

LETTRE du COLLÈGE

COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

LE MESSAGE DU PRÉSIDENT

Je cherche en général mon inspiration dans l'actualité de la politique de santé.

Malheureusement, l'actualité impose aujourd'hui d'autres réflexions.

Le Collège des Economistes de la Santé adresse un message d'amitié à tous nos collègues américains dont le pays a été si durement touché le 11 septembre. Qu'ils soient assurés de notre solidarité au moment de ce drame terrible. Nous pensons à eux.

L'autre actualité du CES est la préparation du dossier de demande de financement européen pour la pérennité de CODECS. Lors du Congrès de l'IHEA à York, Philippe Ulmann et moi-même avons pu prendre de nombreux contacts pour concrétiser notre projet initial : celui de la création d'un réseau européen de bases nationales identiques à CODECS. Nous avons été plus qu'entendus. Le projet que nous préparons implique 7 centres et couvrira 17 pays. Le CES prendrait en charge l'Europe francophone (France, Belgique, Suisse, Luxembourg), les Pays Bas pourraient prendre en charge l'Europe néerlandophone (Pays Bas et Belgique), l'Allemagne se chargerait de l'Europe germanophone (Allemagne, Autriche, Suisse), les Italiens les pays italo-phones (Italie et Suisse), un centre couvrirait la péninsule hispanique, enfin un gros centre scandinave couvrirait la Suède, la Norvège, la Finlande, le Danemark et l'Islande. Il ne nous manque plus que la Grèce.

Enfin, le CES s'est vu confier par la Mission Canadienne d'Enquête sur la Réforme du Système de Santé l'organisation d'une journée d'étude sur les mécanismes de participation aux frais des assurés dans les pays européens, journée qui aurait lieu à Paris fin novembre 2001.

Ces deux projets confirment notre ouverture et notre visibilité internationale.

Gérard de POUVOURVILLE
Directeur de recherche CNRS
CREGAS - Unité INSERM U537

ÉDITORIAL :

À LA RECHERCHE DE NOUVEAUX FONDEMENTS ET CRITÈRES POUR LE RÉSEAU EN SANTÉ

Il est difficile de définir conceptuellement et pratiquement le réseau en santé, et pourtant il existe ! Il constitue de toute évidence une forme organisationnelle innovante pour le système de santé, dont chercheurs et institutionnels ressentent l'opportunité à défaut d'en expliciter les contours.

En relation avec la territorialisation des politiques de santé, la notion de réseau est centrale dans le rapport préparatoire au schéma " horizon 2020 " de services sanitaires collectifs. Elle occupe une place de choix dans les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire et Sociale " deuxième génération ", avec l'émergence du débat efficacité/équité. Et, comme toute organisation, pour être pilotée doit être évaluée, la question de l'évaluation des réseaux de soins est aujourd'hui au cœur de l'activité des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie qui participent à la décentralisation des procédures de financement spécifiques aux réseaux.

Un consensus se dégage pour reconnaître au réseau deux dimensions complémentaires. Le réseau peut favoriser une certaine amélioration de l'efficacité pro-

ductive par une prise en charge mieux ciblée des patients et par une rationalisation de la gestion des soins. Mais le réseau c'est aussi une dynamique d'acteurs qui ouvre un espace de confiance et de créativité institutionnelle, propice à l'apparition de nouvelles références professionnelles, voire de nouvelles valeurs. Dimension " allocation de ressources " et dimension " création de ressources " sont étroitement imbriquées dans un réseau.

Dans ces conditions, les critères de décision utilisés par un commanditaire ou un opérateur local, ne sauraient être arrêtés sur la base des canons économiques standards, en termes d'équilibre général et d'efficacité allocative parétienne. Il faut utiliser (construire ?) d'autres référentiels théoriques.

C'est à la réalisation de cet objectif ambitieux mais nécessaire que deux chercheurs du CREDES apportent, dans ce numéro de la Lettre du Collège, une contribution ardue mais solide.

