**LES EVENEMENTS DE L’ANNEE EN MEDECINE**

**GESTION ET ECONOMIE MEDICALES 2015**

**23 janvier 2015 - Paris**

Sous la Présidence

du Professeur Catherine QUANTIN

|  |  |
| --- | --- |
| **COMITE D’ORGANISATION** | |
| **Philippe BATIFOULIER**  **Jean-Pierre DAURES**  **Jean Paul DOMIN**  **Maryse GADREAU**  **Robert LAUNOIS** | **Etienne MINVIELLE**  **Magali PIRSON**  **Catherine QUANTIN** |

**Les propositions de communication devront être envoyées par voie électronique à l’adresse de correspondance de la thématique**

THEMATIQUE 1**: Les ordres de priorités en santé.**

**Comité scientifique**  : Philippe ABECASSIS, Philippe BATIFOULIER, Pierre-Henri BRECHAT, Jean-Paul DOMIN, Maryse GADREAU, Christian LEONARD.

**Adresse de correspondance** : [philippe.batifoulier@u-paris10.fr](mailto:philippe.batifoulier@u-paris10.fr)

Le durcissement des contraintes budgétaires a fait des ordres de priorités en matière de financement des soins une préoccupation essentielle des politiques économiques de santé. Certains soins et pas d’autres, certains patients, certaines actions ou stratégies améliorant la santé de la population font ou doivent faire l’objet d’un traitement prioritaire justifiant une prise en charge financière consistante. Il convient alors de justifier ces priorités et d’identifier les critères qui doivent présider à leur établissement. Cette problématique des ordres de priorités s’est installée dans le débat public (scientifique et politique) au travers de la définition du « périmètre des soins remboursables » ou du « panier de soins » devant être pris en charge par les budgets publics. Le contexte de désengagement de l’assurance publique obligatoire et de report sur l’assurance privée alimente ce débat en opérant une hiérarchie entre les soins courants ou le « petit risque » dont le financement est laissé largement à l’assurance privée et les soins hospitaliers et/ ou relatifs aux maladies longues et coûteuses dont la couverture reste prioritaire pour les budgets publics en Europe. Cette répartition implicite pose de nombreux problèmes qui conduisent à remettre à plat le panier de soins et à plaider par exemple pour renoncer à la logique actuelle de périmètre très étendu mais avec des déremboursements nombreux pour préférer une prise en charge limitée à un panier de soins restreint mais couvert à un niveau proche des 100 %. De manière très schématique, le choix serait ainsi entre prendre en charge tout mais un peu ou prendre en charge un peu mais largement.

Le calcul économique et les techniques de rationalisation des choix budgétaires visent à mettre en rapport un critère de résultat ou gain en santé d’une stratégie de santé avec le coût d’une telle stratégie. Cette méthode d’ingénierie de l’information est particulièrement précieuse parce qu’elle est transparente et universelle, ce qui permet de résister aux lobbies cherchant à imposer leur propre définition de l’utilité d’un médicament par exemple. Cependant, qui calcule trop finit par déraisonner. Dans un domaine comme la santé où les considérations morales sont primordiales, ramener le choix en santé à la mise en rapport d’un critère de coût et de résultat soulève de nombreuses interrogations. Les considérations de coût et d’efficacité peuvent apparaitre secondaires quand la vie d’un individu identifiable est en danger. Les règles de secours ne s’imposent-elles pas dans ce cas ?

Si l’expertise économique est utile, elle ne peut occulter l’exigence éthique dans la définition des priorités de santé. Les apports des théories de la justice sociale et de la philosophie politique et morale sont alors essentiels pour conduire une réflexion sur l’identification des critères à mettre en avant. S’appuyer sur ces ressources normatives peut conduire à changer radicalement de regard sur les priorités de santé. Une stratégie de santé doit son caractère prioritaire à son insensibilité à la contrainte budgétaire. C’est parce qu’ils sont prioritaires que les besoins de soins doivent être affranchis des variations des budgets publics parce qu’ils relèvent de ressources auxquelles chaque être humain doit pouvoir accéder pour vivre dignement dans une communauté politique.

