

**LE MESSAGE
DU PRÉSIDENT**

Les deux textes de Dominique Polton et de Pierre-Jean Lancry nous invitent à réfléchir sur le processus de formation de politique publique en France et sur la contribution que peut y apporter la communauté scientifique : c'est le thème central d'une question largement débattue Outre-Atlantique, et en particulier au Canada, sur "l'evidence based policy-making". D'une part, les deux auteurs nous rappellent le mode original adopté par le groupe Fragonard pour établir un diagnostic de la situation actuelle et pour construire une base consensuelle des parties prenantes sur ce diagnostic. Cette méthode s'appuie d'entrée de jeu sur l'idée que dans un processus démocratique, la conduite du changement implique nécessairement la recherche de compromis entre différents groupes d'intérêt impliqués, agissant en quelque sorte comme des porte-parole de la population (ceci ne préjuge en rien de la discussion sur la légitimité relative de chacun de ces groupes). L'espoir est de trouver des solutions gagnantes-gagnantes, au fond de trouver une méthode d'organisation collective du fameux principe de compensation de Hicks ! Ne nous faisons pas d'illusion sur l'impact réel de cette méthode, l'expérience prouve que le jeu politique reprend ensuite ses droits, mais ce consensus peut apparaître comme une condition nécessaire pour qu'au moins, les acteurs de ce jeu soient tenus par un accord sur les faits. De ce point de vue, l'insertion des experts "producteurs de connaissance" est essentiel : ils sont là pour éviter que le débat ne s'engage sur des "mythes", ou des "zombies", comme disent les Canadiens. Les "zombies", ce sont ces idées fausses utilisées comme des arguments massues, que l'on essaie de tuer mais qui renaissent à chaque fois, car elles émanent de groupes d'intérêt qui ne veulent pas "lâcher" leurs positions. Chemin faisant, Dominique Polton nous interpelle directement : les économistes sont sollicités à titre individuel, sur la base de leur réputation et de leur champ d'intérêt, mais pas au titre d'une communauté, comme celle que nous formons au CES. Est-ce souhaitable ? Le débat est à nouveau ouvert entre ceux qui pensent qu'il n'y a pas consensus au sein de notre communauté, et que le CES ne saurait donc s'engager collectivement, et ceux qui pensent, comme Dominique, que le CES peut au moins faire la synthèse critique des connaissances existantes sur certains sujets que nous avons bien exploré. A vos plumes ! .

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

ÉDITORIAL :

REFLEXIONS AUTOUR D'UN RAPPORT...

Le 23 janvier, le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie était rendu officiellement par son président, Bertrand Fragonard, au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Jean-François Mattéi. Ce texte, qui sert de "diagnostic partagé" dans le cadre de la préparation de la réforme de l'assurance maladie, a été abondamment commenté depuis. Sans doute est-il alors plus intéressant de revenir non pas sur le contenu du rapport mais plus sur le mode de fonctionnement du Haut Conseil, sur sa méthode de travail et sur la construction de cette réflexion commune aux 53 membres.

En ce qui concerne le Haut Conseil, on sait que l'idée de ses concepteurs était d'appliquer un cadre qui avait déjà fait ses preuves avec la création du Conseil d'Orientation des Retraites sous le gouvernement Jospin. Mais, aussi technique que soit le secteur des retraites, sa complexité n'a rien à voir avec celui de la santé et de l'assurance maladie. L'assurance maladie ne se contente pas d'assurer la liquidation de prestations en espèces comme dans le cas des retraites et du financement des revenus de remplacement. La complexité vient bien sûr de l'existence même du système de production et de distribution des biens et services de santé. Dans une simple traduction "administrative", la complexité a fait qu'on est passé d'un COR à 32 membres à un Haut Conseil à 53 membres.

La première remarque sur le Haut Conseil est qu'il n'est pas un lieu de réunion d'experts. Loin de moi l'idée que les membres ne sont pas au fait de toutes les questions débattues, mais ils n'ont pas été désignés pour leur expertise mais

pour leur participation effective au secteur comme professionnel de santé, partenaire social, parlementaire, gestionnaire de l'assurance maladie obligatoire ou complémentaire, usager, etc... Les membres savaient donc que ce qu'ils écriraient aurait une incidence sur la suite. En outre, le Haut Conseil n'est pas un lieu de négociation. Il s'agit là d'une remarque capitale. Si tel n'avait pas été le cas, les déclarations "langue de bois" ne faisant pas avancer le débat auraient servi de base à un rapport sans intérêt.

