

**LE MOT
DU PRÉSIDENT**

Ce numéro de la Lettre du Collège est largement consacré au thème "santé et développement" à l'occasion de la parution aux Editions de la Banque Mondiale de l'ouvrage "L'assurance-maladie en Afrique francophone" édité par Gilles Dussault, Pierre Fournier et Alain Letourmy. Dès l'origine, ce thème a été présent dans les préoccupations du CES et il n'a fait que se renforcer depuis. Il faut rappeler l'implication du Collège dans le projet ESPAD, porté par nos collègues du CERDI de Clermont-Ferrand, Jacky Mathonnat et Martine Audibert, qui assurent une liaison académique entre l'économie de la santé et l'économie du développement. Il faut rappeler les travaux de l'équipe marseillaise de Jean-Paul Moatti qui font autorité au plan international et qui assurent la liaison avec la santé publique, notamment autour de la question du SIDA en Afrique. Il faut rappeler l'engagement de collègues comme Alain Letourmy du CERMES, qui signe l'éditorial de ce numéro et qui s'attache plus particulièrement à l'analyse des pratiques sociales en combinant la connaissance du terrain et la maîtrise des problématiques théoriques. Il faut rappeler les positions institutionnelles d'autres membres comme Pascal Brouillet au sein de l'Agence Française de Développement, Eric de Roodenbeke de la Banque Mondiale ou Laurent Aventin au Ministère des Affaires Etrangères.

De manière générale, il est heureux que les problématiques de l'économie de la santé se développent en-dehors du monde occidental. Nous voyons avec intérêt la discipline s'affirmer dans les pays émergents, notamment en Asie du Sud-Est ou en Amérique Latine. Nous voyons les travaux académiques s'intéresser à des expériences originales comme celle de "Medical Savings Accounts" à Singapour ou celle des mutuelles et des micro-assurances en Afrique. Nous voyons des collègues indiens, chinois, brésiliens, etc. assister de plus en plus nombreux aux colloques internationaux. Et nous accueillons déjà au sein même du Collège des représentants de ces pays au titre de membres étrangers. Le CES ne peut que souhaiter le renforcement de ce mouvement et la constitution d'associations locales d'économistes de la santé avec lesquelles il est prêt à nouer les mêmes liens de coopération scientifique que ceux qu'il entretient avec les organisations des pays développés.

Claude LE PEN
Université Paris Dauphine

EDITORIAL :

**LES ECONOMISTES ET
LES DEFIS DE LA SANTE DANS LES PED**

Les pays en développement doivent faire face à de nombreux défis en matière de santé. Comment éviter que les populations y paient un lourd tribut au VIH ou à la malaria et que les maladies de la mère et de l'enfant débouchent trop souvent sur de nombreux décès ? Comment combler les nombreuses lacunes des systèmes de soins et de prévention, qui viennent autant des mécanismes de financement que du déficit de ressources humaines ? Si l'organisation et la gestion des systèmes font l'objet de nombreuses réformes, souvent impulsées de l'extérieur, celles-ci posent toujours des questions de faisabilité économique. La légitimité de l'économie de la santé comme discipline ressource pour les décideurs va donc de soi. Elle met à leur disposition des outils d'aide à la décision, des analyses du fonctionnement du système et des évaluations des réformes menées. Elle fournit aussi des ingrédients importants pour la justification des politiques. Les travaux de la Commission macro-économique de l'OMS, qui ont eu l'intérêt de rappeler que la santé était aussi un facteur positif de développement et pas seulement un coût, illustrent ce type d'apport.

Cela dit, les recommandations de l'économie de la santé ne sont pas toujours irréfutables. Les outils d'aide à la décision et les analyses valent ce que valent les données qui les alimentent et laissent trop souvent de côté ce qui n'est pas quantifiable. La nature des choix en santé fait intervenir des considérations éthiques qui échappent à la discipline. Les économistes

ont le réflexe de transposer dans les pays en développement ce qu'ils comprennent des systèmes des pays développés. Enfin, souvent mandatés par des organisations internationales, ils sont intégrés dans des jeux d'acteurs qu'ils maîtrisent mal. Ainsi, la légitimité de la discipline va de pair avec un besoin constant de démontrer la pertinence de son propos. Corrélativement, la place des économistes de la santé n'est pas si facile à trouver. Doivent-ils prescrire ou se cantonner dans un rôle pédagogique ? Peuvent-ils se passer d'analyses venant d'autres disciplines, comme la sociologie ou la science politique ? Comment peuvent-ils tenir compte de la spécificité des contextes où ils appliquent des techniques mises au point dans les pays développés ?

