

**LE MESSAGE
DU PRÉSIDENT**

"L'économie de la santé est une branche mineure de la science économique". Voilà une affirmation que l'on entend souvent et qui n'est pourtant pas exacte. D'abord en raison de son imprécision. Qu'entend-t-on par "discipline mineure" ? Quel(s) critère(s) permet d'apprécier le caractère majeur ou mineur d'une discipline ? Des critères quantitatifs comme le nombre de chercheurs et d'enseignants qui la pratiquent ou des critères qualitatifs comme la qualité de la production collective de tous ceux qui y travaillent (à supposer qu'il soit possible de la définir) ? Des critères académiques tenant au statut de la discipline dans les cursus universitaires ou des critères sociaux renvoyant à l'importance des problèmes abordés pour la collectivité ? Préciser la définition amènerait rapidement à relativiser un jugement qui, comme beaucoup d'autres du même genre, paraît d'autant plus plausible qu'il est ambigu !

En fait il semble que cette appréciation de notre discipline renvoie à trois de ses caractéristiques aussi indiscutables que fondamentales.

D'abord son caractère appliqué. L'économie de la santé est "victime" – comme l'économie de l'éducation, des transports, de l'énergie, de l'environnement, etc. – de la "prime à la théorie" qui est certes universelle mais qui est particulièrement élevée en France, avec cette circonstance aggravante que la théorie y est souvent réduite à l'usage exclusif des mathématiques.

Ensuite son caractère institutionnel. Dans le domaine de la santé, plus qu'ailleurs, les mécanismes économiques sont "informés" par un contexte institutionnel lourd et omniprésent. Les raisonnements économiques ne peuvent faire abstraction de logiques professionnelles, organisationnelles ou politiques très prégnantes. Cela élève les "barrières à l'entrée" et contribue à donner de l'économie de la santé l'image d'une discipline descriptive, incapable de s'élever au-delà des contingences particulières du domaine.

Enfin, son caractère social. L'importance dans le domaine de la santé des questions d'équité, d'accès aux soins et de redistribution, a tendance à gêner une science économique qui, depuis les années 30, a délibérément choisi de privilégier l'étude de l'efficacité des allocations de ressources rares entre des usages alternatifs, plutôt que celles relatives à l'équité.

Ces trois attributs ne contribuent certes pas à faire de l'économie de la santé une discipline "distinguée" (au sens de Bourdieu) dans le champ académique. Mais plutôt que de les regretter ou de les minimiser, j'aurais pour ma part plutôt tendance à les revendiquer et à y voir autant de raisons pour considérer l'économie de la santé comme une discipline "majeure", majeure par rapport à la masse des ressources qu'elle brasse (10% du PIB), majeure par rapport à l'importance des enjeux politiques et sociaux qu'elle affronte, majeure enfin par rapport à l'avenir d'une science économique qui a trop souvent tendance à s'éloigner de la mission consistant à s'interroger sur les "affaires ordinaires de la vie" qu'Alfred Marshall lui assignait, fidèle en cela à toute une belle tradition oubliée de l'économie politique.

Claude LE PEN
Université Paris Dauphine

EDITORIAL :

**ECONOMIE DE LA SANTE : UN MOMENT PROPICE
POUR UNE NOUVELLE COOPÉRATION**

A larges traits, on peut considérer que les tâches des chercheurs en économie de la santé se distribuent entre trois fonctions :

- Chercher, c'est-à-dire accroître les connaissances afin de mieux comprendre les processus en cause, les comportements, actions et décisions pris et à prendre, ...
- Enseigner et former,
- Appliquer les connaissances établies, c'est-à-dire informer, conseiller les acteurs afin de favoriser leur mise en pratique.

Toutefois, toutes trois ne fonctionnent pas nécessairement de concert et engendrent des tensions perceptibles tant dans l'évolution de la discipline que dans les façons de la pratiquer, d'en rendre compte et de l'évaluer mais peut-être également dans les attentes que la recherche en économie de la santé suscite. On en décèle la trace dans les différentes contributions que cette lettre propose et qui toutes reviennent d'une façon ou d'une autre sur la place incertaine de l'économie de la santé entre, pour le dire vite, économie et médecine.

Comment, par exemple, privilégier la production dont peut rendre compte la littérature académique internationale, les revues à fort impact, sans délaisser l'information et l'enseignement des acteurs de terrain que sont notamment les professionnels du soin ?

