

**LE MOT
DU PRÉSIDENT**

Le CES a renoué le mois dernier avec la tradition en organisant à Dijon les 28^{èmes} Journées des Économistes de la Santé, dont la dernière édition s'était tenue à Paris en 2004. Nous retrouvons notre rythme annuel puisque nous nous retrouverons à Lille en 2007 pour le vingtième anniversaire de ces journées. Pour ceux qui se souviennent de l'anniversaire précédent célébré en 1997 toujours à Lille – hommage à Thérèse Lebrun et Jean-Claude Saille, qui furent parmi les initiateurs de ces journées – la fête promet d'être belle. Je n'ai que de très vagues souvenirs des papiers qui avaient été présentés – sans doute excellents – mais très précis des sketches qui avaient révélé les talents d'acteurs comiques de certains de nos plus estimés collègues... Qualité scientifique et convivialité ont toujours marqué ces journées et l'édition de Dijon n'a pas fait exception à la règle, en grande partie grâce à la qualité de l'accueil que nous avait réservée Sophie Béjean et l'équipe du LEG. Qu'elle en soit sincèrement remerciée.

Les prochaines échéances pour le CES sont au nombre de deux. D'une part la conférence sur le thème "économie de la santé et vieillissement" que nous organisons avec la Fondation Caisse d'Épargne dirigée par Didier Tabuteau et, d'autre part, le colloque précédent l'Assemblée Générale du 22 mars prochain à Paris. C'est en vue de la première de cette manifestation que nous avons décidé de consacrer l'essentiel de cette lettre à "économie de la santé et vieillissement", une discipline qui tend à s'affirmer au plan international comme au plan français et dont les thèmes d'analyse recourent les préoccupations de la plupart de nos collègues même non spécialisés. Les questions du vieillissement de la société jettent un pont entre l'économie de la santé et la politique sociale, contribuant ainsi au développement d'une problématique économique du secteur médico-social, dont l'émergence et la croissance constituent une marque des sociétés occidentales contemporaines. Ce souci d'ouverture nous a également guidé pour le choix du thème du colloque qui précède traditionnellement l'AG annuelle de l'association où on y abordera la délicate question des rapports entre l'économie de la santé et la santé publique.

Nous avons donc du pain sur la planche et nous espérons que vous serez nombreux à participer à ces manifestations, comme vous l'avez d'ailleurs été à Dijon le mois dernier... Bonnes fêtes et Bonne année 2007 au Collège et à tous ses membres !

Claude LE PEN
Université Paris Dauphine

**ÉDITORIAL : L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET LA
QUESTION DU VIEILLISSEMENT DE LA
POPULATION : DU PAIN SUR LA PLANCHE**

L'impact du vieillissement de la population sur le coût des soins fait souvent l'objet de pronostics dramatisés concernant l'explosion des besoins et les pressions conséquentes sur les finances publiques. Une bonne part de la communauté scientifique s'inscrit cependant en faux contre ces anticipations catastrophistes (comme le résume le titre malicieux d'un article de Robert Evans "Apocalypse No") en montrant que derrière le vieillissement, ce qui est en jeu n'est pas en réalité une fatalité démographique ou épidémiologique, mais l'évolution des pratiques de soins à besoin donné, ce qui renvoie à la question générale des choix et des arbitrages à opérer dans les ressources disponibles : quels progrès techniques accepter de financer collectivement, pour quels résultats ? Quelle est l'utilité des soins fournis ? Cette question à laquelle sont confrontés tous les systèmes de santé n'a rien à voir avec le vieillissement, qui ne fait que l'exacerber. L'article de Michel Grignon, Hélène Dormont et Hélène Huber s'inscrit dans cette ligne de réflexion, qui a été nourrie récemment par les mêmes auteurs par des travaux originaux sur des données françaises.

Il reste cependant, dans ce domaine, beaucoup d'incertitudes et d'interrogations qui sont autant de voies de recherche futures.

Ainsi l'évolution de la morbidité en relation avec l'allongement de l'espérance de vie demeure un objet de débat. La morbidité à âge donné s'améliore-t-elle grâce à la prévention et au recul de l'apparition des maladies, ou vivons-nous

plus longtemps et mieux avec les mêmes maladies grâce aux progrès de la médecine ? Les deux scénarios se combinent sans doute, mais de quelle manière ? Les données les plus facilement disponibles en matière d'état de santé sont en effet des données d'incapacité, qui peuvent simplement refléter le résultat des soins. L'évolution de la morbidité (au sens de l'existence et de la gravité des maladies) est, elle, plus difficile à apprécier globalement. Cette incertitude est encore plus grande pour l'avenir, car on peut s'attendre à une croissance rapide de certaines maladies chroniques, telles que le diabète : ainsi en France les projections récentes de l'institut de veille sanitaire paraissent d'ores et déjà minimales. Ces évolutions ne résultent bien entendu pas du vieillissement, mais elles posent la question de l'état de santé des prochaines générations de personnes âgées.

