

LETTRE du COLLÈGE

COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

LE MOT DU PRÉSIDENT

Qu'est ce qu'un économiste de la santé ? Dès l'origine, la question s'est posée de savoir si nous devons réserver la qualité de membre du CES aux enseignants et aux chercheurs ou l'ouvrir à ceux qui exercent une activité professionnelle significative dans le domaine. En d'autres termes, s'il fallait entendre le terme « économie de la santé » comme une discipline scientifique ou comme un secteur d'activité.

Pendant longtemps, la ligne « académique » s'est imposée, en s'appuyant, il faut bien le dire, sur l'agacement de voir certains professionnels sans formation profiter de l'intérêt croissant pour ce qu'ils désignaient fréquemment sous l'expression d'« économie de santé » ! Comme par ailleurs, les fonctions du CES le conduisent à participer à l'organisation de colloques internationaux, à élaborer des référentiels scientifiques (par exemple sur l'évaluation économique), à monter des programmes de formation, à promouvoir des jeunes chercheurs, etc., la ligne académique apparaissait naturelle.

Cela étant, on ne peut plus ignorer que l'économie de la santé mobilise des énergies bien au-delà des cercles académiques ; on ne peut ignorer que beaucoup de ces professionnels ont acquis une réelle connaissance des rouages économiques du système de santé qu'ils cherchent à mieux comprendre, à mieux analyser dans le but légitime d'en améliorer l'efficacité ou l'équité. Certains sollicitent à cette fin une adhésion au CES pour participer à nos manifestations, pour nouer des contacts, pour s'informer sur nos méthodes et nos débats. Doit-on leur maintenir la porte fermée au motif qu'ils n'ont pas toujours de diplôme de 3^{ème} cycle en économie de la santé ? Pourquoi nous couper d'un vivier d'expérience et de compétences prêt à s'investir au sein du CES ?

Le temps est venu d'une ouverture vers le monde professionnel et la dernière AG a donné mandat au CA de réformer les statuts en ce sens. C'est fait et désormais, le CES compte deux types d'adhérents, les membres « ordinaires » obéissant aux traditionnels critères académiques et les membres « professionnels » qui témoignent, au travers de leur position dans les institutions, d'un réel intérêt pour l'économie de la santé. C'est une évolution significative du CES qui clôt un débat récurrent mais un peu obsolète, et la formule statutaire qui a été adoptée –non sans un long débat au sein du CA- devrait permettre de concilier l'ouverture de l'association avec la permanence de sa qualité scientifique.

Claude LE PEN
Université Paris Dauphine

ÉDITORIAL : RATIONALITE ECONOMIQUE ET SOINS DE LONG TERME

Les soins de long terme connaissent un développement important pour des raisons bien connues, liées à la démographie, au progrès de la médecine, à la croissance du travail des femmes et aux changements des modes de vie. Ce processus de croissance est loin d'être achevé parce que la génération des baby-boomers n'a pas encore atteint le grand âge où le risque dépendance est élevé. On ne peut qu'être frappé par l'absence de vision prospective du secteur médico-social pour personnes âgées ou à défaut par la construction de scénarios sombres et schématiques. Le regard sur le futur est généralement marqué par un âgisme pesant où l'on voit s'avancer des cohortes de vieillards dépendants qui « plombent » le budget de la Sécurité Sociale et font peser sur les jeunes générations une charge insoutenable. La difficulté est que l'on ne sait pas très bien quelle sera demain la dynamique structurante de ce secteur, les normes de soins qui prévaudront, les catégories de personnel, le mode de régulation du secteur (public, privé, associatif), la rapidité et la nature de la croissance.

Est-ce que c'est la contrainte financière qui va, une fois que la collectivité aura dit combien elle est disposée à payer, cadrer le volume et la qualité des soins et par là même définir le type de personnel soignant et le reste à charge pour la famille (en espèces et en nature) ?

Est-ce que l'enjeu principal qui va se dessiner est une révision de la notion de solidarité intergénérationnelle, à travers un processus politique long ?

Est-ce que la dynamique viendra principalement des personnels soignants, qui seront l'élément moteur pour redéfinir leurs tâches, négocier leurs conditions de travail et le mode de fonctionnement du secteur ? L'initiative étant, en définitive, du côté des femmes soignantes.

