

LA LETTRE DU COLLEGE

COLLEGE DES ECONOMISTES DE LA SANTE

LE MESSAGE DU PRESIDENT

L'Assemblée Générale du 20 janvier 1999 a véritablement marqué le renouveau de notre association. Avec plus de 80 votants, nous avons pu mesurer l'intérêt que suscitent, parmi les économistes de la santé, les prochaines perspectives qui s'ouvrent au Collège.

Un nouveau Conseil d'Administration a été élu qui reflète plus largement la diversité de nos équipes et leur répartition sur le territoire. Parmi ses quinze membres, on en compte six qui ne figuraient pas dans le Conseil précédent. Je leur renouvelle mes félicitations et leur souhaite la bienvenue.

Sans tarder, le nouveau CA s'est réuni le 17 février et s'est mis au travail sur différents chantiers : réforme des statuts, rédaction d'un règlement intérieur, élection d'un bureau de 6 membres, préparation du prochain colloque

annuel... Des projets d'étude ont été également envisagés, dont certains qui nous inséreront mieux dans le tissu international. D'ors et déjà le Collège est consulté sur des questions d'intérêt général et entend bien s'appuyer, s'il décide d'y répondre, sur chacun de vous en fonction de vos centres d'intérêt.

Tous ces signes nous encouragent à poursuivre dans le sens d'une démarche collective et nous laissent penser que la présence d'une maison commune aux économistes français de la santé correspond largement à vos attentes. N'hésitez pas à mieux nous les faire connaître, mais aussi à nous aider à les satisfaire.

Emile LEVY

Professeur des Universités Paris IX - Dauphine

EDITORIAL : LA CONVERGENCE DES SYSTEMES DE SANTE

Depuis quelques années l'idée est souvent évoquée d'une convergence spontanée des systèmes de santé.

Il est vrai que l'intense activité réformatrice qui marque le début de cette décennie a mis à mal les archétypes et les classifications utilisées dans le passé : les modèles beveridgien, bismarkien ou scandinave ne sont plus ce qu'ils étaient ! Confrontés à des problèmes similaires, les pays ont tendance à combiner des instruments de régulation empruntés à différents modèles. Les systèmes intégrés dissocient les fonctions d'acheteur et de prestataire tandis que les pays où cette séparation était traditionnelle cherchent à encadrer l'activité dans des contraintes budgétaires globales. Des évolutions similaires sont mises en avant : la contractualisation, la décentralisation des décisions, les mécanismes concurrentiels, le développement des systèmes

d'information qui autorise de nouvelles formes de contrôle des processus de soins, etc...

Malgré tout, il faut sans doute se garder de conclure hâtivement à un rapprochement des systèmes :

- d'une part même si les problèmes *généraux* auxquels sont confrontés les systèmes de santé sont les mêmes (coût, efficacité, qualité, équité), les réformes menées - ou tentées...- répondent à des objectifs prioritaires différents ou comblent des lacunes spécifiques : la qualité (NHS), la maîtrise des coûts (Etats-Unis), l'unification d'une protection sociale fragmentée (résultat premier de la mise en concurrence en Allemagne et aux Pays-Bas), l'universalité de la couverture (tentative de réforme

Clinton),...

- d'autre part ; il faut se garder d'une vision purement instrumentale -peut-être initiée par les économistes- qui a parfois prévalu dans le passé. La convergence des outils de régulation ne signifie pas la convergence des systèmes, qui demeurent très spécifiques en termes d'institutions et de jeux d'acteurs (il suffit de voir les succès respectifs en France en Allemagne de principes similaires d'encadrement macro-économique des dépenses médicales, illustration parmi d'autres d'une

configuration profondément différente des rapports entre la profession médicale et l'Etat). Les travaux des sociologues et des politologues sont dans ce domaine précieux, et les analyses comparées des systèmes de santé, qui sont d'autant plus riches qu'elles intègrent une connaissance détaillée et intime de ces systèmes, ont intérêt à cette approche multidisciplinaire.

Dominique POLTON
Directrice du CREDES

REFORMES DES SYSTEMES DE SANTE EN EUROPE : CONVERGENCES ?

Les politiques de régulation des systèmes de santé européens ont suivi jusqu'au début des années 90 des orientations fondées sur des problématiques relativement proches.

Certes, le panorama des modèles mis en oeuvre se caractérise par une variété des schémas d'organisation et de références qui ne peut se limiter à leur simple catégorisation en fonction des principes bismarckiens et beveridgiens. Le fonctionnement des services nationaux de santé en Europe est, en effet, très différencié entre pays septentrionaux et pays méditerranéens, voire même à l'intérieur de chacune de ces catégories.

La situation institutionnelle et le rôle des caisses d'assurance maladie en France et en Allemagne, par exemple, divergent notablement. La gestion générale des systèmes de santé s'est cependant réalisée sur la base d'objectifs nationaux, normes macro-économiques concernant le financement et les activités, déclinés au niveau des instances sanitaires, régionales, locales, des professionnels. Cette déclinaison s'est effectuée selon des modèles de planification plus ou moins contraignants ou selon des procédures de fixation de normes par l'autorité centrale. La question posée était celle de la rationalité de cette déclinaison et de sa légitimité par rapport à l'expression des besoins des patients.

