

# L'économie de la santé

Bibliographie thématique

Septembre 2022

Centre de documentation de l'Irdes

Marie-Odile Safon

**Synthèses & Bibliographies**

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté  
[www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html](http://www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html)

## Sommaire

<b>En guise d'introduction .....</b>	<b>2</b>
<b>Les documents incontournables .....</b>	<b>3</b>
<b>OUVRAGES FRANÇAIS.....</b>	<b>3</b>
<b>OUVRAGES ETRANGERS .....</b>	<b>5</b>
<b>Autres publications de référence.....</b>	<b>8</b>
<b>OUVRAGES FRANÇAIS.....</b>	<b>8</b>
<b>OUVRAGES ETRANGERS .....</b>	<b>18</b>
<b>ARTICLES .....</b>	<b>31</b>
<b>Historique.....</b>	<b>41</b>
<b>FOCUS : BREF APERÇU SUR L'HISTOIRE DE L'ECONOMIE DE LA SANTE EN FRANCE .....</b>	<b>41</b>
<b>OUVRAGES.....</b>	<b>42</b>
<b>ARTICLES .....</b>	<b>44</b>
<b>Lexiques .....</b>	<b>46</b>
<b>FOCUS : TERMINOLOGIE.....</b>	<b>46</b>
<b>Bases de données .....</b>	<b>48</b>
<b>Pour en savoir plus .....</b>	<b>50</b>
<b>EN FRANCE.....</b>	<b>50</b>
<b>À L'ÉTRANGER.....</b>	<b>50</b>
<b>LES REVUES SPÉCIALISÉES .....</b>	<b>51</b>
<b>Pour consulter les documents de cette bibliographie.....</b>	<b>52</b>

### En guise d'introduction

L'économie de la santé est reconnue aujourd'hui comme une discipline appartenant au domaine de la science économique. Elle est consacrée à l'étude de la santé et s'intéresse à l'organisation du système de santé et de la protection sociale, aux déterminants de l'offre de soins et de la demande de soins. Elle a pour objet l'étude systématique des choix effectués par les individus en matière de comportements à risque, de prévention et de traitement des maladies, lorsque les prix, les coûts et les revenus changent<sup>1</sup>. Elle emprunte les concepts théoriques de référence de la science économique dans quatre principaux domaines : l'économie de l'assurance, l'économie industrielle, l'économie du travail et l'économie publique, auxquels il faut ajouter l'économie du développement pour les travaux concernant la santé dans les pays du Tiers monde<sup>2</sup>. Mais si l'économie de la santé partage avec d'autres secteurs de l'économie de nombreuses particularités propres, elle se distingue aussi par des caractéristiques économiques inhabituelles : l'étendue de l'intervention de l'État ; la présence dominante de l'incertitude à tous les niveaux, depuis le caractère aléatoire des maladies jusqu'à la compréhension du mode d'action des traitements médicaux chez des personnes différentes ; l'important écart de connaissance entre les médecins et autres prestataires de services médicaux et les patients – consommateurs de ces services ; les effets externes dus aux comportements de certaines personnes qui font supporter des coûts

<sup>1</sup> Phelps, C. E. (1995). *Les fondements de l'économie de la santé*, Paris : Publi union

<sup>2</sup> D'après J.P. Moatti, professeur de l'université d'Aix-Marseille, directeur de l'UMR 912 Sciences économiques et sociales de la santé et traitement de l'information médicale. [Encyclopedia Universalis](https://encyclopedia.universalis.fr/)  
Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon  
[www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html](http://www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html)  
[www.irdes.fr/documentation/syntheses/economie-de-la-sante.pdf](http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/economie-de-la-sante.pdf)  
[www.irdes.fr/documentation/syntheses/economie-de-la-sante.epub](http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/economie-de-la-sante.epub)

ou procurent un avantage à autrui. Si ces particularités se retrouvent aussi dans d'autres secteurs de l'économie, elles ne le sont jamais à un tel degré.

L'économie de la santé a émergé aux États-Unis dans les années cinquante, dans le cadre de l'économie du bien-être alors en plein essor, à partir de deux problématiques théoriques un peu différentes, celle de l'assurance et celle du capital humain. Deux articles sont en effet considérés comme les actes fondateurs de l'économie de la santé : l'article de Kenneth Arrow « *Uncertainty and Welfare Economics of Medical Care* »<sup>3</sup> et l'article de Mickael Grossman : « *On the Concept of Health Capital and the Demand for Health* »<sup>4</sup>. En France, l'économie de la santé naît à peu près à la même époque mais sous une impulsion à la fois étatique et académique. En 1973 paraît le premier manuel d'économie médicale destiné à la formation des médecins sous l'égide de Georges Rösch, directeur de la Division d'économie médicale du Credoc<sup>56</sup>. À partir des années 1980, l'économie de la santé s'est progressivement constituée en sous-discipline scientifique, dotée d'un important degré d'autonomie. Elle a ses spécialistes, regroupés dans l'Association internationale d'économie de la santé (I.H.E.A.) et le Collège des économistes de la santé (C.E.S.) pour la France, ses centres de recherches (The Rand, NBER, OHE, Irdes...), ses formations propres, ses congrès et ses revues (notamment le *Journal of Health Economics* et *Health Economics...*). Elle entretient un dialogue systématique avec les autres domaines de la science, d'une part, et les différentes disciplines (biologie, clinique, épidémiologie, sciences humaines et sociales) qui s'intéressent à la santé des individus et des populations, d'autre part. Avec un succès divers, et parfois mitigé, selon les pays et selon les moments, les résultats de ses recherches exercent une influence sur les décisions en matière de politiques de santé publique et de réformes de l'organisation des systèmes de santé et d'assurance-maladie, ainsi que sur les comportements, voire la culture des professionnels (médicaux ou non) qui interviennent dans ces systèmes<sup>7</sup>.

Sans être exhaustive, cette bibliographie essaie de présenter les principaux documents de référence sur l'économie de la santé en France comme à l'étranger selon les rubriques mentionnées dans le sommaire. Les recherches bibliographiques ont été réalisées à partir de la base documentaire de l'Irdes sur la période allant de 1960 à nos jours.

## Les documents incontournables

### OUVRAGES FRANÇAIS

Batifoulier, P., Da Silva, N. et Domin, J. P. (2018). Économie de la santé, Paris : Armand Colin

Cet ouvrage présente, dans un langage simple et accessible, les débats économiques sur les questions de santé pour les ouvrir aux débats citoyens. Pour ce faire, il propose un ensemble pluraliste de réflexions relatives à la santé en considérant que l'organisation actuelle du système de santé ne peut se comprendre sans avoir recours à ses trajectoires historiques. Ce manuel s'organise autour d'une logique thématique qui permet de présenter les grands objets de santé : l'hôpital, la médecine de ville, l'industrie pharmaceutique, les assurances privées mais aussi l'émergence des systèmes de santé, la quantification de l'activité de soin, les inégalités, la marchandisation du soin et les rapports entre santé et capitalisme.

Bras, P.L., Pouvourville, G. de, Tabuteau, D., et al. (2009). Traité d'économie et de gestion de la santé, Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo Les Presse

---

<sup>3</sup> Arrow, K. J. (1963). "Uncertainty and the welfare economics of medical care." *American Economic Review* **53**(5)

<sup>4</sup> Grossman, M. (1972). "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health." *Journal of Political Economy* **80**(2)

<sup>5</sup> Rösch, G. et Pequignot, H. (Préf.) (1973). Éléments de : économie médicale : un système de services collectifs, Paris : Flammarion.

<sup>6</sup> La réalisation de cet ouvrage a été commandée en janvier 1970 par le ministre chargé de la santé et le ministre chargé de l'éducation nationale afin de développer l'enseignement destiné aux futurs médecins sur les problèmes économiques et sociaux liés à l'exercice de la profession médicale. Il est l'oeuvre collective d'une équipe rassemblée au sein de la Division d'économie médicale du Credoc entre les années 1956 et 1985.

<sup>7</sup> Clarke, P. et Erreygers, G. (2018). "Contributions to the History of Health Economics." *Oeconomia* **8**(3)

Cet ouvrage collectif pluridisciplinaire placé sous la direction de Pierre-Louis Bras, Gérard de Pourville et Didier Tabuteau est composé de 59 chapitres ayant chacun un auteur spécialisé différent. Il s'agit à la fois d'un bel outil et d'une référence, le gold standard de la pensée et de l'analyse du système de santé actuel. Ce traité synthétise l'ensemble des problématiques et des connaissances de base pour comprendre les débats économiques sur la santé, il permet d'appréhender les politiques de régulation des dépenses de santé et constitue une aide à la gestion et au pilotage des principales institutions du système de santé. Destiné aux étudiants, aux décideurs et aux acteurs de la santé, il pourrait aussi fournir quelques clés pour faire évoluer et conforter une organisation collective qui est au coeur du pacte social, comme le souhaitent les auteurs. Chacun peut en effet y trouver ce qu'il recherche dans le champ de l'économie et de la gestion de la santé dans les huit chapitres qui structurent l'ouvrage : principes généraux, les dépenses de santé, l'accès aux soins, la maîtrise des dépenses de santé, la qualité, la gouvernance et les acteurs, l'information de santé, mondialisation et santé. Aujourd'hui soigner et compter sont des notions admises par tous et ne sont plus antinomiques : cet ouvrage le démontre largement.

Clement, J. M. (2014). Notions essentielles d'économie de la santé, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières

Comme on ne peut s'extraire de la gravité ou de la force magnétique, on ne peut faire l'impasse sur l'économie de la santé. Connaître ses mécanismes, n'est-ce pas essentiel pour tous ceux qui travaillent dans le champ sanitaire, et pour tous ceux qui réfléchissent sur l'augmentation régulière du montant des dépenses de santé ? Près de 12 % du produit intérieur brut sont consacrés aux dépenses de santé et cela va encore croître, puisque les personnes en âge de présenter des pathologies chroniques vont augmenter très sensiblement par rapport à l'ensemble de la population. Nombreux sont les étudiants en médecine et paramédicaux, mais aussi les partenaires sociaux qui demandent de pouvoir accéder aux mécanismes de cette économie de la santé. Nombreux sont les professionnels de santé qui aspirent à disposer d'une initiation fiable et accessible pour connaître les arcanes de cette économie de la santé que, par paresse intellectuelle, on a voulu assimiler à l'économie industrielle. C'est le sens de ce livre, fruit d'un enseignement auprès des étudiants en médecine et paramédicaux (4e de couverture).

Fargeon, V. (2014). Introduction à l'économie de la santé, Paris : Armand Colin

Cet ouvrage présente, dans un langage simple et accessible, les débats économiques sur les questions de santé pour les ouvrir aux débats citoyens. Pour ce faire, il propose un ensemble pluraliste de réflexions relatives à la santé en considérant que l'organisation actuelle du système de santé ne peut se comprendre sans avoir recours à ses trajectoires historiques. Ce manuel s'organise autour d'une logique thématique qui permet de présenter les grands objets de santé : l'hôpital, la médecine de ville, l'industrie pharmaceutique, les assurances privées mais aussi l'émergence des systèmes de santé, la quantification de l'activité de soin, les inégalités, la marchandisation du soin et les rapports entre santé et capitalisme.

Hirtzlin, I. (2007). Economie de la santé, Paris : Editions Archétype 82

Cette nouvelle édition entièrement revue par l'auteur apporte un éclairage approfondi sur l'économie de la santé. Partant de la théorie du consommateur de soins, le premier chapitre examine les spécificités des services de santé et la nécessité du recours à l'assurance sociale. Il éclaire le débat sur l'efficacité de la participation financière de l'assuré. Le second chapitre présente les multiples institutions et organisations qui interviennent dans le secteur de la santé. Le troisième chapitre est consacré à la vision macro-économique des dépenses de santé, ce qui permet d'introduire les enjeux et les modalités de la régulation nationale et internationale, abordée au cours du quatrième chapitre. Le cinquième chapitre retient une approche méso-économique, en se centrant sur l'analyse du comportement des médecins libéraux puis de l'hôpital, et enfin en traitant l'économie du médicament. Dans le dernier chapitre, une analyse systémique est proposée en étudiant la relation entre santé et économie ainsi que les modalités d'évaluation de la performance d'un système de santé.

Pourville, G. de (2000). L'économie de la santé en sept dialogues, Paris : Editions de l'Atelier

Monsieur Laflèche (traduction de Monsieur K.J. Arrow, fondateur américain de l'économie de la santé), chercheur en économie de la santé, boit comme chaque matin un café au bistrot du coin. Il y rencontre fréquemment Monsieur et Madame P. Entre les compagnons de comptoir s'amorcent alors des conversations passionnées sur le thème de la santé, et il n'est pas rare que les profanes mettent en difficulté le spécialiste. En sept dialogues savoureux et rondement menés, Gérard de Pourville met à notre portée les débats de fond traversant l'économie de la santé et nous montre combien cette discipline est au cœur de notre quotidien. Il bouscule au passage quelques idées reçues parmi les plus répandues.

## OUVRAGES ETRANGERS

Fuchs, V. R. (2011). Who shall live ? Health, Economics and social choice, New Jersey : World Scientific Publishing

Dans cet ouvrage de référence, le professeur américain Victor Fuchs de l'Université de Stanford dresse un état des lieux des forces et des limites de l'économie de la santé, et à partir de sa propre connaissance des institutions sanitaires, il tente d'aider les lecteurs à comprendre les problèmes que rencontrent actuellement les nations à allouer des ressources sanitaires de façon efficiente et équitable. Le texte original de ce livre date de 1974. L'édition de 1998 était augmentée de six contributions complémentaires, qui traitaient du système national d'assurance maladie, de la pauvreté et de la santé aux Etats-Unis. Cette nouvelle édition constitue une mise à jour de l'ensemble de ces problématiques. Elle introduit de nouvelles réflexions, notamment sur l'économie du vieillissement.

Fuchs, V. R. (1998). Who shall live ? Health, Economics, and social choice, River Edge : London : World Scientific Publishing

Dans cet ouvrage de référence, le professeur américain Victor Fuchs de l'Université de Stanford dresse un état des lieux des forces et des limites de l'économie de la santé, et à partir de sa propre connaissance des institutions sanitaires, il tente d'aider les lecteurs à comprendre les problèmes que rencontrent actuellement les nations à allouer des ressources sanitaires de façon efficiente et équitable. Le texte original de ce livre date de 1974. Cette édition de 1998 en constitue une deuxième édition mise à jour, et est augmentée de six contributions complémentaires, qui traitent du système national d'assurance maladie, de la pauvreté et de la santé.

Gerdtham, U. G., Jonsson, B., Hurley, J., et al. (2000). Handbook of health economics : volume 1A, Amsterdam : Elsevier Science B.V.

Véritable bible en économie de la santé, cet ouvrage rassemble les contributions de différents économistes de la santé d'origine anglo-saxonne. Le premier volume aborde les aspects suivants : vue d'ensemble sur l'économie de la santé, demande de santé et remboursement des soins médicaux, concepts de « marchés » et de concurrence en assurance maladie.

Glied, S. (2011). The Oxford Handbook of Health Economics, Oxford : Oxford University Press

The Oxford Handbook of Health Economics provides an accessible and authoritative guide to health economics, intended for scholars and students in the field, as well as those in adjacent disciplines including health policy and clinical medicine. The chapters stress the direct impact of health economics reasoning on policy and practice, offering readers an introduction to the potential reach of the discipline. Contributions come from internationally-recognized leaders in health economics and reflect the worldwide reach of the discipline. Authoritative, but non-technical, the chapters place great emphasis on the connections between theory and policy-making, and develop the contributions of health economics to problems arising in a variety of institutional contexts, from primary care to the operations of health insurers. The volume addresses policy concerns relevant to health systems in both developed and developing countries. It takes a broad perspective, with relevance to systems with

single or multi-payer health insurance arrangements, and to those relying predominantly on user charges; contributions are also included that focus both on medical care and on non-medical factors that affect health. Each chapter provides a succinct summary of the current state of economic thinking in a given area, as well as the author's unique perspective on issues that remain open to debate. The volume presents a view of health economics as a vibrant and continually advancing field, highlighting ongoing challenges and pointing to new directions for further progress. (4e de couverture).

*Nouvelle édition en 2013*

Jones, D. (2012). The Elgar companion to health economics, Cheltenham : Edward Elgar Publishing

The aim of The Elgar Companion to Health Economics is to take an audience of advanced undergraduates, postgraduates and researchers to the frontier of research in health economics, by providing them with short and easily readable introductions to key topics. The second edition brings together 54 chapters written by more than 90 leading international contributors. The contributions to the Companion are concise and focus on specific concepts, methods and key evidence. The Companion is a comprehensive and authoritative original reference volume covering theoretical and empirical issues in health economics with a balanced range of material on equity and efficiency in health care systems, health technology assessment and issues of concern for low and middle income countries. It is organised into two broad sections. The first deals with the economics of population health and of health care systems, analysed with both equity and efficiency goals in mind. The second covers the conceptual and practical issues that arise in the evaluation of health care technologies: most often applied to pharmaceuticals but also relevant for other interventions. Many of the contributions address topical and policy-relevant issues including: the economic causes of the growth of obesity in the West, the link between illicit drug use and crime, the consequences of leaving people uninsured against the costs of health care, the impact of globalisation on the international trade in health care services, the role of informal payments in many health care systems, what equal treatment for equal needs means in practice, whether direct-to-consumer advertising of pharmaceuticals is desirable, and how economic evidence is influencing the way that new technologies are made available to patients. Other chapters stress the research done by health economists to develop theoretical models and empirical methods that illuminate the workings of health care systems (Résumé de l'éditeur).

Jones, A. M. (2007). The Elgar companion to health economics, Cheltenham : Edward Elgar Publishing

The aim of The Elgar Companion to Health Economics is to take an audience of advanced undergraduates, postgraduates and researchers to the frontier of research in health economics, by providing them with short and easily readable introductions to key topics. The volume brings together 50 chapters written by more than 90 leading international contributors. The contributions to the Companion are concise and focus on specific concepts, methods and key evidence. The Companion is a comprehensive and authoritative original reference volume covering theoretical and empirical issues in health economics with a balanced range of material on equity and efficiency in health care systems, health technology assessment and issues of concern for low and middle income countries. It is organised into two broad sections. The first deals with the economics of population health and of health care systems, analysed with both equity and efficiency goals in mind. The second covers the conceptual and practical issues that arise in the evaluation of health care technologies: most often applied to pharmaceuticals but also relevant for other interventions. Many of the contributions address topical and policy-relevant issues including: the economic causes of the growth of obesity in the West, the link between illicit drug use and crime, the consequences of leaving people uninsured against the costs of health care, the impact of globalisation on the international trade in health care services, the role of informal payments in many health care systems, what ?equal treatment for equal needs? means in practice, whether direct-to-consumer advertising of pharmaceuticals is desirable, and how economic evidence is influencing the way that new technologies are made available to patients. Other chapters stress the research done by health economists to develop theoretical models and empirical methods that illuminate the workings of health care systems. (Résumé de l'éditeur)

Kielhorn, A. et Graf Von der Schulenburg, J. M. (2000). The health economics handbook, Chester : Adis International Limited

Cet ouvrage, présenté par fiche et de manière alphabétique, propose des termes appliqués en économie de la santé. Chaque fiche comprend une brève définition, une explication du concept, des exemples détaillés et quelques éléments de bibliographie.

Nyman, J. A. (2003). The theory of demand for health insurance, Stanford : Stanford University Press //

Cet ouvrage ré-examine deux croyances fondamentales de l'économie de la santé : que l'assurance maladie relève d'une sur-consommation médicale et que la demande en assurance santé est principalement initiée par le désir du consommateur d'éviter le risque. L'auteur prend le contre-pied de ces croyances, et développe une théorie de la demande en assurance à la fois nouvelle et controversée.

Pauly, M. V., McGuire, T. G. et Barros, P. P. (2011). Handbook of health economics : volume 2, Amsterdam : Elsevier Science B.V

Véritable bible en économie de la santé, cet ouvrage rassemble les contributions de différents économistes de la santé d'origine anglo-saxonne. Le premier volume aborde les aspects suivants : vue d'ensemble sur l'économie de la santé, demande de santé et remboursement des soins médicaux, concepts de « marchés » et de concurrence en assurance maladie.

Phelps, C. E. (2013). Health Economics, Boston : Pearson  
<https://www.amazon.com/Health-Economics-Pearson-Charles-Phelps/dp/0132948532>

Health Economics combines current economic theory, recent research, and health policy problems into a comprehensive overview of the field. This thorough update of a classic and widely used text follows author Charles E. Phelps' thirteen years of service as Provost of the University of Rochester. Accessible and intuitive, early chapters use recent empirical studies to develop essential methodological foundations. Later chapters build on these core concepts to focus on key policy areas, such as the structure and effects of Medicare reform, insurance plans, and new technologies in the health care community. This edition contains revised and updated data tables and contains information throughout the text on the latest changes that were made to the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA).

Phelps, C. E. (2017). Health Economics. Abington : Routledge  
[https://www.amazon.com/Health-Economics-Charles-Phelps/dp/1138207985/ref=sr\\_1\\_1?keywords=charles+phelps&qid=1552634430&s=books&sr=1-1](https://www.amazon.com/Health-Economics-Charles-Phelps/dp/1138207985/ref=sr_1_1?keywords=charles+phelps&qid=1552634430&s=books&sr=1-1)

Can we really use economic thinking to understand our health care system? Health Economics, now in its sixth edition, not only shows how this is done, but also provides the tools to analyze the economic behavior of patients and providers in health care markets. Health Economics combines current economic theory, recent research, and up-to-date empirical studies into a comprehensive overview of the field. Key changes to this edition include:

- additional discussion of the consequences of the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), in light of current political changes;
- an extensive discussion of quality measures;
- more discussion of preventive services;
- a new section on drug markets and regulation;
- discussion of Accountable Care Organizations (ACOs);
- new references, problem sets, and an updated companion website with lecture slides.

Phelps, C. E. (1995). Les fondements de l'économie de la santé, Paris : Publi union

L'auteur aborde dans les trois derniers chapitres les questions fondamentales de la définition de la santé et de la production de santé, des rapports entre les soins et l'assurance maladie, puis des analyses des conditions de production et de la productivité des soins. Il expose ensuite la théorie de la demande des soins et rend compte des travaux qui ont validé cette analyse. Il poursuit en étudiant le

comportement d'offre de soins par les médecins, puis la structure du marché des soins ambulatoires. Il en vient alors à l'hôpital et au marché hospitalier. Puis il aborde la théorie de la demande d'assurance maladie. Il étudie ensuite les systèmes publics d'intervention dans le secteur de la santé et de l'assurance maladie. Il consacre deux chapitres aux fondements économiques de l'intervention publique pour terminer son ouvrage sur une comparaison internationale des systèmes de santé.