On trouvera ici des éléments à verser au débat. Le texte de Jean-Paul Moatti évoque les enjeux de la diffusion des ARV dans les pays à faible revenu et montre l'extraordinaire changement des préconisations des économistes sur le sujet. La présentation du livre sur l'assurance maladie en Afrique francophone renvoie à une vision équilibrée des mécanismes de financement des soins. L'annonce du projet EVIPNET de l'OMS montre à la fois le besoin d'études de sciences sociales et la nécessité de connaissances fondées sur la preuve. Tout un programme pour les économistes de la santé.

Alain LETOURMY
CERMES (CNRS-EHESS-INSERM)

ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET DECISIONS PUBLIQUES :

L'exemple de l'accès aux traitements du Sida dans les pays en développement

En juillet 1996, lors de la 11^{ème} Conférence Internationale sur le Sida de Vancouver, était annoncée que la combinaison de molécules de plusieurs classes thérapeutiques, dont la nouvelle classe des inhibiteurs de protéase, si elle n'éradiquait pas le Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH) et ne guérissait donc pas la maladie, permettait néanmoins de le rendre indétectable aux tests biologiques existants (charge virale) dans le sang circulant. La diffusion rapide des *multithérapies antirétrovirales* (ARVs) dans les pays développés confirmait rapidement leur capacité à réduire significativement la morbidité et la mortalité de l'infection à VIH, ouvrant la voie à une "chronicisation" de son traitement, puisque dans l'état actuel celui-ci doit être pris tout au long de la vie pour contrôler la réplication virale.

A l'époque, le consensus international sanctionné par une consultation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) était qu'il était inenvisageable de diffuser les ARVs dans les pays en développement (PED) où vivent pourtant 95% des personnes infectées¹ du fait du coût prohibitif de ces médicaments (plus de 10.000 dollars US par personne/an jusqu'en 2000) et de la complexité de leur surveillance clinique et biologique alors jugée hors de portée des infrastructures sanitaires de ces pays. Dix ans plus tard, l'objectif d' "accès universel" aux traitements du Sida à l'horizon 2010, adopté par sommet de Gleneagles des chefs d'état du G8 puis par l'Assemblée Générale de l'ONU de Septembre 2005, est au cœur de la 16^{ème} Conférence Internationale sur le Sida qui vient de se tenir à Toronto. Certes, l'objectif "3 by 5" de 3 millions de personnes traitées dans les PED à fin 2005 fixé lors de la 14^{ème} Conférence Internationale (Barcelone 2002) par l'OMS et l'ONUSIDA² n'a pas été atteint : à cette date, le chiffre s'établissait à 1,3 millions. Mais, cette initiative cristallisait un total retournement de position sur l'accès aux traitements de l'OMS, entraînant celui de l'ensemble des organisations onusiennes, et a permis des progrès significatifs (le nombre de personnes sous traitement a triplé en deux ans)³. Certes, les financements des trois principaux bailleurs de fonds pour les programmes Sida dans les PED, dont le Fonds Global de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et la Malaria, institution multilatérale totalement originale créée fin 2002⁴, ne sont pas assurés de leur

pérennité après 2008. Mais, les ressources financières disponibles au plan mondial pour la lutte contre le Sida sont passées de quelques millions de dollars en 2000 à plus de 8 milliards en 2005 (dont près du tiers en provenance des budgets publics et des fonds privés des PED eux-mêmes). Les débats et recherches en économie de la santé ont joué un rôle significatif dans cette *évolution sans aucun précédent dans l'histoire de l'aide au développement pour la santé*.

