

Gérard de Pouvourville
CREGAS
INSERM U 537/ CNRS UMR 8052

La politique de santé et les économistes de la santé
Assemblée Générale du CES
11 mars 2005

**L'apport de la science économique
à l'élaboration des politiques de santé publique**

L'irrésistible ascension de la santé publique

La création en 1991 du Haut Comité de la Santé Publique marque symboliquement l'émergence au sein de l'Etat français d'une « ardente obligation » de construire de façon rationnelle une politique ou des politiques de santé publique. Une politique : il est désormais reconnu qu'il est nécessaire de procéder à une identification rigoureuse des besoins de santé de la population et des moyens d'y répondre de façon rationnelle, au-delà de la production de services de soins à la personne. Des politiques : cette préoccupation doit se traduire par la définition d'actions coordonnées pour atteindre des objectifs précis d'amélioration de l'état de santé de la population en générale, ou de groupes cibles particuliers particulièrement touchés par des inégalités majeures d'état de santé. Ces actions sont fondées sur le principe de la recherche des moyens les plus efficaces pour atteindre ces objectifs, de la mise en œuvre de ces moyens et de leur évaluation continue. Elles sont également fondées sur le principe que les moyens requis ne relèvent pas uniquement du système de soins de santé, mais qu'ils peuvent relever également de la politique sociale, de la surveillance environnementale ou celle d'autres risques sanitaires.

Les créations institutionnelles qui ont suivi celle du Haut Comité sont toutes fondées sur le même principe, même si leur articulation les unes avec les autres a pu poser des problèmes de définition de leurs rôles respectifs et de leur impact sur le fonctionnement du système de santé. L'instauration par les ordonnances Juppé des Conférences nationale et régionales de santé a introduit en France l'idée d'un débat démocratique autour des actions prioritaires, avec le souci d'adapter les politiques aux différents contextes régionaux, et ont donné naissance aux programmes régionaux de santé. Parallèlement, la France s'est dotée d'Agences spécialisées à forte expertise, par exemple l'Institut National de Veille Sanitaire. La planification des services, centrée à l'origine essentiellement sur l'hôpital, a connu avec la création des Agences Régionales un début d'ouverture sur l'ensemble des services de santé. Des politiques spécifiques ont été mises en place pour faire face à de nouveaux problèmes de santé, comme le SIDA l'hépatite C. Dans le domaine de la politique du médicament, l'impact en santé publique devient un critère important d'évaluation des produits nouveaux en Commission de la Transparence. La loi d'août 2004 est le dernier acte majeur de définition de la politique de santé publique de l'Etat et des moyens de sa mise en œuvre.

Cette énumération très incomplète n'a pour but que de souligner l'irrésistible ascension de la santé publique en tant que principe organisateur de la politique de santé en France. Si c'est le

cas, alors elle doit avoir un impact sur l'allocation des ressources et l'organisation des soins. Comment ? Avec quels effets ? Parler d'allocation des ressources, c'est réveiller l'économiste qui dort. Quels principes sous-jacents à cette allocation ? Comment peut-on s'assurer qu'elle conduise à améliorer le bien-être de la population ? Or, la place de l'économie de la santé dans les débats français autour de la politique de santé publique a été minime, voire inexistante. Bien qu'un économiste, ma collègue Catherine Le Galès, ait été responsable de la préparation de la loi de santé public et ait largement contribué à la rédaction du rapport sur la définition de la notion d'impact en santé publique des médicaments, il est difficile de trouver la trace d'une réflexion économique dans le rapport du Haut Comité de la Santé Publique accompagnant la loi de 2004. Même dans la définition de l'impact en santé publique, les économistes qui tentent depuis de nombreuses années de faire valoir l'intérêt des méthodes du calcul économique n'ont pas réussi à « vendre » l'idée qu'un ratio coût-efficacité est un critère éclairant des choix collectifs en matière d'allocation des ressources. Les économistes seraient apparemment plus légitimes pour participer aux débats sur l'organisation des services de santé et sur la maîtrise des dépenses. Mais les grandes orientations de santé publique restent un domaine au sein duquel l'expertise scientifique principale vient des disciplines ... de santé publique.