On peut ainsi concevoir de façon totalement différente les ordres de priorité en santé selon l’objectif qu’ils servent : la réduction de la prise en charge publique, son efficacité, son équité ou la réalisation d’un monde commun ; selon les appuis théoriques qu’ils mobilisent : le calcul économique ou la philosophie morale ou une combinaison des deux, selon encore la place laissée aux citoyens dans la définition des priorités :prégnance de l’expertise technique ou valorisation du débat citoyen, recours aux sondages relevant de l’éthique empirique, apport des associations d’usager dans le cadre de la démocratie sanitaire, etc.

On attend des communications qui peuvent éclairer ces questions en France comme ailleurs. Ces communications peuvent relever de disciplines différentes : économie, droit, philosophie, gestion, sociologie, etc. et mobiliser des méthodes d’investigation variées : approches compréhensives et théoriques, analyses quantitatives et qualitatives, expériences de terrain. Les travaux pluridisciplinaires seront particulièrement appréciés.

THEMATIQUE 2 : **Données médico-administratives et pilotage territorial**.

**Comité scientifique** : Etienne MINVIELLE, Catherine QUANTIN

**Adresse de correspondance :** [catherine.quantin@chu-dijon.fr](mailto:catherine.quantin@chu-dijon.fr)

Aujourd’hui disponibles et exhaustives, les données médico-administratives (PMSI, SNIIRAM…), sont de plus en plus utilisées en santé publique, dans un contexte d’ouverture et de partage des données encouragé par le ministère. Cette dynamique concerne une pluralité d’acteurs, issus de différents champs de la recherche (économistes, gestionnaires, spécialistes de santé publique, géographes de la santé…) et intéressés par le développement de nouveaux outils d’analyse du maillage territorial de l’offre de soins. Le partage de ces données doit permettre mieux appréhender les besoins de santé et leur satisfaction, mais ne doit pas faire oublier, au-delà de l’aspect budgétaire des bases de données, le nécessaire principe d’égalité face à l’accès aux soins, ainsi qu’une construction cohérente des parcours de soins. A cet égard, on peut s’interroger sur les déterminants du « coût » de la santé, et son association avec les « tarifs » opérationnels. La question des bénéfices individuels et sociétaux d’un bon maillage sanitaire devrait également être plus souvent évoquée.

THEMATIQUE 3 : **Evaluation de la médecine personnalisée.**

**Comité scientifique** : Philippe AEGERTER, Isabelle DURAND-ZALESKI.

**Adresse de correspondance :** [isabelle.durand-zaleski@hmn.aphp.fr](mailto:isabelle.durand-zaleski@hmn.aphp.fr) - [Philippe.aegerter@apr.aphp.fr](mailto:Philippe.aegerter@apr.aphp.fr)

*La médecine personnalisée, qui tient compte du profil génétique ou protéique d’un individu,*  est un domaine de recherche en expansion. Evaluer ses impacts, directs et indirects, peut s’avérer plus compliqué que pour d’autres technologies médicales*, car les méthodes classiques reposent sur l'analyse de groupes de patients* . Les analyses menées jusqu’ici font face à des limites méthodologiques importantes : la diversité des intérêts et des points de vue fait que les méthodes et les outils changent selon que l’on considère le patient, les professionnels, les payeurs ou l’industrie pharmaceutique (1-3) *or la personnalisation du soin ne devrait-elle pas conduire à la personnalisation de l'évaluation du résultat (médecine P4) ?*. Analyser l’impact d’un test génomique suppose d’évaluer son utilité clinique, c’est-à-dire ses conséquences sur la santé *de groupes de* patients. L’utilité clinique d’un test compagnon inclut aussi sa capacité à influencer la décision du traitement prescrit et tient compte des ressources disponibles et des préférences du patient (4). Son évaluation nécessite la prise en compte de tout un processus: la réalisation du test, l’interprétation des résultats, la  décision du traitement, la prescription et la prise des médicaments. Les évaluations économiques en dehors du cancer sont rares, et n’incluent pas les conséquences des faux positifs ou négatifs. L’analyse devient encore plus complexe lorsque plusieurs tests sont combinés, *notamment selon une séquence dynamique* (3). *L'évaluation de la médecine personnalisée aurait-elle ainsi pour corollaire la mise sous surveillance de l'ensemble des populations d'intérêt afin de répondre à l'explosion combinatoire par l'augmentation des effectifs (big data) ?*

On attend des communications qu’elles  permettent de réfléchir aux rôles et intérêts des différents acteurs et qu’elles  proposent des méthodes et des outils utilisables dans le cadre d’essais de stratégies faisant appel à la médecine personnalisée.