Bien sûr, c'est avant tout la convergence de forces politiques et sociales, au départ minoritaires et isolées sur la scène internationale, qui a été le moteur de cette spectaculaire évolution : les prises de position courageuses de quelques responsables politiques du Nord⁵ et de quelques gouvernements du Sud (en particulier du gouvernement brésilien qui dans le contexte d'une nouvelle constitution démocratique garantissant le droit à la santé introduisait une politique d'accès universel aux ARVs dès 1996 conduisant à la mise sous traitement de plus de 100.000 patients⁶, et du gouvernement sud-africain qui en 2000 remportait son procès contre les multinationales pharmaceutiques pour un élargissement de l'accès aux médicaments génériques) ; la mobilisation de l'opinion publique internationale par les organisations non gouvernementales (en particulier Médecins Sans Frontières et les différentes associations de personnes atteintes au Nord comme au Sud) ; les initiatives de différentes firmes publiques (Brésil, Thaïlande) et privées (Cipla en Inde) de génériques proposant à partir de 2000 des multithérapies "de première ligne" à moins de un dollar par jour ; et, les premiers programmes nationaux pilotes d'accès aux ARVs en Afrique sub-saharienne (Côte d'Ivoire, Ouganda et Sénégal), dont l'évaluation par l'ANRS française et les CDC américains avec le soutien d'ONUSIDA démontrait à partir de 2001/2 la faisabilité clinique des traitements ARVs, y compris en termes de bonne adhérence au traitement des patients, dans le contexte de PED à bas revenus⁷.

Mais, dès lors que la possibilité du recours aux ARVs dans les PED était médicalement prouvée et qu'une diffusion "anarchique" et incontrôlée se profilait, c'est le débat international qui a fait rage parmi les "économistes du Sida" au cours des cinq dernières années qui est devenu décisif⁸.

Au départ, pour l'écrasante majorité des experts anglo-saxons, *quatre types d'arguments interdisaient d'envisager un investissement massif dans l'accès aux*

1 Dont le nombre est estimé à plus de 40 millions de personnes aujourd'hui.

2 L'ONUSIDA dirigé depuis sa création par le Dr Peter Piot a succédé au Programme Global de Lutte contre le Sida de l'OMS et constitue le secrétariat chargé par le Secrétaire Général de l'ONU de coordonner la lutte des différentes agences onusiennes contre l'épidémie.

3 WHO. Evaluation of WHO's contribution to 3 by 5. Main Report. Geneva, 2006.

4 Le Fonds Global, le programme PEPFAR de l'administration américaine, et le Multicountry AIDS Programme (MAP) de la Banque Mondiale assurent à eux trois plus de la moitié du financement total disponible de la lutte contre le Sida au plan mondial.

5 Notamment des responsables français comme le Président Jacques Chirac et Bernard Kouchner, alors Ministre de la Santé, dès 1997.

6 Cette politique contournait ouvertement le refus de la Banque Mondiale de financer l'accès au traitement du Sida. J Stiglitz alors Vice Président de la Banque et Prix Nobel 2001 d'économie reconnaîtra plus tard son erreur de s'être opposé à l'initiative brésilienne.

7 KATZENSTEIN D, LAGA M, MOATTI J.P. *AIDS*, 2003, 17: S3-S7

8 MOATTI J.P., N'DOYE I., KAZATCHKINE M. et al. - *Nature Medicine*, 2003, 9(12): 1449-1452.

traitements ARVs pour les PED. Tout d'abord, le prix élevé des médicaments ARVs les mettait hors de portée de budgets publics de santé déjà très limités et du pouvoir d'achat de la quasi-totalité des ménages de ces pays, et une importante baisse des prix était censée décourager la R & D privée des firmes pharmaceutiques, essentielle pour assurer un flux régulier de nouvelles molécules afin de pallier l'émergence de souches virales résistantes aux ARVs existants observée dès le début de leur diffusion. Ensuite, les traitements ARVs étaient présentés comme beaucoup moins coût-efficaces que les interventions de prévention et comme susceptibles de détourner les responsables de santé publique de leur tâche essentielle de renforcement des infrastructures sanitaires et d'accès aux services communautaires de base (pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile notamment). Enfin, les estimations d'un impact macro-économique limité de l'épidémie, même dans les pays les plus touchés, de l'ordre d'une perte potentielle n'excédant jamais un point de croissance du PIB par an, ne semblaient pas justifier un effort d'investissement sur les traitements.

Différentes recherches en économie de la santé, en particulier celles impulsées à partir de 2001 par l'Action Coordonnée ETAPSUD⁹ de l'ANRS française, ont progressivement contribué à "déconstruire" ces arguments¹⁰, en combinant des travaux empiriques, souvent conduits en interdisciplinarité avec les autres sciences humaines et sociales et l'épidémiologie avec un retour aux fondamentaux de diverses branches de la science économique.