La relation entre vieillissement de la population, coût des soins et proximité de la mort est un autre sujet de questionnement. Le "red herring" de Peter Zweifel est devenu un *must* de la littérature scientifique dans ce domaine et a été "revisité" plusieurs fois. Au passage, au chapitre des idées fausses très répandues, on peut ranger les chiffres très fantaisistes qui continuent à circuler en France sur le coût de la dernière année de vie, y compris chez certains scientifiques...

Plus sérieusement, la littérature n'est pas exempte de contradictions, car l'idée selon laquelle le coût du vieillissement n'est en fait que le coût de la proximité de la mort est contradictoire avec la

déformation du profil de dépenses par âge, c'est-à-dire que le coût des soins augmente proportionnellement plus aux âges élevés. C'est bien dans cette déformation du profil par âge que résident beaucoup d'interrogations. L'intensification des soins concerne-t-elle les personnes âgées de manière homogène quelle que soit la gravité de leur état de santé ? S'agit-il d'un rattrapage ? De conditions de production différentes ? L'article de Michel Grignon, Brigitte Dormont et Hélène Huber ouvre des pistes de recherche sur cette question, qui est d'autant plus troublante que les pays semblent confrontés à des situations assez contrastées : le Canada, l'Australie ou le Japon semblent dans le même cas que la France, à l'inverse des deux pays évoqués par les auteurs.

Une autre direction de recherche nécessaire est d'élargir la réflexion, au-delà de la fonction "soins" *stricto sensu* (sur laquelle se centrent la plupart des travaux empiriques), aux équilibres économiques d'ensemble. Même si l'impact purement démographique sur la consommation médicale reste limité, et en tout état de cause inférieur à ce qu'a été la croissance effective des dépenses de santé dans le passé, d'autres besoins sociaux vont augmenter conjointement – retraite, dépendance, dans un contexte de croissance ralentie qui rend moins évidente la poursuite de la hausse des prélèvements obligatoires¹. Prendre en compte l'ensemble de ces dimensions ne fait que rendre plus aigus les arbitrages nécessaires entre revenu net et financements collectifs, et au sein de ces dernières, entre dépenses de soins et autres dépenses sociales.

Dans ce contexte, les questions d'équité inter et intra-générationnelle vont revêtir une acuité particulière, et c'est aussi un domaine où l'éclairage des politiques publiques par des travaux de recherche est essentiel. La vision du bilan par génération peut d'ailleurs être très différente selon les fonctions prises en compte : aux États-Unis, les personnes âgées d'aujourd'hui apparaissent bénéficiaires nets si l'on considère les dépenses de soins et de retraite, mais non si l'on intègre les dépenses d'éducation². Au sein même de la population âgée, l'équité du financement – tant des consommations de soins que des aides en cas de dépendance – est aussi un domaine insuffisamment exploré, alors même que la difficulté d'accroître les prélèvements obligatoires peut conduire à des scénarios de démutualisation induisant un effort budgétaire important pour certaines catégories de retraités.

Le champ ouvert à la recherche économique sur l'impact du vieillissement – notion au demeurant mouvante sur laquelle Claude Le Pen nous invite à réfléchir – est donc très large. L'économie de la santé y est largement partie prenante, mais des ponts doivent aussi être jetés pour intégrer la consommation médicale dans une vision plus large des besoins sociaux.

Dominique POLTON

CNAMTS

¹ Didier Blanchet, communication au colloque : Sécurité sociale, quels défis pour demain, colloque organisé pour le 60^{ème} anniversaire de la sécurité sociale (2005)

² Antoine Bommier et al., "Who wins and who loses? Public transfer accounts for US generations born 1850 to 2090", NBER Working Paper No. W10969, décembre 2004

Vieillessement de la population et système de santé

L'idée que le vieillissement démographique va provoquer la crise du système de santé est aussi répandue qu'elle est fautive. En 1998, Morris Barer et al.³ la qualifiaient de zombie, toujours ressuscitée en dépit des contre évidences et capable de continuer à marcher sans cerveau. Barer et al (1998) ont montré que la force du zombie tenait au fait qu'il permettait d'évacuer les questions de fond, notamment l'évaluation de la part respective de l'utilité reçue et des rentes perçues en retour de l'augmentation des dépenses de soins. Nous allons donc tenter dans cette brève synthèse, non seulement de tuer une nouvelle fois le zombie sous une avalanche de données

empiriques, mais aussi d'enfouir le cercueil sous le glacier d'une série de pistes de recherche sur les liens entre vieillissement et dépenses de soins.