Peut-on considérer que la discipline prospère parce que les économistes de la santé français sont de plus en plus présents dans les journaux de langue anglaise (ce qui est évidemment tout à fait important) alors que la profession médicale dans son ensemble est toujours, après plus de 30 ans, totalement réfractaire au moindre discours d'équité ou de rationalité économique, ou encore qu'une institution de recherche médicale et en santé, pour sa plus grande

part, ne ressent toujours pas comme légitime d'assurer à cette discipline ne serait-ce qu'une place très marginale ? Certes on connaît bien les raisons de cette situation et l'on ne saurait en tenir la discipline et ses membres pour seuls responsables. Mais il est peut-être temps de se demander si collectivement nous avons fait suffisamment pour que cela en soit autrement !

Le champ de la recherche et de l'enseignement est par nature un champ de compétition et de concurrence, et la baisse des effectifs étudiants en économie ne devrait faire qu'en renforcer les effets, mais la réforme des masters, la réorganisation à l'œuvre au CNRS, les ambivalences de l'Inserm appellent sans doute l'invention de nouveaux modes de coopération et de collaboration. Il s'agit en effet d'affronter de façon plus concertée et plus organisée tout à la fois les enjeux nationaux qui s'ouvrent tant du côté des enseignements de santé publique (par exemple la future EHESP, École des hautes études en santé publique) d'où l'économie de la santé ne pourra pas être absente et les enjeux européens que recouvrent à terme les écoles doctorales spécialisées et d'éventuels campus d'excellence, afin de pouvoir prétendre peser sur les choix.

Quel pourrait être le rôle du Collège dans cette réflexion ? Au minimum, comme c'est le cas dans ce numéro d'ouvrir le débat et de donner à chacun des éléments de compréhension de ce qu'il se passe ailleurs ? C'est essentiel car c'est dès maintenant que tout cela se joue.

Martine BUNGENER
CERMES (CNRS-EHESS-INSERM)

Quel devenir pour les formations en économie de la santé ?

La mise en place rapide du LMD conduit à remodeler de façon considérable le schéma des formations universitaires. Ces changements font craindre une perte de visibilité et d'attractivité pour les formations d'économie de la santé, dont le devenir est d'ailleurs indissociable de celui des cursus de science économique.

Un nouveau panorama de l'offre de formation

L'introduction de la réforme du LMD¹ comporte des avantages certains pour les étudiants, tout particulièrement en termes de mobilité et d'individualisation des parcours : les étudiants peuvent en effet capitaliser des crédits européens qui leur permettent en principe de changer d'université et de suivre une partie de leur scolarité dans une université étrangère. Par ailleurs, la réforme fait disparaître la sortie diplômante à Bac + 4 (l'ancienne Maîtrise) et favorise ainsi l'accès à une 5^{ème} année de formation pour tous les étudiants intégrant la première année du Master.

Mais la mise en place du LMD comporte aussi des inconvénients. En effet, la réforme s'est accompagnée d'un fort regroupement des formations afin de favoriser une mutualisation des moyens et l'atteinte d'une certaine " taille critique ". Aujourd'hui, les anciens DESS et DEA sont répartis au sein de quelques domaines dont la liste est choisie par chaque université ; l'intitulé du domaine donne le nom à un Master ; par exemple, le domaine économie-gestion d'une université possède un Master économie-gestion. Chaque Master est ensuite subdivisé en Mentions, elles-mêmes subdivisées en Spécialités. Ce sont ces Spécialités qui correspondent aux anciens diplômes de DESS et DEA, chaque spécialité offrant un parcours professionnel, un parcours recherche, ou un parcours mixte.

Quelle visibilité ?

Cette nouvelle organisation fait craindre une perte de visibilité de l'offre de formation et une moindre visibilité des formations professionnelles de niveau Bac + 5, alors que les anciens DESS étaient réputés en France, et bien valorisés tant par les étudiants que par les milieux professionnels. Ces craintes générales concernent également les formations en économie de la santé. Étudiants et professionnels ont-ils aujourd'hui du mal à s'y retrouver ? L'éventail des formations en économie de la santé a-t-il changé suite à la mise en place du LMD ?

¹ La réforme dite " du LMD " : Licence – Master – Doctorat vise à harmoniser les parcours universitaires en Europe avec trois niveaux de " sortie " validés par un diplôme, Bac + 3 avec la Licence, Bac + 5 avec le Master, Bac + 8 pour le Doctorat. Elle vise également à faciliter la mobilité des étudiants en exprimant chaque formation et chaque année de formation en crédits européens appelés crédits ECTS (European Credit Transfer System).

Une rapide recherche sur le web et sur nos sites préférés (CES, SFSP, LEEM...) montre que les anciennes formations de DESS ont effectivement évolué vers des spécialités de Master, mais se retrouvent aujourd'hui sous des intitulés plus complexes, à tiroir. Par exemple, le DESS " Economie et Gestion des Services de Santé " de l'Université de Paris 9 Dauphine est désormais l'une des spécialités² de la Mention " Économie et gestion des systèmes de santé et de protection sociale " du Master " Sciences économiques, Science politique, Sociologie ". Il devient difficile pour l'étudiant de trouver directement les informations pertinentes sur les sites des universités.