Maryse GADREAU
LATEC CNRS
Université de Bourgogne

Le rôle du décideur local face à l'évaluation des réseaux : régulateur régional ou promoteur de projets innovants ?

L'évaluation des réseaux pose de nombreux problèmes techniques¹. Dans le récent rapport CreDES-Image (Bourgueil et al., 2001), ces problèmes sont passés en revue et de premières solutions proposées. Ces réflexions techniques nous ont confirmé que l'évaluation d'un réseau, comme toute évaluation d'une transformation des pratiques de soins, ne pouvait faire l'économie d'une clarification du rôle du commanditaire de l'évaluation.

Deux exemples nous permettront d'illustrer qu'il peut agir comme un régulateur régional des soins ou comme un promoteur de projets innovants dans le domaine de la prise en charge médicale. Selon le rôle dont est chargé le commanditaire, l'évaluation devra répondre à des questions différentes, mais qui peuvent finalement être rattachées à la même problématique de la répartition des tâches entre les professionnels de santé.

Exemples fictifs d'arbitrages auxquels peut être confronté le décideur local

Le commanditaire de l'évaluation est en général aussi un décideur chargé d'allouer les ressources au sein du système de santé, au niveau régional ou au niveau national. S'il décide de financer un réseau, il devra distraire des ressources du système de soins classique pour les allouer au réseau, que ces ressources soient en nature (le temps des professionnels soignants) ou monétaires.

Premier exemple d'arbitrage : le temps des professionnels soignants. Lorsqu'un professionnel intègre un réseau, cela suppose en général pour lui un surcroît d'activités non soignantes (codage d'information pour le réseau, réunions, formations, etc.) ou d'activités soignantes ciblées, par exemple sur une pathologie. Le réseau prévoit en général une rémunération de ce surcroît de travail, rémunération qui doit être attractive pour le professionnel en question. Or, même s'il n'est pas financeur de ces rémunérations², le décideur n'en est pas moins comptable des ressources en question puisque le temps total disponible d'un professionnel est une ressource non illimitée et que ce qui est dédié au réseau n'est plus disponible ailleurs dans le système de soins.

Certes, ce cas n'est peut-être pas très fréquent dans le système français, tout d'abord parce que les cas d'excès d'offre locale peuvent rendre les ressources " temps du professionnel " illimitées, ensuite parce qu'il semble qu'on soit encore loin d'avoir épuisé toutes les ressources de la substitution entre professionnels soignants. Pour autant, il s'agit d'un cas possible.

Deuxième exemple d'arbitrage : l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie³. Beaucoup de réseaux mettent en avant les économies attendues du fait de la rationalisation de la prise en charge et font de cette question un point fort de l'évaluation. Il est évident qu'un réseau à la fois moins cher (ou à coût constant) et offrant une qualité de soins supérieure ne fera l'objet d'aucun arbitrage et sera financé quelle que soit la logique du régulateur. Pourtant, nous pensons que nombre de réseaux vont se trouver dans une situation différente : plus de qualité, mais aussi plus de coûts, notamment parce qu'il sera difficile de recycler immédiatement les économies physiques en économies budgétaires (par exemple, sur les budgets hospitaliers). Le décideur se trouve alors pris entre deux logiques : la logique " industrielle " peut le pousser à opter pour l'expérimentation si celle-ci présente un bon rapport coût / efficacité ; la logique budgétaire peut lui faire refuser un tel projet, si le rapport s'explique avant tout par une très forte efficacité, le coût agrégé étant important. En effet, il est contradictoire de limiter d'un côté l'enveloppe en volume d'actes pour l'ensemble d'une profession, et d'encourager à côté son gonflement pour certains professionnels, même si les consommations supplémentaires sont financées par une enveloppe spécifique d'expérimentation et si ce gonflement est " justifié " par une efficacité élevée.