La gestion de l'offre a constitué le point central des politiques menées. L'orientation s'inscrivait dans une logique d'aménagement des structures en fonction des

moyens disponibles.

Les mesures traditionnelles prises dans le cadre des réformes qui se sont succédées à partir du milieu des années 70 ont porté sur les mêmes pôles : rationalisation des structures hospitalières par redéploiement et limitation des capacités, contrôle de la démographie médicale, pression sur les coûts (rémunérations et prix), encadrement des budgets, recentrage du financement, accroissement de la participation financière des ménages aux dépenses de santé.

Les modalités d'application ont certes été adaptées aux structures de chaque pays et aux types de relations entre la tutelle et les autres acteurs. Mais dans l'ensemble, à l'exception des pays du Sud de l'Europe engagés au cours des années 80 dans des politiques d'instauration de services nationaux de santé, les mesures prises ne modifiaient pas structurellement les dispositifs en place. Sans doute était-il difficilement concevable de remettre en cause les principes de systèmes développés en phase de croissance économique et arrivés à une certaine maturité, bénéficiant par ailleurs jusqu'au milieu des années 80 d'un fort attachement idéologique (cf les réactions de l'opinion publique anglaise à l'évocation d'un programme de privatisation du service national de santé).

On observera toutefois que dans les pays du Sud, la remise en cause des systèmes de santé s'est exprimée de façon relativement précoce.

Instaurés à une époque économiquement difficile, en réaction contre des formes d'organisations politiques

autocratiques (Espagne, Portugal, Grèce) ou par souci de refonder une certaine cohésion sociale (Italie), ces systèmes se sont heurtés rapidement à des contraintes financières fortes, à la problématique de développement inégal entre régions et à la difficulté d'insérer les professionnels dans un schéma organisationnel vertical centré sur le service public. Sans doute ces pays ont-ils été plus disposés dès lors à se situer en rupture par rapport aux principes de gestion originels.

Dans l'ensemble des pays européens, les résultats de ces politiques sur le plan de la maîtrise rationalisée des dépenses, de l'adéquation entre moyens mis en oeuvre et résultats sanitaires ou encore de l'accès aux soins se sont révélées médiocres : efficacité relative, lenteur des changements et de l'innovation, absence de réponse adaptée, persistance des inégalités de santé. Dès lors, la légitimité du service public à réguler le système de soins et à allouer les ressources nécessaires a souvent été remise en cause assez fortement induisant progressivement des réformes d'un nouveau type.

De nouvelles approches

Les années 1990 auront constitué une décennie riche en expérimentations. La grande majorité des pays européens ont initié et développé de nouveaux modèles de gestion des soins et de leur financement.

Situées en contre-champ des orientations suivies durant les deux décennies précédentes, les références communes aux réformes mises en oeuvre se caractérisent par une distanciation vis-à-vis de la gestion centralisée, par une approche micro-économique, l'instauration de mécanismes de marché tels que la concurrence, la contractualisation des objectifs entre acteurs institutionnels ou professionnels.

Les tendances les plus radicales se sont développées très souvent dans une stratégie de rupture par rapport aux politiques traditionnelles. Elles se sont focalisées sur une organisation des soins par les acteurs de terrain. L'approche "produit" est privilégiée par rapport à la référence aux structures, mais l'incidence de ces dernières demeure forte.

Chaque système s'analyse en fonction de processus de production et de consommation spécifiquement structurés

par les relations qui s'établissent entre les instances de tutelle, les prestataires de soins, les institutions de financement et les usagers. La mise en oeuvre des réformes récentes les plus fondamentales a repositionné les différents acteurs en leur faisant assumer de nouveaux rôles.

Si une certaine convergence d'approche est manifeste, y-a-t-il pour autant convergence des rôles attribués aux acteurs ? Cette question implique de s'interroger sur les stratégies dans lesquelles s'insèrent les différents acteurs et sur les objectifs recherchés ?

Dans la quasi totalité des pays, la responsabilisation des acteurs, la décentralisation des processus de décision et d'allocation des ressources ont constitué des pôles de références. Certains les ont intégrés dans des schémas globaux structurés sur des relations de type micro-économique entre prestataires et financeurs, d'autres les ont appliqués sur un mode essentiellement institutionnel, comme la France, ou de façon partielle, comme l'Allemagne, en se focalisant sur des acteurs ou des objectifs particuliers.

L'analyse des orientations communes ou divergentes décelables dans les récentes expériences sera conduite ici en fonction tout d'abord de l'évolution des relations entre les acteurs et les structures institutionnelles qui demeurent structurant malgré la distanciation plus ou moins large qui peut-être proposée.

On se placera ensuite dans le cadre des modalités d'application des nouveaux instruments utilisés. L'analyse comparative est ici relativement délicate puisque l'adaptabilité des nouveaux modes de gestion est extrêmement variable selon les pays ainsi que leur acceptation sociale.

Un nouveau cadre institutionnel, la distanciation par rapport au niveau central.

La démarche développée dans la quasi-totalité des pays s'est caractérisée en premier lieu par la mise en oeuvre d'une délégation ou d'une décentralisation des responsabilités. Elle correspond à la volonté d'instituer une relation de proximité entre l'administration et les autres acteurs du système de santé et de gérer l'offre au

plus proche de l'usager et donc de la demande.

