

# LETTRE du COLLÈGE

COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

## LE MESSAGE DU PRÉSIDENT

Beaucoup de monde à la Conférence que le Collège a tenu le 10 Mars à Dauphine, en prélude à son Assemblée Générale !

Beaucoup de monde et pourtant une absence cruelle, celle de Yves-Antoine Flori, disparu le 9 Janvier dernier dans les circonstances que l'on sait. Yves-Antoine nous a manqué comme il manquera au Conseil d'Administration du Collège qui a décidé de ne pas le remplacer et de garder son siège vide durant toute la mandature. Philippe Mossé, qui était son ami, lui rend dans l'éditorial de ce numéro un hommage personnel et émouvant. Dédiée à Yves-Antoine, la journée du 10 Mars a été un succès et le Collège a été honoré de la présence de Laurent Degos, de Françoise Forette et de Dominique Amaury qui ont apporté leur contribution à la question du rôle de l'économie dans la décision publique en santé.

Cette question nous anime certes beaucoup, mais il faut rappeler qu'elle constitue une des raisons d'être du Collège dont les pères (et mères) fondateurs voulaient qu'il soit un instrument de communication entre le monde académique et le monde médico-politico-administratif. Mais cette question est également à l'origine de notre discipline et Daniel Benamouzig a rappelé en introduction de la conférence à quel point l'économie de la santé a été marquée en France par les efforts des comptables nationaux pour dresser le compte satellite santé et par les tentatives de rationalisation et d'amélioration de la gestion budgétaire à travers le mouvement RCB des années 70.

Le colloque du 10 mars a ainsi parfaitement illustré la double identité de notre Collège qui, fidèle à sa mission de représentation de l'économie de la santé en France, est peu à peu devenu une véritable société savante qui anime le milieu de l'enseignement et de la recherche dans un domaine qui attire de plus en plus de jeunes chercheurs de qualité.

**Claude LE PEN**  
Université Paris Dauphine

## EDITORIAL : YVES-ANTOINE FLORI, UN ENSEIGNANT-CHERCHEUR ATTACHANT

*Yves-Antoine Flori est brutalement décédé le 9 janvier 2006 à l'âge de 47 ans.*

*Après avoir soutenu sa thèse à Aix en Provence, sous la direction de Joseph Brunet Jailly, Yves-Antoine avait été nommé Maître de Conférence à l'Université de Bourgogne et avait également fait partie du Laboratoire d'Économie Sociale. En 2001, il avait soutenu son HDR sous la "direction" de Michèle Fardeau et Maryse Gadreau. Il était, depuis 2003, professeur de Sciences Économiques à l'Université Victor Segalen Bordeaux 2 et membre de l'Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement (ISPED). Il était, depuis mars 2005, Administrateur du Collège des Économistes de la Santé.*

Spécialiste de l'économie de la santé et du développement, expert auprès de nombreuses universités, institutions ou instances internationales, Yves-Antoine Flori savait allier une grande rigueur technique et scientifique à une attention presque affective aux dimensions et aux conséquences sociales de ses recherches et de ses enseignements.

C'est aussi ce trait de caractère qui le rendait d'emblée attachant. C'est pourquoi il n'hésitait pas à parler du plaisir qu'il ressentait à travailler à Bordeaux au sein d'une équipe qui, autour de Roger Salamon, l'avait si rapidement adopté. Il savait aussi évoquer son bonheur familial, sa complicité aimante avec son épouse Véronique et leurs enfants.

Partout où sa brillante carrière l'aura mené, Yves-Antoine laissera des regrets ; ne plus pouvoir profiter de son savoir et de sa culture, ne plus bénéficier de la qualité de sa conversation dans laquelle il se livrait tout entier. Quelques temps avant sa disparition il en avait donné une nouvelle preuve qui prend aujourd'hui la résonance tragique et troublante d'un testa-

ment. Tous ceux qui en ont été les témoins se souviendront en effet longtemps de l'intervention d'Yves-Antoine lors de la soutenance de thèse de Céline Moty ce jour d'octobre 2005.

D'abord parce que, comme souvent, il avait demandé de la part de son auditoire une attention particulière : l'empathie avec le public que tout orateur cherche, par principe, à construire, Yves-Antoine la supposait a priori acquise. Si bien que pour le suivre dans les méandres de son intelligence et de son discours, il fallait accepter d'être étonné par une idée, par une formule. C'est qu'il cherchait aussi à s'étonner lui-même.

