

LE MESSAGE DU PRÉSIDENT

C'est la première fois que je m'acquitte de la redoutable rédaction du mot du Président, découvrant ainsi, après l'ivresse de l'honneur, les charges afférentes. En fait, en cette année 2000 plutôt bouillonnante, la tâche n'est pas si difficile. L'impulsion qu'a donné Emile Lévy à notre association avant son départ fait toujours sentir ses effets, et il est bien agréable pour un nouveau responsable d'embarquer sur un bateau qui taille la route, avec un bel équipage. En quelques mots, voici ce qui me semble être pour nous les enjeux importants dans les trois ans à venir.

En premier lieu, concourir à développer les travaux de recherche de haut niveau en économie de la santé, sur l'ensemble du domaine couvert par notre discipline : l'organisation et la régulation économique et politique du système de soins, l'évaluation des actions de soins, le lien entre activité économique, développement économique et social et santé des populations, l'économie de la recherche et du développement en sciences de la vie, enfin, les questions importantes de justice sociale. Dans le passé, les deux premiers thèmes ont donné lieu aux investissements les plus importants. Il nous appartient d'ouvrir la gamme de nos travaux. Par ailleurs, nos sociétés et les systèmes de santé des pays développés connaissent des transformations majeures, qui ouvrent de nouvelles perspectives, et nous conduiront sans doute à remettre en cause certains fondements des travaux antérieurs.

(suite page 2)

ÉDITORIAL : ÉCLAIRER LES CHOIX PUBLICS

La question des choix publics et de leur explicitation est de plus en plus présente dans le débat sur le système de santé : choix de priorités en matière de santé publique, panier de biens et services de santé... Après la création au début des années 90 du Haut Comité de Santé Publique, dont Jean-Claude Saily a récemment rappelé les réalisations fondatrices (1), puis la mise en place, expérimentale dans un premier temps, des conférences régionales de santé, l'architecture institutionnelle issue de la loi organique et des ordonnances de 1996 a inscrit ces choix dans le cadre de la démocratie parlementaire, en prévoyant le vote du Parlement non seulement sur l'objectif des dépenses d'assurance maladie, mais aussi sur les axes de la politique de santé. Même si aujourd'hui la dimension financière est écrasante, on ne peut que souhaiter que progressivement le débat parlementaire se développe aussi sur la seconde - l'allocation des ressources en fonction de priorités et d'objectifs de santé.

Pour la science économique, cette question des choix est familière. N'est-elle pas par essence la science qui cherche à optimiser l'emploi de ressources rares ? La période de la rationalisation des choix budgétaires a même donné dans les années 70 à l'évaluation économique un statut d'outil d'expertise majeur pour éclairer les décisions publiques - notamment dans le secteur des transports, à un degré moindre dans le secteur de la santé. Le modèle de la décision publique se caractérisait alors par un Etat fort, garant de l'intérêt général et imposant des choix fondés sur l'expertise incontestée des scientifiques.

Sous l'effet de divers facteurs, les processus de décision publique ont évolué pour donner une plus large place à la confrontation des points de vue, des

intérêts particuliers, des experts et des profanes.

Le débat sur la "démocratie sanitaire" s'inscrit de ce point de vue dans un débat plus large de renouvellement des formes d'expression démocratique.

Pour le scientifique en général (et l'économiste en particulier), c'est l'occasion de confronter sa propre logique - qu'il avait tendance à considérer comme universelle - à d'autres. Dans notre domaine par exemple, Jean-Paul Moatti a bien montré la manière dont l'éthique médicale et l'éthique utilitariste sous-jacente au raisonnement économiste peuvent être contradictoires, l'une et l'autre ayant leur légitimité⁽²⁾. Et si l'expérience de l'Oregon est intéressante, c'est moins comme un modèle - du reste fortement contingent au contexte américain et intransposable directement - que comme une illustration d'un processus de construction d'un équilibre entre différents critères de choix : l'efficacité économique (critère quasi-unique dans la conception initiale), mais aussi d'autres valeurs sociales qui sont à cette occasion explicitées.