Si cette démarche et ces intentions sont communément partagées par bon nombre de pays, les modalités de mise en oeuvre et les implications qui en découlent pour les relations entre acteurs se révèlent, par contre, relativement divergentes.

Dans les services nationaux de santé, les instances régionales ou locales s'intègrent étroitement dans la politique générale d'allocation des ressources et représentent les relais administratifs entre objectifs sanitaires et financiers centraux, d'une part, et activités médicales, d'autre part. Elles devaient de façon logique constituer des rouages essentiels des réformes mais de manière différenciée selon les liens entretenus avec l'autorité centrale.

Dans les services de santé septentrionaux, Royaume-Uni et Pays Scandinaves, ces liens demeurent étroits. La verticalisation administrative influe fortement encore sur les possibilités d'action des districts au Royaume-Uni. Ces derniers dépendent totalement, en matière de financement, des procédures de détermination et de déclinaison des budgets et se situent à un second degré de décentralisation par rapport aux autorités sanitaires de régions. La nouvelle réforme travailliste -dont l'application débutera en avril 1999- pousse plus loin le processus de décentralisation. Les centres intégrés de soins, qui constitueront des centrales d'achat, devront couvrir une population d'environ 100.000 habitants, seront responsables des schémas locaux sanitaires et donc juges des besoins en la matière.

En Finlande et en Suède, comtés ou municipalités ont plus de latitude dans la fixation du volume de soins dans la mesure où ils peuvent contribuer financièrement aux services de santé en développant leur propre fiscalité. Il en résulte une différence sensible avec la position beaucoup plus intégrée des districts britanniques à la structure administrative.

Dans les systèmes de santé méditerranéens, notamment en Italie et en Espagne, le schéma traditionnel d'allocation des ressources à partir des directives du gouvernement central a été sensiblement amendé par une série de mesures législatives. Le principe d'autonomie des régions

en a été la disposition essentielle. Associant à l'affectation de ressources nationales une fiscalité propre, les régions sont incitées à développer leurs stratégies d'organisation de l'offre de soins.

En Italie, la loi de réforme votée en 1992 a tenté de remédier à certains dysfonctionnements, apparus dès les premières années de mise en oeuvre du Service National de santé, et générés principalement par l'irresponsabilité financière des régions et les procédures de compensation systématique par l'Etat.

L'autonomie régionale, revendication politique reprise très fortement à partir de 1976, constitue un concept clé de l'Administration espagnole. Au sein du service national de santé, le processus de décentralisation n'est pas encore achevé à ce jour. Actuellement, sept communautés autonomes sur dix-sept ont bénéficié d'un transfert complet des compétences sanitaires, les autres restant gérées par l'Institut national de santé, de façon transitoire en principe. Les conseils régionaux sanitaires sont cependant coordonnés au niveau national.

En France, les ordonnances d'avril 96 ont sensiblement renforcé le rôle de la région en matière de santé sans aller toutefois jusqu'à une véritable décentralisation dans la mesure où aucune instance unique n'assume la mise en oeuvre globale de cette orientation. Si la référence à la région renvoie à la volonté d'éclairer choix et décisions, il est difficile de conclure sur l'émergence d'une véritable politique régionale dotée d'une autonomie même relative à laquelle seraient associés des procédures et instruments spécifiques de gestion et d'incitation.

Le centrage sur l'acheteur-gestionnaire de services de santé

Chaque système s'est appuyé sur un acteur particulier chargé d'assumer un rôle pivot dans l'application de son nouveau modèle. Dans certaines réformes orientées vers l'instauration de mécanismes de marché au sein du secteur de la santé, une fonction d'acheteur a été dévolue à une instance spécifique.

Au Royaume-Uni le marché interne, créé en 1990, a attribué la fonction centrale d'acheteur aux institutions locales, les districts et aux médecins généralistes. Leurs

positions respectives dans le service national de santé les désignaient directement pour assumer ce rôle d'acheteur : proximité des besoins et de la demande locale en matière de santé publique pour les districts, instances relais des budgets, orientations des patients vers les soins secondaires pour les médecins de premiers recours. Chacun de ces acteurs acquiert dans la réforme une fonction ambivalente.

Une distanciation s'opère par rapport au cadre administratif. Elle induit une responsabilisation dans l'organisation des soins et un pouvoir de négociation vis-à-vis des hôpitaux appelés à gérer l'offre de soins secondaires. L'objectif est de faire adopter par les offreurs des comportements managériaux focalisés sur une optimisation des coûts.

On retrouve l'inspiration britannique dans les réformes plus récentes adoptées par les pays scandinaves. Les modalités sont sensiblement différentes cependant. La fonction d'acheteur est attribuée aux autorités régionales ou locales déconcentrées (Comtés en Suède, municipalités en Finlande). Ces instances se situent en position de monopsones sur le marché des soins secondaires. Une autorité administrative est chargée, dans une aire géographique déterminée d'organiser le financement et l'achat de services.

Il s'agit là en réalité de procédures d'appel d'offre. L'autorité sanitaire locale constitue une médiation entre la demande et l'offre.

Certes, l'avantage d'une situation de monopsonie tient au fait que l'acheteur, qu'il soit instance administrative ou indépendante, peut exercer ses positions dominantes vis-à-vis des prestataires pour disposer d'informations plus complètes sur les structures de soins afin d'évaluer les services proposés.