Est-ce que c'est une logique médicale de ciblage des populations dépendantes qui l'emportera ? Au final, les personnes âgées avec des troubles psychiques importants ou

perturbants pour l'environnement, constitueraient l'essentiel de la population des établissements, tandis que toutes les autres formes de dépendance seraient prises en charge à domicile, exception faite d'une courte période de soins palliatifs.

Est-ce que les modes de vie vont changer à un tel point que tout le dispositif actuel va exploser, aucun des services offerts actuellement n'étant accepté par les « futures personnes dépendantes » ?

Ce déficit en matière de prospective traduit en grande partie l'absence d'hypothèses sur la rationalité économique des agents du secteur médico-social. Peu d'analyses sont disponibles sur la stratégie des offreurs de soins de long terme en matière de sélection de clientèle, de diversification des services, de recrutement, d'externalisation des prestations. Les débats sur les valeurs associatives et les risques liés à la privatisation masquent une méconnaissance réelle de la rationalité économique des offreurs. Les professionnels soignants sont décrits comme fournissant un service qui relève à la fois des logiques médicales et sociales (au sens du lien social) dans une relation complexe avec l'aidant familial. La question de leur contribution à la gestion de la rareté des ressources dans le champ de la dépendance est rarement mise en avant... Enfin, le comportement économique des personnes âgées dépendantes et de leurs familles est un sujet confidentiel, à savoir quelle est la disposition à payer tel ou tel service, quels sont les arbitrages qui sont faits entre l'achat de services et le maintien de la valeur du capital, si arbitrage il y a, quelles sont les variables économiques qui sont prises en considération quand une personne âgée entre en établissement, par elle ou par ses proches...

C'est dire, pour aller dans le sens d'Emmanuelle Brun et d'Alain Pelc, que la microéconomie de la dépendance reste à construire.

Marie-Eve JOEL
Université Paris Dauphine

L'ECONOMIE DE LA DEPENDANCE

Le domaine de la dépendance des personnes âgées, n'a connu à la différence du handicap qu'un engagement intellectuel tardif des économistes mais plus généralement des chercheurs en sciences sociales.

Depuis quelques années, néanmoins, la problématique de la prise en charge de la dépendance dans les pays occidentaux interroge les décideurs publics sur la vocation et l'architecture des dispositifs publics de protection sociale, dans une démarche normative et commence à se différencier de celle traitée classiquement par l'économie de la santé.

En effet, la dépendance bien que souvent corrélée à la présence de maladie(s) chronique(s) invalidante(s) ne peut pas être confondue avec les effets liés à cette seule présence. Elle doit également être appréhendée dans le contexte de diminution des revenus créée par le passage à la retraite, parfois même dans celui d'apparition d'un risque d'isolement ou de perte du lien social.

Ces risques peuvent donc se révéler cumulatifs au grand âge et il convient de prendre en compte la situation globale de la personne âgée, en tenant compte du contexte économique, physique, émotionnel ou psychologique et social.

Le « risque dépendance » se trouve ainsi à la frontière des risques maladie et vieillesse. Certains besoins des personnes âgées dépendantes s'apparentent à ceux qui sont déjà pris en charge par l'assurance maladie (soins) ou les régimes de retraite (actions sociales). Un certain nombre d'aides ainsi requises se distinguent d'ailleurs difficilement des services que se rendent naturellement les membres d'une même famille. Ces particularités rendent complexe le choix de société quant à la place que doit tenir la dépendance parmi les risques sociaux à prendre en charge par la société. Pour autant, à l'heure actuelle et à l'échelle internationale, un consensus a émergé autour de l'idée de définir la perte d'autonomie dans les actes de la vie courante comme un risque normal de la vie, pouvant survenir à tout âge, au même titre que la maladie ou l'invalidité.

Un risque révélé par la croissance du nombre absolu des personnes âgées dépendantes dans un contexte de baisse du nombre relatif.

