

LE MOT DU PRÉSIDENT

Notre association doit faire face cette année à un véritable choix stratégique dont dépendent son avenir et son mode de fonctionnement. Depuis plusieurs années, le CES s'est principalement développé grâce à des subventions privées et publiques, nationales et européenne, obtenues grâce au projet CODECS de base de données bibliographiques françaises puis au projet EURONHEED de base de données européennes. Ces financements ont permis non seulement de recruter et d'héberger les équipes chargées de ces projets mais aussi de faire vivre le CES qui a largement profité des "externalités" positives. Les locaux abritant les équipes CODECS et EURONHEED ont servi de siège à l'association et les moyens obtenus ont permis à notre association de gagner une reconnaissance et une visibilité internationale qui ont largement contribué à son rayonnement. Ces financements sont arrivés à leurs termes et ne seront pas renouvelés. Se pose donc la question de la pérennité du "modèle économique" du CES dont je me suis préoccupé dès mon élection. La première leçon des démarches effectuées est qu'il sera difficile de renouveler l'opération de type CODECS qu'avait menée à bien Emile LEVY. Les financements de ce type sont aujourd'hui beaucoup moins disponibles qu'ils ne l'étaient à l'époque. Faute de subventions, nous avons tenté, avec l'appui du CA et l'énergie du secrétaire général, de monter des projets susceptibles d'apporter au Collège les ressources manquantes. C'est le cas de la formation à l'économie de la santé pour la CNAMTS qui mobilisera dès cette année les équipes de Marseille, Lille, Lyon et Paris Dauphine que je remercie chaleureusement. C'est également le cas du séminaire sur l'économie du vieillissement dont la première session a eu lieu le 25 avril dernier à Dauphine et qui a pu être montée grâce à l'aide de la Fondation Caisses d'Épargne pour la Solidarité et de son directeur Didier Tabuteau à laquelle se sont adjoints la CNSA et le RSI. Merci à eux. Ces financements donnent un peu d'air au CES et retardent les échéances. Ils ne résolvent pas complètement le problème du "modèle économique". Il s'agit de financements qui ne sont pas récurrents, qui ont comme contrepartie une réelle prestation de services et qui, de toutes manières, ne suffisent pas dans l'état actuel des choses à combler le vide laissé par la fin des subventions. Le CES devra donc choisir entre deux options. La première consiste à maintenir son statut et son mode de fonctionnement et à multiplier les opérations de prestations de services, au risque d'épuiser son équipe dirigeante, de solliciter au-delà du raisonnable ses membres et d'entrer en concurrence avec certaines de ses composantes qui délivrent le même type de services (le problème se pose par exemple avec la formation CNAMTS). La seconde à revenir au rôle qu'il avait initialement quand il était hébergé à l'ex-CREDES puis à Dauphine et qui était celui d'une "simple" société savante, regroupant la communauté scientifique, organisant ponctuellement colloques et congrès, participant à l'animation intellectuelle du milieu. Le débat sur l'avenir du CES est lancé. Les grandes orientations devront définitivement être fixées à la rentrée de Septembre car le temps ne joue pas en notre faveur.

Claude LE PEN
Université Paris Dauphine

ÉDITORIAL :

ECONOMISTE DE LA MEDECINE OU DE LA SANTE ?

Pour beaucoup d'entre nous, se qualifier "d'économiste de la santé" est usurpé. En effet, nous ne nous intéressons, le plus souvent, qu'à la seule économie des soins médicaux. Notre intérêt pour la santé est donc indirect et se limite au lien statistique entre plus ou moins de médecine et plus ou moins de santé. Loin de moi l'idée de négliger l'importance des soins médicaux dans les sociétés développées : environ 9% du PIB, ce n'est pas rien, ce secteur mérite à lui seul des économistes de talent. De plus, le lien entre médecine et santé existe bel et bien. Les travaux de Wildavsky¹, il y a trente ans, estimaient que la médecine contribuait pour 10% à l'augmentation de l'espérance de vie de l'époque ; disons, pour être généreux, que cette contribution a doublé depuis et qu'elle serait de l'ordre de 20% aujourd'hui. Reste donc 80% de facteurs "autres".