C'est à cette construction du débat démocratique que la démarche économique doit participer, en l'éclairant par des approches rigoureuses. Jean-Claude Saily dans l'article déjà cité développe ce propos en évoquant, parmi les apports possibles, à la fois les études de coût de la maladie et les études coût-résultat permettant de comparer des stratégies alternatives⁽¹⁾.

Le travail d'élaboration de comptes par pathologie décrit dans cette lettre relève de la première approche : il présente l'originalité d'une démarche systématique et générale pour construire un outil commun de mesure.

Dominique Polton
CREDES

(1) J.C. Saily, Nécessité et difficultés de la détermination des priorités en matière de santé publique, Journal d'économie médicale, octobre 1999.

(2) J.P. Moatti, A.G. Le Corroller, Réflexions économiques sur l'éthique médicale, Journal d'économie médicale, mars 1996.

Par exemple, comment l'accès des personnes à une information de masse sur les soins de santé va-t-elle changer la relation médecin-malade ? Le vieux modèle de la relation paternaliste vaut-il encore ? Que dire des bouleversements induits à l'heure actuelle par l'ingénierie génétique dans les questions de propriété des découvertes en sciences de la vie ?

Je fais le pari que ces nouveaux chantiers rendront encore plus impératifs qu'aujourd'hui le pluralisme des méthodes dans l'explication de la réalité, ce qui me semble-t-il est l'objectif de la recherche.

En deuxième lieu, ces transformations profondes induisent-je ne pense pas être le seul à le ressentir- une demande croissante d'expertise en économie de la santé. Autrefois, cette demande venait surtout des administrations publiques et de l'industrie. Maintenant, ce sont tous les acteurs du système de soins de santé qui recherchent des compétences, pour les aider à comprendre les transformations en cours, et à acquérir les connaissances et les savoir-faire permettant au moins de s'y adapter, voire de les contrôler. On ne pourra pas répondre à cette demande avec le potentiel actuel d'économistes spécialisés en santé : nous sommes certes tous de qualité, mais pas si nombreux que cela. On peut certes aller chercher l'appoint de nos autres collègues économistes : ils ne nous ont pas attendu, et c'est une bonne chose. Sur ce point, cependant, je continue de penser que même si nos travaux se sont considérablement rapprochés des travaux de nos collègues économistes généralistes, il n'en reste pas moins qu'un apprentissage de la réalité de ce domaine est indispensable à sa compréhension.

Il ne s'agit pas là d'un argument "protectionniste" : il faut avoir travaillé avec des médecins, par exemple, pour comprendre la part omniprésente prise par l'incertitude et le risque dans leurs prises de décision, et donc modéliser celui-ci. Il y a donc un besoin important de formation de plusieurs publics : médecins hospitaliers et libéraux, cadres soignants, gestionnaires hospitaliers, "régulateurs" régionaux et cadres du Ministère, assureurs : les demandes sont exprimées aujourd'hui. Comment y répondre efficacement ?

Comment aussi, dans le même esprit, faire une place active au sein du Collège aux

membres qui ne font pas de la recherche ou de l'enseignement leur occupation principale, mais qui contribuent à nos travaux en nous ouvrant des terrains, en nous apportant des soutiens financiers, en diffusant par leur présence dans l'administration, dans l'entreprise ou dans les services de santé nos idées ? Peut-être une ou deux pistes, qu'il faudra discuter entre nous : leur offrir un espace d'organisation, travailler avec eux à la réflexion sur la mise en œuvre de changements dans le système de santé, autrement dit, faire du Collège un espace de médiation entre la recherche et l'action.