En tout état de cause, cependant, se pose ici la question de la légitimité de l'instance concernée à déterminer les besoins et le panier des biens et services susceptibles d'être proposés. Dans cette situation concurrentielle très spécifique, la détermination des équilibres intègre de façon différenciée l'incidence de la demande.

Dans les systèmes méditerranéens, en Italie et en Espagne notamment, l'autorité régionale joue un rôle déterminant

dans les contrats de services sanitaires et dans la mise en concurrence des établissements de santé publics et privés. Le problème de la concordance entre les objectifs macro-économiques décidés à l'échelon central et ceux émergeant des relations contractuelles initiées par les régions se pose de façon permanente dans ces deux pays.

La fonction d'acheteur-gestionnaire caractérise également la réforme initiée aux Pays-Bas qui place les caisses d'assurance-maladie en position dominante. Le financeur constitue l'acteur-pivot du modèle, au centre de mécanismes de marché. Responsabilisation des usagers par intégration dans les objectifs nationaux de solidarité et dans les processus de choix de la gestion financière et des soins. Responsabilisation des prestataires par la nécessité de s'intégrer aux réseaux de soins que les caisses d'assurance maladie sont amenées à créer et à gérer.

L'originalité du modèle consiste à intégrer un sous-système concurrentiel entre les acteurs de santé associés à un schéma d'organisation nationale sous tutelle de l'Etat garantissant les principes de solidarité et d'équité.

Le rôle des caisses d'assurance maladie est prépondérant tant du point de vue de l'agencement des structures d'offre de soins que de l'expression de la demande. L'organisation générale se caractérise par une atomisation des processus décisionnels en matière de services de santé.

On observera qu'un tel modèle se fonde sur une position privilégiée des caisses maladie auxquelles est attribuée un pouvoir très important par rapport aux prestataires de soins et même par rapport aux usagers dans la mesure où leur faculté à proposer des services influence les modalités de choix de ces derniers. Les caisses ont en effet une forte incidence sur les prestations offertes par leurs structures de soins.

Le pouvoir des caisses peut cependant être atténué par les pressions des assurés ainsi que par les stratégies d'association que peuvent développer les professionnels de santé. Il est aussi sous la surveillance étroite de l'Etat garant d'une politique de santé publique.

La mise en relations des prestataires et des financeurs inspirée des règles du marché conduit implicitement à élaborer un cadre organisationnel micro-économique. La référence à la *notion de réseau de soins* est ainsi présente dans de nombreuses réformes.

L'objectif primordial est la recherche d'une rationalité des processus de production des soins et services de santé compte tenu de la demande et des ressources disponibles. L'émergence de structures organisées provient des imperfections du mécanisme des prix ou de leur inopérabilité économique.

La signification des réseaux par rapport au cadre général du système de santé, l'implication qu'ils représentent pour l'ensemble des acteurs, tendent à faire jouer à ces derniers un rôle actif fondamental dans la gestion générale. Financeurs et prestataires s'insèrent dans l'ensemble des processus de production, de consommation, de financement des soins et des services de santé. En ce sens, ils sont appelés à participer pleinement à la gestion globale du système. La fonction décisionnelle est ici le fait de l'un ou l'autre des acteurs impliqués, le financeur, le prestataire, voire les deux.

En France, les dispositions contenues dans les ordonnances de 1996 concernant l'instauration de réseaux de soins dans le système de santé s'insèrent dans les structures de soins et de financement déjà existantes.

Conçus pour rationaliser les relations entre les malades et les différents prestataires de soins, les réseaux ont pour objectif de remédier à certains dysfonctionnements du système et d'améliorer l'approche du malade et son itinéraire thérapeutique. L'approche est également de type micro mais elle n'a pas la dimension économique que l'on a pu observer dans les expériences étrangères, au sens d'une gestion systématisée intégrant les acteurs dans les processus de production et de financement.

Une concurrence entre caisses dans un objectif de gestion financière

Les récentes réformes allemandes instituant une concurrence entre caisses ont des ambitions moins développées et ne se situent pas en rupture par rapport au schéma de gestion traditionnel. Les dernières mesures

prises par l'ancien Chancelier Horst Seehofer se situent dans la lignée des politiques suivies depuis de longues années.

Le rôle des caisses d'assurance maladie en Allemagne a toujours été fondamental et en schématisant on peut considérer que les réformes successives mises en oeuvre depuis 1977 ont toutes eu pour objectif de renforcer leur pouvoir. Le projet des "Verts" et du SPD pour l'an 2 000 ne contredit pas cette tendance, bien au contraire.

De nombreux plans antérieurs n'ont fait qu'accentuer le pouvoir des caisses : plan Blüm organisant une dissociation entre prix pharmaceutiques et remboursements des caisses, plan Seehofer instaurant un budget global pour la rémunération des activités médicales libérales, possibilité de déconventionnement d'établissements de soins, réforme du financement des hôpitaux tendant à contrecarrer le pouvoir des Länder en matière d'investissements hospitaliers et, plus récemment, mise en concurrence des caisses d'assurance maladie plaçant l'accent sur la nécessité d'une gestion plus forte.

