ;
- 3) ceux qui tiennent à la gouvernance et à la régulation d'ensemble du système, et notamment au jeu « d'acteurs » avec les professionnels de santé.

## 1.) En ce qui concerne le champ et les spécificités de l'économie de la santé :

**1.1. Il faut d'abord noter qu'il s'agit d'une discipline relativement récente**, depuis les travaux fondateurs menés en 1963 par Kenneth Arrow, sur « l'économie des soins médicaux »

1.1.1.) Ses apports ont bien sûr été importants et ont été repris, en 1997, dans un numéro bien connu d'Economie et Prévision, ainsi que, de façon détaillée et plus récente, par Sandrine Chambaretaud et Laurence Hartmann, dans le numéro d'octobre 2004 de la Revue de l'OFCE. Celles-ci soulignent notamment les développements de l'économie de la santé dans les domaines de l'analyse du comportement des acteurs (patients et professionnels), et de la recherche d'instruments de régulation adaptés aux caractéristiques spécifiques du « bien santé ». Les économistes de la santé ont ainsi à la fois produit des réflexions sur la nature et le mode

d'expression de la demande (avec la question du lien entre demande de santé et dépenses de soins), sur le fonctionnement de l'assurance maladie dans un contexte d'incertitude, sur le recours à l'assurance obligatoire pour maîtriser les comportements de sélection adverse et d'aléa moral, et sur les politiques de régulation, qu'elles passent par la responsabilisation de la demande, la rémunération des offreurs de soins, ou l'interaction entre ces offreurs et les systèmes d'assurance.

1.1.2.) Ces éléments sont à la fois, il faut le noter, relativement consensuels et directement utiles pour les décideurs dans la mesure où :

- Ils éclairent l'objectif et les voies de mise en œuvre d'incitations économiques adaptées au champ de la santé, via notamment l'idée d'une rémunération « mixte » des offreurs de soins, et d'un rapprochement entre modes de régulation institutionnels et pratiques des professionnels ;
- Ils justifient l'étendue et précisent les conditions de bon fonctionnement de l'assurance maladie obligatoire ;
- Ils éclairent les apports et les limites de la responsabilisation financière des patients, en soulignant les garde-fous que doivent constituer la prise en charge des pathologies lourdes et l'équité sociale en matière d'accès aux soins. Celle-ci apparaît en effet comme un enjeu important y compris en termes d'efficacité économique, à la fois dans une perspective de valorisation du capital humain, et de réalisation d'économies sur les dépenses ultérieures d'hospitalisation.

**1.2) Alors, pourquoi ces enseignements ont-ils des difficultés à se faire entendre, et surtout à trouver des points d'application dans notre système de décision ?**

1.2.1.) D'abord, parce qu'il ne faut pas se cacher que l'économie de la santé, discipline on l'a vu récente, n'a qu'une reconnaissance académique relativement limitée dans le champ de l'économie, où, à côté des courants théoriques directement inspirés de l'économie publique, elle est parfois considérée comme une économie « appliquée », sans réel apport théorique majeur, et « cotée » comme telle au sein de la discipline.

La légitimité et l'autonomie des économistes sont d'un autre côté discutées dans le champ de la santé, dans la mesure où, même si celui-ci offre matière à des incitations économiques envers offreurs et demandeurs de soins, il ne fonctionne pas vraiment comme un « marché » (leur terrain d'excellence), où les prix sont administrés et non perçus comme tels par les consommateurs, et où le monde médical peut avoir tendance à considérer ces sujets comme « les siens », beaucoup de travaux médico-économiques étant par exemple publiés par des revues médicales.

Il semble donc y avoir de prime abord pour l'économie de la santé un problème de reconnaissance et de légitimité.

1.2.2.) En outre, et de façon assez paradoxale pour une économie vue comme « appliquée », l'économie de la santé a produit jusqu'ici en France relativement peu de travaux empiriques, sources d'évaluations et de « chiffrages » utilisables par les décideurs.

Notre droit s'oppose par exemple à la réalisation « d'expériences contrôlées » comme celles réalisées aux Etats Unis pour servir de base à de tels travaux (cf. la Rand Experiment).

