

LETTRE du COLLÈGE

COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

LE MOT DU PRÉSIDENT

Comme l'année dernière à la même époque, je me réjouis de l'excellente tenue des JESF qui se sont déroulés les 4 et 5 décembre dernier à l'Université Paris-Dauphine. Même nombre de participants qu'à Lille, même qualité d'ensemble des travaux, même succès de l'organisation (due à l'équipe du LEGOS et notamment Florence JUSOT et Sandrine DUFOUR). Sous l'impulsion du Comité scientifique et de sa présidente Sophie BEJEAN, les JESF, qui ont été relancés il y a deux ans, ont désormais trouvé leur équilibre : les trois demi-journées, la présentation du papier par un tiers, les deux (ou trois) conférences invitées, la soirée festive le soir du premier jour sont devenus des rites obligés qui donnent aux JESF leur caractère. C'est également un rendez-vous, beaucoup de membres du CES passent ne serait-ce qu'un moment, saluer leurs collègues et néanmoins amis ; c'est enfin l'occasion d'assister à la confirmation de jeunes chercheurs talentueux. Les JESF sont désormais incontournables. Rendez-vous à Rennes, l'année prochaine où l'ENSAI et notre collègue Eric DELATTRE nous accueilleront : ce sera, si je ne m'abuse, une première !

A ce propos, je peux annoncer que le numéro spécial de la Revue économique reprenant certaines communications des JESF 2007 est enfin prêt et paraîtra vers Avril 2009. On ne peut malheureusement répéter chaque année une telle opération qui est très lourde et a nécessité un gros effort des auteurs, des référés et des coordinateurs du numéro. Peut-être pourrait-on cependant réfléchir au moyen de diffuser plus largement les communications des JESF dont beaucoup méritent une plus large audience. Les idées sont bienvenues.

Mais, en ouverture à ce numéro consacré à l'évaluation économique, je ne peux manquer d'adresser un mot de félicitation et d'encouragement à notre amie Lise Rochoaix à qui la Haute Autorité de Santé a confié la présidence de la nouvelle Commission évaluation économique et santé publique (CEESP). La tâche qui l'attend est délicate mais Lise sait qu'elle peut compter sur l'aide et l'amitié du CES.

Je vous souhaite au nom du CA une bonne et heureuse année 2009.

Claude LE PEN
LEGOS, Université Paris Dauphine

ÉDITORIAL : RATIONALITE ECONOMIQUE

Trente-quatre mots de la LFSS 2008 ont suscité, chez les uns et les autres, émoi, espoir et crainte : « Dans le cadre de ses missions, la Haute Autorité de Santé émet, si nécessaire, des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces ».

La HAS, appliquant la loi, a créé la Commission évaluation économique et santé publique (CEESP), l'a chargée de « contribuer activement [...] à ce que la dimension d'efficacité ou de coût d'opportunité soit prise en compte à la fois dans la décision publique et dans les décisions des professionnels », et en a confié la responsabilité à notre collègue Lise Rochoaix, membre du Collège de la HAS. En 2004, lors de la création de cette dernière, le Parlement avait explicitement exclu la compétence économique de ses missions, la confinant à un rôle purement « scientifique », c'est-à-dire médical. Que s'est-il passé depuis ? L'économie a-t-elle été promue au rang de « science » ? L'évaluation économique a-t-elle reçu une consécration politique ? Va-t-on passer d'une logique de remboursement et de tarification exclusivement fondée sur des critères médicaux à une logique médico-économique comme au Royaume-Uni ? Va-t-on adopter des coûts par QALYs, des ratios coût-utilité, des seuils d'acceptabilité, comme dans l'exemple des recommandations du NICE, qui bannit tout traitement dont le ratio coût-utilité est (très) supérieur à £ 30.000 par QALY ?

En fait, à la question : « A-t-on changé de paradigme ? », la réponse est « assurément non ». Et à la deuxième question : « fallait-il changer de paradigme ? », la réponse est « sans doute non ». Explications.