Un économiste de la médecine est donc, pour un cinquième, un économiste de la santé. Est-ce grave ? Le label "d'économiste de la santé" n'est-il pas qu'une convention dont personne n'est dupe ? Cette usurpation n'est-elle pas anodine ? Sans être aucunement critique des membres qui composent les corporations², qu'ils soient médecins, pharmaciens, dentistes, professeurs d'université, conducteurs de train ou économistes, la question du corporatisme demeure le problème central de la société française, celui que la Révolution de 1789 a voulu mais n'a pas su

résoudre. Or, en prenant à notre compte, nous les économistes, un des arguments majeurs de la tactique des professions de santé, à savoir que plus de médecine offre toujours plus de santé, nous acceptons d'être un de leur pion. La plupart d'entre nous savent pourtant bien que l'examen des statistiques des pays développés montre que plus de médecine ne conduit pas, loin s'en faut, à plus de santé, que l'on regarde la distribution des montants dépensés à un instant donné ou leur variation dans le temps. Ce même constat se retrouve quand on observe, non plus les pays, mais les régions françaises. Ainsi nous avons montré³ que ce qui expliquait le mieux les variations des indicateurs de santé entre les départements français n'était pas tant leurs moyens médicaux que ...le niveau d'éducation des femmes.

Il n'est pas besoin d'avoir fait plus d'une demi-journée d'économie pour comprendre pourquoi il en est ainsi : le secteur de la médecine brasse beaucoup d'argent et a donc beaucoup d'acteurs solvables ; il est le débouché principal de nos étudiants et le premier, sinon le seul marché, de nos études. Il ne faut jamais demander à personne un excès de vertu et surtout pas à un économiste : l'égoïsme, la "main invisible" n'est-elle pas l'hypothèse de base de sa discipline ? Si donc les responsables de la santé publique veulent des économistes – ils ont, avec d'autres, leur mot à dire - il faut qu'ils les payent soit en leur offrant des postes soit en finançant leurs travaux de recherche.

Jean DE KERVASDOUÉ,
CNAM

1 Aaron Wildavsky, Doing Better and Feeling Worse: Health in the United States. by John H. Knowles. Review author(s): Arthur L. Levin; *Political Science Quarterly*, Vol. 92, No. 4 (Winter, 1977-1978), pp. 749-750.

2 Je ne suis ni masochiste, ni, à ce point, courageux.

3 de Kervasdoué J, Picheral H, Santé et Territoires, Dunod – FNMF, Paris 2004.

QUELLE PLACE POUR L'ANALYSE ECONOMIQUE DANS LA DECISION PUBLIQUE DE SANTE EN FRANCE ?

Comparée à d'autres domaines, la santé est un champ d'application relativement récent de la Science économique. On marque en général ses débuts avec les travaux du prix Nobel d'économie américain, K. Arrow (1963). Depuis, l'économie de la santé connaît un développement certain, bien que sous des formes très diverses. Dans les pays anglo-saxons, elle a acquis ses lettres de noblesse dans les milieux universitaires tout en étant par ailleurs reconnue comme une aide précieuse à la décision publique, dès lors qu'il convient d'éclairer les choix de société à la lumière des sacrifices consentis.

En France, alors même qu'elle est voulue depuis le début des années 60, avec les tout premiers enseignements d'économie de la santé par le Pr. Henri Guitton à Paris 1, la reconnaissance académique de l'économie de la santé tarde à venir, ainsi qu'en atteste la difficulté de recrutement de jeunes enseignants-chercheurs dans les facultés de Sciences économiques. Ce sont aujourd'hui majoritairement les facultés de médecine qui forment des médecins et autres professionnels de la santé à l'économie et surtout à la gestion, dans le cadre d'enseignements de courte durée. La réforme LMD a d'ailleurs été l'occasion de mesurer le chemin qui reste à parcourir pour asseoir durablement un enseignement en économie de la santé dans les facultés de Sciences économiques⁴.

