

IRDES

**Rapport d'activité
2009**

Avril 2010

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président	François Joliclerc
Trésorier	Jean-Marie Langlois
Membres	Hubert Allemand, Jean-Martin Cohen-Solal, Laure Com-Ruelle, Thierry Debrand, François Gin, Bernadette Hilpert, David Ollivier-Lannuzel, Dominique Liger, Christine Meyer, Bernard Salengro, Frédéric Van Roekeghem.

CONSEIL SCIENTIFIQUE

Président	François Héran
Membres	Didier Blanchet, Marc Brodin, Martine Bungener, Mathieu Cousineau, Guy Desplanques, Brigitte Dormont, Pierre-Yves Geoffard, Pierre-Jean Lancry, Annette Leclerc, Pierre Lombrail, Andrée Mizrahi, Arié Mizrahi, Lucile Olier, Dominique Polton, Gérard de Pouvourville, Philippe Ricordeau, Lise Rochaix, Simone Sandier, Alain Trognon, Philippe Ulmann.

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Directeur	Yann Bourgueil
Directrice adjointe	Catherine Sermet
Secrétaire générale	Dominique Goldfarb
Cadre administratif	Isabelle Henri
Assistante de direction	Catherine Banchereau
Directeurs de recherche	Laure Com-Ruelle, Philippe Le Fur
Maîtres de recherche	Thierry Debrand, Paul Dourgnon, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès, Zeynep Or, Marc Perronnin, Thierry Rochereau
Chargés de recherche	Anissa Afrite, Anne Aligon, Caroline Allonier, Mohamed Ali Ben Halima, Magali Coldefy, Isabelle Evrard, Pascale Lengagne, Lionel Marcoux, Sylvain Pichetti, Aurélie Pierre, Fatiha Rachedi Habi, Camille Regaert, Nicolas Sirven, Christine Sorasith
Attachés de recherche	Nicolas Briant, Martine Broïdo, Nicolas Célant, Violaine Eudier, Stéphanie Guillaume, Nelly Le Guen, Marie-Camille Lenormand, Frédérique Ruchon
Chercheurs associés	Thomas Cartier, Laurent Davezies, Caroline Despres, Carine Franc, Pauline Givord, Michel Grignon, Florence Jusot, Bidénam Kambia-Chopin, Michel Naïditch
Pôle documentation	Marie-Odile Safon, Suzanne Chriqui, Véronique Suhard
Pôle publication-communication	Anne Evans, Khadidja Ben Larbi, Sandrine Béquignon, Franck-Séverin Clérembault, Damien Le Torrec, Anna Marek
Pôle web	Jacques Harrouin, Aude Sirvain
Informaticien	Bruno Dervillez

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. PÔLES DE RECHERCHE	3
1.1 Pôle 1. Contribution des soins primaires à la performance des systèmes de santé	3
1.1.1 Projets Prospere	4
A189. Prospere - Projet de constitution d'une équipe émergente pluri-institutionnelle et pluri-disciplinaire pour le développement de la recherche sur les services de soins de premiers recours	4
A236. Appariement des données de l'Observatoire de la médecine générale (OMG) aux prestations de l'Assurance maladie (Sniiram)	6
A180. Evaluation des maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) dans les deux régions de Bourgogne et Franche-Comté.....	7
A179. Evaluer l'apport des centres de santé en termes d'accès aux soins et de réduction des inégalités de santé – Projet Epidaure – CDS.....	9
A225. Evaluer les expérimentations de nouveaux modes de rémunération en maisons, centres et pôles de santé (article PLFSS 44)	9
A164. Relations entre temps de travail des médecins libéraux et niveau des honoraires perçus. Etude de faisabilité.....	11
A043. Contexte des séances de médecins et satisfaction des patients	12
A194. Séminaire international à Paris sur les soins primaires en France : état des lieux et perspectives (21 octobre 2009)	12
1.1.2 Autres projets	13
A219. Baromètre médecins généralistes INPES	13
A215. Etude des listes d'attente pour accéder aux soins médicaux en France.....	14
A149. Asalee : actions de santé libérale en équipe.....	14
A065. Dotation des secteurs de psychiatrie générale et mise en perspective de celle-ci avec le recours à la médecine générale et à la psychiatrie libérale d'Île-de-France.....	15
A190. Evaluation du coût des pathologies psychiatriques.....	15
A123. Evolution du recours aux visites de généralistes selon les caractéristiques des patients ..	16
AXXX. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles ..	16
A042. Polypathologie et polyprescription en médecine générale (enquête SFMG-polychrome)	17
A064. Evaluation du dispositif du médecin traitant.....	17
1.1.3 Projets européens	18
A162. AO Nivel : Primary Healthcare Activity Monitor for Europe – Phameu	18
A195. Appel d'offre en cours : AIR CEE : Addressing Inequalities in Regions. La revue de la littérature sur la contribution des soins primaires à la réduction des inégalités de santé dans le cadre du projet AIR	19
1.2 Pôle 2 - Performance des soins hospitaliers et de long terme	21
1.2.1 Financement, activité et qualité des soins hospitaliers	22
A139. Etude du PMSI-HAD	22
A140. Participation à l'étude les « SSIAD lourds »	23

A055.	Exploitation seconde de la base de l'Etude Nationale de Coûts : coûts hospitaliers de pathologies fréquentes	24
A181.	Financements des hôpitaux publics et privés : réflexions sur une convergence tarifaire ..	24
A150.	Lien entre volume d'activité et qualité dans les établissements de santé	25
A196.	Euro-DRGs	25
A053.	La qualité des soins hospitaliers : incitation par le financement	26
1.2.2	L'organisation des soins de long terme.....	26
A135.	Home care : Mise en place d'un recueil standardisé de données sur les soins délivrés à domicile dans 30 pays européens	26
A161.	Health systems and long-term care for older persons in Europe: Modelling the INTERfaces and LINKS between prevention, rehabilitation, quality of services and informal care.....	27
A204.	Économie des soins de long terme - Projet de recherche Legos-Irdes pour la MiRe.....	28
1.3	Régulation du médicament	33
A191.	Le marché des médicaments similaires (ou me-too)	33
A101.	Effets des déremboursements sur la prescription pharmaceutique	34
1.4	Santé et territoires	35
A067.	Distances d'accès aux soins.....	35
A218.	Analyse des disparités de consommation de soins hospitaliers en France : une approche territoriale	35
A224.	Colloque ENHERGI.....	36
A050.	Support technique à l'Urcam Champagne-Ardenne	36
A143.	Une approche de la construction sociale et territoriale de la prise en charge de la maladie mentale, à travers l'analyse de l'histoire des processus de localisation et de découpage structurant l'offre de soins de psychiatrie en France	36
1.5	Inégalités sociales de santé et recours aux soins	39
1.5.1	Facteurs économiques et sociaux de l'état de santé.....	39
A031.	Etude Intermède : L'interaction entre médecins et malades, productrice d'inégalités sociales de santé ?	39
A198.	Morbidité détaillée des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2006 et motifs de recours aux soins de médecins	40
A184.	Accès aux soins des personnes en situation de handicap.....	41
A203.	Comment prendre en compte les besoins de soins non satisfaits, une étude méthodologique des renoncements de soins auto-déclarés dans l'enquête ESPS	41
A157.	Intégration, santé et accès aux soins en France	41
A030.	La santé des adultes selon leur origine sociale : transmission intergénérationnelle des inégalités sociales de santé	43
A120.	État de santé et consommation de soins de la population immigrée en France.....	44
A158.	Réseau de recherche international sur le Capital Social et l'Etat de Santé	46
1.5.2	Participation sociale et santé.....	46
A220.	HEAPS : Health Economics of Ageing and Participation in Society - Vieillesse et participation à la société : une approche en économie de la santé	46

1.5.3 Comportements de santé et de prévention	47
A202. Impact du facteur de risque alcool sur l'état de santé et le recours aux soins.....	47
A005. Enquête Alcool et jeunes en France.....	47
A201. L'influence de l'entourage sur la consommation d'alcool des jeunes	49
A197. Enquête européenne sur la consommation d'alcool des adultes jeunes	49
A117. L'asthme en France, en 2006	50
1.5.4 Travaux méthodologiques	53
A217. La mesure du recours aux services de santé, une comparaison de deux sources d'information sur le recours aux soins.....	53
1.6 Pôle 6 - Economie de l'assurance en santé	55
1.6.1 Réformes, équité et redistribution dans le système d'assurance maladie français	55
A087. Microsimulation dépenses de santé	55
A199. AMARE : Assurance maladie entre Acceptabilité, Redistribution et Equité	56
A033. Analyse des « restes à charge » des bénéficiaires de la MGET	56
A166. Analyse des causes du non-recours à l'Aide à la complémentaire santé (ACS).....	57
A167. Enquête sur le recours à l'Aide à la complémentaire santé.....	57
A206. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU complémentaire : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins et de dentistes parisiens .	59
1.6.2 Le rôle de la complémentaire santé.....	60
A006. Couverture d'entreprise : enquête 2009 auprès des établissements et des salariés	60
A188. La couverture complémentaire santé collective se substitue-t-elle au salaire ?.....	61
A038. Évaluation du dispositif d'aide à la mutualisation ou crédit d'impôt.....	62
A200. Impact des franchises sur les consommations de médicaments	62
1.6.3 Assurance et arrêt maladie.....	63
A040. La construction d'une base de données pour l'étude des IJ et des AT/MP	63
A039. Les déterminants des Indemnités journalières	64
A130. Analyse des déterminants individuels et contextuels des AT/MP	64
A246. A247. A248. Collaboration avec le D3E de l'Insee.....	65
A136. PENSARE : PENibilité, SANté et Retraite – Etat de santé et pénibilité du travail : deux facteurs explicatifs du départ en retraite.....	65
A137. Organisation du travail, santé et consommation de soins.....	66
1.7 Pôle 7 - Analyse des systèmes de santé et comparaisons internationales	67
A085. Collaboration Bertelsmann : Health Policy Monitor	68
A159. AO Iresp - Impact de l'organisation et du financement des systèmes de santé sur l'ampleur des inégalités de soins préventifs	68
A172. Accès aux soins et choix dans les systèmes bismarckiens et beveridgiens.....	69
A083. Observatoire franco-qubécois de la santé et de la solidarité (OFQSS)	69

2. PÔLE OUTILS / ENQUÊTES	71
2.1 Unité ESPS et bases assurance maladie	71
A001. Enquête Santé et Protection sociale (ESPS)	71
A175. Préparation du terrain de l'enquête 2010	71
A106. Apurement et mise à disposition des données de l'enquête 2008.....	72
A176. Appariement Ocam - enquête 2010	72
A002. Appariement de l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) 2006 et 2008 avec l'échantillon permanent d'assurés sociaux (Epas).....	73
A002.b La consommation médicale en 2004 selon les caractéristiques individuelles.....	74
2.2 Unité Share	74
A003. Enquête Share (générale)	74
A003. Enquête Share – Troisième vague : Sharelife.....	76
A003. Enquête Share – SharePrep (Modernisation majeure de Share – phase préparatoire)	76
A003. Enquête Share - Share-Leap (Perfectionnement longitudinal et amélioration de l'accès à l'infrastructure Share)	77
2.3 Unité Eco-Santé.....	77
2.4 Outils	80
A099. Enquête décennale HID INSEE 2008	80
B018. Indicateurs de suivi des objectifs de la loi de santé publique.....	81
3. THÈSES ET HDR	83
A143. Une approche de la construction sociale et territoriale de la prise en charge de la maladie mentale, à travers l'analyse de l'histoire des processus de localisation et de découpage structurant l'offre de soins de psychiatrie en France.	83
F008. La dimension sociale du développement : stratégies individuelles d'investissement social et leur impact sur le bien-être et la santé.....	83
F008. De l'impact des politiques publiques sur les comportements individuels : Emploi - Logement – Santé	84
F008. Thèse : Analyse de l'assurance AT-MP.....	85
F008. Thèse sur travaux portant sur les politiques publiques d'accès aux services de santé et leur impact sur les inégalités sociales de recours aux soins.	86
4. RÉPONSES AUX APPELS D'OFFRE	89
5. DOCUMENTATION	93
6. PUBLICATIONS	103
7. AUTRES ACTIVITÉS	119
8. PARTENARIATS	129
9. GLOSSAIRE.....	133
ANNEXE 1 : LISTE DES CONVENTIONS ESPS ÉTABLIES EN 2009.....	137

INTRODUCTION

En introduction au présent rapport d'activité qui détaille l'ensemble des actions réalisées au sein de l'Irdes, regroupées par pôle et par domaine d'activité, nous en présentons ici une synthèse incluant également les événements marquants de l'année.