Cette remarque n'a pas valeur de revendication, mais renvoie plutôt à une question : peut-être n'avons-nous rien à dire sur ce sujet, ou avons-nous trop privilégié d'autres thèmes de recherche, comme le rôle des incitations économiques et leurs effets sur les comportements des offreurs de services, ou les modes optimaux d'organisation de l'assurance-maladie, ou encore l'évaluation économique des stratégies thérapeutiques. Cette focalisation excessive nous aurait fait négliger des pans importants d'application de la théorie économique à la santé, comme l'étude de la santé comme facteur de croissance, l'économie industrielle du secteur des biens de santé, l'économie de l'innovation et ... l'économie de la santé publique.

L'analyse économique de la santé publique

Celle-ci existe-telle ? En première approche, la santé publique est protéiforme. La loi d'août 2004 la définit par une énumération de 10 items, allant de la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants à la démographie des professions de santé, en passant par la sécurité sanitaire, l'information pour la santé, la réduction des inégalités, etc. On oppose souvent également la santé publique aux services de soins de santé à la personne, une santé des populations opposée à la santé des individus. Mais le terme « santé publique » a été aussi souvent utilisé essentiellement à des fins rhétoriques, pour attirer l'attention des décideurs et du public sur un problème de santé particulier. L'argumentaire en faveur d'une innovation thérapeutique commence bien souvent par l'estimation du nombre de personnes atteintes d'une pathologie et potentiellement bénéficiaires de ses effets, avec des effets paradoxaux dans la manipulation du nombre : il est aussi efficace de chiffrer les populations cibles par dizaine ou centaine de milliers, que d'utiliser l'argument inverse de la minorité opprimée, par exemple pour des maladies graves mais dont peu de personnes souffrent. Les maladies orphelines font nombre non pas par le petit nombre de patients pour chacune d'entre elles, mais par leur agrégation au niveau national qui leur permet d'atteindre le statut de « problème de santé publique ». Cette remarque n'a pas de visée polémique : elle tend à souligner la difficulté qu'il peut y avoir à donner un contour à une politique de santé publique, et notamment à fixer des priorités, c'est-à-dire des allocations de ressources privilégiant telle population cible ou tel problème de santé par rapport à un autre. Dans le domaine de la santé, l'exclusion est difficilement acceptable.

Malgré cette diversité, il y a cependant pour l'économiste des traits communs familiers dans cette énumération des problèmes de santé publique, ou dans la liste de la loi de 2004. Il s'agit dans tous les cas de phénomènes qui relèvent de trois concepts économiques : la santé comme facteur de création de richesse dans une société, l'externalité, et l'asymétrie d'information. Ces trois concepts justifient l'intervention d'une puissance tutélaire venant pallier les défaillances des comportements individuels utilitaristes et donc du marché, et légitimant ainsi l'existence d'une santé *publique*.

L'idée que la santé est un facteur de création de richesse a plusieurs fondements. En premier lieu, la santé peut être considérée comme un bien premier, fondamental, sans lequel les individus ne peuvent pas se comporter librement et rationnellement. La santé est aussi une condition nécessaire à l'existence d'une capacité de se projeter dans le futur, donc d'adoption d'un comportement d'épargne permettant l'accumulation du capital productif. En tant que telle, elle est donc un facteur essentiel de la croissance économique, au même titre que l'éducation. Elle est partie intégrante du capital humain dans lequel une société doit investir pour se développer. L'intervention tutélaire est justifiée par le fait que l'on ne peut compter seulement sur la capacité à payer des individus pour investir dans le capital santé et le capital éducatif, compte tenu de l'existence de rendements croissants de production, et d'externalités.