Le « risque dépendance » n'est en réalité pas tout à fait nouveau pour les pays européens, dans la mesure où le phénomène du papy-boom a été progressif (décalé selon les pays) et qu'il a pu être anticipé par la puissance publique. C'est en

revanche son ampleur qui est nouvelle : les personnes âgées très dépendantes représentent d'ores et déjà plus de 3% de la population totale en Europe et l'on s'attend à une arrivée massive des papy-boomers aux âges de la dépendance d'ici une à deux décennies.

Le choc démographique attendu pour la dépendance est décalé de vingt ans par rapport aux retraites (entrée en dépendance aux alentours de 80-85 ans en moyenne contre 60-65 ans pour la retraite). A partir de 2025¹, il faudra s'attendre à des difficultés d'ordre à la fois qualitatif et quantitatif face à la prévision d'un « sur-risque ». Il faut toutefois garder à l'esprit que le coût de la prise en charge de la dépendance est moins lié à l'évolution démographique qu'aux choix politiques sur le niveau et les modalités de cette prise en charge et à la qualité des services².

La demande de soins de longue durée augmentera ainsi non pas tant du fait du vieillissement mais du fait que les personnes âgées, celles de la génération du baby-boom, seront plus nombreuses (effet volume). Les projections concernant les besoins futurs sont néanmoins incertaines : l'imprécision des estimations du nombre de personnes dépendantes³ s'explique notamment par la prévalence de polyopathologies et des dépendances d'origine psychique qui reste encore mal connue à ce jour.

L'anticipation d'une demande accrue de services professionnels de soins de longue durée tient aussi à la tendance à l'augmentation du travail des femmes - très majoritaires dans l'aide familiale - et aux transformations du mode de vie des familles. L'intervention des aidants naturels devrait ainsi vraisemblablement se réduire dans les années à venir, impliquant que l'aide professionnelle devra prendre le relais.

Face à cette demande en évolution, la prise en charge publique des soins de longue durée s'est longtemps focalisée en Europe sur les soins en institution (pour les plus dépendants) alors que la grande majorité des personnes âgées vit à domicile. Depuis quelques années, on assiste néanmoins à un rééquilibrage en faveur du domicile (y compris en Suède).

¹ C'est la part des plus de 80 ans qui a connu la croissance démographique la plus rapide ces dernières années (notamment en Suède et en Espagne), résultant du premier baby boom des années 1920. Les générations du second baby-boom, elles, atteindront 80 ans dans 20 ans.

² Huber M. & al. (2005), *Long term care for older people*, The O.C.D.E. Project, O.C.D.E. Paris.

³ Duée M, Rebillard C, (2006), *La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040*, Données sociales - La société française, INSEE, PARIS, p 613-619

Un secteur gérontologique qui évolue en fonction des modes de tarification

Le secteur gérontologique s'est structuré pendant longtemps en Europe avant tout selon une logique de l'offre : des prestataires proposaient des équipements et des services que les pouvoirs publics réglementaient et solvabilisaient. Il en est ressorti des circuits institutionnels d'autorisation et de financement relativement rigides (logique budgétaire) et une offre en grande partie standardisée.

Face à ce constat, les décideurs publics se sont vus contraints de faire évoluer le secteur gérontologique en profondeur : il convient désormais de privilégier une approche par la demande (« *needs lead* »), partant des besoins individuels, pour élaborer des réponses personnalisées et concertées, tenant compte de l'environnement et du souhait des personnes âgées. En France, par exemple, la réforme récente de la tarification des établissements introduite par la loi "2002-2"⁴ a permis de focaliser la prise en charge avant tout sur les besoins et non plus sur le statut de l'établissement, comme c'était le cas jusqu'alors. De la même façon, les plans d'aides et de soins proposés par les différents pays ne se contentent pas de définir un nombre d'heures d'intervention professionnelle. Ils prévoient de plus en plus de mettre en œuvre une juste complémentarité des différents acteurs, qui passe par une coordination avec les professionnels, notamment du secteur sanitaire, et les aidants familiaux.

Sur le plan financier, le secteur médico-social s'est développé en partie grâce au transfert de charge progressif du secteur de la médecine aiguë vers ce secteur⁵ concrétisé en France, par exemple, par la création d'un ONDAM médico-social distinct de l'ONDAM dont le concept est introduit dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005⁶. Les dépenses en soins de longue durée couvertes par les pouvoirs publics le sont néanmoins à un moindre niveau que les dépenses de soins aigus. D'autres logiques sont également possibles comme celle de l'intégration entre les secteurs sanitaire et médico-social ou entre les secteurs de l'offre en établissement et à domicile (notamment en Suède et au Royaume-Uni).