Il apparaît d'abord clairement, à entendre les uns et les autres dans les nombreux colloques et ateliers consacrés à cette question, que l'intention originale du Parlement, en donnant des compétences économiques à la HAS, était d'aider cette dernière à orienter la prescription médicale vers les équivalents thérapeutiques les moins chers, sans effet sur le remboursement ou le prix des médicaments. Ni les missions de la Commission de transparence et du Comité économique des produits de santé, ni les cri-

tères de remboursement et de tarification n'ont été modifiés. Les choses sont claires de ce côté-là même si l'exposé des motifs de la loi en évoquant l'exemple du NICE, a pu semer un instant le trouble et créer une incertitude jusque dans les institutions publiques.

Deuxième question : faut-il regretter qu'on ne change pas de paradigme ? D'un certain côté oui, car la question de savoir jusqu'où il convient de dépenser pour sauver une année de vie supplémentaire est incontournable. Personne ne peut le nier. Et la réflexion sur la rareté des ressources, le coût d'opportunité des choix collectifs et l'efficacité des allocations de ressources appartient à notre fond disciplinaire. Mais d'un autre côté, peut-on refuser à un patient un traitement efficace au motif qu'il est trop coûteux pour ce qu'il lui apporte ? C'est une question morale et éthique qui dépasse le cadre économique. De même que la question de l'acharnement thérapeutique dépasse le champ médical. On touche là aux limites de la compétence technique. D'autant que le QALY et sa mesure demeurent très largement des objets de débat scientifique, qu'il est sans doute abusif de vouloir transformer en critère administratif.

On peut sans doute regretter que la création d'une institution ait précédé la réflexion sur sa mission et sa problématique. Ce n'est ni la première ni la dernière fois que l'on procède ainsi. Mais, du coup, cela crée un lieu et une opportunité pour engager une réflexion large sur la manière dont les choix de santé devront être faits dans un (proche) avenir, en intégrant toutes les dimensions, médicales, économiques, philosophiques, éthiques, qui sont traditionnellement séparées, voire opposées. Il ne s'agit de rien de moins que de concilier droits du malade et contrainte de rareté ! Si c'est le cas – et nous sommes convaincus que ce le sera – ni la Loi ni la création de la CEESP n'auront été inutiles.

Claude LE PEN
LEGOS, Université Paris Dauphine

LES DOUZE RECOMMANDATIONS DU RAPPORT SUR LES ANALYSES D'IMPACT BUDGETAIRE

Les Analyses d'impact budgétaire (AIB) appliquées aux innovations médicales tendent à se développer dans la littérature française et internationale. Rappelons que les AIB visent à mesurer les incidences positives et négatives de la modification d'une stratégie médicale sur le budget d'une institution. De nombreux pays dans le monde ont reconnu l'utilité de ces analyses dans le processus de prise de décision médicale. Il en a résulté en France, et surtout à l'étranger, une floraison d'études, ainsi que de nombreux débats méthodologiques. Ces études ont en effet l'avantage par rapport aux autres types d'études économiques d'aide à la décision, d'être – du moins en apparence – plus concrètes, moins spéculatives, et de s'inscrire plus directement dans le contexte institutionnel de l'innovation, ce à quoi le décideur public est sensible. N'envisageant que le côté budgétaire de la décision publique, les AIB sont par nature moins normatives, moins prescriptives que les études d'Évaluation Économique (EE) traditionnelles qui, prenant en compte simultanément les bénéfices et les coûts, prétendent désigner les options thérapeutiques optimales du point de vue de l'utilisation des ressources collectives. Le « programme » de l'AIB est plus modeste : la seule mesure de l'impact budgétaire d'une innovation ne saurait en effet déboucher sur une quelconque recommandation de décision « optimale ». En revanche, ce côté modeste constitue paradoxalement un atout dans un univers où la décision publique est souvent multifactorielle et où le décideur public tend à se méfier des recommandations économiques normatives qu'il soupçonne – pas toujours à tort – de ne pas inclure l'intégralité des éléments du problème. Pour autant, même si son objet est limité, la démarche de l'AIB se doit d'être scientifiquement rigoureuse. Il s'agit en effet d'assurer la représentativité, la comparabilité et la crédibilité d'études qui revendiquent délibérément une dimension pragmatique. Tous les coûts pertinents sont-ils bien pris en compte ? Les données sont-elles transparentes et vérifiables ? Les méthodes de mesure sont-elles homogènes ? Les résultats sont-ils fiables et reproductibles ? C'est pour garantir des réponses positives à ces

questions que, dans de nombreux pays comme les États-Unis, le Canada, l'Australie, l'Angleterre et la Pologne, des « guidelines »¹ ont été établis, à partir d'une recherche de consensus méthodologique entre les différentes parties prenantes.

