

**LE MESSAGE
DU PRÉSIDENT**

Le Conseil d'Administration du CES m'a fait l'honneur de m'élire Président de notre association. Je le remercie de sa confiance dont je m'efforcerai de me montrer digne.

En présentant ma candidature, je l'ai située dans une triple perspective.

D'abord la continuité. Sous la conduite de ses présidentes et présidents successifs – et grâce à la dynamique équipe de permanents conduite par Philippe Ulmann – le CES est devenu une véritable institution du monde de l'économie de la santé. Il participe très activement, à travers ses colloques, ses groupes de travail, ses productions, à l'animation scientifique de notre discipline. Je maintiendrai cette ouverture vers la communauté scientifique française et internationale.

Ensuite, la viabilité matérielle de notre organisation. Comme vous le savez peut-être, le CES va devoir trouver des ressources nouvelles quand viendront à échéance – en 2006 – certaines des subventions qui ont assuré son développement. Le CES doit avoir les moyens de ses ambitions et trouver des sources pérennes de financement. La base CODECS et le projet EURONHEED allaient, et vont encore, dans cette direction. D'autres idées sont en gestation ; d'autres partenariats sont possibles. Leur mise en oeuvre constituera une de mes préoccupations essentielles.

Enfin, la visibilité du CES. Le Collège a comme mission d'exprimer le point de vue des économistes de la santé dans le débat public. Le récent colloque à Sciences Po a montré qu'il reste beaucoup à faire dans ce domaine. Au-delà de la diversité de leurs opinions, les économistes de la santé partagent une même culture professionnelle dont la reconnaissance est indispensable à l'atteinte des objectifs d'efficacité et d'équité du système de santé. Je m'efforcerai d'assurer la présence publique de notre discipline.

Ce programme ne saurait être atteint sans l'aide et la participation tous. Le CA et le Bureau m'ont témoigné de leur amitié et leur soutien. Mais c'est de l'aide de tous les adhérents dont nous aurons besoin dans la période délicate qui s'ouvre. Le CA et moi-même comptons donc sur vous tous.

Je ne saurais terminer ce premier " mot du Président " sans avoir une pensée pour l'équipe sortante et pour Gérard de Pourville, dont je regrette qu'il ait décidé de ne pas renouveler son mandat, ainsi que pour notre Président d'Honneur, Emile Lévy, qui fut membre fondateur et président du Collège, et avec lequel j'ai fait, il y a près de 25 ans, mes premiers pas en économie de la santé.

Claude LE PEN
Université Paris Dauphine

**ÉDITORIAL : ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
ET AIDE À LA DÉCISION PUBLIQUE :
COMMENT GÉRER LA MAUVAISE NOUVELLE ?**

A la suite de la conférence organisée par le CES le 11 mars dernier sur le thème de "La politique de santé et les économistes de la santé", ce numéro de la Lettre est donc consacré aux apports de l'économie dans la prise de décision en santé. Dans ce cadre, il n'est pas inutile de rappeler que l'économie a pour objet d'étudier la gestion (production et répartition) des ressources rares et que, à ce titre, elle s'intéresse à l'ensemble des activités humaines, aussi bien au niveau individuel que collectif.

Les travaux des économistes relèvent, soit de la compréhension des mécanismes et des comportements (pour l'économie positive), soit de la préconisation (pour l'économie normative).

Parmi les économistes qui préconisent, il y a ceux qui vont jusqu'à l'aide à la décision et qui sont porteurs de la mauvaise nouvelle : les ressources sont limitées. C'est vrai dans le domaine des choix privés comme dans celui des choix publics. Quel que soit le niveau des ressources publiques, on sait bien, en effet, qu'il existe une tension permanente entre ces ressources et les besoins de toute nature, aussi légitimes soient-ils. De ce fait, des choix doivent être, et sont, faits.

Quand les économistes aident à réaliser ces choix en proposant des critères, ils peuvent souffrir d'une certaine suspicion d'incompétence de la part de leurs collègues pour deux raisons :

1. Ils acceptent le jeu de la simplification nécessaire : " tout ce qui est simple est faux, mais tout ce qui ne l'est pas est inutilisable ", disait Paul Valéry.