Les projets de recherche

Plusieurs projets ont démarré en 2009 dans différents pôles, certains d'entre eux s'inscrivant d'emblée dans un agenda pluriannuel. Nous en citons les principaux.

Ainsi, l'équipe émergente pluridisciplinaire *Prospere* (cf. p. 4), coordonnée par l'Irdes et rattachée au pôle soins primaires, a démarré son activité en janvier 2009 pour quatre années.

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Partenariats/Prospere/index.htm>

Un premier bilan réalisé par l'Iresp, fin 2009, s'est révélé favorable à la poursuite des travaux entrepris, ceux-ci étant d'ailleurs enrichis d'un travail supplémentaire visant à *évaluer les expérimentations de rémunération en maisons, centres et pôles de santé* (cf. p. 9). L'étude des *listes d'attentes pour accéder aux soins médicaux* (cf. p. 14), ainsi que celle relative au *regroupement des médecins généralistes libéraux* (cf. p. 13), en partenariat avec l'INPES, projets du pôle soins primaires ont également démarré en 2009.

De son côté, le pôle géographie a engagé le début des travaux relatifs aux *distances d'accès aux soins* (cf. p. 35) et à la *disparité territoriale des consommations de soins hospitaliers en France* (cf. p. 35).

Le pôle assurance a démarré plusieurs projets d'envergure dont les projets *Heaps (Health Economics of Ageing and Participation in Society - Appel projet ANR)*, cf. p. 46, et *AMARE (Assurance Maladie entre Acceptabilité, Redistribution et Équité : modèle de microsimulation statique)*, cf. p. 56.

Le pôle médicament, récemment reconstitué, a engagé des travaux relatifs aux *déterminants des prix des médicaments dits similaires* (cf. p. 33).

Les projets européens

L'Irdes est également engagé, généralement comme partenaire, dans plusieurs projets européens, dont certains ont été poursuivis en 2009, tels les projets *Phameu (Primary Health Activity Monitor in Europe)*, <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/International/Phameu.html>, cf. p. 18, et *Euomap* (cf. p. 26) sur les soins au domicile en Europe, pilotés par l'institut Nivel aux Pays-Bas, ou le projet *Interlinks* cf. P. 27). L'année 2009 a été marquée par le démarrage de deux nouveaux projets européens. Le projet *AIR (Addressing Inequalities in Region)* cf. p. 19, piloté par le conseil régional d'Aquitaine pour le réseau des régions Einrich en Europe, et le projet *EuroDRG's*, <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/International/EuroDRG.html>, (cf. p. 25), visant à comparer les coûts hospitaliers en Europe.

Les événements scientifiques et la valorisation de la recherche

L'Irdes organise régulièrement des manifestations scientifiques (colloques et séminaires). Deux événements de ce type ont marqué l'année 2009 :

- l'organisation du *Forum Franco-Québécois*, sur le thème du cancer au quotidien, qui s'est tenu au Québec en mai 2009 et dont les actes feront l'objet d'un numéro spécial de la revue de l'OFQSS (cf. p. 69) ;

- l'organisation, en partenariat avec la Drees, d'un colloque international sur le thème « Politiques et organisation des soins primaires : concepts, outils et pratiques en Europe et aux États-Unis. Quels enseignements pour la France ? », le 21 octobre 2009, (cf. p. 12)
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Colloques/Prospere/index.htm>

Cette manifestation a rassemblé 190 participants d'appartenance multiples (professionnels, administrations, chercheurs) et fera l'objet de la publication d'un numéro spécial de la *Revue française des affaires sociales (RFAS)* en 2010.

La valorisation de la recherche comprend les communications à des colloques, séminaires et congrès, lesquelles ont représenté, en 2009, 85 participations de chercheurs Irdes à des manifestations diverses de microéconomie, santé publique et épidémiologie. Elle comprend également les publications dans des revues pour lesquelles on relève, en 2009, un rythme soutenu de production, avec une augmentation notable des publications auprès des revues à comité de lecture mais également, dans les revues professionnelles et ouvrages (cf. p. 103).

Les bases de données et les outils et enquêtes

Concernant l'appariement des bases de données, l'année 2009 a été marquée par la mise à disposition de la base Hygié, auprès des partenaires qui ont contribué à sa constitution (Cnav, Drees, Cnamts), cinq années après le lancement de ce projet en 2004 :

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Partenariats/Hygie/index.htm>

Un programme de recherche sur trois ans a été élaboré en 2009 par l'Irdes. Il comprend notamment le recrutement d'un économiste en 2010. Par ailleurs, le projet *Monaco (Méthodes, Outils et Normes pour le rapprochement des données des assurances maladies obligatoires et complémentaires)*, cf. p. 72, a donné lieu, en 2009, à la mise en place des partenariats avec les assureurs complémentaires.

Côté enquêtes, l'année 2009 a été consacrée à :

- la mise en oeuvre du terrain de *l'enquête Protection Sociale d'Entreprise (PSE)*, cf. p. 60, pour des premiers résultats en 2010, dans le cadre d'un colloque organisé conjointement avec le Cnam et l'Ires ;
- la préparation de *l'enquête santé protection sociale 2010* à partir de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) de la Cnamts et la mise au point de nouvelles procédures du fait du renouvellement de l'échantillon (cf. p. 71) ;
- l'organisation du relais en France de *l'enquête SHARE* (cf. p. 74) dont la charge du financement est progressivement transmise des fonds européens aux fonds français et dont l'Insee se retire en partie conduisant ainsi l'Irdes à prendre en charge à la fois une partie du pilotage et de la gestion ainsi que la recherche de financements.

Mouvements de personnel

Enfin, l'année 2009 a été également marquée par des mouvements de personnel, habituels à l'Irdes mais dominés par le départ fin septembre de la directrice Chantal Cases pour prendre la direction de l'Ined. Cinq autres personnes ont quitté l'Irdes : deux économistes (Bidénam Kambia Chopin et Georges Menahem chercheur CNRS détaché), deux statisticiens (Nathalie Grandfils et Thomas Renaud) et la responsable de la communication et des publications, Nathalie Meunier. Ces départs ont été en partie compensés en 2009 par l'arrivée de deux nouvelles personnes : Sylvain Pichetti, économiste affecté au pôle médicament et Valérie Evans qui a pris le poste de responsable de la communication et des publications.

1. PÔLES DE RECHERCHE

1.1 Pôle 1. Contribution des soins primaires à la performance des systèmes de santé

Le lancement de l'équipe Prospere, son organisation ainsi que la mise en oeuvre du programme de travail ont constitué une activité principale pour l'ensemble des chercheurs du pôle. Plusieurs travaux qui étaient engagés en 2008 et qui s'intégraient dans le programme de l'équipe ont été achevés (évaluation des maisons de santé pluridisciplinaires, séminaire international sur les soins primaires le 21 octobre, polypathologie et polyprescription en médecine générale) ou poursuivis en 2009 (projet Epidaure). Deux projets européens auxquels les chercheurs du pôle participent permettent d'investiguer les cadres d'analyse et de comparaison des modèles de soins primaires en Europe (Phameu) et la problématique plus spécifique des inégalités de santé et des soins primaires, notamment par une approche de revue de la littérature (projet AIR). Les principaux chantiers de l'équipe Prospere, qui ont fortement mobilisé le pôle « Contribution des soins primaires à la performance des systèmes de santé », sont le projet d'appariement OMG¹/Sniiram qui est désormais bien avancé (test d'accrochages, dossier Cnil) et l'entrée dans l'évaluation des expérimentations des nouveaux modes de rémunération. Enfin, le temps alloué à la recherche par le financement Prospere a permis à l'un des chercheurs de l'équipe de soumettre un papier accepté à la revue *Social Sciences and Medicine* et un autre relatif à l'évaluation d'Asalee, au journal *Health Policy*. Ces soumissions de papiers s'intègrent dans le cadre de la réalisation d'une thèse sur travaux.

Les travaux de l'équipe Prospere ont fait l'objet d'une évaluation en fin d'année par deux évaluateurs mandatés par l'Iresp². L'ensemble des travaux et leur évaluation ont fait l'objet d'une présentation orale à laquelle participaient les représentants de l'Iresp et de la Cnamts, en présence des membres de l'équipe Prospere. Le rapport d'évaluation produit par l'équipe ainsi que les évaluations seront présentés sur la page Web Prospere. Les conclusions de l'évaluation sont positives mais soulignent néanmoins l'importance de mieux problématiser les questions de recherche, ce qui est attendu pour le bilan de 2010.

Il est important de souligner que l'évaluation des expérimentations de rémunération a été confiée à l'équipe Prospere qui a vu pour cela sa dotation augmenter de 100 K€.

Enfin, plusieurs travaux menés dans le cadre du pôle et moins spécifiquement rattachés au programme de l'équipe Prospere ont été menés en 2009, comme l'étude du regroupement des médecins généralistes d'après les trois enquêtes du baromètre en médecine générale de l'INPES (1998, 2002, 2008), le temps de travail des médecins généralistes, l'étude des listes d'attente pour accéder aux soins médicaux en France, la typologie des secteurs psychiatriques, l'évaluation du dispositif médecin traitant.

Le bilan de l'année 2009, centré sur le projet Prospere, montre un engagement des travaux d'une équipe émergente désormais fonctionnelle dont les résultats doivent être confirmés en 2010 et 2011.

¹ Observatoire de la médecine générale

² Institut de recherche en Santé publique

1.1.1 Projets Prospere

A189. Prospere - Projet de constitution d'une équipe émergente pluri-institutionnelle et pluridisciplinaire pour le développement de la recherche sur les services de soins de premiers recours

Yann Bourgueil, Philippe Le Fur, Julien Mousquès, Michel Naïditch, Aurélie Pierre, Nathalie Pelletier Fleury, Etienne Minvielle, Carine Franc, Marc le Vaillant, Philippe Boisnault, Didier Duhot, Philippe Sizsdun

L'organisation du travail en équipe

L'année 2009 a été consacrée à la mise en œuvre du fonctionnement opérationnel de l'équipe Prospere. Les modes opératoires de l'équipe reposent sur le principe d'une réunion mensuelle (d'une journée entre janvier et juin, devenue une demi-journée depuis septembre, toujours suivie d'un repas pris en commun). Cette réunion a lieu à tour de rôle dans les locaux de chaque équipe partenaire du projet (SFMG³, Cermes⁴, Irdes). Le principe de ces réunions est de discuter collectivement et de manière interdisciplinaire des projets en cours (état d'avancement, difficultés rencontrées, aides demandées) et des résultats obtenus, mais également des projets nouveaux. Ce mode de fonctionnement permet ainsi de partager les analyses, confronter les points de vues, décider des orientations, notamment dans le cadre du projet général de l'équipe. Les réunions font l'objet d'un compte rendu. C'est principalement par ce mode de travail collectif que l'ensemble des membres de l'équipe se retrouvent et constituent ainsi progressivement une équipe de travail.

Des sous-groupes relatifs aux différents projets sont constitués à la demande et en fonction des intérêts de chacun (groupe sur l'appariement OMG/Sniiram, groupe sur l'analyse de la performance à partir des données de l'OMG).

Une liste de diffusion par courriel a été réalisée, permettant la diffusion rapide des informations au sein de toute l'équipe. De même, les chercheurs qui le souhaitent sont inclus dans les listes d'envoi du service de documentation de l'Irdes et bénéficient ainsi du service de veille documentaire et bibliographique, notamment dans le domaine des soins primaires. Nous avons également mis en place un principe de relecture des propositions de papiers au sein de l'équipe.