## Autres publications de référence

### OUVRAGES FRANÇAIS

Bejean, S. (1994). Economie du système de santé : du marché à l'organisation, Paris : Economica

Le ralentissement de l'activité économique et les difficultés financières des systèmes de protection sociale ont conduit les pouvoirs publics à rechercher de nouvelles solutions pour maîtriser les dépenses de santé. Les économistes doivent fournir les outils d'analyse nécessaires à cette entreprise. Mais les spécificités du système de santé sont à l'origine d'une rencontre difficile entre la logique de la discipline économique et celle du domaine de la santé. Cet ouvrage propose donc de construire un nouveau cadre théorique, adapté aux particularités du système de santé et pourvu d'une forte capacité d'aide à la décision. Pour ce faire, il fallait rechercher de nouvelles approches théoriques et mettre en évidence leur intérêt pour la politique de santé : les apports de théories des organisations, en général de la théorie des contrats et des incitations et de l'économie des conventions, en particulier, sont d'un grand secours pour l'analyse économique du système de santé, tant les problèmes d'asymétrie d'information et de rationalité limitée sont importants dans ce domaine. Le cadre d'analyse ainsi tracé permet de proposer quelques règles et mécanismes incitatifs susceptibles d'être intégrés aux projets de réformes des systèmes de santé occidentaux.

Bejean, S., Batifoulier, P., Fargeon, V., et al. (1997). Nouvelles approches théoriques en économie de la santé, Montrouge : John Libbey Eurotext

Une des sessions des dix-neuvièmes journées du Groupe des Economistes de la Santé Français tenues à Lille en janvier 1997 et animée par l'équipe du Latec de Dijon portait sur les nouvelles approches théoriques en économie de la santé. Dans la première partie de cet ouvrage sont présentés et mis en perspective, voire en cohérence, deux types d'approfondissement théoriques privilégiés depuis les années 1980 : d'une part, quatre référents théoriques appliqués récemment au domaine de la santé : la théorie de l'agence, la théorie des coûts de transaction, l'économie des conventions et la théorie évolutionniste ; d'autre part, les différentes façons de traiter l'équité en économie de la santé.

Bejean, S. et Peyron, C. (2002). Santé, règles et rationalités, Paris : Economica

Cet ouvrage est issu des Ateliers Thématiques en Economie de la Santé organisés en collaboration par le Forum (Philippe Batifoulier et Olivier Biencourt, Université de Nanterre) et le LATEC (Sophie Bejean et Christine Peyron, Université de Bourgogne). En prenant appui sur des recherches actuelles, il fait état du renouvellement survenu en économie de la santé, en offrant un cadre de réflexion, de confrontation et de dialogue autour des questions essentielles pour le système de santé : quelles sont les motivations et les procédures de décision des acteurs ? quelles sont les règles de coordination de leurs comportements ? Quels rôles jouent les prix dans un système fortement administré ? Quelles sont les logiques des politiques publiques de régulation ?

Benamouzig, D. (2005). La santé au miroir de l'économie : une histoire de l'économie de la santé en France, Paris : Presses universitaires de France

Le système de santé français est connu pour être en crise depuis plusieurs années et "le trou de la sécu" augmente. Pour sortir de cette spirale, il faut identifier les inefficiences et infléchir les logiques. L'économie de la santé est supposée offrir des éléments de diagnostic et des remèdes indispensables à la survie de notre système de santé. Mais l'appréhension du domaine de la santé par l'économie



reste encore un sujet tabou. Pour sortir de cette vision réductrice, il est nécessaire d'en comprendre l'histoire, ce que tente cet ouvrage.

Beresniak, A. et Duru, G. (2001). Economie de la santé, Paris : Masson

Cet abrégé présente une synthèse des différents concepts de l'économie de la santé. Il traite d'abord les systèmes de santé dans la Communauté européenne puis la planification de la santé, l'étude de l'offre et de la demande de santé, les dépenses de santé, le contrôle des coûts - ses difficultés et ses solutions -, les méthodes et les outils de l'évaluation économiques et l'importance de l'environnement idéologique.

Beye, S. (1999). L'économie et la santé dans une perspective managériale, Paris : Editions l'Harmattan

Ce manuel sur l'économie de la santé appliquée au système de soins français est destiné à un public appelé après une formation initiale ou complémentaire à prendre part de façon directe ou indirecte au jeu des acteurs opérationnels et/ou décisionnels dans le champ de la protection sociale de la santé. Il s'attache principalement à familiariser le public cible avec la culture sinon la philosophie sous-jacentes à la question de la production et de la distribution inhérente à la résolution des besoins sociaux, et d'autre part avec les outils d'aide à la décision indispensables dans un contexte critique de régénération des ressources financières dans le secteur sanitaire. Les connaissances sont réparties en dix chapitres : - l'économique : une forme de science ; - la progression pédagogique de la pensée économique ; - le système de santé français, genèse et fondements théoriques ; - la santé entre nécessité et obligation ; - la santé dans la perspective du « sanitaire et social » ; - l'économie de la santé en question dans une perspective disciplinaire ; - la demande ; - l'analyse économique de la qualité des soins ; - l'accréditation ; - l'évaluation médico-économique des dépenses de santé.

Bichot, J. (1992). Economie de la protection sociale, Paris : A. Colin

Manuel, accessible à toute personne possédant une culture économique de base, sur la problématique économique de la protection sociale. Après avoir analysé les problèmes normatifs, l'auteur aborde les problèmes concrets : les insuffisances des systèmes comptables utilisés, les méthodes (encore faiblement développées) de projection, de prévision et d'évaluation ; les interactions avec la morbidité, la longévité, la natalité et le marché du travail.

Bonnici, B. (2021). La politique de santé en France, Paris : PUF

À la fois politique, sociale et économique, la politique de santé constitue pour chacun un enjeu de premier ordre. Mais s'il est communément reconnu que, la santé n'a individuellement pas de prix, elle a un coût pour la collectivité. Un coût qui ne cesse de croître. Cet ouvrage expose comment une politique sociale ambitieuse doit faire cohabiter harmonieusement la dimension juridique, qui exalte les droits et la protection des malades, avec la dimension économique fondée sur la contribution des groupes constituant le système de santé (la population, les producteurs de santé, l'État et la Sécurité sociale).

Brignon, J. et Gallouj, C. (2011). Précis de santé publique et d'économie de la santé, Rueil-Malmaison : Editions Lamarre

Cet ouvrage présente les différents concepts liés à la santé publique et ses principaux champs d'application en France et à l'étranger (Europe, pays en développement). Les concepts de protection sociale et d'économie de la santé sont également abordés/

Brodin, M. (2009). La prévention et l'économie de la santé. La prévention en question (s). Prévenir, c'est protéger son capital santé. Santé. Cachan : Editions Médicales Internationales.

S'il est un sujet qui mérite le titre de "revendication permanente" de nos concitoyens, depuis les Etats généraux de la santé, c'est bien celui de la prévention, déclinée à tous les âges de la vie et dans toutes les circonstances. Cependant, nombreux sont nos concitoyens qui confondent les approches -

diagnostic individuel orienté - par le symptôme exprimé par un patient, et les approches collectives de dépistage en population effectués en l'absence de toute symptomatologie. Il en résulte de nombreuses injonctions paradoxales. A l'heure européenne, le vivant et l'histoire naturelle devraient déterminer nos politiques publiques et nos programmes de santé... mais nos organisations et nos institutions sont par construction le reflet de l'histoire de nos cultures et nos systèmes de valeurs : ainsi les comptes de la santé retiennent les dépenses de prévention individuelle institutionnalisées (protection maternelle et infantile, santé scolaire, médecine du travail.. et les dépenses de prévention collective (contrôle des eaux..) (d'après l'introduction).

Carrere, M. O., Duru, G., Genier, P., et al. (1997). Décision, risque et incertitude en santé, Montrouge : John Libbey Eurotext

Une des sessions des dix-neuvièmes journées du Groupe des Economistes de la Santé Français tenues à Lille en janvier 1997 et animée par le GS Santé de Lyon portait sur la décision, le risque et l'incertitude en santé. La deuxième partie de cet ouvrage aborde donc la difficile et vaste question de l'application des sciences de la décision au domaine de la santé, domaine marqué par le risque et l'incertitude. Une communication introductive tente d'établir une typologie des divers travaux poursuivis, tandis que sont présentées trois catégories de modèles traitant des arbitrages effectués soit au niveau individuel, soit au niveau collectif.

Castiel, D. (1995). Equité et santé, Rennes : Editions ENSP

L'exigence d'équité hante la santé publique tel un fantôme insaisissable. Elle continue de relever davantage de grands principes politiques, voire éthiques, que d'inspirer des mesures concrètes, comme en témoignent les réformes actuelles des systèmes de santé intervenues dans la plupart des pays industrialisés. Didier Castiel interroge, dans cet essai, les relations entre l'économie et l'éthique. Il s'intéresse particulièrement à la prise en compte, dans le calcul économique appliqué à la santé, du principe d'équité formulé par John Rawls. A titre d'illustration, il propose un nouveau modèle de répartition des indemnités journalières en cas de maladie. Un modèle dont pourrait s'inspirer toute réforme du système de santé.

Castiel, D. (2004). Le calcul économique en santé : méthodes et analyses critiques, Rennes : Editions l'ENSP

Introduit en France dans les années quatre-vingt avec l'instauration du budget global à l'hôpital, le calcul économique en santé est devenu aujourd'hui incontournable. Cet ouvrage d'initiation propose les méthodes les plus récentes. Il est composé de 25 fiches, illustrées de nombreux exemples et réparties en cinq thématiques : historique, évaluation de l'efficacité, évaluation du coût, mise en rapport coût-résultat, outils d'allocation des ressources. Les quelques 80 entrées de l'index permettent un accès rapide aux principaux concepts. Un exercice pratique, élaboré à partir de données réelles et suivi de son corrigé est proposé en annexe.

Courtois, C. (1992). Comprendre l'économie de la santé, Bruxelles : Ibes

Première publication de l'Institut Belge de l'Economie de la Santé (IBES). En présentant un aperçu des principaux concepts de l'économie de santé, cette brochure veut avant tout répondre à la demande de tous ceux qui souhaitent mieux connaître ce domaine et susciter en même temps la recherche de solutions durables aux problèmes posés.

CreDES (1994). 40 ans de recherche en économie de la santé : bibliographie thématique illustrée rétrospective des travaux du CreDES depuis 1954. Rapport CreDES. Paris : CreDES: 153 , graph.

Pour le millième numéro de sa collection, le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) publie un fascicule récapitulant les principales publications de son équipe de recherches depuis 40 ans. La présentation retenue est thématique. L'objectif poursuivi est de comprendre le fonctionnement du secteur de la santé et d'en dégager les lignes directrices et le sens de son évolution afin de disposer des éléments qui permettent de mieux définir et évaluer les politiques de santé.

Cresge (1997). Dix ans d'avancées en économie de la santé, Montrouge : John Libbey Eurotext

Le présent volume rassemble l'essentiel des contributions données par le Groupe des Economistes de la Santé Français lors des dix-neuvièmes journées tenues à Lille en janvier 1997 faisant le point sur dix années d'économie de la santé. Ces journées rassemblaient quatre équipes sur quatre thèmes différents : - l'équipe du Latec de Dijon sur les nouvelles approches théoriques en économie de la santé ; - l'équipe du GS Santé de Lyon, sur la décision, le risque et l'incertitude en santé ; l'Unité Inserm 357 du Kremlin-Bicêtre sur la production dans le système de soins ; - l'Unité Inserm 379 et le Lest d'Aix-Marseille sur l'innovation technologique et la santé.

Cusset, P. Y. (2017). Les déterminants de long terme des dépenses de santé en France. Document de travail ; 2017-07. Paris France Stratégie: 68 , tab., graph., fig.  
<http://www.strategie.gouv.fr/document-de-travail/determinants-de-long-terme-depenses-de-sante-france>

Depuis les années 1950, la France consacre une part croissante de ses ressources aux dépenses de soins. Ainsi, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM)[1] est passée de 2,6 à 8,9 points de PIB entre 1950 et 2015. La croissance des dépenses a été très forte en début de période, au moment où se constituait l'infrastructure sanitaire et se développait l'assurance maladie. Elle est plus faible depuis la fin des années 1980. Par ailleurs, depuis les années 1970, on assiste à un mouvement de convergence des niveaux de dépenses de santé parmi les pays les plus développés, les États-Unis faisant toutefois figure d'exception. Le document de travail rappelle d'abord quels sont les grands facteurs de croissance des dépenses de santé, en s'appuyant sur une somme de travaux réalisés sur cette question. Il discute ensuite les principales projections de long terme des dépenses de santé réalisées pour la France, en présentant leur méthodologie, leurs résultats et leurs limites.

Delande, G. (1991). Introduction à l'économie de la santé, Montrouge : John Libbey Eurotext

Drummond, M. F., O'Brien, B. J., Stoddart, G. L., et al. (1997). Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé, Paris : Economica

Depuis la publication de la première édition en 1987, « Methods for the economic of health care programmes » est devenu le livre de référence de l'évaluation économique. Cet ouvrage paru en français dix ans après constitue donc une deuxième édition, qui prend en compte le développement considérable survenu dans ce domaine. On y trouve une présentation synthétique des principes méthodologiques de l'évaluation économique, ainsi qu'une grille d'analyse de la qualité des études d'évaluation, qui peut s'appliquer à n'importe quelle étude publiée. Les principales formes de l'évaluation économique, analyses de coût, coût-efficacité, coût-utilité et coût bénéfice, sont ensuite présentées de façon détaillée et illustrées par des exemples. Une attention spéciale est portée aux analyses coût-utilité et coût-bénéfice, qui ont connu des développements méthodologiques majeurs au cours des dernières années. Cette seconde édition s'est également enrichie de développements concernant le recueil et l'analyse des données, ainsi que la présentation et l'utilisation des résultats des évaluations économiques.

Duru, G. et Claveranne, J. P. p. (1994). Analyses et évaluations en économie de la santé : nouvelles méthodologies, résultats, Paris : Hermès

Les seize articles de recherches proposés ici abordent des problèmes aussi divers que les comparaisons internationales des systèmes de santé du point de vue de l'équité ou de la consommation de médicaments ; l'influence du facteur santé ou du facteur handicap sur la productivité ; la mise en place de systèmes d'information et les méthodes de traitement des données ; l'évaluation de stratégies thérapeutiques ou de prévention ; le repérage des facteurs expliquant l'utilisation des systèmes de soins ; les fondements éthiques de l'évaluation ; l'organisation des filières de soins... Le lecteur notera des apports méthodologiques importants, l'application et l'analyse critique de procédures originales de classification, de traitement des données (Sipina, Demon, relaxation, etc.), l'utilisation dans des champs nouveaux de concepts (prétopologie) qui se révèlent fructueux, la mise en oeuvre de techniques efficaces, l'élaboration de nouveaux logiciels. Chaque texte

est précédé d'une brève présentation situant les enjeux. Cet ouvrage montre tout l'intérêt d'une approche transversale des problèmes de santé.

Fargeon, V. (2009). Introduction à l'économie de la santé, Grenoble : Presses universitaires de Grenoble

Besoin universel, la santé est une préoccupation majeure des sociétés et des individus. La nature particulière du bien santé justifie l'organisation de la réponse à ce besoin dans des configurations de systèmes de santé et de soins médicaux, marquées par les régulations d'institutions non marchandes, au premier chef desquelles l'État. Ce manuel vise à présenter l'essentiel des concepts et grilles de lecture mobilisés dans l'analyse économique des systèmes de santé. À travers l'étude des comportements économiques des grandes catégories d'acteurs des systèmes de santé, consommateurs, offreurs de soins, assureurs et financeurs du risque maladie, État, de leurs relations et articulations, il s'agit d'explicitier les fondements économiques des politiques de santé. Cette approche doit permettre d'éclairer les tendances et les débats contemporains relatifs aux systèmes de santé (protection maladie et prestations de soins), notamment la question de la place et des formes de l'intervention publique. L'ouvrage souligne l'importance des aspects organisationnels et institutionnels dans le fonctionnement et la dynamique des systèmes de santé.

Faucon, F. et Le Guillou, Y. (2021). Introduction à l'économie politique de la santé, Paris : Ellipses

Cet ouvrage ambitionne d'expliquer comment interagissent les valeurs sociales, les théories économiques et les choix politiques qui structurent les systèmes de santé et déterminent les outils employés pour leur régulation. À partir d'une triple perspective : théorique, historique et critique, il dresse un panorama inédit appuyé sur des exemples concrets tirés des systèmes étrangers. Le système français est analysé au fil du texte et en annexe à la lumière des concepts évoqués.

Feldstein, P. J. (1992). Analyse économique de la santé, Paris : Editions Seillans

Largement fondé sur le cas des Etats-Unis, ce livre analyse l'évolution des "marchés de la santé", depuis l'assurance maladie jusqu'aux soins hospitaliers, en passant par la formation des médecins ou des infirmières. (Traduit de l'américain : Health Care Economics.)

Grolier, J., Heresbach, D. et Josselin, J. M. (2009). Le calcul médico-économique appliqué. L'analyse coût-efficacité au service de la prise de décision publique, Rennes : Presses de l'EHESP

L'évaluation en santé doit permettre d'affecter les ressources disponibles aux programmes les plus pertinents du point de vue médico-économique. Loin d'opposer médecins hospitaliers et économistes, cette démarche doit au contraire favoriser leur collaboration. Le calcul médico-économique est le fruit de cette collaboration. Son objectif est d'optimiser les choix de prévention et de soin, en associant l'efficacité maximum à un coût acceptable pour la collectivité au regard des alternatives de prise en charge. Cet ouvrage propose une présentation simple mais rigoureuse du calcul médico-économique : analyse coût-efficacité, outils microéconomiques, statistiques et de gestions (d'après 4ème de couv.)

Hirtzlin, I. (2018). Fiches d'économie de la santé. Paris : Ellipses

31 fiches pour réviser tout le cours d'économie de la santé : les définitions à connaître, les erreurs à éviter, les points essentiels à retenir des exercices corrigés pour vérifier ses connaissances des repères bibliographiques pour aller plus loin.

Jolly, D. (1977). Economie de la santé : bibliographie choisie et annotée, Paris : Dunod

Jusot, F., Wittwer, J., Dormont, B., et al. (2021). Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis, Paris : Éditions Eska

Réalisé à l'occasion des 30 ans du Collège des économistes de la santé (CES), cet ouvrage dresse un état des lieux du système de santé français et en analyse les enjeux pour les années à venir. Les problématiques abordées sont les suivantes : réguler les dépenses de santé, mieux financer pour

mieux protéger, réduire les inégalités face à la santé, accroître la qualité des soins et favoriser la coordination des acteurs, médecine - médicaments - patients : quelles innovations et quelles évolutions ?

Kervasdoue, J. d. (1996). La santé intouchable : enquête sur une crise et ses remèdes, Paris : Editions JC Lattès

Dix pour cent de notre richesse nationale soit plus de la moitié du budget de l'Etat, y est consacré. Pas moins de dix-sept plans ont été imaginés par les gouvernements successifs pour résorber le déficit chronique de la Sécurité sociale. L'augmentation exceptionnelle des dépenses de santé n'est plus supportable. Peut-on les freiner sans toucher à la sacro-sainte égalité d'accès aux soins ? Comment réformer un milieu affecté de toutes les plaies françaises: corporatisme, conservatisme, bureaucratie, absence d'esprit civique ? Observateur et acteur de notre système de santé depuis 25 ans, patron de la direction des hôpitaux du ministère de la santé de 1981 à 1986, fondateur du premier cabinet français de conseil en gestion médicale, Jean de Kervasdoué est sans doute le meilleur expert pour répondre à ces questions. Dans ce diagnostic détaillé nourri par l'expérience et par la comparaison avec les modèles étrangers, il nous aide à comprendre au prix de quelle révolution des mentalités, de quel sursaut national, la France pourra préserver un système de santé qui put naguère, passer pour le meilleur du monde (Résumé d'auteur).

Kervasdoue, J. et Bazzocchi, D. (2019). La santé rationnée : un mal qui se soigne, Paris : Economica

L'économie de la santé est une économie du rationnement. La raison en est simple : comme, en France, 92 % du coût des soins médicaux ne sont pas supportés par le patient au moment de ses soins, puisqu'ils sont presque toujours gratuits, la demande du patient est potentiellement infinie, elle doit donc être régulée. Si elle ne peut pas l'être par des mécanismes de marché, l'État est contraint de contrôler de façon autoritaire le montant et/ou les quantités de ressources financières, de biens ou de services affectés aux soins médicaux. La vérité est donc qu'il rationne, même si l'euphémisme utilisé est de dire qu'il « régule ». Tout ou presque est rationné : le nombre de médecins (numerus clausus), les lits hospitaliers, les pharmacies, les équipements lourds, les actes médicaux (nomenclatures), les médicaments remboursés par l'assurance maladie. Il n'y a de prix que pour les médecins du secteur 2 et pour quelques services (chambres particulières) ou biens médicaux ; la règle est le tarif basé sur des nomenclatures et les tarifs ne sont pas des prix. Si, dans le domaine des soins médicaux, les mécanismes de marché sont inégalitaires et inflationnistes, si l'on est éthiquement contraint de recourir à des mécanismes de rationnement, comment les penser et les gérer ? Peut-on dans certaines circonstances, grâce au marché, ne plus sentir peser la chape du rationnement ? Tel est l'objet de cet ouvrage qui traite de la question centrale en économie : l'accès et la répartition des biens rares.

Kleiber, C. (1991). Questions de soins : essai sur l'incitation économique à la performance dans les services de soins, Lausanne : Payot

À travers l'analyse historique et économique, l'auteur tente d'apporter quelques réponses au problème de rentabilité et de qualité des soins. La construction de l'appareil sanitaire depuis le XIX<sup>ème</sup> siècle lui permet de montrer comment s'est constitué l'un des plus grands secteurs de l'économie publique. Sans régulation économique, orientée par les intérêts contradictoires de ses administrateurs, l'économie du système de soins souffre "naturellement" de dysfonctionnements et d'inefficacités. L'analyse des spécificités économiques et organisationnelles, et des contradictions débouche sur quelques propositions de régulation visant, grâce à l'amélioration de la coordination des décisions, à augmenter ses performances.