L'offre de formations s'est aussi multipliée et, en surfant, on trouve aujourd'hui avec les mots-clés " master professionnel économie de la santé " des diplômes ne comportant que quelques heures d'économie de la santé à proprement parler. La visibilité des formations offrant des compétences approfondies d'économie de la santé et d'évaluation économique s'en trouve sans aucun doute réduite.

Quelle attractivité ?

Outre cette perte de visibilité, l'attractivité des formations en économie de la santé subit aussi une désaffection prolongée des jeunes pour l'économie. Dans toutes les universités, de façon plus ou moins marquée, les effectifs se sont réduits en Deug, puis en Licence de sciences économiques. En dix ans, ils ont diminué de moitié ou plus encore selon les universités. Moins nombreux à l'issue de la Licence, faisant face à une offre de formation plus diversifiée, mais aussi plus complexe, les étudiants d'économie choisiront-ils encore de s'orienter vers des Masters d'économie de la santé ? Le risque est grand de voir disparaître certaines de ces formations, alors qu'elles offrent d'importants débouchés pour les étudiants et répondent aux besoins de compétences en économie de la santé des milieux professionnels. Ce serait alors fort regrettable tant pour les étudiants que pour les entreprises et les organisations de santé.

Face à la désaffection des économistes, les Masters professionnels peuvent faire évoluer les conditions de leur recrutement et attirer des étudiants titulaires d'une Licence dans d'autres disciplines (Administration Economique et Sociale, Sciences Sanitaires et Sociales, Gestion...). Ils peuvent aussi développer l'accueil en formation continue des professionnels de santé, médecins, cadres infirmiers..., aujourd'hui amenés à assumer des fonctions de gestion et d'évaluation. Il faut alors être attentif à la mise à niveau en économie, à l'accompagnement qui la permet afin que les futurs diplômés puissent effectivement acquérir une compétence en économie de la santé. Il faut également

² Désormais intitulée " Economie et Management des Services de Santé ".

être attentif aux conditions d'accueil des étudiants en formation continue qui peuvent s'engager pour un an de formation à temps plein ou deux ans à mi-temps, mais pourront difficilement s'inscrire dans un projet de formation plus long. Or les Masters professionnels se déroulent désormais sur 2 ans. Il conviendra alors d'adapter les rythmes de formation pour faciliter l'accueil de publics hétérogènes.

Les Masters recherche en économie de la santé exigent évidemment un bon bagage en théorie économique. Ces formations à la recherche – les anciens DEA – sont encore plus touchées par la désaffection pour l'économie. Elles sont confrontées en outre à une faible reconnaissance de l'économie appliquée par les critères académiques. Les conditions de qualification aux fonctions de Maître de Conférences montrent que les dossiers d'économie de la santé sont parfois écartés car insuffisamment ancrés dans la discipline et présentant des publications considérées comme trop "médicales". Les débouchés dans l'enseignement supérieur ou les organismes de recherche sont par conséquent extrêmement faibles pour les titulaires d'un Doctorat en économie de la santé alors que le coût d'entrée dans le domaine est élevé.

Quelques propositions

Le tableau est assez noir, mais permet de dégager quelques propositions pour l'éclaircir :

- Pour les Masters professionnels : il serait sans doute utile pour les étudiants et les professionnels de disposer d'une information plus claire et précise des formations professionnelles en économie de la santé : le CES recense déjà sur son site web bon nombre de formations et donne des éléments de contenu pour chacun des diplômes. Cette

information pourrait sans doute être complétée et améliorée, notamment pour mieux montrer les spécificités de chaque diplôme (économie, gestion, évaluation médico-économique, santé publique...), pour expliciter les procédures de sélection, de suivi et d'encadrement des étudiants et, surtout, pour préciser les débouchés professionnels visés ou que les anciens étudiants connaissent. Bien sûr, cela ne sera possible qu'avec la participation des responsables de formation qui fourniront les éléments nécessaires pour construire une telle typologie...

- Pour les Master recherche et les formations doctorales : la faiblesse des effectifs permet peut-être aux étudiants d'être mieux encadrés individuellement, mais surtout, elle nuit aux échanges entre les étudiants, à la dynamique insufflée par un groupe de recherche. N'y aurait-il pas moyen d'y remédier en établissant un partenariat entre les formations doctorales ? Mettre en place des séminaires communs, favoriser la réalisation de stage doctoral dans une autre équipe de recherche, permettre aux étudiants de bénéficier des compétences complémentaires des chercheurs et des spécialisations des équipes, créer un réseau des doctorants en économie de la santé...