Les rôles possibles du commanditaire de l'évaluation

En tant que régulateur central, il optimise l'utilisation de son argent en choisissant toujours la meilleure de toutes les alternatives possibles ; il achète alors chaque type d'intrant dans le processus de production de la santé, de façon à égaliser toutes les productivités marginales (donc, tous les coûts d'opportunité).

¹ Ces réflexions ont émergé dans le cadre d'un travail plus vaste sur " l'évaluation des réseaux de soins, enjeux et recommandations ", qui associe Yann Bourgueil, Marc Brémond, Aude Delvay et Michel Naiditch (rapport n°1343, CREDES, mai 2001).

² Le cas se présente par exemple lorsque le commanditaire de l'évaluation (Assurance maladie) est différent du financeur du réseau (laboratoire privé, conseil général).

³ Les décideurs locaux ne sont pas directement comptables de l'ONDAM ; pour autant, une région dépassant trop largement les objectifs de croissance ne manquera pas d'être montrée du doigt, et ses régulateurs locaux avec.

L'impact du transfert d'activité vers d'autres professionnels

Soient v : volume horaire moyen d'activité hors réseau

v' : volume horaire moyen d'activité réseau

p : tarif horaire moyen avant réseau

p' : tarif horaire moyen réseau (y compris dérogations)

p'' : tarif horaire moyen d'un autre professionnel de santé

Avant la mise en place du réseau, le coût pour l'Assurance maladie de l'activité de ce médecin est égal à :

$$C_0 = p * v$$

Après la mise en place du réseau, il faut distinguer plusieurs situations.

1° La contrainte temps du médecin n'est pas saturée, il peut absorber l'activité supplémentaire liée au réseau.

$$C_1 = (p * v) + (p' * v')$$

$$\Delta C = p' * v'$$

2° La contrainte temps du médecin est saturée, il va devoir transférer une partie de son activité hors réseau à d'autres professionnels dont le niveau de rémunération peut être différent.

$$C_2 = (p' * v') + [p * (v - v')] + p'' * v'$$

$$\Delta C = (p' * v') + [(p'' * v') - (p * v')]$$

$$\Delta C = [p' + (p'' - p)] * v'$$

En tant que promoteur de projets innovants, il choisira entre deux alternatives, le réseau ou le statu quo. Il ne choisira donc pas le meilleur parmi tous, mais le meilleur parmi deux, ou encore le meilleur entre le statu quo et un changement à la marge (logique incrémentale).

Dans le premier cas, l'évaluation sera systémique, en ce sens qu'elle va s'intéresser aux retombées de la mise en place du réseau sur des professionnels ou des patients qui n'y sont pas inclus. Ce cas sera illustré avec l'exemple du temps des professionnels soignants. Dans le second cas, elle s'intéressera plutôt aux changements au sein du réseau, ce que nous illustrerons avec l'exemple des rémunérations.

Dans le cas du décideur " régulateur régional ", le réseau doit évaluer le coût du transfert d'activités impliqué par l'adhésion d'un professionnel

Dès lors qu'il endosse la responsabilité du régulateur régional, le décideur doit tenir compte de l'impact que peut avoir l'adhésion d'un professionnel à un réseau sur l'activité de l'ensemble des autres professionnels. Cet impact sera fonction du niveau d'activité ex ante des professionnels qui choisissent d'adhérer au réseau. Il s'agit de savoir s'il y a transfert de tout ou partie des

activités du médecin vers d'autres professionnels, et si ce transfert peut être porteur de gains d'efficacité pour l'Assurance maladie.

Dans le calcul précédent (cf. encadré), on se place dans le cas où le système peut absorber un volume supplémentaire d'activité, soit par le médecin qui adhère au réseau, soit par d'autres professionnels. Lorsque le médecin adhérent absorbe le volume supplémentaire, le différentiel de coût est égal au montant des dérogations accordées pour l'activité réseau ($p' * v'$). La mise en réseau peut se traduire pour l'ensemble du système de soin par une réduction des coûts⁴ lorsqu'il y a transfert des activités hors réseau vers un autre professionnel tel que $p'' < p$.