De façon plus générale, un problème majeur pour les économistes de la santé, déjà évoqué lors d'une précédente Conférence organisée par ce Collège, est celui de l'accès à des données fiables et « signifiantes ». Or, en dehors des enquêtes menées par l'Insee (enquête décennale sur la Santé) et l'Irdes (enquête SPS) et conçues dans ce but, des problèmes persistants existent concernant l'accès, l'appropriation et l'utilisation pertinente des données issues de la gestion hospitalière ou des sources de l'assurance maladie.

Ce n'est ainsi que très récemment qu'ont été mises au point des données à la fois individuelles et chronologiques (panels) permettant par exemple de tester l'hypothèse de la demande induite, comme vient de le faire Brigitte Dormont, en vue d'une publication dans un prochain numéro des Dossiers Solidarité-Santé.

1.2.3.) Il existe par ailleurs peu d'intérêt manifeste, et en tout cas peu d'incursions des économistes de la santé dans des domaines de préoccupation importants pour les décideurs.

- Il s'agit bien sûr d'abord de l'impact macroéconomique des dépenses de santé, et des conséquences des réformes entreprises en termes de bouclage macroéconomique et de situation des finances publiques.
- Il en est de même, dans une moindre mesure (cf. les travaux de D. Bureau, sur l'innovation et la politique du médicament), pour les questions de recherche-développement, et d'économie industrielle, au niveau « méso » ou « micro-économique ». Or, les stratégies de l'industrie pharmaceutique ou les comportements des établissements privés de santé sont par exemple des sujets sur lesquels existe un important besoin d'éclairage, auquel les économistes de la santé ont jusqu'ici peu contribué du fait de l'opacité des informations disponibles.

1.2.4. Enfin, certaines difficultés propres au champ impliquent à la fois des analyses complexes et des démarches novatrices, parfois peu évidentes à engager.

- L'analyse des pratiques de prescription et des incitations pertinentes en ce domaine implique par l'exemple de combiner des compétences à la fois économiques et médicales. L'apparition continue de nouveaux produits de santé, porteurs à la fois de « puissances de traitement » et de coûts supérieurs, implique en effet d'appréhender les conditions pertinentes d'utilisation de ces produits, non pas dans l'absolu, mais au regard de pathologies et de parcours de soins spécifiques.
- De même, l'existence de l'assurance maladie complémentaire dans le système français de protection sociale implique d'analyser en termes économiques un segment de l'assurance maladie qui fonctionne sur des bases mi-collectives, mi-individuelles, et auquel l'adhésion est « dans les pratiques » mi-obligatoire, et mi-facultative. La diversité de ces pratiques suscite le besoin d'aller plus loin en matière d'analyses appliquées, mettant en rapport le fonctionnement effectif du marché des « complémentaires santé » et l'approche théorique de l'assurance. Les travaux engagés sur ce thème mériteraient à cet égard d'être développés. Un sujet à défricher dans l'avenir sera en outre celui du développement des produits d'assurance dans le champ

de la dépendance, domaine qui apparaît « à cheval » sur le risque maladie, la prévoyance et l'assurance vieillesse ;

- Enfin, de façon plus générale, la multiplicité des acteurs impliqués dans les relations de soins, et le fait que les comportements observés résultent dans la réalité d'interactions entre les offreurs et les demandeurs de soins rendent l'analyse économique plus complexe et les modèles habituels pas forcément pertinents, dans la mesure où ils tendent à privilégier l'un ou l'autre de ces deux aspects (responsabilisation du patient ou induction de la demande), sans retracer les dynamiques liées aux interactions entre acteurs.

## **2.) Les raisons qui tiennent au mode d'élaboration et de la mise en œuvre des politiques de santé et d'assurance maladie au sein de la sphère étatique**

La « sphère étatique », et j'entends ici principalement le Gouvernement et le Parlement, est l'un des principaux usagers potentiels des études effectuées par les économistes de la santé, même si elle est loin d'être la seule à intervenir dans la régulation du système.