Ces moyens d'action existent déjà, mais pourraient être organisés de façon plus systématique au bénéfice des étudiants... et à la plus grande satisfaction des enseignants et des chercheurs qui se mobilisent pour ces formations.

Sophie BÉJEAN

Université de Bourgogne, Dijon

HESG – CES WORKSHOP 2006

2^{ndes} Rencontres Franco-Britanniques en Économie de la Santé City University de Londres – 4 au 6 janvier 2006

La préparation des 2^{ndes} rencontres Franco-Britanniques en économie de la santé, qui se tiendront à Londres du 4 au 6 janvier 2006, se poursuit. Le second tour de l'appel à communications, qui s'est terminé le 30 septembre 2005, a permis de recueillir un nombre important de propositions d'articles (27 au total). Le processus de sélection est désormais en cours et devrait permettre de retenir de nombreuses communications de qualité. A l'issue de cette sélection, qui est aussi en cours chez nos amis britanniques, le programme devrait être disponible début novembre ainsi que les formulaires d'inscription. Les participants, qui se seront inscrits d'ici là, pourront accéder aux articles en ligne, dès la mi-décembre, sur le site du HESG : <http://www.hesg.org.uk>.

Nous espérons que vous serez très nombreux à participer à ces secondes rencontres qui seront, sans aucun doute, aussi enrichissantes et cordiales que celles qui se sont déroulées, avec succès, à Paris en janvier 2004. Nous comptons tous sur votre présence !

La place de l'économie de la santé dans les EPST

La présente contribution ne constitue pas une note de conjoncture visant à situer l'économie de la santé dans les grands organismes de recherche français. Elle cherche simplement à faire partager à l'ensemble de la communauté quelques éléments de réflexion sur la place de notre spécialité au sein des Établissements Publics à caractère Scientifique et Technologique (EPST), en espérant susciter le débat, lequel pourrait être retranscrit dans un futur numéro de la lettre du CES. Mon propos s'articule autour de trois questionnements.

Le premier élément de réflexion tient à la place réservée aux sciences de l'homme et de la société (SHS), et donc à l'économie de la santé, au sein des EPST. Il convient ici de distinguer clairement l'INSERM et le CNRS. A l'INSERM, les SHS constituent un ensemble indifférencié, au sein duquel se côtoient l'histoire, l'anthropologie, la sociologie, l'économie, les sciences politiques... qui demeure minoritaire au sein des disciplines dites de santé publique (épidémiologie, biostatistiques...). Cette situation tient au faible nombre de chercheurs relevant de ces disciplines dans un établissement principalement dédié aux sciences biomédicales. Le caractère minoritaire des SHS à l'INSERM pose cependant la double question, d'une part du positionnement disciplinaire et de la légitimité du projet scientifique (en raison de l'importance de l'interdisciplinarité, de la nécessité de s'accrocher à un programme scientifique plus large en association avec des disciplines mieux représentées au sein de l'organisme), d'autre part, de l'évaluation des unités de recherche et des chercheurs (réalisée par qui ? selon quels critères ?) et, par voie de conséquence, de leur développement et de leur évolution de carrière. Les interrogations sont nombreuses. Comment s'effectue l'évaluation des unités et des chercheurs au sein d'une commission pluridisciplinaire où chacune des disciplines est faiblement représentée ? Selon quels critères peut-on comparer la production scientifique des SHS avec celle des autres domaines scientifiques majoritairement représentés au sein de l'EPST ? Que signifie, à terme, la présence d'un aussi petit nombre de chercheurs SHS ? Dans les conditions actuelles, quel développement est envisageable pour les SHS ? La situation est probablement plus favorable au CNRS. Certes, il existe un débat récurrent sur la place des SHS au CNRS. En caricaturant à l'extrême les termes de ce débat, la question peut être posée comme suit : les SHS ne devraient-elles pas migrer vers l'Université pour permettre au CNRS de concentrer ses ressources sur les activités de recherche fondamentale ? Mais, au-delà de ce débat, par ailleurs important, il reste que l'organisation du CNRS respecte plutôt les contours des différentes disciplines. Au sein du Comité National, les SHS disposent de commissions spécifiques au sein desquelles les chercheurs sont assurés d'être évalués par leurs pairs selon des critères propres. Dès lors, il s'agit plutôt de s'interroger sur la place de l'économie de la santé au sein de la recherche en économie.