Depuis 1996, l'assuré peut choisir sa caisse d'assurance maladie. En fait, le choix porte essentiellement sur le niveau de taux de cotisation. Ce dernier dépend de la marge de maîtrise des coûts administratifs dont dispose chaque caisse et de son pouvoir de négociation vis-à-vis des prestataires de soins afin d'obtenir des rabais sur les tarifs. L'impact sur l'offre de soins est limité. L'objectif recherché est plus proche d'une rationalisation de la gestion financière de l'assureur.

En Belgique, la responsabilisation des mutuelles introduit aussi une concurrence entre les organismes gestionnaires de l'assurance maladie. Jusqu'à fin 1994, chaque mutuelle se voyait rembourser de ses dépenses effectives.

Depuis cette date, une nouvelle méthode de répartition des ressources a été adoptée. A la part des dépenses de chaque organisme assureur s'ajoute une clé de répartition normative élaborée sur la base de paramètres tels que la situation sociale et professionnelle du bénéficiaire, l'âge, le sexe, la mortalité, le taux d'urbanisation, de chômage, la composition du ménage et du revenu. Des experts universitaires ont été chargés de déterminer les facteurs de risques les plus importants afin d'élaborer cette clé de

répartition. L'implication des partis politiques dans la mutualité risque d'entraver le développement du dispositif concurrentiel.

En France, la dernière réforme est plus orientée vers des options organisationnelles que vers des options concurrentielles.

Les mécanismes d'accréditation par exemple pourraient évoquer une contractualisation sélective dans le cadre des contrats d'objectifs passés entre agences régionales d'hospitalisation et établissements. Cependant l'accréditation n'est pas associée à l'attribution de moyens financiers. Il s'agit d'une validation technique de la qualité des soins et non d'un agrément au remboursement. La réforme de 1996 laisse une part importante au cadre public et à une gestion administrée.

La difficile confrontation d'un secteur d'intervention publique aux contraintes de plus en plus fortes imposées par une croissance ralentie des ressources a généré à partir du milieu des années 80 des interrogations fondamentales sur les modes de régulation des systèmes de santé développés traditionnellement.

Situées en rupture par rapport aux orientations antérieures, des réformes structurelles se sont fondées sur des références à caractère libéral.

Tout au long des développements précédents nous avons recherché si cette convergence sur le plan idéologique avait sa traduction en termes d'approches concrètes, d'instruments utilisés et de relations entre acteurs.

Certains systèmes ont retenu ces nouvelles références pour envisager des réformes globales, d'autres ont adopté les instruments de type marché correspondants dans des applications partielles et dans une optique de gestion financière.

Il n'en demeure pas moins que l'application des "réformes phares" dans des contextes institutionnels, culturels, politiques très différents transforme sensiblement leur signification et leur impact.

Les orientations antérieures avaient un caractère

relativement convergent, quels que fussent les pays et les modèles considérés. Les politiques d'enveloppes globales, par exemple, ont été instaurées dans la quasi-totalité des systèmes. Inspirées des modes de gestion des systèmes intégrés elles ont constitué l'ultime modalité des réformes fondées sur des schémas de planification.

Par ailleurs, ces orientations organisaient une dépendance étroite des acteurs vis-à-vis des processus de décision et d'allocation des ressources.

Les nouvelles approches, dans les modalités de relations économiques qu'elles génèrent entre prestataires et financeurs, sur la base d'un aménagement des structures administratives tend par contre à diversifier les approches.

On doit reconnaître que les services nationaux de santé ont développé des approches communes intégrant des mécanismes d'échange entre acheteurs et offreurs de soins secondaires. Certes, les types d'acteurs placés dans le cadre de relations économiques ne sont pas forcément les mêmes selon les systèmes considérés.

On remarquera cependant qu'une orientation commune se dégage avec la généralisation des contrats d'objectifs entre acheteurs institutionnels et établissements de santé.

Dans les autres modèles où l'Administration et l'Assurance Maladie se partagent l'organisation du système de soins, les réformes mises en place ont révélé de fortes divergences dans les orientations choisies. Sans doute les différences importantes de conceptions ont-elles freinées l'adoption de lignes communes.

Evoquer une convergence des réformes actuellement mises en oeuvre en Europe conduit à spécifier les modèles généraux qui organisent les relations entre acteurs et institutions. Chacun de ces modèles conserve une relation forte à des schémas institutionnels spécifiques dont l'adaptabilité aux nouvelles orientations est très variable.

Marc DURIEZ

Chargé de mission

Haut Comité de la Santé Publique

LA VIE DU COLLEGE

Compte Rendu de l'Assemblée Générale du 20 Janvier 1999 à l'Université Paris Dauphine

1- Message de bienvenue du Président Emile Lévy

Le Président accueille les membres et présente ses vœux en se réjouissant de voir autant de participants, contribuant ainsi au redémarrage du Collège après une période de dispersion des initiatives.

2- Vote pour le renouvellement du Conseil d'Administration

Entre la quarantaine de personnes présentes et les bulletins de vote envoyés par courrier, 83 votants ont été enregistré pour cette élection.

Ce chiffre correspond a un excellent taux de participation (plus de 90%), puisque à ce moment l'association comptait environ 90 membres individuels, institutionnels et entreprises.