Dans le même temps, la place de l'analyse économique dans la décision publique de santé apparaît mal assurée en France, voire controversée, au regard des expériences étrangères.

La première interrogation, celle suscitée par le manque de reconnaissance académique de l'économie de la santé, mériterait en soi une analyse qui pourrait être utilement menée par le Collège des économistes de la santé (CES), sous la forme d'un forum largement ouvert. Le CES a déjà largement œuvré pour donner une plus grande visibilité et autonomie à ce domaine d'application de la Science économique. Mais il reste encore beaucoup à faire pour établir confortablement et de manière durable l'économie de la santé dans les facultés de Sciences économiques.

La seconde, celle de la place de l'analyse économique dans la décision publique de santé, comparée, notamment, à d'autres disciplines comme la santé publique, est au cœur de la présente contribution.

Une manière concrète d'aborder cette question est tout d'abord de s'interroger sur le devenir des étudiants en économie de la santé formés par les universités françaises. L'attractivité des postes dans l'industrie pharmaceutique d'une part, les verrouillages à l'égard de recrutements externes

dans l'administration française d'autre part, contribuent à expliquer la place encore modeste des économistes de la santé dans le paysage institutionnel de la santé en France, comparée à d'autres pays.

La conséquence en est la place prééminente occupée en France par les analyses pharmaco-économiques, visant à mesurer les ratios coûts-efficacité de nouveaux médicaments, comparées à d'autres éclairages que peut apporter l'analyse économique à la décision publique en santé. Paradoxalement, et de manière préoccupante pour le devenir des jeunes formés à cette technique, cette importance pourrait être revue à la baisse par l'industrie. Cette dernière exprime en effet le regret de ne pas toujours trouver dans les administrations d'interlocuteurs susceptibles de valoriser les travaux économiques qu'elle a financés, soit en interne, par recrutement, soit en externe, et certains des laboratoires qui avaient fortement misé sur la pharmaco-économie affichent aujourd'hui une volonté de s'en désengager.

La trop faible présence d'économistes dans les administrations de santé, liée à des modalités particulières de recrutement par concours internes n'a par ailleurs pas permis de dissiper le malentendu sur la nature même du raisonnement économique. La dimension économique des décisions publiques en santé reste aujourd'hui trop souvent encore identifiée au rendement financier de court terme, dans une logique purement comptable. Le résultat en est que la dimension plus large de l'économie, qui doit prendre en compte coûts mais aussi bénéfices, à court et à long terme, et sa mission finale, à savoir révéler les arbitrages entre efficacité et équité, en est réduite à la portion congrue, voire ignorée. On en reste donc essentiellement à des chiffrages d'économies potentielles, dans une dimension de court terme, avec le risque, dénoncé par Patrick Viveret⁵ d'une prééminence de ce chiffrage qui tendrait à terme à remplacer la réalité.

Or, par sa capacité à mettre en perspective les choix, y compris sur le long terme, la démarche même de l'économie, dite hypothético-déductive, parce qu'elle pose préalablement les hypothèses puis les vérifie sur des données empiriques, doit permettre d'éviter cet écueil. D'où la nécessité d'une présence plus forte d'économistes de la santé dans l'administration, aptes à rendre compte de l'incertitude, en mobilisant les outils propres à l'économiste appliqué, à savoir économétrie et microsimulations.

Les choses évoluent certes dans ce sens, avec un assouplissement récent des conditions de recrutement dans les administrations et la mise sur pied de structures dédiées d'études et de recherche, mais la montée en charge reste lente. Par ailleurs,

⁴ Voir à ce propos les réactions de la communauté des économistes de la santé dans la lettre du Collège des économistes de la santé (CES) de septembre 2005.