Enfin, l'équipe Prospere s'est dotée d'un logo et d'une page Web ainsi que d'une présentation résumée en anglais. La page Web est accessible sur les sites de chaque équipe partenaire (SFMG, Cermes, Irdes). Cette page présente le projet tel qu'il a été soumis et validé par le conseil scientifique de l'Iresp

⇒ <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Partenariats/Prospere/index.htm>

La temporalité des travaux, la production de connaissance et la demande institutionnelle

Les travaux de l'équipe Prospere portent sur des questions d'actualité qui sont pour partie inscrites à l'agenda législatif, politique et institutionnel (expérimentations de rémunération au titre de l'article 44 du PLFSS 2008, loi Hôpital, patient, santé et territoires (HPST) de juillet 2009, lancement du Contrat d'Amélioration de la Performance Individuelle (Capi) par la Cnamts, en juin 2009, Mission ministérielle Vallancien sur les Maisons de santé, en juin 2009). Il importe dès lors pour l'équipe Prospere, qui a pour thème la recherche sur les services de santé, de gérer la temporalité des projets de recherche et le temps de la production « académique » avec le temps, parfois court, de la décision publique et ses impératifs de communication et de décision. Cette gestion consiste principalement à

³ Société française de médecine générale

⁴ Centre d'études et de recherches médicales et sanitaires

répondre aux sollicitations des institutions diverses, comme les administrations centrales du ministère, la Cnamts, mais également les professionnels demandeurs de résultats dans un délai court, dans une perspective d'anticipation, voire de négociation, et informer les membres de l'équipe de ces demandes, de leurs articulations possibles avec les axes de recherche et les moyens de l'équipe et enfin des réponses à donner. L'équipe a ainsi été amenée à débattre régulièrement d'opportunités de réponses à des demandes, par exemple répondre à un appel d'offre de la Cnamts pour étudier les coûts de façon comparée entre exercice individuel, exercice de groupe ou centre de santé, dans un temps court, ou débattre des conditions d'engagement de l'équipe dans l'évaluation des expérimentations de rémunération en maisons, pôles et centres de santé. Sont alors mises en avant les conditions méthodologiques de réalisation permettant ou non une publication à caractère scientifique et les modalités de diffusion des travaux. Par ce biais, l'équipe Prospere se constitue, au travers des situations et des décisions prises, une pratique (une sorte de jurisprudence) de la recherche sur les services de santé ainsi que des modalités de transferts des réflexions, résultats et méthodes, auprès des acteurs du système de soins. Cette activité qui occupe un temps conséquent de coordination et de débat est détaillée dans la rubrique « activité translationnelle » du rapport Prospere, en référence à la littérature anglo-saxonne sur le « knowledge transfer », thème de recherche outre-atlantique, notamment dans le domaine de la recherche sur les services de santé.

La mise en œuvre d'un programme de recherche mobilisant trois équipes et un groupe de treize chercheurs est nécessairement soumise à des adaptations et ajustements imposés par des questions de ressources humaines (changements de projets individuels, événements inattendus), des événements en lien avec la vie de chaque institution (questions financières, réorganisations institutionnelles...), les évolutions du contexte politico-institutionnel général, mais également des partenaires pressentis. C'est la raison pour laquelle nous présentons les travaux de l'équipe Prospere menés en 2009 en distinguant ceux qui ont été menés tels que le prévoyait le programme et ceux qui ont été inscrits au programme à la suite d'opportunités, de sollicitations, ou en remplacement d'autres projets envisagés initialement, et enfin, ceux que nous n'avons pas réalisés alors qu'ils étaient programmés.

Certains travaux, notamment à l'Irdes et à la SFMG étaient déjà engagés en 2008 et ont, pour une bonne partie d'entre eux, contribué à l'élaboration du programme de l'équipe. Le projet Prospere vise notamment à rassembler et compléter ces travaux dans un cadre global commun problématisé autour de la question de la définition et de la mesure de la performance de ces organisations de soins. L'enjeu, notamment pour les chercheurs de l'Irdes et de la SFMG qui sont impliqués dans ces travaux, est de publier leurs résultats dans des revues à comité de lecture, de langue anglaise ou française. Il s'agit, par exemple, de l'évaluation du dispositif Asalée, l'évaluation des maisons de santé et celle des centres de santé, inscrite au programme de l'Irdes 2009-2011.

D'autres travaux de l'équipe ont débuté en 2009 et s'inscrivent également dans le cadre pluriannuel du projet tel que présenté à l'Iresp. Ces projets concernent plus fréquemment les chercheurs du Cermes et portent notamment sur la thèse de Nicolas Krucien, l'enquête menée par Carine Franc ou encore le projet d'appariement OMG/Sniiram.

L'ensemble des travaux a été présenté dans le rapport complet soumis à l'Iresp. Ce rapport a fait l'objet d'une évaluation par deux évaluateurs externes et a été présenté à l'Iresp, au président du conseil scientifique du comité d'appel d'offre ainsi qu'à la directrice de la stratégie de la Cnamts, le 9 février 2009.

A236. Appariement des données de l'Observatoire de la médecine générale (OMG) aux prestations de l'Assurance maladie (Sniiram)

Yann Bourqueil, Philippe Boisnault, Philippe Szisdon

Ce projet qui mobilise principalement l'OMG et l'Irdes, a été considéré comme prioritaire par l'ensemble de l'équipe Prospere et a fait l'objet d'un investissement particulièrement important et soutenu en 2009. Afin de définir une méthode de travail pour engager le projet d'appariement, nous avons organisé une réunion rassemblant les personnes en charge de l'appariement de l'enquête santé protection sociale à l'Irdes et les membres de la SFMG. Il a été décidé de réaliser un premier test d'accrochage (appariement) à partir des identifiants disponibles dans l'OMG, à savoir Adeli du médecin, mois, année de naissance du patient et dates de consultation. Les tests ont pu être réalisés avec le concours actif de la Cnamts dans le courant de l'été. Ils ont montré la faisabilité technique de l'appariement par cette méthode. Dans le même temps, et avec l'aide du professeur Catherine Quantin (CHU de Dijon), nous avons pu prendre un contact avec la Cnil en septembre qui a débouché sur la constitution et le dépôt d'un dossier la deuxième semaine de décembre. Enfin, l'Irdes est en cours de recrutement d'un gestionnaire de base de données pour la constitution et l'aide à l'exploitation de la base de données appariée Prospere. Les conditions et modalités d'exploitation de celle-ci ont été précisées dans le cadre d'une convention tripartite entre le Cermes, la SFMG et l'Irdes. Nous sommes actuellement en attente de la définition d'une convention qui reliera l'équipe Prospere aux deux fournisseurs de données que sont la Cnamts d'une part et la SFMG d'autre part. Cet aspect est assez complexe et délicat car il met aux prises deux acteurs de taille inégale (SFMG, Cnamts) et placés de façon inégale dans le projet Prospere (la SFMG est en effet membre de l'équipe Prospere, ce qui n'est pas le cas de la Cnamts). Enfin, les données SFMG et Cnamts appariées recèlent potentiellement une forte capacité de dévoilement qui inquiète légitimement les deux acteurs fournisseurs.

L'année 2010 devrait permettre de réaliser concrètement l'appariement, constituer la base de données et débiter les premières exploitations. Une réunion technique devra, dès le début 2010, définir les principaux traitements à envisager (premiers tests, études sur les indicateurs, méthodes d'analyse des trajectoires...). Enfin, il reste également à réaliser l'appariement, ce qui suppose de mobiliser des ressources du Dim de la SFMG, déjà largement mobilisées au cours de l'année passée, et la ressource prévue en gestion de base de données à l'Irdes.

Une fois constituée, au terme de deux années, une telle base pourra être utilisée dans différents contextes dans ce projet :

- elle permettra de tester des indicateurs de performance en situation réelle permettant d'affiner rapidement la faisabilité et la pertinence des indicateurs définis ;
- l'échantillon des médecins de l'OMG pourra servir de témoin dans les démarches d'évaluation médico-économiques des organisations de soins de premiers recours, à l'instar de ce qui a été expérimenté en 2007 avec l'évaluation du projet Asalée ;
- les médecins membres de l'OMG, exerçant selon des configurations variées (groupe, solo, urbain, rural) pourront être sollicités pour participer à la réalisation de l'étude monographique initiale. Pour ces médecins producteurs de données, il sera alors possible d'explorer les liens entre l'organisation des médecins, les données de pratiques cliniques, les données de trajectoire de soins de patients et les données de coûts.

A180. Evaluation des maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) dans les deux régions de Bourgogne et Franche-Comté
Yann Bourqueil, Pierre-Emmanuel Couralet, Philippe Le Fur, Julien Mousquès, Michel Naiditch, Aurélie Pierre, Marie-Caroline Clément

Période de réalisation : 2008 - 2009 (fin T1 2009)

L'objectif principal de cette évaluation exploratoire était de préciser en quoi les maisons de santé, qui associent différents professionnels dans le cadre d'un projet commun, sont spécifiques au regard de la pratique médicale de groupe ou de la pratique individuelle en médecine générale.

Les objectifs spécifiques étaient de préciser :

- en quoi les structures maisons de santé sont différentes des autres formes d'exercice en soins primaires,
- en quoi l'activité, la productivité et l'efficacité, diffèrent de la pratique moyenne,
- en quoi la « qualité » des soins et de la prise en charge est différente,
- dans quelle mesure les MSP permettent d'attirer et de maintenir des professionnels,
- quelles sont les évolutions en termes de rôle, financement et rémunération envisageables par les professionnels.

La méthode choisie a rassemblé des informations relatives aux maisons de santé, aux professionnels qui y exercent, aux patients qui y ont recours ainsi qu'à leur consommation de soins. Cette méthode comprenait plusieurs modules complémentaires.

1. La réalisation d'une enquête monographique pour chaque maison de santé ainsi qu'une enquête auprès des professionnels de santé qui y exercent.

Cette enquête a été réalisée par le biais de questionnaires standardisés et administrés en face à face auprès de chaque MSP et des professionnels de santé exerçant dans ces structures. Dix MSP des régions de Bourgogne et de Franche-Comté volontaires ont été incluses.

2. L'évaluation de l'accessibilité et de la réponse aux besoins de la population sur la zone d'attraction.

Cela a consisté à :

- définir les zones d'attraction des MSP de l'échantillon à partir des données de remboursement de l'Assurance maladie (origine géographique des patients, des médecins traitants de la maison de santé, tous régimes confondus, par commune de résidence, des assurés recourant aux professionnels des MSP, DSES⁵/Cnamts) ;
- caractériser leur environnement en termes d'offre de soins, de services de santé et de socio-démo-économie ; en fonction de la nature du codage géographique disponible, nous pourrions mobiliser les données administratives (Insee, Div, Drees, Ddass, Drass) afin de caractériser la zone d'attraction des maisons de santé au regard de critères de précarité sociale en population générale et du type de zone, rural ou urbain ;
- positionner la maison de santé dans son territoire et estimer sa contribution à la demande de soins exprimée ; cela a pu être réalisé par la comparaison de la patientèle de la MSP par rapport à celle de la zone d'attraction de la maison de santé, d'une autre zone de référence (département, région, national ; sources possibles : échantillon permanent des assurés sociaux-Epas).

⁵ Direction de la Stratégie, des Etudes et des Statistiques

3. La comparaison de l'activité, la productivité et de l'efficacité des MSP avec une référence nationale et/ou locale. Elle a été réalisée pour les médecins généralistes et les infirmières présentes dans la/les MSP, en comparant l'activité de ces professionnels au sein de la MSP par rapport à une référence (bassin d'attraction ou autre référence locale comme le département). La comparaison peut se faire par agrégation de chaque type de profession au sein de la maison de santé.
4. L'évaluation de la qualité de la prise en charge en maisons de santé, en analysant la qualité de la réponse apportée à des problèmes de santé ou de santé publique spécifiques. Nous avons jugé la qualité de la prise en charge comparativement à une pratique standard de référence (les autres professionnels libéraux travaillant sur la même zone d'« attraction » ou autre référence locale comme le département) et pour des actes traceurs comme par exemple ceux propres au suivi du diabète de type 2 [les indicateurs portent sur la fréquence de réalisation des consultations ou examens suivants : examens biologiques (créatininémie, microalbuminurie, exploration d'une anomalie lipidique, « cholestérol total, HDL cholestérol, triglycérides », électrocardiogramme ou consultation de cardiologie (ECG), fond d'œil ou consultation d'ophtalmologie (FO) et d'une action de prévention comme le dépistage du cancer du sein (prescription et réalisation d'une mammographie)].