Le rappel que la théorie économique ne fait pas forcément de la protection de la propriété intellectuelle par un système de brevets la garantie idéale de l'innovation, et qu'en tout état de cause la forme optimale des brevets implique un équilibre variable entre leur rôle d'incitation à la R & D privée et le risque de consolidation de rentes monopolistiques excessives ; la démonstration de la possibilité d'un mécanisme de prix différentiels permettant d'amortir les coûts de R & D des médicaments là où l'élasticité de la demande par rapport aux prix est faible (les pays développés) et de pratiquer une tarification "au coût marginal" là où elle est forte (les PED) ; les études économétriques soulignant qu'une négociation, même centralisée, entre les acheteurs de médicaments et les firmes détentrices des brevets, n'était pas suffisante pour assurer une baisse prolongée et suffisante des prix dans les PED en l'absence d'un renforcement de la concurrence de marché facilitée par l'existence de copies génériques ; tous ces éléments ont donné une légitimité à une spectaculaire baisse des prix, au moins pour les ARVs de première ligne qui permettent d'initier les traitements, et au compromis dit de Doha passé dans le cadre de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) et autorisant le recours à des

licences obligatoires pour la production de génériques en cas d'urgence de santé publique comme l'épidémie de Sida.

La critique théorique du paradigme visant à fonder les priorités d'allocation de ressources sur la stricte hiérarchie des coûts marginaux par année de vie gagnée issus d'études coût-efficacité (les QALY League Tables de notre regretté collègue Alan Williams) a permis de remettre en cause son avatar dans le champ du Sida qui conduisait à éliminer a priori l'accès aux ARVs dont les ratios étaient hypothétiquement classés en bas de liste. Au plan empirique, la mise en lumière des rendements décroissants de nombreuses interventions de prévention a montré le caractère illusoire du dogme, répandu chez les experts de santé publique dans les PED, d'une supériorité de principe, dans toutes les circonstances, de la prévention sur le traitement. Les études récentes, désormais fondées non sur des simulations mais sur des données observées dans les programmes thaïlandais, sud-africain, ougandais ou ivoirien¹¹, confirment que les multi-thérapies de première ligne initiées conformément aux recommandations de l'OMS pour les patients présentant une immunodépression avancée¹², donnent dans tous les cas des coûts incrémentaux (par rapport à une prise en charge sans ARVs) inférieurs à une fois le PNB par tête de ces pays, ce qui est en général considéré comme un critère pragmatique d'adoption d'une stratégie "coût-efficace".

Enfin, le recours à des modèles de prévision macroéconomique intégrant les développements méthodologiques récents du domaine (modèles de croissance endogène à générations imbriquées), qui prennent en compte non seulement les impacts à court terme de l'épidémie sur les dépenses de santé et les pertes de production liées à la maladie mais aussi les effets à plus long terme sur la transmission du capital humain, a montré l'intérêt du contre-choc que peut représenter l'accès aux ARVs pour éviter que certains pays ne tombent de façon durable dans une "trappe épidémiologique à pauvreté". En complément des réflexions sur les biens publics globaux, ces travaux sont venus apporter une légitimité à la recherche de mécanismes de financement innovants de l'aide au développement qui soient moins tributaires de la versatilité des opinions publiques des pays riches, dont la taxe sur les billets d'avion pour subventionner les médicaments du Sida dans les PED, qui vient d'être lancée par la France et adoptée par 14 pays, est un premier exemple.

Lors de la séance inaugurale de la Conférence de Toronto, Peter Piot, directeur d'ONUSIDA, a souligné qu'une épidémie qui continue de faire plus de 4 millions de nouvelles victimes par an nécessite une réponse de longue haleine et que c'est la première fois dans l'histoire de l'humanité que la vie de millions de personnes traitées pour une maladie devient directement dépendante d'un transfert Nord-Sud de

⁹ Evaluation de l'Accès aux Traitements du VIH/SIDA dans les pays du Sud.

¹⁰ MOATTI J.P., CORIAT B., SOUTEYRAND Y., BARNETT T., DUMOULIN J., FLORI Y.A. (Eds) *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries. Issues and Challenges*. Eds ANRS, Coll. Sciences Sociales & Sida, Paris, 2003

¹¹ MOATTI J.P. *Transcriptase*, Octobre 2006.