3- Les rapports moral et financier pour 1997-1998

Le Collège a réalisé l'annuaire des Economistes de la Santé, les recommandations des bonnes pratiques en Français et en Anglais, et la Lettre a été relancée à partir de septembre 1998. La situation financière du Collège est restée stable en 1998 par rapport à 1997.

4- Perspectives pour 1999 pour le Collège

Le nouveau Conseil d'Administration aura à charge de rénover les structures de l'association (statut, règlement intérieur...) et de soutenir le nouvel élan insufflé au cours des derniers mois concernant les projets de séminaires, de colloque, la Lettre du Collège et d'éventuelles autres activités.

E. Lévy a rappelé son attachement au développement de l'association européenne d'économie de la santé l'EADHE et a souhaité une plus grande participation de la communauté scientifique française et européenne à ce projet.

Le Président a par ailleurs abordé la question de l'iHEA et de son prochain colloque à Rotterdam en Juin en demandant qui comptait s'y rendre pour représenter notre communauté scientifique. Plusieurs personnes, dont E. Lévy, ont indiqué qu'elles y serait présentes.

5- Débat avec la salle

Sur l'association européenne, la salle a réagi à ce sujet en rappelant, par la voix de Jean-Claude Saily, que cette association avait un intérêt indéniable surtout dans le contexte de l'ouverture de l'Europe au Pays de l'Est mais qu'il conviendrait d'en préciser l'articulation et le fonctionnement. Pour Gérard de Pouvoirville, il conviendrait que chacun à son niveau mobilise ses relations à travers l'Europe afin que ce projet puisse connaître un développement durable.

Concernant les Journées des Economistes de la Santé, plusieurs positions ont été évoquées (rattachement des journées au CES ou continuité dans l'indépendance). Bien que la question n'ait pas été tranchée, il semblerait que le consensus se fasse autour d'un statu quo.

Enfin, sur les positions à adopter vis-à-vis des Pouvoirs Publics, certains ont exprimé leur volonté de voir le Collège s'impliquer davantage sur les questions d'orientations des politiques de santé et sur les réformes. D'autres ont rappelé que de par la diversité de ses membres et de leurs opinions, il était difficile que le Collège arrête une position sur des points précis alors que les avis sont généralement divergents.

6- Résultats du vote et proclamation du nouveau Conseil d'Administration du Collège

Le Président a proclamé les résultats du vote pour l'élection du nouveau Conseil d'Administration, en félicitant les nouveaux élus et en remerciant toutes les personnes qui ont bien voulu se présenter et contribuer à la vie et à l'animation du Collège.

Le prochain Conseil d'administration devra se réunir

rapidement pour élire un nouveau bureau et prendre des décisions sur l'orientation du Collège.

Le nouveau Conseil d'Administration :

Ariel Béresniak	Emile Lévy
Martine Bungener	Jean-Paul Moatti
Gérard Duru	Philippe Mossé
Francis Fagnani	Dominique Polton
Maryse Gadreau	Gérard de Pouvourville
Pierre-Jean Lancry	Jean-Claude Saily
Robert Launois	Simone Sandier
Claude Le Pen	

La séance est levée par le Président vers 16h15 pour une pause avant le début de la Conférence du Professeur Bailly de l'Université de Genève et la table-ronde avec J. Robinson (Université de Berkeley), A-P. Contandriopoulos (Université de Montréal) et G. de Pouvourville (Groupe IMAGE – ENSP). Vers 19h00, un cocktail est venu clore cette agréable et studieuse journée.

Compte Rendu du Conseil d'Administration du 17 Février 1999

Ouverture de séance du Président

Emile Lévy, Président du Collège ouvre la séance en se félicitant de la présence de la majorité des membres du nouveau Conseil d'Administration, élus lors de l'AG de janvier, F. Fagnani (pouvoir donné à P.J. Lancry), R. Launois (pouvoir donné à E. Lévy) et P. Mossé (pouvoir donné à J.P. Moatti) étant excusés.

1- Les structures de l'association

🌀 Election du Bureau du Conseil d'Administration

Le Président sortant rappelle qu'il est prévu dans les statuts de l'association que 6 membres du CA doivent être élus pour 1 an pour faire partie du Bureau de l'association aux fonctions de : Président, 2 Vice-présidents, Secrétaire, Trésorier et Trésorier-Adjoint.

E. Lévy propose sa candidature comme Président et propose comme Bureau pour l'épauler : G. Duru, G. de Pouvourville, J-C. Saily, P-J. Lancry et D. Polton. Cette proposition est soumise au vote à bulletin secret et est adoptée à l'unanimité des 15 votants.

Le nouveau Bureau est donc adopté et se compose ainsi:

Président :	Emile Lévy
Vice-Présidents :	Gérard Duru Dominique Polton
Trésorier :	Pierre-Jean Lancry
Trésorier-Adjoint :	Jean-Claude Saily
Secrétaire :	Gérard de Pouvourville

🌀 Actualiser les statuts

Le Président a évoqué le problème de l'obsolescence des statuts en particulier concernant les articles 3,5,7,8. Le Conseil d'Administration au cours d'un débat constructif a décidé de les faire modifier.

Une fois rédigés, les nouveaux statuts devront être soumis au vote par correspondance aux membres de l'association, comme le précisent les statuts. Pour une adoption définitive, 2/3 des suffrages sont nécessaires.