Au final, en associant ces différentes étapes, nous avons pu, pour l'échantillon des maisons de santé incluses, porter un jugement sur la spécificité de l'offre de soins et services de santé ambulatoire des maisons de santé en termes :

- d'implantation dans des zones « défavorisées » et de contribution à la résolution des problèmes de démographie médicale, notamment en permettant le maintien d'une offre qui sera caractérisée aussi bien dans son étendue (pluridisciplinaire) qu'en termes d'organisation (intégrée) et de coût ;
- d'accessibilité constatée (recours aux soins) plus importante pour des assurés en situation d'état de santé détérioré (ALD), de précarité administrative (CMU, CMU-C, voire AME), comparativement aux recours aux soins de la population générale ou résidant dans la zone d'attraction des MSP ;
- de taille, nature et étendue des services offerts par les maisons de santé ;
- d'organisation interne et liens avec l'environnement.

Sources : Données d'enquête auprès des MSP et des professionnels, données de remboursement de l'Assurance maladie (Sniiram), données EPAS, données Insee (Iris).

Ce projet a été monté à la demande de la Direction de la Stratégie, des Etudes et des Statistiques (DSES) de la Cnamts. Le protocole a été validé par un comité de pilotage comprenant des représentants de la fédération des maisons de santé de la région Franche-Comté, la fédération nationale des maisons de santé, l'Urcam de Franche-Comté, l'Urcam Bourgogne, la direction de la stratégie, des études et des statistiques de la Cnamts, ainsi que les membres de l'Irdes. Les travaux menés par l'Irdes ont été soumis régulièrement au comité de pilotage pour discussion et validation.

La méthodologie et les outils mobilisés dans cette évaluation sont similaires pour partie avec ceux relatifs au projet Epidaure CDS. Ces deux évaluations présentent en effet des éléments de synergie mais également des potentiels de comparaison. Les monographies réalisées ont également contribué à la constitution du matériau de référence pour le projet Prospere.

- ☰ Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne, Bourguet Y., Clément M.-C., Couralet P.-E., Mousquès J., Pierre A., *Questions d'économie de la santé* n° 147, octobre 2009.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes147.pdf>

- ☰ Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. Clément M.-C., Couralet P.-E., Mousquès J., Pierre A., Bourgueil Y., *Santé publique*, suppl. au n° 4, S79-S90, 2009/07/08.
- ↪ Quelles spécificités des maisons de santé pluridisciplinaires, en termes d'offre, d'activité, de recours aux soins et de prise en charge ? Premiers résultats d'une évaluation exploratoire, Bourgueil Y., Coldefy M., Couralet P.-E., Le Fur P., Lucas V., Mousquès J., Pierre A., Clément M.-C., *3e Congrès de Médecine Générale*, Nice, 25-27 juin 2009.

A179. Evaluer l'apport des centres de santé en termes d'accès aux soins et de réduction des inégalités de santé – Projet Epidaure – CDS
Yann Bourgueil, Magali Coldefy, Philippe Le Fur, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès, Aurélie Pierre, Marie-Caroline Clément

Ce projet de recherche est porté par le Comité National de Liaison des Centres de Santé (CNLCS) et dirigé par un comité de pilotage associant des représentants du CNLCS, de l'Irdes et du centre d'examen de santé de la Cnam de Bobigny. Il est financé dans le cadre de l'appel à projet d'expérimentation sociale 2008 du Haut Commissariat aux Solidarités Actives. L'objectif est d'évaluer la réponse des centres de santé (CDS) participants en termes d'accessibilité, d'offre et de recours aux soins aux assurés en situation de précarité sociale ou non, comparativement à l'offre locale en ambulatoire et à une population de référence au niveau national. Nous associons dans ce cadre une enquête monographique auprès des CDS, des entretiens des professionnels des CDS et des analyses de données de remboursement de l'Assurance maladie pour les assurés des CDS et témoins.

L'année 2009 a été consacrée à la réalisation des terrains d'enquête auprès des usagers (enquête réalisée entre mars et juin 2009 auprès de 21 centres de santé ayant permis de recueillir environ 15 000 questionnaires - score épices, informations sociodémographiques), à la visite de CDS et à la rédaction de monographies complétées par des analyses de leurs zones d'attraction à partir des données administratives de leurs patientèles géocodées. La mise en œuvre des requêtes auprès de l'Assurance maladie a été également réalisée en 2009. Les premières exploitations ont débuté fin 2009, l'essentiel des travaux devant être finalisé en 2010.

A225. Evaluer les expérimentations de nouveaux modes de rémunération en maisons, centres et pôles de santé (article PLFSS 44)
Yann Bourgueil, Philippe Le Fur, Julien Mousquès, Michel Naïditch

L'équipe Prospère est engagée dans l'évaluation des expérimentations de rémunération prévue au PLFSS 2008 (Art 44). Les objectifs et le cadre général de l'évaluation ont fait l'objet de deux notes successives entre juin et octobre 2009 (rédacteur Yann Bourgueil). Dans le même temps, la Cnamts s'est engagée à financer l'évaluation des expérimentations en augmentant la dotation annuelle de l'équipe Prospère. Ce travail préalable a permis de préciser les objectifs attendus et le cadre général de l'évaluation qui doit être détaillé et finalisé avec les partenaires des expérimentations (sites expérimentateurs, missions régionales de santé (MRS), administrations centrales et Cnamts) au premier trimestre 2010. Nous en re prenons les éléments principaux ci-dessous.

L'objectif final de ces expérimentations est de favoriser la qualité et l'efficacité des soins passant notamment par :

- une meilleure organisation des soins de 1^{er} recours,
- une meilleure collaboration entre professionnels optimisant les interventions de chacun, notamment dans le cas des maladies chroniques,
- le développement de pratiques innovantes et de services aux patients : ouverture de droits, accompagnement des démarches administratives, information, prévention, éducation à la santé,

orientation des patients dans le système de soins y compris hospitalier, prise en compte de la santé des aidants familiaux (maladie d'Alzheimer), collaboration avec les réseaux de santé locaux, sécurité et veille sanitaire...,

- pour finalement rendre le métier des professionnels de santé de premier recours plus attractif et garantir, à terme, la continuité du maillage territorial des soins de 1^{er} recours.

Les objectifs intermédiaires sont :

- de documenter l'apport de l'exercice regroupé pluridisciplinaire en termes de performance des soins et services délivrés (qualité, efficacité, équité), ainsi qu'en termes d'attractivité de l'offre, comparativement à celui des autres modes d'exercice (regroupés mono-disciplinaires ou isolés) ;
- de mesurer l'impact des incitations financières dans le cadre des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur les pratiques des professionnels de santé et l'organisation des sites expérimentateurs.

Les expérimentations telles qu'elles se déploient au travers des sites sélectionnés et de l'élaboration actuelle des contrats visent simultanément à passer un contrat avec une structure représentant un collectif de professionnels, portant sur des montants forfaitaires distincts du paiement à l'acte en échange d'une contrepartie en termes de qualité et d'efficacité.

La situation est véritablement expérimentale au regard du cadre actuel de la régulation en médecine de ville qui est caractérisé par la contractualisation individuelle et la rémunération des professionnels de santé en soins de premiers recours à l'acte. Les expérimentations se distinguent également du Capi que l'on peut considérer comme une innovation en termes de rémunération assortie de contrepartie tout en restant dans le cadre individuel.

L'hypothèse principale de l'expérimentation est donc celle d'une supériorité d'une combinaison d'un contrat collectif et des contrats individuels vis-à-vis des seuls contrats individuels, pour mieux organiser les soins de premiers recours, favoriser la collaboration interprofessionnelle, développer des pratiques innovantes et de nouveaux services et enfin rendre le métier des professionnels plus attractif et garantir à terme la continuité du maillage territorial.

L'alternative à cette hypothèse est de penser que les seules incitations individuelles conduiront les médecins à investir par eux-mêmes dans des dispositifs permettant d'améliorer leur performance en même temps qu'ils se regrouperont. On peut en effet imaginer qu'un financement individuel comme le Capi puisse être mobilisé par des médecins exerçant en groupe pour se dégager collectivement des marges de manœuvre permettant d'améliorer leurs objectifs individuels.

La généralisation éventuelle du cadre contractuel et de rémunération qui est expérimenté est un enjeu de l'évaluation. L'évaluation doit permettre de définir d'une part l'intérêt mais également les conditions d'une contractualisation à plus grande échelle avec des structures collectives en soins de premier recours.

Nous proposons donc un cadre d'évaluation global, avant/après contrôlé, qui vise à comparer nos cas – en termes de structure (organisation et financement) et d'environnement, de processus et de résultats (activité des professionnels de santé et consommation de soins des patients ; efficacité et efficacité des pratiques et des parcours de soins...) – à différentes catégories de groupes témoins.

La première année 2009-2010 a été consacrée à l'élaboration d'un protocole d'évaluation détaillé se fondant sur une étude avant/après avec groupe témoin. L'extraction des données de l'assurance, comme la mise en place des terrains d'enquête spécifiques auprès des sites expérimentateurs et des témoins, sont prévues pour 2010-2011.

A164. Relations entre temps de travail des médecins libéraux et niveau des honoraires perçus. Etude de faisabilité.

Philippe Le Fur, Jérôme Silva, en collaboration avec Claude Gissot, Christelle Pavillon, Michel Piolot de la DSES de la Cnamts

Le temps de travail des médecins est rarement mis en relation avec le niveau des honoraires perçus. Or, il est possible que certaines spécialités se caractérisent, plus que d'autres, par des activités libérales à temps partiel et il faudrait pouvoir redresser l'analyse des honoraires de ce niveau d'activité. Ceci permettrait notamment d'éclairer les actions à mener vis-à-vis de certaines spécialités dont les honoraires libéraux sont bas dans la hiérarchie des spécialités, en particulier les spécialités cliniques.

Pour ce travail exploratoire, effectué à la demande de la DSES, nous avons utilisé les données d'activité d'un échantillon de 163 cardiologues libéraux ayant exercé au 4^{ème} trimestre 2007. Cette activité, issue d'Erasmus (Régime général), comporte deux grands types de séances : les actes techniques codés en CCAM⁶ et les actes cliniques codés en CS, CSC C2 et autres variantes des C et V.

Lors de la construction de la CCAM, chaque acte technique s'est vu affecté d'un certain nombre de points travail estimés à partir de quatre composantes : la durée de l'acte, le stress, la compétence technique et l'effort mental.

Pour une partie des actes CCAM réalisés par les cardiologues de l'échantillon, nous avons pu accéder aux informations relatives à la durée de l'acte. Toutefois, pour les besoins de l'exercice et à titre expérimental, nous avons été contraints, faute d'information, d'estimer des durées pour 19 % d'entre eux. Pour ce faire nous avons, soit utilisé les durées connues des actes de technicité relativement proche, soit imputé les durées connues et observées par grand type d'actes.

Concernant les durées des actes cliniques, nous avons utilisé les durées de consultations relevées en cabinet de ville auprès des cardiologues ayant participé, en 2007, à l'enquête spécialiste de la Drees.

Cette première approche de la relation entre le temps de travail estimé et le niveau des honoraires sans dépassement met en évidence deux éléments qui peuvent paraître contradictoires. D'une part, une forte corrélation entre le temps passé à la réalisation des actes sur le trimestre et le niveau des honoraires perçus pour l'ensemble des cardiologues ($R^2 = 0,90$). D'autre part, les relations entre le temps passé et le niveau des honoraires perçus par type d'actes, varient de manière importante entre les divers types d'actes. Ainsi, si les échographies (ADE) occupent 26 % du temps de travail estimé des cardiologues, elles participent à hauteur de 35 % à leurs honoraires sans dépassement soit beaucoup plus que les actes en ATM qui occupent 24 % du temps de travail et contribuent à 23 % des honoraires. Quant aux actes cliniques qui occupent 42 % du temps de travail estimé des cardiologues, ils participent seulement à hauteur de 29 % aux honoraires sans dépassement.