En France, le Collège des Economistes de la Santé (CES) s'est historiquement chargé de cette tâche de normalisation des pratiques d'évaluation économique des stratégies de santé. Il l'a fait en réunissant et animant un groupe de travail tripartite réunissant des experts de l'Administration, de l'Université et de la recherche et de l'Industrie pour produire des guidelines d'évaluation économique qui ont été largement diffusés dans le monde de l'économie de la santé, en France et à l'étranger.

Il était donc tout naturel que, dans le prolongement de ce travail, il prenne l'initiative d'un nouveau groupe de travail constitué sur le même modèle pour produire des lignes directrices pour la construction de modèles d'AIB.

Les douze recommandations qui sont émises n'ont comme seul objectif que d'aider à la compréhension de ce type d'analyse et d'aider les promoteurs, les réalisateurs et les utilisateurs de ce type d'étude à produire des analyses les plus fiables et les plus utiles possible. Elles portent sur l'objet et la perspective de l'étude, le positionnement des AIB dans la vie du produit, l'horizon temporel, la population, le coût du traitement, les coûts évités et induits par le traitement, l'actualisation des coûts et les analyses de sensibilité.

¹ - MAUSKOPF Josephine A., SULLIVAN Sean et al. "Principles of Good practice for Budget Impact Analysis: Report of the ISPOR Task Force on Good Research Practices Budget Impact Analysis". *Value In Health* 2007; 10(5): 336-347

Patented Medicine Prices Review Board "Guidelines for Conducting Patented Medicine Budget Impact Analyses for submission to Public Drug Plan in Canada" [May 2007]; *Patented Medicine Prices Review Board*

Pharmaceutical Benefits Advisory Committee "Guidelines for the Pharmaceutical Industry on Preparation of Submissions to the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC)" [September 2002]; *Commonwealth Department of Health and Ageing National Institute for Clinical Excellence "Guide to the Methods of Technology Appraisal" (April 2004).*

Recommandation n° 1 : Objet de l'AIB

Tout produit ou intervention de santé à visée thérapeutique, diagnostique ou préventive peut faire l'objet d'une AIB (Analyse d'Impact Budgétaire).

L'AIB doit préciser l'objet de l'analyse ainsi que ses conséquences.

Toutes les stratégies alternatives à l'intervention analysée, ainsi que les conditions de substituabilité, doivent également être précisément notifiées dans l'AIB.

Recommandation n° 2 : Perspective de l'AIB

Il est nécessaire de bien préciser le ou les acteur(s) dont on adopte la perspective et le cadre budgétaire.

Recommandation n° 3 : Caractéristiques de l'AIB

Il convient de préciser si l'AIB est de nature prospective ou rétrospective et de présenter à la fois les caractéristiques mais aussi les enjeux et les limites de l'analyse.

Recommandation n° 4 : Impact budgétaire - prévision budgétaire

Pour plus de transparence dans l'interprétation des résultats, le rapport de l'AIB devra préciser si l'analyse est menée :

- pour une étude d'impact, au sens strict, c'est-à-dire limitée aux effets propres de l'intervention nets des effets d'environnement (impact budgétaire)
- ou pour une étude d'impact au sens large incluant la variation prévisible des effets d'environnement (prévision budgétaire).

Dans tous les cas de figure, les éléments relatifs à l'intervention analysée (ou à l'intervention alternative) susceptibles d'être modifiés sur l'horizon temporel de l'exercice doivent être pris en compte et présentés dans l'AIB.

Recommandation n° 5 : Horizon temporel

L'horizon temporel est défini en lien avec les objectifs et les contraintes de l'acteur. Une durée de 3 à 5 ans semble généralement appropriée et compatible avec la plupart des contraintes techniques et budgétaires.

Recommandation n° 6 : Caractéristique des populations

Dans le cadre d'une AIB prospective, la population envisagée sera la population répondant aux critères légaux d'utilisation de la technique analysée, Autorisation de mise sur le marché (AMM) ou recommandations de pratiques cliniques. A défaut, on prendra en compte la population correspondant à des éléments de la littérature justifiant l'emploi de l'innovation. Dans le cadre d'une AIB rétrospective, la population rejointe correspond à la population réellement observée.