Le dernier enjeu est tellement banal, que le citer pourrait conduire à me faire taxer de langue de bois : c'est la collaboration européenne. D'accord, c'est vraiment bateau, et un président digne de ce nom aujourd'hui se doit d'en parler. Puis-je tenter de vous convaincre de ma sincérité ?

Elle vient des contacts que j'ai pu avoir ces trois dernières années avec plusieurs collègues de l'Union Européenne. Elle vient du plaisir non seulement de voyager (pour faire taire les mauvaises langues) mais de découvrir de nouveaux domaines de recherche, de nouvelles méthodes, et donc des opportunités d'apprendre et d'échanger. Il se trouve que l'Union Européenne a multiplié les bourses de séjour long entre pays européens, notamment pour les doctorants et les post-doctorants. Ils pourraient être nos premiers ambassadeurs, dans la création de ce réseau intellectuel européen. Il se trouve que le Collège est bien placé pour jouer un rôle moteur dans cette mise en réseau : notre milieu est très organisé par rapport à celui d'autres pays. Le CODECS est aussi un projet qui est porteur de coopérations dans l'Union Européenne. C'est pourquoi nous allons proposer à nos collègues d'organiser le prochain colloque européen en économie de la santé à Paris, en 2002, après celui de l'iHEA en 2001 à York.

Voilà ce qui me ferait plaisir de faire avec vous.

Gérard de POUVOURVILLE
Directeur de Recherche INSERM
CREGAS - Unité 537

VERS DES COMPTES DE LA SANTÉ PAR PATHOLOGIE ?

Les comptes de la santé : 50 ans d'évolutions macro-économiques

Depuis cinquante ans, la comptabilité nationale permet, en coordonnant les statistiques qui chiffrèrent les phénomènes économiques, de donner de l'économie nationale une représentation simplifiée et cohérente et de modéliser l'interdépendance des transactions et des agents. L'idée de cette synthèse était déjà présente chez Lavoisier, que l'on peut considérer comme un précurseur de la comptabilité nationale, lorsqu'il parlait en 1791 de contenir " en un petit nombre de pages toute la science de l'économie politique ".

Les instruments de la comptabilité nationale se sont développés et enrichis au cours du temps. Le premier compte satellite de la santé a été élaboré en 1971. Il permet de mettre en perspective, sur une longue période, les évolutions macro-économiques structurelles du système de santé. On peut ainsi y lire :

- la part croissante prise par le poste santé dans la consommation des ménages - 7% en 1970, plus de 12% en 1999 - et corrélativement la croissance plus rapide que celle du PIB de la consommation de soins ;
- néanmoins, au delà des évolutions annuelles assez heurtées que ponctuent les plans successifs de rééquilibrage des comptes de l'assurance maladie, une diminution sur longue période du différentiel de croissance entre les dépenses de santé et la richesse nationale (en volume, 3% dans les années 70, 2% dans les années 80, 1% en moyenne depuis 1990) ;
- la croissance du financement socialisé jusqu'au début des années 80, suivie d'une lente diminution de la part prise en charge par la protection sociale obligatoire, relayée plus par la mutualisation volontaire (couverture complémentaire) que par les paiements directs des ménages ;
- la déformation de la structure des dépenses au profit de l'hôpital jusqu'à la fin des années 70, au profit des soins ambulatoires depuis - le médicament notamment dans la dernière décennie,
- des partages volumes / prix qui reflètent sur la période passée l'impact de la politique de contrôle des prix associée à faible contrôle des effets volume - structure.

Les comptes de la santé sont aussi largement utilisés pour des comparaisons internationales - grâce en particulier au patient travail de collecte et d'analyse de l'OCDE dans ce domaine depuis les années 70.

L'objectif : enrichir une grille d'analyse aujourd'hui essentiellement institutionnelle

Mais si les comptes de la santé fournissent un éclairage essentiel sur le système de soins, ils n'offrent, en termes d'emploi des dépenses, qu'une grille de lecture par secteur de production, appréhendé sous l'angle des institutions : hôpitaux publics, hôpitaux privés, cabinets libéraux, etc., en revanche, aucune information n'est disponible sur l'utilisation finale des sommes allouées par le système d'assurance maladie : quelles pathologies sont prises en charge, selon quels processus de soins ?