A ce niveau toutefois, plusieurs difficultés, de nature différente, peuvent là encore être relevées en ce qui concerne l'appropriation et la prise en compte par les décideurs des « messages » issus des études économiques dans la définition et la mise en œuvre des politiques de santé.

**2.1.) D'abord, au sein des décideurs de la sphère étatique** (Ministres, Cabinets, parlementaires influents, directeurs d'administration centrale), le poids des économistes reste relativement limité. L'influence d'une part des médecins, souvent issus de l'élite hospitalo-universitaire, et d'autre part des hauts fonctionnaires que Patrick Hasseteufel a baptisé du nom d' « élite du Welfare » (IGAS, Cour des comptes) a sans doute joué de façon plus déterminante. Dans ce cadre, la contrainte financière a souvent été davantage mise au premier plan des préoccupations immédiates des décideurs, que la recherche d'incitations économiques adaptées dans une perspective de moyen-long terme : on a souvent par exemple souvent privilégié, en ce qui concerne les dépenses hospitalières, les notions d'enveloppe fermée ou de budget global, alors qu'elles étaient reconnues

comme économiquement peu efficaces. Par ailleurs, les contraintes de communication ont pu contribuer à mettre en avant des objectifs réputés clairs et consensuels, même si leur fondement scientifique n'était pas, comme dans le cas du « nomadisme médical », toujours avérés. Enfin, l'évolution de la démographie médicale a dans ce cadre plutôt été considérée, dans les années 1980-1990, dans une perspective de court/moyen terme que de gestion « à long terme » de la pyramide des âges du corps médical.

**2.2.) Les différents « segments » de l'administration étatique contribuant à l'élaboration et à la gestion des politiques de santé sont en outre mus chacun par des logiques propres, elles mêmes pour partie structurées par les instruments qu'ils emploient :**

- la Direction Générale de la Santé (DGS), par les approches épidémiologiques et les différents « plans de santé publique » ;
- la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), par la fixation des enveloppes et des budgets hospitaliers, mais aussi par les statuts et la gestion de la fonction publique hospitalière ;
- la Direction de la Sécurité Sociale (DSS), par la préparation et le suivi de la loi de financement de la sécurité sociale, avec en principale ligne de mire le solde des régimes d'assurance de base et le respect de l'ONDAM.

**2.3.) Cette segmentation contribue sans doute à la faiblesse des relations que l'on peut observer entre politiques de santé publique et économie de la santé.**

Je faisais par exemple le constat lors d'une intervention récente sur la recherche en santé publique, que peu de ponts étaient faits entre les problématiques de santé publique et les travaux de recherche relatifs :

- aux performances et aux disparités de pratiques des offreurs de soins, alors qu'il existe par exemple des enjeux de santé majeurs en matière de traitement de la cataracte, de prise en charge de la dépression, mais aussi de recours aux césariennes ou à la mastectomie ;

- à l'incidence de la couverture sociale sur les recours à la prévention et aux soins, notamment pour les personnes en difficulté.

Plus globalement, peu d'approches ont été développées sur les « incitations » et comportements stratégiques susceptibles de favoriser la prévention, et les instruments d'intervention qui seraient appropriés en la matière. Par exemple, l'idée d'une consultation annuelle de prévention, évoquée à l'occasion de la loi de santé publique, n'a pas trouvé à ce jour de cadre concret, notamment dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie. On était même d'ailleurs, jusqu'aux travaux récents conduits par l'IRDES pour le compte de la DREES, dans l'ignorance de la part des dépenses de fait imputables à la prévention, mais comptabilisées comme des dépenses « de soins » .