Et puis, il aimait ses étudiants comme il aimait les Corses ; les uns pour leur faiblesse, les autres, peut être, pour leurs fautes. Il regrettait surtout que les nouvelles générations ne veuillent plus partir se privant ainsi du plaisir des retours.

Comme lors de ce 15 août quand il avait montré, dans l'Eglise de son village, tout son attachement à la coutume et, le soir même autour du pastis, exprimé le regret de voir cette Corse là s'effacer peu à peu.

Poussé par cette même inquiétude, mais cette fois pour l'avenir de l'Université, il avait donc dit à Céline et à nous tous présents dans cet amphithéâtre de l'Ispeid, qu'il fallait lire, lire et encore lire ! Mais pas les derniers articles parus dans le "American Journal of..." (comme dirait l'ami Jean Claude). Non ; lire des romans, des essais. Tiens, les nouvelles de Paul Bowles ou "L'homme sans qualité" de Robert Musil.

Lisons, relisons Musil, nous comprendrons pourquoi Yves-Antoine laissait paraître, dans son regard et dans son sourire, ce que nous nous vantons d'avoir perdu à jamais : notre part d'enfance.

**Philippe MOSSÉ**  
LEST - Université Aix-Marseille

## Le partage des risques entre innovateur et payeur dans les systèmes de santé

**Le thème du partage des risques entre industrie et payeurs dans la diffusion des innovations de soins est apparu de façon récurrente ces dernières années. Partager les risques signifie que deux acteurs sont prêts à mettre des ressources en commun dans un contexte d'incertitude car ils en attendent des bénéfices qu'ils se partageront ; mais ils sont prêts à assumer les conséquences négatives de cette prise de risque. Pourquoi cet intérêt pour ce thème ?**

**Les bases du contrat actuel entre payeurs et innovateurs.**

La nature du contrat qui a lié industriels du médicament et payeurs (surtout public) a changé de façon progressive. En dehors des règles de fixation des prix, les règles fondamentales étaient les suivantes :

- L'attractivité économique du secteur des soins de santé et l'octroi d'un brevet sont les incitations princeps à l'investissement dans la R&D privée.
- L'industriel fait la démonstration de l'intérêt de ses innovations, en utilisant des procédures et des méthodes d'évaluation très codifiées, vérifiables par un observateur extérieur.
- Une fois le produit sur le marché, l'industriel et le payeur (ou les autorités publiques) mettent en place un dispositif visant à gérer une incertitude assumée au moment de la mise sur le marché : celle d'effets secondaires indésirables.
- Il n'y a pas dans le dispositif actuel de partage des bénéfices potentiels du produit après son lancement. Le payeur rémunère l'innovation en solvabilisant la demande, en fonction de l'évaluation qu'il a faite de son rapport bénéfices-risques.

Ce contrat repose donc sur une promesse thérapeutique qui découle du modèle expérimental des essais cliniques.

### La remise en cause du contrat

En France comme dans d'autres pays, les payeurs manifestent une volonté croissante d'un suivi de plus en plus intensif des nouveaux médicaments une fois qu'ils sont mis sur le marché. Quelles sont les incertitudes majeures qui justifient ce suivi du point de vue du payeur ?

La première incertitude naguère assumée est celle de l'efficacité du médicament. Dans la règle du jeu précédente, la preuve de l'efficacité du médicament était acquise une bonne fois pour toute lors de la mise sur le marché. La tolérance à la variabilité de la valeur thérapeutique du médicament en condition réelle semble maintenant se réduire à cause des contraintes de financement. Cette remise en cause repose sur plusieurs arguments. **Un premier biais** est celui du

choix des comparateurs. La comparaison avec d'autres molécules existantes est un paramètre d'évaluation important pour le payeur, puisqu'il lui permet de situer la valeur relative du nouveau produit par rapport aux produits existants. **Le biais de choix des comparateurs s'accompagne du biais habituel des essais cliniques.** Dans un cadre expérimental, les conditions d'utilisation des comparateurs ne seront pas les mêmes que dans la pratique réelle. Une autre limitation est **l'utilisation de critères d'efficacité intermédiaire**, comme la mesure du taux de cholestérol dans le sang : une question importante est celle de l'impact réel du contrôle du taux de cholestérol dans le sang sur la morbi-mortalité cardio- et cérébro-vasculaire à long terme. **Un quatrième biais** des essais cliniques est celui de la sélection des patients qui servent à apporter la preuve de l'efficacité d'un produit. Dans ce cas, la méthodologie au sens strict du terme de construction de la preuve n'est pas en cause : les essais cliniques sont bien conçus et exécutés, mais il y a questionnement sur la transposition des résultats à une autre population cible.