Donc, en termes d'évaluation, l'estimation de la charge de travail hors réseau des médecins adhérents (saturation ou non), ainsi que des possibilités de remplacement des activités que les médecins saturés ne pourraient plus assurer, est certainement une donnée fondamentale pour le régulateur régional ; cette estimation reste cependant une gageure.

⁴ Il s'agira d'un gain d'efficacité si on peut démontrer que cette réduction de coût se fait à résultat équivalent.

Le décideur " régulateur régional ", une hypothèse séduisante mais peu réaliste

L'idée d'un décideur " régulateur de la santé régionale " est une hypothèse intellectuellement séduisante, mais peu réaliste : pour qu'il y ait un tel régulateur, il faudrait maîtriser l'évaluation des besoins et les liens entre offre, consommation de soins et résultats, ce qu'on est très loin de savoir faire, et qui n'est pas forcément possible (caractère non mesurable de la santé). Il faudrait aussi disposer d'un système de prix reflétant les contributions réelles de chacun des facteurs à la production de santé (logique de fonction de production) ou à la satisfaction des patients (logique d'économie du bien être). L'idée même d'une régulation de la santé en général dans une région nous conduirait donc soit vers le marché — sous forme par exemple de gestionnaires du risque locaux en concurrence —, ce qui suppose que le produit " santé " soit suffisamment objectif pour permettre au consommateur de faire un choix avisé, soit vers le planificateur omniscient, capable notamment d'envoyer les bons signaux sous forme de rémunérations, un peu sur le modèle du ministère de l'industrie fixant les prix des différents KWh aux utilisateurs et producteurs d'électricité.

Une telle alternative nous paraît contradictoire dans les termes avec l'idée de réseau, qui vise à faire émerger une nouvelle organisation sans pour autant confier la planification à un agent unique. C'est pourquoi nous pensons que le commanditaire d'une évaluation devrait demander à celle-ci de l'aider à choisir entre l'existant et l'innovation, selon une approche incrémentale. Dans le contexte industriel, l'évaluation permet au chef de projet d'argumenter pour une innovation ou au contraire de préconiser le *statu quo*, sachant que la décision finale et la responsabilité de l'équilibre général du système de santé appartient à d'autres agents. La décision du chef de projet ne consiste en effet pas à choisir entre toutes les possibilités envisageables, parmi lesquelles le processus de production aujourd'hui en vigueur, mais à comparer l'avantage d'une solution alternative au coût nécessaire pour s'écarter de l'existant.

Dans le cas du décideur " chef de projet innovant ", évaluer l'apport de l'innovation suppose de comprendre comment se négocie le partage des tâches et des compétences au sein du réseau

Pour autant, même si le décideur local n'a pas à tenir un rôle de régulateur et d'administrateur régional des prix, l'évaluation du réseau ne pourra totalement s'abstenir d'une réflexion sur les rémunérations⁵ des fac-

teurs de production au sein du réseau, et ce parce qu'elles traduisent : d'une part un partage des risques dans le cadre d'un financement de type enveloppe ; d'autre part, un partage des compétences.

D'un point de vue pratique, si l'institution utilisatrice de l'évaluation voit le réseau comme un projet innovant à comparer à l'existant, elle cherchera à minimiser les risques liés à l'adoption du projet. L'enjeu pour un prêteur, ou un financeur comptable de fonds publics, est de minimiser le risque d'échec, ou tout au moins ses conséquences financières. Une manière de limiter ce risque peut être de nouer un contrat *ex ante* avec le réseau stipulant le plafond au delà duquel l'institution ne s'engage pas et laissant les dépassements éventuels au solde du réseau et de ses membres ; une manière plus incitative consiste à découper, là encore *ex ante*, une enveloppe spécifique au réseau, appelée capitation, sur laquelle ce dernier devra réaliser toutes ses dépenses, et, si possible dégager un surplus réinvesti. Cette dernière méthode permet d'isoler l'enveloppe réseau de l'ONDAM et de ne pas polluer l'expérimentation par des considérations de régulation générale. Elle dit *ex ante* au réseau jusqu'où les fonds publics sont prêts à le suivre dans l'ensemble de son activité ; elle permet aussi au financeur de ne pas se faire piéger par le poids de la dépense déjà consentie (il est toujours plus difficile d'arrêter un projet dans lequel on a beaucoup investi).