🌀 Rédiger un règlement intérieur

Le règlement intérieur est à rédiger par le Bureau. Il doit préciser les conditions de fonctionnement de l'association et de ses diverses instances. Une fois rédigé, ce règlement intérieur devra être soumis au vote des membres du Conseil d'Administration de l'association (2/3 des suffrages sont nécessaires).

🌀 Modifications des structures :

- Départ de Jacqueline Pichaud pour retraite, remplacée par Brigitte Chenu.
- Le problème des locaux : difficulté de rester à Dauphine. Une solution viable doit être trouvée.

2- Les activités du Collège

🌀 La lettre du Collège

La Lettre du Collège du 2^{ème} trimestre 1999 sera placée sous la coordination de R. Launois sur le thème : réseaux, évaluation et qualité des soins.

La Lettre du Collège du 3^{ème} trimestre 1999 devrait porter sur la gestion des risques par C. Le Pen.

☞ *Le colloque du Collège :*

Le CA a décidé que le Collège organisera un colloque, de type Colloque des Economistes français de la Santé, en février 2000 (les 3 et 4 sous réserve) à l'Université Paris Dauphine. Le thème pour l'instant retenu est celui de "l'Etat de la réforme" (voir appel à communications ci-joint).

Le Comité d'Organisation du Colloque sera composé du Bureau et des permanents de l'association.

Le Comité Scientifique du Colloque sera composé des membres du Comité Scientifique plus, éventuellement, certaines personnes membres de l'association voire d'autres économistes.

☞ *Les autres activités du Collège :*

Le Président a évoqué la question du projet de développement du Collège et de son avenir. Le problème se pose bien sûr avant tout en termes de moyens, et ce même pour les activités scientifiques traditionnelles (Lettre, annuaire, colloque...). E. Lévy a donc avancé la possibilité de développer certaines activités. Les principaux projets sont :

1) Projet Léonardo sur la Formation en Europe : Possibilité de demande au Collège par la LSE (UK) pour servir de relai dans l'évaluation des besoins en formation en économie de la santé en France. En outre, en collaboration avec le CREDES, le Collège va se charger de réaliser une évaluation des besoins en économie et gestion de la santé au niveau des acteurs locaux de la santé.

2) Projet de réalisation par le Collège d'une base de données médico-économiques ayant pour but de réunir toutes les études francophones dans le domaine et de les répertorier dans une base de données comprenant un résumé de l'article et une grille de lecture. Ce projet nécessitant d'importants moyens pour son lancement et

sa pérennité, le Bureau est en charge du projet et de la recherche de soutiens financiers substantiels.

3) D'autres demandes sont parvenues récemment au Collège. Ce sont des projets de type expertise adressés par différentes organisations. Dossiers en attente.

Sur tous ces projets, le CA a donné un accord de principe sous réserve d'obtention de moyens suffisants pour y parvenir et du respect des missions du Collège (fixées par les statuts).

Enfin, il est prévu que, dans le souci d'une meilleure diffusion de l'information et des décisions du CA, il soit fait usage du mél ou du courrier pour ne pas avoir à réunir le CA à la moindre décision à prendre.

Le Président lève la séance vers 15h30 en remerciant les membres de leur présence.

Le site internet

Ouvert depuis le 1^{er} octobre 1998, notre site internet a déjà reçu plus de 1200 visites, soit environ 60 connexions par semaine ! Ce nouveau moyen de communication pour le Collège a pour objectif de rapprocher les membres de l'association et de devenir un vecteur privilégié d'échange d'informations entre les économistes français de la santé.

Cet outil doit permettre aussi aux membres du Conseil d'Administration, au Bureau et aux permanents du Collège de mieux faire circuler l'information auprès de l'ensemble des membres de l'association.

Enfin, pour que le site soit véritablement utile au plus grand nombre, les membres et toutes les personnes intéressées par l'économie de la santé sont invités à y apporter leur contribution sur le fond et la forme, en particulier en nous informant le plus possible des manifestations ou de "l'actualité" en économie de la santé.

Pour nous rejoindre sur le web :

Site web du Collège : <http://www.dauphine.fr/ces/>

LE COLLOQUE DU COLLEGE DES ECONOMISTES DE LA SANTE

Appel à communications

Vous trouverez accompagnant la Lettre l'appel à communications pour le 1^{er} Colloque des Economistes Français de la Santé, organisé par le Collège des Economistes de la Santé, les *3 et 4 février 2000, à l'Université Paris Dauphine*.

Le colloque portera sur le thème central de *l'état de la réforme* du système de santé français et proposera différentes déclinaisons sur des sujets plus précis : organisation du système, financement du système, organisation des soins, maîtrise de l'offre, impact technologique, impact démographique, évaluation, éthique, détermination des priorités, responsabilisation et éducation du patient, gestion de l'information, et tout autre thématique en rapport avec la réforme du système de santé...

En outre, il est prévu qu'une session soit consacrée aux réformes dans les autres systèmes européens avec des communications invitées de chercheurs étrangers.

Nous comptons sur vous pour diffuser cet appel à communications mais aussi pour y répondre avec un projet d'article.

Date limite d'envoi des projets : 30 juin 1999

Pour tout renseignement, joindre Philippe Ulmann :

CES - LEGOS, Université Paris-Dauphine, Place du Maréchal de Lattre de Tassigny, 75116 Paris.
Tél. : 01-44-05-47-86, Fax : 01-44-05-41-27.