Par externalité, les économistes font allusion à des comportements économiques individuels qui vont avoir des conséquences inattendues, positive ou négative, au-delà des buts recherchés dans l'échange initiale. Ces conséquences inattendues peuvent être de plusieurs natures. La plus connue est celle de l'existence de productions liées, avec des effets positifs ou négatifs. La parabole des abeilles est traditionnellement utilisée pour illustrer une production liée positive : en butinant d'une fleur à l'autre, les abeilles recherchent uniquement à collecter le pollen pour fabriquer le miel, mais elles contribuent dans le même temps à l'insémination des plantes et donc à leur développement. La pollution est l'exemple le plus connue d'externalité ou de production liée à effet négatif. Elle est liée à l'utilisation privative d'un bien collectif, les ressources naturelles, se traduisant par une dégradation de celles-ci et donc de l'usage que pourront en faire d'autres personnes. Il existe aussi une autre cause d'externalité, dit d'« effet de composition ». Un effet inattendu peut résulter de l'agrégation (de la composition) d'effets individuels. L'exemple le plus souvent retenu est celui des congestions de trafic, provoquées par la décision simultanée d'un grand nombre d'individus d'utiliser un moyen de transport à la même heure. Chaque comportement individuel est rationnel, mais leur agrégation se traduit par un phénomène collectif nuisible à tous. Par extension, et dans le cadre de la santé, on pourrait assimiler les dysfonctionnements des services de soins, par exemple le manque de coordination entre médecine de ville et médecine hospitalière, à un effet de composition lié aux modes de financements des deux secteurs. Dans tous les cas, l'objet de l'analyse économique est de trouver les incitations économiques correctrices (ou les règlements) permettant de réduire ou de supprimer les externalités négatives ou d'en compenser les effets, et d'encourager les externalités positives qui ne se produiraient pas spontanément. Par exemple, la gratuité de certaines vaccinations vise à inciter les personnes à se protéger d'une maladie infectieuse contagieuse, à la fois pour éviter qu'ils ne tombent malades mais aussi pour protéger leurs proches de la contagion (externalité négative). De même, la réflexion récurrente sur la rémunération des actes de prévention en médecine de ville part du constat qu'une médecine curative payée à l'acte n'incite pas le médecin à réaliser de la prévention, puisqu'il est payé chaque fois que le patient est malade. Or, la prévention présente des bénéfices individuels, mais également collectifs : l'impact de la maladie déborde la personne elle-même, elle va avoir des conséquences négatives sur le foyer de la personne malade et sur sa capacité de production. Promouvoir la prévention passe alors par la mise en

place de mécanismes de rémunération incitatifs. Au Royaume-Uni, par exemple, les médecins généralistes sont rémunérés en fonction de leur performance en matière de couverture vaccinale ou d'actes de dépistage.

L'asymétrie d'information est en général invoquée pour décrire la relation entre les professionnels des soins (les médecins), les malades et les payeurs. Les premiers disposent en effet d'un pouvoir d'expertise diagnostique et de traitement qui rend les seconds dépendants. Il est dans cas normal que la puissance publique s'efforce de protéger les malades d'une utilisation abusive de ce pouvoir d'expertise. Mais l'asymétrie d'information peut prendre d'autres formes : elle existe en matière de risques sanitaires liés aux produits de santé (les médicaments) mais aussi ceux liés à d'autres produits de consommation courante (alimentation, produits domestiques) et à l'environnement. L'instrument principal d'intervention de la puissance publique est alors le règlement, qui a des conséquences économiques, par exemple le renchérissement des coûts de fabrication et de distribution des produits par l'intégration de normes de sécurité et de qualité, mais également par les coûts des dispositifs de contrôle mis en œuvre. Enfin, on peut invoquer aussi une forme d'asymétrie d'information dans le cas de comportements à risque des individus. Si c'est par ignorance (ou minimisation) des dangers du tabac et de l'alcool que les individus en consomment, alors il est du devoir d'une puissance tutélaire, disposant de l'information nécessaire, de les en informer. Pour disposer de cette information, il faut en outre que la puissance tutélaire mette en place les dispositifs d'observation **collective** de ces effets négatifs, de façon à en apporter la preuve. Le rôle tutélaire est incontournable, puisqu'il n'existe aucun acteur privé qui a un intérêt direct (et les moyens) de mettre en place un tel dispositif de surveillance. Il a donc nécessité de produire un bien collectif bénéficiant à tous sans exclusion.