¹² Définie par un marqueur biologique CD4 inférieur à 200cc/mm³.

ressources dont la pérennité à long terme n'est pas encore assurée. La diffusion des ARVs dans les PED demeure effectivement un pari à haut risque. A la prophétie autoréalisatrice des économistes qui à force d'énumérer les obstacles à l'accès aux traitements finissaient par alimenter leur persistance, des travaux comme ceux de l'ANRS¹³ ont opposé une autophétie alternative: celle qu'un investissement massif dans un programme vertical contre l'épidémie de Sida, et les co-morbidités (tuberculose, malaria, etc.) qui lui sont associées, permettrait non seulement

de réaliser un objectif humanitaire moralement indiscutable mais, pour ce faire, de constituer un vecteur de changement et de réforme des systèmes de santé. Si l'on veut éviter le retour à des affrontements d'a priori guidés par tel ou tel intérêt, le prochain défi pour l'économie de la santé dans les PED est bien de contribuer à l'évaluation rigoureuse de l'impact des programmes de "passage à l'échelle" (scaling up) d'accès aux traitements sur l'épidémie de Sida, et au-delà sur la santé publique dans son ensemble et sur les dynamiques de développement et de réduction de la pauvreté.

¹³ La contribution de notre collègue regretté Yves-Antoine Flori est ici à souligner particulièrement

Jean-Paul MOATTI
Université de la Méditerranée et UMR INSERM 379

Parution de l'ouvrage

"L'Assurance Maladie en Afrique Francophone",

G. Dussault, P. Fournier, A. Letourmy (dir.), co-édition Banque Mondiale et CES.

L'amélioration de l'accès à des soins de qualité, sans laquelle la situation sanitaire en Afrique ne pourra que stagner ou même se détériorer, requiert qu'on consacre plus de fonds aux services de santé, et qu'on les utilise de manière plus efficiente. Contrairement aux autres régions du monde, le recours aux diverses modalités d'assurance pour mobiliser des fonds et protéger contre les effets appauvrissants de la mauvaise santé, n'est pas très répandu. Des régimes d'assurance obligatoire couvrent les employés du secteur public ou les salariés des entreprises de grande taille, mais cela ne représente jamais qu'une fraction minime de la population. Des régimes d'assurance volontaire communautaire sont apparus depuis une quinzaine d'années, mais la population couverte est aussi minime, ne dépassant jamais les 10%. L'assurance commerciale n'a que peu de probabilité de développement, au vu de la faible capacité contributive des populations.

Partant de ces constats, cet ouvrage vise trois objectifs complémentaires : (1) présenter de manière accessible les concepts fondamentaux de la couverture du risque maladie par l'assurance, en tenant compte des conditions particulières en Afrique ; (2) faire un état des lieux de l'assurance maladie en Afrique francophone, pour mieux apprécier le chemin parcouru et les difficultés rencontrées ; et (3) réfléchir sur ses perspectives de développement et sa contribution potentielle à l'extension de la couverture du risque maladie. Les messages à retenir sont que l'assurance maladie peut jouer un rôle dans l'expansion de la couverture du risque ; que le mécanisme de l'assurance volontaire ne permet que des avancées modestes, et exigera beaucoup de temps pour prendre de l'ampleur; que l'assurance obligatoire offre des perspectives plus encourageantes, mais limitées du fait des difficultés de sa mise en place en dehors du marché du travail formel, qui ne représente que 15-20% de la population active; que l'assurance soulève un problème d'équité, du fait de l'exclusion des plus pauvres; qu'en toute circonstance, les principes fondamentaux d'organisation et de gestion doivent être respectés, pour la survie de quelque régime ; et que les capacités techniques doivent être disponibles, de même qu'une offre de soins adéquate.

L'ouvrage est le fruit de plusieurs collaborations; d'abord entre l'Institut de la Banque mondiale et l'Institut multilatéral d'Afrique (IMA), qui à partir de 2002, se sont associés pour offrir une série d'ateliers et de visioconférences, et organiser une conférence régionale en 2004¹, sur la couverture du risque maladie en Afrique francophone. Cet événement fut l'occasion d'établir une collaboration fructueuse avec le CES, qui a plus tard mené le processus d'édition de cet ouvrage. L'OMS, le BIT et le gouvernement français ont aussi collaboré à divers moments. Plusieurs auteurs de chapitres sont des membres de l'ESPAD.