Les études médico-économiques réalisées à partir des essais cliniques sont utilisées par l'industrie pour construire leur argumentation de valeur relative de leurs produits. Ces études comportent une évaluation de l'impact budgétaire de la diffusion d'une nouvelle molécule et livrent des résultats tenant compte de l'impact du traitement sur la productivité et sur la qualité de vie liée aux états de santé. Du point de vue du payeur, elles comportent deux sources d'incertitudes. La première porte sur l'identification précise de la population cible dans le pays concerné, et des hypothèses de part de marché que prendra le nouveau produit. La deuxième est liée à la modélisation du ratio coût-efficacité.

### Offre et demande de contrat de partage de risques.

Ces incertitudes conduisent les payeurs à considérer que la phase de mise sur le marché et d'admission au remboursement est fondée sur une valeur temporaire d'un nouveau produit, établie à partir des connaissances existantes, qui peut être remise en cause au fur et à mesure de sa diffusion. Dans ce contexte, un contrat de partage des risques pourrait être fondé sur les bases suivantes. D'un côté, le laboratoire argumente sa demande de prix (évaluation de la valeur du produit) sur la base d'études montrant dans un cadre expérimental (les essais cliniques) ou par un modèle (les études économiques) et définit de façon quantifiée les différentes dimensions de la performance attendue de l'innovation. De l'autre côté, le payeur accepte de façon conditionnelle la proposition de valeur, mais s'engage à la modifier (en plus ou en moins) en fonction d'un écart mesuré entre performance attendue et performance réelle.

Pour le laboratoire, un tel contrat valide les efforts réalisés pour valoriser son produit sont pris en compte explicitement et le contrat offre par ailleurs une garantie de prévisibilité de l'évolution de sa rémunération. A contrario, une telle prise de risque n'est possible que si le laboratoire s'est assuré en amont de la solidité de ses arguments.

Le payeur obtiendrait la production de connaissances dont il estime avoir besoin. Les connaissances produites seront éventuellement utilisables pour toute une classe thérapeutique ou pour des stratégies de traitement. Le contrat permet comme pour le laboratoire une réduction d'incertitude par l'explicitation de clauses de révision de la rémunération du produit. Enfin, les coûts d'exécution du contrat seraient principalement à la charge du laboratoire.

### Les questions de méthodes.

Il reste un certain nombre de difficultés méthodologiques à résoudre pour s'assurer que la non-contestabilité de son exécution par l'une ou l'autre des parties dans le temps.

A l'examen, l'inscription de cette règle de partage des

risques et des bénéfices n'est pas simple à mettre en œuvre. La mesure de l'efficacité d'un médicament n'est pas une mesure certaine, mais aboutit à une valeur probabiliste, avec un degré d'incertitude accepté *a priori*. Il est probable que, toutes choses égales par ailleurs, cette efficacité sera inférieure au niveau populationnel à celle obtenue au niveau expérimental, à cause d'une observance moins bonne des patients. Il faudra donc fixer *a priori* la plage de valeurs à l'intérieur de laquelle le jugement porté sur le médicament ne changerait pas. Par ailleurs, il faudra faire la synthèse d'informations nouvelles : la valeur ajoutée de l'évaluation *ex post* peut porter sur l'émergence de nouvelles indications, la connaissance accrue de l'efficacité relative du produit par rapport aux molécules existantes, le positionnement par rapport aux molécules suiveuses. Enfin, se pose la question de la valorisation économique du plus ou du moins d'efficacité. De ce point de vue, l'évaluation économique apporte une réponse opérationnelle intéressante, puisque le calcul d'un ratio coût-efficacité modélise une relation entre valeur et efficacité.