Si vous en avez la possibilité, privilégiez le courrier électronique : **ces@dauphine.fr**

LES MEMBRES DU COLLEGE

Appel à contributions

Nous rappelons aux membres et à tous ceux qui portent un intérêt à notre association, que les colonnes de cette publication leur sont ouvertes pour exprimer un point de vue sur un thème précis ou pour faire le point sur un axe de recherche en économie de la santé. N'hésitez pas à nous faire parvenir vos articles, dès lors qu'ils répondent à ces critères et qu'ils ne dépassent pas six pages dactylographiées.

Nous souhaiterions en particulier voir les centres s'impliquer davantage dans la réalisation de numéros spéciaux comme c'est le cas avec l'équipe de Robert Launois sur les réseaux.

D'autres formules peuvent être envisagées après discussion avec l'équipe de rédaction. Alors si vous êtes intéressé, contactez Philippe Ulmann au CES.

L'annuaire du Collège

Le Collège actualise l'Annuaire des Economistes de la Santé réalisé en 1997. Une première version simplifiée, actualisée et élargie aux nouveaux membres devrait être publiée prochainement dans les revues spécialisées d'économie de la santé (en discussion).

Avant cela, une version papier sera envoyée à tous les membres et cet annuaire sera consultable à partir du site internet du Collège.

Si cela n'a pas encore été fait, faites-nous parvenir un CV récent, la liste de vos principales publications depuis 1996 et une liste de 4/5 mots-clés résumant vos axes de recherche en économie de la santé.

Votre collaboration est nécessaire pour l'aboutissement de ce projet.

L'ACTUALITE EN ECONOMIE DE LA SANTE

Séminaires - Colloque - Emplois - Publications - ...

ATES : Le LATEC de l'université de Bourgogne à Dijon et le FORUM de l'université de Paris X - Nanterre, proposent des ateliers de travail en économie de la santé dans le cadre du programme "Santé et Société", avec le soutien du CNRS, pour l'organisation sur deux ans de six séminaires de travail, intitulés Ateliers Thématiques en Economie de la Santé (ATES).

Atelier n°1 : Rationalité et décision médicale

Dijon, vendredi 19 mars 1999 de 10 heures à 13 heures
Intervenants : **Fabienne Midy et Hervé Picard** (CREDES) : "Rationalités et décision médicale"
Philippe Abécassis (FORUM et Université d'Angers) "Incertitude médicale et processus de décision"

Atelier n°2 : Tarifs et prix : rôle et détermination en médecine ambulatoire

Nanterre, jeudi 27 mai 1999 de 10 heures à 13 heures
Intervenants : **Eric Delattre** (THÉMA, Université Paris X-Nanterre) : "Trajectoires individuelles et sanctions collectives : le respect de l'enveloppe globale en médecine ambulatoire"
Philippe Batifoulier et Olivier Biencourt (FORUM, Université Paris X-Nanterre) : "Dynamique des conventions et choix tarifaire des médecins libéraux"

Pour plus de renseignements, contactez :

Sophie BÉJEAN et Christine PEYRON
LATEC UMR 5601 CNRS
Université de Bourgogne
4, boulevard Gabriel- 21000 Dijon
Tél : 03 80 39 54 33 (35 29) - Fax : 03 80 39 54 43

Philippe BATIFOULIER et Olivier BIENCOURT
FORUM ESA 7028 CNRS
Université Paris X-Nanterre
200, avenue de la République
92001 Nanterre Cedex
Tél : 01 40 97 59 23 - Fax : 01 40 97 71 83

E-mail : ates@chez.com

Site web : <http://chez.com/ates>

XXIIIèmes Journées des Economistes Français de la Santé :

Nous vous rappelons que les prochaines journées se dérouleront à l'Université de Montpellier I, les jeudi 24 et vendredi 25 juin 1999 sur le thème des "articulations public-privé en santé".

Le Collège souhaite au Professeur Delande et à toute son équipe une grande réussite pour cette manifestation.

XIIème Colloque de l'AEA Santé :

Nous vous rappelons que le prochain colloque d'économétrie de la santé se déroulera à l'Université de Vérone (Italie), les jeudi 8 et vendredi 9 juillet 1999 sur le thème du "système nerveux central".

Le Collège souhaite aux Professeurs Duru, Gaburro et Launois et à toute leur équipe une grande réussite pour cette manifestation.

Pour toutes les autres annonces en économie de la santé, nous vous invitons à consulter régulièrement le site du collège :

<http://www.dauphine.fr/ces/>

Coordonnées du Collège des Economistes de la Santé

Si vous souhaitez joindre le Collège des Economistes de la Santé, adressez votre courrier à :
Philippe ULMANN, CES, LEGOS, Université Paris-Dauphine, Place du Maréchal de Lattre de Tassigny, 75116 Paris.

Tél. : 01-44-05-47-86, Fax : 01-44-05-41-27.

Si vous en avez la possibilité, privilégiez le courrier électronique : ces@dauphine.fr

La Lettre du Collège des Economistes de la Santé :

Directeur de rédaction : Emile Lévy, Secrétariat de rédaction : Brigitte Chenu, Philippe Ulmann.