La deuxième remarque concerne la rédaction même du texte. L'un des risques d'un travail à 53 est qu'en fait peu de personnes participent et qu'*in fine*, on se retrouve avec un rapport émanant du seul Président, complété d'autant de contributions écrites que d'organisations représentées. L'intérêt d'un tel exercice aurait été limité, voire nul, puisque la commande était clairement de parvenir à un diagnostic "partagé". Un deuxième risque résidait dans cette idée de partage. Le plus grand dénominateur commun pouvait être des plus réduits et, en cherchant le consensus autour d'une vision commune, la rédaction aurait pu conduire à un texte tiède et sans saveur. Or, il n'en a pas été ainsi.

L'envoi systématique de textes préparés par le Secrétariat général, les discussions de fond en séance, les amendements discutés, contestés ou approuvés au cours des treize séances, les ré-écritures pratiquement en temps réel adressées aux membres ont permis d'obtenir un document porté par tous.

Autre élément important pour bien comprendre le fonctionnement du Haut Conseil : la construction de la logique du rapport. Certains obser-

vateurs de notre secteur avaient pu craindre initialement que le constat porterait - du fait de la pression des contraintes financières actuelles qui, ne l'oublions pas, font que l'assurance maladie vit à crédit plus d'un mois sur douze - exclusivement sur des aspects de bouclage financier (accroissement des recettes, baisse des dépenses). De plus, une crainte conséquente de la précédente était que le Haut Conseil envisage alors un autre système de protection sociale, avec des solutions polaires, libérales ou étatiques. Or, un élément est ressorti très vite de nos discussions : l'assurance maladie constitue un de nos grands succès collectifs. L'armature de l'importante prise en charge des dépenses par les régimes de base doit être sauvegardée. On peut en discuter les paramètres mais pas la logique.

Les autres axes de la réflexion ont pu découler alors "naturellement" de ce premier constat. Il faut, d'abord, s'attacher résolument à amé-

liorer le fonctionnement du système de soins et la coordination de ses acteurs.

"C'est là un changement important par rapport à la période où furent conçues les assurances sociales : l'assurance maladie ne peut plus se contenter d'être un simple dispositif de paiement pour des soins qui s'organiseraient tout seuls. Pour être efficaces, les politiques d'assurance maladie doivent nécessairement porter aussi, en concertation avec tous ses intervenants, sur l'organisation du système de soins".

Par ailleurs, sans remettre en cause l'universalité de la couverture, nous devons être capables de faire des choix. C'est l'autre changement important pour l'assurance maladie. L'idée de la gestion optimale de ressources rares, si évidente pour les économistes en général et les économistes de la santé en particulier, doit servir de base aux choix en matière de santé.

Je souhaiterais insister sur ce dernier point en disant que le Haut Conseil a clairement affirmé le rôle majeur que doit avoir l'évaluation à tous les stades de la décision. On ne pourra jamais choisir et mener des arbitrages intelligents sans une évaluation de tous les produits de santé, biens et services médicaux, non seulement au stade de leur inscription dans une liste ou une nomenclature mais également au moment où l'acte est réalisé ou le produit est prescrit.

Notre communauté d'économistes de la santé appelle de ses vœux depuis fort longtemps une telle prise en compte de l'évaluation dans les processus de décision. Gageons que le rapport du Haut Conseil permettra de progresser dans cette voie.

Pierre Jean LANCRY

Secrétaire Général

Haut Conseil sur l'Avenir de
l'Assurance Maladie

Haut Conseil sur l'Avenir de l'Assurance Maladie : mode d'emploi

Par décret du 7 octobre 2003, il a été créé pour trois ans, auprès des ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie, un Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). Celui-ci a pour missions :

- 1) d'évaluer le système d'assurance maladie et ses évolutions ;
- 2) De décrire la situation financière et les perspectives des régimes d'assurance maladie et d'apprécier les conditions requises pour assurer leur viabilité à terme ;
- 3) De veiller à la cohésion du système d'assurance maladie au regard de l'égal accès à des soins de haute qualité et d'un financement juste et équitable ;
- 4) De formuler, le cas échéant, des recommandations ou propositions de réforme de nature à répondre aux objectifs de solidité financière et de cohésion sociale.