Recommandation n° 7 : Population cible - population rejointe

Les données utilisées et les hypothèses émises pour la détermination de la nature et de la taille de la population rejointe en analyse prospective doivent être justifiées et clairement apparaître dans le rapport de l'analyse. Par ailleurs, l'AIB prospective doit être suffisamment flexible pour permettre de modifier les hypothèses émises sur la nature et la taille de la population rejointe.

Recommandation n° 8 : Identification des coûts

L'identification des coûts doit toujours se faire selon le point de vue adopté et l'horizon temporel. L'ensemble des flux affectant l'institution concernée doit être pris en compte, y compris les coûts de gestion et les paiements de transferts si ceux-ci sont influencés par l'innovation et pour autant qu'ils soient évaluables et fiables. Les modes de valorisation doivent autant que possible faire appel à des prix effectifs.

Recommandation n° 9 : Mesure des coûts

La mesure des coûts doit répondre à certaines exigences générales de transparence et d'objectivité : toutes les informations permettant de reproduire le calcul doivent être indiquées ; les hypothèses de calcul clairement indiquées et justifiées ; les sources de données référencées et accessibles. La recherche de la cohérence entre le point de vue adopté et la définition et la mesure des coûts doit apparaître. Les coûts doivent être présentés sous la forme d'un échancier annuel conforme à la logique de l'analyse budgétaire. Les calculs seront prioritairement présentés sous des formes permettant d'effectuer des simulations et des analyses de sensibilité déterministes ou stochastiques.

**Recommandation n° 10 :
Présentation des modèles d'AIB**

Le modèle informatique qui accompagne le rapport doit être élaboré avec un logiciel courant dans les milieux scientifiques (tableur, logiciel de simulation, etc.). Il doit être documenté afin de pouvoir facilement être utilisé par le destinataire. Il doit être fourni avec un jeu de valeurs des paramètres correspondant au scénario de base présenté dans le rapport. Il doit être également construit de telle sorte que l'utilisateur puisse modifier certains paramètres d'entrées afin d'effectuer des simulations.

**Recommandation n° 11 :
Spécificité de l'AIB rétrospective**

Toute intervention ayant fait l'objet d'une AIB prospective peut également faire l'objet d'une AIB rétrospective. L'étude d'une AIB rétrospective porte sur l'observation de la situation et sur l'élaboration d'un scénario contrefactuel sans l'intervention. Les recommandations émises pour

les AIB prospectives sur la présentation et la justification des effets de l'intervention s'appliquent dans les AIB rétrospectives aux hypothèses qui sous-tendent la construction du scénario contrefactuel.

**Recommandation n° 12 :
Contenu du rapport d'analyse**

Une AIB doit être présentée dans un rapport d'étude accompagné d'un modèle informatique. Le rapport doit exposer et justifier la problématique ayant conduit à l'analyse, les enjeux, l'état des connaissances sur le sujet. Le rapport de l'AIB doit contenir le maximum d'informations qui permettent la compréhension de l'analyse. Notamment, les paramètres d'entrée (susceptibles d'être modifiés) devront être clairement différenciés des paramètres structurels du modèle qui ne pourront pas être modifiés mais dont le mode de calcul devra clairement apparaître.

L'intégralité du rapport est disponible sur le site du Collège des Economistes de la Santé.

L'ANALYSE D'IMPACT BUDGETAIRE ET L'EVALUATION ECONOMIQUE : DES APPROCHES SUBSTITUABLES OU COMPLEMENTAIRES ?

L'analyse d'impact budgétaire (AIB) a fait son entrée officielle dans l'univers de l'économie de la santé en France avec la publication du guide méthodologique élaboré sous les auspices du CES en 2008. Cette initiative, qui met la France au niveau international, témoigne du développement de cette approche depuis les années 2000. Pour en présenter les principales caractéristiques, une comparaison de l'AIB avec l'évaluation économique (EE) s'avère utile.