Reprenons les dix items de la loi de santé publique de 2004 :

« La politique de santé publique concerne :

1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;

2° La lutte contre les épidémies ;

3° La prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ;

4° L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ;

5° L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;

6° L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ;

7° La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;

8° La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;

9° L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ;

10° La démographie des professions de santé. »

Les items 1, 2 et 4 peuvent être associés à la santé facteur de création de richesse ; la lutte contre les épidémiologies peut être aussi associée au concept d'externalité négative (la contagion) et positive (les politiques de prophylaxie). Les items 3, 5 6 et 8 renvoient à l'asymétrie d'information. L'information et l'éducation à la santé des populations, l'encouragement à la prévention présuppose que les individus, faute de connaissances, peuvent adopter contre leur intérêt à long terme des comportements à risque. De même, c'est à la puissance publique de contrôler que les citoyens ne seront pas trompés par les producteurs de soins et de produits de santé, faute de connaître leurs caractéristiques complexes. On retrouve le cadre des asymétries d'information. Implicitement, l'item 9 suggère que l'organisation du système de soins ne peut pas être laissée à l'initiative des offreurs de soins ; si c'était le cas, ceux-ci ne prendraient pas spontanément en compte les besoins de prévention et de prise en charge des handicaps. L'asymétrie d'information entre offreurs de soins et usagers justifie en effet que la puissance publique intervienne dans l'organisation des soins de santé. Le dernier item désigne un problème qui n'a pas le même degré de généralité que les autres. On peut l'interpréter de la façon suivante : parce que la santé est un facteur de bien-être, la puissance publique doit investir dans la formation de professionnels. Cet investissement aboutit également à la constitution de monopoles professionnels, que la puissance publique doit contrôler. En particulier, cette dernière ne peut pas laisser les professionnels définir eux-mêmes sans contrôle les besoins de santé de la population, et, partant, le nombre de professionnels formés.

A cette analyse des fondements strictement économique de la santé publique, il est nécessaire d'ajouter une considération supplémentaire, que l'on peut soit considérer comme exogène à l'analyse économique, soit tenter de l'intégrer : c'est la demande d'équité devant la maladie et la mort. Dans le cadre de cette note, je ne rentrerai pas dans les débats théoriques tant en philosophie politique qu'en économie autour de cette notion. On peut simplement rappeler qu'il existe maintenant une tradition de recherche épidémiologique et socio-économique bien établie qui a démontré empiriquement l'existence d'inégalités sociales importantes face à la maladie et à la mort, et qui a également fait le lien entre degré inégalitaire d'une société en termes de revenus et indicateurs globaux de santé. De façon indirecte, on retrouve ici le lien entre santé d'une population et création de richesse, mais s'y rajoute la dimension de la distribution des richesses dans la société. Ce triple lien est particulièrement évident au sein des pays en voie de développement, où une redistribution trop inégalitaire des richesses produites a deux effets : elle creuse le gradient d'état de santé entre riches et pauvres, elle ne permet pas à l'Etat de dégager des ressources fiscales suffisantes par la redistribution pour investir dans la santé et l'éducation de la population. C'est à ce débat que se réfère l'item 7 de la loi de 2004.

La boîte à outil des économistes

Ce long développement préalable avait pour but de montrer que l'analyse économique a une pertinence directe en matière de santé publique, à qui elle propose un cadre intégrateur. Mais l'économie propose-t-elle des outils d'aide à la décision dans la mise en œuvre des interventions publiques ? On a montré qu'elle légitime une intervention tutélaire. Son projet est également de trouver les modes d'intervention publique les plus efficaces, qui font le meilleur usage de l'utilisation des ressources collectives de façon à augmenter le bien-être de la population. Dans un premier temps, on s'attend à ce que l'économiste joue un rôle primaire de production de connaissances de l'utilisation des ressources dans le cadre d'interventions publiques, de calcul des coûts de la mise en œuvre d'une action ou d'un programme de santé. Dans les faits, en France, il est rarement sollicité pour le faire, du moins dans la production des rapports des instances consultatives comme le Haut Comité (Haut Conseil aujourd'hui) de la Santé Publique. Soyons provocateur : la définition et le choix de programmes de santé publique sont fondés avant tout sur des critères d'efficacité de santé (morbidité et mortalité évitée), le chiffrage du coût d'une mesure intervenant au moment de sa mise en œuvre, mais pas avant. Ceci est particulièrement visible dans le domaine du médicament, et renforcé par la prise en compte du critère dit d'impact en santé publique qui se met en place depuis quelques années. L'apport que revendique la science économique va cependant au-delà de et indispensable chiffrage. Je retiendrai ici trois registres de travaux.

Le rôle des incitations économiques

Le premier traite du rôle des incitations économiques sur le comportement des individus, médecins ou patients. Ces travaux trouvent principalement leurs applications dans le domaine des services de soins curatifs : quel est le mode de rémunération optimal des médecins libéraux ? comment financer l'hôpital ? En matière de santé publique, plusieurs points d'application sont possibles.