2. Ils utilisent des outils opérationnels quand, dans le même temps, d'autres économistes en démontrent les imperfections.

On peut penser que cette suspicion a encore plus de chances de se manifester s'il s'agit de réaliser des choix dans le secteur de la santé, lorsqu'on connaît le déficit de reconnaissance de l'économie de la santé dans le champ de l'économie, en France notamment.

Pourtant, la difficulté à être porteur de la mauvaise nouvelle dans le secteur de la santé a des raisons beaucoup plus sérieuses. Le principe de la recherche de l'efficacité, c'est-à-dire de gains de productivité, est à peu près admis par tous les acteurs, et l'économiste peut proposer des voies pour y parvenir. On parle de rationalisation.

Mais qu'en est-il lorsqu'il s'agit de choisir entre de multiples innovations qui mobilisent des ressources et qui sont souhaitables, au sens de l'amélioration de la situation des consommateurs de soins concernés? Car tous les gestionnaires de la santé savent bien que, même si tous les gains de productivité possibles étaient réalisés, des arbitrages resteraient inévitables. On sait, en effet, que le secteur de la santé est caractérisé par une forte innovation technologique, qui mobilise parfois des ressources considérables pour des résultats modestes (quand ils sont démontrés).

Ainsi, pour guider les choix publics dans les systèmes de santé financés collectivement, il est légitime de recourir à des critères de jugement destinés à définir des priorités. On peut citer, à titre d'exemple, un critère d'équité proposé par les écono-

mistes, qui consiste à sélectionner toute innovation dès lors que son ratio coût par année de vie gagnée est inférieur à celui d'une innovation déjà sélectionnée. Ce qui signifie que l'année de vie gagnée de Pierre ne mérite pas moins d'effort de la part de la collectivité que l'année de vie de Paul. Ce n'est qu'un exemple, et bien d'autres critères d'équité peuvent être choisis. Mais ils aboutissent tous au résultat selon lequel certaines interventions seront sélectionnées, d'autres non. Le choix implique le sacrifice : certaines innovations seront rejetées même si elles se traduisent par des bénéfices de santé, mais à un coût considéré comme inacceptable. Il ne s'agit plus de rationalisation mais de rationnement.

Refuser le rationnement qui résulte de l'application d'un critère d'équité explicite conduit à accepter l'inéquité au

sens de ce critère: c'est admettre que la collectivité consente un effort pour Paul qu'elle refuse à Pierre. Heureusement, Pierre ne peut pas s'en plaindre, car il s'agit d'un bénéfice futur, et il ne saura jamais qu'il en est privé alors que Paul a pu en bénéficier.

Au total, supprimer les économistes ne supprimerait pas la mauvaise nouvelle. La question reste de savoir comment on préfère gérer ses conséquences : en explicitant des critères de choix ou en laissant agir les rapports de force ?

Marie-Odile CARRÈRE
GRESAC et Université Lyon I

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

La création en 1991 du Haut Comité de la Santé Publique marque symboliquement l'émergence au sein de l'État français d'une " ardente obligation " de construire de façon rationnelle une politique ou des politiques de santé publique. Il faut 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. 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 particulièrement touchés par des inégalités majeures d'état de santé.

L'irrésistible ascension de la santé publique

Il y a donc une irrésistible ascension de la santé publique en tant que principe organisateur de la politique de santé en France. Celle-ci doit avoir un impact sur l'allocation des ressources et l'organisation des soins. Parler d'allocation des ressources, c'est réveiller l'économiste qui dort. 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. 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.

L'analyse économique de la santé publique

Celle-ci est-elle possible ? 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. Malgré cette diversité, il y a cependant

pour l'économiste des traits communs familiers dans cette énumération des problèmes de santé publique. 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*.

A cette analyse des fondements économiques de la santé publique, ajoutons une considération supplémentaire: 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. Rappelons simplement qu'il existe 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.

La boîte à outil des économistes

L'analyse économique a une pertinence directe en matière de santé publique, à qui elle propose un cadre intégrateur. L'économie propose-t-elle des outils d'aide à la décision dans la mise en œuvre des interventions publiques ? 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. Aujourd'hui, 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). L'apport que revendique la science économique existe cependant et appartient à trois registres.