Le Haut Conseil est composé de 53 membres répartis comme suit :

- 1) 15 membres représentant les assurés sociaux et les employeurs ou les régimes d'assurance maladie
- 2) 3 députés et 3 sénateurs, respectivement désignés par l'Assemblée nationale et par le Sénat ;
- 3) 5 représentants de l'État : (Commissaire au Plan, Directeurs DSS, DHOS, DPAE, Budget)
- 4) 3 présidents des caisses (CNAMTS, CANAM, CCMSA);
- 5) 3 représentants des organismes de couverture complémentaire de l'assurance maladie, désigné par la FNMF, le CTIP, la FFSA
- 6) 5 représentants des professions de santé libérales dont au moins 2 médecins désignés par le CNPS ;
- 7) 5 représentants des établissements de santé (FHF, FEHAP, FHP + 2 présidents des CME des CHU et CH) ;
- 8) 3 représentants des usagers désignés par le ministre chargé de la santé ;
- 9) 8 personnalités qualifiées, nommées conjointement par les ministres de la santé et de l'assurance maladie

Après 3 mois de travail consacrés à un état des lieux du système de santé français, le Président du HCAAM a remis son diagnostic au Ministre de la Santé, le 23 janvier 2004. Ce rapport est disponible sur le site du ministère (ainsi que ses nombreuses annexes) à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/>

Le rôle de la recherche et de la connaissance scientifique dans l'élaboration des politiques : quelques réflexions à partir de l'expérience du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

Nommée membre du Haut Conseil au titre de personnalité qualifiée, j'ai participé à la première phase (assez intense) de ses travaux qui a abouti au diagnostic partagé. Je m'y suis sentie à beaucoup d'égards beaucoup moins légitime que la plupart des autres membres. En effet, comme le souligne Pierre-Jean, le Haut Conseil n'est clairement pas un groupe d'experts, c'est un espace de dialogue et de recherche d'analyses partagées à partir de points de vue, nécessairement divergents, portés par des acteurs – les anglais utilisent le terme de *stakeholders*, les parties prenantes au système -, et les membres du conseil y siègent en général au titre de représentants élus d'organisations défendant ces points de vue.

Parmi les 8 membres nommés au titre de personnalités qualifiées, la plupart sont des personnalités éminentes, qui tirent leur légitimité des responsabilités opérationnelles de haut niveau qu'ils ont exercé voire exercent encore dans le système (ministre, directeur de la Cnamts, directeur général de l'AP-HP,...). Je suis donc la seule à y avoir été nommée, non en raison de l'expérience conférée par des responsabilités antérieures, mais pour représenter la communauté scientifique. Ou plutôt, non pas pour la "représenter" (ce qui suggérerait la défense de ses intérêts), mais pour porter au débat ce que cette communauté a à dire, à partir des connaissances scientifiques qu'elle a accumulées, pour éclairer les enjeux majeurs et complexes de l'avenir de notre système de santé.

Dans le dispositif de travail du Haut Conseil, je n'ai bien évidemment pas été la seule, loin s'en faut, à alimenter techniquement le débat : c'est le secrétariat du Haut Conseil, avec l'appui des rapporteurs issus des directions ministérielles, qui a réalisé le travail très intensif d'analyse et de synthèse de la littérature pour produire à l'appui de chaque séance de débats une masse impressionnante de documents dont tout le monde a reconnu l'excellente qualité et qui restent aujourd'hui, rassemblés dans les annexes du rapport du haut Conseil, une référence. Ma contribution est restée modeste au regard de ce travail ; en revanche l'intérêt de ma position était la possibilité d'avoir, au sens propre, voix au débat, c'est-à-dire de pouvoir dialoguer avec les autres membres en faisant valoir dans les discussions des éléments d'expertise scientifique.