Le premier, déjà cité plus haut, concerne l'offre de soins préventifs en médecine générale. En particulier, la question posée est de savoir quel est le mode de rémunération qui va inciter les médecins à réaliser des actes de prévention au détriment d'actes de soins curatifs. L'hypothèse de départ est que les actes de prévention peuvent prendre plus de temps que les actes de soins curatifs, et donc être mal rémunérés par un honoraire forfaitaire, sauf à augmenter le temps de travail du médecin. D'autre part s'ils sont efficaces ils diminuent à terme la demande de soins d'un malade donné et donc les revenus du médecin, sauf si cela lui permet d'augmenter sa clientèle. La question posée est alors de savoir si un paiement à la capitation, qui induit une incitation inverse (le médecin est payé quelque soit le nombre de visites effectuées par le patient) ne serait pas plus favorable à la prévention. Il existe par ailleurs des exemples concrets (le Royaume-Uni, déjà cité), où le médecin reçoit une rémunération fonction de sa performance en termes de couverture de sa clientèle pour certaines activités de dépistage et d'immunisation. Dans ce dernier cas, un élément de contexte est important : le médecin généraliste anglais a sans doute une garantie plus forte de « capture » de sa clientèle qui lui permet à la fois d'identifier la population cible de l'action de dépistage et donc de contrôler sa performance. De même, le payeur est plus en mesure d'observer cette performance. De façon plus générale, ces exemples suggèrent que les conditions les meilleures pour développer une politique de prévention en médecine de ville sont celles où il existe un certain degré de contrôle sur la clientèle, comme au Royaume-Uni, ou comme dans les Health Maintenance Organizations aux Etats-Unis.

Un deuxième point d'application porte sur le rôle des incitations économiques pour l'amélioration de la coordination entre différents acteurs du système de soins : c'est la problématique des réseaux, importante en santé publique. En effet, dans certains cas, l'absence de coordination crée des externalités négatives, des pertes de chance pour le patient. Sur ce thème, il semble bien que la réflexion en France soit largement déficitaire, au niveau des réalisations concrètes (peu d'innovations en matière de rémunération en dehors du subventionnement temporaire des activités de coordination des réseaux). Or, la mise en place des réseaux et l'exigence de coordination se traduisent par des prestations nouvelles qui modifient les conditions d'exercice des praticiens, et donc l'équilibre précédemment établi entre rémunération et temps de travail. Mais les économistes ont-ils réellement investi sur ce sujet ?

Un troisième point d'application est celui du financement des missions dites de santé publique ou d'intérêt général à l'hôpital public. La mise en place de la Tarification à l'Activité, en formalisant le financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, a rendu explicite le fonctionnement totalement opaque de ses missions par la Dotation Globale de Fonctionnement : ces missions étaient financées par subventions croisées avec le financement des soins. Pour l'instant, la puissance publique semble désarmée quant à la meilleure façon de financer ces missions, et l'on reste sur un modèle de financement sur base historique à partir des déclaratifs des établissements. Or, il y a là l'occasion d'une réflexion économique à partir d'une analyse des caractéristiques de ces activités, de leur caractère plus ou moins observable et de la mesure des résultats. Payer sur une base rétrospective et déclarative est un aveu d'impuissance du financeur, qui abandonne totalement la rente informationnelle aux établissements : ils n'ont pas à justifier de la pertinence des ressources engagées. Dans un tel contexte, l'économiste recommanderait de mettre en place un paiement incitatif progressif (pas de couverture à 100% des dépenses déclarées) avec une part forfaitaire couplé à une demande de production d'informations sur la nature des activités, leur intérêt réel pour la santé publique et leur efficacité. De façon générale, le financement des activités dites d'intérêt général devrait relever de contrats spécifiques entre la tutelle et les établissements hospitaliers. La supervision de ces contrats suppose la mise en œuvre de moyens de vérification des prestations, qui ont un coût, qu'il faudra comparer aux bénéfices attendus, en l'occurrence ici une efficacité accrue dans l'accomplissement de ces missions et une baisse de la rente informationnelle des établissements.