Lambert, D. C. (2000). Les systèmes de santé : analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels, Paris : Editions du Seuil

Trois formes de protection sociale concurrentes se sont installées dans les pays occidentaux depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Le modèle de Bismarck apparu en Allemagne (1883) instaure des assurances sociales fondées sur une affiliation professionnelle et financée par des cotisations des salariés et des employeurs. Le modèle de Beveridge, mis en place en Grande-Bretagne (1948), instaure un système universel de santé publique financé par l'Etat. Enfin, les Etats-Unis ont développé un système mixte,

sans obligation d'assurance, combinant des assurances privées et des prestations sociales publiques pour les familles défavorisées. A la fin du XXe siècle, néanmoins, l'évolution des systèmes de santé est marquée en France par le métissage de ces modèles. Pour en tirer les leçons utiles à la construction d'un meilleur système, l'auteur commence par une analyse économique générale des systèmes de santé, avant de procéder à une étude détaillée des fondements, des réalisations et des problèmes associés aux différents modèles nationaux (23 pays).

Lambert, D.-C. (1983). Guide bibliographique en économie de la santé. Note de travail, GIS - Economie de la Santé, Paris : G.I.S.

Le Faou, A. L. (1997). L'économie de la santé en questions, Paris : Ellipses

Conçu pour les étudiants en médecine souhaitant se familiariser avec l'économie de la santé, ce manuel permet de comprendre les enjeux du système de santé français en réforme. Il s'est voulu simple dans sa conception car répondant à des questions d'actualité : qui a en charge la décision administrative ? qui finance ? qui offre des soins, qui en demande et quelle forme de maîtrise des dépenses avons-nous en France, comptable ou médicalisée ? Il se distingue donc des livres d'économie de la santé faisant appel à des connaissances théoriques en économie ou proposant des modèles économiques pour expliquer le contexte actuel des dépenses de santé. Il est aussi accessible à un public de non-spécialistes.

Le Faou, A. L. (2000). L'économie de la santé en questions, Paris : Ellipses

Conçu pour les étudiants en médecine souhaitant se familiariser avec l'économie de la santé, ce manuel mis à jour permet de comprendre les enjeux du système de santé français en réforme. Il s'est voulu simple dans sa conception car répondant à des questions d'actualité : qui a en charge la décision administrative ? qui finance ? qui offre des soins, qui en demande et quelle forme de maîtrise des dépenses avons-nous en France, comptable ou médicalisée ? Il se distingue donc des livres d'économie de la santé faisant appel à des connaissances théoriques en économie ou proposant des modèles économiques pour expliquer le contexte actuel des dépenses de santé. Il est aussi accessible à un public de non-spécialistes.

Lebrun, T., Fagnani, F., Charpak, Y., et al. (1999). La médico-économie : un éclairage utile à la prise de décision, Paris : Communication Partenaires Santé

Ce numéro spécial de « Communication Partenaires Santé » spécifique à la médico-économie montre bien comment les différents auteurs de cette brochure définissent la médico-économie et comment ils perçoivent la place de cette dernière dans le contexte actuel de maîtrise des dépenses de santé, mais également son utilité et ses champs d'application. Ces perceptions sont naturellement, en partie, fonction de la profession exercée par l'auteur, de sa formation, du point de vue duquel il se place : économiste, pharmacologue, épidémiologiste, médecin prescripteur, industriel de la pharmacie. La médico-économie est encore insuffisamment développée en France contrairement aux pays anglo-saxons. Elle devrait jouer un rôle important dans l'avenir, dans un contexte global de contraintes financières et de maîtrise des coûts

Levy, D. (1992). L'économie de la santé : les chroniques du quotidien du médecin, Paris : Centre de sociologie et de démographie médicales ; Le Quotidien du Médecin

Recueil des chroniques parus dans le Quotidien du Médecin dans la rubrique "Economie de la Santé" animée par Danièle Levy. Ces brèves analyses disèquent le système de santé français : ses évolutions mais aussi ses difficultés. Elles apportent d'importants éléments de comparaisons internationales et développent une approche en termes d'évaluation médicale économique.

Majnoni d'Intignano I. (2001). Santé et économie en Europe, Paris : Presses Universitaires de France

La santé devient la préoccupation majeure des Européens. Mais que vaut la vie humaine selon les pays et leur développement ? Comment rémunérer les médecins et les hôpitaux ou faire payer les malades

? Que retenir des expériences étrangères ? Le progrès technique est-il vraiment cher et sera-t-il rationné ? Comment les systèmes de santé d'une Europe vieillissante s'adapteront-ils au choc de la demande ? A l'appui de graphiques convaincants, ce livre répond aux citoyens, aux professionnels et aux politiques, pour déboucher sur trois fascinants scénarios d'avenir et dégager d'inévitables conflits.

Majnoni d'Intignano I et Ulmann, P. (2001). Economie de la santé, Paris : Presses Universitaires de France

Cet ouvrage sur l'économie de la santé a été conçu pour être lu par différents publics. On y évite, autant que possible le jargon technique, et pour les concepts importants, les termes admis en anglais sont indiqués entre parenthèses. Le premier chapitre aborde les systèmes de santé sous l'angle macro-économique, décrit les principaux modèles européens et leur performance. Le deuxième chapitre traite des acteurs du système de soins et de leur comportement. Le troisième s'intéresse aux financements des soins et aux politiques de régulation. L'ouvrage se termine sur des perspectives. La bibliographie finale se limite aux grands classiques, aux ouvrages de synthèse récents faisant le point sur une question et aux dernières recherches.

Mills, C. (1994). Economie de la protection sociale, Paris : Editions Sirey

L'économie de la protection sociale est au coeur des débats publics, aujourd'hui. Les systèmes de santé et de retraite, d'encadrement du chômage, de lutte contre la pauvreté et d'aide aux familles traversent une crise profonde de leur financement et de leur efficacité. Leur restructuration et de nouveaux modes de régulation s'imposent. Cet ouvrage s'attache à comprendre les principaux facteurs de la crise actuelle, à définir les grands enjeux de nouvelles politiques et à proposer des pistes d'évolution. Il constitue la synthèse des recherches menées, depuis plus de dix ans, par l'auteur. Mais, c'est aussi un manuel de base en économie de la protection sociale (4ème de couverture).

Moto, L. (1995). Santé et multidisciplinarité : choix et décision, Paris : Hermès

Cet ouvrage propose une vue à la fois synthétique et multidisciplinaire sur l'évaluation économique des programmes et actions de santé, en précisant les limites (absence de réponse univoque à une question), les exigences et l'intérêt (réduction d'incertitude dans les prises de décision) de cette nouvelle discipline. Il présente les diverses méthodes utilisées dans les domaines nécessaires à l'évaluation : épidémiologie, économie, gestion de l'information, qualité de vie.

Mougeot, M. (1994). Systèmes de santé et concurrence, Paris : Economica

La maîtrise des dépenses de santé est devenue un des problèmes majeurs des sociétés occidentales. Après avoir analysé ces dépenses et montré comment les règles d'allocation des ressources et de paiement favorisent une production et une consommation excessives de soins, ce livre met en évidence des modes d'organisation du système de santé permettant de limiter les comportements stratégiques des acteurs. Ces modes d'organisation conjugent des mécanismes incitatifs et des procédures de mise en concurrence des offreurs. L'ouvrage fournit ainsi une grille d'analyse de réformes ou de projets de réformes des systèmes de santé occidentaux (Résumé d'auteur).

Pouvoirville, G. de., Eberhardt, S. et Compadri, P. de. (2005). Euromet 2004 : the influence of economic evaluation studies on health care decision-making, Amsterdam : IOS Press

This publication focuses on the impact of health economic evaluation studies on decision-making in nine European countries (Austria, Finland, France, Germany, Great Britain, Norway, Portugal, Spain and the Netherlands). EUROMET 2004: The Influence of Economic Evaluation Studies on Health Care Decision-Making reports on the results of a project called 'European Network on methodology and Application of Economic Evaluation Techniques' (EUROMET). On the one hand, the study showed an increasing number of economic evaluation studies, but on the other hand the availability of data and lack of expertise were seen as special barriers which limited the use of economic evaluation studies in the decision-making process. Economic evaluation studies had, before 2000, no major influence on healthcare decision-making in most European countries. In addition, the knowledge of healthcare decision-makers and of professionals in payer's organizations ? such as health insurers, sickness funds

and regional budget fund holders ? was low or nearly not existing. Especially structural barriers are emphasised in this study. The respondents believe that increasing flexibility of healthcare budgets from one sector to another would encourage the transferability of economic study results. EUROMET focuses on the question of how sensitive decision makers are to economic evaluation study results in 2004 - with special emphasis on pharmaceuticals - and to what extent they admit to base their decisions on these results.

Rainhorn, J. D. et Burner, M. J. (2001). La santé au risque du marché : incertitudes à l'aube du XXIe siècle, Paris : Presses Universitaires de France

Sida, vache folle, fièvre aphteuse, tabac, amiante, mais aussi effets de la pauvreté et de la précarité sur la santé ou encore décryptage du génome...Jamais les grands enjeux de la santé publique n'ont autant fait irruption dans la vie quotidienne qu'au cours de ces dernières années. Au même moment, à l'autre bout du monde, la diarrhée, le paludisme ou la tuberculose continuent chaque jour à tuer silencieusement des milliers de personnes. Il est remarquable de constater à quel point la mondialisation du commerce, des investissements et de la communication amplifie ces enjeux et leur donne, par le biais de leur valeur économique et sociale, un relief particulièrement menaçant. La pression du marché est-elle en train de faire perdre le sens de la solidarité ? Parce que chacun sent confusément qu'il existe aujourd'hui un lien entre les problèmes de santé publique et les approches néolibérales de l'économie, et que l'environnement est plus que jamais menacé, il y a un besoin urgent de porter un regard lucide sur un certain nombre d'événements récents. C'est ce que propose cet ouvrage, dans lequel des spécialistes de disciplines diverses (santé publique, économistes, sociologues, anthropologues, acteurs de terrain) nous font partager leurs interrogations (4ème de couverture).

Ray, J. C., Dupuis, J. M. et Gazier, B. (1988). Analyse économique des politiques sociales, Paris : Presses universitaires de France.

Consacré aux politiques sociales, ce livre tente de les approcher à travers l'analyse économique, c'est-à-dire en utilisant les concepts, les modes de raisonnement et les outils statistiques des économistes. Aussi cet ouvrage s'adresse-t-il en priorité aux étudiants en sciences économiques, mais aussi aux publics de professionnels du social, cherchant des instruments leur permettant de mieux analyser leur environnement et leurs pratiques. Envisageant naturellement les grands risques (famille, santé, vieillesse, chômage) ainsi que les institutions de la protection sociale et ses modes de financement, cet ouvrage met à chaque fois l'accent sur la discussion des thèses en présence. Toutefois, à ce contenu classique il ajoute deux chapitres originaux, dont l'actualité n'est pas à souligner : un chapitre sur la pauvreté, un chapitre sur l'évaluation des effets des politiques sociales (Résumé d'Auteur).

Riou, J. et Ferrand, N. S. (2013). Santé publique et économie de la santé, Paris : Elsevier Masson

Les ouvrages de la collection "Les Essentiels en IFSI" ont été conçus et construits conformément au nouveau programme des études menant au Diplôme d'Etat infirmier. Ils couvrent toutes les Unités d'Enseignement (UE) de la formation correspondant aux quatre domaines suivants : Sciences humaines, sociales et droit ; Sciences biologiques et médicales ; Sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes ; Sciences et techniques infirmières, interventions. Ce volume est consacré à l'UE 1.2 (S2, S31 Santé publique Economie de la santé. Chaque chapitre est articulé en trois volets : 1/ Le volet COMPRENDRE permet d'acquérir les savoirs essentiels de manière claire et concise : les connaissances fondamentales y sont illustrées d'exemples concrets, et associées aux savoir-faire et savoir-être professionnels ; 2/ Le volet AGIR propose de mobiliser ces savoirs et savoir-faire pour agir en situation. Ces situations professionnelles sont analysées en quatre étapes, clairement exposées en tableaux très didactiques, qui rendent compte de la progression du raisonnement clinique infirmier ; 3/ Le volet S'ENTRAINER offre enfin de tester ses connaissances au moyen de QCM, QROC, etc. et de transférer ses connaissances à une situation nouvelle, permettant la transposition des savoirs dans un nouveau contexte. Les corrigés sont donnés à la suite.

Sailly, J. C. et Lebrun, T. Dix ans d'avancées en économie de la santé, Montrouge : John Libbey Eurotext



Le présent volume rassemble l'essentiel des contributions données par le Groupe des Economistes de la Santé Français lors des dix-neuvièmes journées tenues à Lille en janvier 1997 faisant le point sur dix années d'économie de la santé. Ces journées rassemblaient quatre équipes sur quatre thèmes différents : - l'équipe du Latec de Dijon sur les nouvelles approches théoriques en économie de la santé ; - l'équipe du GS Santé de Lyon, sur la décision, le risque et l'incertitude en santé ; l'Unité Inserm 357 du Kremlin-Bicêtre sur la production dans le système de soins ; - l'Unité Inserm 379 et le Lest d'Aix-Marseille sur l'innovation technologique et la santé.

Sandier, S. (1986). Le développement de l'économie de la santé en Europe : problèmes et perspectives, Paris : CreDES

Lorsque l'on s'interroge sur les caractéristiques du développement de l'économie de la santé en Europe dans les années à venir, les hypothèses que l'on peut formuler découlent d'une part de l'évolution qu'a connue cette discipline dans les années passées, et d'autre part des perspectives générales des systèmes de santé aux plans technique, social et économique. Ces hypothèses concernent, le développement en termes quantitatifs - combien de chercheurs, quels montants de financement, combien d'études - et en termes qualitatifs : dans quel pays, quelles institutions, quels thèmes, quelle diffusion... Cette note illustrera ces points grâce à quelques exemples.

Schneider-Bunner, C. (1997). Santé et justice sociale : l'économie des systèmes de santé face à l'équité, Paris : Economica

Quelles conceptions de l'équité peut-on envisager pour le domaine de la santé à partir des théories contemporaines de la justice sociale ? Parmi ces conceptions, lesquelles sont en vigueur, explicitement ou implicitement, dans les systèmes de santé européens, à travers leurs diverses modalités d'organisation et de régulation ? Définir et révéler l'équité : tels sont les jalons du parcours proposé dans cet ouvrage, menant des théories de la justice à l'analyse des politiques économiques et sociales conduites dans le domaine de la santé (Extrait du résumé d'auteur).

Tanti-Hardouin, N. (1994). Economie de la santé, Paris : Armand Colin

Cet ouvrage, résultat de larges expériences en milieu hospitalier et de réflexions théoriques issues d'enseignements supérieurs, a pour point de départ l'inquiétude des pouvoirs publics et des citoyens face à la croissance soutenue des dépenses de santé. Il se propose d'étudier les principaux mécanismes d'une maîtrise optimale de la demande de santé. Il s'articule autour de deux axes : un axe aux caractères empiriques où, à partir des informations les plus récentes, sont analysées les tendances lourdes de l'évolution de la consommation médicale et les causes structurelles qui la fondent ; un axe théorique où sont présentés les mobiles économiques qui paraissent les plus aptes à comprendre avec cohérence le comportement du consommateur-patient et les spécificités de son attitude.

Thebaud, A. (2021). Quelle valeur collective accorder à la santé ? Une question relancée par la crise sanitaire, Paris : Terra Nova

« Rien n'est plus important que la vie humaine » : ce principe affiché par le Président de la République dans son allocution du 28 octobre 2020 illustre combien la crise du Covid a rebattu les cartes de la réflexion sur le coût de la santé. Le juste niveau des dépenses publiques allouées à la santé est l'objet d'un débat nourri depuis plusieurs décennies. Qu'il s'agisse de rembourser des thérapies innovantes très coûteuses, de construire un hôpital, d'organiser un dépistage systématique de cancer, ou de confiner le pays, la question s'impose : qu'est-il est juste de dépenser pour protéger la santé et sauver des vies ? C'est tout l'objet d'une discipline à part entière qui est désormais présente dans les agences sanitaires de nombreux pays : l'évaluation médico-économique, capable de mettre en face des coûts d'un investissement, les gains de santé qu'il engendre pour la collectivité. Cette évaluation est loin du cynisme qu'on lui prête parfois ; elle combine en effet un regard utilitariste de maximisation des bénéfices collectifs agrégés, et des principes normatifs de justice sociale valorisant la protection des plus fragiles. En France, la réflexion académique sur ces enjeux, de même que sa déclinaison opérationnelle à la Haute autorité de santé, ont fait avancer le débat et transformé les pratiques depuis le début des années 2000. Mais il reste une question fondamentale dont le débat public doit se

saisir pour mieux orienter nos choix collectifs : celle du bénéfice attendu d'un surcroît de dépenses. Il ne s'agit pas de fixer un plafond de dépense par profil de patient ou par type de soin. L'objectif est de construire un outil permettant d'évaluer, pour un patient, les gains d'un traitement en termes de temps de vie gagné et de qualité de vie. En-deçà d'un certain seuil, qui devra faire l'objet d'une délibération publique, un investissement de santé serait considéré comme injuste, parce qu'il détournerait des ressources au détriment d'autres priorités plus pertinentes, c'est-à-dire d'autres patients. Dans un contexte de ressources contraintes, la valeur d'une vie sauvée reste bien une question ouverte, sur laquelle l'action publique en santé a besoin que le débat public soit mieux construit aujourd'hui.

Vatimbella, A. (1993). Santé et économie, Paris : Syros

La maîtrise des dépenses de santé est à l'ordre du jour depuis quelques années. Cet ouvrage réunit des informations et des réflexions habituellement éparses sur ce thème. Il démontre que la relation entre économie et santé ne se réduit pas au seul biais des dépenses, que le secteur économique de la santé existe et qu'une personne bien soignée est aussi plus productive.

## OUVRAGES ETRANGERS

Barer, M. L., Getzen, T. E. et Stoddart, G. L. (1998). Health, health care and health economics : perspectives on distribution, Chichester : John Wiley and Sons

Ce document s'intéresse particulièrement aux problèmes fondamentaux d'équité et de redistribution dans le système de soins et en santé, et fournit une discussion stimulante et provocante sur : la persistance des inégalités malgré les interventions politiques qui souhaite supprimer les barrières économiques d'accès aux soins ; l'association entre revenu et, inégalités de revenu d'une part, et inégalités de santé d'autre part ; et le sous intérêt actuel concernant les problèmes de redistribution en relation avec les problèmes d'efficience de la part de nombreux économistes de la santé, et les potentielles distorsions politiques que cela engendre. (traduction d'un extrait de la 4ème de couverture).

Birch, S. et Gafni, A. (2014). On the Margins of Health Economics: Searchers, Surveyors and the Monetary Value of a Qaly. Chepa working paper series ; 14-01. Hamilton McMaster University: 23 , tabl., fig.  
<http://www.chepa.org/docs/14-3/14-1.pdf>

Threshold searching and threshold surveying have been presented as separate non-arbitrary approaches for identifying the ICER threshold for determining the efficiency of a new health care intervention. More recently reconciliation between the approaches has been suggested by applying the societal willingness to pay for a QALY with routinely collected data on expenditures on health care interventions and health outcomes associated with those expenditures. In this paper we show that both approaches confuse the concepts of the margin and the increment (as applied to costs and effects) and that this confusion represents a fundamental departure from economic theory. We illustrate how a practical method for determining the efficiency of investments in health care can be developed based directly on the theoretical principles of economics while also reflecting the real world setting facing decision-makers.

Bleichrodt, H. (1996). Applications of utility theory in the economic evaluation of health care, Rotterdam : Erasmus University

Bret, R. J. (2003). Cost-benefit analysis and health care evaluations, Cheltenham : Edmard Elgar Publishing

Robert Brent explains the many different ways in which these other valuation techniques can be converted into cost-benefit analysis and examines both the traditional (human capital) and modern (willingness to pay) approaches. Case studies are used throughout to explain and illustrate the various methodologies being examined. The author follows an applied economics approach, in which methods and ideas are evaluated according to practicability and not according to their theoretical purity.

Ultimately, he resolves a number of disputes and makes some new, but subtle, contributions by reinterpreting, correcting and extending existing work. The book covers the topic in an accessible manner, from the foundations to the frontiers of the field, and clearly explains all the necessary economic principles along the way.

Briggs, A., Claxton, K. et Sculpher, M. (2006). Decision modelling for health economic evaluation, Oxford : Oxford University Press

This book deals with the key techniques and approaches that can be used to estimate the cost-effectiveness of health care interventions. It is a practical guide, using examples and encouraging the reader to apply the methods. A supporting website is available.

Brooks, R. G. (1986). The development and construction health status measures : an overview of the literature, Stockholm : I.H.E.

Etude qui se veut une introduction aux différentes méthodes de calcul et statistique en matière de santé et qualité de vie.

Cawley, J. (2008). The economics of health behaviours. 3 volumes, Cheltenham : Edmard Elgar Publishing

This three-volume set brings together the most important and interesting papers on the economics of health behaviours such as smoking, drinking, drug use, and risky sex. Volume I explores the theoretical foundations; it also includes empirical papers on the household production of health and the link between schooling and health. Volume II covers research into the prediction and explanations of health behaviours and into the labour market consequences of unhealthy behaviour. Volume III features interactions between health behaviours and the impact of related public policies. This authoritative collection will be of particular interest to economists, social scientists and health services researchers. 85 articles, dating from 1950 to 2006 Contributors include: M.C. Auld, G. Becker, D. Cutler, M. Grossman, J. Gruber, A. Jones, J. Mullahy, T. Philipson, C. Ruhm, J. Sindelar, F. Sloan, J. Van Ours.

Cohen, D. R. et Henderson, J. B. (1991). Health, prevention and economics, Oxford : Oxford University Press

This book provides a comprehensive overview of the economics of prevention. The subject should be very stimulating to health economics professionals and scholars. However, the literature review style of presentation makes the book less sharp than it could have been. The book assumes no prior knowledge of economics (chapter 1 has a section titled "What Is Economics?") in order to target a broad audience. As a consequence, the treatment of the different topics is somewhat sketchy. Readers may have to supplement the book with the original articles listed in the references.