Plus fondamentalement, toute innovation industrielle suppose de nouvelles rémunérations : dans le monde industriel, le partage des gains de productivité (entre les actionnaires qui financent les innovations futures et les salariés qui font fonctionner concrètement l'innovation) est un des paramètres de réussite de l'introduction d'un nouveau procédé. On retrouve ici la problématique de la répartition des compétences, évoquée plus haut (en cas de saturation du temps de certains professionnels) : cependant, au lieu d'être une contrainte externe au réseau (et traitée éventuellement par un planificateur omniscient), la question de la répartition des compétences et des tâches devient une activité du réseau. Concrètement, le réseau est alors une organisation de type *bottom-up* où l'on discute compétences, répartition des activités et valeurs des contributions. Du point de vue de l'économiste, le partenariat au sein des réseaux vise à introduire des zones dans lesquelles la confiance entre acteurs est suffisante pour que les coûts d'élaboration de contrats ou d'accords ne soient pas supérieurs aux gains de la coordination.

Pour que le réseau joue son rôle pleinement, le commanditaire de l'évaluation devra accepter qu'une logique radicale de renégociation des compétences et des rémunérations soit à l'œuvre au sein du réseau. Il devra notamment admettre que la notion de " juste

⁵ Jusqu'à présent, les rémunérations étaient introduites dans l'analyse comme norme et non comme objet de l'évaluation ; aujourd'hui, les réseaux expérimentaux permettent de déroger aux réglementations conventionnelles.



rémunération " ne soit pas définie *a priori* à partir des rémunérations existantes. C'est un des rôles des réseaux que d'éclairer la réflexion par l'expérimentation, ce qui pourra conduire à l'élaboration de normes futures, traduisant la " juste " rémunération au service rendu. En quelque sorte, si le commanditaire doit privilégier une approche incrémentale dans l'évaluation du réseau par rapport à l'existant, il doit aussi se dégager des normes existantes en matière de rémunérations relatives des professionnels de santé.

La conséquence en termes d'évaluation est que la dimension " rémunération " acquiert une importance nouvelle dans l'analyse. Jusqu'à présent, les rémunérations étaient uniquement introduites comme une variable de coût ; il s'agit maintenant de s'intéresser au processus d'émergence des modes de rémunération, compte tenu des déterminants cachés en matière de partage de risque et de compétence.

En conclusion, il apparaît que le rôle des commanditaires de l'évaluation au niveau local soit, dans l'état actuel des choses, plus celui de promoteur de projet innovant que celui de régulateur régional. De fait, l'évaluation des réseaux au niveau local consistera dans un premier temps en une analyse incrémentale recherchant leur impact organisationnel, sanitaire et économique sur la prise en charge d'une population cible et non sur le système de santé. Outre les dimensions classiques en matière d'évaluation dans le domaine de la santé, il semble important de s'intéresser à des aspects plus inhabituels, tels que celui de la répartition des compétences au sein du réseau qui pourrait se traduire par l'émergence de nouvelles rémunérations.

Michel GRIGNON
Fabienne MIDY
CREDES

Annnonce du CREDES :

Séminaire sur l'évaluation des réseaux

Si les réseaux existent depuis vingt ans, la question de leur évaluation est beaucoup plus récente. Depuis les ordonnances de 1996, l'évaluation des réseaux de soins — et pas uniquement celle des réseaux expérimentaux — semble acceptée comme une nécessité. Or, l'évaluation des réseaux de soins pose deux types de questions : des questions théoriques, conduisant à une réflexion critique sur les méthodes d'évaluation traditionnellement développées dans le domaine de la santé ; des questions pratiques, car les acteurs des réseaux de soins ne sont pas habitués à cet exercice.