⁴ Journal Officiel (2002), *Loi no 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*, Journal Officiel 2002 n°2,3 janvier 2002, p.124-143

⁵ Le raccourcissement des durées de séjour en secteur aigu se traduit par des besoins croissants de suivi post-hospitalier à domicile et institution, notamment pour éviter les réhospitalisations précoces (rechutes).

⁶ Journal Officiel (2005) *LOI n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005*; JORF; n°296, 21 décembre 2004, page 21649

L'émergence d'un nouveau risque dans un contexte économique peu favorable

Les pays étudiés ont une même approche des **contraintes économiques**. Le vieillissement des populations occidentales se conjugue dans les années 1980 et 1990 à un contexte d'austérité budgétaire pour les décideurs publics. Les politiques européennes de prise en charge de la dépendance s'inscrivent aujourd'hui encore davantage dans une vision économique de maîtrise des dépenses que de couverture optimale des besoins. Cela se traduit essentiellement par trois types de politiques de maîtrise des dépenses que sont la détermination préalable d'une enveloppe budgétaire à ne pas dépasser, l'imposition d'un niveau de partage des coûts (dans une perspective d'augmentation du niveau d'effort des ménages) et la régulation des prestations de services.

Les dépenses croissantes attendues dans les années à venir pour couvrir le risque dépendance nécessiteront de trouver de nouvelles sources de financement, en évitant néanmoins de trop augmenter les prélèvements obligatoires et en prenant garde à ne pas faire peser le poids de la dépense toujours plus sur les usagers et leurs familles. Des pistes doivent être trouvées en parallèle du côté de l'organisation du secteur gérontologique pour trouver des gisements d'économies.

La question de savoir comment déterminer le niveau de dépenses publiques que les gouvernements peuvent « se permettre » à un moment donné est techniquement ardue à traiter. Les systèmes sanitaires et sociaux modernes n'ont en effet pas de mécanisme stabilisateur interne : ils continuent à se développer tant que l'on ne fixe pas de limites.

On est notamment confronté dans le cas de la dépendance au phénomène classique en économie de la « demande induite » : les aides financières peuvent stimuler la demande du simple fait qu'une procédure d'évaluation est mise en œuvre. D'autre part, le développement du secteur des services aux personnes âgées dépendantes et l'amélioration du niveau de vie de ces dernières suscitent de nouveaux besoins, de nouvelles attentes.

L'Etat doit donc faire face à la coalition des intérêts des consommateurs et des producteurs, qui s'oppose à la modération, avec au final, un risque de dérive des dépenses. Il est contraint de fixer des limites.

Tout l'enjeu consiste aujourd'hui à déterminer si les pays seront capables de conserver leur système de protection sociale (en y ajoutant la protection contre le risque dépendance) tout en sauvegardant les valeurs fondamentales qui les ont fondés ou si, peu à peu, la contrainte financière va faire éclater ces principes.

Le financement public restera la principale source de financement de la politique de prise en charge de la dépendance.

Ainsi, depuis les années 1990, un nombre croissant de pays organise des mécanismes de solidarité pour financer des prestations à vocation universelle réservées aux plus dépendants, en lieu et place des dispositifs d'aide sociale qui préexistaient jusqu'alors :

- soit par la prestation directe de services de soins à domicile ou en établissements (par le biais de l'impôt)
- soit par des mécanismes d'assurance (financement par des cotisations sociales).

Pour la France, cela s'est concrétisée par la création de la Contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et sa caisse gestionnaire, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

Mais dès sa création, la CNSA a voulu montrer que son engagement au côté des personnes en

situation de perte d'autonomie, que ce soit en raison d'un handicap ou d'une situation de dépendance, ne se limite pas au seul rôle de "caisse". Elle s'est dotée d'un conseil scientifique largement ouvert aux représentants de la recherche en science sociale et en particulier aux économistes et aux démographes. Elle a engagé un vaste programme d'actions destiné à promouvoir la recherche dans le champ de la solidarité.