Le rôle des incitations économiques

Le premier traite du rôle des incitations économiques

sur le comportement des individus, médecins ou patients. En matière de santé publique, plusieurs points d'application sont possibles.

Le premier concerne l'offre de soins préventifs en médecine générale. 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. 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 patientèle. Dans ce contexte d'arbitrage, quel est le mode de rémunération optimal ?

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.

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. 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.

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. 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.

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. 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. Pourtant, 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 d'autre part, semblent plus importants pour le décideur 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.

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. Dans d'autres secteurs avec un investissement collectif, comme les décisions d'infrastructure de transport, des méthodes coût-bénéfice sont utilisées pour comparer la rentabilité collective relative des diverses opérations d'investissements 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.

Quel critère de comparaison utiliser pour jauger les différents programmes à une aune commune ? 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 des différentes actions.

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. Sans doute 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. 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. 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 efficace.

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

Gérard de POUVOURVILLE
CREGAS – INSERM U537

L'apport de l'économie pour la régulation de la médecine de ville

Quelle a été l'influence des économistes sur les décideurs en matière de régulation de la médecine de ville en France ? Cette question posée lors de la conférence du CES du 11 Mars 2005 atteste certes des capacités d'introspection des économistes de la santé, mais aussi de leur attachement à 'changer le monde' dans lequel nous vivons. Elle se pose, de manière légitime, dès lors que l'on conçoit la chaîne de production des économistes comme allant de la formalisation jusqu'à la recommandation, en passant par la validation empirique.

Cette question du rôle des économistes dans les gouvernements a été formulée de manière plus large par H. Aaron (1994), car elle est partagée par tous les domaines d'application de la Science économique. Le vent fort d'évaluation plus systématique de l'efficacité des dépenses publiques ne manquera pas de lui donner une acuité plus grande encore dans les années à venir.

Parmi les divers secteurs d'application de la Science économique, celui de la santé semble faire l'objet d'interrogations plus pressantes, voire parfois 'existentielles', qu'elles viennent des économistes de la santé eux-mêmes ou de leurs commanditaires, ici les décideurs publics. Elles sont à la mesure des attentes, souvent très fortes, émanant de l'une ou l'autre des deux parties, et des résultats en conséquence parfois décevants de l'application de la Science économique à ce domaine si complexe. Fuchs (1996), dans son allocution présidentielle à l'*American Economic Association* a ainsi tenté de répondre à la question de savoir pourquoi 'les économistes n'ont pas eu plus d'influence sur la réforme des systèmes de santé aux USA'. Procédant par un questionnaire remis à un échantillon composé d'économistes de la santé (44), d'économistes non spécialisés en santé (44) et de médecins (42), il a pu dégager un certain nombre de pistes explicatives. Parmi celles-ci est invoqué le manque de communication et de diffusion des résultats et le fait que les valeurs jouent un rôle très important

dans ce domaine. Les décideurs (et les journalistes qui se font le relais des économistes auprès d'eux) ne retiennent de leurs analyses que les résultats qui vont dans le sens de leurs propres préférences.

Walliser (1994), dans un ouvrage intitulé *l'intelligence de l'économie*, pose de manière plus large la question encore de la relation entre les prédictions théoriques, les recommandations et les décisions. La démarche même de l'économiste, de nature hypothético-déductive, le conduit dans un premier temps à élaborer une maquette du monde réel, nécessairement simplifiée, à partir de laquelle sont dérivées les conditions d'un optimum de Pareto (de premier ordre ou encore, *first-best*). Dans cette situation, qui n'est pas unique, la satisfaction d'un individu ne saurait être augmentée (dans le cadre d'un nouvel échange ou d'une réforme) sans détériorer celle d'au moins un autre individu. La prise en compte des asymétries informationnelles entre les partenaires de l'échange conduit les économistes à ajouter une deuxième contrainte au programme, ce qui les conduit à raisonner sur un ensemble plus restreint d'optima (dits alors de *second best*). L'intérêt de la prise en compte de ces contraintes informationnelles, outre le plus grand réalisme de l'analyse, est d'anticiper les comportements stratégiques d'acteurs disposant d'une information privée. Le programme récent de la micro-économie appliquée s'inscrit résolument dans cette démarche, à partir de la théorie des contrats et il en va de même pour l'analyse du secteur de la santé. Pour Walliser cependant, un troisième ordre de contraintes s'impose au décideur : celui de la faisabilité politique, de telle sorte que selon lui, 'les théoriciens raisonnent sur du *first best*, les praticiens sur du *second best* et les décideurs choisissent du *third best*.