Toujours est-il que, de mon point de vue, l'évidence scientifique a joué un rôle important dans le processus de réflexion collective. La personnalité du président n'y est pas étrangère – quiconque a eu l'opportunité de travailler avec Bertrand Fragonard connaît son questionnement exigeant et stimulant vis-à-vis des chercheurs. C'est aussi à mettre au crédit des producteurs de cette connaissance, à la fois les

universitaires et chercheurs, mais aussi de plus en plus les services d'études des institutions.

Ainsi l'état des connaissances a-t-il été souvent sollicité au cours des échanges, sur des questions sensibles qui donnent souvent lieu à des débats exclusivement idéologiques où les opinions sont en général tranchées : que sait-on de l'impact du niveau d'assurance sur la consommation de soins, quel bilan tire-t-on au final de la CMU, quel est l'effet du tiers payant,... Ou encore, dans le registre de l'admission au remboursement des biens et services médicaux, la clarification des concepts d'efficacité, d'utilité et d'efficience.

Ce ne sont que quelques exemples, le but n'étant pas ici de lister les sujets de débats – ils sont abordés tout au long du rapport – mais d'en tirer quelques réflexions sur la question plus générale du transfert des connaissances vers l'action et la décision.

Cette question fait l'objet de développements théoriques et pratiques dans d'autres pays, notamment au Canada. Il est intéressant de retracer les modèles conceptuels utilisés, ainsi que certains outils opérationnels en place, avant de risquer une conclusion en forme de questionnaire à notre petite communauté d'économistes de la santé.

Pousser / tirer / échanger les connaissances : trois registres d'action

Une grille d'analyse conçue par John Lavis¹ et al. embrasse trois registres d'action possibles pour faire passer les connaissances scientifiques dans les pratiques.

Cette analyse vaut d'ailleurs pour différents acteurs potentiellement utilisateurs de la recherche. Ici le centre d'intérêt concerne les décideurs politiques, mais il peut s'agir aussi de gestionnaires de structures, ou de cliniciens. On rejoint dans ce dernier cas la problématique de la mise en œuvre, par les médecins, des recommandations de pratique clinique issues des données de la science, et de l'*"evidence-based medicine"*.

Les trois approches pour rapprocher recherche et action proposées dans ce modèle sont² :

¹ John Lavis, MD., PhD., est professeur, titulaire de la chaire sur le transfert et l'échange des connaissances à l'université MacMaster, Ontario, Canada.

² Ce qui suit est extrait d'une présentation de John Lavis en séminaire Credes et d'un document de travail réalisé dans le cadre d'une recherche pour l'OMS : Bridging the know-do gap. Report submitted to the World Health Organisation, février 2004.

- "pousser" activement les connaissances vers les utilisateurs (modèle 1), en utilisant les approches dont l'efficacité a été démontrée. Ceci pose plusieurs questions sur lesquelles des travaux de recherche se sont développés : quel contenu doit-on communiquer (messages à contenu clair en termes d'action, fondés sur un corpus de connaissances scientifiques) ; à quelles cibles communiquer et avec quels investissements pour les soutenir (clarifier l'approche du transfert des connaissances pour chaque public-cible) ; par quel intermédiaire (qui sont les messagers les plus légitimes, les relais d'opinion les plus crédibles) ; quelles méthodes efficaces pour faire passer ces messages (utilisation de processus interactifs,... cette question a notamment fait l'objet de nombreux travaux dans le domaine des pratiques médicales et des leviers d'action pour influencer les comportements des cliniciens) ; quelle évaluation d'impact (mesurer le succès de la démarche) ;

- "tirer" les connaissances, c'est-à-dire travailler sur la capacité des acteurs à aller chercher les informations par eux-mêmes. Cette approche est plus originale car elle vise à développer les capacités des utilisateurs de la connaissance scientifique à acquérir la recherche pertinente, évaluer son applicabilité, réinterpréter les résultats des recherches en fonction des contextes locaux, l'adapter, l'appliquer ; à commanditer la recherche ou les synthèses de recherche ; à combiner les connaissances scientifiques et d'autres connaissances,... Telles sont les questions que soulève ce deuxième modèle. Pour répondre (en partie) à la première question (l'accès à la connaissance), une tendance récente est à la création de bases de données rassemblant, évaluant et synthétisant les résultats de la recherche. La Cochrane collaboration en est l'exemple le plus connu : son objectif est de réaliser des revues systématiques concernant les effets des actions de santé, de les mettre à jour en permanence et de les rendre accessibles. A un niveau plus modeste, la base CODECS-EURONHEED procède de la même logique.