Une attention particulière est à ce titre portée à l'Economie de la Santé. C'est pourquoi la CNSA a souhaité participer activement au cycle de conférences organisé par le Collège " économie de la santé et vieillissement " et d'une façon plus générale en devenir membre institutionnel.

Emmanuelle BRUN

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

Alain PELC

Caisses Centrales de la Mutualité Sociale Agricole

Vieillesse et dépendance : quel financement ?

3^{ème} conférence du cycle « économie de la santé et vieillissement »

12 novembre 2008, Université Paris Dauphine

Le Collège des Economistes de la Santé (CES) organise avec le soutien de la Fondation Caisses d'Épargne pour la Solidarité et de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) une série de conférences entre chercheurs, décideurs publics et privés et professionnels de santé sur le thème de l'économie de la santé et du vieillissement au sens large. La troisième conférence abordera le thème « vieillissement et dépendance : quel financement ? » le 12 novembre 2008 à l'Université Paris Dauphine.

L'objectif principal de ce cycle est de créer un lieu de rencontres et d'échanges entre les chercheurs et les acteurs des systèmes de santé sur le thème du vieillissement et de la santé, afin de :

- i) Participer à la diffusion des connaissances des travaux de recherche et des expériences menées sur le thème de l'économie (de la santé) et du vieillissement.
- ii) Favoriser les échanges entre des personnes (chercheurs et professionnels) qui n'ont guère l'occasion de se rencontrer et de faire connaître leurs expériences et leurs problématiques,

Trois sessions seront organisées :

1. **Quels problèmes ? Quelles solutions ?**
2. **L'équilibre entre prises en charge centralisée et décentralisée**
3. **L'équilibre entre prises en charge publique, privée et familiale** (cette session sera scindée en deux sous-sessions, l'une traitant du **périmètre de la prise en charge** et l'autre des **institutions et acteurs**)

Programme et inscriptions sur le site du CES : <http://www.ces-asso.org/>

30^{ÈMES} JESF

PROGRAMME SCIENTIFIQUE

JOURNÉES DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ FRANÇAIS

4 ET 5 DÉCEMBRE 2008, UNIVERSITÉ PARIS DAUPHINE

Créées il y a plus de vingt ans à l'initiative de nos collègues lillois Thérèse Lebrun et Jean-Claude Saily, les Journées des Economistes de la Santé Français (JESF) ont toujours suscité un grand intérêt et connu un vif succès au sein de notre communauté. Les JESF sont des journées de type séminaire ou workshop dont le thème est ouvert. Toutes les propositions en économie de la santé sont donc acceptées sans limitation thématique. Chaque contribution est présentée par un discutant, et non par le (ou les) auteurs(s), puis la discussion est ouverte avec les auteurs et l'auditoire.

Le Collège des Economistes de la Santé en partenariat avec des centres de recherche organisent annuellement cette rencontre. Après les 28^{èmes} journées de 2006 organisées à l'Université de Bourgogne à Dijon avec le soutien du LEG, les 29^{èmes} journées à l'Université Catholique de Lille en 2007 (à l'occasion desquelles a été fêté le 20^{ème} anniversaire des journées) avec le soutien du CRESGE-LEM, les 30^{èmes} journées sont accueillies à l'Université Paris Dauphine avec le soutien du LEGOS.

Cette année, cette manifestation reçoit le **soutien de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la Santé, de la Jeunesse, du Sport et de la Vie Associative.**