Objet et nature de l'analyse d'impact budgétaire

Prenant son origine dans le calcul du coût brut global associé à l'éventuelle généralisation d'une stratégie sanitaire comme on en trouvait encore en conclusion d'une étude d'évaluation économique il y a quelques années, l'AIB désigne aujourd'hui une approche plus sophistiquée. Elle vise avant tout à répondre à la question de l'accessibilité financière (*affordability*) d'une stratégie, en mesurant l'incidence financière sur le budget d'un

agent payeur de sa mise en œuvre (ou de son retrait). En cela, l'AIB traite une question mal appréhendée par l'EE qui, si elle est fondée sur la logique de la maximisation sous contrainte budgétaire, est incapable en pratique de déterminer les interventions les plus efficaces dans l'enveloppe budgétaire disponible, du fait de l'impossibilité d'estimer le ratio coût-efficacité de tout l'arsenal thérapeutique.

En outre, la substitution de nouveaux produits de santé à d'anciens qui deviendraient relativement moins efficaces se révèle problématique, d'où une augmentation des dépenses difficile à maîtriser. Mais, là où l'EE s'en remet à une valeur seuil en deçà de laquelle on devrait accepter toute technologie nouvelle, au risque d'une escalade financière incontrôlée, l'AIB cherche à déterminer précisément les conséquences budgétaires de chaque innovation. Il existe donc, *a priori*, une complémentarité entre l'EE, chargée d'estimer l'efficacité d'une stratégie, et l'AIB, mobilisée pour en évaluer l'incidence financière.

Cette complémentarité des deux approches tient également à ce que l'EE est une analyse normative recherchant l'efficacité du système de santé, quand l'AIB relève d'une analyse positive des conséquences financières d'une décision.

Le bon usage de ces outils voudrait donc que, pour toute stratégie préalablement identifiée comme efficace par l'EE, l'AIB soit ensuite mobilisée pour estimer l'impact de sa mise en œuvre éventuelle sur le budget du payeur, en lui permettant de vérifier s'il en a la capacité de financement ou de prévoir et de planifier les moyens de financement nécessaires. Pour autant, il ne faut pas sous-estimer la possibilité d'un mésusage de l'AIB dans un contexte décisionnel peu perméable à l'argumentaire de l'EE dans les négociations de prix-remboursement. On pourrait ainsi assister à un processus dichotomique d'évaluation des technologies de santé, recourant à l'*Evidence-Based Medicine* (EBM) pour juger de leur efficacité clinique, avant de faire intervenir l'AIB pour en apprécier les conséquences financières, sans jamais mettre directement en relation les coûts et les effets de santé. Les décisions de prix-remboursement ne relèveraient alors plus de la logique de l'efficacité économique mais de l'évaluation financière.

Les modalités de l'analyse d'impact budgétaire

Dans la pratique courante, on trouve deux approches relevant de l'AIB suivant l'acception donnée à la notion d'impact budgétaire :

- Pour les pays en développement, la préoccupation porte sur le financement soutenable des dépenses de santé. Ainsi, l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI) conditionne son intervention à l'élaboration par chaque pays bénéficiaire d'un Plan de Viabilité Financière (PVF), dont l'objectif est non seulement d'évaluer les coûts futurs et le besoin de financement générés par le développement des programmes de vaccination, mais aussi de définir la stratégie de financement pour couvrir ces besoins. Dans cette acception, l'AIB englobe donc l'évaluation des besoins et des modalités de financement.
- Pour les pays développés, l'insistance est plus étroitement mise sur l'évolution pluri-annuelle des dépenses associées à une stratégie thérapeutique, laissant ouverte la question des moyens de finan-

cement. Ici, l'AIB prend la forme de Modèles d'Impact Budgétaire (MIB) qui évaluent l'incidence d'une stratégie sur le budget du payeur, compte tenu du rythme de sa diffusion, de son éventuelle substitution partielle à d'autres stratégies, et de l'évolution de la population traitée.

L'élaboration d'un modèle d'impact budgétaire

La spécification d'un MIB nécessite une réponse à de nombreuses questions qu'on peut classer en trois catégories.

1. Des questions identiques à celles pertinentes pour l'EE avec des réponses similaires :

- Quel est l'objet de l'étude ? Il peut s'agir de l'introduction d'un nouveau bien ou service médical, d'une nouvelle technologie ou technique médicale, d'une pratique diagnostique ou d'une recommandation ou réglementation. Le champ couvert par un MIB est fondamentalement le même que celui d'une EE, ce qui permet leur complémentarité.
- Quel regard temporel adopter ? L'approche peut aussi bien être prospective (pour simuler l'impact prévisible d'une innovation) que rétrospective (pour vérifier le bien-fondé d'une prévision ou d'une décision antérieure). Les deux approches peuvent donc aussi bien être utilisées avant qu'après la mise en œuvre d'une stratégie.