Culyer, A. J. (2016). Cost-effectiveness thresholds in health care: A bookshelf guide to their meaning and use. CHE Research Paper Series ;121. York University of York: 16 , tabl., fig.  
[http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP121\\_Cost-Effectiveness\\_thresholds\\_Health\\_Care.pdf](http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP121_Cost-Effectiveness_thresholds_Health_Care.pdf)

There is misunderstanding about both the meaning and the role of cost-effectiveness thresholds in policy decision making. This article dissects the main issues by use of a bookshelf metaphor. Its main conclusions are these: It must be possible to compare interventions in terms of their impact on a common measure of health. Mere effectiveness is not a persuasive case for inclusion in public insurance plans. Public health advocates need to address issues of relative effectiveness. A 'first best' benchmark or threshold ratio of health gain to expenditure identifies the least effective intervention that should be included in a public insurance plan. The reciprocal of this ratio – the 'first best' cost-effectiveness threshold – will rise or fall as the health budget rises or falls (ceteris paribus). Setting thresholds too high or too low costs lives. Failure to set any cost-effectiveness threshold at all also involves avertable deaths and morbidity. The threshold cannot be set independently of the health budget. The threshold can be approached from either the demand-side or the supply side – the two are equivalent only in a health-maximising equilibrium. The supply-side approach generates an

estimate of a 'second best' cost-effectiveness threshold that is higher than the 'first best'. The second best threshold is the one generally to be preferred in decisions about adding or subtracting interventions in an established public insurance package. Multiple thresholds are implied by systems having distinct and separable health budgets. Disinvestment involves eliminating effective technologies from the insured bundle. Differential (positive) weighting of beneficiaries' health gains may increase the threshold. Anonymity and identity are factors that may affect the interpretation of the threshold. The true opportunity cost of health care in a community, where the effectiveness of interventions is determined by their impact on health, is not to be measured in money – but in health itself.

Culyer, A. J. (2018). Cost, context and decisions in Health Economics and cost-effectiveness analysis. CHE Research Paper Series ; 154. York University of York: 11.  
[www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP154\\_Cost\\_context\\_decisions\\_health\\_economics.pdf](http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP154_Cost_context_decisions_health_economics.pdf)

Cost in health economics is necessarily associated with a decision. It varies according to the context of that decision: whether about inputs or outputs, the alternatives, its timing, the nature of the commitment to following a decision, who the decision maker is, and the constraints and discretion limiting or liberating the decision maker. Distinctions between short/long runs and between fixed/variable inputs are matters of choice, not technology, and are similarly context-dependent. Costs are not harms or negative consequences. Whether 'clinically unrelated' future costs and benefits should be counted in current decisions also depends on context. The costs of entire health programmes are context-dependent, relating to planned rates of activity, volumes and timings. The implications for the methods of CEA and HTA are different in the contexts of low- and middle- income countries compared with high-income countries, and further differ contextually according to budget constraints (fixed or variable).

Detsky, A. S., Kaplan, R. M., Dranove, D., et al. (1995). Valuing Health care : costs, benefits, and effectiveness of pharmaceuticals and other medical technologies, Cambridge : Cambridge University Press  
Cambridge : Cambridge University Press  
<http://www.cup.org>

Cet ouvrage rassemble les contributions de différents économistes de la santé données lors de la conférence sur les analyses coût-efficacité des thérapeutiques médicamenteuses à l'Université de Vanderbilt les 23 et 24 septembre 1992. Les thèmes abordés sont les suivants : évaluation de la qualité des analyses coût-efficacité, évaluation des analyses coût-utilité et de l'indicateur de qualité de vie « QALY » (Quality adjusted life years), mesures des coûts en santé, évaluation de ces méthodes en termes de monnaie (« willingness to pay » ou « propension à payer »), impacts de ces méthodes sur l'allocation des ressources sanitaires, sur la décision médicale et le choix des priorités par les décideurs (modèle de Markov).

Egan, M. et Philipson, T. J. (2013). International Health Economics, Cambridge : NBER  
<http://papers.nber.org/papers/W19280>

Perhaps because health care is a local service sector, health economists have paid little attention to international linkages between domestic health care economies. However, the growth in domestic health care sectors is often attributed to medical innovations whose returns are earned worldwide. Because world returns drive innovation and innovation is central to spending growth, spending growth in a given country is thereby highly affected by health care economies and policies of other countries. This paper analyzes the unique positive and normative implications of these innovation-induced linkages across countries when governments centrally price health care. Providing world returns to medical innovation under such central pricing involves a public-goods problem; the taxation to fund reimbursements involves a private domestic cost with an international benefit of medical innovation. This has the direct normative implication that medical innovations have inefficiently low world returns. It also has the positive implication that reimbursements in one country depend negatively on those of others; reimbursements are "strategic substitutes" through free riding. Because reimbursements are strategic substitutes, world concentration of health care is a significant issue. A

small European country has no access-innovation trade-off in its pricing; it will have low reimbursements because it does not affect world returns and sees the same innovations regardless of its reimbursement policy. The public-goods problem of innovation thereby implies that the United States, despite being the world's largest buyer, will pay the highest reimbursements. This problem also implies that free riding counteracts the standard positive impact of larger world markets on innovation when health care concentration falls. Indeed, currently, health care is highly concentrated; about half of world health care spending occurs in the United States, despite that fact that it makes up only about one-fifth of the world economy. We assess the effect that emerging markets will have on this concentration and thus world returns. We use pharmaceutical reimbursement data from 1996–2010 to provide IV estimates of the degree to which domestic reimbursements are strategic substitutes. We find that these estimates imply that world returns from innovation may actually fall from a growth in “market size” of BRICS countries as a result of increased free riding in non-BRICS countries. The overall analysis has important positive implications for spending patterns across countries as well as normative implications for evaluating domestic or regional health care reforms.

Egan, M. L., Mulligan, C. B. et Philipson, T. J. (2013). Adjusting Measures of Economic Output for Health: Is the Business Cycle Countercyclical?, Cambridge : NBER  
<http://www.nber.org/papers/w19058>

Many national accounts of economic output and prosperity, such as gross domestic product (GDP) or net domestic product (NDP), offer an incomplete picture by ignoring, for example, the value of leisure, home production, and the value of health. Discussed shortcomings have focused on how unobserved dimensions affect GDP levels but not their cyclicity, which affects the measurement of the business cycle. This paper proposes new measures of the business cycle that incorporate monetized changes in health of the population. In particular, we incorporate in GDP the dollar value of mortality, treating it as depreciation in human capital analogous to how NDP measures treat depreciation of physical capital. We examine the macroeconomic fluctuations in the United States and globally during the past 50 years, taking into account how depreciation in health affects the cycle. Because mortality tends to be pro-cyclical, fluctuations in standard GDP measures are offset by monetized changes in health; booms are not as valuable as traditionally measured because of increased mortality, and recessions are not as bad because of reduced mortality. Consequently, we find that U.S. business cycle fluctuations appear milder than commonly measured and may even be reversed for the majority of recessions after accounting for the cyclicity of health. We find that adjusting for mortality reduces the measured U.S. business cycle volatility during the past 50 years by about 37% in the United States and 46% internationally. We discuss future research directions for more fully incorporating the cyclicity of unobserved health capital into standard output measurement.

Evans, R. G., Barer, M. L., Stoddart, G. L., et al. (2016). An undisciplined economist: on Health Economics, Health Care Policy, and Population Health, Montréal : McGill Queen's University Press

For four decades Robert Evans has been Canada's foremost health policy analyst and commentator, playing a leadership role in the development of both health economics and population health at home and internationally. *An Undisciplined Economist* collects Evans' most important contributions and includes two new articles. The topics addressed range widely, from the peculiar structure of the health care industry to the social determinants of the health of entire populations to the misleading role that economists have sometimes played in health policy debates. Written with Evans' characteristic clarity, candour, and wit, these essays unabashedly expose health policy myths and the special interests that lie behind them. He refutes claims that public health insurance is unsustainable, that the health care costs of an aging population will bankrupt Canada, that user charges will make the health care system more efficient, and that health care is the most important determinant of a population's health.

Finkler, S. A. (1999). Cost accounting for health care organizations : concepts and applications, Gaithersburg : Aspen Publishers

This book provides thorough coverage of cost accounting from a health care perspective. Using health care examples, it covers all of the basic tools of cost accounting common to all industries.

Folland, S., Goodman, A. C. et Stano, M. (2017). The Economics of Health and Health Care: International Student Edition. Oxon : Routledge

Folland, Goodman, and Stano's bestselling *The Economics of Health and Health Care* text offers the market-leading overview of all aspects of Health Economics, teaching through core economic themes, rather than concepts unique to the health care economy. The Eighth Edition of this key textbook has been revised and updated throughout, and reflects changes since the implementation of the Affordable Care Act (ACA). In addition to its revised treatment of health insurance, the text also introduces the key literature on social capital as it applies to individual and public health, as well as looking at public health initiatives relating to population health and economic equity, and comparing numerous policies across Western countries, China, and the developing world. It provides up-to-date discussions on current issues, as well as a comprehensive bibliography with over 1,100 references. Extra material and teaching resources are now also available through the brand new companion website, which provides full sets of discussion questions, exercises, presentation slides, and a test bank. This book demonstrates the multiplicity of ways in which economists analyze the health care system, and is suitable for courses in Health Economics, Health Policy/Systems, or Public Health, taken by health services students or practitioners.

Folland, S., Goodman, A. C. et Stano, M. (2010). The Economics of Health and Health Care, Boston : Prentice Hall

This clear, step-by-step best-selling introduction to the economics of health and health care thoroughly develops and explains economic ideas and models to reflect the full spectrum of the most current health economics literature. This book uses core economic themes as basic as supply and demand, as venerable as technology or labor issues, and as modern as the economics of information. Chapter topics include health care, health capital, information, health insurance markets, managed care, nonprofit firms, hospitals, physicians and labor, the pharmaceutical industry, government intervention and regulation, and epidemiology and economics. Useful as a reference work for health service researchers, government specialists, and physicians and others in the health care field (4e de couverture).

Fuchs, V. R. (1994). The future of health policy, Cambridge : Harvard University Press

Cette étude prospective sur la politique de santé aborde les problèmes actuels tels : la maîtrise des coûts, la concurrence dans la production de soins, les innovations technologiques, la pauvreté, la santé des enfants et l'assurance maladie nationale.

Galizzi, M. M., Tammi, T., Godager, G., et al. (2015). Provider altruism in health economics. Discussion Paper 4/2015. Helsinki University of Helsinki: 28, tabl.  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-429-8>

We propose a first comprehensive overview of the main theoretical notions and empirical findings on altruism among physicians and other healthcare providers. While altruism in the behavioral and experimental economics literature is typically defined as a deviation from purely self-interested behavior, the theoretical health economics literature embeds the notion of physician altruism within the doctor–patient relationship. The altruism of physicians is typically defined as the weight in the doctor's utility function attached to patient's health benefits, besides the self-interested monetary considerations. We broadly group the empirical evidence into five main categories of evidence, gradually moving from low to high control in the settings and empirical strategies: evidence from i) survey and interview data, ii) discrete choice experiments, iii) prescriptions records, iv) field experiments, and, finally, v) laboratory experiments. Across each of those groups of studies and different methods, the evidence generally supports the theoretical notion that physicians largely behave 'altruistically' in their healthcare decisions. Some studies indicate, however, considerable heterogeneity in physicians' altruistic preferences.

Gaynor, M. (2014). The Industrial Organization of Health Care Markets, Cambridge : NBER  
<http://www.nber.org/papers/w19800>

The US health care sector is large and growing – health care spending in 2011 amounted to \$2.7 trillion and 18% of GDP. Approximately half of health care output is allocated via markets. In this paper, we analyze the industrial organization literature on health care markets focusing on the impact of competition on price, quality and treatment decisions for health care providers and health insurers. We conclude with a discussion of research opportunities for industrial organization economists, including opportunities created by the US Patient Protection and Affordable Care Act.

Getzen, T. (2007). Health economics and financing, New York : John Wiley & Sons

A primer for the economic analysis of medical markets, this book utilizes a flow of funds approach to investigate the sources and uses of financing as well as the incentives and organizational structure of the health care system. It then takes a wider macroeconomic perspective in order to explore the dynamics of change within the health care system, and to explicitly consider determinants of national health spending and the role of governments in public and private health.

Hartwig, J. et Sturm, J. E. (2017). Testing the Grossman model of medical spending determinants with macroeconomic panel data. KOF Working Papers; 426. Zurich Swiss Federal Institute of Technology: 30, tabl.

Michael Grossman's human capital model of the demand for health has been argued to be one of the major achievements in theoretical health economics. Attempts to test this model empirically have been sparse, however, and with mixed results. These attempts so far relied on using – mostly cross-sectional – micro data from household surveys. For the first time in the literature we bring in macroeconomic panel data for 29 OECD countries over the period 1970-2010 to test the model. In order to check the robustness of the results for the determinants of medical spending identified by the model, we include additional covariates that have been suggested as determinants for medical spending in an Extreme Bounds Analysis (EBA) framework. The preferred model specifications (including the robust covariates) lend some support to the empirical relevance of the determinants of medical spending identified by the Grossman model, except for the relative medical price.

Hindriks, J. et Myles, G. D. (2006). Intermediate public economics, Cambridge : The MIT Press

Public economics studies how government taxing and spending activities affect the economy-- economic efficiency and the distribution of income and wealth. This comprehensive text in public economics covers the core topics market failure and taxation as well as recent developments in the political economy and public choice literatures. It is unique not only in its broad scope but in its balance between public finance and public choice and its combination of theory and relevant empirical evidence. After introducing the theory and methodology of public economics and reviewing the efficiency of the competitive equilibrium, the book presents a historical and theoretical overview of the public sector. It then discusses departures from efficiency, including imperfect competition and asymmetric information; issues in political economy, including rent-seeking (a topic often omitted from other texts); equity; taxation issues, including tax evasion and its consequences; fiscal federalism and tax competition among independent jurisdictions; and the intertemporal issues of social security and economic growth. This text introduces the reader to the theory of public economics and the most significant results of the analysis, providing an overview of the current state of the field. It is accessible to anyone with a background of intermediate microeconomics and macroeconomics and can be used in advanced undergraduate as well as graduate courses. Although the mathematics has been kept to a minimum, the book remains analytical rather than discursive. Annotated suggestions for further reading and numerous exercises are included at the end of each chapter.

Hsiao, W. et Heller, P. (2007). What should Macroeconomists know about health care policy ?, Washington : Fonds Monétaire International  
<http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2007/wp0713.pdf>

This primer aims to provide IMF macroeconomists with the essential information they need to address issues concerning health sector policy, particularly when they have significant macroeconomic implications. Such issues can also affect equity and growth and are fundamental to any strategy of

poverty reduction. The primer highlights the appropriate roles for the state and market in health care financing and provision. It also suggests situations in which macroeconomists should engage health sector specialists in policy formulation exercises. Finally, it reviews the different health policy issues that confront countries at alternative stages of economic development and the range of appropriate policy options.

Hulleger, P. G. J. (2012). Essays on health and labor economics, Le Tilburg : Center for Economic Research

This thesis deals with a range of topics in health and labor economics. The first part examines the validity of a method that aims at improving the interpersonal comparability of self-reports in surveys. The second part is concerned with the question how the demand for medical care is related to health insurance, and to health. The third part studies whether job search requirements help older workers to find a job more quickly.

Jacobs, P. (1996). The economics of health and medical care, Gaithersburg : Aspen Publishers, Inc

Le principal but de cet ouvrage est de fournir au lecteur les éléments nécessaires pour comprendre et appliquer les principes économiques de base au secteur de la santé. Il est destiné à des étudiants ou à des personnes qui n'ont pas forcément de connaissance en économie, mais qui possède un niveau mathématique minimum. Le lecteur est aidé par une explication de concepts et par une présentation des outils utilisés dans les analyses économiques. Trois parties correspondant à trois tâches structurent ce document : une tâche d'identification du phénomène, de sa nature et de son importance ; il faut ensuite en trouver les causes pour pouvoir prédire les comportements des individus et des structures dans différents systèmes ; puis évaluer les résultats ou remèdes apportés.

Jones, A. (2007). Applied econometrics for health economists: a practical guide, Abingdon : Radcliffe Publishing Ltd

Applied Econometrics for Health Economists introduces readers to the appropriate econometric techniques for use with different forms of survey data, known collectively as microeconometrics. The book provides a complete illustration of the steps involved in doing microeconomic research. The only study to deal with practical analysis of qualitative and categorical variables, it also emphasises applied work, illustrating the use of relevant computer software applied to large-scale survey datasets. This is a comprehensive reference guide ? it contains a glossary of terms, a technical appendix, software appendix, references, and suggestions for further reading. It is concise and easy to read ? technical details are avoided in the main text and key terms are highlighted.

Jones, A. M., Rice, N., Bago, D. U. T., et al. (2012). Applied health economics, Abington : Routledge Taylor & Francis Group

The first edition of Applied Health Economics did an expert job of showing how the availability of large scale data sets and the rapid advancement of advanced econometric techniques can help health economists and health professionals make sense of information better than ever before. This second edition has been revised and updated throughout and includes a new chapter on the description and modelling of individual health care costs, thus broadening the book's readership to those working on risk adjustment and health technology appraisal. The text also fully reflects the very latest advances in the health economics field and the key journal literature. Large-scale survey datasets, in particular complex survey designs such as panel data, provide a rich source of information for health economists. They offer the scope to control for individual heterogeneity and to model the dynamics of individual behaviour. However, the measures of outcome used in health economics are often qualitative or categorical. These create special problems for estimating econometric models. The dramatic growth in computing power over recent years has been accompanied by the development of methods that help to solve these problems. The purpose of this book is to provide a practical guide to the skills required to put these techniques into practice. Practical applications of the methods are illustrated using data on health from the British Health and Lifestyle Survey (HALS), the British Household Panel Survey (BHPS), the European Community Household Panel (ECHP), the US Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) and Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). There is a strong emphasis on



applied work, illustrating the use of relevant computer software with code provided for Stata. Familiarity with the basic syntax and structure of Stata is assumed. The Stata code and extracts from the statistical output are embedded directly in the main text and explained at regular intervals. The book is built around empirical case studies, rather than general theory, and the emphasis is on learning by example. It presents a detailed dissection of methods and results of some recent research papers written by the authors and their colleagues. Relevant methods are presented alongside the Stata code that can be used to implement them and the empirical results are discussed at each stage. This text brings together the theory and application of health economics and econometrics, and will be a valuable reference for applied economists and students of health economics and applied econometrics (4e de couverture).

Kernick, D. (2002). Getting health economics into practice, Abingdon : Radcliffe Medical Press

Fifty years ago medicine was straightforward. Doctors had limited therapeutic options and patients did as they were told. Today, an array of medical interventions is putting increasing pressure on limited resources, patients are questioning everything and doctors are uncertain of their role. Health economists hoped to offer important insights to aid decision making, but their technical frameworks bore little resemblance to the practical requirements of end users. Now, this book presents the concepts and insights that health economics has to offer in a way that is accessible to every healthcare decision maker. Getting Health Economics into Practice is for all those who are involved in the planning, commissioning and delivery of healthcare. It illuminates the practical value that the concepts and principles of health economics can offer decision makers at all levels. Comprehensive and extensive, it is the first such book to be edited by a clinician rather than a health economist, with contributions from an expert panel of specialists. This approach ensures it is accessible and useful in the everyday work of health professionals. It is relevant for all healthcare sectors, in particular for Primary Care Trusts, and is essential reading for managers, researchers, and especially practitioners.

Kleinke, J. D. (1998). Bleeding edge: the business of health care in the new century, Gaithersburg : Aspen Publishers

Le but de cet ouvrage est de rendre compréhensif l'évolution du système de santé américain. Il montre que la réorganisation du système de soins entre producteurs de soins et assureurs a complètement modifier l'offre et la demande de soins aux Etats-Unis, et que la santé est devenue un marché envahi par l'industrialisation au même titre que les autres biens économiques.

Kobelt, G. (2013). Health Economics: an introduction to economic evaluation. Economics., O. o. H. Londres : Office of Health Economics.

Since the second edition of this publication appeared in 2002, economic evaluation of new medical technologies as a basis for decisions about their use has expanded to an increasing number of countries and types of technology. At the same time, the methods themselves have evolved in response to experience and to changes in the ability to capture and analyse data. This book presents a comprehensive overview of today's approaches to health economic evaluation, illustrated throughout with examples and with guidance about what methods are appropriate in which situations. What distinguishes this book from other such reviews are its fifteen concrete "study examples," which focus on pharmaceuticals and include cost-of-illness studies, cost-minimization analysis, cost-effectiveness analysis, cost-utility analysis and cost-benefit analysis (résumé éditeur).

Koijen, S. J. (2014). Financial Health Economics, Cambridge : NBER  
<http://www.nber.org/papers/w20075>

We provide a theoretical and empirical analysis of the link between financial and real health care markets. We document a "medical innovation premium" of 4-6% annually for equity of medical firms and analyze the implications it has for the growth of the health care sector. We interpret the premium as compensating investors for government-induced profit risk. We provide supportive evidence for this hypothesis through company filings and abnormal return patterns surrounding threats of government intervention. We quantify the implications of the premium for growth in real health care spending by

calibrating our model to match historical trends. Policies that had removed government risk would have led to more than a doubling of medical R&D and would have increased the current share of health care spending by 4% of GDP, with a predicted long run share of 38%.

Lin, H. et Sacks, D. W. (2016). Intertemporal Substitution in Health Care Demand: Evidence from the RAND Health Insurance Experiment. NBER Working Paper series : n° 22802. Cambridge NBER: 44 , tabl., fig., annexes. [www.nber.org/papers/w22802](http://www.nber.org/papers/w22802)

Nonlinear cost-sharing in health insurance encourages intertemporal substitution because patients can reduce their out-of-pocket costs by concentrating spending in years when they hit the deductible. We test for such intertemporal substitution using data from the RAND Health Insurance Experiment, where people were randomly assigned either to a free care plan or to a cost-sharing plan which had coinsurance up to a maximum dollar expenditure (MDE). Hitting the MDE—leading to an effective price of zero—has a bigger effect on monthly health care spending and utilization than does being in free care, because people who hit the MDE face high future and past prices. As a result, we estimate that sensitivity to short-lasting price changes is about twice as large as sensitivity to long-lasting changes. These findings help reconcile conflicting estimates of the price elasticity of demand for health care, and suggest that high deductible health plans may be less effective than hoped in controlling health care spending.