Jeudi 4 décembre 2008

13.00 - 13.30	Accueil des participants et ouverture des 30^{ème} Journées	
13.30 - 14.15	<i>Conférence invitée</i> : Brigitte Dormont (LEGOS, Université Paris Dauphine) Les rémunérations des médecins	
SÉANCE PLENIERE S1 : Dépendance		
14.15 - 15.00	Entre famille et marché : déterminants et coûts monétaires de l'aide formelle et informelle reçue par les personnes âgées en domicile ordinaire (B.Davin , A.Paraponaris , P.Verger)	
15.00 - 15.45	Aide informelle, assurance et risque moral intergénérationnel – Evidence pour la France (C.Courbage et N.Roudaut)	
15.45 - 16.30	Soutenir un parent dépendant : quelles interactions dans la fratrie ? (R.Fontaine , A.Gramain et J.Wittwer)	
	SEANCE PARALLELE S2-A. Régulation	SEANCE PARALLELE S2-B. Médecins
17.00 - 17.45	Fonder en raison une gouvernance en réseaux du système de santé français (A.Buttard et M.Gadreau)	Une observation des bas revenus en médecine générale : le cas des médecins "smicards" (A-L Samson)
17.45 - 18.30	Incitatifs aux génériques, quels impacts sur les stratégies des laboratoires de marques. (C.Franc et S.Trinquard)	Améliorer l'efficacité et la qualité des soins en médecine générale : L'exemple du contrat individuel des médecins traitants expérimenté par la CNAMTS (R.Legal , D.Bernstein , P-O.Blotière , L.Silvera)

Vendredi 5 décembre 2008		
	SEANCE PARALLELE S3-A. Développement	SEANCE PARALLELE S3-B. Assurance
9.00 - 9.45	Comparaisons internationales des niveaux de santé : cadre théorique et éléments d'application aux pays africains (<u>B.Boidin</u> , P.Lardé)	Demande de complémentaire santé : rôle du revenu et des prix des autres biens (<u>A.Legal</u> , F.Jusot, J.Wittwer)
9.45 - 10.30	L'impact du Paludisme sur l'éducation primaire au Mali: une étude Cas / Témoins en suivi de cohorte fermée dans le village de Donéguébougou (<u>J.Thuilliez</u> , M.S.Sissoko, O.B.Toure, M.B. Niambele, B.Kamate, O.Guindo, P.Kamate, A.Balam, J.C.Berthelemy, O.K.Doumbo)	Assurance dépendance et anti-sélection: le rôle de l'information privée multidimensionnelle sur le marché français (<u>M.Plisson</u> , R.Legal)
	SEANCE PARALLELE S4-A. Investissement en santé	SEANCE PARALLELE S4-B. Evaluation
11.00 - 11.45	La décision d'investissement santé à long terme et le mythe de la vieillesse malheureuse (<u>S.Macé</u>)	Impact de la conformité aux recommandations pour la pratique clinique sur le coût d'un traitement initial de sarcome (<u>L.Perrier</u> , N.Cautela, M.Morelle, N.Havet, J-Y.Blay, P.Biron, F.Ducimetière, A.Lurkin, D.Ranchère-Vince, A-V.Decouvlaere, P.Thiesse, C.Bergeron, F.Gilly, G. de Laroche, D.Cellier, M.Laramas, T.Philip, I.Ray-Coquard)
SÉANCE PLENIERE S5 : Préférences		
11.45 - 12.30	Analyse des effets de présentation des risques sur les préférences révélées par la méthode des choix discrets (<u>E.Nguyen</u> , N.Moumjid, A.Brémont, M-O Carrère)	
12.30-14.00	Pause-déjeuner	
SÉANCE PLENIERE S6 : Etat de santé		
14.00 - 14.45	Longitudinal changes in self-reported health: Evidence from Albania (<u>F-C.Wolff</u> , N.Vaillant)	
14.45 - 15.30	Milieu d'origine et caractéristiques socioéconomiques actuelles : Quelles contributions aux inégalités sociales de santé en Europe ? (<u>S.Tubeuf</u> , F.Jusot)	
15.30 - 16.15	<i>Conférence invitée</i> : Lise Rochaix (HAS) L'économie et la décision publique	
17.00-17.45	<i>Discussion autour des prochaines JESF</i>	

Inscriptions avant le 30 novembre 2008 sur le site du CES.

Nous vous attendons nombreux pour ce rendez-vous annuel important de notre association.

UN NOUVEAU STATUT DE MEMBRE DU COLLÈGE

Par décision de l'Assemblée Générale du 26 mars 2008 entérinée par les CA du 13 mai et du 24 juin 2008, il est créé un statut de « **membre professionnel** » destiné à des personnalités qui remplissent les critères suivants :

- 1- démontrer un intérêt permanent pour le domaine de l'économie de la santé ;
- 2- occuper des responsabilités dans des organismes de production, de financement et de régulation dans le secteur de la santé.