Gérard de POUVOURVILLE

CERMES - INSERM U750/CNRS UMR 8169

## Un "Gold Standard" pour l'analyse économique des biens de santé ?

**La plupart des pays Européens se sont dotés ou se dotent d'agences d'évaluation des technologies médicales qui se trouvent toutes confrontées à la question de l'intégration de la dimension économique dans leur démarche. Les solutions adoptées au plan statutaire ou légal sont diverses.**

Le NICE britannique, qui fait figure de référence, procède explicitement à des évaluations économiques tandis que d'autres comme la HAS française ont un domaine de compétence limité à l'évaluation "scientifique", excluant donc officiellement les facteurs économiques. Au-delà des compétences statutaires, les agences sont cependant confrontées à une littérature médico-économique croissante en quantité et en influence, et elles sont amenées de fait à s'intéresser à ces travaux. Pour procéder à cette tâche, et notamment pour pouvoir effectuer des comparaisons entre des études différentes menées dans des contextes technologiques et médicaux différents, le NICE a publié des "guidelines" auxquels doivent se conformer les études<sup>1</sup> pour être prise en considération. Sept exigences méthodologiques sont mises en avant qui forment une sorte de charte pour la qualité et la comparabilité des études :

1. Les effets de santé à prendre en compte sont ceux qui bénéficient directement au patient ;

2. Le type d'analyse recommandé est l'étude coût-efficacité ;
3. Les effets de santé doivent être mesurés en termes de QALYs ;
4. Les préférences doivent être estimées par des méthodes fondées sur les "choice based" et non par des échelles analogiques ;
5. Le public (et non les patients) doivent être à la source des préférences ;
6. Les QALYs doivent être actualisés à un taux identique à celui des coûts ;
7. Les QALYs ne doivent pas être pondérés en fonction des populations.

L'intention qui a présidé à l'établissement de ce guide est évidemment excellente. Elle facilite notamment l'intégration de l'évaluation économique dans l'agenda du décideur politique. Cela étant, l'analyse de chacun de ces points révèle : 1. qu'ils ne sont pas scientifiquement incontestables ; 2. que leur objectif principal – assurer la comparabilité des études – est souvent illusoire.

Le point 1 exclut la prise en compte d'effets externes des innovations technologiques, par exemple les effets restructurant sur le système de soins que l'Agence Française, essaie d'évaluer à travers la notion –encore insuffisamment définie– d'intérêt de santé publique (ISP).

<sup>1</sup> NICE : Guide to the Methods of Technology Appraisal, avril 2004, p.21. Accessible en ligne sur le site du NICE.

Le point 2, parfaitement justifié en théorie, donne lieu en pratique à des applications contradictoires, puisque le NICE se réfère à un "seuil d'acceptabilité" (de l'ordre de £ 30 000 par QALY gagné marginalement) au-delà l'usage de la technologie n'est pas recommandé. Cela revient à transformer de fait les études coût-efficacité en études coût-bénéfice avec une évaluation implicite de la valeur de la vie qui demeure arbitraire et dont l'estimation ne respecte pas nécessairement les principes méthodologiques et éthiques qui s'imposent à ce type de travaux, notamment celui selon lequel la valeur d'une vie humaine n'a de sens que pour autant qu'il s'agit d'un individu statistique anonyme, dépourvu de toute détermination précise en termes de sexe, d'âge, d'origine ethnique, etc. Un seuil unique donne une valeur de la vie supérieure aux individus (en général jeunes et en bonne santé) les plus "producteurs" de QALYs.

Les points 3 et 4 relatifs aux QALYs et aux méthodes "choice based" pour la mesure des préférences suscitent sans doute le plus d'interrogations. D'abord, on a montré à plusieurs reprises que les QALYs ne garantissent nullement l'émergence d'un pré-ordre sur les états de santé : un individu rationnel peut – dans certaines circonstances – préférer un état à un autre bien qu'il lui rapporte moins de QALYs. La littérature rapporte plusieurs cas de ces "preferences reversals" qui s'expliquent aisément quand on connaît le nombre et la sévérité des hypothèses comportementales qu'il faut imposer à l'indicateur "QALYs" pour être assuré qu'il reflète en toutes circonstances les préférences d'un agent représentatif. Plus concrètement, la construction des QALYs nécessite de pondérer les années de vie par des coefficients variant continuellement de 0 à 1, le 0 correspondant au "pire état possible", le second au meilleur. Un examen de la littérature montre l'extraordinaire diversité des définitions des "pires" et des "meilleurs" états, beaucoup d'entre elles étant même spécifiques à une pathologie, ce qui ruine la prétention à l'universalité et à la comparabilité des QALYs.

L'usage des méthodes "choice based" pour déterminer les coefficients n'est pas moins problématique puisque que les deux méthodes suggérées par NICE ne sont

nullement équivalentes ni en théorie (le "Time Trade-Off" est une méthode de choix dans le certain portant sur des objets connus, tandis que le "Standard Gamble" est une méthode de choix dans l'incertain, reposant sur les axiomes de l'utilité espérée), ni empiriquement : appliquées aux mêmes états de santé, elles ne donnent pas les mêmes résultats, ce qui est encore contradictoire avec l'objectif de comparabilité.