Jusqu'à présent, construire une approche plus médicalisée des comptes était impossible faute de systèmes d'information adaptés. Mais aujourd'hui, l'effort d'enrichissement des sources administratives par des données médicales commence à porter ses fruits : le PMSI est disponible pour l'ensemble des établissements publics et privés, le codage de la biologie et du médicament se généralise dans les systèmes d'information des caisses d'assurance maladie. Par rapport à une époque où l'on comptabilisait au mieux des lettres-clés ou des séjours hospitaliers, l'information permettant de relier les coûts aux maladies qui mobilisent ces ressources fait actuellement un bond spectaculaire. Si l'on y ajoute les systèmes d'enquête sur échantillon et de requêtes spécifiques mis en place par différentes structures et centres d'étude, on dispose aujourd'hui d'un vaste ensemble de données qui permettent peut-être d'envisager de décomposer l'ensemble des consommations de soins en fonction des problèmes de santé en cause.

Dans ce but la DREES a donc lancé, avec le concours du CREDES, une étude de faisabilité d'un système de " comptes par pathologie ", qui doit déboucher sur l'élaboration d'un prototype et, en principe, sur la production en routine par le Ministère d'une ventilation complémentaire des comptes de la santé.

Si cette opération réussit, un nouvel outil de connaissance commune sera à la disposition de

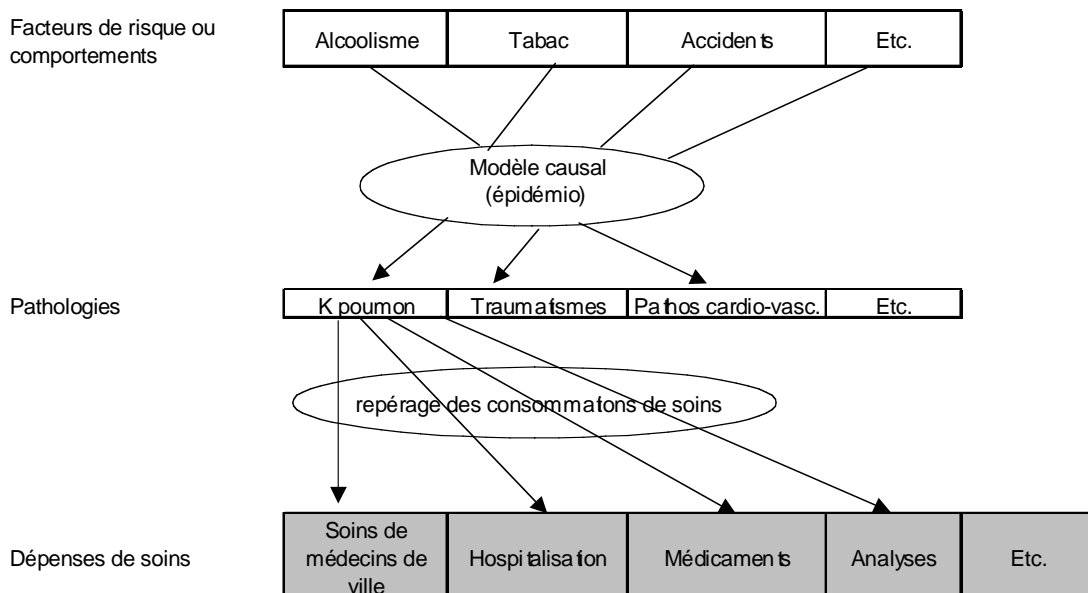
la communauté des économistes de la santé et de l'ensemble des acteurs du système. Ce n'est d'ailleurs pas tant la production d'une photographie ponctuelle qui est intéressante (encore qu'elle permette un cadrage général, et des comparaisons de coûts fondées sur les mêmes méthodes), que la possibilité d'analyser dans le temps l'évolution de l'allocation des ressources, ultérieurement d'enrichir l'approche, par exemple en distinguant soins préventifs et curatifs, en rapprochant ressources mises en œuvre, évolutions de morbidité, évolutions des modes de prise en charge, etc.