Commençons par rappeler ce que tout économiste de la santé sait :

1. Le vieillissement de la population que nous allons observer un peu partout dans les pays riches à partir de 2010 n'a que peu à voir avec l'allongement de la durée de vie, et presque tout avec l'arrivée à 65 ans des premières cohortes du baby boom. Autrement dit, le vieillissement, au sens d'augmentation forte de l'âge moyen de la population, prendra fin autour de 2055.

2. Le vieillissement démographique coûtera peu en termes de dépenses de soins : une simulation de type feuille de calcul consistant à appliquer à une pyramide des âges futurs un profil de dépense par

³ Barer, M.L., R.G. Evans, C. Hertzman and M. Johri (1998) "Lies, Damned Lies, and Health Care Zombies: Discredited Ideas That Will Not Die" HPI Discussion Paper #10, University of Texas-Houston Health Policy Institute, Houston, Texas. Accessible : www.chspr.ubc.ca

âge observé aujourd'hui conduit à un coût modéré, de l'ordre de 0.9 points de PNB pour la France entre 2000 et 2020 (Grignon, 2003)⁴ et sans doute 2 points entre 2000 et 2050, chiffrages confirmés pour les autres pays riches. Sur 40 ans, c'est une sur-dépense mais pas un défi redoutable (à titre de comparaison, la part des soins dans la richesse annuelle a augmenté de 4 points sur les 40 dernières années).

3. L'allongement de la durée de vie devrait être générateur d'économies pour le système de soins : nous savons désormais que notre vie plus longue n'est pas le fruit de soins héroïques prolongeant la vie d'organismes diminués, mais plutôt le résultat d'un état de santé amélioré (en termes d'invalidité) à chaque âge. L'impact de cette meilleure santé à tout âge sur la dépense est fonction de la part tenue par la proximité au décès dans la relation entre âge et dépense de soins : si tout est dans la dernière année de vie, et si le coût de la dernière année de vie est constant, une cohorte en meilleure santé dépensera, au long de sa vie, exactement la même chose qu'une cohorte en moins bonne santé. Il y aura quand même un gain en période car les cohortes en bonne santé mourront plus tard, et il y aura donc, à tout moment, moins d'individus en dernière année de vie. On peut estimer ce gain à environ 0.25 points de PNB pour la France d'ici 2020 (Grignon, 2003), un ordre de grandeur confirmé par Miller (2001)⁵ pour les USA et modeste comparé à Batljan et Lagergren (2004) pour la Norvège. En outre, les travaux de Lubitz et al. (2003)⁶ montrent que l'amélioration de la santé à 65 ans diminue la dépense totale (au long de la vie) par cohorte d'environ 9%. Ces estimations sont réalisées, rappelons-le, sous l'hypothèse que la sur-dépense en dernière année de vie est indépendante de l'âge au décès et de l'état de santé à 65 ans, et reposent en outre sur le seul cas Américain.

Il reste des points mal connus dans cette relation entre recul de la mortalité, état de santé, et dépenses futures : si les économistes français disposaient de données couplant la dépense de soins, la probabilité d'être institutionnalisé, et celle de mourir, ils pourraient eux aussi simuler précisément l'impact d'un recul de la mortalité sur les dépenses futures. Il serait aussi intéressant de formuler diverses hypothèses sur le profil de l'état de santé par âge, compte tenu de ce qu'on sait de l'évolution du patrimoine physiologique à la naissance et dans

l'enfance (Fogel, 2004)⁷, du travail (les travaux de Ruhm, 2000⁸, ou Case et Deaton, 2003⁹, montrent que nous pouvons sacrifier une partie de notre capital santé pour augmenter nos gains sur le marché du travail), et des facteurs de risque (obésité, tabac, pollution). En tout état de cause, l'évidence accumulée dans d'autres contextes, ou avec des méthodes simples sur le cas français, indique que l'impact du vieillissement démographique sur la dépense sera plus faible que l'impact mécanique (feuille de calcul), dont on a vu qu'il est modéré et donc absorbable.