Ces écarts s'expliquent notamment par des différences importantes de coût horaire des honoraires sans dépassement entre les grands types d'actes. Celles-ci sont dues à l'intégration, en plus de la durée des actes, des trois autres dimensions prises en compte lors de l'établissement de la CCAM, à savoir le stress, la compétence technique et l'effort mental, mais également, et peut-être surtout, par des niveaux de charges très différents selon les types d'actes.

L'étude a également montré que lorsque le temps de travail augmente, il existe une tendance à la diminution de la part du temps et donc des honoraires liés aux consultations ; par contre, les honoraires horaires par grand type d'actes restent stables, traduisant probablement une certaine

⁶ Classification commune des actes médicaux

constance de la structure des actes détaillés réalisés par les cardiologues de niveaux d'activité différents.

Enfin, ce travail a aussi mis en évidence les difficultés à disposer d'une estimation de la durée des actes techniques au niveau détaillé. Concernant l'estimation de la durée des actes cliniques, elle n'est actuellement disponible qu'à un niveau très agrégé pour sept spécialités et uniquement pour les consultations réalisées en cabinet de ville.

Au total, dans l'état actuel des données sur la durée des actes détaillés tant techniques que cliniques, ce type d'étude ne permet pas pour le moment de fournir une estimation fiable du temps de travail des praticiens, même par grand type d'actes.

A043. Contexte des séances de médecins et satisfaction des patients

Philippe Boisnault, Yann Bourqueil, Philippe Le Fur, Marc Le Vaillant

L'objectif de ce travail est d'évaluer, à partir des déclarations des patients, leur degré de satisfaction et d'insatisfaction à l'issue de leur dernière séance chez un généraliste, en fonction des principales caractéristiques de ces patients ou des circonstances de la séance elle-même.

L'hypothèse sous-jacente est que la durée de l'acte et son bon déroulement aux yeux du patient peuvent varier en fonction de ses caractéristiques sociales, économiques ou de morbidité et en fonction de certaines caractéristiques propres à la séance et au médecin consulté.

Dans l'enquête ESPS 2004, comme d'ailleurs en 2006 et maintenant en 2008, nous disposons en particulier des réponses à trois questions mesurant différents aspects de la satisfaction : l'éventuel souhait d'un rendez-vous plus rapide, le sentiment d'avoir eu ou non le temps de s'exprimer et enfin la plus ou moins bonne compréhension des explications fournies par le praticien.

Dans un premier temps, nous avons réalisé ce travail pour les séances de généralistes, à partir des données issues de l'ESPS 2004, et celui-ci a donné lieu à une présentation au congrès européen de la Wonca fin 2007.

Ce travail qui a été interrompu en 2008 a repris en 2009 dans le cadre du projet Prospere. Sont maintenant associés à ce projet des membres du Cermes et de la SFMG. Une nouvelle modélisation a été définie et les premières analyses sont attendues en 2010.

✎ Rédaction en cours.

A194. Séminaire international à Paris sur les soins primaires en France : état des lieux et perspectives (21 octobre 2009)

Yann Bourqueil, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès, Michel Naïditch, Thomas Cartier

L'objectif principal de ce séminaire était de diffuser les enseignements de pays étrangers en termes d'organisation des soins primaires et d'explorer les enjeux et questions posées par l'organisation future des soins de premiers recours en France, dans le cadre des réformes en cours.

Ce séminaire a réuni 200 acteurs français (ARH, Urcam, administrations centrales, professionnels, chercheurs).

Il a comporté :

- une introduction par le secrétaire général du ministère de la Santé, monsieur Jean-Marie Bertrand,
- un temps de présentation des travaux réalisés au sein de l'Irdes en 2008 (étude internationale sur les soins primaires pour la DSS, étude pour les Urcam-URML),

- un temps de présentation d'expériences étrangères par des experts européens et Outre-Atlantique, l'objectif était de présenter de façon concrète et opérationnelle les concepts et les modes opératoires visant à organiser les soins primaires,
- et un discours de la ministre de la Santé l'a clôturé.

L'ensemble des présentations Power Point et des interventions enregistrées ont été présentées dans la semaine sur le site de l'Irdes. Le colloque a été repris par la presse professionnelle.

Un supplément au numéro de la Revue française des affaires sociales (RFAS) est en cours de réalisation à partir des présentations des différents intervenants.

Ce projet a été monté à la demande de la Direction de la Recherche de l'Evaluation et des Etudes en Santé (Drees) du ministère de la Santé. Des actes seront publiés.

- ☰ Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J., *Questions d'économie de la santé* n° 141, 2009/04.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf>
- ↪ Modèles d'organisation des soins primaires et intérêt des expériences étrangères pour le contexte français, Bourgueil Y., Drees, Prospere, Irdes, Politiques et organisation des soins primaires : concepts, outils et pratiques en Europe et aux États-Unis. Quels enseignements pour la France ? Société nationale d'horticulture de France, Paris, 21 octobre 2009.
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Colloques/Prospere/PresentationBourgueil.pdf>
- ☒ Numéro spécial de la *Revue française des affaires sociales* (RFAS) prévu pour l'automne 2010 en cours de rédaction.

1.1.2 Autres projets

A219. Baromètre médecins généralistes INPES

Isabelle Evrard, François Baudier, Yann Bourgueil, Philippe Le Fur, Julien Mousquès

Ce projet fait l'objet d'un partenariat entre l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et l'Irdes. Il vise à estimer le taux de regroupement des médecins généralistes libéraux en France métropolitaine et son évolution sur la période 1998-2008 ainsi que le lien entre le regroupement et, d'une part, l'organisation des cabinets, d'autre part, les pratiques de prévention.

Le *Baromètre médecins* est une enquête téléphonique menée auprès d'un échantillon représentatif d'environ 2 000 médecins généralistes libéraux en France métropolitaine. Cette enquête est reconduite périodiquement. Pour l'enquête de 2008, l'équipe de l'Irdes est intervenue sur sollicitation de l'INPES au moment de la préparation du questionnaire pour proposer des questions visant à explorer plus en détail le lien entre l'exercice en cabinet de groupe et l'organisation des cabinets.

L'analyse des données a été effectuée au cours du second semestre de l'année 2009. La formalisation des résultats est en cours et devrait donner lieu à l'écriture d'un chapitre du rapport d'enquête du baromètre de l'INPES et à une publication sous la forme d'un *Questions d'économie de la santé*.

- ☒ Chapitre du Baromètre médecins de l'INPES.
- ☒ *Questions d'économie de la santé*.

A215. Etude des listes d'attente pour accéder aux soins médicaux en France
Philippe Le Fur, Zeynep Or

L'objectif du travail est d'étudier la faisabilité d'une étude sur la mesure des listes et/ou durée d'attente pour accéder aux soins en France.

Fin 2009, nous avons débuté une revue de la littérature internationale afin de déterminer les différents outils employés à l'étranger pour réaliser ces mesures et établir leur pertinence dans le contexte français. Il s'avère qu'il existe très peu de publications sur les modalités concrètes mises en œuvre par les différents pays pour mesurer les listes et temps d'attente, dans les bases de données interrogées : Medline, Econit ou encore Cindoc. Il semblerait que ces informations, lorsqu'elles ont donné lieu à publication, figurent le plus souvent dans des ouvrages techniques qui ne sont pas référencés dans les bases de données internationales.

En 2009, nous avons également fourni à la DSES de la Cnamts une première note descriptive des délais d'attente déclarés par les enquêtés des enquêtes ESPS 2004 et 2006, lors de leur dernière séance de généraliste et de spécialiste.

En moyenne, parmi les personnes qui ont pris rendez-vous auprès d'un généraliste, le délai d'attente pour obtenir ce rendez-vous est, en 2006, de 3,3 jours (plus de huit rendez-vous sur dix sont obtenus dans les trois jours). Malgré ce délai relativement court, les patients déclarent qu'ils auraient souhaité un rendez-vous plus rapide lors de 12 % des séances.

Chez les spécialistes, les délais d'attente les plus courts en 2006 s'observent lors des séances de radiologie, quinze jours en moyenne, médiane à sept jours. Viennent ensuite les gastro-entérologues, les pédiatres, les ORL, 23 à 26 jours en moyenne et une médiane à deux semaines, puis les dermatologues et rhumatologues. Les délais d'accès moyens sont compris entre 35 et 39 jours pour les chirurgiens et les cardiologues. Le délai d'accès moyen passe à 39 jours en gynécologie et/ou obstétrique, médiane à un mois et il est maximum en ophtalmologie, 72 jours, médiane à un mois.

25 à 30 % des patients déclarent qu'ils auraient souhaité un rendez-vous plus rapide en gynécologie et/ou obstétrique, cardiologie, gastroentérologie, radiologie, chirurgie ou ORL. Cette proportion monte à 38 % en dermatologie et à 44 % en rhumatologie et en ophtalmologie. Comme on peut le constater ces pourcentages sont loin d'être négligeables.

Cette première note de cadrage va servir de base à une publication prévue en 2010, sur l'évolution des délais d'attente entre 2004 et 2008 (avant et après la mise en place du parcours de soins coordonnés).

A149. Asalée : actions de santé libérale en équipe
Yann Bourqueil, Julien Mousquès

Cette recherche évalue l'efficacité et les coûts d'une expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières dans la prise en charge des patients diabétiques de type 2. Les infirmières ont pour rôle principal de gérer les données informatisées (dossier patient et rappels informatiques) et de dispenser des consultations d'éducation thérapeutique.

La méthode d'évaluation est rétrospective, avant/après, contrôlée. L'évaluation de l'efficacité repose sur la mesure de l'amélioration, sur une année, des taux de réalisation des examens recommandés et du contrôle de l'équilibre glycémique (HbA1c). L'évaluation des coûts repose sur la comparaison de l'évolution sur deux années consécutives des coûts directs.

Cette expérimentation de coopération s'avère être efficace sans dépense significativement majorée pour l'Assurance maladie. L'apport bénéfique de l'action des infirmières est également clairement

démonstré tant pour l'amélioration de l'équilibre glycémique (éducation thérapeutique) que pour celui de la qualité du suivi (gestion des dossiers patients et rappels informatiques).

La valorisation de ce travail terminé en 2008 s'est poursuivie en 2009.

- ✎ Effect of a French experiment of team work between General Practitioners and Nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. Mousquès J., Bourgueil Y., Le Fur Ph., Yilmaz E., soumission dans *Health Policy* le 18 novembre 2009 et en cours de révision depuis le 14 mars 2010.
- 📄 Collaboration médecin-infirmière au cabinet de médecine générale : un plus pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Bourgueil Y., Réseaux Diabète, 2009/03, n° 39, 12-14.
- 🔗 La coopération entre généralistes et infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'évaluation médico-économique de l'expérimentation Asalee, Bourgueil Y., Le Fur P., Mousquès J., Yilmaz E. 3^e Congrès de Médecine Générale France, Nice, 25-27 juin 2009

A065. Dotation des secteurs de psychiatrie générale et mise en perspective de celle-ci avec le recours à la médecine générale et à la psychiatrie libérale d'Île-de-France
Magali Coldefy, Philippe Le Fur, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès avec la collaboration de Marc Perronnin, Julie Chevalier, Isabelle Leroux

Cette étude, terminée au premier trimestre 2009, avait pour objectif de rendre de compte des disparités de dotation et d'organisation entre secteurs de psychiatrie générale et d'en analyser l'impact sur le recours aux soins des assurés auprès des généralistes et des psychiatres libéraux. Nous avons mis en évidence une typologie des secteurs de psychiatrie générale, s'appuyant principalement sur les données des rapports d'activité des secteurs, en neuf types selon leur dotation et leur plus ou moins grand engagement dans les objectifs de la sectorisation.