Cette démarche de cadrage macro-économique ne se substitue évidemment pas aux approches

plus micro-économiques d'évaluation des procédures diagnostiques et thérapeutiques, qui ont un objectif différent - aider au choix entre des stratégies alternatives en fonction de leurs coûts et de leurs efficacités respectives.

Architecture générale du projet

A terme, l'objectif est de disposer d'une grille lecture des dépenses de santé en fonction des pathologies, mais aussi de certains facteurs de risque ou de causalité, liés à des comportements individuels ou à des facteurs environnementaux, etc... selon le schéma suivant :



La première étape qui fait l'objet du travail en cours concerne la ventilation des agrégats des comptes de la santé par groupe de pathologies. Le passage facteurs de risque → pathologies sera envisagé dans un deuxième temps, à partir de tables de passage fondées sur les connaissances épidémiologiques.

Première étape : étude de faisabilité d'une décomposition des comptes selon les pathologies

La méthode consiste, sur la base d'une nomenclature de pathologies, à établir, à partir d'enquêtes ou de systèmes d'information permanents, des clés de répartition permettant de répartir les dépenses pour chacun des grands postes (hospitalisation, soins médicaux de ville, prescriptions médicamenteuses, etc.)

Cette approche générale et descendante sera validée par confrontation aux résultats d'études plus micro-économiques sur certaines pathologies.

Cette entreprise soulève bien entendu diverses difficultés méthodologiques dont on peut donner quelques illustrations :

- Le choix de la nomenclature des pathologies. Si le choix de la CIM10 semble s'imposer comme le standard le plus répandu et permettant les comparaisons les plus larges, se pose la question du niveau de regroupement pouvant être visé, et surtout le risque, en respectant l'arborescence de la classification, de ne pouvoir reconstituer certaines pathologies. A titre d'exemple, la maladie d'Alzheimer est classée au chapitre "maladies du système nerveux" alors que sa manifestation principale, la démence de la maladie d'Alzheimer, est clas-

sée dans le chapitre "troubles mentaux et du comportement". Cette situation se retrouve pour d'autres pathologies répandues et ne pourrait être résolue que par des regroupements "ad hoc", mais qui soulèvent dès lors des problèmes d'homogénéité avec d'autres systèmes d'information repérant des pathologies.

- L'adéquation des sources aux agrégats des comptes

Les sources d'information disponibles ne recouvrent évidemment pas les agrégats des comptes et un ensemble de redressements et d'extrapolations est à définir pour passer de l'un à l'autre. La source PMSI par exemple ne recouvre pas la totalité du poste hospitalisation. Les hôpitaux de moins de 100 lits n'y sont pas représentés, de même que les hôpitaux psychiatriques. Il faudra donc estimer la pathologie prise en charge dans ces structures, par d'autres sources si elles existent ou, pour le cas des petits hôpitaux notamment, admettre qu'elle est globalement la même que celle des autres hôpitaux, ce qui est loin d'être évident.

- Les règles d'affectation

Affecter de manière univoque une consommation de soins élémentaire à une pathologie n'est pas sans poser problème.

Comment faire lorsque plusieurs pathologies sont en cause ? Dans le PMSI, les débats autour de la notion de diagnostic principal et de diagnostics associés illustrent bien cette difficulté. En médecine de ville, les personnes âgées qui consultent présentent fréquemment des poly-pathologies. Quelles règles d'affectation adopter - dont on sait qu'elle seront des conventions de calcul - pour rendre compte de cette complexité ?