#### **2.4.) Une quatrième question, toujours propre aux interventions de l'Etat, concerne à la fois leurs objectifs et leurs instruments.**

C'est un sujet largement traité par les chercheurs en sciences politiques et les « évaluateurs » des politiques publiques, mais on peut brièvement rappeler que la prise en compte des enseignements de l'analyse économique n'est bien sûr pas favorisée par l'existence concomitante d'objectifs multiples, peu hiérarchisés, et parfois même peu explicités, qui caractérisent souvent la conduite de l'action publique. Dans le domaine de la santé, celle-ci a par exemple cherché en même temps :

- à contenir le coût des médicaments et à soutenir la politique industrielle française ;
- à maîtriser l'offre de soins et à assurer l'aménagement du territoire ;
- à améliorer l'efficacité économique des établissements de santé et à faire fonctionner le dialogue social dans le cadre des règles de la fonction publique hospitalière ;

Dans ce cadre, les instruments à la disposition des décideurs publics (normes et réglementation, quotas, enveloppes, fixation des prix et des taux de remboursement, incitations de diverses natures), ont souvent été, au cours du temps, utilisés de façon à la fois discontinue, partielle, et superposée. Ceci a pu aboutir à des incitations potentiellement contradictoires, induisant certains

des effets indésirables ou au moins indéterminés, ainsi que des stratégies de contournement de la part des différents types d'acteurs.

**2.5.) Le constat n'est donc pas forcément que les décideurs publics ignorent les enseignements de l'économie de la santé, mais que les outils qu'ils emploient pour les mettre en œuvre peuvent en eux mêmes être porteurs d'indéterminations ou de contradictions.**

C'est une expérience que je voudrais illustrer par quelques exemples.

- C'est bien sûr le cas pour la tarification forfaitaire à l'activité des établissements de santé, dont (le Collège des Economistes de la Santé l'a d'ailleurs écrit) l'articulation est loin d'être évidente avec les mécanismes de planification de l'offre hospitalière (SROS), de contractualisation des établissements et de négociation centralisée des rémunérations et des statuts existant par ailleurs dans la régulation du système ;
- C'est également le cas en matière de médicaments, où l'appréciation séparée du service médical rendu et du prix des produits admis au remboursement, sans que ces remboursements soient par ailleurs liés aux conditions dans lesquels les produits sont prescrits (rapport coût efficacité pour la prise en charge des différentes pathologies), a pu contribuer :
  - au renouvellement accéléré des produits et présentations mis sur le marché ;
  - à leur utilisation non maîtrisée dans les pratiques de prescription, elles mêmes sensibles aux campagnes de promotion menées par les laboratoires ;
  - et donc à des effets liés à l'évolution de la structure de la consommation particulièrement importants dans le cas français pour expliquer la croissance du marché pharmaceutique.
- C'est pour partie aussi le cas en matière de démographie médicale, où les études ont montré que la fixation de quotas de formation ne garantissait pas forcément, avant l'examen national classant, des installations géographiquement équilibrées, compte tenu des taux différentiels de réussite à l'internat des étudiants des différentes régions, et de leurs stratégies de mobilité à l'installation (cf. les travaux de X. Niel et de l'ONDPS) ;

- Cela se retrouve enfin dans les questions soulevées plus récemment à l'occasion de la mise en œuvre d'une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire. Des objectifs a priori légitimes (assortir l'aide de conditions de remboursement minimal et/ou de limitations du remboursement destinées à responsabiliser les assurés) auraient en effet pu être assortis d'effets indésirables, à partir du moment où ces conditions n'étaient pas appliquées à l'ensemble de l'assurance maladie complémentaire, mais exclusivement aux contrats faisant l'objet d'une aide. Un risque de non recours aurait pu en effet exister de la part de personnes souhaitant un niveau réduit de prise en charge, ainsi qu'à l'opposé, un risque de « segmentation » ou de « sélection » des clientèles, lié à la « révélation » de l'état de santé des assurés qui auraient refusé de souscrire une couverture à remboursement limité.

### **3.) Les raisons qui tiennent à la régulation et à la gouvernance d'ensemble du système de santé français.**

Un troisième élément de réflexion tient bien sûr au fait que la régulation d'ensemble de notre système de santé est loin de dépendre exclusivement de la sphère étatique, mais relève d'un ensemble d'acteurs diversifiés, en négociation perpétuelle, où les représentants des professions de santé pèsent d'un poids important.

C'est un domaine sur lequel sociologues, historiens et politistes ont développé des analyses très éclairantes, (voir notamment les travaux de Bruno Palier, Patrick Hassenteufel, Anne-Chantal Hardy-Dubernet et Alain Letourmy).