Le point 5 selon lequel les préférences du public – et non celles des patients – doivent être prises en compte, introduit un nouvel élément d'hétérogénéité dans la mesure où l'information du public sur les états de santé est très imparfaite de sorte que les jugements qu'il porte risquent surtout d'en refléter les préjugés, l'expérience ou l'absence d'expérience, etc.

Passons sur le point 6 et l'actualisation qui entraîne un double compte si la méthode d'évaluation des préférences incorpore déjà la dimension temporelle (ce qui est le cas des fonctions d'utilité intertemporelle utilisées dans certains travaux) et notons que le point 7, la non pondération des QALYs, repose dans l'argumentation de NICE sur l'argument très spécieux selon lequel les QALYs ne doivent pas être pondérés parce qu'il n'y a pas consensus sur le système de pondération ! C'est oublier que l'absence de pondération n'est autre que le choix – pas plus justifié qu'un autre – d'un système de pondération unitaire.

La conclusion que nous tirerons de cette rapide analyse critique de la méthode NICE est qu'il est sans doute trop tôt pour figer la méthodologie de l'évaluation économique dans un cadre normatif, que beaucoup de sujets qui la concernent restent du domaine de la recherche, et qu'il faut se résoudre durant encore quelques temps à juger les études en fonction de leur contenu propre et non de leur conformité à un cadre rigide qui donne par bien des côtés les attributs de la rigueur et de la vérité à des points qui relèvent encore de la discussion et du débat scientifique et qui ne sont parfois pas exempts de jugements de valeur implicites.

**Claude LE PEN**

Université Paris Dauphine

## 6th European Conference on Health Economics Budapest (Hongrie) – 6-9 juillet 2006.

Du 6 au 9 juillet prochain, se tiendra à Budapest en Hongrie, la 6<sup>ème</sup> Conférence Européenne en Économie de la Santé. Relancées en 2002 par le Collège, après 7 ans d'absence sur la scène scientifique internationale, ces conférences européennes ont rencontré depuis un vif succès et ont trouvé toute leur place dans le calendrier, déjà bien chargé des colloques internationaux. Cette sixième édition (en attendant la septième à Rome en 2008) s'annonce sous les meilleurs auspices avec plus de 550 propositions de communications reçues par le Comité d'organisation et plus de 400 retenus dans le programme. Bien évidemment, le Collège est partenaire de la conférence et ne peut qu'inciter ses membres à participer, tant la présence française dans ces grandes manifestations est très importante pour notre communauté. Pour ceux qui ne se sont pas encore inscrits, tous les détails sur :

<http://www.eche2006.com>

## Dépenses de santé et vieillissement

### État des lieux et réflexions prospectives

**Le vieillissement de la population fera-t-il exploser les dépenses de soins ? L'idée qu'une menace démographique pourrait submerger nos systèmes de santé est très répandue. Elle trouve sa puissance dans un raisonnement simple et intuitif. Les dépenses de santé d'un individu augmentent fortement avec son âge. La population vieillit. Il y aura donc un choc à la hausse sur les dépenses de santé. Ce raisonnement est rigoureux et sa conclusion exacte. Mais il laisse de côté les autres facteurs influençant les dépenses, notamment l'évolution de l'état de santé à âge donné et les innovations en matière de médicaments et de procédures.**

L'OCDE et l'Union Européenne viennent de livrer leurs prévisions à l'horizon 2050. L'impact prévu est non négligeable. Pour les pays de l'OCDE, la part dans le Produit Intérieur Brut des dépenses consacrées à la santé et à la prise en charge de la dépendance devrait passer de 5,7% en 2005 à 9,6% en 2050. Pour le périmètre de l'Europe des 25, le rapport de la commission européenne prédit une augmentation plus modérée, de 6,4% en 2004 à 7,9% en 2050. Les scénarios retenus par les équipes de ces institutions sont identiques pour la prise en compte de la démographie mais différent sur les hypothèses se rapportant au progrès technique.

Concernant l'impact des évolutions démographiques, un débat assez vif a porté sur le rôle qu'il fallait attribuer à l'âge. Sur une suggestion originale, Lubitz, Zweifel *et al.* (1999) ont défendu l'idée que ce n'est pas l'âge, mais la proximité de la mort qui explique les dépenses de soins. La corrélation transversale observée entre âge et dépenses résulterait exclusivement du coût élevé de la mort, joint au fait que la probabilité de mourir augmente avec l'âge. Après quelques années de polémiques, les économistes ont convergé vers un consensus consistant à reconnaître que les deux facteurs jouent significativement : certes, les dépenses augmentent spectaculairement à l'approche de la mort ; mais on observe aussi que les dépenses des "survivants" croissent avec leur âge.