Nous avons ensuite analysé les liens entre ces disparités et l'intensité du recours aux soins auprès de psychiatres libéraux et des médecins généralistes sur une base expérimentale en région Île-de-France. Nous avons mis en évidence un phénomène de substitution, dans les secteurs de psychiatrie qui peuvent être considérés comme sous ou moins biens dotés que les autres, entre la psychiatrie publique et la prise en charge par des médecins généralistes. Nous avons également mis en évidence que cette substitution s'accompagnait d'un recours plus fréquent aux antipsychotiques dans la zone géographique correspondant à ces secteurs, ce qui marque bien le fait que les généralistes prennent en charge ces populations lourdes, habituellement suivies dans les secteurs de psychiatrie.

- 📄 Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale. Coldefy M., Le Fur P., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J., *Pratiques et Organisation des soins*, vol. 40, n° 3, 2009/07-09, 197-206.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS093_Premiere_ligne_et_psychiatrie.pdf
- 📄 Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation, Coldefy M., Le Fur P., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J., *Questions d'économie de la santé* n° 145, 2009.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes145.pdf>
- 🔗 Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale. Coldefy M., Le Fur P., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J. *Première journée scientifique de l'Assurance maladie : Analyser et accompagner les transformations du système de soins*, 25 mars 2009.

A190. Evaluation du coût des pathologies psychiatriques
Catherine Sermet

L'URC-Eco en collaboration avec la fondation FondaMental a souhaité appliquer la méthodologie développée par l'Irdes pour les comptes par pathologie dans le cadre d'une évaluation des coûts de la santé mentale.

L'Irdes a collaboré à ce travail en fournissant un encadrement méthodologique et en préparant les données sur les soins ambulatoires issues des bases accessibles à l'Irdes.

Les résultats de ce travail n'ont pas encore été publiés.

A123. Evolution du recours aux visites de généralistes selon les caractéristiques des patients
Philippe Le Fur

Cette étude qui est apparue au programme de recherche en 2007 n'a toujours pas été, faute de disponibilité, réalisée en 2009. Il a été décidé de la retirer du programme de recherche 2010.

AXXX. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles
Philippe Le Fur en collaboration avec Yann Bourgueil et Chantal Cases

Le temps de travail du médecin est au cœur des transformations en cours dans le système de soins ambulatoire. Il constitue à ce titre un enjeu en termes de mesure et d'évaluation.

Si le temps de travail global des médecins généralistes a fait l'objet d'enquêtes d'envergure et semble assez bien cerné, il n'en est pas de même concernant la déclinaison de ce temps de travail en fonction de la nature du travail effectué par les praticiens. Ce point semble pourtant extrêmement important, alors même que l'on se dirige simultanément vers une réduction de l'offre de soins et une augmentation de la demande.

Malgré toutes leurs limites, les données que nous avons colligées permettent d'estimer des ordres de grandeur tant en termes de temps de travail global des généralistes que de décomposition de ce temps par grandes catégories d'activité.

Ainsi, les généralistes déclarent travailler en moyenne entre 52 et 60 heures par semaine, réparties de la façon suivante : 61 % de leur temps de travail hebdomadaire serait consacré aux consultations et visites dans le cadre libéral, 19 % aux autres activités de soins (activité salariées, astreintes, conseils téléphoniques, consultations gratuites) et 20 % aux activités autres que celles directement dédiées aux soins. Parmi ces dernières, certaines sont indispensables et ne peuvent être réalisées que par les médecins eux-mêmes, comme les activités de lecture et de formation ; le temps consacré à ces activités doit probablement pouvoir être optimisé. D'autres sont optionnelles comme la réception de visiteurs médicaux. D'autres par contre, sont plus facilement déléguables comme la tenue de l'agenda, l'entretien du cabinet ou la réalisation des tâches administratives. Les différentes études consultées montrent que le concept même de tâches administratives, dont le caractère chronophage est souvent dénoncé par les praticiens, diffère entre médecins puisque certains y incluent en sus de la gestion du cabinet, des consultations ayant pour motif l'établissement de certificats ou documents nécessitant un examen clinique des patients.

Cette synthèse a permis de constater que les données détaillées sur le contenu du temps de travail des généralistes bien que multiples étaient le plus souvent parcellaires, locales, anciennes et souvent peu informatives car globales et rarement déclinées selon les diverses caractéristiques des praticiens et de leur environnement. A l'évidence, il existe actuellement en France un manque de données représentatives et détaillées sur l'activité des médecins et en particulier celle des généralistes. Ce défaut d'information concerne non seulement l'emploi du temps des praticiens mais aussi leurs modes d'organisation tout comme le contenu de leurs pratiques médicales, en particulier en liaison avec les motifs de recours et les différentes pathologies des patients.

📖 Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. Le Fur P., en collaboration avec Bourgueil Y. et Cases C., *Questions d'économie de la santé* n° 144. 2009/07.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>

A042. Polypathologie et polyprescription en médecine générale (enquête SFMG-polychrome)

Julien Mousquès

Sous la responsabilité de Pascal Clerc (SFMG) et en collaboration avec Gérard de Pouvourville (Chaire Essec-santé)

Période de réalisation: 2005 - 2009

La présente recherche, sous la responsabilité de Pascal Clerc, porte sur la gestion, par le médecin généraliste, de patients avec plusieurs pathologies chroniques et donc susceptibles de bénéficier d'une polymédication.

Cette recherche, qui s'est terminée à la fin de l'année 2009, a permis - sur la base d'analyses quantitatives des données de l'Observatoire de la Médecine Générale et d'analyses qualitatives mobilisant des travaux d'expert de pharmaciens et des focus auprès de médecins - de mettre en évidence :

- l'existence de groupes homogènes de patients chroniques polypathologiques en médecine générale ;
- l'étendue des interactions médicamenteuses et des contre-indications pour des polyprescriptions chroniques, sachant que les interactions ou contre-indications potentiellement graves ne dépassent pas 7 % des prescriptions ;
- la possibilité d'optimiser les ordonnances d'un point de vue théorique ;
- l'identification, au travers de focus groupes, de déterminants de la polyprescription et de pistes d'amélioration possibles des pratiques médicales ou des organisations de soins.

📄 Etude Polychrome : une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale. Clerc P., Le Breton J., Mousquès J., Hebbrecht G., de Pouvourville G., *Pratiques et Organisation des soins*, vol. 40, n° 3, 2009/07-09, 167-175.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS093_Optimisation_de_la_polyprescription.pdf

📄 Etude Polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, pour une analyse de la poly-prescription. Clerc P., Lebreton J., Mousquès J., Hebbrecht G., de Pouvourville G., *Pratiques et Organisation des soins*, vol. 39, n° 1, 2008/01-03, 167-175.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Pathologies_chroniques_et_poly-prescription.pdf

A064. Evaluation du dispositif du médecin traitant

Paul Dourgnon

La réforme de l'Assurance maladie d'août 2004 favorise un parcours de soins coordonné autour d'un médecin traitant agissant comme point d'entrée privilégié dans le système de soins. Les objectifs de cette réforme sont doubles :

- contenir les dépenses de santé, en agissant en particulier sur les recours inutiles ou excessifs aux spécialistes, tout en préservant l'accès aux soins,
- mais aussi, améliorer la qualité des soins et donc l'état de santé des personnes *via* une meilleure organisation de la prise en charge, notamment grâce au dossier médical partagé.

Objectifs du projet

1. Proposer une méthodologie s'appuyant sur un outil pérenne afin d'évaluer la mise en place du médecin traitant. Cet outil s'appuie sur le questionnement spécifique de l'enquête ESPS 2006 portant sur le choix d'un médecin traitant et les opinions de la population sur le parcours de soins, puis sur l'appariement de l'enquête ESPS et des données de l'Epas.
2. Suivre l'impact de la réforme à partir des outils définis, c'est-à-dire à travers l'expérience des assurés recueillie dans l'enquête ESPS 2006 et à travers la mesure de l'évolution des disparités d'accès et de recours aux services de santé.

3. Proposer une lecture plus générale de la réforme en éclairant les éléments de contexte. Cette troisième étape s'est déroulée en 2008

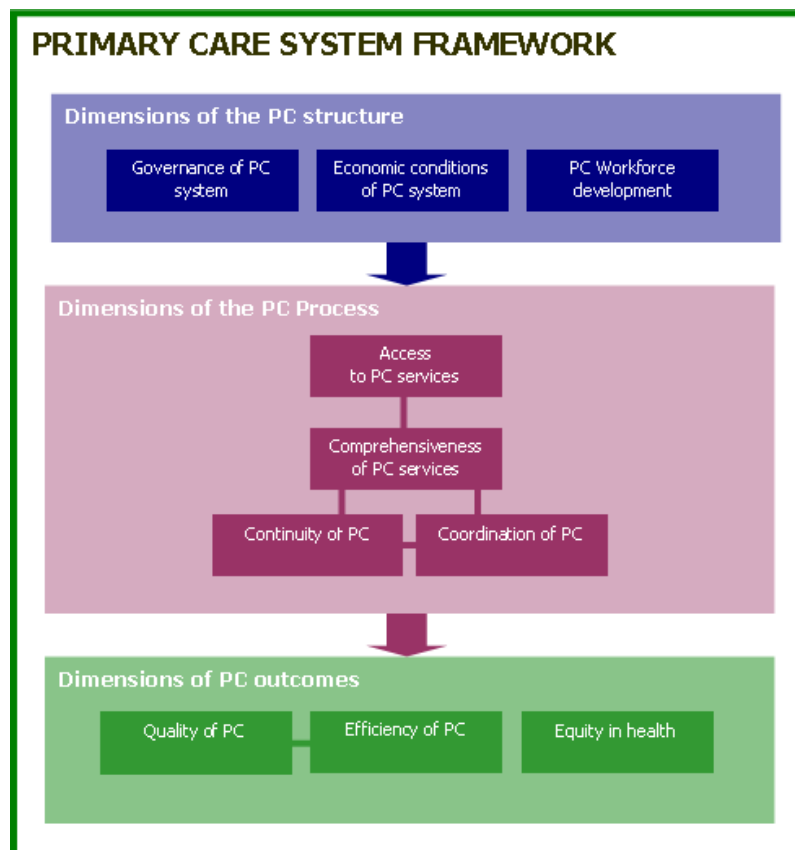
Ce projet, démarré en 2007, s'est prolongé en 2008. En 2009, l'analyse de la réforme s'est poursuivie par une relecture plus contextuelle de la réforme et à travers l'évaluation de l'impact de la réforme sur l'accès aux soins et les inégalités sociales d'accès aux soins, à partir des données d'ESPS 2006.

- 📄 The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of Gate-keeping, Naiditch M. (Université Denis Diderot, Irdes), Dourgnon P. (Irdes). *Document de travail* n° 22. 2009/03. [.../EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT22PrefDocSchemePolitFrenchExpGatekeeping.pdf](http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT22PrefDocSchemePolitFrenchExpGatekeeping.pdf)
- 📄 The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of Gate-keeping. Dourgnon P., Naiditch M., *Health Policy*, vol 94, n° 2, 2010/02, 129-134.
- 👉 The preferred doctor scheme: design, implementation and outcomes of a French Managed Care reform. Dourgnon P., Naïditch M. The Israel National Institute for Health Policy Research, *Fourth International Jerusalem Conference on Health Policy: Improving Health & Healthcare. Who is responsible? Who is accountable?* Jérusalem, 7-10 décembre 2009.

1.1.3 Projets européens

A162. AO Nivel : Primary Healthcare Activity Monitor for Europe – Phameu
 Nivel : *Wiemke Boerma : investigateur principal*
Yann Bourqueil, Thomas Cartier, Julien Mousquès, Michel Naiditch : France

L'Irdes est actuellement engagé dans le projet Phameu, qui vise à décrire et analyser les soins primaires dans 31 pays européens <http://www.phameu.eu/>. Cette étude s'appuie d'abord et avant tout sur un cadre d'analyse issu d'une revue de la littérature sur les indicateurs de performance des soins primaires. Le schéma retenu est le suivant :



Les aspects réglementaires, économiques et de ressources humaines conditionnent l'organisation des soins primaires, elle-même hiérarchisée : en se plaçant du point de vue du patient, le point d'entrée dans le système se joue au niveau de l'accessibilité, puis les différents services proposés (*comprehensiveness*), offerts sur une période plus ou moins longue (*continuity*), à travers un ensemble d'intervenants (*coordination*) seront à l'origine des soins qui lui seront prodigués. Les résultats de ces processus peuvent être mesurés en termes de qualité, d'efficacité ou d'équité.