L'interface entre économistes et décideurs est-elle, pour autant, défectueuse ? L'analyse récente du cheminement, sur les vingt dernières années, de la réforme de l'assurance maladie, notamment en matière de médecine de ville¹ a permis de confronter les attendus et

les réalisations. Elle permet de dégager un certain nombre de pistes de réflexion sur les interactions entre économistes et décideurs. Parmi celles-ci, se pose la question du passage de l'analyse 'positive' (à savoir la capacité à comprendre et représenter l'objet d'analyse), à l'analyse 'normative', à partir de laquelle pourront être tirées toutes les implications du choix d'une norme plus qu'une autre. Pour éclairer le choix des décideurs, finalité de l'économie, il convient en effet de documenter toutes les étapes, y compris la troisième, en utilisant les outils de l'analyse positive puis normative pour mesurer les conséquences, y compris politiques, du choix d'une norme (et donc d'une certaine voie de réforme) plutôt que d'une autre. Ce faisant, on honore à la fois la pensée d'Henri Guittou pour lequel 'il n'y a d'économie que politique' et de Jean-Jacques Laffont dont les ultimes travaux ont consacré une place importante à cette même dimension politique de l'économie.

Améliorer l'interface passe aussi par une meilleure capacité à communiquer les résultats, sauf à laisser à d'autres le soin de le faire, avec le risque, comme l'indique l'étude de Fuchs, d'un arbitraire dans les choix des options effectivement relayées auprès des décideurs. Ceci ne remet pas en cause l'intérêt de la formalisation en économie de la santé qui ne saurait faire l'économie de la transposition, au domaine de la santé, des modèles théoriques, sauf à se couper de la communauté des économistes². Les travaux récents attestent de l'intérêt de la formalisation en économie de la santé, dans la mesure où s'y combinent, plus que partout ailleurs, de nombreuses défaillances de marché. Mais pour avoir un impact sur la décision, l'analyse économique doit passer du *second* au *third best* au sens où elle doit être aussi en

mesure de fournir au décideur les implications attendues d'une option plutôt que d'une autre. Les microsimulations constituent ici un outil précieux dans la mesure où elles sont mieux à même d'illustrer, en termes quantitatifs les conséquences des diverses options. Des indicateurs de faisabilité politique peuvent y être utilement intégrés, à l'instar de travaux menés sur la franchise³. L'étude fine du profil des gagnants et perdants à la réforme permet de compléter l'analyse par une mesure à la fois de ses effets redistributifs et du soutien politique qu'elle pourra récolter.

A l'économiste aussi d'anticiper sur les questionnements dans la mesure où les horizons temporels sont souvent différents. Mais le caractère récurrent de certaines questions, comme celle de la demande induite ou la mise en place de mesures de responsabilisation des patients facilite la tâche en la matière. A lui aussi de forcer le regard du décideur, résolument tourné vers l'avenir, sur le passé pour une évaluation rétrospective des mesures et la confrontation entre attendus et résultats.

Lise ROCHAIX

Université Aix-Marseille II

¹ La réforme de l'assurance maladie : quelques étapes d'un long cheminement, numéro spécial de la *Revue de la CFDT*, n°65, Mai-Juin 2004.

² Cf. L. Hartmann, L. Rochemaix, 'Modélisation économique et réforme des systèmes de santé', Introduction au numéro spécial santé de la revue *Économie Publique*, n°9, 2001/3, pp. 5-11.

³ Cf. 'Effets redistributifs de mesures de responsabilisation des usagers du système de soins : une approche par microsimulations de franchises sur les soins ambulatoires', C. Fiume-Lachaud, C. Langeron-Leténo et L. Rochemaix, *Économie et Statistiques*, 1998.