Ce débat n'est pas gratuit. Intégrer la proximité de la mort change les prévisions, conduisant à une forte révision à la baisse de la croissance anticipée pour les dépenses. Stearns & Norton (2004) montrent que les dépenses de Medicare seraient surestimées de 15 % à l'horizon 2020 si l'on n'intégrait pas la proximité de la mort dans le calibrage de la prévision. Ce point de vue est maintenant acquis : la méthode retenue pour les prévisions de l'OCDE et de la commission européenne intègre à la fois l'âge et la proximité de la mort.

La question sous-jacente à ce débat se rapporte en fait à l'état de santé. Il est clair que c'est la morbidité et non l'âge en soi qui explique le profil des dépenses. En l'absence d'une information plus précise qui est rarement disponible, la proximité de la mort est un bon indicateur de la morbidité. La révision à la baisse

obtenue pour les prévisions reflète ainsi l'amélioration de l'état de santé qui est déduite de l'accroissement de la longévité. Il y a d'innombrables discussions dans la littérature sur la façon dont l'état de santé des populations pourrait évoluer à l'avenir, avec des scénarios complexes sur les déformations potentielles du profil de morbidité par âge. Une intuition très répandue consiste à supposer que l'amélioration de l'état de santé peut être à la source d'économies sur les dépenses. Les résultats fournis par un modèle de micro simulation élaboré par la *Rand* suggèrent qu'une telle conjecture est sans fondement (Lubitz, 2005). Les hypothèses sur l'état de santé futur des populations ont peu d'influence sur les prévisions de dépenses, car tout gain en moindre morbidité est compensé par une vie plus longue et des dépenses sur une plus longue période.

En matière de prévision le facteur décisif est la prise en compte des changements de pratiques : l'impact du progrès technologique dépasse très largement l'effet des changements démographiques. Une analyse sur données micro-économiques permet de préciser les ordres de grandeur : on a étudié les dépenses de santé des assurés sociaux français sur les années 1992 et 2000 (Dormont *et al.*, 2005). Le profil de dépenses est bien sûr croissant avec l'âge : on consomme plus à 70 ans qu'à 30 ans. Mais le plus intéressant réside dans la comparaison des profils : le profil de l'année 2000 est toujours situé au-dessus de celui de 1992. Il y a une dérive vers le haut : à âge donné, on dépense plus en 2000 qu'en 1992. Cette dérive correspond à une meilleure réponse aux besoins de la population.

Concernant l'utilité de la dépense, on peut prendre l'exemple convaincant de la cataracte : en quinze ans le taux de chirurgie de la cataracte a triplé ; entre 1993 et 1998, le taux d'interventions est passé de 40% à 55% pour les personnes de 75 ans et plus. On pourrait considérer quantité d'autres exemples d'innovations technologiques qui améliorent les performances sanitaires tout en conduisant – aussi – à une augmentation de la dépense de soins par personne, à âge et pathologie donnés.

C'est cette évolution qui explique la croissance des dépenses de santé, beaucoup plus que le vieillissement de la population : les impacts sont sans commune mesure. En analysant rétrospectivement la croissance des dépenses de santé en France entre 1992 et 2000, on trouve une augmentation de 65 %, dont la moitié est due au progrès technologique et un dixième seulement aux changements démographiques. L'évolution de la morbidité, quant à elle, joue négativement, dans le sens d'un freinage de la croissance des dépenses. Des analyses rétrospectives menées pour les États-Unis sur la période 1965-2002 aboutissent au même constat : les changements technologiques expliquent la moitié de la croissance et la démographie joue un rôle très marginal.

Ces analyses rétrospectives peuvent-elles suffire à nous rassurer pour l'avenir ? Sans céder à une panique infondée, il importe quand même de mesurer l'effet potentiel de l'arrivée des générations du baby-boom aux âges de grande consommation médicale. D'après l'OCDE, la part dans le Produit Intérieur Brut des dépenses consacrées à la santé et à la prise en charge de la dépendance devrait passer de 5,7 % en 2005 à 7,7 % en 2050. Si l'on intègre l'hypothèse réaliste que le progrès technique médical suivra un rythme équivalent à celui connu dans les dernières décennies, on trouve que cette part devrait passer de 5,7 % en 2005 à 9,6 % en 2050. Les prévisions réalisées par la commission européenne aboutissent à une conclusion plus modérée parce qu'elles n'incorporent pas dans leur scénario central de dérive due au progrès technique. Là encore, le progrès technique joue un rôle tout à fait crucial sur les prévisions.