Les autres points d'application possibles en santé publique sont les incitations économiques qui s'appliqueraient aux personnes, plutôt qu'aux offreurs de soins. Il existe en France une certaine réserve sur ce sujet, dans la crainte que de telles incitations soient inéquitables, en défavorisant les personnes à faible revenu et faible capital culturel. Il y a sans doute également encore une réserve morale à demander aux personnes d'arbitrer entre leur santé individuelle et leurs revenus. Néanmoins, on utilise bien ces incitations économiques dans le fonctionnement du système de soins, par exemple avec le ticket modérateur, et maintenant après la réforme de l'assurance maladie de 2004 par le biais de l'augmentation tarifaire sélective en fonction de l'itinéraire des patients. La hausse des prix du tabac et de l'alcool sont des exemples directs de l'utilisation de l'incitation économique la plus simple, le prix, pour diminuer la demande de produits dangereux et limiter les comportements à risque. Peut-on, à l'instar de ce qui se passe dans d'autres pays, imaginer des dispositifs au sein desquels les incitations économiques positives auprès des patients seraient utilisées de façon plus systématique, dans un cadre expérimental dans un premier temps ?

Les évaluations économiques des actions de santé publique

Dans la boîte à outil de l'économiste, les études économiques de type coût-bénéfice ont pris une part importante au cours des dernières années, avec des améliorations méthodologiques importantes, tant au niveau de la mesure des résultats que de celles des coûts, ainsi que des méthodes de modélisation. Or, leur point d'application principal reste celui des médicaments et des technologies curatives nouvelles. Elles se sont également développées autour de l'évaluation des programmes de dépistage. Mais elles sont encore peu intégrées dans la décision publique, notamment en matière de santé publique. Or, elles offrent un intérêt certain lorsqu'il s'agit de comparer plusieurs modalités d'organisation d'un programme donné, de façon à choisir la plus efficiente. A nouveau, les critères d'efficacité d'une part, de faisabilité opérationnelle et d'acceptabilité sont plus importants aujourd'hui que les critères d'efficience, c'est-à-dire de rapport entre les ressources investies et les résultats en termes d'amélioration de la santé de la population. Prenons l'exemple des programmes de dépistage : aujourd'hui, le choix d'une stratégie tient compte d'une analyse épidémiologique, qui, utilisant des modèles, va faire des recommandations en terme d'identification des populations cibles pour lesquelles le dépistage sera la plus efficace en termes de réduction de la morbi-morbidité. De fait, ce faisant, l'épidémiologiste tient un raisonnement économique implicite, son critère de rendement étant essentiellement la maximisation de la valeur prédictive d'un test. Le chemin à faire vers une analyse économique est dans ce cas assez simple, puisqu'il consiste à valoriser en Euros les différentes alternatives étudiées, de façon à choisir celle qui a le ration coût-efficacité le plus élevé. Sur ce type de décision, l'apport de l'économiste peut être également de faire des propositions sur les incitations économiques à mettre en place pour garantir un taux de couverture important des programmes.

Les calculs de coût-bénéfice comme critère de comparaison de plusieurs programmes entre eux.

Le calcul économique permet aussi de comparer entre eux plusieurs programmes de santé publique portant sur des domaines différents, par exemple la rentabilité collective d'un programme de prévention secondaire des risques cardio-vasculaires et d'un programme de réorganisation des services de périnatalité en France, ou de lutte anti-tabagique. L'annonce de politiques de santé publique soulève en général deux types de réactions et de critiques paradoxales. Soit un petit nombre d'objectifs et de programmes sont annoncés, comme la priorité donnée à la lutte contre le tabac, et l'on ne manquera pas alors de dénoncer l'effet d'exclusion que de tels choix ont par rapport à des pans entiers de besoins de santé publique non satisfaits. Soit, comme c'est le cas souvent dans les rapports du Haut Conseil de la Santé Public, un balayage important de tous les domaines de la santé est effectué, ce qui est inévitable, et l'on critique alors l'absence de choix et de « vraies » priorités. Les programmes apparaissent alors plutôt comme un catalogue raisonné des actions à mener, sans que l'on sache dans quel ordre engager les actions et allouer les ressources. Ceci est sans doute inévitable dans le domaine de la santé publique, compte tenu de la diversité des problèmes de santé et de la difficulté d'identifier, mais diminue la crédibilité des politiques annoncées. Or, dans d'autres secteurs de décision publique, comme les décisions d'infrastructure de transport, des méthodes sont utilisées pour comparer la rentabilité collective relative des diverses opérations d'investissement publics envisagés. Ces méthodes ont connu leur apogée en France