Cependant, pour comprendre les relations entre une population vieillissante et la dépense de soins, les économistes devront s'attaquer à la question de la déformation du profil de dépense par âge (conditionné par l'état de santé) dans le temps au sein d'un même système de santé. Dans une récente étude, nous avons estimé, pour le cas français, que l'impact du changement d'intensité des soins (ce qu'on dépense pour un âge et un état de santé donné) représentait 4 fois l'impact du vieillissement sur la dépense (Dormont, Grignon, Huber, 2006)¹⁰, confirmant ainsi des observations de Cutler et Meara (1997)¹¹ pour les USA et de Barer et al. (1998) pour le Canada. Ce qu'on cherche maintenant à comprendre est la relation entre vieillissement de la population et déformation du profil de dépenses par âge. Il y a deux causalités possibles (non exclusives) : un effet prix, ou un effet de diffusion du progrès technologique.

L'effet prix refléterait un différentiel de productivité dans la production des soins consommés aux différents âges de la vie. L'idée générale est qu'avec l'âge nous consommons plus de "garde" (*care*, ou soins de long terme) et moins de guérison (*cure*, ou soins aigus). Les gains de productivité étant quasi-nuls dans le premier secteur, le coût unitaire (salarial) y augmenterait comme le gain moyen de productivité dans le reste de l'économie (Baumol, 1996)¹² alors qu'il augmenterait peu dans le secteur des soins aigus. L'hypothèse de Baumol suppose un plein emploi de la main d'œuvre dans le secteur sans gain de productivité, or nous ne savons pas vraiment comment et par qui sont fournis les soins de garde aux personnes âgées, ni quelles sont les

4 Grignon, M. (2003) "Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé", Questions d'Economie de la Santé, 66, IRDES, Paris, France.

5 Miller, T. (2001), "Increasing Longevity and Medicare Expenditures", Demography, 38(2): 215-226

6 Lubitz, J., L. Cai, E. Kramarow, and H. Lentzner, (2003), "Health, Life Expectancy and Health Care Spending Among the Elderly", New England Journal of Medicine, 349(11): 1048-1055

7 Fogel, R. W. (2004) "Nutrition and Economic Growth" Economic Development and Cultural Change, 52(3) April: 643-658

8 Ruhm, C.J. (2000). "Are Recessions Good For Your Health?", Quarterly Journal of Economics, 115(2), 617-50.

9 Case, A. C. and A. Deaton, (2003), "Broken down by work and sex: How our health declines", NBER Working Paper, 9821.

10 Dormont, B., Grignon M. and Huber H. (2006), "Health expenditure growth: reassessing the threat of aging", Health Economics, 15: 947-963

11 Cutler, D. and E. Meara, (1997) "The Medical Costs of the Young and Old: A forty year Perspective", NBER Working paper 6114, July.

12 Baumol, W. J. (1996) "Children of Performing Arts, The Economic Dilemma - The Climbing Costs of Health Care and Education" Journal of Cultural Economics 20: 183-206

évolutions dans le temps au sein d'un même pays ou entre pays.

La vraie question porte sur la production des soins pour un âge et un état de santé donné : utilise-t-on des traitements différents pour un même besoin à des âges différents ? Cette différence par âge change-t-elle dans le temps ?

Nous avons étudié ces modifications sur données françaises entre 1992 et 2000 : en premier lieu, ces dérives proviennent de l'intensité des soins prodigués à ceux qui recourent aux soins, pas d'une augmentation du recours. Ensuite, la dérive, qui augmente avec l'âge, est particulièrement marquée pour la consommation pharmaceutique. Ces résultats suggèrent que les principaux changements se situent du côté de l'offre de soins (Dormont, Grignon et Huber, 2006).

Enfin, on peut constater que le creusement du profil par âge dans un même pays au cours du temps n'est pas une fatalité : aux USA dans les années 90 (Meara, White et Cutler 2004)¹³, ou au Royaume Uni de manière plus générale, on observe plutôt un aplatissement du profil.

La question à étudier est donc celle des relations entre changements des pratiques médicales et vieillissement de la population. Fuchs (1998)¹⁴ examine 7 procédures et trouve une concentration de l'innovation technologique sur les populations âgées aux USA. L'OCDE a repris ce projet de description des pratiques de soins par maladie et l'a élargi à la comparaison internationale : Moise et Jacobzone (2003)¹⁵ montrent que les patients âgés reçoivent moins de soins à fort contenu technologique pour une même maladie, ce qui pourrait indiquer que, dans le futur, le profil d'intensité par âge se creusera en faveur des plus âgés (il y a plus de "progrès" à faire chez eux). Sheiner (2004)¹⁶ observe cependant que les pays les plus rapides à diffuser le progrès médical l'appliquent plus aux patients plus jeunes, ce qui pourrait contrecarrer l'impact du retard des patients âgés.