Depuis deux ans, le CREDES et le groupe IMAGE (ENSP) s'efforcent de clarifier ces questions et les conclusions de ce travail font l'objet aujourd'hui d'une publication commune⁶.

Il s'agit de savoir si les cadres de référence de l'évaluation dans le domaine de la santé sont adaptés aux réseaux et aux enjeux dont ces derniers sont porteurs.

L'objectif de cette publication est d'apporter une première base de réflexion à l'ensemble des acteurs impliqués dans les réseaux. Si l'on veut pouvoir un jour répondre à la question " les réseaux sont-ils utiles ? ", il faut que l'on dispose d'un cadre d'analyse minimum commun ; c'est à cette unique condition que l'on pourra évaluer les transformations en cours. Dans cette perspective, nous souhaitons que nos propositions fassent l'objet de discussions et d'amendements. Pour cela, le CREDES et le groupe IMAGE organiseront, au premier trimestre 2002, un séminaire de travail sur le thème de l'évaluation des réseaux.

Ce séminaire cherchera à faire le point sur les savoirs, les interrogations et les pistes de recherche relatives au thème de l'évaluation et des méthodes d'évaluation des réseaux de soins. Il réunira des opérateurs d'évaluation (chercheurs, bureaux d'études, sociétés privées) ainsi que des promoteurs de réseaux, financeurs/régulateurs et des représentants des usagers. L'objectif est de publier un document, pouvant prendre la forme d'un guide d'évaluation faisant état des points d'accord et de divergence, en présentant dans ce dernier cas les différentes approches possibles.

⁶ Bourgueil Y., Brémond M., Develay A., Grignon M., Midy F., Naiditch M., Polton D (2001) " L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations " Rapport CREDES n°1343, mai 2001.



LA VIE DU COLLÈGE

Compte Rendu du Conseil d'Administration du 10 septembre 2001

Lors de la réunion du Conseil d'Administration du Collège qui s'est tenue le lundi 10 septembre 2001 dans les locaux de l'association, les points suivants ont été examinés.

- **Le projet de Séminaire International sur L'Assurance et le Risque en Santé** : le Conseil d'Administration a décidé de confier la coordination de ce Séminaire à un Comité de Coordination composé de représentants des principaux Organismes d'Assurance Maladie obligatoire et complémentaire et de Membres du Collège spécialisés dans le domaine de l'Assurance en santé. Les membres de ce Comité de Coordination n'ont pas encore été tous désignés, sa composition devant être officialisée d'ici la fin de l'année.

Dès que ce Comité sera formé, il lui appartiendra de présenter au CA du Collège d'ici la fin de l'année un programme détaillé des différentes séances du Séminaire, en particulier pour l'organisation de la première réunion programmée le même jour que la prochaine AG du Collège début Mars 2002.

- **L'actualisation des lignes directrices sur l'évaluation économique des produits de santé** : à la suite de la réunion plénière des participants au Guide Méthodologique sur l'évaluation économique des produits de santé qui s'est tenue le vendredi 7 septembre 2001, réunissant une vingtaine de membres du Collège, un calendrier a été adopté au cours de cette réunion et a été présenté en Conseil d'Administration. L'objectif est que le travail méthodologique soit achevé au plus tard au début février 2002 et que parallèlement le Groupe Tri-partite, en ayant pris connaissance des recommandations du Guide Méthodologique, puisse aboutir à un document final d'ici mars 2002. Les prochaines Lignes Directrices sur l'évaluation économique des produits de santé devraient donc être diffusées par le Collège en avril ou mai 2002.
- **Le 4^{ème} Colloque Européen d'Economie de la Santé organisé par le Collège en juillet 2002 à Paris** : voir paragraphe sur le Colloque page suivante.
- **Le développement européen de la base CODECS** : voir paragraphe sur la base CODECS page suivante.