De ces travaux très complets et approfondis, je ne retiendrai ici que quelques notations.

3.1.) Je voudrais d'abord mentionner le fait que **parmi les « acteurs »** qui font valoir leurs approches en matière de dépenses de santé, **certains ont fortement intégré les enseignements de l'économie de la santé**, mais ils n'appartiennent pas forcément à la sphère « du régulateur » : c'est par exemple le cas de l'industrie pharmaceutique, ou des assureurs qui investissent dans le

champ de la santé, et qui sont notamment particulièrement attentifs à l'analyse des besoins de santé liés au vieillissement et à la dépendance.

3.2.) Concernant le fonctionnement d'ensemble de notre système, je rappellerai d'abord **qu'il est fortement marqué par son caractère « bismarckien », élargi et complexifié au cours du temps**, avec :

- l'existence de caisses de sécurité sociale, comprenant une représentation des partenaires sociaux ;
- une couverture maladie étendue au fil du temps à l'ensemble de la population et aux différents aspects du risque maladie (aides techniques aux handicapés, soins aux personnes âgées), et désormais pour une large part financée par voie d'impôt. Ceci laisse un rôle financier majeur à l'Etat, avec par ailleurs l'intervention complexe de financements croisés (CMU, CNSA).

Ces interactions ne sont bien sûr pas sans conséquences sur la capacité intrinsèque de notre système à prendre en compte les enseignements de l'analyse économique.

3.2.1.) D'abord parce que, par nature, il n'y a pas dans ce type de système bismarckien d'intégration des fonctions d'assurance et de production de soins, contrairement à ce qui existe dans les systèmes de type « service national de santé » ou a contrario de type HMO, lesquels combinent concurrence entre assureurs et intégration entre assurance et production de soins.

C'est donc seulement par des instruments et des incitations indirects que les régulateurs peuvent dans ce type de système influencer sur les pratiques de soins.

3.2.2.) A cet égard, il semble (c'est en tout cas l'hypothèse envisagée par B. Palier) que les systèmes bismarckiens aient eu plus de difficultés à se réformer et à évoluer que les autres dans les vingt dernières années. Ils ont eu ainsi davantage recours à des « soupapes » de financement,

via l'augmentation des cotisations, et ont avant tout été mus par une volonté de préservation et de négociation, même si des innovations non négligeables y ont de fait été introduites.

3.2.3.) Dans le cas français, en tout cas, notre système de régulation et de gouvernance s'est trouvé au fil du temps « profondément brouillé », au point d'avoir été vu un enjeu important de la réforme de décembre 2004.

La notion de « régulateur » à laquelle se réfère de façon centrale l'économie de la santé n'avait ainsi plus guère depuis plusieurs années de traduction sociologique et politique identifiée, et en tout cas unifiée ; la question de « qui gouverne » notre système de protection sociale » est d'ailleurs apparue en soi comme une question de recherche, jugée indispensable à traiter par le Conseil scientifique de la MiRe.

En effet, on ne peut manquer de s'interroger :

- sur les recouvrements entre Etat et Caisses de sécurité sociale, auxquelles la « gestion du risque » a été en principe sous-traitée ;
- sur le problème de légitimité de la prise de décision et de la représentation en leur sein (place des partenaires sociaux, problème de représentation des professionnels et de la société civile...)
- sur les interactions entre l'expertise (notamment médicale) et la prise de décision.

La dernière réforme de l'assurance maladie est à cet égard, et peut être avant tout, marquée par une volonté de « régulation procédurale », ce qui n'est d'ailleurs pas sans poser question quant au rôle spécifique que l'Etat entend assumer à l'avenir dans la régulation économique du système de soins.