¹ Voir Actes du colloque : <http://www.ces-asso.org/Pages/ESPAD-ColloqueWBI-IMA-CES.html>

De la connaissance à l'action :

Le projet EVIPNET d'aide à la décision lancé par l'Organisation Mondiale de la Santé

En économie du développement, comme dans bien des domaines de sciences sociales, on vit parfois des paradoxes. Ainsi, ces derniers temps, l'analyse économique du développement, tout en connaissant un nouvel essor intéressant, donne le sentiment d'un certain "pessimisme" quant à la capacité des économistes et des institutions internationales à trouver les mécanismes optimaux pour assurer la croissance et le développement¹. En même temps, une vision plus teintée d'optimisme amène les organisations internationales comme l'OMS à promouvoir des initiatives nouvelles afin de mettre à la disposition du décideur et du politique les ressources en termes de connaissance nécessaires à la prise de décision.

Tel est l'enjeu d'EVIPNET.

Présentation du projet Evipnet

EVIPNET (Evidence-Informed Policy Network) est un programme novateur pour promouvoir l'usage de la recherche en santé à des fins d'utilisation pratique et politique. Il constitue un partenariat entre les décideurs politiques et les chercheurs pour faciliter la prise de décision et la mise en œuvre des politiques de santé publique par l'usage d'une information scientifique de meilleure qualité, à la fois globale et locale.

Actuellement, EVIPNET repose sur une quinzaine de projets pilotes en Afrique, en Amérique latine et Asie du Sud².

Le désir de disposer d'un tel projet a été émis à Mexico par les différents ministres de la santé des pays en voie de développement en novembre 2004. Cette résolution a été adoptée par la 58^{ème} Assemblée de l'Organisation Mondiale de la Santé en Mai 2005.

Comment fonctionne EVIPNET ?

En tant que stratégie de long terme, EVIPNET apporte un partenariat pour promouvoir un mécanisme continu et soutenable d'utilisation des preuves scientifiques, en se focalisant sur des besoins urgents ressentis par les autorités locales, régionales ou nationales. La preuve

disponible globalement ou localement est fondée sur des revues systématiques existantes, mises à jour et ajustées par des travaux de recherche régionaux et nationaux de grande qualité.

Un résumé de politique éclairée par les preuves visera à intégrer les preuves de la recherche systématisée avec d'autres informations nécessairement sanitaires. Une attention particulière sera attribuée aux facteurs contextuels impliqués dans la mise en œuvre des politiques. Les résumés des politiques par preuve seront fournis par les partenaires d'EVIPNET, soit après une demande des décideurs politiques ou en ciblant des preneurs de décision responsables de zones de priorités nationales spécifiques déterminées par les besoins du pays. Autant que possible, les expériences nationales dans la mise en œuvre des politiques seront systématisées à travers la recherche opérationnelle et partagées par les pays à faible et moyen revenu.

Dans ce processus, on espère identifier les "écarts de connaissances", développer ensemble la planification des recherches et promouvoir de nouvelles revues systématiques.

Les objectifs d'EVIPNET

Le concept d'EVIPNET est le résultat final de deux années de travail et de consultations dans le domaine des vives recommandations du sommet ministériel organisé par l'OMS sur la recherche en santé (novembre 2004) afin "d'établir des mécanismes de transfert des connaissances des systèmes d'offre de soins et de santé publique fondés sur des preuves".

Un des principes essentiels d'EVIPNET est que les équipes partenaires doivent comporter les membres les plus représentatifs : les décideurs politiques et/ou les managers des systèmes de santé responsables des décisions sanitaires, la formulation des politiques sanitaires et leur mise en œuvre. Une équipe peut fonctionner régionalement dans un pays, au niveau d'un pays ou assister d'autres pays environnants. On espère que les équipes aient la flexibilité pour répondre à des problèmes de santé émergents et d'actualité fondés sur les besoins de leur juridiction et qu'elles soient en position de travailler avec une variété de groupes d'utilisateurs. D'une façon générale, on souhaite que ces partenaires respectent tout, ou du moins une majorité des objectifs suivants :

- Accroître les liens entre les producteurs et les utilisateurs de preuves.
- Acquérir, rendre accessible et adapter les revues systématiques et autres types de preuve répondant aux besoins des preneurs de décision
- Commander et actualiser les revues systématiques de recherche en santé (spécialement au niveau local) ou communiquer le besoin de revues spécifiques des