Lopez-Casasnovas, G., Rivera, B. et Currais, L. (2005). Health and economic growth : findings and policy implications, Cambridge : The MIT Press

While human capital is a clear determinant of economic growth, only recently has health's role in this process become a focus of serious academic inquiry. By marrying the separate fields of health economics and growth theory, this groundbreaking book explores the explicit mechanisms by which a population's individual and collective health status affects a nation's economic development and performance. International leaders from both fields have contributed original essays that employ theoretical and empirical perspectives on the relationship between health and economic growth, including the relevant interconnections with investment in education, family planning, and productivity. Each of the book's five sections deals with a different aspect of this dynamic. These include the channels through which health human capital generates both higher income and individual well-being; the impact of health on long-run development, economic growth, and poverty reduction; the link between human capital levels and fertility and mortality rates, with models that analyze demographic and epidemiological transitions; the quantitative effect of better health on labor productivity and wages; and, finally, the devastating effects of AIDS -- in underdeveloped countries the most deadly, most economically adverse, and the surest barrier to growth -- on individual well-being and populations, and the prospects for incentives for developing new treatments. A concluding chapter integrates the different microeconomic and macrodynamic analyses and draws some policy conclusions for future study

Mengoni, A., Seghieri, C. et Nuti, S. (2013). The application of discrete choice experiments in health economics: a systematic review of the literature, Pise : Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Objectives. In recent years, there has been a growing interest in the development and application of discrete choice experiments (DCEs) within health economics. Even though the literature include several reviews of the methodology associated with conducting DCEs and analysing the resultant choice data, a detailed classification of the areas covered by DCEs is lacking. The aim of this paper is to provide, after a brief description of the most important phases of a DCE, a comprehensive categorization of the various areas in which DCEs in health care have been performed. Methods. A systematic literature review was conducted to identify published studies using stated preferences DCEs within a health context between January 1990 and May 2011. Results. 256 DCEs were included in the review. Compared to the 1990-2000 period, the number of DCEs has increased quickly, with experiments carried out in 30 different countries. A growing number of studies primarily investigated patients' preferences during the years, collecting a greater number of responses in comparison to the baseline period. A significant proportion of publications estimated the benefits of health care services, like specialistic surgical and medical services, generic medical services, services for chronics and

elderly people, maternity and childbirth services and diagnostic facilities. Nevertheless, DCEs has also been used to value health outcomes, examine preferences for pharmaceutical products, investigate labour-market choices as well as healthcare systems characteristics and health policies. Conclusions. This paper adds to the body of literature reviewing the growing stock of published DCEs in health economics, providing a new detailed taxonomy of the various areas in which such experiments have been applied. Together with the methodological refinements, future research should continue to explore new contexts of analysis.

Morris, S., Devlin, N. et Parkin, D. (2007). Economic analysis in health care, Chichester : John Wiley & Sons //

Health economics is concerned with the evaluation of the effectiveness of health care, particularly by examining the social opportunity costs of alternative forms of treatment. The peculiar nature of the market for health care ? that doctors have a major influence on both supply and demand -has attracted attention, as has the study of the options available for financing such services. Economic Analysis in Health Care provides a comprehensive coverage of both the economics of health care systems and the evaluation of health care technologies. It has been written as a core textbook for advanced undergraduate and postgraduate students with knowledge of economic analysis and will appeal to an international audience. It adopts an international perspective, using examples and case studies from the UK, the rest of Europe, and other countries. It contains detailed exposition of the economic theory alongside relevant examples and applications and focuses on both market-related and economic evaluation aspects of health economics (some books focus purely on market-related aspects).

OHE (2000). Productivity costs : principles and practice in economic evaluation, Londres : Office of Health Economics

La santé peut être considérée comme une forme d'investissement social. Ainsi, le système de soins participe à la performance économique d'un pays. Si bon nombre de personnes souhaitent que les analyses économiques chiffrent l'impact de la santé sur la société, les avis diffèrent sur les méthodes de calcul. L'impact d'un mauvais système de soins ou d'un mauvais état de santé peut être mesurer en termes de coûts engendrés par la perte de productivité. Il existe trois principales approches d'estimation des coûts : l'approche du capital humain, l'approche « friction cost » et l'approche recommandée par le « US panel on Cost-Effectiveness in Health and Medicine ». Cet ouvrage résume le débat qui a lieu entre les partisans de chaque méthode puis analyse un certain nombre d'études du Health Economic Evaluations Database (HEED) pour déterminer comment les coûts de perte de productivité ont été mesurés en pratique. Ce document conclut sur les mérites de chaque approche et fournit des recommandations sur les manières dont les estimations et la présentation des conséquences de la santé sur la productivité pourraient être améliorée.

Olsen, J. A. (2009). Principles in Health Economics and Policy, Oxford : Oxford University Press

Principles in Health Economics and Policy is a clear and concise introduction to health economics and its application to health policy. It introduces the subject of economics, explains the fundamental failures in the market for health care, and discusses the concepts of equity and fairness when applied to health and health care. Written for students and health professionals with no background in economics, the book takes a policy-oriented approach, emphasising the application of economic analysis to universal health policy issues. It explores the key questions facing health policy-makers across the globe right now, such as: How should society intervene in the determinants that affect health?

OMS (2006). Health financing : a basic guide, Genève : OMS

This guide focuses on health economics and financing with the objective of providing readers with a basic vocabulary and understanding of the most important issues. It does not attempt to provide all the tools needed for detailed analysis. Rather, the guide aims to offer staff of the World Health Organization (WHO) Regional Office for the Western Pacific (WPRO) enough information on facets of these issues to be informed participants and provide further assistance at various levels of health

planning and policy dialogue. In addition, this guide could be useful in developing the knowledge base of health ministry staff in the region.

Over, M. (1991). Economics for health sector analysis : concepts and cases, Washington : The International Bank for Reconstruction and Development

Manuel d'économie de la santé destiné principalement aux étudiants des pays industrialisés pour une méthode d'évaluation économique des projets de santé.

Paolucci, F. (2011). Health care financing and insurance. Options for design, Berlin: Springer

As a contribution to the search for suitable and sustainable solutions to finance rising medical care expenditures, the book proposes a typology of healthcare financing and insurance schemes, based on the dimensions of basic vs. supplementary services and mandatory vs. voluntary coverage, to analyse the design and the complex interactions between various financing and insurance arrangements in several OECD countries. This study provides a better understanding of the strengths and weaknesses of the financial and organisational structures of different countries? healthcare financing and insurance schemes. Its main contributions are the development of a novel and rigorous theoretical framework analysing the economic rationales for the optimal design of healthcare financing and insurance schemes, and an empirical and institutional analysis investigating the consequences for efficiency and affordability of the complex interactions between basic and supplementary sources of financing (4ème de couv.).

Reisman, D. (1993). Market and Health, Washington : St Martin's Press

Cet ouvrage général d'économie de la santé envisage les points suivants : demande de soins, financement par secteur, offre de soins, prix de la vie humaine.

Reisman, D. (1993). The Political Economy of Health Care, New York : St Martin's Press

Cet ouvrage d'économie de la santé analyse la place de l'intervention de l'Etat dans le système de santé afin d'en améliorer l'équité et l'efficacité. Il montre qu'il est difficile d'aboutir à un consensus tant les opinions sont multiples et divergentes.

Reisman, D. (2017). Health policy : choice, equality and cost, Cheltenham : Edward Elgar

This lucid and comprehensive book explores the ways in which the State, the market and the citizen can collaborate to satisfy people's health care needs. It argues that health care is not a commodity like any other. It asks if its unique properties mean that there is a role for social regulation and political management. Apples and oranges can be left to the buyers and the sellers. Health care may require an input from the consensus, the experts, the insurers, the politicians and the bureaucrats as well. David Reisman makes a fresh contribution to the debate. He argues that the three policy issues that are of primary importance are choice, equality and cost. He explores the balance between the patient, the practitioner and public opinion; the disparities in outcome indicators and access to medical care; and the escalation in prices and quantities at the expense of other areas of social life. Reisman concludes that, despite its significance for the individual and the nation, there is no single definition of health or health care. The maximand is a mix. Yet decisions have to be made (4è de couv.).

Rice, T. (1998). The economics of health reconsidered, Chicago : Health Administration Press (division of the Foundation of the American College of Health Care Executives

S'intégrant dans le débat d'une régulation des systèmes de santé par l'état ou par le marché économique, Thomas Rice confronte la théorie économique au secteur de la santé. Il analyse les hypothèses sur lesquelles les approches pro-marché sont basées, et comment, si ces conditions ne sont pas réunies, cela affecte les choix politiques en santé. Il critique ainsi l'utilisation et la non-utilisation de la théorie économique en économie de la santé. Cet ouvrage est structuré en six chapitres qui abordent les points suivants : la concurrence, la théorie de la demande et la théorie de

l'offre qui forment les trois axes principaux de la théorie micro-économique, puis la théorie de la justice à travers l'équité et la redistribution, et enfin quelques réflexions à propos du rôle de la compétition dans le secteur de la santé.

Ruhm, C. J. (2013). Recessions, Healthy No More?, Cambridge : NBER  
<http://papers.nber.org/papers/W19287>

Using data from multiple sources, over the 1976-2009 period, I show that total mortality has shifted over time from strongly procyclical to being essentially unrelated to macroeconomic conditions. The relationship also shows some instability over time and is likely to be poorly measured when using short (less than 15 or 20 year) analysis periods. The secular change in the association between macroeconomic conditions and overall mortality primarily reflects trends in effects for specific causes of death, rather than changes in the composition of total mortality across causes. Deaths due to cardiovascular disease and transport accidents continue to be procyclical (although possibly less so than in the past), whereas strong countercyclical patterns of cancer fatalities and some external sources of death (particularly those due to accidental poisoning) have emerged over time. The changing effect of macroeconomic conditions on cancer deaths may partially reflect the increasing protective influence of financial resources, perhaps because these can be used to obtain sophisticated (and expensive) treatments that have become available in recent years. That observed for accidental poisoning probably has occurred because declines in mental health during economic downturns are increasingly associated with the use of prescribed or illicitly obtained medications that carry risks of fatal overdoses.

Seymour, E.-H. (1975). The economics of health care finance and delivery, Berkeley : McCutchan Publishing Corporation

Skolnic, R. (2008). Essentials of global health, Sudbury : Jones and Bartlett Publishers

This book is an introduction to the most critical issues in global health. While the book offers a global perspective, particular attention is given to the health-development link, to developing countries, and to the health needs of poor and disadvantaged people. Organized in four parts the book explores the principles, measurements, and the Health-Development Link (principles of Global Health; Health Determinants, Measurements, and Trends; and Health, Education, Poverty, and the Economy) ; cross-cutting global health themes (human rights, ethics, and global health; An Introduction to health systems; and culture and Health.) ; the burden of disease (environment and health; nutrition and health; women's health; child Health; infectious diseases; non-communicable diseases; and unintentional injuries); working together to Improve global health (conflicts, natural disasters, and other Emergencies; cooperating to improve global health; and, science technology, and the public's health).

Teeling, S. G. (1987). Health economics : Prospects for the future, Londres : Office of Health Economics

Dans cet ouvrage sont présentés l'état actuel de "l'économie de la santé" et ses développements futurs pour les 25 années à venir dans divers pays du monde (pays d'Europe, U.S.A., Japon, Royaume Uni, Nouvelle Zelande). Les autres sujets examinés concernent l'analyse coût-avantage et l'industrie pharmaceutique.

Vandoros, S. et Carman, K. G. (2011). Demand and Pricing of Preventative Healthcare, London : London School of Economics and Political Science  
<http://eprints.lse.ac.uk/37159/1/LSEHWP23.pdf>

This study introduces a theoretical framework for the economics of preventative healthcare. Mathematical models are used to explain how the price and utilization of prevention change depending on demand, as well as factors such as the price of a cure, the probability of illness, the efficacy of treatment, the probability of illness and cost functions. Different models are developed depending on the presence and level of health insurance and competition in preventative healthcare markets. Findings show the effect of various factors on the price of preventative healthcare, reveal the

marginal effects of a change in the parameters on prices and suggest that under certain circumstances prevention is not the optimal choice. This paper sets out a simple model to compare prices of preventative care across various regimes. In an environment of rising health costs, prevention is very important as it decreases the likelihood of need to cure illnesses in the future. However, prevention is not always the best solution, as costs may be too high compared to cure and disutility of illness, taking into account the probability of illness, while depending on the source of demand and the level of insurance cover, quantities of prevention purchased and the number of people covered may differ significantly.

Williams, A. (1997). Being reasonable about the Economics of Health : selected essays by Alan Williams, Cheltenham : Edward Elgar Publishing Limited

Cet ouvrage rassemble, pour la première fois, les principaux travaux d'Alan Williams, éminent économiste de la santé, qui a influencé de façon décisive l'économie de la santé en combinant trois éléments indispensables : approche morale, clarté théorique et prudence empirique. Les articles sont répartis selon quatre thèmes : approches économiques de la santé et de la protection sociale, mesure et évaluation de la santé, choix des priorités et évaluation des technologies médicales, économie, éthique et liberté clinique.

Williams, I., Robinson, S. et Dickinson, H. (2011). Rationing in health care : the theory and practice of priority setting, Bristol : The Policy Press  
<http://www.policypress.co.uk/display.asp?ISB=9781847427748&>

The challenges faced by those rationing scarce health care resources have intensified following the economic downturn. This book tackles this challenge by exploring the latest thinking and practice on priority setting methods. In an accessible style the book brings together theories, practice and evidence from a wide range of disciplines and provides practical, evidence-based prescriptions for decision makers. It will be of interest to all health care managers and students of health care policy and management (4e de couverture).

Witter, S., Ensor, T., Jowett, M., et al. (2000). Health Economics for developing countries : a practical guide, Londres : Macmillan Education Ltd

Cet ouvrage est une introduction à l'économie de la santé pour les pays à faible revenu. Facile à lire par un public non spécialisé, il se présente comme un guide d'aide à la décision pour les pays en voie de développement. Chaque chapitre est construit de la même manière : présentation de la thématique, discussions, résumé et exercices pratiques. Les thématiques sont les suivantes : définition et concepts de l'économie de la santé, financement des soins, allocation des ressources en santé, organisation des soins.

Zhao, J., Scarth, W. et Hurley, J. (2015). Investing in Health: A Macroeconomic Exploration of Short-Run and Long-Run Trade-Offs. Department of Economics Working Paper Series ; n° 2015-15. Hamilton McMaster University: 36, tabl., fig.

This paper aims to unravel the competing effects of the health investment. It explores, both analytically and numerically, the equilibrium shift and transitional dynamics after a one-time policy of health investment. We find that such a policy improves health status in the long run, but harms economic growth in both short and long term. The relative sizes of these competing effects depend on the specific health parameters. Within the plausible range for the value of health relative to consumption, households gain welfare in the long run as long as the effectiveness of labor in health production is large. The expanded health sector policy makes households worse off only if labor is rather unproductive in producing health and households value health relatively little. The findings challenge the policy recommendations of the World Bank (1993) and World Health Organization (2001) in that good health increases neither the productivity of workers nor the economic growth rate. It is hoped that the relative simplicity of our model, compared to the existing theoretical literature, can help close the gap between formal academic work on this topic and actual debates among policy makers in both developed and developing countries.

Zweifel, P., Breyer, F. et Kiemann, M. (2009). Health Economics, Dordrecht : Springer

The most thorough book available on the economics of health and health care delivery, *Health Economics* develops the theory necessary to examine these issues analytically and presents empirical evidence on each issue, summarizing results for easy comprehension. Issues discussed include the "cost explosion" in health care, the role of physicians and the power of medical associations, and the control of technological change in medicine. Because the level of sophistication is rapidly expanding in health economics, this book also provides key analytic tools required to understand research that is currently in progress

## ARTICLES

Barnay, T. et Bejean, S. (2009). "Le marché de la santé : efficacité, équité et gouvernance. Un avant-propos. In : Le marché de la santé : efficacité, équité et gouvernance." Revue Economique 60(2).

<http://www.cairn.info/revue-economique>

Le poids économique du secteur de la santé s'accroît considérablement. En quarante ans, la part du PIB consacrée aux dépenses de santé a presque triplé en France pour atteindre 9 % aujourd'hui, soit une dépense annuelle par habitant de près de 2 500 euros. Ce secteur, fortement créateur d'emplois, représente actuellement 8 % de la population active. Si ce poids économique justifie à lui seul l'intérêt des économistes, ce sont sans doute surtout les spécificités de ce marché et les enjeux de politique publique qui ont motivé l'émergence puis l'essor de l'économie de la santé. Née de l'article fondateur de Arrow en 1963, l'économie de la santé est devenue aujourd'hui une discipline exigeante par la connaissance du système de santé qu'elle nécessite, par la diversité des thématiques étudiées et par la qualité des recherches qui y sont menées. À partir d'une sélection des communications présentées lors du vingtième anniversaire des Journées des économistes de la santé français à Lille en décembre 2007, ce numéro spécial, coordonné par le Collège des économistes de la santé, aborde trois questions centrales pour le marché de la santé : la mesure de son efficacité, les inégalités et la recherche d'équité, et la gouvernance du système de soins

Barnay, T. et Rochaix, L. (2008). Les soins de santé : "un marché pas comme les autres". La protection sociale en France : les notices : mise à jour 2008. Montalembert, M., Paris : La Documentation Française.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9782110070142/index.shtml>

Cette notice propose une analyse économique des soins de santé à partir du modèle canonique d'un marché qui se caractérise par une fonction d'offre et une fonction de demande. L'analyse descriptive montre que le marché des soins de santé, comparé à d'autres, se caractérise par une interdépendance forte de l'offre et de la demande ; en effet, il est marqué par l'existence de fortes asymétries entre producteurs et consommateurs de soins, et d'une incertitude de nature multidimensionnelle. Cette situation de défaillance de marché légitime l'intervention de l'Etat pour le financement des soins de santé, et de manière plus large, pour sa régulation.

Batifoulier, P., Da Silva, N. et Math, A. (2017). "Crise et réformes au prisme de la santé." Revue De L'ires(91-92): 245.

<http://www.ires-fr.org/publications-de-l-ires/itemlist/category/287-n-91-92>

La santé est un besoin fondamental et universel dont la satisfaction conditionne de façon cruciale le bien-être des populations. Elle occupe de ce fait une place centrale dans l'étude des problèmes économiques et sociaux et constitue un étalon majeur d'évaluation des transformations de la société. Les contributions rassemblées dans ce numéro spécial s'inscrivent dans cette démarche en analysant certaines de ces transformations à l'aune de leurs effets sur la santé des populations. Dans un contexte marqué par diverses formes de « privatisation » du secteur de la santé, ces contributions mettent en lumière les conséquences souvent négatives des politiques publiques, à la fois sur l'état de santé des populations mais aussi sur les conditions de travail du personnel soignant.

Batifoulier, P. et Domin, J. P. (2015). "Économie politique de la santé. Un exemple exemplaire : dossier thématique." *Revue De La Regulation*(17): Pagination à déterminer.  
<http://regulation.revues.org/11063>

Du 9 au 12 juin 2015, la Revue de la régulation a été le partenaire privilégié du colloque international Recherche & Régulation « La théorie de la régulation à l'épreuve des crises » qui s'est tenu à Paris, à l'université Paris Diderot et à l'INALCO. Le colloque a réuni plus de 200 participants d'horizons très divers, avec notamment de fortes délégations venues d'Asie et notamment de Chine et du Japon. La revue aura l'occasion de revenir sur les contenus qui ont été présentés durant ce colloque, aux thématiques marquées par la dimension internationale. La Revue de la régulation publie dans le présent numéro un dossier thématique intitulé « Économie politique de la santé. Un exemple exemplaire », coordonné et introduit par Philippe Batifoulier et Jean-Paul Domin. En matière de santé, avec plus de force et d'évidence que dans d'autres domaines, l'économie est irrémédiablement politique. L'économie politique de la santé n'est pas un sous-ensemble de l'économie de la santé, qui serait défini par une méthodologie particulière ou un objet de recherche spécifique. Parce qu'elle valorise la controverse en affirmant qu'il est contreproductif de vouloir opposer le politique et le scientifique, elle vise à nourrir les débats de société que révèlent les questions de santé. Car la santé est un exemple exemplaire du lien irrévocable entre l'économie et la société. Cette exemplarité s'exprime à un double niveau. Au travers du traitement de la santé par la discipline, c'est l'évolution de la science économique que l'on peut résumer. Par les questions de santé, c'est aussi une large part des problèmes économiques et sociaux que l'on peut saisir. Le dossier a suscité de nombreuses contributions articulées autour de trois thèmes : Santé et capitalisme ; La santé et ses industries ; Acteurs et instruments.

Béjean, S. (1999). " De nouvelles théories en économie de la santé : fondements, oppositions et complémentarités. " *Politiques et Management Public* 17(1): 145-175.  
[https://www.persee.fr/doc/pomap\\_0758-1726\\_1999\\_num\\_17\\_1\\_2221](https://www.persee.fr/doc/pomap_0758-1726_1999_num_17_1_2221)

L'application au domaine de la santé de nouveaux courants théoriques, tels que la théorie des contrats, l'économie des conventions, la théorie des coûts de transaction et la théorie évolutionniste, est récente. L'objectif du présent papier est de proposer une grille de lecture de ces différents courants théoriques au regard de leurs fondements épistémologiques. Leurs hypothèses en matière de rationalité (substantielle ou procédurale), de mode de coordination (par des contrats ou des dispositifs collectifs de coordination), de nature de l'incertitude (risquée ou radicale) et de nature de l'économie (d'allocation ou de création de ressources) conduisent à montrer des positions épistémologiques opposées. Néanmoins, les applications de ces différents courants théoriques au champ de la santé montrent des complémentarités pour comprendre le fonctionnement et la régulation du système de santé. En matière de politique économique, des complémentarités entre incitations individuelles et dispositifs collectifs de coordination semblent d'ailleurs nécessaires, mais l'état actuel d'avancement des recherches appliquées au domaine de la santé ne permet pas de garantir l'efficacité de telles préconisations.

Blanchet, D. (1996). "Économie de la Protection sociale : assurance, solidarité, gestion des risques. In : Économie de la Protection sociale : assurance, solidarité, gestion des risques." *Economie Et Statistique*(291-292).