L'année 2009, a permis de finaliser le cadre d'analyse ainsi que l'outil informatique accessible à partir d'Internet et la collecte des données est en cours pour la France, la Suisse et la Belgique, pays dont l'équipe Irdes a la charge. Le projet Phameu, qui a sa propre dynamique, vise également à alimenter la réflexion sur les cadres d'analyse de la performance en soins de premiers recours dans le contexte français. Nous envisageons notamment, pour l'année 2010, de préciser les modalités d'articulation des travaux menés dans le cadre Phameu avec le processus de régionalisation en cours en France. Une proposition d'approfondissement du cadre Phameu dans le contexte français a été faite à la Drees ainsi qu'à la direction de la Stratégie de la Cnamts.

A195. Appel d'offre en cours : AIR CEE : Addressing Inequalities in Regions

La revue de la littérature sur la contribution des soins primaires à la réduction des inégalités de santé dans le cadre du projet AIR

Yann Bourgueil, Henri Leleu, Florence Jusot

L'objectif principal du projet AIR (Addressing Inequalities in Regions) est de développer un ensemble d'outils (interventions, politiques) pour réduire les inégalités de santé à l'échelon régional en Europe. Les objectifs spécifiques du projet sont d'identifier les interventions et politiques en soins primaires menées en Europe, notamment à l'échelon régional décentralisé ou non, et d'évaluer leur efficacité et leurs effets. L'ambition au terme des deux années est de produire une revue des actions menées pour diffusion à l'échelon européen. Ce projet, piloté par le conseil régional d'Aquitaine s'appuie sur le réseau des régions en Europe (Enrich). L'Irdes est responsable du workpackage portant sur la revue de la littérature. La participation de l'Irdes au projet AIR, permet de contribuer aux travaux de l'équipe Prospère en explorant particulièrement les liens entre réduction des inégalités de santé et soins primaires. Ce travail de revue de la littérature a débuté en 2009 et est réalisé par Henri Leleu sous la responsabilité de Florence Jusot et Yann Bourgueil. Il fera l'objet d'une publication spécifique, *Questions d'économie de la santé* et *European Journal of Public Health* en 2010.

1.2 Pôle 2 - Performance des soins hospitaliers et de long terme

Le pôle « Organisation et performance des soins hospitaliers et de long terme » fédère diverses problématiques relatives au champ hospitalier autour du concept de performance. Cette performance globale se décline à différents niveaux : gouvernance, organisation, financement, délivrance des soins. Elle peut être mesurée selon différents critères de qualité des soins, de sécurité, d'efficacité, d'efficience. Ainsi, la performance du système est évaluée par sa capacité à offrir un égal accès à des soins de qualité pour tous, de manière soutenable financièrement.

Pour explorer ces problématiques, le pôle s'est organisé autour de travaux de recherche s'inscrivant dans le cadre multiple des évolutions démographiques avec les besoins en soins, le progrès technologique permanent, la nécessité de maîtrise des coûts et la législation accompagnant les nouveaux modes d'organisation des pratiques professionnelles (Loi HPST notamment). Il tente d'éclairer les questions suivantes : comment juger des performances de l'hôpital ? En quoi son organisation et son mode de financement sont-ils adaptés aux changements en cours ? Quelles en sont les conséquences en termes de prise en charge des patients ? Comment mesure-t-on la qualité des soins qu'il délivre et quels sont les résultats ?

Les travaux menés en 2009 s'intéressent tous tant à l'offre qu'à la demande de soins relatifs à l'hospitalisation classique et aux différentes autres prises en charges hospitalières telles que l'hospitalisation à domicile. Ils explorent également l'articulation ville/hôpital à travers certaines trajectoires de soins des patients. Enfin, le vieillissement de la population avec son corollaire de polyopathologies et de dépendances, tout autant que la réforme elle-même du système de soins en cours, nous a amenés à étendre le champ d'investigation aux soins de long terme et donc au secteur médico-social.

Dans la présentation des travaux de recherche réalisés en 2009, nous distinguons ceux plus spécifiquement dédiés au « secteur hôpital » dans ses dimensions de financement, d'activité, de recours aux soins et de qualité, de ceux, nouveaux, concernant plus spécifiquement les soins de long terme et qui portent à la fois sur la qualité, la régulation et le financement.

Certains travaux sont la poursuite d'un axe ou son prolongement, tels ceux concernant l'Hospitalisation à domicile (HAD : A139), voire la finalisation ou la valorisation de projets ou programmes de recherche débutés auparavant (tels ceux portant sur la base nationale des coûts : A055 ; le lien volume-qualité : A150). D'autres répondent à des ambitions déjà affichées mais ne sont qu'à leur début (Qualité, incitation par le financement : A053).

Une partie des travaux concerne la France essentiellement (ex. réflexion sur une convergence tarifaire : A181) bien que s'appuyant sur des exemples étrangers. Une autre partie est résolument inscrite dans un cadre international, notamment celle qui a obtenu un financement de l'Union Européenne (7^e PCRD), tels que les projets Euro-DRGs (A196) et Interlinks (A161).

L'Irdes est leader de la plupart des projets figurant dans ce rapport d'activité. Il s'est aussi impliqué dans des projets collaboratifs en offrant son expertise dans des domaines spécifiques (ex. SSIAD : A140). De plus, certains chercheurs apportent leur contribution à des groupes de travail (institutionnels ou non) sur des problématiques de performance des soins hospitaliers ou de long terme et de prospective (ex. Groupe de travail sur la mortalité hospitalière). La collaboration s'est étendue aux pays européens à travers des projets ayant reçu un financement spécifique. L'ensemble de ces échanges riches et partagés entre chercheurs de l'Irdes fait progresser les compétences du pôle et contribuent à la reconnaissance collective de l'équipe.

Outre les travaux cités ici, les travaux plus spécifiquement axés sur l'accessibilité et l'organisation territoriale des soins hospitaliers sont développés au chapitre du pôle « Santé et territoires » de même que ceux s'inscrivant dans le cadre de travaux de comparaison internationale des systèmes de soins et intégrant des problématiques hospitalières sont exposés au chapitre du pôle « Comparaison internationale des systèmes de santé ».

1.2.1 Financement, activité et qualité des soins hospitaliers







A139. Etude du PMSI-HAD

Laure Com-Ruelle, Anissa Afrite, en collaboration avec la Drees (Mylène Chaleix et Hélène Valdelièvre)

Cette étude, reposant sur des données exhaustives du premier PMSI-HAD, s'est poursuivie jusqu'à fin 2009. Une première étape a consisté à apurer les fichiers PMSI des années 2005 et 2006, notamment en les appariant avec les données de la SAE (Statistiques annuelle des établissements). Un premier travail d'analyse a porté sur la demande, c'est-à-dire la patientèle, décrivant les motifs de prise en charge et les caractéristiques des patients et des séjours, ainsi que leur trajectoire de soins (provenance et destination à la sortie). Un second s'est intéressé à l'offre et a livré une description des structures d'HAD et de leur activité. Une première publication des résultats a donné lieu à deux fiches dans le panorama des établissements publié par la Drees en 2008. En 2009, un *Questions d'économie de la santé* a été publié par l'Irdes sur la patientèle et un *Etudes et résultats*, par la Drees, sur les aspects de l'offre.

Ce travail s'est poursuivi au second semestre en intégrant les données du PMSI 2007 pour explorer l'évolution des motifs d'HAD, d'une part comparativement aux données issues des enquêtes nationales précédentes, mais non exhaustives, de l'Irdes, datant respectivement de 1991/92 et de 1999/2000, et, d'autre part, pour comprendre l'impact éventuel de la T2A sur la gestion des séjours, la trajectoire des patients et la complémentarité avec l'hospitalisation classique. Ce travail a été rendu à la Drees le 7 janvier 2010.

Ces travaux sur le PMSI HAD ont par ailleurs donné lieu à différentes valorisations par le biais de communications orales dans différents colloques en 2009.

-  Etude de l'évolution de l'activité en hospitalisation à domicile et de la trajectoire des patients, Afrite A., Com-Ruelle L., rapport remis à la Drees le 7 janvier 2010.
-  Les établissements de santé : un panorama pour l'année 2006, Afrite A., Arnault S., Aude J., Clerc M.E., Collet M., Com-Ruelle L., Cordier M., Exertier A., Fenina A., Fizzala A., Leroux I., Lombardo P., May L., Mermilliod C., Mezzarobba M., Mouquet M.C., Pichetti S., Valdelievre H., Vilain A., Villeret S., Yilmaz E., Paris : Drees, 2008, 93 p.
<http://www.sante.gouv.fr/drees/donnees/es2006/es2006.htm>
-  Les structures d'hospitalisation à domicile en 2006. Chaleix M., Valdelièvre H., Afrite A., Com-Ruelle L. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 697, 2009/07. 6 p.
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er697.pdf>
-  L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients. Afrite A. (Irdes), Chaleix M. (Drees), Com-Ruelle L. (Irdes), Valdelièvre H. (Drees). *Questions d'économie de la santé* n° 140. 2009/03.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes140.pdf>
-  L'activité des structures et le profil des patients hospitalisés à domicile, Exploitation des données PMSI HAD 2006, Com-Ruelle L., Afrite A., présentation et discussion au conseil scientifique de l'Irdes du 10 avril 2009.
-  L'activité des structures et le profil des patients hospitalisés à domicile, Exploitation des données PMSI HAD 2006, Afrite A. (Irdes), Chaleix M. (Drees), Com-Ruelle L. (Irdes), Valdelièvre H. (Drees), Communication au XXII^e Congrès national Emois, Nancy, mars 2009.

L'HAD, autres contributions autour de la problématique du développement des services de santé :

- ↵ The place of Hospital at Home in French health care system, Com-Ruelle L., Afrite A., The Israel National Institute for Health Policy Research, Fourth International Jerusalem Conference on Health Policy : Improving Health & Healthcare. Who is responsible? Who is accountable? Jérusalem, 7-10 décembre 2009.
- ↵ Hospital at Home in France: place in the health care system, patient's characteristics and evolution, Afrite A., Com-Ruelle L., 17th Congress of EUPHA and The second joint European Public Health Conference, Lodz, Pologne, 25-28 novembre 2009.
- ↵ De la recherche sur l'organisation des soins à la volonté politique : l'exemple de l'essor de l'hospitalisation à domicile en France, Com-Ruelle L., Afrite A., Congrès de l'ALASS 2009, Luxembourg, 10-12 septembre 2009.

A140. Participation à l'étude les « SSIAD lourds »

Chevreul K., Lucier L., Bahrami S., Lelouarne J.-F. (Urc-Eco IdF), Canape S. (DGAS), Gabach P., Eon Y. (Cnamts), Com-Ruelle L. (Irdes)

Cette étude nationale, dirigée par l'URC-Eco d'Île-de-France à la suite d'une enquête de terrain, menée en 2007, auprès de 36 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et de leurs patients, répartis dans cinq régions métropolitaines, et à laquelle l'Irdes a participé dès le départ, avait déjà donné lieu à plusieurs présentations des résultats intermédiaires au ministère et à des communications orales lors de différents colloques. Elle a connu son aboutissement par la publication des résultats et des communications à des colloques internationaux en 2009. Elle permet, d'autre part, de connaître précisément la prise en charge offerte à ces patients par les soignants des SSIAD, la fréquence des passages au domicile et la durée des soins qui leur sont prodigués. Le calcul des coûts précis des soins permet de comprendre les difficultés rencontrées sur le terrain par les services. En effet, il existe une grande hétérogénéité dans l'importance de la prise en charge de ces patients dont le coût varie dans une fourchette de 0,1 à 3,5 fois le montant de la dotation moyenne par patient allouée par l'Assurance maladie.