2. Des questions identiques mais des réponses différentes :

- Quelle est la population concernée ? Au profil individuel du patient représentatif pertinent pour une EE, on peut opposer le dénombrement actuel et futur de la population cible utile pour un MIB, identifiée en prospectif par les données épidémiologiques sur les indications du RCP et de l'AMM, ou par la population effectivement traitée en rétrospectif (observation des pratiques).
- Selon quelle perspective évaluer les coûts ? Si le point de vue sociétal fait référence pour une EE, c'est le point de vue d'un payeur ou d'un acteur qui est pertinent pour un MIB (organismes d'assurance, hôpitaux).
- Quel est l'horizon temporel pertinent ? A l'horizon idéal « vie entière » de l'EE, on oppose un horizon de court/moyen terme de 3 à 5 ans dans

le cadre d'un MIB (cette durée étant pertinente pour la programmation budgétaire et les échéances réglementaires).

- Quel périmètre des coûts retenir ? Dans une EE, on inclut généralement les coûts directs (médicaux et non médicaux), voire les coûts indirects associés à chaque stratégie. Dans un MIB, l'impact financier est calculé en ajoutant au coût du nouveau traitement les coûts induits et en soustrayant les coûts évités. Ces trois composantes sont en général des coûts médicaux, mais comprennent aussi les coûts de gestion et les paiements de transfert. Ainsi, l'impact budgétaire pour l'assurance maladie d'une nouvelle chirurgie par voie laparoscopique, moins invasive, est composé du coût de l'innovation (le temps supplémentaire du geste chirurgical et les équipements spécifiques nécessaires), des coûts induits (les consultations préalables et la gestion d'un service de chirurgie de jour), et des coûts évités (les séjours hospitaliers et les indemnités journalières économisés).

- Comment valoriser les coûts ? Le principe du coût d'opportunité, pertinent dans une EE, ne l'est pas pour un MIB. Ce sont les débours effectifs pour l'institution concernée qu'il faut appréhender, en fonction des prix et tarifs et des taux de remboursement applicables.

- Faut-il pratiquer l'actualisation ? Un ratio coût-efficacité « vie entière » dans une EE suppose l'actualisation des coûts et des effets. L'impact budgétaire est présenté par une chronique de dépenses annuelles, de façon à respecter le calendrier budgétaire. Il s'agit en effet d'estimer le coût global annuel pour la population traitée, et non le ratio coût-efficacité par patient représentatif.

- Comment présenter les résultats ? Si une EE fait souvent l'objet d'une publication, c'est rarement le cas pour un MIB. Elaboré pour un usage interne par son destinataire, il donne lieu à la remise d'un rapport présentant les méthodes et les résultats, mais aussi à la fourniture du modèle lui-même sous la forme d'un tableur avec son mode d'emploi, de façon à permettre à l'institution d'effectuer ses propres simulations.

3. Des questions propres aux MIB :

- Quel est l'arsenal thérapeutique à considérer ? Pour estimer les conséquences budgétaires de

l'introduction d'une stratégie thérapeutique, il faut connaître la structure de la pratique courante et la population traitée, et la structure future compte tenu de la diffusion progressive de l'innovation et de l'évolution de la population rejointe.

- Faut-il tenir compte de l'évolution concomitante de l'environnement ? Deux points de vue peuvent prévaloir. D'un côté, on peut justifier le besoin de geler l'environnement (démographique, économique, réglementaire), de façon à obtenir l'impact budgétaire *stricto sensu* de la stratégie envisagée. Mais on peut également souhaiter tenir compte de l'évolution des variables d'environnement pour faire un exercice de prévision budgétaire pertinent pour l'institution visée.

D'une manière générale, toutes ces différences permettent de montrer que l'analyse de l'impact budgétaire d'un programme de santé ne doit pas être confondue avec une analyse coûts-bénéfices partielle dans laquelle la mesure des effets serait restreinte aux dépenses évitées, au moins parce que le surcoût net éventuel est présenté comme une chronique de coûts annuels dans un cas, comme un coût global actualisé dans l'autre.

Conclusion : quels fondements analytiques pour l'AIB ?