L'apport de l'économie de la santé à la régulation des biens de santé

Pourquoi l'économie de la santé, vecteur de rationalisation des pratiques médicales, n'est-elle pas davantage utilisée par les pouvoirs publics, agents (supposés) de rationalisation des pratiques collectives, en particulier s'agissant de la régulation des biens de santé ?

1. Le recours aux techniques du calcul économique pour éclairer la politique de santé n'est pas nouveau. A la fin des années 60, l'expérience de Rationalisation des Choix Budgétaires (RCB) a tenté de moderniser la gestion publique en introduisant explicitement l'Analyse Coût-Bénéfice comme méthode de choix des investissements publics. Dans le domaine de la santé, le célèbre programme de réduction de la mortalité périnatale, qui a fortement contribué à faire reculer cette dernière en France, a été l'une des actions pilote menée dans ce cadre. En dépit de plusieurs succès, la RCB a progressivement été abandonnée pour diverses raisons, tant internes à l'administration (résistance au changement ; insuffisance de l'information statistique) qu'externes (accroissement de l'incertitude conjon-

cturelle à partir de 1974-75 ; changement de l'environnement politico-idéologique, la notion d' " État minimal " tendant à remplacer celle d' " État rationnel ").

2. Le retour du calcul économique s'est effectué au milieu des années 80, dans un contexte tout différent, celui de la tarification des biens de santé et tout spécialement des médicaments. Celle-ci pose en effet un double problème : d'une part, la régulation par le marché est inopérante en raison des effets habituels d'asymétrie d'information et de tiers-payant ; d'autre part, la tarification publique au coût marginal est impossible compte tenu de la faiblesse du coût de production au regard des coûts passés de R&D et de promotion (on est pratiquement dans le cas d'une industrie à coûts décroissants). D'où l'émergence progressive du concept de " *value based pricing* ", visant à fonder le prix du médicament sur la valorisation du bénéfice thérapeutique tel qu'il apparaît dans les études cliniques. Le calcul économique est alors appelé à déterminer le consentement à payer collectif pour un avantage thérapeutique donné. L'instrument le plus

utilisé pour cela est l'Analyse Coût-Efficacité qui pose un principe de proportionnalité entre le prix et l'efficacité, cette relation pouvant être explicite comme au Royaume-Uni où un seuil officiel du coût par QALY détermine les limites du consentement à payer (autour de 30.000£ par QALY), ou implicite par référence aux coûts et aux efficacités des pratiques médicales effectives, socialement acceptées !

3. Encouragé par l'industrie, le développement du concept de " *value based pricing* " a connu une grande fortune dans le domaine académique et scientifique. La pharmaco-économie, ou la médico-économie, est ainsi devenue une sous discipline à part entière de l'économie de la santé. En revanche, l'utilisation du concept dans la décision publique est restée plus problématique. Dans certains pays, il a été promu au rang de doctrine officielle. Au Royaume-Uni, le National Institute for Clinical Excellence (NICE), un institut du NHS chargé de l'évaluation des technologies médicales, fixe, nous l'avons dit, des seuils d'acceptabilité des nouveaux traitements en termes de coûts par QALY. D'autres pays comme l'Australie, le Canada et bientôt les Pays-Bas, exigent de la part des industriels des études coût-efficacité à l'appui de leurs demandes de prix.

La France se situe dans une situation contradictoire. D'une part, la doctrine et la jurisprudence vont plutôt dans le sens du " *value based pricing* ". Pour les produits reconnus comme apportant une avancée thérapeutique majeure, l'administration a tendance à avaliser les demandes des prix des industriels, pourvu que celles-ci ne soient pas excessives au regard des prix pratiqués dans les pays européens comparables. En revanche, elle applique aux produits sans apport thérapeutique un " *discount* " pouvant aller jusqu'à 40% du prix des spécialités comparables. Les situations intermédiaires font l'objet d'une négociation, dont l'issue sera d'autant plus favorable à la firme que le degré d'innovation du produit est grand. Mais, tout en reconnaissant une forme de relation fonctionnelle entre prix et efficacité, l'administration française s'est toujours refusée à la formaliser et à prendre en compte officiellement les études de pharmaco-économie produites par les entreprises. Pourquoi cette contradiction ?