⁵ Septième journée recherche de la HAS, 21 Novembre 2006.

les études économiques réalisées ne sont pas toujours mobilisées ou mises en avant au moment de la prise de décision, parce que tout choix implique renoncement, ce qui est aujourd'hui encore perçu comme politiquement incorrect dans le domaine de la santé en France.

Au final, le véritable obstacle à l'introduction du raisonnement économique en France, comparé à la plupart des pays étrangers, réside dans la difficulté, voire l'incapacité à reconnaître le caractère limité des ressources et donc la nécessité de procéder à des choix, au delà de la simple réduction du gaspillage sur laquelle existe aujourd'hui enfin un réel consensus ! Il n'est donc pas surprenant que dans un tel contexte, la santé publique apparaisse aujourd'hui comme plus légitime pour documenter la décision publique en santé que ne l'est l'économie de la santé, car elle ne met pas en avant de tels dilemmes. Pour s'en convaincre, il suffit de reconnaître qu'aujourd'hui, seule la dimension santé publique du médicament est prise en compte lors de l'évaluation du service rendu par la Commission de la transparence, alors même que ses avis influenceront tant le prix retenu par le Comité économique des produits de santé (CEPS) que le niveau de prise en charge par la collectivité.

Il nous revient donc, en tant qu'économistes de la santé, de démontrer que le sacrifice implicitement consenti par l'absence de choix aujourd'hui en santé (sous couvert de l'obligation de moyens) est un moindre développement d'autres secteurs

(emploi, éducation, sécurité) ou encore une moindre qualité du système de santé de demain. En d'autres termes, ne pas choisir aujourd'hui est encore choisir pour d'autres, ailleurs, ou pour demain.

Faire en sorte que ce message soit progressivement partagé par un nombre croissant de citoyens relève donc de notre responsabilité collective. Reste à savoir comment développer cette réflexion plus large et où la placer dans le paysage institutionnel de la santé en France.

La Haute autorité de santé (HAS) souhaite contribuer à ce débat en mettant sur pied un groupe de travail dont la mission sera de réfléchir de manière concrète à la façon dont peut être mieux prise en compte la contribution d'un acte, d'un médicament d'un produit ou d'un dispositif médical au service rendu à la collectivité, comparativement à des stratégies alternatives de prise en charge. Outre la participation d'économistes de la santé présents dans les commissions concernées de la HAS⁶, une participation collective du Collège des Economistes de la Santé sera rendue possible par la commande d'un "position paper" et d'une audition de représentants du CES. Un forum pourrait être organisé sur ce thème, selon l'intérêt rencontré.

Lise ROCHAIX - Haute Autorité de Santé

⁶ Fogel, R. W. (2004) "Nutrition and Economic Growth" Economic Development and Cultural Change, 52(3) April: 643-658

L'APPORT DE LA SCIENCE ECONOMIQUE A L'ELABORATION DES POLITIQUES DE SANTE PUBLIQUE

L'irrésistible ascension de la santé publique

La création en 1991 du Haut Comité de la Santé Publique marque symboliquement l'émergence au sein de l'État français d'une "ardente obligation" de construire de façon rationnelle une politique ou des politiques de santé publique. Une politique : il est désormais reconnu qu'il est nécessaire de procéder à une identification rigoureuse des besoins de santé de la population et des moyens d'y répondre de façon rationnelle. Des politiques : cette préoccupation doit se traduire par la définition d'actions coordonnées pour atteindre des objectifs précis d'amélioration de l'état de santé de la population en générale, ou de groupes cibles particuliers particulièrement touchés par des inégalités majeures d'état de santé.