- "échanger" les connaissances, c'est-à-dire faciliter l'interaction entre les producteurs de la connaissance scientifique et les utilisateurs de cette connaissance, afin que chacun – et pas seulement les utilisateurs comme c'est le cas dans les deux modèles précédents – puisse apprendre de l'autre et ainsi améliorer aussi l'applicabilité de la recherche. C'est évidemment la voie la plus ambitieuse, visant une rétroaction sur les méthodologies et productions du monde de la recherche.

Ce modèle conceptuel permet de dépasser l'approche traditionnelle dans laquelle l'utilisateur des résultats de la recherche est essentiellement une cible, objet des efforts de diffusion et transfert de connaissance, et d'envisager des démarches plus interactives.

Sur la base de cette grille d'analyse, des programmes de recherche ont été lancés, au Canada, pour évaluer le degré d'implication des organismes de recherche dans le transfert de connaissances et les points qui

pourraient être améliorés³. Une enquête est actuellement en cours dans dix pays sur les facteurs facilitant la diffusion de la recherche et son emploi comme outil de prise de décision.

Deux exemples d'application dans le contexte canadien

Au Canada toujours, une "Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé", créée en 1997, a précisément pour mission de rapprocher recherche et action, c'est-à-dire d' "appuyer la prise de décision fondée sur les données probantes dans l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé par des services de santé, par l'entremise de programmes de financement de la recherche, de développement des capacités et de transfert de connaissances". La Fondation organise des appels d'offre de recherche sur des thèmes jugés prioritaires à l'issue de larges consultations de décideurs et de chercheurs. Elle stimule et développe la production d'une réflexion sur le transfert de connaissances en tant que tel, et édite des outils pratiques en vue de favoriser la diffusion et l'applicabilité des résultats de la recherche. Elle s'adresse aux chercheurs, aux décideurs, mais aussi à ceux dénommés "courtiers de connaissances". Le courtage de connaissances (activité visant à créer des liens entre les chercheurs et les décideurs, de façon à faciliter l'interaction entre eux) fait d'ailleurs depuis 1999 l'objet d'un programme spécifique de la Fondation. Parmi les productions de celle-ci à l'attention des décideurs, notons une série au titre amusant : A bas les mythes. Cette collection traite, sur un format recto-verso et dans un langage extrêmement simple, de sujets qui donnent souvent lieu à des préjugés et à des idées fausses, et sur lesquels elle synthétise les résultats des recherches disponibles. Quelques exemples en passant :

- Mythe : Fusionnements d'hôpitaux : plus c'est gros, mieux ça vaut.
- Mythe : La population vieillissante submergera le système des soins de santé
- Mythe : Plus d'argent mettrait un terme aux états de crise dans les salles d'urgence
- Mythe : Les soins prodigués aux mourants coûtent de plus en plus au système de santé
- Mythe : L'exode des médecins canadiens vers les États-Unis

On voit que de part et d'autre de l'Atlantique, les mêmes sujets méritent éclaircissement...

Une autre démarche intéressante à noter est celle de la Commission canadienne sur l'avenir des soins de

³ Lavis JN, Robertson D, Woodside JM, McLeod CB, Abelson J and the Knowledge Transfer Study Group. How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision-makers? The Milbank Quarterly 2003;81(2):221.248.

santé, appelée également commission Romanow, du nom du commissaire qui l'a dirigée. Cette commission créée en 2001 au niveau fédéral devait, pour reprendre les termes de son mandat, "recommander des politiques et des mesures pour assurer la durabilité à long terme d'un système de santé universel, accessible et public - un système de santé qui offre des services de qualité à la population canadienne, et permet d'établir un équilibre entre les investissements dans la prévention et le maintien de la santé et les investissements axés sur les soins et le traitement". Cette commission a rendu un rapport d'étape en février 2002 et un rapport final en novembre 2002.