Un des deux parrains doit être un membre ordinaire.

LES ACTIVITÉS DU COLLÈGE

Formation en économie de la santé à la CNAMTS et au RSI

Le Collège des Economistes de la Santé poursuit la formation en économie de la santé commencée en 2007 et assurée auprès des agents de la CNAMTS par des équipes de recherche, membres du CES. Entre septembre et décembre 2008, les spécialités portant sur l'hôpital, l'assurance et l'évaluation médico-économique sont dispensées à raison de huit heures par spécialité ainsi qu'une conférence sur le thème « la fin programmée des officines ? ». En 2009, une nouvelle session incluant le module de tronc commun, les quatre spécialités et une conférence sera assurée à la CNAMTS.

Par ailleurs, le CES a répondu à deux appels d'offre lancés par le Régime Social des Indépendants. Il a été retenu pour assurer une formation sur les grands enjeux du système de santé visant les agents de direction, médecins conseil et cadres du RSI. Cette formation a été assurée pour le CES par Claude Le Pen et Gérard de Pouvourville entre juillet et septembre 2008.

Valorisation du Rapport d'Analyse d'Impact Budgétaire

Une présentation du rapport sur les analyses d'impact budgétaire a été réalisée à l'Institut de Formation des Industries de Santé (IFIS) le 1^{er} octobre dernier par Thomas Barnay, coordinateur du groupe de travail et Ségolène Bisot-Locard (Novartis), membre du groupe de travail. Cette présentation a permis de mettre en lumière les modalités pratiques de réalisation de ce travail, les grandes questions débattues par le groupe de travail ainsi que les principales recommandations. Dans la prochaine Lettre du CES du mois de décembre, un article proposera une synthèse de ce travail.

Par ailleurs, afin de saluer la qualité de ce travail, **le LEEM a décidé d'attribuer au CES le grand prix d'économie de la santé d'un montant de 7 500 €.**

Informations : Le rapport est en ligne sur le site du CES

Etat d'avancement du numéro spécial de la Revue Economique

A l'occasion du 20^{ème} anniversaire des JESF à Lille en 2007, le CES a décidé de proposer à la **Revue Economique** un numéro spécial en économie de la santé. La coordination est assurée au titre du CES par Thomas Barnay et Sophie Béjean et au titre de la Revue Economique par David Margolis (PSE).

Sur les 24 contributions issues des présentations réalisées lors des JESF 2007 à Lille et soumises à la Revue Economique, les premiers rapports des referees anonymes ont présélectionné 19 contributions. Actuellement, les versions révisées sont soumises de nouveau à la Revue Economique. La parution de ce numéro spécial devrait intervenir fin 2008-début 2009.

La couverture du 11^{ème} congrès de l'ISPOR à Athènes

Le Collège des économistes de la Santé, en partenariat avec Novartis, a décidé de couvrir le 11^{ème} congrès européen annuel de l'**International Society For Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) qui se tiendra du 8 au 11 novembre 2008 à Athènes.**

Le CES a ainsi lancé un appel à candidature auprès d'étudiants de niveau Master 2, Doctorat ou Post-doctorat en économie de la santé s'intéressant à l'évaluation médico-économique et maîtrisant la langue anglaise. Parmi les 9 candidatures, celles d'Anne Buttard (IFROSS-GRAPHOS de l'Université Jean Moulin Lyon 3), Florence Nguyen (GATE-GRESAC de l'Université de Lyon 1) et d'Hassan Serrier (LEG, Université de Bourgogne) ont été retenues. Sous la supervision de Bruno Detournay et Thomas Barnay pour le CES et Ségolène Bisot-Locard (Novartis), ils devront produire une synthèse écrite des interventions qui fera l'objet d'une publication diffusée aux membres du CES. Ces étudiants seront aussi sollicités pour faire une présentation orale lors d'une réunion à Novartis.



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 : ces2@wanadoo.fr

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

La Lettre du Collège :

Directeur de rédaction : Claude Le Pen.

Secrétariat de rédaction : Thomas Barnay et Astou Kaba.

Tirage : 650 exemplaires.

Réalisation : Louyot.

ISSN : 1953-6755