Les créations institutionnelles qui ont suivi sont toutes fondées sur le même principe. L'instauration par les ordonnances Juppé des Conférences nationale et régionales de santé a introduit en France l'idée d'un débat démocratique autour des actions prioritaires, avec le souci d'adapter les politiques aux différents contextes régionaux. La France s'est dotée d'Agences spécialisées à forte expertise. La planification des services, centrée à l'origine sur l'hôpital, a connu avec la création des Agences Régionales un début d'ouverture sur l'ensemble des services de santé. Des politiques

spécifiques ont été mises en place pour faire face à de nouveaux problèmes de santé. Dans le domaine de la politique du médicament, l'intérêt en santé publique devient un critère important d'évaluation des produits nouveaux en Commission de la Transparence. La loi d'août 2004 est le dernier acte majeur de définition de la politique de santé publique de l'État.

Cette énumération incomplète a pour but de souligner l'irrésistible ascension de la santé publique en tant que principe organisateur de la politique de santé en France. Si c'est le cas, alors elle doit avoir un impact sur l'allocation des ressources et l'organisation des soins. 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.

Peut-être n'avons-nous rien à dire sur ce sujet, ou avons-nous trop privilégié d'autres thèmes de recherche, comme le rôle des incitations

économiques et leurs effets sur les comportements des offreurs de services ? Cette focalisation nous aurait fait négliger des pans importants d'application de la théorie économique à la santé, notamment... l'économie de la santé publique.

L'analyse économique de la santé publique

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. On oppose aussi souvent la santé publique aux services de soins de santé à la personne, une santé des populations opposée à la santé des individus. Malgré cette diversité, il y a cependant pour l'économiste des traits 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.

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

Par externalité, les économistes font allusion à des comportements économiques individuels qui vont avoir des conséquences inattendues, positives ou négatives. Ces conséquences inattendues peuvent être de plusieurs natures. La plus connue est celle de l'existence de productions liées, avec des effets positifs ou négatifs. Il existe aussi une autre cause d'externalité, dite d' "effet de composition". Un effet inattendu peut résulter de l'agrégation (de la composition) d'effets individuels. Chaque comportement individuel est rationnel, mais leur agrégation se traduit par un phénomène collectif nuisible à tous. Dans le cadre de la santé, on pourrait assimiler les dysfonctionnements des services de soins, par exemple le manque de coordination entre médecine de ville et médecine hospitalière, à un effet de composition lié aux modes de financements des deux secteurs. Dans tous les cas, l'objet de l'analyse économique est de trouver les incitations économiques correctrices permettant de réduire ou de supprimer les externalités négatives ou d'en compenser les effets, et d'encourager les externalités positives qui ne se produiraient pas spontanément.

L'asymétrie d'information est en général invoquée pour décrire la relation entre les professionnels de soins (les médecins), les malades et les payeurs. Les premiers disposent en effet d'un pouvoir d'expertise diagnostique et de traitement qui rend les seconds

dépendants. Il est dans ce cas normal que la puissance publique s'efforce de protéger les malades d'une utilisation abusive de ce pouvoir d'expertise. Mais l'asymétrie d'information peut prendre d'autres formes : elle existe en matière de risques sanitaires liés aux produits de santé mais aussi ceux liés à d'autres produits de consommation courante et à l'environnement. L'instrument principal d'intervention de la puissance publique est alors le règlement, qui a des conséquences économiques, par exemple le renchérissement des coûts de fabrication et de distribution des produits par l'intégration de normes de sécurité et de qualité, mais également par les coûts des dispositifs de contrôle mis en œuvre.

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

"La politique de santé publique concerne :

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

2° La lutte contre les épidémies ;

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

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

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

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

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

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

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

10° La démographie des professions de santé."