Si nous constatons dans le futur que, l'effet rattrapage l'emportant, le profil de dépenses par âge se creuse (le ratio de dépenses des plus de 65 ans aux moins de 65 ans augmente), pourra-t-on considérer vraiment cela comme une conséquence

du vieillissement démographique ? La réponse dépend de manière cruciale de la valeur sociale associée au progrès technologique. Si, comme le pensent Evans, Barer et Marmor (1994)¹⁷, les gains d'espérance et de qualité de vie sont réalisés principalement hors du système de soins, une intensité supérieure reflète seulement la capacité des producteurs à extraire une rente croissante ; dans un système à financement public, le ciblage de la rente sur les patients âgés refléterait le vieillissement de l'électeur médian (ou toute autre forme d'arrangement entre générations visant à faire payer les générations non encore vivantes). Dans ce cas de figure, c'est l'économie politique des populations vieillissantes qui engendre une dépense croissante (et non totalement justifiée du point de vue social).

Si, en revanche, comme le pensent de nombreux économistes (entre autres Goldman et al; 2005)¹⁸ le progrès médical est source d'années de vie en bonne santé supplémentaires, alors le lien entre dépense et vieillissement fonctionne à rebours de ce que clame le zombie : c'est bel et bien parce que nous dépensons plus que nous vieillissons. On trouve alors dans le cas de la santé un résultat similaire à ce que démontre Dora Costa (Costa, 1998)¹⁹ sur la retraite : ça n'est pas tellement le vieillissement mécanique (l'augmentation du nombre des 65 ans et plus dans la population) qui explique l'augmentation des dépenses de retraite, mais plutôt la conjonction de l'augmentation du revenu disponible et de la baisse du coût du loisir consommable qui ont rendu le mode de vie oisif post-marché du travail plus attractif.

Au total, le programme des économistes de la santé à propos de vieillissement et santé devrait suivre deux voies : une approche positive décrivant les coûts et la fonction de demande des années de vie en meilleure santé et une approche normative sur la valeur sociale attachée à ces années de vie en meilleure santé.

Michel GRIGNON

Université Mac Master, Ontario, Canada

Brigitte DORMONT

Université Paris Dauphine

Hélène HUBER

Université Paris 10

¹³ Meara, E., C. White, and D. Cutler (2004) "Trends in medical spending by age: 1963-2000" *Health Affairs*, 23(4): 176-183.

¹⁴ Fuchs, V. (1998) "Health Care for the Elderly: How Much? Who Will pay for it?", NBER Working Paper 6755.

¹⁵ Moise, P. and S. Jacobzone (2003) "Population Ageing, Health Expenditure and Treatment: An ARD Perspective", in *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost* OECD.

¹⁶ Sheiner, L. (2004) "The Effects of Technology on the Age Distribution of Health Spending: A Cross-Country Perspective", Federal Reserve Board of Governors, Washington DC.

¹⁷ Evans, R., M L Barer, Th. R. Marmor, (Eds.) (1994) "Why Are Some People Healthy and Others Not?", Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.

¹⁸ Goldman, D. P., B. Shang, J. Bhattacharya, A. M. Garber, M. Hurd, G. F. Joyce, D. N. Lakdawalla, C. Panis, and P. G. Shekelle (2005) "Consequences of Health Trends And Medical Innovation For the Future Elderly", 5-16, *Health Affairs Web Exclusive* 26 September 2005.

¹⁹ Costa, D. (1998) "The evolution of retirement – An American economic history 1880-1990", University of Chicago Press.

L'économie du vieillissement conduit à s'interroger sur ce qu'est une personne âgée

L'économie du vieillissement étudie, selon le NBER, *"la santé et la vie économique des individus quand ils vieillissent ainsi que l'implication du vieillissement de la population sur le bien-être des personnes âgées"* ("Economics of Ageing Program", NBER, 2003). Deux aspects donc, l'un "micro" centré sur les modifications de comportements économiques individuels le long du cycle de vie, et l'autre "macro", le plus connu, analysant les effets économiques du vieillissement des populations. Cette distinction est utile et permet d'éviter l'erreur, fort courante, consistant à penser le vieillissement des sociétés selon le modèle biologique du vieillissement individuel. Non sans arrière-pensées natalistes, Alfred Sauvy a ainsi accrédité l'idée qu'une société vieillissante – par exemple une société où la part des personnes de plus de 65 ans augmente – est nécessairement une société déclinante, dépourvue d'enthousiasme entrepreneurial et privée de perspectives d'avenir... C'est évidemment inexact. D'abord parce que pour les sociétés le vieillissement n'est nullement ce phénomène inéluctable, irréversible et nostalgique qui caractérise les individus : elles peuvent rajeunir ! La France a connu plusieurs cycles de vieillissement – les années 30 quand il y avait *"plus de cercueils que de berceaux"* – et de rajeunissement – après la dernière guerre. Le vieillissement contemporain est circonstanciel et sans doute la France recommencera-t-elle à rajeunir après "l'extinction des baby-boomers" dont l'arrivée à l'âge de la retraite explique l'épisode démographique actuel. Et puis le dynamisme économique a finalement assez peu à voir avec l'âge moyen de la société. Il est des sociétés gérontocratiques très dynamiques – en Asie du Sud-Est – et des sociétés jeunes immobiles, surtout soucieuses de reproduire à l'identique l'ordre social existant.