Le deuxième élément de réflexion renvoie à la difficulté de se définir comme économiste sectoriel dès lors que les critères d'évaluation de l'activité du

chercheur privilégient de plus en plus le nombre et qualité des publications, étant entendu que les revues généralistes de langue anglaise possèdent les meilleurs facteurs d'impact. Quelles sont les incitations pour un jeune chercheur de réaliser le détour d'une meilleure connaissance des systèmes et dispositifs institutionnels nationaux dès lors que cette expertise n'est pas aisée à valoriser en termes de publication dans les revues internationales ? Au-delà des discours, quelle importance est effectivement attribuée à la conduite de travaux à l'interface avec d'autres disciplines, généralement situés en marge des courants de pensée dominants, au cours du processus d'évaluation des chercheurs ? Cette question est particulièrement prégnante. Le positionnement d'une recherche appliquée en lien direct avec la demande sociale par rapport à une recherche de nature plus fondamentale et théorique au sein des EPST reste à préciser. Même s'il n'est pas impossible de publier des articles d'économie de la santé dans de bonnes revues généralistes (notamment lorsque le domaine de la santé apparaît comme un champ d'application particulier d'une démarche théorique plus générale), il faut reconnaître que l'exercice reste difficile, même pour les chercheurs les plus expérimentés. Néanmoins, l'évolution du nombre d'articles d'économie de la santé publiés dans des revues généralistes nationales ou internationales de bon rang par des chercheurs français ces dernières années est encourageante. Par ailleurs, des progrès récents d'ouverture à l'interdisciplinarité au sein du CNRS sont à saluer. Ainsi, une commission interdisciplinaire, intitulée " Santé et Société " a récemment vu le jour. Elle constitue une nouvelle opportunité de recrutement pour de jeunes chercheurs SHS travaillant dans le champ de la santé.

Le troisième élément de réflexion est de nature plus conjoncturelle. Le CNRS promeut actuellement de nombreuses opérations de restructuration, notamment de fusion d'unités de recherche, en vue de constituer des pôles de recherche possédant un potentiel humain de développement suffisant. Dans quelle mesure ces regroupements contribuent-ils à rendre plus visibles ou au contraire plus marginales, les équipes de recherche en économie de la santé ? Il est fort à craindre que l'économie de la santé n'apparaisse plus désormais, au sein de ces grosses structures, que comme un champ d'application particulier et non comme un objet de recherche à part entière (contrairement à ce qui est observé dans la plupart des pays où l'économie de la santé se structure autour de pôles autonomes), que les incitations en faveur des travaux purement théoriques se renforcent. Alors que la communauté des économistes de la santé français a beaucoup progressé ces dernières années en termes d'exigence scientifique, de contribution à la constitution d'un corpus théorique, de publications et d'implication dans les débats de société, ne faut-il pas redouter que la place qui lui est réservée au sein des EPST se réduise du fait de ces restructurations ?

Benoît DERVAUX

CRESGE – LABORES (URA-CNRS 362)

La recherche en économie de la santé à l'université française : Les structures, les enseignants-chercheurs et les doctorants.

Vingt ans après la création des Journées des Économistes Français de la Santé par nos amis Jean-Claude SAILLY et Thérèse Lebrun à Lille et quinze ans après la création du Collège, il était intéressant dans le cadre de ce numéro spécial sur la place de l'économie de la santé dans l'enseignement et la recherche en France de faire un rapide bilan de ces deux dernières décennies. Tout d'abord en faisant le point sur les forces vives et les structures d'accueil à l'université, ensuite en analysant la liste des thèses entamées et achevées en France au cours de cette période...

Les enseignants-chercheurs en économie de la santé

A l'occasion de la parution de l'annuaire 2005 du CES, la lettre du Collège de juin dernier avait donné lieu à une présentation des membres de l'association, permettant de mieux connaître le profil de ceux qui composent notre association et en particulier " les académiques ", à savoir les universitaires et les chercheurs des centres de recherches publics et privés. Ainsi, les 79 universitaires et les 47 chercheurs (CNRS, INSERM, centres de recherche) adhérant au CES, représentaient 59% des effectifs (comme en 2002) de l'association, soit avec 126 personnes, la majorité des membres.

Dans la suite de cet article, nous ne tenons compte que des universitaires en économie de la santé inscrits en section 5 (science économique) uniquement pour pouvoir mettre en regard ces effectifs avec les thèses entamées et celle soutenues en économie de la santé à l'université. Cependant dans un souci d'exhaustivité et de représentativité, il conviendrait d'associer certains enseignants-chercheurs en gestion, en santé publique ou autres, ce qui n'a pas été possible à ce stade, ainsi bien évidemment que la quarantaine de chercheurs au sein des EPST et autres centres de recherches qui participent activement à la recherche en économie de la santé et parfois à l'enseignement.