Nous devrions donc consacrer une part plus importante de notre richesse à la santé. L'avenir est-il sombre pour autant ? Pas véritablement. Certes, une part plus importante du PIB sera dévolue à la santé. Mais la taille du "gâteau" augmente continuellement et rien ne permet de penser qu'il faudra se restreindre pour financer les soins. Cutler (2003) produit à cet égard le chiffre le plus convaincant : pour l'OCDE, à l'horizon 2050, la consommation des ménages *en excluant les dépenses de santé* devrait augmenter de 150 % entre 2000 et 2050, dans l'hypothèse où le progrès technique médical suivrait un rythme comparable à celui observé jusqu'à présent. S'il s'accélère et va deux fois plus vite que dans le passé, la consommation des ménages *hors santé* devrait encore augmenter de 100 % d'ici à 2050.

Le fait que nos économies développées puissent encaisser cette vague démographique sans grand dommage ne signifie pas qu'il faille rester passif devant les évolutions à venir. La rhétorique démographique peut être exploitée au service d'un rejet de toute démarche visant à maîtriser les coûts de la santé. Le rôle majeur joué par les innovations technologiques rend cette démarche plus cruciale que jamais.

Concernant le progrès médical, en effet, l'avenir est à la fois radieux et orageux. De très nombreuses innovations sont anticipées pour les prochaines décennies, toutes aussi efficaces pour les soins qu'elles seront coûteuses pour la collectivité. Il est urgent que l'assurance maladie, les médecins, les partenaires sociaux et les associations de patients réfléchissent collectivement aux mécanismes à mettre en place pour favoriser ces innovations et effectuer les bons arbitrages.

**Brigitte DORMONT**

Université Paris IX Dauphine  
et Université de Lausanne

Cutler (2003), "An international look at the medical care financing problem", working paper, Harvard University.

Dormont, Grignon & Huber (2005), "Health expenditures and the demographic rhetoric: reassessing the threat of ageing", working paper IEMS #0501, <http://www.hec.unil.ch>.

European Commission and Economic Policy Committee (2006) "The Impact of ageing on public expenditure : projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long term care, education and employment transfers (2004-2050)", Special report n°1/2006.

OCDE (2006), "Projecting OCDE Health and Long Term Care Expenditures: What are the Main Drivers ?", OCDE Economics Department Working papers, # 477.

Lubitz (2005), "Health, Technology and Medical Care Spending", *Health Affairs*, September.

Stearns & Norton (2004), "Time to include time to death? The future of health care expenditure predictions", *Health Economics*.13 : 315-327.

Zweifel, Felder & Meiers (1999), "Aging of population and health care expenditure: a red herring", *Health Economics*.8: 485-496.

## Appel à communications

### XXVIII<sup>èmes</sup> Journées des Économistes de la Santé Français

**23-24 novembre 2006, Université de Bourgogne à Dijon**

Comme annoncé lors de l'Assemblée Générale du 10 mars dernier, il a été proposé de relancer les Journées des Économistes de la Santé Français (JESF), avec l'appui du Collège des Économistes de la Santé (vous trouverez l'appel à communication joint à la Lettre). Les propositions de communications doivent parvenir au CES avant le **16 juin 2006**. Chaque proposition devra contenir impérativement au minimum un résumé de 3 à 5 pages environ comprenant une présentation du plan, de la problématique et de la méthodologie utilisée dans le papier. Les propositions ne répondant pas à ces exigences de présentation seront systématiquement refusées. Les propositions doivent être rédigées en français.

Le Comité Scientifique s'engage à donner une réponse aux propositions avant le **15 juillet 2006**. Les auteurs qui auront été retenus devront faire parvenir leur communication avant le **10 octobre 2006**. Les présentations seront mises en ligne sur le site du Collège (<http://www.ces-asso.org>) le **20 octobre 2006**. Les propositions et les communications doivent être exclusivement envoyées par e-mail (format PC) sous forme de fichier attaché à l'adresse suivante : [ces@ces-asso.org](mailto:ces@ces-asso.org)

## LA VIE DU COLLÈGE

### Conseil d'Administration

Le lundi 27 janvier 2006 s'est tenu le Conseil d'Administration du Collège. Outre les habituels points inscrits à l'ordre du jour (structures du CES, nouvelles candidatures, compte-rendu des activités : CODECS, EURONHEED, ESPAD...), l'essentiel de la séance a été consacré à la préparation de l'Assemblée Générale du vendredi 10 mars 2006 (voir ci-dessous) avec la préparation des rapports moral et financier de l'association, ainsi que les bilans des principales actions du Collège en 2005 et celles à venir en 2006.