4. Les explications les plus courantes sont essentiellement d'ordre méthodologique ou institutionnel. La crédibilité des études serait entachée par leur financement privé. L'administration ne disposerait pas des capacités nécessaires de contre-expertise. Le recours, fréquent en matière de calcul

économique, à des hypothèses, à des extrapolations et à des modèles affecterait la robustesse des résultats. Les indicateurs utilisés pour mesurer la performance des traitements, notamment les QALYs utilisés par le NICE, seraient sommaires et simplistes. Les modèles de calculs ignoreraient les réalités institutionnelles, notamment la séparation verticale des budgets entre soins de ville et soins hospitaliers, etc. Toutes ces explications sont certainement fondées, mais force est de constater qu'elles s'appliquent également à des pays qui ont fait d'autres choix que la France en matière de reconnaissance du calcul économique. Quel est donc le facteur singulier qui explique " l'exception française " ?

5. Il faut, me semble-t-il, invoquer une explication de type culturaliste. La tradition française en matière de régulation des biens de santé se refuse en effet à situer dans un même espace les données " scientifiques " d'efficacité et les données " économiques " de coût, rendant ainsi impossible une pondération des unes par les autres. L'efficacité médicale, donnée objective et intangible de la science, n'est pas de même nature que le prix, donnée stratégique, subjective et négociable des entreprises. Ce modèle épistémologique sous-tend un modèle décisionnel séquentiel avec, dans un premier temps, une décision de remboursement prise sur la seule considération des données médicales et, dans un deuxième temps, une négociation avec la firme visant à obtenir le plus bas niveau de prix possible. Ces deux étapes séparées excluent tout arbitrage coût-efficacité explicite et formalisé. En termes politiques, ce modèle possède l'avantage qu'officiellement aucun traitement médicament " utile " n'est récusé pour des raisons économiques. Seule une insuffisance d'efficacité médicale peut conduire à ce résultat. Ce n'est évidemment pas le cas de la logique du NICE qui conduit à ne pas recommander la prise en charge d'un produit " utile " dont le ratio coût-efficacité excéderait le seuil fixé a-priori.

L'adoption d'une logique coût-efficacité impliquant ce type d'arbitrage nécessiterait une révision profonde de la philosophie du remboursement des biens de santé en France. L'évolution des techniques médicales et l'évolution des mentalités vers la recherche de l'efficacité, dont témoigne le rapport du Haut Conseil pour la réforme de l'Assurance-Maladie, pourraient néanmoins y conduire dans l'avenir.

Claude LE PEN

Université Paris IX Dauphine

HESG – CES WORKSHOP 2006

2^{èmes} Rencontres Franco-Britanniques en Économie de la Santé

Comme annoncé dans la Lettre du Collège de décembre 2004, après le succès de la 1^{ère} édition organisée à Paris en janvier 2004, nos collègues britanniques du *Health Economists' Study Group* (HESG) ont souhaité organiser les 2^{èmes} rencontres à Londres du 4 au 6 janvier 2006.

L'appel à communications est désormais disponible (voir document ci-joint) et nous espérons que vous serez aussi nombreux que l'an dernier à proposer des contributions de qualité et à participer à ce colloque.

Attention, envoi des résumés avant le 30 juin 2005 !

LA VIE DU COLLÈGE

Compte-rendu de l'Assemblée Générale du CES du 11 mars 2005

L'Assemblée Générale du Collège s'est tenue le 11 mars dernier au CERI à Sciences Po Paris et a réuni une centaine de membres, qui ont pu assister au préalable à une conférence. Après un accueil par le Président Gérard de Pouvoirville, les points suivants de l'ordre du jour ont été abordés :

- Proclamation des résultats du vote pour le renouvellement du Conseil d'Administration

En ce début d'année 2005, il incombait aux membres de l'association d'élire un nouveau conseil d'administration puisque le mandat précédent (02/2002-02/2005) s'achevait.

A cette occasion,, le Collège a reçu 17 candidatures (dont 8 nouvelles) pour 15 sièges (en légère diminution par rapport à 1999 et 2002 où l'on comptait 19 candidats).