Parmi les membres et permanents du Collège, on compte donc 83 universitaires se répartissant ainsi :

Fonction	Effectif	% total universitaires
Professeurs d'Université	31	37,4%
<i>Économie</i>	18	21,7%
<i>Gestion</i>	3	3,6%
<i>Autres disciplines ou étranger</i>	10	12,1%
Maîtres de Conférences	38	45,8%
<i>Économie</i>	28	33,7%
<i>Gestion</i>	2	2,4%
<i>Autres disciplines ou étranger</i>	8	9,6%
Enseignants-chercheurs	4	4,8%
Doctorants	10	12,0%
Total université	83	100,0%

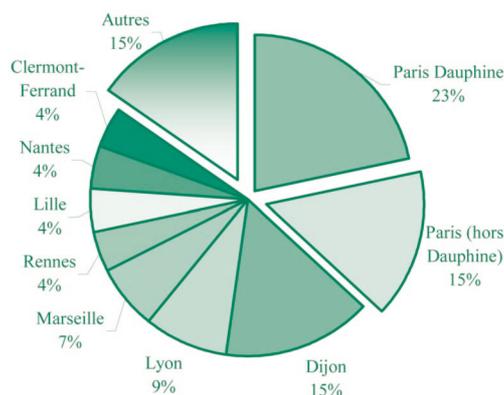
Concernant les professeurs d'université en économie, 5 bénéficiant de l'éméritat, on ne comptait au final au sein du CES que 13 professeurs d'économie de la santé en activité pour l'enseignement en France. Concernant les maîtres de conférences, membres de l'association, on en répertoriait, en juin, 25 en sciences économiques en France.

Depuis ce bilan de juin 2005, d'autres enseignants-chercheurs ont rejoint le Collège ou sont passés du statut de doctorant à maître de conférences, soit 3 maîtres de conférences en plus en économie de la santé. Au total, on dénombre donc aujourd'hui 46 enseignants-chercheurs titulaires de l'université, spécialisés en économie de la santé, au sein du Collège, soit environ 95% du total des universitaires français en économie de la santé. Les professeurs émérites étant ici comptabilisés car participant à la recherche et son encadrement (thèses). Pour compléter le panorama de l'enseignement et de la recherche, il convient de tenir compte des 4 enseignants-chercheurs non titulaires (PRAG, assistant...) et des 10 doctorants (sur les 67 identifiés ci-après, soit 15% uniquement...).

Les structures d'accueil en économie de la santé

Historiquement, les principaux centres de recherche universitaires en économie de la santé se situaient sur un axe Lille-Marseille, passant par Paris, Dijon et Lyon. D'ailleurs parmi les 11 centres de recherche membres du Collège, on en trouve 10 sur cet axe.

Cette particularité géographique se retrouve tout naturellement dans la répartition des 46 universitaires sur le territoire, avec cependant une montée en puissance de l'Ouest de la France avec Bordeaux, Nantes et Rennes et du Centre avec Clermont-Ferrand depuis quelques années.



Ainsi dans les 13 villes universitaires accueillant des centres de recherches en économies de la santé, Paris demeure le principal pôle de recherche en effectif avec 8 professeurs d'université (PU, éméritat compris) et 9 maîtres de conférences (MCF), et plus particulièrement l'Université Paris Dauphine avec 5 PU et 5 MCF !

Les thèses en économie de la santé

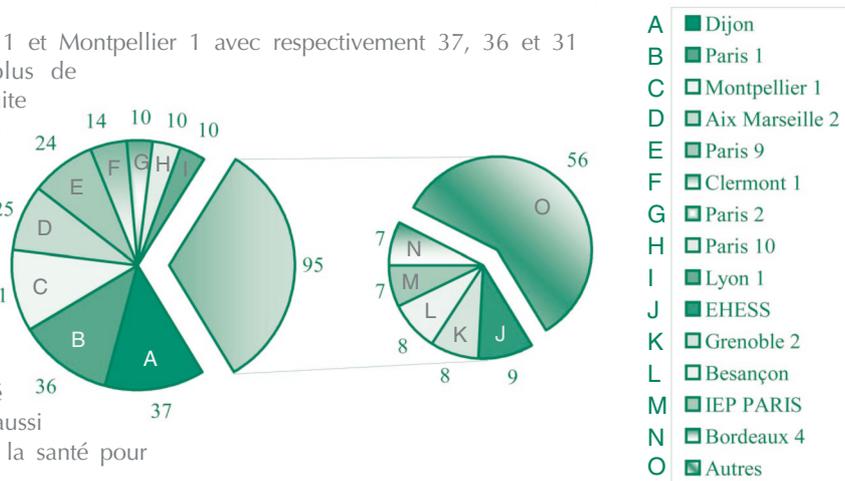
Au-delà des moyens, des structures et des effectifs, bien appréhender l'activité de la recherche universitaire passe par l'analyse de sa production ou, tout au moins, une partie, avec les thèses, les publications n'étant pas ici étudiées (elles devraient donner lieu à un article très prochainement). Pour des raisons pratiques, ne sont pris en compte ici que les thèses nouveaux régimes (et anciennes thèses d'état) soutenues en section sciences économiques depuis 1986. Certes, il aurait été intéressant de prendre en compte certaines thèses soutenues dans d'autres disciplines, comme la gestion ou la santé publique, et qui pouvaient être considérées comme de l'économie de la santé, mais malheureusement, la difficulté de les identifier et d'en connaître le contenu nous a incités à ne pas les comptabiliser dans ce premier travail.