### Compte-rendu de l'Assemblée Générale du CES du 10 mars 2006

L'Assemblée Générale du Collège s'est tenue le 10 mars dernier à l'Université Paris Dauphine et a réuni près d'une centaine de membres, qui ont pu assister au préalable à une conférence. Après un accueil par le Président Claude Le Pen, les points suivants de l'ordre du jour ont été abordés :

- **Hommage à Yves Antoine Flori**

En préambule de l'Assemblée Générale, comme de la conférence qui la précède, les administrateurs ont tenu à rendre hommage à notre collègue et administrateur du Collège, le Professeur Yves-Antoine Flori, disparu tragiquement le 9 janvier 2006 (voir l'éditorial de Philippe Mossé).

- **Les rapports d'activités et de gestion pour 2005**

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

- **Les activités du Collège en 2006**

Les activités du 1<sup>er</sup> trimestre 2006 ont été présentées, ainsi que celles prévues dans les prochains mois (voir documents joints à la Lettre).

- **Discussion et débats**

A l'issue de l'examen des points de l'ordre du jour, la discussion s'est ouverte avec la salle. Plusieurs membres ont pris la parole pour exprimer leur satisfaction concernant la conférence organisée en préambule de l'Assemblée Générale. Cependant, il s'avère que le temps attribué à la discussion et aux échanges était insuffisant. De même que l'organisation de l'Assemblée Générale en fin d'après-midi (après 18h00), qui plus est un vendredi, n'était pas des plus pratiques, en particulier pour les membres de Province. Les administrateurs et le Secrétaire général en ont pris bonne note et proposeront pour l'an prochain une organisation différente.

Par ailleurs, à la demande de certains membres, il a été mis au vote une disposition prévoyant la mise en ligne de la Lettre du Collège à l'ensemble des visiteurs du site du Collège, et plus uniquement aux seuls membres, comme c'était le cas jusqu'à présent. Cette disposition a été acceptée à l'unanimité des votants.

Aucun autre point n'étant évoqué, la séance est levée vers 19h00.

### Du côté des membres

Avec l'arrivée de nombreux nouveaux membres au cours des derniers mois, notre association compte désormais près de 270 membres (dont plus de 230 individuels).

Cette nette progression rend nécessaire l'actualisation de l'annuaire. Comme nous l'avons instauré depuis 1999, pour les années paires, le Collège sortira en 2006 une version détaillée 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 2006.

### Enquête sur les publications en économie de la santé

Dans les prochaines semaines les membres du Collège seront sollicités pour participer à une enquête sur les supports de publication scientifique en économie de la santé, à l'initiative du CES. En effet, à la suite de la création de plusieurs revues d'économie de la santé au cours des dernières années, il semblait nécessaire de se livrer à une recension exhaustive des revues françaises et internationales, à leur présentation par spécialité, mais aussi à leur perception par notre communauté scientifique.

En outre, à côté des classements connus du JCR, d'EconLit, du CNRS et du CNU, cette consultation permettrait d'engager une réflexion sur les supports de publication scientifique et pourrait, à terme, permettre éventuellement de fournir aux instances en charge de l'évaluation de la recherche un outil supplémentaire d'information issu d'une société savante, telle que le Collège, et doté d'une certaine représentativité.

L'enquête sera réalisée par e-mail dans le courant du mois d'avril. Nous comptons sur vous pour y participer et nous permettre d'obtenir ainsi un taux de réponse important...



**COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ**

#### **Les Coordonnées du Collège**

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

CES - 7, rue de Citeaux, 75012 Paris.

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

E-mail : [ces@ces-asso.org](mailto:ces@ces-asso.org)

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

#### **La Lettre du Collège :**

Directeur de rédaction : Claude Le Pen,

Secrétariat de rédaction : Alice Césarine, Caroline Déméothis, Philippe Ulmann.

Réalisation : Louyot.

Tirage : 500 exemplaires.

ISBN : en cours