¹ Voir notamment dans l'abondante littérature : Shalid Yusuf et Joseph E. Stiglitz, "A propos du développement : questions réglées et question en suspens", Dans : Aux frontières de l'économie du développement – le futur en perspective, coordonné par Gérard M. Meier et Joseph E. Stiglitz – Banque mondiale et éditions ESKA, 2002 ; William Easterly, Les pays pauvres sont-ils condamnés à le rester ? Edition d'Organisation, 2006 ; F. Rodriguez et D. Rodrik, "Trade policy and economic growth : a skeptic's guide to the cross national evidence, NBER working paper, n° 7081, 1999 ; P. Salama, "Le défi des inégalités", Editions La Découverte, 2006

² EVIPNET Asie fut lancé en juin 2005 à Kuala Lumpur en Malaisie avec 7 membres (Les Philippines, la Malaisie, le Vietnam, le Laos, et trois provinces chinoises : Shandong, Sichuan et Beijing). A la suite du colloque de Brazzaville de mars 2006, EVIPNET Afrique réunit huit pays dont l'Angola, le Burkina Faso, le Cameroun, la République de Centre Afrique, l'Ethiopie, le Niger et la Zambie.

- groupes impliqués dans les synthèses de connaissances.
- Commissionner ou communiquer le besoin pour de nouvelles recherches en santé quand les écarts d'informations sont identifiés et assister l'ensemble des agendas de recherche afin d'avoir plus de recherche significative pour la politique.
 - Planifier, mettre en œuvre et promouvoir des stratégies pour accroître la compréhension des preuves par les décideurs et ceux qui font les politiques, ainsi que ceux qui cherchent à les influencer.
 - Fournir des opportunités de formation qui développent les capacités de décision et des indicateurs politiques pour avoir accès et appliquer les preuves.
 - Fournir des décisions et indicateurs politiques pour développer des preuves de grande qualité
 - Construire des contenus pour satisfaire les besoins de décideurs politiques
 - Soutenir l'implication des citoyens et des organisations communautaires significatives, incluant la société civile, les groupes de défense des consommateurs, les médias, par l'intermédiaire d'activités de participation, d'éducation et de diffusion.
- Créer des partenariats avec les organisations existantes engagées dans toutes les fonctions suscitées.

Conclusion

Il nous semble qu'une action de coopération s'impose au niveau national³ avec le réseau ESPAD du Collège des Économistes de la Santé qui regroupe diverses équipes de recherches sur les problèmes de santé dans les pays en voie de développement. D'une façon plus générale, la collaboration ESPAD/EVIPNET peut s'avérer d'une grande pertinence pour créer un réseau francophone solide et cohérent capable d'être le pendant du réseau anglophone ALLIANCE avec lequel il faudra aussi, à terme, échanger et collaborer afin d'avoir les outils les plus performants pour améliorer la condition sanitaire des hommes du Sud.

Entre le pessimisme radical et un enthousiasme naïf, il y a bien place, comme le disait déjà François Perroux, pour un chemin de la raison.

Nicolas TANTI-HARDOUIN
Faculté de Médecine de Marseille

³ C'est au sein de l'Institut Fédératif de recherche SHESSAM (Sciences Humaines, Economiques et Sociales de la santé d'Aix-Marseille) que seront mis en place un dispositif et une équipe ressources qui répondront aux mécanismes d'EVIPNET.

XXVIII^{èmes} Journées des Économistes de la Santé Français

23-24 novembre 2006, Université de Bourgogne à Dijon

Les prochaines Journées des Economistes Français de la Santé, organisées par le Laboratoire d'Economie et de Gestion de l'Université de Bourgogne avec l'appui du Collège des Economistes de la Santé, se dérouleront à Dijon les 23 et 24 novembre prochain. Les JESF seront des journées de type séminaire ou workshop dans lesquelles chaque papier durant 45 minutes sera présenté par un discutant qui ouvrira le débat avec les participants.

Sur les 28 propositions reçues par le comité scientifique des JESF, 15 ont été retenues. Le programme provisoire des JESF est d'ores et déjà disponible sur le site du CES. Il couvre les thématiques *inégalités sociales de santé, santé-travail, évaluation, relations patients-médecins, pays en développement et industrie pharmaceutique*. Les papiers définitifs sont attendus au plus tard le 10 octobre prochain et seront mis en ligne ensuite sur le site du CES.