Les items 1, 2 et 4 peuvent être associés à la santé facteur de création de richesse ; la lutte contre les épidémies peut être aussi associée au concept d'externalité négative (la contagion) et positive (les politiques de prophylaxie). Les items 3, 5 6 et 8 renvoient à l'asymétrie d'information. L'information et l'éducation à la santé des populations, l'encouragement à la prévention présupposent que les individus, faute de connaissances, peuvent adopter contre leur intérêt à long terme des comportements à risque. De même, c'est à la puissance publique de contrôler que les citoyens ne seront pas trompés par les producteurs de soins et de produits de santé, faute de connaître leurs caractéristiques complexes. Implicitement, l'item 9 suggère que l'organisation du système de soins ne peut pas être laissée à l'initiative des offreurs de soins ; si c'était le cas, ceux-ci ne prendraient pas spontanément en compte les besoins de prévention

et de prise en charge des handicaps. L'asymétrie d'information entre offreurs de soins et usagers justifie en effet que la puissance publique intervienne dans l'organisation des soins de santé. Le dernier item désigne un problème qui n'a pas le même degré de généralité que les autres. On peut l'interpréter de la façon suivante : parce que la santé est un facteur de bien-être, la puissance publique doit investir dans la formation des professionnels.

A cette analyse des fondements strictement économique de la santé publique, il est nécessaire d'ajouter une considération supplémentaire, que l'on peut soit considérer comme exogène à l'analyse économique, soit tenter de l'intégrer : c'est la demande d'équité devant la maladie et la mort. Rappelons qu'il existe une tradition de recherche épidémiologique et socio-économique bien établie qui a démontré empiriquement l'existence d'inégalités sociales importantes en santé, qui a également fait le lien entre degré inégalitaire d'une société en termes de revenus et indicateurs globaux de santé. De façon indirecte, on retrouve ici le lien entre santé d'une population et création de richesse, mais s'y rajoute la dimension de la distribution des richesses dans la société. C'est à ce débat que se réfère l'item 7 de la loi de 2004.

La boîte à outils des économistes

Ce développement préalable avait pour but de montrer que l'analyse économique a une pertinence directe en matière de santé publique, à qui elle propose un cadre intégrateur. Mais l'économie propose-t-elle des outils d'aide à la décision dans la mise en œuvre des interventions publiques ? Son projet est de trouver les modes de régulation les plus efficaces, qui font le meilleur usage de l'utilisation des ressources collectives de façon à augmenter le bien-être de la population. Dans un premier temps, on s'attend à ce que l'économiste joue un rôle primaire de production de connaissances de calcul des coûts de la mise en œuvre d'une action ou d'un programme de santé. Dans les faits, en France, il est rarement sollicité pour le faire. L'apport que revendique la science économique va cependant au-delà de cet indispensable chiffrage. Je retiendrai ici trois registres de travaux.

Le rôle des incitations économiques

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

Le premier 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. L'hypothèse de départ est que les actes de prévention peuvent prendre plus de temps que les actes de soins curatifs et donc être mal rémunérés par un honoraire forfaitaire, sauf à augmenter le temps de travail du

médecin. D'autre part, s'ils sont efficaces, ils diminuent à terme la demande de soins d'un malade donné et donc les revenus du médecin, sauf si cela lui permet d'augmenter sa patientèle.

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

Un troisième exemple d'application est celui du financement des missions dites de santé publique ou d'intérêt général à l'hôpital public. La mise en place de la Tarification à l'Activité, en formalisant le financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, a rendu explicite le fonctionnement totalement opaque de ses missions par la Dotation Globale de Fonctionnement : ces missions étaient financées par subventions croisées avec le financement des soins. Pour l'instant, la puissance publique semble désarmée quant à la meilleure façon de financer ces missions, et l'on reste sur un modèle de financement sur base historique à partir des déclaratifs des établissements. Or, il y a là l'occasion d'une réflexion économique à partir d'une analyse des caractéristiques de ces activités, de leur caractère plus ou moins observable et de la mesure des résultats. Payer sur une base rétrospective et déclarative est un aveu d'impuissance du financeur, qui abandonne totalement la rente informationnelle aux établissements.