Il est d'ailleurs très caractéristique que l'analyse des phénomènes sociaux liés au vieillissement des populations aboutit à relativiser les effets âge. Il y a quelques années, on a fait ressortir (A. Pelc et R. Launois en 1988 dans Solidarité Santé) que "l'effet génération" l'emportait sur "l'effet âge" : ce n'est pas tant le fait d'être âgé (disons plus de 80 ans) qui détermine une forte consommation médicale que celui d'appartenir à une génération où la consommation médicale est globalement supérieure à celle des générations antérieures. Il serait d'ailleurs logique que cet effet se ralentisse au fur et à mesure que les générations se médicalisent. Plus récemment, on a montré (voir l'article de B. Dormont et M. Grignon) que c'étaient les effets

combinés de la morbidité et de la technologie médicale qui expliquaient la corrélation des dépenses de santé avec l'âge plus que l'âge lui-même. Le soin – comme d'ailleurs la technologie – "pousse" là où s'exprime une demande indépendamment de l'âge du demandeur. Ce type de conclusion est sans doute général : les travaux du NBER suggèrent que le taux d'épargne moyen de la société est vraisemblablement beaucoup plus affecté par le contexte macro-économique et la distribution des richesses que par le vieillissement. Il se trouve que contrairement au bon sens de la théorie économique, les retraités (notamment les baby-boomers) ne désaccumulent pas leur épargne et conjuguent, avec de fortes disparités, épargne et consommation ! De même, le vieillissement semble relativement peu affecter la répartition des investissements entre les actifs financiers de différentes classes de risque ou les choix de consommation. Économiquement, socialement, une personne âgée malade ressemble davantage à une personne jeune malade qu'à une personne âgée saine ; une personne âgée riche ressemble plus à un jeune riche qu'à un vieux pauvre ; une personne âgée active plus à un jeune actif qu'à un vieux inactif, etc.

Mal définie au plan collectif, la notion de personne âgée l'est-elle davantage au niveau individuel ? La réponse est bien évidemment négative. On connaît la difficulté de la définition des âges seuils et on sait que la perception de la jeunesse et de la vieillesse est intégralement contingente au contexte historique et social dans lequel on se trouve. La duchesse de Sanseverina, enfin amoureuse, se demande dans la Chartreuse de Parme *"si c'était au début de la vieillesse que le bonheur se serait réfugié"*. Elle a 30 ans ! En 1960, l'espérance de vie d'une femme de 60 ans était de 15 ans environ. Aujourd'hui cette espérance de vie est à peu près celle d'une femme de 75 ans. En termes de "reste à vivre", une femme de 60 ans en 1960 égale une femme de 75 ans en 2005 ! L'âge constitue finalement un très mauvais descripteur d'un individu et le paradoxe de l'économie du vieillissement n'est-il pas finalement de constituer une discipline scientifique autour d'un objet qu'elle tend à dissoudre en l'approchant : au plan collectif car l'âge se trouve vite écrasé par les autres déterminants de la vie sociale et, au plan individuel, en raison de l'extrême relativité qui entoure la notion même de personne âgée....

Claude LE PEN

Université Paris Dauphine

Bilan des XXVIII^{èmes} Journées des Économistes de la Santé Français

Une nouvelle dynamique et un format original

Au début de l'année 2006, le Conseil d'Administration du Collège des Économistes de la Santé a décidé de relancer les Journées des Économistes Français de la Santé (créées en 1986 par Thérèse Lebrun et Jean-Claude Saily), après plusieurs mois d'inactivité (les XXVII^{èmes} journées s'étant tenues en juin 2004 à l'École des Mines de Paris, à l'initiative de l'IRDES). Le Conseil d'administration a donc chargé l'une de ses membres, Sophie Béjean (LEG, Université de Bourgogne), de reprendre la coordination des journées avec le secrétaire général du CES, en s'appuyant sur un comité de coordination. Ces journées scientifiques annuelles prennent la forme d'un workshop, sur le modèle des rencontres franco-britanniques, où sont présentées des contributions en cours. L'originalité des journées tient à la présentation de l'article qui est assurée par un discutant qui ouvre ensuite le débat laissant la parole successivement à l'auteur puis à la salle. Si cette formule dépend fortement de la qualité du discutant, elle permet néanmoins un travail approfondi de compréhension de l'article. Par ailleurs, contrairement à d'autres manifestations scientifiques, chaque contribution dispose de 45 minutes.