3.2.4.) Ces problèmes de gouvernance et d'identification du « régulateur » se superposent avec une caractéristique du système français magistralement mise en évidence par Alain Letourmy. Pour lui, les pouvoirs publics seraient en effet à la fois conscients de la nécessité de maîtriser la

dépense, mais confrontés à une quasi incapacité de changer les conditions dans lesquelles les outils de régulation pourraient être efficaces. Ces difficultés se seraient alors traduites par une « volonté consensuelle de privilégier la stabilité institutionnelle au détriment du fonctionnement économique du secteur », et une formule qui caractériserait selon lui notre système pourrait être « l'organisation contre la régulation ». Cette hypothèse est résumée de façon particulièrement percutante dans une citation qui mérite d'être rappelée à notre réflexion : « La solution française reste, jusqu'à l'épuisement, de négocier la régulation, en partant du principe de moindre changement. Cela fait privilégier les solutions conformes au compromis politique originel : à viser avant tout l'équilibre financier de l'assurance maladie ; à maintenir autant que possibles les conditions traditionnelles d'exercice libéral en association avec le financement socialisé ; à pérenniser le transfert de fractions de la dépense vers la protection maladie complémentaire ».

**3.3.)** Le dernier point concerne bien sûr dans ce contexte **le jeu des acteurs qui influent de façon déterminante sur la négociation**, (qu'ils y participent ou qu'ils n'y participent pas d'ailleurs), **à savoir les professionnels de santé et leurs représentants.**

On peut d'abord évoquer les réticences traditionnelles des professionnels du système de santé vis-à-vis des raisonnements économiques, et de la gestion dite « entrepreneuriale », bien sûr parce qu'ils impliquent des formes de maîtrise de leurs revenus et de régulation de leurs pratiques, mais aussi par formation et tradition, à la fois en ce qui concerne la médecine de ville, le secteur hospitalier public, et même une partie de l'hospitalisation privée (plutôt gérée comme une « affaire de famille »).

On peut également rappeler que le syndicalisme médical français s'est constitué, dans les années 1890, autour de la défense de l'autonomie de la pratique, définie dès l'origine comme incluant non seulement le libre choix et la liberté de prescription, mais aussi la « rémunération à l'acte ». L'ouvrage de P. Hassenteufel (« Les médecins face à l'Etat »), rappelle ainsi l'histoire de la constitution du syndicalisme médical d'abord en opposition, puis en intégration au système de protection sociale, et surtout la façon dont il s'est fondé sur le maintien d'une ossature de principes, donnant une valeur quasi déontologique et morale à l'identité du médecin libéral.

Ce syndicalisme professionnel a par ailleurs au cours du temps eu tendance à se fragmenter, avec l'apparition de nouveaux clivages à chaque fois que les intérêts professionnels paraissaient être mis en cause, et notamment lorsque la prise en compte des politiques étatiques était ressentie comme une remise en question de certains éléments de l'identité du médecin libéral. Cette fragmentation a contribué au fait que, contrairement à ce qui s'est passé en Allemagne, l'institutionnalisation des rapports entre Caisses de sécurité sociale et médecins a connu en France des difficultés importantes, avec l'échec successif des dispositifs conventionnels et de la mise en œuvre de mécanismes de régulation.

A cet égard, l'impact de la signature du récent protocole mettant en œuvre la réforme de l'assurance maladie, et la prise en compte effective des objectifs qui y sont associés seront des questions clés à suivre et analyser dans l'avenir.

#### **4.) Conclusions et perspectives**

Le tableau que je viens de brosser peut paraître un peu pessimiste, dans la mesure où le poids des facteurs structurels semble jouer fortement, dans le système français, sur l'articulation entre expertise économique et prise de décision en santé.

Ceci n'est toutefois pas le sens du message que je veux délivrer, car je crois en des avancées concrètes qui ne peuvent justement être réalisées qu'à partir de la prise en compte des contraintes existantes.

A cet égard, de nouvelles perspectives sont notamment ouvertes par la création du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, l'introduction des mutuelles dans les négociations sur la régulation, la mise en place du Comité d'évaluation de la TAA où l'expertise économique sera largement mobilisée, ainsi que par les différents travaux engagés par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé,

Et mon message final aux économistes de la santé rassemblés ici porte sur l'importance renouvelée des travaux empiriques, des approches macroéconomiques, de l'économie industrielle, des études médico-économiques et de l'analyse des stratégies d'acteurs pour améliorer la diffusion et l'appropriation de leurs travaux.