Pour toute information supplémentaire :

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

LA VIE DU COLLÈGE

Conseils d'Administration

Le lundi 26 juin 2006 s'est tenu le Conseil d'Administration du Collège. Outre les habituels points inscrits à l'ordre du jour (structures du CES, nouvelles candidatures, compte-rendu des activités...), le Conseil a été essentiellement consacré au recrutement du nouveau Secrétaire Général, en la personne de Thomas Barnay, ainsi qu'à l'avenir du Collège. De nombreux projets ont été proposés par les administrateurs, dont certains sont ici présentés : relance des JESF et du projet ESPAD, projet "extension base de données – coûts hospitaliers", cycle de conférences CES et Fondation Caisse d'Épargne sur l'économie de la santé et le vieillissement...

Le mardi 26 septembre 2006 s'est tenu le troisième Conseil d'Administration du Collège de l'année. Au delà des habituels points évoqués par les administrateurs (structures du CES, nouvelles candidatures, compte-rendu des activités...), les points principaux de l'ordre du jour concernaient l'agenda de la fin de l'année (JESF, conférence CES et Fondation Caisse d'Épargne...) et les projets en cours de développement : projet "extension base de

données – coûts hospitaliers", projets de partenariat avec la CNAMTS, et conférence de mars 2007 en marge de l'Assemblée Générale du CES.

Une synthèse des débats des Conseils d'administration sera prochainement mise en ligne sur le site du CES

Prise de fonction du nouveau Secrétaire Général

Avec le départ de Philippe Ulmann fin septembre 2006, le nouveau secrétaire Général, Thomas Barnay, Maître de Conférences en Économie à l'Université Paris XII Val de Marne, prend ses fonctions le 1^{er} octobre 2006.

Du côté des membres

Le collège est une nouvelle fois en deuil en cette rentrée puisque nous avons appris la disparition soudaine et douloureuse début juillet de M. Jean-Luc CARROIS, membre du Collège. Les administrateurs, les membres et les permanents de l'association présentent à sa famille et ses collègues leurs plus sincères condoléances.

LES ACTIVITÉS DU COLLÈGE

Conférence du CES et de la Fondation Caisse d'Épargne "Économie de la Santé et vieillissement"

Le CES et la Fondation Caisse d'Épargne mettent en place une série de conférences sur le thème "économie de la santé et vieillissement" sur une durée de trois ans à un rythme biannuel. Ces conférences ont vocation à rassembler chercheurs, décideurs publics et privés et professionnels de santé autour de ces problématiques. Le comité de pilotage se réunira le 12 octobre afin de discuter du contenu de la conférence inaugurale de décembre 2006 qui aura pour objet de présenter les thématiques et enjeux liés aux questions de santé et de vieillissement.

Extension de la base CODECS-EURONHEED France – coûts hospitaliers

Ce projet, lancé début 2006, dans le cadre de CODECS/EURONHEED France et avec le soutien des partenaires privilégiés du CES au sein de l'industrie pharmaceutique, a pour but de se servir des données de coût par GHM/GHS pour calculer des coûts unitaires de prestation en hospitalisation publique et ainsi fournir à l'ensemble des acteurs du

système de santé des informations sur les coûts réels observés dans le cadre de l'activité hospitalière.

L'objectif est de mettre en ligne gratuitement sur le site de CODECS/EURONHEED France les coûts unitaires moyens par prestation élémentaire pour le secteur public (et à terme pour le secteur privé), tels que :

- des coûts de journée par spécialité, avec et sans salaires de médecins ;
- des coûts d'unité d'œuvre de prestations de plateau technique ;
- des coûts unitaires pour une liste fixée *a priori* d'interventions chirurgicales ou diagnostique.

Ces données qui devraient être accessibles début 2007 feront l'objet d'actualisations régulières avec une méthodologie contrôlée.

Comme pour CODECS, cette extension pourrait à terme être généralisée à EURONHEED, fournissant ainsi des données de coût unitaire au niveau européen, mais aussi s'étendre à d'autres secteurs comme ceux de l'ambulatoire, des transports, des produits de santé...



COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

Les Coordonnées du Collège

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

CES - 7, rue de Citeaux, 75012 Paris.

Tél: +33 (0)1 43 45 75 65 - Fax : +33 (0)1 43 45 75 67,

E-mail : ces@ces-asso.org

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

La Lettre du Collège :

Directeur de rédaction : Claude Le Pen,
Secrétariat de rédaction : Alice Césarine, Caroline Déméothis,
Philippe Ulmann.
Réalisation : Louyot.
Tirage : 500 exemplaires.
ISBN : en cours