(1) Vegter S, Boersma C, Rozenbaum M, Wilffert B, Navis G, Postma MJ. *Pharmacoeconomic evaluations of pharmacogenetic and genomic screening programmes: a systematic review on content and adherence to guidelines*. Pharmacoeconomics. 2008;26(7):569-87.

(2) Lumbreras B, Parker LA, Porta M, Pollán M, Ioannidis JP, Hernández-Aguado I. *Overinterpretation of clinical applicability in molecular diagnostic research*. Clin Chem. 2009 Apr;55(4):786-94.

(3) Annemans L, Redekop K, Payne K. *Current methodological issues in the economic assessment of personalized medicine*. Value Health. 2013 Sep-Oct;16(6 Suppl):S20-6.

(4) Deverka PA. *Pharmacogenomics, evidence, and the role of payers*. Public Health Genomics. 2009;12(3):149-57.

**AUTEURS**

Pour chacun des auteurs : prénom suivi du nom, affiliation. Le nombre total des auteurs ne doit pas dépasser **six personnes**.

Exemple : Etienne MINVIELLE1, Catherine GRENIER-SENNELIER2

*1 Centre de Recherche en Economie et Gestion Appliquée à la Santé (CREGAS-Inserm U537/CNRS ESA8052), 80 rue du Général Leclerc, 94276 Le Kremlin Bicêtre Cedex, France*

2 *Interne de Santé Publique (CREGAS-UHP)*

**Coordonnées complètes de l’auteur correspondant :** nom, prénom, adresse électronique, adresse postale, numéro de téléphone et de fax.

**TITRE**

Le titre doit être concis mais informatif. Ne pas utiliser d’abréviation ni d’acronyme dans le titre.

**TEXTE DE LA PROPOSITION**

Le texte doit comporter un minimum d’une page (hors graphique, tableau et figure), il doit être structuré :

* soit sous la forme classique d’un article : introduction, méthode, résultats, discussion, conclusion
* soit sous la forme suivante : enjeux, problématique, méthode, état d’avancement du projet.

Il doit se suffire à lui-même en incluant tous les renseignements nécessaires à sa compréhension et contenir des données précises et quantifiées quand elles sont disponibles, il doit comporter des références bibliographiques (au maximum 5), ainsi que des mots clés.

**SELECTION ET VALIDATION DE LA PROPOSITION**

Chaque comité scientifique de thématique retiendra un certain nombre de propositions, sous réserve de l’envoi d’un texte d’une page au minimum avant **le 15 novembre 2014** à l’adresse de correspondance de la thématique choisie.

A l’issue de la présentation orale du 23 janvier 2015, vous pourrez soumettre un texte au secrétariat de rédaction du JGEM, en respectant les consignes éditoriales du JGEM (redaction.jgem@yahoo.fr) et pour la thématique santé travail, au choix des auteurs, au JGEM ou au secrétariat de rédaction de Socio Economie du Travail ([ismea.socioeco@univ-paris1.fr](mailto:ismea.socioeco@univ-paris1.fr)) en respectant les consignes disponibles à cette adresse : <http://socioecotravail.hypotheses.org/consignes>

**DATES A RETENIR**

|  |  |
| --- | --- |
| 15 novembre 2014 | Date limite de réception du texte de 1 page minimum |
| 1erdécembre 2014 | Avis définitif du comité scientifique |
| 23 janvier 2015 | Journées du JGEM |

**INFORMATIONS GENERALES CONCERNANT LA JOURNEE**

Pour des renseignements sur les thématiques, merci d’écrire directement par mail à l’adresse de correspondance de la thématique concernée.