dans les années 1970, dans le cadre de la planification à la française : ce sont celles de la rationalisation des choix budgétaires, de la RCB. Rappelons que ces méthodes ont connu une application majeure dans le domaine de la santé, celui de la mise en place du premier programme de périnatalité. En matière de transport, l'application des méthodes RCB a débouché sur les premiers calculs du coût de la vie humaine. La RCB est fondée sur des principes simples : chaque action ou programme public envisagé est défini par ses objectifs quantifiés, et par les moyens requis pour les atteindre. La définition des moyens doit donner lieu à recherche de la solution la plus efficiente, de point de vue du rapport entre ressources engagées et résultats. Ensuite, dans le cadre d'une contrainte budgétaire, et après le choix d'un taux d'actualisation publique, les programmes sont valorisés du point de vue de leur bilan économique global. On peut considérer que la nouvelle forme prise par la loi de financement publique (la LOLF) est un avatar de l'esprit des méthodes RCB des années 70.

Quel critère de comparaison utiliser pour jauger les différents programmes à une aune commune ? Ce point est controversé au sein de la communauté des économistes. Le critère utilisé par la Banque Mondiale pour évaluer la rentabilité collective de différents projets est le nombre de « Disability Adjusted Life Years » (DALY), ou nombre d'années de vie ajustée sur l'incapacité. Plus simplement, on pourrait dans un premier temps calculer le nombre d'années de vie gagnées, malgré les biais introduits par ce critère en défaveur d'actions de santé ciblées sur les personnes âgées. L'avantage théorique de la valorisation en termes d'Euros par DALY ou par année de vie gagnée est celle du classement ordinal des différentes actions. Ce classement ne doit pas devenir une règle mécanique de décision, mais il présente trois avantages : celui de contraindre à introduire le chiffrage du coût de chaque programme, celui de rendre visible leurs bénéfices relatifs attendus en termes de santé publique, celui de justifier un échelonnement dans le temps d'actions qui seraient toutes jugées indispensables. Outre les critiques qui peuvent s'y appliquer, le chiffrage en DALY présente un autre inconvénient, qui est celui des données requises pour effectuer les calculs.

La légitimité de l'approche économique dans l'élaboration des politiques de santé publique.

Le point de départ de ce texte est le constat que malgré des annonces régulières sur l'importance d'une approche économique des sujets de santé publique, l'élaboration des politiques de santé publique et des programmes ou actions qui en découlent utilise très peu, voire pas du tout les outils de cette discipline. Les raisons de ce paradoxe sont sans doute nombreuses, tant du côté de l'« offre intellectuelle » que du côté de la demande. On avancera comme hypothèse que l'économie est encore trop perçue comme la science du rationnement ou du choix fondé sur une notion de rentabilité qui a mauvaise presse en matière de santé, et en particulier en matière de santé publique. Dans ce texte, on a montré que la science économique disposait d'un cadre d'analyse pour justifier l'intervention d'une puissance tutélaire en matière de santé publique. On a également montré qu'un objectif important des économistes est alors de chercher quelles sont les modalités les plus efficaces pour ces interventions : on est alors loin d'une science du rationnement. On a avancé trois domaines pour lesquels les travaux des économistes pouvaient contribuer à l'élaboration des politiques de santé publique et à leur mise en œuvre. En premier lieu, le calcul économique permet de hiérarchiser les actions de santé publique, en mettant en relation moyens mis en œuvre et résultats attendus. Il permet également, pour une action donnée, comme un programme de dépistage, de proposer la modalité la plus efficiente. Enfin, par l'analyse des situations concrètes de mise en œuvre des programmes, l'économiste peut montrer comment

les incitations économiques peuvent avoir un impact positif sur le comportements des acteurs, professionnels et patients. Comment alors organiser de façon plus efficace le dialogue en décideurs et économistes, de façon à ce que les enseignements des seconds soient ressentis comme pertinents et utiles pour les premiers, et que l'économie ne soit pas perçue uniquement comme une tentative de réduire la santé publique à une dimension monétaire ?