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. Pourtant, on utilise bien ces incitations économiques dans le fonctionnement du système de soins. La hausse des prix du tabac et de l'alcool sont des exemples directs de l'utilisation de l'incitation économique la plus simple, le prix, pour diminuer la demande de produits dangereux et limiter les comportements à risque. Peut-on, à l'instar de ce qui se passe dans d'autres pays, imaginer des dispositifs au sein desquels les incitations économiques positives auprès des patients seraient utilisées de façon plus systématiques, dans un cadre expérimental dans un premier temps ?

Les évaluations économiques des actions de santé publique

Dans la boîte à outils de l'économiste, les études économiques de type coût-bénéfice ont pris une part importante au cours des dernières années, avec des améliorations méthodologiques importantes. Mais elles sont encore peu intégrées dans la décision publique, notamment en matière de santé publique. Or, elles offrent un intérêt certain lorsqu'il s'agit de comparer plusieurs modalités d'organisation d'un programme donné, de façon à choisir la plus efficiente. A nouveau, les critères d'efficacité, de faisabilité opérationnelle et d'acceptabilité sont plus importants aujourd'hui que les critères d'efficacité, 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. L'annonce de politiques de santé publique soulève en général deux types de réactions et de critiques paradoxales. Soit un petit nombre d'objectifs et de programmes sont annoncés, comme la priorité donnée à la lutte contre le tabac, et l'on ne manquera pas alors de dénoncer l'effet d'exclusion que de tels choix ont par rapport à des pans entiers de besoins de santé publique non satisfaits. Soit, comme c'est le cas souvent dans les rapports publics, un balayage de tous les domaines de la santé est effectué, ce qui est inévitable, et l'on critique alors l'absence de choix et de "vraies" priorités. Les programmes apparaissent alors plutôt comme un catalogue raisonné des actions à mener, sans que l'on sache dans quel ordre engager les actions et allouer les ressources. Ceci est sans doute inévitable dans le domaine de la santé publique, compte tenu de la diversité des problèmes de santé et de la difficulté de les identifier, mais diminue la crédibilité des politiques annoncées. Or, dans d'autres secteurs de décision publique, comme les décisions d'infrastructures de transport, des méthodes sont utilisées pour comparer la rentabilité collective relative des diverses opérations d'investissement public envisagées. 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. La RCB est fondée sur

des principes simples : chaque action ou programme public envisagé est défini par ses objectifs quantifiés, et par les moyens requis pour les atteindre. La définition des moyens doit donner lieu à recherche de la solution la plus efficiente, du point de vue du rapport entre ressources engagées et résultats. Ensuite, dans le cadre d'une contrainte budgétaire, et après le choix d'un taux d'actualisation public, les programmes sont valorisés du point de vue de leur bilan économique global.

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

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

Appel à communication : JESF de Lille – 20^{ème} anniversaire

Le Collège des Economistes de la Santé (CES) et le Centre de Recherches Économiques Sociologiques et de Gestion (CRESGE) de l'Université Catholique de Lille organisent les 29^{èmes} Journées des Économistes de la Santé Français les **6 et 7 décembre 2007** à l'Université Catholique de Lille.

Les propositions de communications doivent parvenir au CES avant le **15 juin 2007** et doivent être exclusivement envoyées par courrier électronique à l'adresse suivante : ces@ces-asso.org

Chaque proposition sera rédigée **obligatoirement en français** et comportera **5 pages au maximum**.

Les éléments suivants sont attendus :

- Nature de la communication : théorique, revue de la littérature, empirique
- Exposé bref de la problématique et de son enjeu
- Originalité de la communication en la situant dans la littérature existante
- Démarche méthodologique adoptée : source et outils
- Premiers résultats et/ou état d'avancement du travail
- Bibliographie sélective (5 à 10 références).

LA VIE DU COLLÈGE

Assemblée Générale du 22 mars 2007

Le 22 mars dernier s'est tenue au CNAM l'assemblée générale annuelle du CES. Au cours de cette AG, le budget 2006 certifié par le Commissaire

aux comptes et le bilan d'activité 2006 ont été votés à l'unanimité. Au 31 janvier 2007, les effectifs du CES se montaient à 293 membres soit 244 membres individuels, 8 membres institutionnels, 29 membres Entreprises et 12 membres Centres de recherche.