Six membres sortant ne se sont pas représentés : Gérard Duru, Maryse Gadreau, Michel Grignon, Émile Lévy, Philippe Mossé, Jean-Claude Saily. Nous tenons à les remercier chaleureusement pour leur contribution importante au développement du Collège et tout particulièrement Émile Lévy, président d'honneur du Collège et membre du Conseil d'administration de notre association depuis sa création il y a plus de 15 ans.

Sur les 244 membres inscrits sur la liste électorale (personnes morales et physiques), 52 ont voté par correspondance et 109 sur place (dont 39 par procuration), soit un total de 161 votants (66% des inscrits).

En mars 2002, lors de la précédente élection, il y avait eu 111 votants pour 196 membres (56,6% des inscrits) à l'époque. Le nombre de suffrages exprimés a donc nettement augmenté et, de plus, le taux de participation a pour sa part très sensiblement progressé.

A l'issue du vote, 15 membres ont été élus, dont 6 nouveaux administrateurs. Le nouveau Conseil d'Administration élu pour la mandature 2005-2008 est donc composé de :

Conseil d'Administration du CES Mandature 2005-2008

Sophie Béjean	Pierre-Jean Lancry
Martine Bungener	Claude Le Pen
Marie-Odile Carrère	Jean-Paul Moatti
Guy Delande	Henry Noguès
Benoît Dervaux	Dominique Polton
Brigitte Dormont	Gérard de Pouvoirville
Francis Fagnani	Lise Rochaix
Yves-Antoine Flori	

Le nouveau Conseil d'Administration devra se réunir rapidement pour élire un nouveau bureau et un nouveau Président (voir ci-contre).

- Les rapports d'activités et de gestion pour 2004

Les rapports d'activités et de gestion (voir documents joints) de l'association ont été présentés par le Secrétaire Général. Ils ont été approuvés à l'unanimité des présents.

- Les activités du Collège en 2005

Voir documents joints à la Lettre.

La séance est levée par le Président vers 19h00.

Compte-rendu du Conseil d'Administration du CES du 14 avril 2005

Le nouveau Conseil d'Administration, élu lors de l'Assemblée Générale du CES du 11 mars 2005, a tenu sa première réunion le jeudi 14 avril 2005, au siège de l'association, pour élire le nouveau président du Collège, Gérard de Pouvoirville ne se représentant pas à la Présidence, ainsi que le bureau de l'association.

Un seul candidat se présentait à la succession de Gérard de Pouvoirville, Claude Le Pen, qui a été élu à l'unanimité, Président du Collège des Économistes de la Santé.

Puis un nouveau bureau a été élu, lui aussi à l'unanimité, dont la composition est donnée ci-dessous ;

Composition du Bureau :

Président :	Claude Le Pen
Vice-Présidents :	Pierre-Jean Lancry Lise Rochaix
Trésorier :	Gérard de Pouvoirville
Trésorier-Adjoint :	Marie-Odile Carrère
Secrétaire :	Benoît Dervaux

Lors de cette première réunion, les administrateurs et le président ont affirmé leur souhait de continuer le travail de l'équipe précédente et d'assurer au Collège un développement de son activité sur la base des projets en cours, ainsi que d'autres initiatives à l'étude.

Du côté des membres

Avec l'arrivée de nombreux nouveaux membres au cours des derniers mois, notre association compte désormais près de 250 membres (dont plus de 200 individuels).

Cette nette progression rend nécessaire l'actualisation de l'annuaire. Comme nous l'avons instauré depuis 1999, pour les années impaires, le Collège sortira en 2005 une version synthétique de l'annuaire des membres.

Les membres du CES recevront dans le courant du mois de mai par e-mail ou par courrier leur fiche à remplir pour l'annuaire. La parution est prévue pour juin 2005.



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 Citeaux, 75012 Paris.

Tél: 01-43-45-75-65, Fax : 01-43-45-75-67,

E-mail : ces@ces-asso.org

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

La Lettre du Collège :

Directeur de rédaction : Claude Le Pen,
Secrétariat de rédaction : Julie Cardi, Philippe Ulmann.
Réalisation : Louyot.
Tirage : 500 exemplaires.
ISBN : en cours