La réflexion sur la protection sociale entretient avec la notion d'assurance des rapports ambigus et parfois même contradictoires. Cet article s'attache donc à définir ce que recouvre le terme assurance qui caractérise soit la fonction générale de couverture de risque, soit le type particulier de couverture qui peut être proposé par des opérateurs privés. Le contexte concurrentiel impose à ces derniers des règles de gestion déneutristée actuarielle, de préfinancement, de contrôle et de sélection des risques. Jusqu'à quel point l'assurance sociale peut s'affranchir de ces règles ? Quatre critères structurent la discussion : le besoin de correction des inégalités, le besoin d'une couverture aussi extensive que possible, la nécessité d'éviter les effets désincitatifs ou de risque moral qui peuvent être induits par tout mécanisme de transfert, et enfin celle de conserver le soutien social qui est nécessaire à la pérennité du système



Clarke, P. et Erreygers, G. (2018). "Contributions to the History of Health Economics." *Oeconomia* 8(3): [html. https://journals.openedition.org/oeconomia/2921](https://journals.openedition.org/oeconomia/2921)

The origins of health economics are usually traced to two seminal contributions. Kenneth Arrow's 1963 paper "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care" (*American Economic Review*) has shaped the way health economists think about the market for health care. Michael Grossman's 1972 paper "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health" (*Journal of Political Economy*), on the other hand, laid the foundations of the influential health capital model. But the history of health economics goes further than that. Economists, social researchers, epidemiologists and many others have analysed topics at the intersection of medicine and economics. How to organise health insurance, for instance, or how to calculate the value of life in the context of cost-benefit analysis. Many of these issues have not received much attention by historians of economic thought. This special issue contains several contributions : Health Economics: Scientific Expertise and Policymaking; Medical Doctor, Economist and Statistician: A Strategic Alliance for Healthcare and Development in the Italian Directorate General for Statistics (1861-1898); Identity and the Value of Health; Moral Hazard in Health Insurance.

Da Silva, N. (2017). "L'impact des conditions macroéconomiques sur l'état de santé." *Revue De L'ires*(91-92): 49-75.

<http://www.ires-fr.org/publications-de-l-ires/itemlist/category/287-n-91-92>

La réponse principale à la violente crise économique commencée en 2007 a été la mise en place et le renforcement de politiques de rigueur dans de nombreux pays. Or, les difficultés économiques marquent les corps et les vies de celles et ceux qui en souffrent. Dans ce contexte, mener une politique d'austérité ou de relance peut avoir des effets différenciés sur la santé de la population. Cet article a pour objectif de proposer un état de l'art sur la relation ambiguë entre conditions macroéconomiques et santé – est-ce la crise économique ou l'austérité qui détériore l'état de santé ? Si les travaux des économistes ont tendance à montrer que la crise économique est bonne pour la santé, une littérature plus récente issue de l'épidémiologie démontre qu'en cas de fluctuation économique la réponse politique est déterminante : quand la relance peut sauver des vies, l'austérité tue (résumé de l'éditeur).

Durand, P., Bejean, S. et Gadreau, M. (1996). "Les normes dans la politique de maîtrise des dépenses de santé en France : contrats ou conventions ?" *Journal D'Economie Medicale* 14(7-8): 483-500.

Falise, M. (1981). "Introduction à l'économie de la santé." *Revue Medicale De L'assurance Maladie*(1): 7-13.

Ferrandon, B. et Geoffard, P. Y. (2005). "Economie de la santé : comment analyser le fonctionnement des systèmes de santé ? In : La microéconomie en pratique." *Cahiers Français*(327).

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/3303330403273/index.shtml>

L'étude des systèmes de santé se prête particulièrement bien à l'application des principes de la microéconomie moderne. En effet, les comportements face à la santé, et partant, l'évolution des dépenses, peuvent être approchées par la prise en compte des imperfections de l'information entre le patient, le médecin et l'organisme qui finance la dépense. Cet article offre un panorama des déterminants de l'offre et de la demande de soins à cette aune

Fleurbaey, M., Luchini, S., Schokkaert, E., et al. (2013). "Evaluation des politiques de santé : pour une prise en compte équitable des intérêts des populations. In : Systèmes de santé." *Economie Et Statistique*(455-456).

[http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=0&id=3962](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=3962)

Cet article propose une amélioration de l'analyse coût-bénéfice qui permet d'éviter de donner la priorité aux préférences des plus riches. Un fondement théorique est donné à la définition de pondérations à appliquer aux consentements à payer des individus, pondérations qui reposent sur une mesure du bien-être individuel et tiennent compte de la santé des personnes et de leurs préférences sur les arbitrages santé-revenu. Estimés pour différents niveaux d'aversion aux inégalités sur un échantillon représentatif des français, les coefficients de pondérations calculés par les auteurs

peuvent être utilisés dans des analyses coûts-bénéfices de futures politiques de santé (résumé d'auteur).

Flori, Y. A., Geoffard, P. Y., Mormiche, P., et al. (1995). "Economie de la santé : les soins médicaux, bien privé ou bien public ? Coût d'une maladie, peut-on l'évaluer ? et al." Problemes Economiques(2442): 01-32.

Franç, C. (2021). "Introduction à l'économie de la santé." Economie & Statistique(524-525): 5-9.

Au cours de la dernière décennie, la revue Économie et Statistique avait consacré deux numéros spéciaux aux questions liées au secteur de la santé. Après ces numéros spéciaux parus en 2013 et en 2016, la présente édition rassemble dans un dossier thématique une sélection d'articles issus des 41es Journées des économistes de la santé français (JESF) qui se sont tenues à l'université de Poitiers en décembre 2019.

Frew, E. et Breheny, K. (2019). "Health economics methods for public health resource allocation: a qualitative interview study of decision makers from an English local authority." Health Economics, Policy and Law **15**(1): 128-140.

<https://doi.org/10.1017/S174413311800052X>

Local authorities in England have responsibility for public health, however, in recent years, budgets have been drastically reduced placing decision makers under unprecedented financial pressure. Although health economics can offer support for decision making, there is limited evidence of it being used in practice. The aim of this study was to undertake in-depth qualitative research within one local authority to better understand the context for public health decision making; what, and how economics evidence is being used; and invite suggestions for how methods could be improved to better support local public health decision making. The study included both observational methods and in-depth interviews. Key meetings were observed and semi-structured interviews conducted with participants who had a decision-making role to explore views on economics, to understand the barriers to using evidence and to invite suggestions for improvements to methods. Despite all informants valuing the use of health economics, many barriers were cited: including a perception of a narrow focus on the health sector; lack of consideration of population impact; and problems with translating long timescales to short term impact. Methodological suggestions included the broadening of frameworks; increased use of natural experiments; and capturing wider non-health outcomes that resonate with the priorities of multiple stakeholders.

Gadreau, M., Fleurbaey, M. et Al., L. S. (2009). "Enjeux éthiques en économie de la santé." Revue de Philosophie Economique **10**(1).

<http://www.cairn.info/revue-de-philosophie-economique-2009-1.htm>

Les conflits entre l'économique et l'éthique se sont radicalisés dans le champ de la santé depuis le début des années 1970 au fur et à mesure que les questionnements se multipliaient : dans quelle mesure peut-on utiliser le modèle de l'homo economicus. La mise en oeuvre de critères de justice sociale condamne-t-elle les impératifs de coût et de gestion ? Et si oui, comment ? Réciproquement, les contraintes économiques qui affectent le fonctionnement des systèmes de santé doivent-elles empêcher la mise en oeuvre de critères de justice ? Ou, dit autrement, l'efficacité de l'allocation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé doivent-elles définir une éthique ? Telle est la problématique abordée dans ce fascicule.

Gadreau, M. et Schneider-Bunner, C. (1997). "L'équité dans le modèle de "concurrence organisée" pour la régulation d'un système de santé." Economie Et Prevision(129-130): 221-237.

Geoffard, P. Y. (2009). "Concurrence en santé : marché des soins, marché de l'assurance." Regards Croisés Sur L'economie(5): 128-137.

<http://www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie-2009-1-page-128.htm>

À quoi peut servir la concurrence dans le domaine de la santé ? Dans bien des cas, la concurrence permet d'améliorer l'efficacité productive et allocative de l'économie, nous explique l'auteur dans cet

article. En matière de santé en revanche, rien n'est aussi simple : sur le marché des soins, la concurrence n'a guère d'utilité, et sur le marché de l'assurance, elle pourrait permettre d'améliorer l'efficacité des systèmes de soins à condition d'être drastiquement encadrée. L'exemple américain témoigne éloquentement des limites des systèmes d'assurances concurrentiels mal régulés.

Hensher, M., Tisdell, J., Canny, B., et al. (2019). "Health care and the future of economic growth: exploring alternative perspectives." *Health Economics, Policy and Law*: 1-21.

<https://doi.org/10.1017/S1744133119000276>

The strong and positive relationship between gross domestic product (GDP) and health expenditure is one of the most extensively explored topics in health economics. Since the global financial crisis, a variety of theories attempting to explain the slow recovery of the global economy have predicted that future economic growth will be slower than in the past. Others have increasingly questioned whether GDP growth is desirable or sustainable in the long term as evidence grows of humanity's impact on the natural environment. This paper reviews recent data on trends in global GDP growth and health expenditure. It examines a range of theories and scenarios concerning future global GDP growth prospects. It then considers the potential implications for health care systems and health financing policy of these different scenarios. In all cases, a core question concerns whether growth in GDP and/or growth in health expenditure in fact increases human health and well-being. Health care systems in low growth or 'post-growth' futures will need to be much more tightly focused on reducing overtreatment and low value care, reducing environmental impact, and on improving technical and allocative efficiency. This will require much more concerted policy and regulatory action to reduce industry rent-seeking behaviours.

Jacobzone, S. d. (1997). "Économie de la Santé. Trajectoires du futur." *Insee Methodes*(64-65): 372 , tabl., graph.

Cet ouvrage présente des contributions issues de 11 pays différents qui ont été présentées lors d'un séminaire organisé par l'INSEE en collaboration avec le Collège des Economistes de la Santé, le CREDES, Le CRESGE, le GS Santé, l'unité INSERM 357-CNRS UMR 932, le LEGOS et la MIRE, avec le soutien du Commissariat Général du Plan, du CNRS dans son programme "Santé Société". Ce projet a aussi bénéficié de soutiens issus du secteur privé (AXA, Caisse Nationale de Prévoyance, Glaxo, Groupe de recherches Servier, Rhône Poulenc Rorer). Les thèmes abordés couvrent les divers domaines d'interrogation actuels de l'économie de la santé, avec des outils et problématiques variés. Ceci concerne aussi bien les liens entre macroéconomie et santé, la microéconomie de la demande d'assurance maladie et de la demande de santé, les inégalités, l'organisation et la réforme des systèmes de santé, que le marché pharmaceutique, l'activité ambulatoire ou hospitalière. Les auteurs des études présentées dans cet ouvrage appartiennent à divers centres de recherche académique et d'études économiques français et étrangers ainsi qu'à l'INSEE, il s'agit là de travaux de recherche qui n'engagent que les auteurs (Résumé d'auteur).

Jacobzone, S. (1996). "Les politiques de santé face aux propriétés incitatives et redistributives des systèmes d'assurance-maladie." *Economie Et Statistique*(291-292): 49-70, 41 graph., 42 tabl., 41 ann.

Les systèmes de santé visent à la couverture d'un risque, le risque maladie. Ceci leur confère une indiscutable dimension assurantielle, et justifie qu'on examine leur fonctionnement d'un point de vue d'économie de l'assurance. Les apports d'un tel examen se situent à trois niveaux. Le premier consiste en un cadre d'analyse globale permettant de comprendre les raisons et les modalités de l'intervention publique. Différents arguments d'efficacité et d'équité peuvent être utilisés pour justifier l'intervention mais aussi pour comprendre son caractère partiel. Le deuxième est relatif à l'influence de l'assurance sur les comportements et inclut une expertise empirique. Cela concerne notamment les effets de surconsommation dus à la présence de la couverture, pour examiner dans quelle mesure il faut envisager une régulation partielle par des tickets modérateurs. Le cas spécifique de la couverture complémentaire ou supplémentaire est aussi étudié, en examinant notamment les interactions avec le système de base. Le troisième se situe à la frontière des rôles assurantiel et redistributif du système, pour tenter d'isoler le deuxième aspect et de l'évaluer séparément.

Jagrič, T., Brown, C., Boyce, T., et al. (2020). "The impact of the health-care sector on national economies in selected European countries." *Health Policy*(Ahead of pub).  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.10.009>

Policy-makers face pressures to improve lives and safeguard public finances sustainably. In this analysis, we estimate the economic importance of the health-care sector in 19 European national economies. We use input–output tables for the year 2010 and sectoral data to estimate a set of multipliers: simple, total, truncated, type I and type II multipliers for output, income, value-added, employment and import multiplier. The analysis reveals similarities in the economic importance of the health-care sector for the national economies of the observed countries. Results suggest prevailing positive effects on national economies (value-added, employment and household income) when spending on health-care sector products and services increases, especially in comparison to the effects of increases in spending in other sectors. The importance of the health-care sector is connected to countries' levels of development; the benefits are especially promising in countries with lower levels of gross domestic product (GDP) per capita, where changes in the health-care sector have a larger impact on employment in the national economy than similar changes in more developed countries. The health-care sector therefore can play an important role as an instrument of economic policy.

Jusot, F., Carré, B. et Wittwer, J. (2019). "Réduire les barrières financières à l'accès aux soins." *Revue française d'économie* **XXXIV**(1): 133-181.  
<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-economie-2019-1-page-133.htm>

En France, le principe d'équité horizontale dans l'accès aux soins est au cœur du pacte de 1945, selon la maxime « De chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins ». Pour autant, le système d'assurance maladie laisse depuis sa création une part du coût des soins à la charge des patients, afin notamment de les responsabiliser. Toutefois, ces instruments constituent des barrières financières à l'accès aux soins, qui sont autant de sources d'inégalités sociales de recours aux soins. Afin d'améliorer l'équité dans l'accès financier aux soins, diverses politiques ont été mises en œuvre au cours des dernières décennies. Cet article propose d'en tirer les leçons et de dresser le bilan des connaissances sur les inégalités de recours aux soins en France. L'essentiel des dispositifs ont consisté à introduire la gratuité de certains soins ou à réduire le coût de la complémentaire santé pour les ménages les plus modestes. Les évaluations disponibles démontrent l'efficacité de la gratuité, que celle-ci s'applique aux soins ou à l'assurance, même si elle peut conduire à une moindre qualité perçue ou à des discriminations lorsqu'elle est assortie de tarifs plafonnés. La littérature converge également sur l'inefficacité des subventions à l'assurance. Les réformes les plus récentes, non encore évaluées, visent quant à elles à modérer les prix des soins mal couverts par l'assurance maladie. En dépit de ces dispositifs, il subsiste des inégalités de recours aux soins, à besoins de soins donnés, particulièrement importantes pour les soins de spécialistes, les soins dentaires et d'optique et les soins préventifs. La réduction des barrières financières est donc une condition nécessaire mais non suffisante pour atteindre l'équité en santé.

Klein, R., Lindgren, B., Sandier, S., et al. (1991). "Quantifier la qualité, mesurer les soins ? Défis et dilemmes de l'économie de santé." *Projections : La Santé Au Futur*(4): 9-148 , tabl., graph.

Ce numéro est composé en grande partie de textes présentés lors d'un colloque à Londres : "Measuring the benefits of medicines, the future Agenda" (1990). Les textes ont été enrichis pour leur version française et complétés par des contributions originales d'auteurs n'ayant pas pris part au colloque. 4 thèmes sont abordés : Pourquoi l'Economie de la Santé ?, les méthodes d'analyse économique, les médicaments et la qualité de vie.

Kouakou, C. R. C. et Poder, T. G. (2022). "Willingness to pay for a quality-adjusted life year: a systematic review with meta-regression." *The European Journal of Health Economics* **23**(2): 277-299.  
<https://doi.org/10.1007/s10198-021-01364-3>  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-021-01364-3>

The use of a threshold for cost-utility studies is of major importance to health authorities for making the best allocation decisions for limited resources. Regarding the increasing number of studies worldwide that seek to establish a value for a quality-adjusted life year (QALY), it is necessary to review these studies

to provide a global insight into the literature. A systematic review on willingness to pay (WTP) studies focusing on QALY was conducted in eight databases up to June 26, 2020. From a total of 9991 entries, 39 studies were selected, and 511 observations were extracted for the meta-analysis using the ordinary least squares method. The results showed a predicted mean empirical value of \$52,619.39 (95% CI 49,952.59; 55,286.19) per QALY in US dollars for 2018. A 1% increase in income led to an increase of 0.6% in the WTP value, while a 1-year increase in respondent age led to a decrease of 3.3% in the WTP value. Sex, education level and employment status had significant effects on WTP. Compared to face-to-face interviews, surveys conducted by the internet or telephone were more likely to have a significantly higher value of WTP per QALY, while out-of-pocket payment tended to lower the value. The prediction made for the province of Quebec, Canada, provided a QALY value of approximately USD \$98,450 (CAD \$127,985), which is about 2.3 times its gross domestic product (GDP) per capita in 2018. This study is consistent with the extant literature and will be useful for countries that do not yet have a preference-based survey for the value of a QALY.

Le Pen, C. (1988). "Demande de soins, demande de santé." Revue D'economie Politique **98**(4): 458-470.

Le modèle de "demande de santé" présenté en 1972 par M. Grossman a fait école au point que la "demand for health" est devenue au sein de l'économie de la santé, un véritable jeu littéraire avec ses spécialistes, ses problématiques... Par rapport à l'approche traditionnelle, l'apport incontestable de Grossman est d'avoir endogénéisé la variable d'état de santé. Les modèles antérieurs n'envisageaient en effet que la demande de soins, c'est-à-dire la demande de biens et services médicaux, et ils l'analysaient sur le même mode que la demande des autres biens et services : elle était censée ne dépendre que des prix, revenus et des préférences (déterminants biologiques, âge, sexe, état de santé et déterminants sociologiques). Le modèle de Grossman intègre la prédiction de l'état de santé. Son objectif est d'expliquer l'état de santé d'un individu à partir d'un calcul économique rationnel.

Le Pen, C. (2008). "La rentabilité collective des soins de santé." Seve : Les Tribunes De La Sante(21).

Les soins médicaux sont-ils rentables, doivent-ils l'être ? Au-delà de la santé "privée", ont-ils un effet sur la santé publique ? On prétend parfois que l'amélioration des conditions de vie contribue davantage à l'élévation de l'espérance de vie que la médecine. Cela est exact pour le XIXème siècle mais plus aujourd'hui. Les gains pourraient de plus s'épuiser dans le futur si la médecine arrive, comme elle en a l'ambition, à amener la population aux limites de la longévité biologique ( résumé de l'auteur)

Le Pen, C., Batifoulier, P., Fermon, B., et al. (1993). "Quelques réflexions en économie de la santé." Revue Française Des Affaires Sociales **47**(2): 1-122, tabl.

Dossier consacré à l'économie de la santé. Les thèmes abordés sont les suivants : le financement du système de soins, un système d'offre de soins ambulatoires, un exemple de régulation de cette offre, l'évaluation des politiques publiques, des approches théoriques.

Moine-Dupuis, I. (2019). "Les biens de santé sont-ils privés ou communs ?" Études Avril(4): 57-66.  
<https://www.cairn.info/revue-etudes-2019-4-page-57.htm>

La question de la santé ne cesse de nous rappeler notre commune condition ; dès lors, les biens censés la protéger ne devraient-ils pas être à tous ? Permettre l'accès à des thérapies abordables est un moyen d'ajuster les règles qui en font trop souvent, aujourd'hui, l'apanage des plus favorisés. L'institution d'une sécurité sociale et de politiques corrigeant les excès de la propriété intellectuelle contribuent encore insuffisamment à nous rapprocher d'un statut de biens communs pour au moins les médicaments essentiels.

Levy, E., Benhamou, F., Bungener, M., et al. (1988). "Bilan et essais : la demande en économie de la santé." Revue D'economie Politique(4): 445-507.

Math, A. (2017). "L'impact des conditions macroéconomiques sur l'état de santé." Revue De L'ires(91-92): 49-75, tab.

<http://www.irdes.fr/index.php/publications-de-l-irdes/itemlist/category/287-n-91-92>

La réponse principale à la violente crise économique commencée en 2007 a été la mise en place et le renforcement de politiques de rigueur dans de nombreux pays. Or, les difficultés économiques marquent les corps et les vies de celles et ceux qui en souffrent. Dans ce contexte, mener une politique d'austérité ou de relance peut avoir des effets différenciés sur la santé de la population. Cet article a pour objectif de proposer un état de l'art sur la relation ambiguë entre conditions macroéconomiques et santé – est-ce la crise économique ou l'austérité qui détériore l'état de santé ? Si les travaux des économistes ont tendance à montrer que la crise économique est bonne pour la santé, une littérature plus récente issue de l'épidémiologie démontre qu'en cas de fluctuation économique la réponse politique est déterminante : quand la relance peut sauver des vies, l'austérité tue.

Maunoury, F. (2016). "Aide à la décision des modèles médico-économiques." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **34**(2-3): 177-186, tabl., graph.

[BDSP. Notice produite par ORSRA qC88IR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La Haute Autorité de santé (HAS) a proposé lors d'une consultation publique récente un nouveau format de rapport technique concernant les études d'évaluation médico-économique des produits et technologies de santé destinées à la Commission d'Evaluation Economique et de Santé Publique de la HAS. Dans ce nouveau format, la HAS suggère d'apporter une attention particulière à l'analyse de l'incertitude des résultats de l'analyse de référence de la modélisation médico-économique et à la présentation, la discussion et l'interprétation des résultats. De nouvelles méthodes et métriques d'aide à la décision des modèles médico-économiques ont été proposées par la HAS, notamment la simulation numérique du bénéfice collectif monétaire net (BMN) et la production de la frontière d'acceptabilité multi-options de maximisation de ce bénéfice monétaire net. L'objectif de cet article méthodologique est de présenter ces nouvelles métriques de présentation de l'incertitude des résultats obtenus à partir des modèles médico-économiques, en rappelant dans un premier temps le rationnel du recours aux distributions de probabilité permettant de quantifier l'incertitude paramétrique du modèle d'efficience. Dans un second temps, le calcul statistique et la programmation informatique du bénéfice monétaire net sont explicités et, in fine, la méthode de création et d'interprétation de la frontière multi-options de maximisation du bénéfice monétaire net est présentée.