LES ACTIVITÉS DU COLLÈGE

Cycle de conférences "Économie de la santé et vieillissement": prochaine conférence le 6 novembre

La conférence inaugurale a eu lieu le 25 avril dernier à l'Université Paris Dauphine, grâce à l'appui de nos partenaires : la Fondation Caisses d'Épargne pour la Solidarité, la CNSA et le RSI. De très riches tables rondes ont été menées autour de quatre thèmes : les aspects terminologiques du vieillissement dans une approche pluridisciplinaire, les relations entre le vieillissement et les dépenses de santé, la question du "bien vieillir" et de la qualité de vie des personnes âgées et les liens entre les secteurs sanitaire et socio médical. Les supports de présentation sont d'ores et déjà en ligne sur le site du CES.

La conférence du 6 novembre 2007, dont le lieu reste à définir, portera sur le thème "Vieillesse, patrimoine et habitat".

ESPAD : une lettre électronique en préparation et un atelier pour le mois de juillet

Sur une proposition de Jean-Paul Moatti sur le modèle "transcriptase", le comité ESPAD, lors de sa dernière réunion du 8 février au CES, s'est entendu sur une première publication commune sous la forme d'un bulletin électronique. Ce projet de lettre électronique ESPAD est en cours d'élaboration sous la direction de Jean-Paul Moatti et la coordination de Nicolas Tanti-Hardouin et Thomas Barnay.

Par ailleurs, un atelier de recherche et d'échanges entre des partenaires d'Afrique et du bassin méditerranéen autour du projet Evipnet sera organisé à Marseille les 5 et 6 juillet prochain à l'initiative de l'IFR 134 SHESSAM – Sciences Humaines Économiques et Sociales de la Santé d'Aix-Marseille – Université de la Méditerranée.

N'hésitez pas à contacter le Collège pour tout renseignement.

Formation en économie de la santé à la CNAMTS

Quatre équipes de recherche (le CRESGE de Lille, le GATE-GRESAC de Lyon, l'UMR INSERM 379 de Marseille et le LEGOS de Paris Dauphine) constituent l'équipe pédagogique qui assurera, sous la direction du président du CES et sous la coordination du CES, la formation en économie de la santé à la CNAMTS. La formation vise le perfectionnement des agents en charge de la définition, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des actions de gestion du risque au sein de la CNAMTS.

Elle s'articule autour de 4 modules formant le tronc commun ("Aspects macroéconomiques de la santé", "demande et consommation", "offre" et "financement régulation") et de 4 options ("Politique du médicament", "concepts et méthodes de l'évaluation économique", "Économie de l'hôpital" et "Économie de l'assurance").

EUNHEECOSTS

Grâce au soutien des membres fondateurs (Sanofi Aventis, le LEEM, Roche, GSK, Servier, BMS) et associés (Leo, AstraZeneca, Lilly et Alcon), une méthode de requête originale a été mise en place permettant de calculer les coûts unitaires des actes fondés sur les données publiées par l'ATIH (à partir des coûts moyens par GHM).

Des experts du Collège des Économistes de la Santé ont sélectionné dans un premier temps 333 actes diagnostiques et thérapeutiques sur la base de critères de coût et de volume notamment. Leurs coûts unitaires sont accessibles en ligne sur un site dédié à ce projet d'évaluation des coûts hospitaliers et pour l'instant réservé aux membres fondateurs et associés de ce projet.

Informations en contactant directement le Collège.



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

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

La Lettre du Collège :

Directeur de rédaction : Claude Le Pen.

Secrétariat de rédaction : Thomas Barnay, Alice Césarine,
Diane Maugeis de Bourguesdon et Clémence Thébaut.

Tirage : 500 exemplaires.

Réalisation : Louyot.

ISBN : en cours