Les inscriptions en doctorat entre 1982 et 2004 :

Nous avons identifié 292 inscriptions en première année de doctorat (nouveau régime) de science économique entre 1982 et 2004¹. Dans un souci d'exhaustivité, nous avons utilisé plusieurs sources d'information : tout d'abord, le Fichier Central des Thèses (<http://fct.u-paris10.fr/>) géré par l'université de Nanterre ; ensuite, le fichier des membres du Collège des Économistes de la Santé ainsi que l'interrogation de certains de ses membres ; enfin, le fichier SUDOC (Système universitaire de documentation) géré par l'ABES (Agence Bibliographique de l'Enseignement Supérieur : <http://www.abes.fr>) qui répertorie l'ensemble des travaux universitaires publiés, dont les thèses soutenues. Le recueil et l'analyse de ces différentes informations constituent un premier travail original qui devrait être complété prochainement par une étude plus détaillée.

La répartition géographique

Depuis 20 ans, ce sont Dijon, Paris 1 et Montpellier 1 avec respectivement 37, 36 et 31 inscriptions, qui ont accueilli le plus de doctorant en 1^{ère} année. Viennent ensuite Aix Marseille 2 (25), Paris 9 (24). On retrouve donc logiquement les centres les mieux dotés en personnel et les plus à même d'encadrer des doctorants. On note toutefois quelques spécificités avec les parts importantes d'inscription à Paris 1 et à Montpellier 1, malgré un nombre limité d'économistes de la santé. Ceci s'explique par la forte activité d'encadrement de ces derniers, mais aussi le recours à des non-économistes de la santé pour diriger ces thèses.

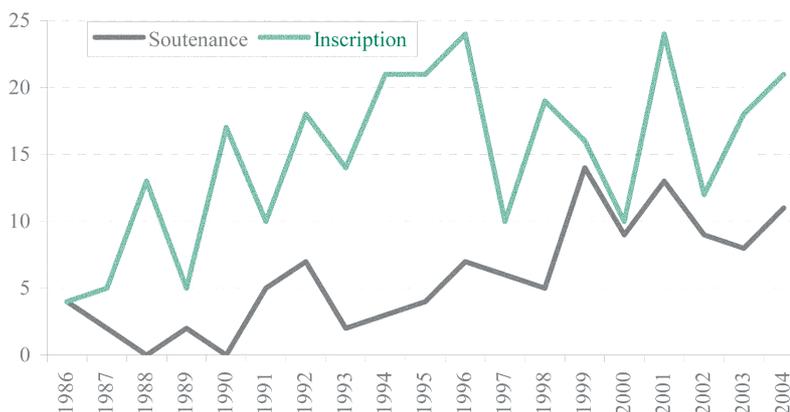


L'évolution depuis 20 ans

Après la forte croissance des inscriptions entre 1987 et 1996, on note une certaine stabilisation depuis. On peut cependant se féliciter de cette très nette progression qui se traduit depuis 2000 par une moyenne de 17 nouvelles inscriptions par an.

Les thèses soutenues

De façon mécanique, le nombre de thèses soutenues en économie de la santé a fortement augmenté depuis 1986. Ainsi de quelques unités au cours de la décennie 1980 (parfois aucune), nous sommes passés à une moyenne de 10 doctorats décernés chaque année depuis 5 ans. Le tableau, page suivante, présente un bilan, par université, des inscriptions et des thèses soutenues depuis 20 ans. En outre, il est intéressant de noter que près des 2/3 des 114 personnes ayant obtenu un doctorat en science économique appliquée à la santé au cours des deux dernières décennies sont membres du Collège.



¹ Nous avons retenu la période 1982-2004, d'une part, afin de prendre en compte les thèses soutenues à partir de 1986 (le délai moyen observé étant de 4 ans entre la 1^{ère} inscription et la soutenance) et d'autre part, la plupart des inscriptions en thèses s'effectuant entre octobre et décembre de chaque année, nous ne disposons pas de toute l'information sur 2005.