Se pose également la question du traitement des pathologies qui constituent des complications d'autres maladies. Dans les évaluations de coût, on peut logiquement vouloir les rattacher à la maladie initiale. Dans un système de comptes nationaux, une telle option est impossible pour des raisons de disponibilité de l'information, mais aussi de doubles comptes et de cohérence d'ensemble.

Enfin tous les coûts ne sont pas attribuables à des maladies : d'une part certains motifs de recours sont enregistrés sous forme de symptômes, d'autre part il existe des motifs de recours administratifs (certificats) ou de prévention qu'on ne peut rattacher à une pathologie particulière.

Après une analyse générale de ces problèmes méthodologiques, la procédure d'élaboration des comptes par pathologie sera testée sur quelques maladies, pour lesquelles l'approche générale retenue sera confrontée avec les résultats des études de coûts publiées, notamment dans le cadre d'évaluations médico-économiques. Les pathologies sur lesquelles portera le test sont : le cancer du sein, les AVC, le diabète, l'infarctus du myocarde, la schizophrénie, le SIDA.

Une tentative similaire à l'étranger : le fardeau économique de la maladie au Canada

Le Laboratoire de lutte contre la maladie (Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada) a publié à deux reprises "Le fardeau économique de la maladie au Canada", pour les années 1986 et 1993. L'objectif poursuivi - estimer les répercussions économiques de la maladie au Canada - est plus ambitieux que celui que nous nous fixons en première approche puisqu'au delà des coûts directs qui constituent l'objet du travail réalisé dans le cadre français, il tente une approche des coûts indirects (pertes de production liées aux décès prématurés ou aux invalidités de courte ou de longue durée).

L'intérêt de cette approche est qu'elle est, pour la partie relative aux coûts directs, tout à fait comparable à la nôtre. Partant des dépenses nationales de santé au Canada, ce rapport ventile les différents postes par catégorie diagnostique, en se basant sur diverses sources susceptibles de fournir des répartitions par maladie.

Le niveau de désagrégation est celui des grands chapitres de la CIM, auxquels sont rajoutées des estimations des coûts pour un certain nombre de maladies ou de causes spécifiques (diabète, AVC, coronaropathies, bronchite chronique - emphyseme - asthme, cancers féminins, accidents de la circulation).

CREDES :

**Annick Le Pape, Fabienne Midy,
Catherine Sermet, en partenariat avec
Roland Cash (CEGEDIM)**

DREES :

**Fabrice Lenseigne
Yves Geffroy**

LE PROCHAIN COLLOQUE DU COLLÈGE

“La dynamique de l’innovation en santé”

Conservatoire National des Arts & Métiers de Paris - 1^{er} et 2 Février 2001

Après décision du Conseil d’Administration au cours du mois d’avril, il a finalement été retenu un thème pour le prochain colloque de Collège en février 2001 : “ La dynamique de l’innovation en santé ”.

Par ailleurs, le lieu et la date du colloque sont désormais connus. Celui-ci se déroulera les 1er et 2 février 2001 au Conservatoire National des Arts & Métiers de Paris.

La journée du jeudi 1er février, portera sur le thème retenu et se déroulera au rythme de quelques interventions et de nombreux échanges avec les participants.

La journée du vendredi 2 février, sera organisée en sessions parallèles sur différents thèmes, en fonction des propositions qui auront été reçues, comme lors du précédent colloque.

Vous avez certainement reçu il y a plusieurs semaines l’appel à communications et nous espérons que vous y répondrez. A ce sujet, le Collège a décidé, à titre exceptionnel d’accorder un petit délai supplémentaire pour l’envoi des propositions. Vous avez jusqu’au jeudi **13 juillet 2000**, pour nous les faire parvenir par courrier (avec une disquette) ou par e-mail (avant 15 h) : CES2@wanadoo.fr.