Morgenstein, M. A. (2016). "Redefining Health Economics: How it Can Contribute to Better Healthcare Systems?" Researchjournal's Journal of Economics **4**(1): 12.

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2728687&download=yes](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2728687&download=yes)

Health Economics involves quantitative and qualitative methods and assimilates concepts and analytical structures deriving from different disciplines suggesting neural network synaptic connections, algorithms and learning rules. A transdisciplinary analytical perspective and a multidisciplinary execution should converge on transparency, systematizing use of evidence supporting the decision process. Activity in (HTA) and (HEOR) increased attention on theoretical instruments designed for academic debates, instead of evidence from molecular biology, applied research medicine and robust statistical instruments. The work proposes a constructive synthetic review of differences of Classical and Bayesian statistics applied to Clinical trials. Statistical methods are better than human intuitive rules of thumb; however misuse of statistics produces errors in design and interpretation of trials, health policies and medical practice. Some literature recommends paths for improvement however it remarks that better powered evidence will require a change in scientific mentality that might be difficult to achieve.

OHE (2004). "Progrès de l'évaluation économique en santé : un aperçu sur la base HEED  
Developments in economic evaluation in Health Care : a review of heed." Ohe Briefing(40).

Ce fascicule fait une évaluation comparée de deux bases de données anglo-saxonnes spécialisées en économie de la santé, et plus particulièrement en évaluation économique : la base HEED de l'OHE et la base NHS EED (Economic Evaluation Database) du Centre for Reviews and Dissemination de l'Université de York.

Rochaix, L. (1996). "L'analyse du marché des soins médicaux : quelle place pour l'économie de la santé ?" Revue D'Epidemiologie et de Sante Publique **44**(6).

A l'instar des travaux précurseurs développés dans les pays anglo-saxons au début des années 70, les économistes français tentent d'appliquer au marché de l'assurance et des soins médicaux les outils d'analyse dont ils disposent. Ce faisant, ont été mises à jour certaines particularités de ce champ d'application qui requièrent un traitement adéquat. Cette communication présentée lors du 20ème anniversaire de la Revue d'épidémiologie et de santé publique s'interroge sur les apports et les limites de la discipline économique à la santé et au marché des soins.

Rodriguez Santana, I., Mason, A., Gutacker, N., et al. (2021). "Need, demand, supply in health care: working definitions, and their implications for defining access." Health Economics, Policy and Law: 1-13.  
<https://doi.org/10.1017/S1744133121000293>

Effective policymaking in health care systems begins with a clear typology of the terminology – need, demand, supply and access to care – and their interrelationships. However, the terms are contested and their meaning is rarely stated explicitly. This paper offers working definitions of need, demand and supply. We draw on the international literature and use a Venn diagram to explain the terms. We then define access to care, reviewing alternative and competing definitions from the literature. We conclude by discussing potential applications of our conceptual framework to help to understand the interrelationships and trade-offs between need, demand, supply and access in health care.

Sailly, J. C. (1994). "La recherche en économie de la santé : réflexions sur un état des lieux." Journal D'Economie Medicale **12**(2-3): 137-157.

Le présent document actualise un précédent rapport élaboré par l'auteur en 1984 et qui avait pour ambition d'analyser l'état, les progrès et les orientations de la recherche en matière d'économie de la Santé en France. L'exposé s'ordonne en deux points : après une remise en perspective, il tente un jugement global sur la situation de l'économie de la santé. Puis il reproduit en bibliographie les principales références des ouvrages publiées par les économistes français de la santé depuis les années 1980.

Serna, N. (2021). "Cost sharing and the demand for health services in a regulated market." Health Economics **30**(6): 1259-1275.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4244>

Abstract This paper measures consumer responsiveness to cost sharing in healthcare using a regression discontinuity design. I use a novel and detailed claims-level dataset from the Colombian healthcare market, where the government exogenously determines a tier system for coinsurance rates and copays based on the enrollee's monthly income. I find that patients exposed to higher coinsurance rates demand fewer services relative to patients facing lower cost sharing. This reduction holds for both discretionary and preventive services. Lower utilization translates into lower costs, despite evidence that patients facing higher prices do not substitute away from more expensive providers.

Sever, I., Verbič, M. et Klaric Sever, E. (2020). "Estimating Attribute-Specific Willingness-to-Pay Values from a Health Care Contingent Valuation Study: A Best–Worst Choice Approach." Applied Health Economics and Health Policy **18**(1): 97-107.  
<https://doi.org/10.1007/s40258-019-00522-2>

Willingness-to-pay (WTP) studies frequently use a contingent valuation (CV) method to determine the economic value of a good or service. However, a typical CV study is able to estimate the WTP for a good as a whole, but provides no information about the marginal WTP for different attributes of a good.

Silva, M. L., Spath, H. M., Perrier, L., et al. (2013). "The use of economic evaluations in health decision-making at the macro level : a literature review." Journal de Gestion et D'Economie Medicales // **31**(1).

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0x181kl. Diffusion soumise à autorisation]. Objectifs : Le nombre d'évaluations médico-économiques (EE) augmente, mais leur rôle dans la prise de décision reste incertain. Cette revue de la littérature a pour objectifs de décrire les méthodes d'enquêtes permettant d'étudier l'utilisation des EE au niveau macro, et d'analyser leur impact dans la prise de décision dans les pays développés et en développement. Méthodes : Cinq bases de données ont été interrogées en utilisant des mots-clés relatifs à l'économie, aux méthodes de recherche, à la prise de décisions et aux résultats. Les titres et résumés ont été examinés en fonction de quatre critères de sélection. Vingt-neuf articles ont été inclus et analysés selon une grille de lecture concernant le contexte, les méthodes et les résultats. Résultats : La plupart des articles présentaient des études menées dans un seul pays (n=24), notamment dans des pays développés (n=20). La population cible étudiée comprenait principalement les autorités de santé. Les méthodes suivantes ont été utilisées : questionnaires (n=12), approches qualitatives (n=6), analyses documentaires (n=4). La triangulation des méthodes a été utilisée dans 6 études. Malgré l'augmentation de l'utilisation des EE depuis la fin des années 1990, il existe des différences entre les pays. Les EE sont principalement encouragées par des incitations gouvernementales. Les obstacles empêchant leur utilisation sont similaires entre les pays développés et en développement et sont souvent liés à l'accessibilité et l'acceptabilité des EE. Conclusions : L'utilisation des évaluations économiques dans la prise de décision peut être améliorée en réduisant les obstacles simples, comme l'amélioration de la qualité des études par l'élaboration de recommandations

Tabuteau, D. (2010). "Les vingt ans du Collège des Economistes de la santé." Seve : Les Tribunes De La Santé(Hors-série).  
<http://www.pressesdesciencespo.fr/fr/livre/?GCOI=27246100252320>

Ce numéro spécial reprend les interventions du colloque organisé à l'occasion des vingt ans du Collège des économistes de la santé. Quatre sessions ont été organisées en forme de bilan prospectif. Les deux premières étaient intitulées : "Vingt ans de croissance des dépenses" et "Vingt ans de réformes de santé". La troisième portait sur les tendances internationales, notamment la globalisation et la montée de l'évaluation économique. La quatrième, sous forme de table ronde, portait sur l'avenir du système de santé.

Wagstaff, A. (2019). "Measuring catastrophic medical expenditures: Reflections on three issues." Health Econ.

In the "basic" approach, medical expenses are catastrophic if they exceed a prespecified percentage of consumption or income; the approach tells us if expenses cause a large percentage reduction in living standards. The ability-to-pay (ATP) approach defines expenses as catastrophic if they exceed a prespecified percentage of consumption less expenses on nonmedical necessities or an allowance for them. The paper argues that the ATP approach does not tell us whether expenses are large enough to undermine a household's ability to purchase nonmedical necessities. The paper compares the income-based and consumption-based variants of the basic approach, and shows that if the individual is a borrower after a health shock, the income-based ratio will exceed the consumption-based ratio, and both will exceed the more theoretically correct Flores et al. ratio; whereas if the individual continues to be a saver after a health shock, the ordering is reversed and the income-based ratio may not overestimate Flores et al.'s ratio. Last, the paper proposes a lifetime money metric utility (LMMU) approach defining medical expenses as catastrophic in terms of their lifetime consequences. Under certain assumptions, the LMMU and Flores et al. approaches are identical, and neither requires data on how households finance their medical expenses.

Zhang, K., Kumar, G. et Skedgel, C. (2021). "Towards a New Understanding of Unmet Medical Need." Applied Health Economics and Health Policy 19(6): 785-788.  
<https://doi.org/10.1007/s40258-021-00655-3>

'Unmet medical need' (UMN) is a central concept in the incentivisation and development of new health technologies, and the identification of a particular medical need as 'unmet' is intended to encourage innovation in that area [1]. A meaningful distinction is essential for informed decision making and priority setting by a range of stakeholders including public research funders (e.g. Horizon Europe), health regulators (e.g. the European Medicines Agency), national and multi-national health



technology assessment (HTA) agencies (e.g. EUnetHTA), patients and patient advocates, and the pharmaceutical industry.

Zweifel, P. (2012). "The Grossman model after 40 years." *European Journal of Health Economics (the)* **13**(6): 677-682, tabl., graph.

This editorial presents a critical review of the health model pioneered by Michael Grossman (MGM) in 1972 [8]. It argues that whereas the MGM has great charm for economists, it fails to achieve acceptance by interested laypersons and policy makers. The main reasons for this failure are: (1) the assumption of a long and fixed planning horizon, (2) a fixed ratio between individuals healthcare expenditure and the cost of their own health-enhancing efforts regardless of their state of health, and (3) their presumed ability to restore the state of health deemed optimal at a speed that does not depend on their state of health. An alternative formulation emphasizing the stochastic nature of health production is sketched that conceptually provides solutions to these three problems. In addition, it permits discarding a popular medical argument that seems to undermine the very basis of welfare analysis applied to health by claiming preferences to be unstable: "As long as you are healthy, you don't give a damn, but as soon as you are sick, you are prepared to sacrifice everything to restore your health." The editorial concludes by outlining a research program that may help health economists break away from their MGM fixation.

Zweifel, P. et Domenighetti, G. (1995). "L'économie de la santé." *Journal D'Economie Medicale* **13**(7-8): 383-393.

[BDSP. Notice produite par ORS-RA 2me8PROx. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article général sur l'économie de la santé est extrait du livre "Précis de Santé Publique" (F. Gutzwiller, O. Jeanneret. Hans Huber Verlag, 1996), dont il constitue un chapitre.

## Historique

### FOCUS : BREF APERÇU SUR L'HISTOIRE DE L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ EN FRANCE

En France comme dans la plupart des autres pays occidentaux, l'émergence de l'économie de la santé ne devient socialement significative qu'à partir des années 1950. Ses progrès accompagnent le développement de l'État providence et de la protection sociale contre la maladie. On distingue deux étapes dans cette évolution :

- **De 1950 à 1980** : cette période se caractérise par un développement de l'économie de la santé au sein de l'administration dans le cadre de l'essor de la comptabilité nationale et de la planification. La Division d'études médicales est alors créée au sein du Credoc. Elle est constituée de statisticiens et de médecins, dont le docteur Georges Rösch. Les chercheurs de la DEM amorcent la réflexion sur des sujets variés comme la consommation de soins ou les coûts de la santé et ses méthodes de mesure et développent ainsi pour l'administration une information statistique sur la santé offrant une synthèse globale du secteur à savoir les comptes de la santé. Henri Guitton, professeur d'économie à l'université de Paris I crée néanmoins dès 1970 une filière de doctorat « Économie de la santé ».

- **À partir des années 80-90** : la période est marquée par une autonomisation progressive de l'économie de la santé vis-à-vis de l'État avec l'assentiment de ce dernier. L'économie de la santé n'est plus alors une simple expertise, elle cherche à développer une véritable sous-discipline académique. De nombreuses filières de formation ou « Chaires » en économie de la santé voient le jour. Du côté institutionnel, le Credes<sup>8</sup> – héritier de la DEM du Credoc, est créé en 1985 sous l'égide de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), puis en 1988, l'Agence pour le développement de l'évaluation médicale (Andem)<sup>9</sup> et en 1989, le Collège des économistes de la santé. L'économie de la santé recueille alors le

<sup>8</sup> De par le caractère hybride de ses travaux, la Division d'économie médicale du Credoc n'a pas réussi à se rattacher aux organismes académiques (Inserm, CNRS...) mais elle est préservée grâce à l'intervention de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et devient le Credes en 1985. Pour conserver son patronyme, le Credes devient Irdes en 2004, puis change de statut juridique (GIP) en 2015.

<sup>9</sup> L'Agence pour le développement de l'évaluation médicale (Andem) devient l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) en 1997, puis Haute Autorité de santé (HAS) en 2004.

double héritage étatique et académique : l'héritage de la DEM à travers Andrée et Arié Mizrahi, Simone Sandier, Thérèse Lecomte et l'héritage académique d'Henri Guittou à travers Émile Lévy, Michèle Fardeau, et plus indirectement Béatrice Majnoni, Robert Launois et Jean-Claude Saily. Cette période se caractérise aussi par des usages « externes » de l'économie de la santé : différents Think tanks situés à la périphérie de l'État mobilisent des raisonnements économiques dans des perspectives contestatrices, à gauche comme à droite de l'échiquier politique<sup>10</sup>. Par ailleurs, le raisonnement des économistes de la santé hérité de l'histoire avec les modèles de santé dits « bismarquiens » et « beveridgiens » évolue sous l'influence des schémas d'analyse anglo-saxons (Royaume-Uni, États-Unis et Canada<sup>11</sup>). Les économistes de la santé oeuvrent pour faire de cette discipline une économie à la fois scientifique et appliquée, qui nourrit le débat public et l'aide à la décision. La maîtrise des dépenses de santé est alors devenue un des principaux objectifs poursuivis par les autorités publiques et le débat sur la santé tend à être réduit aux enjeux économiques de la branche assurance maladie de la Sécurité sociale. L'expertise économique supplante donc les expertises juridiques et médicales qui guidaient jusqu'alors les acteurs politiques. Les économistes de la santé - qui s'intéressent à la régulation du système de santé - rencontrent de ce fait un écho croissant. Ils conjuguent leur expertise avec d'autres disciplines : médecine, épidémiologie, géographie, sociologie, démographie...

Pour en savoir plus :

- Pequignot, H. et S. Disc., S. (1988). "Naissance de l'économie médicale en France : aux origines du Credes. In : Santé de l'économie, économie de la santé." Prospective et Santé(47-48)
- Serre, M. (2002). "De l'économie médicale à l'économie de la santé." Actes de recherche en sciences sociales: 68-79
- Benemouzig, D. (2006). "L'institutionnalisation de l'économie de la santé en France (1950-1990)." Journal D'Economie Medicale **24**(1).
- Le Pen, C. et Barnay, N. (2010). "Les vingt ans du Collège des Economistes de la santé." Seve : Les Tribunes De La Sante(Hors-série).

## OUVRAGES

Avray, J. P., Duru, G., Lamure, M., et al. (1990). Les fondements historiques de l'évaluation en économie de la santé, Lyon : Editions Lacassagne

Cet ouvrage propose une grille générale pour la mise en place d'études d'évaluation économique dans le domaine de la santé. Il insiste tout particulièrement sur le champ des hypothèses nécessaires pour utiliser des méthodes aussi classiques que les analyses coût-bénéfice, coût-efficacité, coût-utilité. Il propose également une approche, un ensemble de méthodes multicritères. Enfin, le problème important de la construction d'indicateurs tels ceux de la qualité de vie fait l'objet d'une réflexion approfondie.

Barral, P. E. (1978). Economie de la santé : faits et chiffres, Paris : Dunod

Economie de la santé, politique de la santé ou économie politique de la santé ? Dans ce domaine où économistes et politiques sont partagés, Etienne Barral apporte l'ouvrage de référence qui manquait : une analyse de tous les secteurs de la santé : épidémiologie et morbidité, médecine, médicament, hospitalisation, assurance-maladie, analyse faite sous tous les angles, économique et social, démographique, juridique et institutionnel, politique et philosophique, et elle est faite pour tous les grands systèmes de santé : ceux des pays industriels libéraux, ceux des démocraties populaires, de la république populaire de Chine, ceux des pays en développement. Cet ouvrage est une véritable "somme", qu'il faudra tenir à jour et qui permettra aux non-économistes - médecins, sociologues, industriels, fonctionnaires et parlementaires - de réfléchir et de prendre des décisions en connaissance de cause.

Beresniak, A. et Duru, G. (1992). Economie de la santé, Paris : Masson

Cet abrégé présente une synthèse des différents concepts de l'économie de la santé. Il traite d'abord les systèmes de santé dans la Communauté européenne puis la planification de la santé, l'étude de l'offre et de la demande de santé, les dépenses de santé, le contrôle des coûts - ses difficultés et ses solutions -, les méthodes et les outils de l'évaluation économiques et l'importance de l'environnement idéologique.

<sup>10</sup> Thin Tanks : Fondation Saint-Simon, Institut La Boétie

<sup>11</sup> Voir notamment les études du canadien Robert Evans qui propose une nouvelle manière de comparer les systèmes de santé : « Faith hope and Charity : health care in the utility function. Second congrès international d'économie de la santé. Leiden. 1980 ».

Bonamour, P. et Guyot, F. (1978). Economie médicale, Paris : Edition Médicales et Universitaires

Bungener, M., Dumenil, G., Fagnani, F., et al. (1975). Economie du système de santé, Paris : Dunod-Bordas

Culyer, A. J., Wiseman, J. et Walker, A. (1977). An annotated bibliography of health economics : english language sources, Londres : Martin Roberston & Company Ltd

Bibliographie annotée de la littérature rédigée en langue anglaise sur l'économie de la santé. Les références sont structurées selon sept thématiques : travaux généraux, demande / besoin de santé, fourniture des services de santé, évaluation de la contribution des services de santé, financement et organisation des services de santé, planification de l'ensemble des systèmes, études de consommation.

Grossman, M. (1972). The demand for health : a theoretical and empirical investigation. Cambridge : NBER  
<https://ideas.repec.org/b/nbr/nberbk/gros72-1.html>

Labourdette, A. (1988). Economie de la santé, Paris : Presses universitaires de France

"A côté des facteurs économiques auxquels on songe toujours, (cet ouvrage fait apparaître,... dans l'analyse de la demande de soins, le rôle des variables démographiques et culturelles. Le livre insiste aussi sur la manière dont se forment les coûts, une place particulière étant accordée aux comportements des acteurs et aux difficultés du contrôle. L'étude examine également la tarification dans les secteurs privés et publics et la question du financement, la préférence étant donnée à une fiscalisation partielle des dépenses. Dénonçant enfin le caractère inadapté de certains projets de réforme, elle met l'accent sur l'intérêt de l'application des méthodes économiques, application à laquelle pendant trop longtemps la santé a échappé" (Résumé d'Auteur).

Launois, R. et Omnes, L. (1982). Cours d'économie de la santé. CES Santé Publique. 3 tomes, Rennes : Université Sciences Economiques

Mcguire, A., Henderson, J. et Mooney, G. (1988). The Economics of health care : an introductory text, Londres : Routledge and Kegan Paul

This book gives an understanding of the economic theory underlying health economics, supplemented with practical case study material to show how the theory has been applied

Mizrahi, A. (1978). Micro-économie de la consommation médicale. Paris Université de Paris 1, Université de Paris 01. Paris. FRA. **Thèse : Doctorat d'Etat es-Sciences économiques.**: 196 , tab.

Mizrahi, A., Mizrahi, A. et Sandier, S. (1982). Socio-économie de la santé : présentation graphique, Paris : Pergamon Press

En 1956, Henri Péquignot et Gérard Rottier provoquaient, dans le cadre du Credoc la création de la division d'économie médicale sous l'égide de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. L'objectif était de développer les recherches et les études sur la consommation médicale en tous ces aspects. Cet ouvrage rassemble les travaux accomplis depuis vingt-six ans et constitue une base de données appréciable au moment où les problèmes d'économie médicale sont au premier plan de l'actualité et où les gouvernements cherchent dans tous les pays à assurer une meilleure maîtrise des dépenses de santé.

Roche, L. (1972). Initiation à la sociologie et à l'économie médicale, Lyon : Université Claude Bernard

Roche, L., Sabatini, J. et Serange-Fonterme, R. (1982). L'économie de la santé, Paris : Presses universitaires de France

Roche, L., Sabatini, J. et Serange-Fonterme, R. (1982). Leçons d'économie médicale, Paris : Masson

Rosch, G. et Pequignot, H. p. (1973). Éléments de : économie médicale : un système de services collectifs, Paris : Flammarion

Ce livre est le premier manuel d'économie médicale. La réalisation de cet ouvrage a été commandée en janvier 1970 par le ministre chargé de la santé et le ministre chargé de l'éducation nationale afin de développer l'enseignement destiné aux futurs médecins sur les problèmes économiques et sociaux liés à l'exercice de la profession médicale. Il est l'oeuvre collective d'une équipe rassemblée au sein de la Division d'économie médicale du Credoc entre les années 1956 et 1985. Il rassemble tous les chiffres existant en France sur les problèmes économiques de la médecine.

Sandier, S. (1986). Le développement de l'économie de la santé en Europe : problèmes et perspectives, Paris : Credes

Lorsque l'on s'interroge sur les caractéristiques du développement de l'économie de la santé en Europe dans les années à venir, les hypothèses que l'on peut formuler découlent d'une part de l'évolution qu'a connue cette discipline dans les années passées, et d'autre part des perspectives générales des systèmes de santé aux plans technique, social et économique. Ces hypothèses concernent, le développement en termes quantitatifs - combien de chercheurs, quels montants de financement, combien d'études - et en termes qualitatifs : dans quel pays, quelles institutions, quels thèmes, quelle diffusion... Cette note illustrera ces points grâce à quelques exemples.