Un des aspects intéressants du fonctionnement de cette commission est la stratégie de dialogue avec la population qu'elle a mise en œuvre, et qui a reposé sur des séances de "dialogue délibératif" d'une journée, organisées dans différentes régions du pays, des forums télévisés sur les questions clés liés aux systèmes de soins, des audiences publiques, des débats organisés avec des universitaires, des consultations par sondage, etc.

Mais l'autre aspect à noter, et qui intéresse plus le propos développé ici, est la mobilisation par la commission de la connaissance scientifique. Un poste de directeur de la recherche a en effet été spécifiquement créé au sein de la commission⁴ pour organiser cette mobilisation du monde de la recherche autour des questions posées par la commission et faciliter l'appropriation des résultats de la recherche par celle-ci.

Une des voies a été de commanditer directement des études, une quarantaine au total, essentiellement sous forme d'analyses et de synthèses de la littérature, à des universitaires et des experts canadiens ou étrangers, autour des quatre grands thèmes de recherche définis comme prioritaires : valeurs canadiennes et institutions démocratiques ; viabilité du système de santé ; identification et élimination des obstacles au changement ; et promotion de la collaboration au sein du système de santé. Toutes les études ont été soumises à un processus d'examen par les pairs, organisé, pour le compte de la commission par des instituts de recherche⁵ : ce point est intéressant à noter, car il marque une appropriation, par une structure administrative, des méthodologies de la recherche.

Une démarche complémentaire a consisté à organiser des tables rondes avec des chercheurs dans plusieurs pays, dont une en France, organisée par Gérard de Pourville et le Collège des économistes de la santé.

Les deux exemples ci-dessus, celui de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et de la méthodologie de travail de la commission fédérale sur l'avenir des soins de santé, ne sont pas donnés ici à titre de modèles. Au demeurant, mon expertise sur ces questions de transfert de connaissance est limitée et parcellaire, et il existe peut-être, dans d'autres contextes nationaux, des initiatives tout aussi intéressantes que je ne connais pas. Ces

exemples me paraissent cependant intéressants en ce qu'ils nous incitent à réfléchir à la situation française, ce qui conclura mon propos.

Comment progresser en France ?

Si le travail du Haut Conseil a été, de mon point de vue, soucieux de s'appuyer sur un socle de connaissances scientifiques et de mobiliser les résultats de la recherche pour ce faire, il a été également, pour son rapport de diagnostic, soumis à des délais tels qu'aucun travail de recherche approfondi supplémentaire n'était possible. Il reste à voir si, dans la durée, il peut constituer un levier plus structurel pour rapprocher connaissance et action, et avec quelle méthodologie de travail.

Mais plus globalement, la question générale se pose, dans ce pays comme dans d'autres : comment faire progresser l'utilisation de la recherche dans la prise de décision ? Comment faciliter l'appropriation des résultats de la recherche ? Comment orienter cette dernière pour qu'elle apporte des connaissances nouvelles vis-à-vis de questions prioritaires pour les acteurs ?

Cette question n'est pas sans intérêt pour une communauté comme le Collège, car il pourrait jouer dans ce domaine un rôle plus important qu'aujourd'hui⁶. Par exemple un de nos apports pourrait être, grâce à la multiplicité des expertises présentes au sein de notre groupe, d'élaborer et de mettre à jour des synthèses des résultats de la recherche sur des questions qui font débat. Ceci supposerait sans doute plus de débats entre nous, et d'ailleurs aussi plus de travail multidisciplinaire. Car en l'occurrence, vu du point de vue d'un décideur public, les cloisonnements disciplinaires n'ont pas lieu d'être quand il s'agit de faire le point de l'évidence scientifique disponible sur une question. En tous cas, il me semble que cette question du transfert et de l'échange des connaissances dans le contexte français mérite une réflexion plus approfondie qu'elle ne l'est aujourd'hui.

Dominique POLTON

Directrice
CREDES

⁴ Pierre-Gerlier Forest, professeur de gestion et de politiques gouvernementales au Département de sciences politiques de l'Université Laval.