LA VIE DU COLLÈGE

Du côté des structures

Comme le vous savez certainement, depuis le 1er mai 2000, le Collège a changé de Président. Emile Lévy a cédé sa place à Gérard de Pourville et devient Président d’Honneur du Collège. Il conserve toutefois, avec d’autres fonctions, sa place dans le bureau et dans le Conseil d’Administration de l’association. De plus, il prend en charge la responsabilité du Comité de Pilotage du projet CODECS. L’ensemble des permanents et des membres du Collège se félicitent de pouvoir encore compter sur une participation active et significative d’Emile Lévy à la vie et au développement du CES.

Du côté des permanents

Le poste de responsable administratif(ve) et de l’organisation des manifestations du Collège a été pourvu. Nous avons ainsi le plaisir de vous annoncer l’arrivée de Muguette Depardon. Vous pouvez la joindre tous les jours, sauf le mercredi, au 01 43 45 75 65.

L’annuaire du Collège

Comme nous le signalions dans le numéro précédent de la Lettre, l’annuaire du Collège version 2000 a été complété, en particulier pour intégrer

les nouveaux membres, corriger les éventuelles erreurs qui ont pu être commises lors de sa parution et prendre en compte les récentes modifications concernant certains membres. Il est probable qu’à l’occasion du prochain colloque de février 2001, une nouvelle version de l’annuaire soit proposée si son contenu devait se modifier de façon significative d’ici là. De toutes les manières, c’est une version simplifiée qui serait envisagée (proche de celle de mai 1999). Alors, si des modifications importantes vous concernant sont intervenues ou interviendront d’ici décembre, n’hésitez pas à nous le faire savoir, afin de les intégrer.

Le Projet CODECS

Le projet CODECS se développe selon le calendrier qui était prévu lors de son lancement. Afin de suivre les différentes phases de sa mise en place, vous pouvez désormais consulter sur le site internet du collège toutes les informations s’y rapportant, ainsi que sa lettre d’information mensuelle, “ La Chronique de CODECS ”, dont vous trouverez la dernière livraison dans ce numéro. Si vous souhaitez la recevoir directement, contactez nos chargées de recherche pour CODECS (Catherine Buron au 01 43 45 75 63 ou Cécile Charasse au 01 43 45 75 64).

LA CHRONIQUE DE CODECS

En cette fin mai, l'équipe opérationnelle du projet CODECS est heureuse de vous annoncer que le recensement quantitatif des études et le travail théorique sur le guide référentiel sont en phase terminale. La phase de rédaction des fiches analytiques des études complètes devrait atteindre sa vitesse de croisière dans le courant du mois prochain. En parallèle, la conception de la maquette du site internet consacré à la base CODECS a débuté.

Le recensement quantitatif des études

Le projet CODECS compte à présent 326 articles sous forme de photocopies et de tirés à part (le nombre de ces derniers est passé de 90 à 143 depuis le mois d'avril). Ces articles se répartissent de la façon suivante :

Type d'études	Nombre d'articles (%)
Études complètes	90 (28%)
Études de coût	91 (28%)
Études portant sur les résultats	19 (6%)
Études méthodologiques	101 (31%)
Revue de la littérature	25 (7%)

A cela s'ajoutent 372 travaux, uniquement répertoriés, parmi lesquels on dénombre plus de 40 études complètes. La collaboration avec le Credes s'est donc avérée très fructueuse en matière de recensement quantitatif des études d'évaluation économique. L'échange de bibliographies a permis d'accumuler 174 références, par recoupement des résultats de recherches menées sur des bases de données françaises (Credes, BDSP, Pascal) et internationales (Biosis, Cancerlit, Current Contents Search, Embase, HealthSTAR, Medline, Scisearch).