Du côté des permanents

Suite au départ de Muguette Depardon, le Collège vient de recruter Julie Cardi pour le poste de Responsable Administrative – Chargée de communication.

Vous pouvez la joindre tous les jours au 01 43 45 75 65 ou par e-mail : j.cardi-ces@wanadoo.fr.

Du côté des membres

Avec trois nouvelles admissions en septembre 2001, notre association compte désormais 152 membres individuels, 8 membres institutionnels et plus de 29 membres entreprises.

Par ailleurs, nous avons constaté que quelques erreurs ou omissions s'étaient glissées dans l'annuaire 2001 du Collège que vous avez reçu en juin dernier. Nous vous prions de bien vouloir nous en excuser. Nous vous signalons par ailleurs que la version dite "détaillée" est prévue pour le 2^{ème} trimestre 2002 et nous prévoyons à cette occasion de vous faire parvenir vos fiches, une fois remplies, pour validation. A ce titre, il semblerait que plusieurs adresses e-mail ne fonctionnent pas. Si vous n'avez pas reçu de message électronique en provenance du Collège depuis début septembre, merci de nous contacter afin de vérifier vos coordonnées et la bonne transmission des informations concernant le Collège.

Nous vous indiquons d'ailleurs à ce sujet que pour ceux qui ont donné leur accord en juin dernier, leur adresse e-mail sera accessible, dans quelques semaines, directement par le site du Collège dans la rubrique Membre. Si vous n'avez pas fait connaître votre avis sur la question ou si vous souhaitez apporter une modification, contacter nous rapidement.

Enfin, nous vous rappelons, que conformément aux statuts de notre association, le Conseil d'Administration du Collège est désigné par vote des Membres tous les 3 ans. La mandature actuelle se terminant en février 2002, de nouvelles élections se dérouleront lors de la prochain Assemblée Générale début mars 2002. Toutes les personnes qui souhaitent se porter candidat pour le Conseil d'Administration doivent le faire au plus tard le 17 janvier 2002 en envoyant au Secrétaire Général du CES leur *curriculum vitae*, la liste de leurs titres & travaux et justifier de leur appartenance au Collège depuis au minimum 3 ans sans interruption.



LES ACTIVITÉS DU COLLÈGE

La base CODECS

Le site internet de la base CODECS (accessible via le site du CES), qui est ouvert depuis le 5 mars dernier, a déjà reçu plus de 4000 visites en 6 mois.

Parallèlement, l'équipe CODECS s'efforce de faire connaître la base en France et à l'étranger. A ce titre, les activités du Collège dans ce domaine sont évoquées dans le récent rapport de la Cour des Comptes sur la Sécurité Sociale publié en septembre 2001, ainsi que dans un article récemment publié par Nicole Pinhas de l'INSERM dans la revue Bulletin des Bibliothèques de France (t.46, n°4).

Sur le plan international, des documents de présentation de CODECS ont été distribués au colloque de l'iHEA en juillet à York et une nouvelle plaquette est en cours de réalisation. Elle devrait être largement diffusée dans le courant du mois de novembre et sera distribuée au prochain colloque de l'ISPOR, les 11 et 13 novembre à Cannes.

Par ailleurs, le CES poursuit ses démarches pour développer un réseau de base de données européen sur le modèle de CODECS et de la base de York, dont le Collège serait le coordinateur.

Le CES compte d'ailleurs déposer en octobre une demande de financement auprès de la Communauté Européenne dans le cadre du 5ème Programme Communautaire de Recherche et de Développement. Comme l'a indiqué notre Président dans son Message en Une, participant à ce projet, 7 centres européens (couvrant 17 pays d'Europe) qui regroupent les principales forces vives de l'évaluation économique en santé sur notre continent : l'université de York (resp. J. Glanville), l'université de Hanovre (resp. M. Graf von der Schulenburg), l'université Erasmus de Rotterdam (resp. F. Rutten), la Stockholm School of Economics (resp. B. Jönsson), L'Institut Négri à Bergame (resp. L. Garattini), l'université de la Rioja à Logrones (resp. F. Antonanzas Villar) et le Collège des Economistes de la Santé (resp. G. de Pourvoirville).