⁵ Les études sont en ligne sur le site de la commission : <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/hcc0381.html>

⁶ Le Collège a d'ores et déjà à son actif quelques réalisations, parmi lesquelles la base de données CODECS déjà évoquée plus haut : il serait sans doute intéressant aujourd'hui, avec le recul, d'en évaluer l'utilisation concrète par les acteurs auxquels elle est destinée. En dehors des manifestations internes à la communauté scientifique (colloques, séminaires), on peut noter aussi la tentative, avec Séminaris, de rassembler des acteurs du monde de l'assurance et des chercheurs, mais le bilan que nous tirons collectivement de cette initiative est en demi-teinte.

LA VIE DU COLLÈGE

Conseil d'Administration

Le lundi 1^{er} mars dernier 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 : CODECS, EURONHEED, SEMINARIS...), l'essentiel de la séance a été consacré à la préparation de l'Assemblée Générale du mercredi 10 mars 2004 (voir ci-dessous) avec la préparation des rapports moral et financier de l'association, ainsi que les bilans des principales actions du Collège en 2003.

Compte-rendu de l'Assemblée Générale du CES du 10 mars 2004

L'Assemblée Générale du Collège s'est tenue le 10 mars dernier au Conservatoire National des Arts et Métiers et a réuni une quarantaine de membres, qui ont pu assister au préalable aux 6^{èmes} Entretiens de l'AFSE, dont le CES était partenaire et qui étaient consacrés au thème " Assurance santé et concurrence : enjeux économiques et sociaux ". Cette conférence a réuni environ 150 participants. A l'issue de celle-ci un cocktail a permis aux participants et aux membres du Collège de prolonger les débats autour des questions soulevées par les interventions de l'après-midi, avant que les membres du CES soient invités à assister à l'Assemblée Générale.

Après un accueil par le Président Gérard de Pourville, les points suivants de l'ordre du jour ont été abordés :

- Les rapports moral et financier pour 2003

Les rapports moral et financier (documents disponibles sur l'espace Membre du site internet du CES ou sur demande) de l'association ont été présentés par le Secrétaire Général. Le rapport moral a été approuvé à une très large majorité

101 votes pour (dont 62 par procuration), 3 abstentions (dont 2 par procuration) et 0 contre.

Le rapport financier a été pour sa part approuvé à l'unanimité des votants.

- Les activités du Collège en 2004

Présentation par le Président (document disponible sur l'espace Membre ou sur demande).

- Questions diverses

Des questions ont été posées sur le fonctionnement de la base CODECS et du projet EURONHEED. Suite à une proposition, le Président a indiqué que le Comité de Pilotage de CODECS serait amené à se réunir au moins une fois par an.

Concernant le projet EURONHEED, des précisions ont

été apportées par le Président et le Secrétaire Général sur le fonctionnement du projet et son articulation avec la base CODECS. En particulier, conformément aux objectifs de départ, la base CODECS continuera son développement et est intégrée au réseau EURONHEED en tant que EURONHEED France.

La séance est levée par le Président vers 19h00.

Du côté des membres

Avec l'arrivée de plusieurs nouveaux membres depuis le mois de juin dernier (13 membres individuels, 2 membres institutionnels et 2 membres entreprises) et surtout la création du nouveau statut Membre Centre de Recherche pour lequel 11 centres ont d'ores et déjà souhaité adhérer, notre association compte désormais plus de 230 membres. Cette nette progression et le nouveau statut de Membre Centre de Recherche rendent donc nécessaire l'actualisation de l'annuaire.

Comme nous l'avons instauré depuis 1999, pour les années paires, le Collège sortira en 2004 une version détaillée de l'annuaire des membres.

Les membres du CES recevront dans les prochaines semaines par e-mail et par courrier leur fiche à remplir pour l'annuaire. La parution est prévue pour juin 2004.

Site internet

Depuis le mois de février, le Collège propose un nouveau service sur son site internet www.ces-asso.org avec un espace réservé à ses Membres, accessible avec un code d'accès personnalisé fourni lors des renouvellements de cotisations. Sur cet espace, les membres ont accès à un forum de discussion, un accès à des informations réservées, des publications du Collège (Lettres du Collège, annuaire...) et d'autres documents en économie de la santé.

Nous espérons que ce nouveau service du CES répondra à vos attentes et nous souhaitons surtout que vous fassiez vivre cet espace en intervenant sur le forum, en nous envoyant des documents à mettre en ligne (rapports, supports de cours, documents de travail...), à passer des annonces, enfin en nous suggérant d'autres rubriques et d'autres services...