Le guide référentiel pour l'analyse des études complètes

Le guide référentiel, support de la fiche d'analyse des études complètes d'évaluation économique, a été testé le 9 mai, au cours d'une réunion du Comité de Pilotage. Sur une étude choisie à l'avance, les fiches d'analyse rédigées par les deux chargées de recherche du projet, ont été remises aux membres du Comité de Pilotage. L'objectif était qu'ils en effectuent une étude critique afin 1) d'évaluer leur contenu scientifique, 2) de parvenir à adopter un style rédactionnel commun et 3) de modifier le guide référentiel en fonction des caractéristiques de l'étude choisie. Une nouvelle réunion, prévue le 9 juin, visera à poursuivre cette procédure de test sur quatre autres études couvrant des cas de figures suffisamment différents pour tester les principales rubriques du guide. A cette occasion, Marie Odile Carrère, Professeur de Sciences Economiques à

l'Université de Lyon I, coordinatrice du GRESAC et présidente du futur Comité Scientifique de CODECS, sera présente pour proposer et discuter la liste des membres de ce dernier.

Enfin, le Comité de Pilotage réfléchit à une liste d'experts, chargés de compléter la partie commentaires des fiches analytiques consacrées aux études complètes d'évaluation économique. Cette liste sera soumise au Comité Scientifique et aux diverses instances de CODECS pour approbation.

CODECS : le site internet

Deux réunions ont eu lieu avec l'Inserm pour la mise au point du site internet de CODECS. Nos interlocutrices privilégiées sont Suzy Mouchet, Responsable du Service de Documentation à l'INSERM et Nicole Pinhas, Ingénieur en Information Scientifique et Communication. Le 28 avril, Suzy Mouchet a précisé la nature du soutien Inserm au projet CODECS. L'Inserm offre d'aider à créer, grâce au logiciel Lotus Note, une véritable plate-forme électronique de travail partagé entre trois pôles (utilisateurs, informaticiens, documentalistes) en amont du site internet. A partir de la plate-forme, le site internet du projet sera automatiquement mis à jour par l'intermédiaire du logiciel Domino et sera gratuitement consultable. Il sera possible d'y mener une recherche bibliographique (selon différents types de moteurs de recherche), de participer à des forums de discussion, de consulter des glossaires de termes techniques, d'entrer en liaison avec d'autres sites internet pertinents. Depuis le 9 mai, l'équipe travaille avec Nicole Pinhas aux aspects plus techniques de la plate-forme. La bibliographie déjà disponible de 326 articles ainsi que la maquette d'une fiche analytique type sont parvenues aux informaticiens de l'Inserm pour traitement sous Lotus Note.

L'indexation des articles sera réalisée par l'Inserm en collaboration avec l'équipe CODECS selon les méthodes et le thésaurus du MeSH. L'arborescence des termes économiques sera sans doute enrichie. Une première maquette de la plate-forme électronique devrait voir le jour cet été.

Les fiches résumé de CODECS

Enfin, Muguette Depardon, Responsable Administrative du Collège et Assistante Scientifique pour CODECS, vient de débuter la rédaction et le traitement, en français et en anglais, des fiches résumé concernant les études qui ne font pas partie de la catégorie des études complètes (à savoir les études de coût, les études portant sur les résultats, les études méthodologiques et les revues de la littérature).

Catherine Buron
Cécile Charasse



COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

Les nouvelles coordonnées du collège

Si vous souhaitez joindre le Collège des Économistes de la Santé,
adressez votre courrier au :

CES – 7, rue de Citeaux, 75012 Paris.
Tél. 01 43 45 75 65 - Fax 01 43 45 75 67,

Mél : CES2@wanadoo.fr

Site internet : <http://perso.wanadoo.fr/ces/>

La Lettre du Collège des Économistes de la Santé

Directeur de rédaction : Gérard de Pouvoirville,

Secrétariat de rédaction : Muguette Depardon, Philippe Ulmann.

Mise en page et impression : Imprimerie de Deux-Ponts

Réalisation : Jean-Michel Bonnerue.

Tirage : 500 exemplaires.