Annnonce de la rédaction de la Lettre du Collège

Le succès rencontré par le numéro spécial de juin sur l'économie du vieillissement, au sein et en dehors du Collège, nous amène à envisager la possibilité de publier au moins un fois par an un numéro spécial de la Lettre du Collège. Ce numéro, consacré à un thème particulier, ferait l'objet d'une publication de plusieurs articles sous la coordination d'une ou plusieurs personnes. Nous attendons avec impatience vos propositions de thème pour 2002.

Le colloque européen de juillet 2002

La préparation du 4^{ème} Colloque Européen d'Economie de la Santé qui se déroulera à Paris du 8 au 10 juillet 2002 se poursuit.

La diffusion de l'appel à communication et du bulletin de pré-inscription a commencé en juin 2001 (4000 exemplaires déjà envoyés). Plusieurs organisateurs de conférence les ont distribués : iHEA (York), CALASS (Lyon), AES (Lille), HESG meeting (Londres) et les différentes réunions des associations d'économistes de la santé (Italie, Scandinavie...)...

A ce jour, nous avons déjà reçu presque 100 pré-inscriptions et la conférence est dans 10 mois ! Même si nous prévoyons un nombre important de participants, les places risquent d'être limitées. En conséquence, n'oubliez pas de retourner votre bulletin de pré-inscription sous forme papier ou par le biais du site internet du Collège.

Nous vous rappelons que si les langues officielles du colloque étant le français et l'anglais, une traduction simultanée devant être assurée au moins pour les sessions plénières, la majorité des participants ne comprenant pas le français, les sessions parallèles seront pour la plupart en anglais. Nous vous encourageons donc à faire vos propositions de communication aussi bien en français, qu'en anglais.

Pour information, nous vous rappelons la liste des comités en charge de l'organisation du Colloque :

Comité d'organisation :

A. Béresniak (Ares-Serono), M. Bungener (CERMES), G. Duru (Université Lyon I), F. Fagnani (CEMKA), M. Gadreau (Université de Bourgogne), P.J. Lancry (CNAMTS), R. Launois (Université Paris Nord), C. Le Pen (Université Paris Dauphine), E. Lévy (Université Paris Dauphine), J.P. Moatti (INSERM-Université Aix-Marseille), P. Mossé (CNRS-Université Aix-Marseille), D. Polton (CREDES), G. de Pourvoirville (CREGAS), J.C. Saily (Université Catholique de Lille), S. Sandier (ARgSES), P. Ulmann (CES-CNAM).

Comité Scientifique :

M. Buxton (R-U), M. Drummond (R-U), L. Eeckhoudt (Bel.), G. France (Ita.), C. Gouveia Pinto (Por.), L. Gulacsi (Hon.), B. Jönsson (Suè.), R. Leidl (All.), E. Lévy (Fra.), G. Lopez Casanovas (Esp.), A. Maynard (R-U), G. de Pourvoirville (Fra.), L. Rochaix-Ranson (Fra.), J. Rovira (Esp.), F. Rutten (P-B.), H. Sintonen (Fin.), P. Zweifel (Sui.)

L'ensemble du Comité d'Organisation compte non seulement sur une forte présence française au cours du colloque mais surtout sur de nombreuses propositions de communications.



COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

Les Coordonnées du Collège

Si vous souhaitez joindre le Collège des Economistes 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,

E-mail : CES2@wanadoo.fr

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

La Lettre du Collège :

Directeur de rédaction : Gérard de Pouvoirville,
Secrétariat de rédaction : Julie Cardi, Philippe Ulmann.
Réalisation : Louyot.
Tirage : 500 exemplaires.