L'impulsion dijonnaise

Les XVIII^{èmes} JESF, accueillies par le LEG (Université de Bourgogne) à Dijon, se sont déroulé les 23 et 24 novembre. 28 propositions avaient au préalable été reçues par le comité de coordination qui en a retenu 15, 14 ont été finalement présentées lors de ces journées. Alors qu'une cinquantaine de personnes étaient initialement attendues, ce sont finalement 105 personnes qui ont assisté aux XVIII^{èmes} JESF. Notre communauté était particulièrement bien représentée : 16 universités (Antilles, Bourgogne, Caen, Cergy-Pontoise, Clermont-Ferrand, Grenoble 2, Lille 1, Lyon 1, Méditerranée, Nantes, Paris 10, Paris 11, Paris 12, Paris 13, Paris Dauphine et Reims Champagne Ardennes) et 10 institutions ou centres de recherche extra universitaires (CES, DREES, HAS, IGAS, IGR, INCA, INRA, IRDES, RSI, URCAM Aquitaine) étaient notamment présents. Outre ces participants, étaient également présents des représentants du CHU de Dijon et de Nîmes, de deux hôpitaux tunisiens, de la société VA Conseil et des étudiants de l'ESC Dijon. Sur les 105 personnes qui ont participé aux journées, 25 étaient des étudiants notamment de Master 2 de l'Université de Bourgogne. Sur les 80 participants (non étudiants), 59 % étaient membres du CES. Le jeudi soir, les membres du Collège des Economistes de la Santé ont tenu à remercier Philippe Ulmann pour ses nombreuses années passées au poste de secrétaire général.

Des thématiques diverses ont été traitées - *Inégalités sociales de santé, Santé et travail, Évaluation, Médecins/patients, Pays en développement et Industrie pharmaceutique* – assurant une grande exhaustivité des champs d'application de l'économie de la santé. La première journée, à dominante très microéconométrique, a été alimentée par des discussions méthodologiques souvent techniques visant à valider un certain nombre d'hypothèses relevant du champ des inégalités sociales de santé ou de l'impact de l'état de santé sur les comportements en fin de vie active. Par ailleurs, les discussions ont porté sur les méthodes appliquées de révélation des préférences individuelles et sur les outils statistiques utilisés pour les analyses coûts efficacité. Les débats de la seconde journée se sont appuyés sur des problématiques plus hétérogènes : macroéconomiques (déterminants des dépenses de soin dans les pays en développement) et surtout microéconomiques, l'évolution du système de soin interrogeant les rôles respectifs des médecins et des patients, les modes de régulation de l'incertitude en santé mais aussi le secteur pharmaceutique.

2007 : Objectif Lille pour un "retour aux sources"

Le vœu de Jean-Claude Saily et de Thérèse Lebrun exprimé en conclusion de leur avant-propos des actes des XIX^{èmes} Journées qui célébraient les dix ans des journées sera exaucé : *"rendez-vous est pris pour un nouveau point dans dix ans !"*. En effet, lors de la discussion clôturant les 28^{èmes} JESF, Lille a été choisie pour accueillir et célébrer le 20^{ème} anniversaire des JESF. Le comité de coordination a d'ores et déjà pris rendez-vous le 1^{er} février pour préparer cette manifestation.

Thomas BARNAY

Collège des Economistes de la Santé et Université Paris 12
avec la collaboration de Diane MAUGEIS DE BOURGUESDON
Collège des Economistes de la Santé

Le président, les membres du Conseil d'Administration et l'équipe des permanents du Collège des Economistes de la Santé vous souhaitent tous leurs vœux de bonheur et de santé pour cette fin d'année 2006.

LA VIE DU COLLÈGE

Assemblée Générale 2007 et conférence pré-AG

La journée entière du 22 mars 2007 sera consacrée cette année à la pré-conférence et à l'Assemblée Générale du Collège des Economistes de la Santé. La conférence portera sur le thème "Économie de la santé et Santé publique" et

s'organisera autour de trois tables rondes successives. Elle sera suivie de l'AG qui commencera à 16 heures (*le lieu reste à déterminer*).