Stephan, J.-C. (1978). Economie et pouvoir médical, Paris : Economica

Tanti-Hardouin, N. (2011). Aux origines de l'économie de la santé. Paris : Ellipses

Cet essai s'articule autour de trois principaux chapitres. Le premier chapitre présente dans ses grandes lignes les fondements de l'économie médicale qui sert de philosophie sociale à la régulation du système de santé américain, des années 20 aux années 60. C'est un domaine qui a été peu étudié par les économistes de la santé ; il a donc semblé intéressant de poser les termes des problématiques qui alimentent le débat politique de l'entre-deux guerres sur l'assurance maladie et le fonctionnement du système de soins. Par comparaison, ce détour intellectuel, sur cette période plutôt délaissée, doit permettre de mieux comprendre les nouveautés qu'impose Arrow à l'analyse du marché des soins. Le second chapitre se focalise exclusivement sur la présentation de l'article de 1963 paru dans l'*American Economic Review*. Il s'agit essentiellement de mettre en évidence les influences théoriques et intellectuelles que subit l'auteur dans sa façon d'aborder le monde médical et son fonctionnement, mais surtout l'ensemble des hypothèses qu'il est le premier à émettre sur les mécanismes spécifiques qui caractérisent le marché médical. Le troisième chapitre s'intéresse aux répercussions immédiates et plus lointaines de l'analyse d'Arrow, et plus particulièrement sur la façon dont on en débat encore aujourd'hui en économie de la santé. L'accent est mis sur toute l'actualité de ce texte fondateur.

Triomphe, A. (1975). Economie médicale, Paris : Editions Haires de France

Truchet, D. (1981). Etudes de droit et d'économie de la santé, Paris : Economica

Van Doorslaer, E. K. A. et (1987). Health, knowledge and the demand for medical care, Assen : Van Gorcum

Ce livre essaie de découvrir si une meilleure information et une meilleure éducation des individus modifieraient leur comportement à la fois comme consommateurs de soins ou comme non-consommateurs prenant des décisions qui sont susceptible d'affecter directement ou indirectement leur état de santé. Des modèles économiques de demande de santé et de soins médicaux sont soumis à quelques nouveaux tests empiriques utilisant des méthodes économétriques avancées.

## ARTICLES

Arrow, K. J. (1963). "Uncertainty and the welfare economics of medical care." American Economic Review **53**(5): 941-973.

This paper is an exploratory and tentative study of the specific differentia of medical care as object of normative economics. It is contended here, on the basis of comparison of obvious characteristics of the medical-care industry with the norms of welfare economics, and the special economic problems of medical care can be explained as adaptations to the existence of uncertainty in the incidence of disease and the efficacy of treatment.

Arrow, K. J. (2001). "Uncertainty and the welfare economics of medical care. 1963." J Health Polit Policy Law **26**(5): 851-883.

Benemouzig, D. (2006). "L'institutionnalisation de l'économie de la santé en France (1950-1990)." Journal D'Economie Medicale **24**(1).

En quelques décennies à peine, les relations entre l'économie et la santé ont été bouleversées. Il est aujourd'hui difficile d'aborder des questions relatives à la santé sans prendre en compte de manière plus ou moins directe ou indirecte des éléments de nature économique. Pour comprendre cette évolution, les auteurs privilégient une lecture historique, située entre la sociologie de la connaissance et la sociologie publique. L'économie de la santé, née dans le giron de l'administration, s'autonomise peu à peu, jusqu'à se retourner contre l'administration. Trois périodes sont décrites : les décennies 1960,1970,1980.

Grossman, M. (1972). "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health." Journal of Political Economy **80**(2): 223-255.

<https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/259880>

The aim of this study is to construct a model of the demand for the commodity "good health." The central proposition of the model is that health can be viewed as a durable capital stock that produces an output of healthy time. It is assumed that individuals inherit an initial stock of health that depreciates with age and can be increased by investment. In this framework, the "shadow price" of health depends on many other variables besides the price of medical care. It is shown that the shadow price rises with age if the rate of depreciation on the stock of health rises over the life cycle and falls with education if more educated people are more efficient producers of health. Of particular importance is the conclusion that, under certain conditions, an increase in the shadow price may simultaneously reduce the quantity of health demanded and increase the quantity of medical care demanded.

Le Pen, C. et Barnay, N. (2010). "Les vingt ans du Collège des Economistes de la santé." Seve : Les Tribunes De La Sante(Hors-série).

<http://www.pressesdesciencespo.fr/fr/livre/?GCOI=27246100252320>

Ce numéro spécial reprend les interventions du colloque organisé à l'occasion des vingt ans du Collège des économistes de la santé. Quatre sessions ont été organisées en forme de bilan prospectif. Les deux premières étaient intitulées : "Vingt ans de croissance des dépenses" et "Vingt ans de réformes de santé". La troisième portait sur les tendances internationales, notamment la globalisation et la montée de l'évaluation économique. La quatrième, sous forme de table ronde, portait sur l'avenir du système de santé.

Polton, D. (2003). Cinquante ans d'économie de la santé en France : quel héritage ? Du Credoc au Credes. In : Journées du Créés; 13 juin 2003. Paris : Association Créés, 2004.

Pequignot, H. et S.Disc., S. (1988). "Naissance de l'économie médicale en France : aux origines du Credes. In : Santé de l'économie, économie de la santé." Prospective et Sante(47-48).

Savedoff, W. (2004). "Keneth Arrow and the birth of health economics." Bulletin of the World Health Organization **82**(2).

Serre, M. (2002). "De l'économie médicale à l'économie de la santé." Actes de recherche en sciences sociales: 68-79, tabl.

Les politiques de santé, particulièrement sur leur versant protection maladie, ont connu depuis deux décennies de profondes transformations que cet article se propose d'analyser à travers les relations entre action publique et production scientifique. Nous chercherons à expliciter les liens qu'entretiennent les politiques de protection maladie avec l'économie de la santé, à partir de l'analyse de l'évolution du recrutement des économistes de la santé et de la manière dont ceux-ci prennent position, tant au sein du champ scientifique qu'à l'extérieur de celui-ci. Nous retracerons ainsi le passage d'une « économie médicale » dominée par les médecins, à une économie de la santé qui se définit comme une branche à part entière de la science économique. Ce faisant, nous montrerons l'existence d'un double paradoxe : d'une part la coexistence entre autonomisation d'une discipline scientifique et insertion des économistes dans des réseaux politico-administratifs, et d'autre part, la conjugaison de l'internationalisation de la discipline autour d'un modèle néoclassique d'inspiration nord-américaine avec le maintien de spécificités propres aux économistes français.

Wagstaff, A. (1993). "The demand for health: an empirical reformulation of the grossman model."

## Lexiques

### FOCUS : TERMINOLOGIE

À l'étranger comme en France, le terme utilisé à l'origine pour qualifier l'économie de la santé était : *économie médicale* (*medical economics* ou *economics of medical care*). Le premier manuel français d'économie de la santé<sup>12</sup> commandé à la DEM du Credoc par le ministère de la santé s'intitulait : « Éléments de l'économie médicale ». Comme cela est mentionné dans l'avant-propos, « cet ouvrage devait proposer des solutions concrètes pour développer l'enseignement donné aux futurs médecins sur les problèmes économiques et sociaux liés à l'exercice de la profession médicale ». L'économie médicale était alors considérée comme une branche de la médecine et était principalement investie par des statisticiens et des médecins issus de la médecine sociale, de la médecine interne puis de la santé publique qui naît à la même période. Le manuel de G. Rösch en donne la définition suivante : « *l'économie médicale a pour objet l'étude des activités de production, d'échange et de consommations de services et de biens destinés au diagnostic et au traitement, préventif et curatif, des affections atteignant les individus (maladies, accidents, infirmités) et passant par le canal d'un ensemble de professionnels qualifiés et d'entreprises spécialisées* ». Aux États-Unis, les articles d'Arrow et de Grossman dessinent le paysage de l'économie de la santé de la façon suivante : d'un côté, la santé est productive de richesses humaines et matérielles qui conditionnent le progrès économique et social, comme d'ailleurs son alter-ego l'éducation ; de l'autre, les spécificités des soins médicaux impliquent des arrangements institutionnels particuliers hors marché pour en assurer une production, une consommation et un financement efficient et équitable<sup>13</sup>.

Au cours des années quatre-vingt, les termes d'« *économie médicale* » et d'« *économie de la santé* » sont employés de façon concomitante dans la littérature scientifique. Il faut attendre les années quatre-vingt-dix pour que le terme anglo-saxon d'« *health economics* (économie de la santé) » prenne le pas sur celui d'« *économie médicale* (*medical economics*) », puis le supplante définitivement au fur et à mesure que l'économie de la santé s'affirme comme une discipline à part entière de la science économique.

Auray, J. P., Beresniak, A., Claverranne, J. P., et al. (1996). Dictionnaire commenté d'économie de la Santé, Paris : Masson

<sup>12</sup> Rösch, G. et Pequignot, H. (Préf.) (1973). Éléments de : économie médicale : un système de services collectifs, Paris : Flammarion.

<sup>13</sup> Le Pen, C. et Barnay, N. (2010). "Les vingt ans du Collège des Economistes de la santé." Seve : Les Tribunes De La Santé(Hors-série).

Cet ouvrage présente de manière alphabétique des concepts en matière de gestion et d'économie appliqués au domaine de la santé. Il comprend un choix de 444 entrées ou lexèmes guidés par la trame d'un répertoire terminologique et pondéré par l'usage.

Culyer, A. J. (2005). The dictionary of health economics, Cheltenham : Edward Elgar Publishing

Résultat d'une somme d'informations, ce dictionnaire est un ouvrage de référence en économie de la santé et domaines corollaires : démographie, sociologie médicale, pharmacoéconomie, statistique médicale, politique de santé, santé publique.

Durand Zaleski, I, Durieux, P., Lissovoy, G. et al. (1996). "Lexique en Economie de la Santé." Journal D'Economie Medicale **14**(2).

[BDSP. Notice produite par ORS-RA nR0x2uH0. Diffusion soumise à autorisation]. Ce premier lexique français/anglais en économie de la santé est le fruit d'une collaboration universitaire engagée en 1993. Il a pour objectif d'aider la publication de travaux de recherche dans le domaine de l'économie de la santé. Il s'agit également de permettre de mieux connaître les spécificités de l'économie de la santé en France ainsi que ses apports dans le contexte international et dans la gestion du système de santé français.

Earl-Slater, A. (1999). Dictionary of health economics, Abingdon : Radcliffe Medical Press

This dictionary of health economics covers all the terms used in health economics, seeking to remove ambiguity, standardise and clarify. It can be used as a companion to "Dictionary of Evidence-Based Medicine" from Alain Li Wan Po.

Echaudemaison, C. D. (1993). Dictionnaire d'économie et de sciences sociales, Paris : Nathan

Grawitz, M. (1994). Lexique des sciences sociales, Paris : Dalloz

Lecourt, D. (2004). Dictionnaire de la pensée médicale, Paris : Presses Universitaires de France

Retraçant la très riche histoire des concepts, des pratiques et des institutions de la médecine, ce dictionnaire vise à réinsérer la pensée médicale dans la culture générale. Près de deux cent auteurs français et étrangers, médecins, biologistes, chirurgiens, pédiatres?se sont réunis dans un même effort de réflexion. Ce dictionnaire couvre l'ensemble du champ de la médecine, d'où des index de plus de 1200 noms et de quelques 2000 notions. Les entrées portent aussi bien sur le raisonnement médical que sur l'allaitement et le statut de l'embryon. Les médecines non-occidentales ne sont pas oubliées. Les enjeux économiques et sociopolitiques de la médecine font l'objet d'analyses approfondies : assurance maladie, bioterrorisme, brevets sur le vivant, clonage, euthanasie, lutte contre le cancer, urgences, vieillissement... Cette somme a bénéficié de l'appui d'un comité de parrainage international et du soutien de la Fondation Louis-Jeantet de médecine (Genève).

Marcinko, D. E. et Hetico, H. R. (2007). Dictionary of health economics and finance, New York : Springer Verlag

Medical economics and finance is an integral component of the health care industrial complex. Its language is a diverse and broad-based concept covering many other industries: accounting, insurance, mathematics and statistics, public health, provider recruitment and retention, Medicare, health policy, forecasting, aging and long-term care, are all commingled arenas....The Dictionary of Health Economics and Finance will be an essential tool for doctors, nurses and clinicians, benefits managers, executives and health care administrators, as well as graduate students and patients With more than 5,000 definitions, 3,000 abbreviations and acronyms, and a 2,000 item oeuvre of resources, readings, and nomenclature derivatives it covers the financial and economics language of every health care industry sector.

Marek, A. et Safon, M. O. (2020). Glossaire français-anglais des termes en économie de la santé., Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/005-glossaire-franco-anglais-des-termes-en-economie-de-la-sante.pdf>

Cette nouvelle édition en ligne du Glossaire franco-anglais des termes, concepts et sigles en économie de la santé, a été revue et augmentée par les équipes des Publications et Documentation de l'Irdes. Outre l'abondement des termes à partir de revues anglo-saxonnes spécialisées, cette édition s'appuie sur les traductions des synthèses de l'Irdes Questions d'économie de la santé et des mots-clés du thesaurus MeSH (Medline). Elle s'enrichit également d'un volet thématique qui classe les termes traduits selon les disciplines convoquées (économie, sociologie, géographie...). La traduction en anglais des institutions françaises est désormais intégrée dans la partie : Sigles - Institutions. Le glossaire est mis à jour régulièrement.

Picheral, H. (1996). "Mots et concepts de la géographie de la santé." Cahiers Geos/(2).

Piriou, J. P. et Clerc, D. (2011). Lexique de sciences économiques et sociales, Paris : La Découverte

La précision, l'ampleur, la clarté et la rigueur scientifique des quelques 1 700 entrées de ce lexique en font un instrument de travail aujourd'hui sans équivalent. Ce dictionnaire en petit format de poche regroupe de façon précise les termes sur lesquels l'économiste, apprenti ou chevronné, a besoin de précision. Les termes sociologiques ne sont pas sacrifiés.

Portonnier, J. C., Revauger, J. P. et Spicker, P. (1998). Glossaire bilingue de la protection sociale : français-anglais, anglais-français, Paris : Mire

Cet ouvrage n'est pas un dictionnaire, mais un glossaire bilingue. Son objectif est de permettre à tous, anglophones et francophones, de mieux comprendre la dynamique des politiques sociales de part et d'autre de la Manche et de situer les rôles de leurs acteurs institutionnels et sociaux. Le premier volume est consacré à la protection sociale française. Le second concerne la protection sociale anglaise.

Sournia, J. C. (1991). Dictionnaire français de santé publique, Paris : Editions de Santé

Ce dictionnaire sur la Santé Publique, "discipline qui se consacre à la protection de la santé d'une collectivité et des personnes qui la composent", a été réalisé sous la direction du Pr. Sournia, par sept praticiens de la santé publique de compétence diversifiée : un directeur d'hôpital, un pharmacien, un ingénieur sanitaire, une sociologue. Le champ d'étude est réparti en vingt-deux domaines de ADH (organisation administrative, politique sanitaire et ASS (Assurance protection sociale) à TRA (Travail) et VIE (vieillesse). Les entrées sont ordonnées selon l'ordre alphabétique, tout un jeu d'astérisques renvoie à d'autres entrées appartenant à un domaine voisin ou susceptibles de fournir des informations complémentaires.

## Bases de données

### Cochrane Library

Evidence based healthcare database

La Cochrane Library est une banque de données accessible sur internet.

Elle a été initiée en 1995 en Grande-Bretagne et s'appelait alors la Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR).

Elle a été renommée Cochrane Library et est constituée de plusieurs bases.

Pubmed donne accès aux versions courtes des Cochrane Database Systematic Reviews (champ Journal ou TA, taper Cochrane database Sys Rev [ta]).

- Cette base met à la disposition des revues systématiques de la littérature, réactualisées régulièrement. Ces revues sont réalisées par la Cochrane collaboration, réseau international de correspondants chargés



d'analyser systématiquement les essais contrôlés randomisés de diverses spécialités médicales. Elle contient de nombreuses revues de la littérature sur les domaines aussi divers que la grossesse, la stérilité, la schizophrénie ou les atteintes cérébrales.

On accède aux résumés des synthèses des groupes de travail de la Cochrane avec les objectifs, la stratégie de recherche, l'analyse de données et les conclusions des reviewers.

### 3 bases différentes :

- Le Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) recense des essais contrôlés, identifiés par les membres du groupe et dont beaucoup ne sont pas indexés dans Medline.
- La Cochrane Database of Systematic Review (CDSR) contient 4200 revues de la littérature.
- Les Cochrane Clinical Answers fournissent des réponses à des questions cliniques PICO (Patient, Intervention, Comparaison, Résultat) basées sur les recherches rigoureuses des revues Cochrane. Ces réponses sont fondées sur des données probantes et sont conçues pour éclairer la prise de décision. Cette base a été créée en 2018 suite à un partenariat entre la Cochrane Library et Wiley.

➤ *Information sur la Cochrane sur internet :*

<http://www.cochrane.org/>

➤ *Interrogation de la base*

<https://www.cochranelibrary.com/advanced-search?q=&t=1>

### Centre Cochrane français

Le Centre Cochrane français est l'un des 14 Centres Cochrane dans le monde, responsable de coordonner les activités de la collaboration Cochrane en France et dans les régions francophones. Une de ses missions est de développer et de coordonner la formation des auteurs et des utilisateurs des revues Cochrane en France et dans les régions francophones

### Bases d'évaluation de l'University of York

Ce site met à disposition trois bases de données d'évidence based medicine :

- Database of Abstracts of Review of Effectiveness (DARE) : fondée en 1994 par le Centre for Reviews and Dissemination.
- NHS Economic Evaluation Database (NHS EED) : fondée par les Departments of Health of England and Wales.
- Health Technology Assessment (HTA) Database : fondée par le Centre for Reviews and Dissemination. et l'Inhata.

Ces bases permettent d'accéder à des résumés d'aide à la décision médicale, à des analyses critiques de synthèses publiées dans la littérature médicale sur les thérapeutiques, les médicaments et les technologies médicales. Les caractéristiques des études sont fournies ainsi que les banques de données utilisées (Embase, Medline), le nombre d'études sélectionnées, les résultats de la synthèse, la conclusion des auteurs, les commentaires des reviewers.

### NEP (New Economics Papers)

Ce site recense les nouvelles publications introduites dans la base de données Repec. On peut recevoir des alertes par e-mail et les archives, classées par thèmes sont disponibles sur les sites d'Ideas et d'Econ papers.

### RePec (Research Papers in Economics)

Repec est un réseau impliquant une centaine de collaborateurs bénévoles (76 pays et 35 états fédéraux américains) dont le but est de mettre en valeur la littérature grise en économie.

L'outil principal de ce réseau est une base de données décentralisée contenant des documents de travail, des articles de périodiques et des composantes de logiciels.

Cette base de données contient à ce jour plus des centaines de milliers de références accessibles pour la plupart en ligne.

La base est interrogeable sur plusieurs sites : Ideas : <http://ideas.repec.org/> et EconPapers : <http://econpapers.repec.org/>

## Pour en savoir plus

### EN FRANCE

CES (Collège des Economistes de la Santé)

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

Drees

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>

Irdes

<http://www.irdes.fr/>

Chaire santé Paris Dauphine (Legos)

<https://legos.dauphine.fr/fr/chaire-sante.html>

Chaire santé Essec

<https://chaire-innovation-sante.essec.edu/>

Chaire santé SciencesPo

<http://www.sciencespo.fr/chaire-sante/>

Chaire Hospinomics

<https://www.hospinomics.eu/>

Leda – Legos – Université Paris Dauphine

<https://www.legos.dauphine.fr/>

Liares – Paris Descartes

<http://liraes.recherche.parisdescartes.fr/presentation/>

URC-ECO – Assistance publique – Hôpitaux de Paris

<https://recherche-innovation.aphp.fr/urc-eco/>

Ehesp – Management des organisations de santé

<https://www.ehesp.fr/formation/formations-diplomantes/master-analyse-et-management-des-organisations-de-sante/>

Cepe (Ensaie-Ensa)

[https://www.lecepe.fr/formations/economie/economie-appliquee/les-fondamentaux-de-l-economie-de-la-sante\\_309.html](https://www.lecepe.fr/formations/economie/economie-appliquee/les-fondamentaux-de-l-economie-de-la-sante_309.html)

### À L'ÉTRANGER

Academy of Health

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

[www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html](http://www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html)

[www.irdes.fr/documentation/syntheses/economie-de-la-sante.pdf](http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/economie-de-la-sante.pdf)

[www.irdes.fr/documentation/syntheses/economie-de-la-sante.epub](http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/economie-de-la-sante.epub)

<http://academyhealth.org/>

Center for Health Economics and Policy Analysis (Chepa)  
<http://www.chepa.org/>

Institut of Health Economics (IHE)  
<https://www.ihe.ca/>

International Health Economic Association (IHEA)  
<https://www.healtheconomics.org/>

National Library of Medicine (NLM), National Health Center on Health Services Research and Health Technology (NICHSR) :

<https://www.nlm.nih.gov/hsrph.html>  
<http://www.nlm.nih.gov/nichsr/edu/healthecon/>

(Modules de formation : Concepts, ressources, bibliographie)

- Health outcomes core library recommendations :  
<http://www.nlm.nih.gov/nichsr/corelib/houtcomes.html>
- Health economics core recommendations : <http://www.nlm.nih.gov/nichsr/corelib/hecon-2011.html>

National Bureau of Economic Research (NBER)  
<https://www.nber.org/>

Office of Health Economics (OHE)  
<https://www.ohe.org/>

Rand corporation  
<https://www.rand.org/>

University of York  
<http://www.york.ac.uk/library/subjectresources/>

## LES REVUES SPÉCIALISÉES

Applied health economics and policy  
<https://link.springer.com/journal/40258>

European journal of health economics  
<https://www.springer.com/medicine/health+informatics/journal/10198>

Health economics  
[Health Economics](http://www.springer.com/medicine/health+informatics/journal/10198)

International Journal of Health Economics and Management  
<https://www.springer.com/public+health/journal/10754>

Journal de gestion et d'économie médicales  
<https://eska-publishing.com/fr/home/759-journal-de-gestion-et-d-economie-medicales.html>

Devient en 2019 : Journal de gestion et d'économie de la santé

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante.htm>

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante.htm> Deux séries : Gestion et Économie.

Journal of health economics  
[Journal of Health Economics](http://www.springer.com/medicine/health+informatics/journal/10198)

## Pour consulter les documents de cette bibliographie

Certaines publications sont disponibles gratuitement en ligne (voir url à la fin de la notice).

Les publications payantes peuvent être consultées, sur rendez-vous, au [centre de documentation de l'Irdes](#) ou bien commandées auprès des éditeurs concernés. Des copies d'articles peuvent aussi être obtenues auprès des bibliothèques universitaires ([Sudoc](#)) ou la [British Library](#).