Cet espace est le vôtre : à vous de le développer comme vous l'entendez !

LES ACTIVITÉS DU COLLÈGE

Évaluation économique des stratégies de santé

Après la parution en décembre de la version papier du Guide Méthodologique de l'évaluation économique des stratégies de santé, le Collège souhaite capitaliser tout le travail de qualité réalisé pendant plus de 2 ans par la trentaine de membres du CES. Pour ce faire, deux prolongements sont d'ores et déjà envisagés.

Tout d'abord, il est prévu à brève échéance de faire traduire l'intégralité du Guide en anglais afin de pouvoir le diffuser le plus largement possible à l'international et ainsi promouvoir les "recommandations" françaises à l'étranger.

Ensuite, comme nous l'évoquons dans nos colonnes il y a quelques mois, favoriser l'émergence, au sein du CES, de groupes de travail sur les principaux thèmes abordés dans le Guide afin de maintenir une "veille" scientifique sur l'évolution des connaissances et des pratiques dans ce domaine. Toutes les personnes souhaitant participer ou animer ces groupes de travail sont priées de contacter le Collège.

Économie de la santé dans les pays en développement

Après le lancement à l'automne 2003 de sa nouvelle activité portant sur l'économie de la santé dans les pays en développement (projet ESPAD), le comité de coordination, composé de Membres du Collège, continue de mettre en place ses premières actions concernant l'animation et la coopération scientifique dans ce domaine.

Le premier rendez-vous est celui du colloque des 28 et 29 avril 2004 (voir ci-dessous). Puis dans les prochaines semaines, le Comité se réunira pour étudier le développement du réseau ESPAD. D'ores et déjà de nombreuses candidatures pour intégrer ce réseau sont parvenues au CES.

Enfin, un travail de collecte d'information et de constitution d'une base de données sur les publications dans ce domaine, devrait rapidement se mettre en place.

Colloque "L'amélioration de l'accès aux services de santé en Afrique francophone : le rôle de l'assurance"

Institut de la Banque Mondiale

Institut Multilatéral d'Afrique - CES

28-29 avril 2004 - CNAM - Paris

L'une des premières initiatives entreprises par le Comité de Coordination ESPAD a été de s'associer avec l'Institut de la Banque Mondiale (WBI) et l'Institut Multilatéral d'Afrique (IMA) pour l'organisation d'un colloque sur "Le financement des systèmes de santé en Afrique Francophone", avec le soutien du Ministère des Affaires Étrangères, de l'OMS et en partenariat avec de nombreuses organisations internationales (AFD, BIT, GTZ).

Ce colloque intervient dans le cadre du programme, lancé en 2001 par le WBI et le IMA, de formation aux problématiques d'assurance en santé des décideurs des pays d'Afrique francophone.

Le CES est en charge de l'organisation de la manifestation d'un point de vue logistique et est associé à l'élaboration du programme des 2 journées qui se tiendront, à Paris, au Conservatoire National des Arts et Métiers, hôte et partenaire du colloque.

Ces journées s'inscriront dans le cadre du cycle de séminaires internationaux sur l'assurance et le risque en santé (SEMINARIS) développé par le CES depuis début 2002. Le format et le type de contenu de cette 4^{ème} conférence SEMINARIS seront similaires aux 3 précédentes (intervention de professionnels et d'académiques, table ronde, large place pour le débat avec la salle...).

Toutes les informations concernant l'organisation, le déroulement et le programme de la manifestation sont disponibles sur le site internet du collège.

Compte tenu du nombre de places très limité, la capacité maximum d'accueil est pratiquement atteinte, au moment où nous écrivons ces lignes. Les membres qui souhaitent participer à ce colloque sont donc invités à contacter le plus rapidement possible le CES pour vérifier s'il est encore possible de s'inscrire.



COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

Les Coordonnées du Collège

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

CES – 7, rue de Cîteaux, 75012 Paris.

Tél: 01-43-45-75-65, Fax : 01-43-45-75-67,

E-mail : CES2@wanadoo.fr

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

La Lettre du Collège :

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