La distance entre les deux approches conduit à se poser la question de savoir si l'AIB relève bien de l'analyse économique. Une certaine ressemblance apparaît certes dans la logique d'un MIB avec l'analyse en termes d'effet de substitution et d'effet de revenu de la microéconomie de base. Un MIB intègre bien les effets de substitution possibles entre les différentes stratégies disponibles dans les différents scénarios qu'il appréhende, tandis que l'impact budgétaire qui en résulte donne la mesure du revenu libéré ou requis, mais pas son affectation. Mais cette similitude formelle ne suffit pas à en faire un outil standard de l'analyse économique, posant alors le problème de sa construction comme instrument *ad hoc*. D'où la nécessité d'en encadrer l'usage par des recommandations de bonne pratique.

Pierre LEVY

LEGOS, Université Paris Dauphine

LES ACTIVITÉS DU COLLÈGE

Bilan des 30^e JESF à l'Université Paris Dauphine

Pour la troisième année consécutive, les JESF sont organisées par le Collège des Economistes de la Santé et une équipe de recherche qui ponctuellement accueille cette manifestation sur un modèle désormais rodé. Un rendez-vous fixé dans le calendrier les jeudi et vendredi de la première semaine de décembre, une journée et demi de travaux scientifiques, 45 minutes consacrées à chaque contribution présentée par un discutant, deux conférenciers invités, des contributions en accès libre sur le site du Collège... Tel est le format des JESF. Après Dijon (LEG) et Lille (CRESGE), l'Université Paris Dauphine (LEGOS) a accueilli les 30^e Journées des Economistes de la Santé Français les 4 et 5 décembre 2008. Notre manifestation scientifique annuelle a reçu cette année le soutien de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et de l'Institut de Recherche en Santé Publique (Iresp). A nouveau plus de 100 participants ont assisté à ces journées. Étaient notamment représentés 12 Universités (Paris Dauphine, Paris 1, Paris 12, Lyon I, Lyon II, Lyon III, Lille 1, Université Catholique de Lille, Bourgogne, Nantes, Reims et Leeds), 6 institutions (Régime Social des Indépendants, Haute Autorité de Santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Conseil d'Analyse Stratégique, Union Nationale des Mutualités Libres), 1 Unité de l'INSERM (912), 3 Centres de recherches (Centre d'études de l'emploi - CEE, IRDES, l'URC économie de la santé d'Île de France), 2 Ecoles (ESSEC, ENSAI) mais aussi des partenaires entreprises (PFIZER, Boehringer, CEMKA-EVAL, MAPI-Value, VA Conseil). 15 contributions réparties en 3 sessions plénières et 6 sessions parallèles et 2 conférences invitées ont animé ces jour-

nées. Brigitte Dormont (LEGOS, Université Paris Dauphine) a ouvert ces journées sur le thème des rémunérations des médecins. Lise Rochoaix (Haute Autorité de Santé) a clôturé ces journées sur le rôle de l'économiste dans la sphère publique.

Le rendez-vous pour 2009 est d'ores et déjà connu, nous nous rendrons à l'École nationale de la statistique et de l'analyse de l'information (Ensa) à Rennes les 3 et 4 décembre 2009. Lyon s'est positionné pour 2010, les JESF 2010 se tiendront donc les 2 et 3 décembre 2010 !

A paraître

Le **travail d'exploitation de la base Étude Nationale des Coûts** (données 2003) sur les années 2005 et 2006 mené par le Collège des Economistes de la Santé (CES) et des équipes membres du CES pour le compte de la DREES fera l'objet d'un numéro spécial de la revue **Dossiers solidarité et santé de la DREES qui paraîtra en fin de compte début 2009.**

Le **numéro spécial de la Revue Economique consacré à l'économie de la santé** paraîtra au mois de mars 2009. Sous la Direction de Thomas Barnay et Sophie Béjean, 17 contributions sur les 24 initialement adressées à la Revue ont été sélectionnées par une procédure classique de deux rapporteurs anonymes. Ce numéro spécial est une sélection des contributions présentées lors du 20^e anniversaire des JESF à Lille en 2007.

Prochaine Lettre du CES

La Lettre du CES du premier trimestre (mars 2009) sera consacrée au thème des bases de données.



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 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, Olivia Clement
et Astou Kaba.

Tirage : 550 exemplaires.

Réalisation : Louyot.

ISSN : 1953-6755