Dès maintenant réservez cette journée, nous vous attendons nombreux à cette occasion !

LES ACTIVITÉS DU COLLÈGE

"Économie de la Santé et vieillissement" : mise en place du cycle de conférences co-organisé par le Collège des Économistes de la Santé et la Fondation Caisse d'Épargne

Le comité de pilotage des conférences co-organisées par le CES et la Fondation Caisse d'Épargne s'est réuni pour la première fois le 12 octobre dernier. Ce comité pluridisciplinaire est composé de spécialistes des questions de vieillissement et de santé : Claudine Attias-Donfut (Direction des Recherches sur le Vieillissement de la CNAV), Françoise Forette (ILC-France), Véronique Flambard (CRESGE, Chaire de recherche en Habitat), Jean-Claude Henrard (Université de Versailles – Saint-Quentin en Yvelines), Marie-Eve Joël (LEGOS-Dauphine), Claude Le Pen (LEGOS-Dauphine, CES), Maryvonne Lyazid (Fondation des Caisses d'Épargne), Alain Pelc (CNSA), Catherine Sermet (IRDES) et Thomas Barnay (CES, Paris 12). 6 conférences vont être proposées sur une durée de trois ans. Le format des conférences sera d'une demi-journée ou d'une journée avec 2 ou 3 tables rondes constituées à la fois de professionnels et d'académiques. Pour chaque table ronde, un débat avec la salle sera introduit.

La conférence inaugurale aura vraisemblablement lieu fin mars / début avril, plusieurs sessions ont été proposées par le comité présentant : les aspects terminologiques du vieillissement dans une approche pluridisciplinaire, la question du "bien vieillir" et de la qualité de vie des personnes âgées, les relations entre le vieillissement et les dépenses de santé, les liens entre les secteurs sanitaire et socio-médical.

Les conférences suivantes porteront sur les thèmes "Vieillesse et patrimoine", "complémentarité des financements", "handicap et vieillissement", "accompagnement et aidants" et "santé et activité". La prochaine réunion du comité de pilotage se tiendra au mois de janvier et définira les modalités de la première conférence de ce cycle.

ESPAD : un nouveau départ pour 2007

L'année 2006, autour de la thématique *santé et développement*, a été notamment marquée par la parution de l'ouvrage "L'Assurance maladie en Afrique francophone" (éditeurs Gilles Dussault, Pierre Fournier et Alain Letourmy). Le comité ESPAD va se rencontrer au mois de janvier prochain afin de relancer un projet pour l'année 2007.

Extension de la base CODECS-EURONHEED France – coûts hospitaliers

L'étude d'extension de la base Codecs est dorénavant achevée. Une base de données créée par Sylvain Baillot (sous la direction de Gérard de Pourville) permet de calculer les coûts unitaires des actes à partir des données publiées par l'ATIH. Une réunion s'est tenue le 16 novembre au CES afin de sélectionner les actes thérapeutiques et diagnostiques qui vont être mis en ligne sur le site du CES au cours de l'année 2007. Environ 300 actes seront mis en ligne en 2007. Un système de requêtes permettra d'obtenir le coût associé aux actes demandés. Cette base fera l'objet de présentations au cours de l'année 2007.

Étude Nationale des Coûts 2003 : les premières valorisations

Le Collège des Économistes de la Santé (CES) a mené, pour le compte de la DREES, un travail d'exploitation de la base Étude Nationale des Coûts (données 2003) sur les années 2005 et 2006. Cette étude a été réalisée, sous la coordination du CES, par plusieurs centres de recherche en économie de la santé (CERMES Unité U750, Institut Gustave Roussy, IRDES et PSE-ENS). Ce travail a donné lieu à un rapport final déposé cet été. Il est actuellement en cours de valorisation. Une première publication sous la forme d'un "Études et Résultats" (bulletin de la DREES) consacrée à l'accouchement par voie normale paraîtra très prochainement. Suivront au premier trimestre 2007, sous la même forme, d'autres publications consacrées notamment à l'appendicectomie et la mastectomie.



COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

Les Coordonnées du Collège

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

CES - 7, rue de Cîteaux, 75012 Paris.

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

E-mail : ces@ces-asso.org

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

La Lettre du Collège :

Directeur de rédaction : Claude Le Pen.

Secrétariat de rédaction : Thomas Barnay, Alice Cesarine.

Réalisation : Louyot.

Tirage : 500 exemplaires.

ISBN : en cours