Universités	Doctorats		
	Inscriptions (1982-2004)	Obtentions (1986-2004)	En cours (2000-2004)
Dijon	37	20	5
Paris 1	36	10	6
Montpellier 1	31	13	2
Aix Marseille 2	25	10	7
Paris 9	24	10	5
Clermont-Ferrand 1	14	4	10
Lyon 1	10	5	4
Paris 10	10	5	4
Paris 2	10	7	1
EHESS	9	2	1
Besançon	8	4	2
Grenoble 2	8	0	2
Bordeaux 4	7	0	2
IEP PARIS	7	2	0
Autres	56	22	16
Total université	292	114	67

Les thèses en cours

On dénombrait, fin 2004, 67 thèses en cours, toutes entamées après 2000. Nous avons essayé de vérifier pour toutes celles non soutenues depuis sept ans (délai maximum dérogatoire observé) si le travail était toujours en cours ou si la thèse avait été abandonnée. A l'aide des informations communiquées par les directeurs de thèses et

une recherche sur Internet, nous avons déterminé qu'il y avait eu 26 abandons depuis 7 ans et qu'il semblerait bien que les 67 doctorats en cours soient effectifs. On peut donc estimer que la moyenne de 10 soutenances par an devrait au moins se maintenir dans les 4 prochaines années. A noter, la montée en puissance ces dernières années de certains pôles spécialisés dans les pays en développement, en particulier Clermont-Ferrand 1, et à un degré moindre Bordeaux 4.

Par contre, à l'inverse des universitaires et des docteurs en économie de la santé, dont la très grande majorité fait partie du CES, seuls 15% des doctorants sont membres du Collège et ils étaient moins de 3% il y a encore 1 an ! En effet, malgré un effort récent pour intégrer les "thésards" au sein de l'association pour leur faciliter leur insertion dans le milieu, bon nombre d'entre eux hésite encore à demander leur adhésion, pour diverses raisons. Les directeurs de thèse devraient d'ailleurs les y encourager, ne serait-ce que pour préparer l'après-doctorat, dans un contexte de raréfaction des postes en économie de la santé, aussi bien à l'université que dans les EPST. Il s'agit là de l'une des missions que s'est fixé le Collège.

Philippe ULMANN

Collège des Économistes de la Santé et CNAM

LA VIE DU COLLÈGE

Conseil d'Administration

Le 2 septembre dernier, s'est tenue la 3^{ème} réunion de l'année du conseil d'administration du Collège, au siège de l'association. A cette occasion, divers sujets ont été abordés et 3 nouveaux membres ont été admis (6 autres les ont rejoints depuis après consultation de la commission en charge des candidatures). Parmi les principaux thèmes de l'ordre du jour de la réunion, ce sont ceux des prochaines activités du Collège (rappelées dans ces colonnes) et des partenariats institutionnels que l'association essaye de mettre en place, qui ont occupé la majeure partie de la séance. Les membres du Collège seront bientôt informés de ces nouvelles initiatives.

Colloques en partenariat avec le Collège

2^{ème} colloque international "financement de la santé dans les pays en développement" - 1^{er} et 2 décembre 2005 – CERDI-Université Clermont-Ferrand 1

[En partenariat avec le CES et son réseau ESPAD.](#)

Programme et inscriptions disponibles en ligne sur le site du CERDI :

<http://www.cerdi.org/colloque/fspd2005/>

6th European Conference on Health Economics – Budapest – 6-9 juillet 2006.

Les propositions de communication doivent parvenir au comité d'organisation au plus tard le 1^{er} décembre 2005. Tous les détails sur : <http://www.eche2006.com>

LES ACTIVITÉS DU COLLÈGE

EURONHEED

**EURONHEED
France/CODECS**

*European Network of
Health Economics
Evaluation Databases*



Après la réunion de l'ensemble des responsables du projet, le 15 septembre 2005, à l'occasion du 3^{ème} comité directeur EURONHEED, le lancement officiel de la base a été décidé pour novembre

prochain, accompagné d'une grande campagne de communication nationale et internationale visant à faire connaître de projet.

Vous pouvez d'ors et déjà vous connecter sur : <http://www.euronheed.org> et accéder à plus de 4 000 références en ligne !

A l'occasion de ce lancement, la livraison de décembre de la Lettre sera consacrée à EURONHEED avec différents articles et un point sur les prochains développements envisagés (géographiques et thématiques).



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 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 : Julie Cardi, Philippe Ulmann.
Réalisation : Louyot.
Tirage : 500 exemplaires.
ISBN : en cours