Des facteurs discriminants, qui expliquent la plus grande part des différences de coût, sont identifiés. Une réflexion doit conduire à l'intégration de ces résultats dans la définition d'un mode de rémunération plus équitable des prestations réalisées par ces SSIAD, services dont le maintien à domicile constitue une priorité pour nos sociétés.

📖 Les patients en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)*: le coût de leur prise en charge et ses déterminants, Chevreul K. (Urc-Eco IdF), Lucier L. (Urc-Eco IdF), Bahrami S. (Urc-Eco IdF), Lelouarne J.F. (Urc-Eco IdF), Canape S. (DGAS), Gabach P. (Cnamts), Eon Y. (Cnamts), Com-Ruelle L. (Irdes). Rapport du ministère du Travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, DGAS, 84 p., décembre 2009.

📖 Les patients en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)*: le coût de leur prise en charge et ses déterminants, Chevreul K. (Urc-Eco IdF), Lucier L. (Urc-Eco IdF), Bahrami S. (Urc-Eco IdF), Lelouarne J.F. (Urc-Eco IdF), Canape S. (DGAS), Gabach P. (Cnamts), Eon Y. (Cnamts), Com-Ruelle L. (Irdes). Annexes au Rapport du ministère du Travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, DGAS, 288 p., décembre 2009.

- ↵ De la recherche sur l'organisation des soins à la volonté politique : l'exemple de l'essor de l'hospitalisation à domicile en France. Afrite A., Com-Ruelle L., Congrès de l'ALASS 2009, Luxembourg, 10-12 septembre 2009.
- ↵ What are the factors influencing patients' cost in community nursing services (CNS) for frail elderly in France? Lucier L., Chevreul K., Bahrami S. Canape S., Com-Ruelle L, Eon Y., Gabach P., 19th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics, Paris, juillet 2009

A055. Exploitation seconde de la base de l'Etude Nationale de Coûts : coûts hospitaliers de pathologies fréquentes
Zeynep Or, Thomas Renaud

Une exploitation seconde de la base de l'étude nationale de coûts MCO⁷ a été réalisée avec pour objectif le calcul des coûts hospitaliers de prise en charge de certaines pathologies en secteur public. Cette étude a rassemblé plusieurs équipes de recherche (CES⁸, Inserm-Cregas, PSE⁹ et Irdes). L'Irdes avait en charge trois pathologies : l'appendicectomie, la fracture du col du fémur et la bronchite aiguë. Un numéro spécial de *Dossier Solidarité et Santé* de la Drees a été rédigé début 2008. Une analyse transversale de l'ensemble des résultats a été écrite par Zeynep Or et Thomas Renaud pour cette publication, en plus d'un focus sur le traitement d'appendicite. La coordination de cette publication a été réalisée par le CES et l'Irdes conjointement.

Malgré la finalisation et la validation du manuscrit en mai 2008, le processus de publication à la Drees a pris plus d'un an et la publication est sortie au premier trimestre 2009.

- 📖 Exploitation seconde de la base de l'Etude nationale des coûts (ENC). Coordonnée par de Pourvoirville G. (CES), Ulmann P. (RSI/Canam), Barnay T. (Université Paris 12), Or Z. (Irdes), Renaud T. (Irdes), Le Vaillant M. (Cermes), *Dossiers Solidarité et Santé*, Drees, n° 9, 2009, 53 p.
- 📄 Analyse comparative du coût de la prise en charge de neuf pathologies et interventions courantes dans le secteur public hospitalier, Or Z., Renaud T. *Dossiers Solidarité et Santé*, Drees, n° 9, 2009, pp. 6-15.
- 📄 Focus sur quatre pathologies et actes courants : l'appendicectomie, l'accouchement, l'angine de poitrine et l'AVC. Or Z., Renaud T., Lorand S. (Irdes), avec Le Vaillant M. (CERMES), Milcent C. (Pse), *Dossiers Solidarité et Santé*, Drees, n° 9, 2009, 16-48.

A181. Financements des hôpitaux publics et privés : réflexions sur une convergence tarifaire
Zeynep Or, Renaud T., Com-Ruelle L.

L'objectif principal de cette étude était d'éclaircir le débat sur la convergence des tarifs hospitaliers publics/privés dans le contexte de la T2A en s'appuyant, d'un côté, sur la théorie économique et, de l'autre, sur des résultats d'exploitation de bases de données. Cette étude, ajoutée au programme de recherche initial de l'Irdes pour 2008, fait l'objet d'un financement de la part de la Fédération Hospitalière de France (FHF). Elle a donné lieu à un rapport présenté à la FHF fin 2008 et à deux publications distinctes en 2009.

- 📖 Financement des établissements de santé publics et privés : réflexions sur une convergence tarifaire entre les deux secteurs, Or Z., Renaud T., Com-Ruelle L, Rapport pour la FHF, novembre 2008.
- 📄 Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital : Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères, Or Z., Renaud T. *Document de travail* n° 23, 2009/05.
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT23PrincipEnjeuxTarificActiviteHopital.pdf>
- 📄 Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables ? Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France. Or Z., Renaud T., Com-Ruelle L. *Document de travail* n° 25. 2009/05.
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT25EcartCoutHospitaliers.pdf>

⁷ Médecine, chirurgie, obstétrique ou soins de court séjour

⁸ Collège des économistes de la santé








⁹ Paris-Jourdan Sciences Economiques

A150. Lien entre volume d'activité et qualité dans les établissements de santé
Zeynep Or, Thomas Renaud, Laure Com-Ruelle

Ce projet de recherche comportait deux parties distinctes :

- une revue systématique de littérature du rapport volume/qualité des soins afin d'identifier les champs pertinents de discussion en la matière et les résultats selon les contextes, qui a donné lieu à une publication Irdes en 2008 (cf. rapport d'activité 2008) ;
- une analyse des données hospitalières françaises dans le contexte du système de santé national, pour fournir des éléments quantitatifs nouveaux sur la relation volume-qualité, à partir d'un cadre d'analyse pertinent et robuste, avec publications en 2009.

L'étude a débuté à la fin du premier semestre 2007. La première étape du travail, réalisation d'une revue systématique de la littérature, s'est achevée fin 2007 et les résultats ont donné lieu à deux publications Irdes et plusieurs présentations orales (cf. Rapport d'activité 2008). La deuxième étape, une analyse empirique des données hospitalières françaises, a été finalisée en 2009. Un *Questions d'économie de la santé* et un rapport Irdes ont été publiés en 2009. Les résultats ont été présentés à plusieurs instances de l'HAS ainsi que dans des colloques scientifiques.


-  Volume d'activité et résultats des soins en France : une analyse multiniveaux des données hospitalières. Or Z., Renaud T. *Rapport* n° 1777, 2009/12, 80 pages.
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/BiblioResumeEtSommaire/2009/rap1777.htm>
-  Quel lien entre volume d'activité des hôpitaux et qualité des soins en France ? Or Z., Renaud T. *Questions d'économie de la santé* n° 149. 2009/12.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes149.pdf>
-  La rédaction d'un article en français pour publication dans une revue économique est en cours. La publication d'un article scientifique en anglais est également prévue.
-  Impact du volume d'activité sur la qualité des soins dans les hôpitaux : une analyse multi-niveaux, Or Z., Renaud T., 3es Journées des Économistes de la Santé Français, ENSAI, Rennes, 3-4 décembre 2009.
-  Lien volume-qualité : implications pour la restructuration hospitalière, présentation au collège de l'HAS, 22 octobre 2009. Or Z.
-  Impact du volume d'activité sur la qualité des soins dans les hôpitaux, Séance spéciale de Commission de Certification, HAS, 23 septembre 2009. Or Z.
-  Impact du volume d'activité sur la qualité des soins dans les hôpitaux : une analyse multiniveaux, Renaud T., XXII^e congrès national EMOIS, Nancy, 5-6 mars 2009.

A196. Euro-DRGs

Zeynep Or (Irdes), Martine Bellanger (EHESP), Thomas Renaud (EHESP)

Le projet Euro-DRGs, financé par la Communauté européenne dans le cadre du 7^e PCRD, a démarré en février 2009. La première partie de ce projet vise à comparer différents modèles de DRG (classification de l'activité hospitalière) et de tarification à l'activité.

Un descriptif détaillé des systèmes de douze pays de l'Union européenne (Autriche, Angleterre, Estonie, Finlande, France, Allemagne, Irlande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Espagne et Suède) est en cours de rédaction. Une publication européenne (Open - University Press) décrivant différents systèmes de T2A, avec des chapitres transversaux examinant les problèmes communs, est prévue en 2010. L'Irdes rédige, avec l'EHESP, un chapitre sur le système de T2A en France. De plus, Zeynep Or rédigera un chapitre sur l'impact du financement à l'activité sur la qualité des soins. Une évaluation du système de T2A en France, par Zeynep Or a également été publiée dans Euro Observer.

-  Activity based payment in France, Or Z., *Euro Observer*, vol.11 (4): 5-7, 2009.

- ✕ DRG Country report: France. Or Z., Bellanger M.
- ✕ DRGs and quality: for better or worse? Or Z., Unto Hakkinen.

A053. La qualité des soins hospitaliers : incitation par le financement
Zeynep Or (Irdes), Julia Bonastre (IGR¹⁰), Etienne Minvielle (Inserm)

Ce projet de collaboration a pour objectif d'éclairer les relations entre le coût hospitalier et la qualité, comprises selon différentes déclinaisons et en exploitant différents indicateurs et les données disponibles. La réalisation des études nécessite d'une part des données sur la qualité hospitalière, notamment à partir d'Icalin (en trois dimensions) et les infections nosocomiales et, d'autre part, des données de coûts hospitaliers (par séjour, à partir de l'ENCC¹¹).

Cette collaboration, restée muette en 2008, a été reprise en 2009 avec la participation de Julia Bonastre (IGR). Le projet a obtenu l'accord de l'équipe du CCLIN (Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales) de l'interrégion Paris-Nord pour exploiter les données des infections nosocomiales. Par ailleurs, une demande de financement est formulée dans le cadre d'un appel à projets relatif au programme de recherche en qualité hospitalière (Preqhos).

1.2.2 L'organisation des soins de long terme

A135. Home care : Mise en place d'un recueil standardisé de données sur les soins délivrés à domicile dans 30 pays européens
Laure Com-Ruelle, Michel Naiditch

Définition et objectif

Il s'agit d'un projet européen financé par la DG Sanco (Direction générale Santé et protection des consommateurs) et mené sous la direction du Nivel en collaboration avec neuf partenaires issus de dix pays européens, destiné à comparer la délivrance des soins à domicile en Europe en traitant aussi bien la situation des adultes handicapés que celle des personnes âgées dépendantes. Chaque pays membre est par ailleurs responsable de deux autres pays (Suisse et Belgique pour l'Irdes).

Objectif : décrire selon une architecture commune comment est organisée la délivrance des soins à domicile en l'examinant sous ses différents aspects (gouvernance, financement, planification, délivrance, qualité, évaluation).

Méthode

- ⇒ Revue de la littérature menée sous la direction du Nivel.
- ⇒ Définition commune « des Soins à domicile » relativement restreinte pour permettre une certaine standardisation de la description.
- ⇒ Construction d'un cadre de description permettant d'explorer les différents niveaux des soins à domicile : macro (financement, gouvernance et régulation), méso (organisation et ressources professionnelles) et micros (délivrance sur le terrain), systèmes d'évaluations existants et un chapitre consacré aux « bonnes pratiques ».
- ⇒ Construction d'un système de quatre vignettes correspondant à différentes situations types de délivrance des soins à domicile. Leur remplissage par différents experts de terrain et leur

¹⁰ Institut Gustave Roussy, Villejuif

¹¹ Etude Nationale des Coûts à méthodologie Commune

synthèse sont destinés à « mettre à l'épreuve » la robustesse du cadre tout en explorant les variations de pratiques sur le terrain par rapport au modèle « théorique ».

- ⇒ Deux groupes d'experts pluriprofessionnels ont été sollicités : le premier groupe destiné au remplissage du questionnaire et le second destiné à valider la description de chaque pays.
- ⇒ Les experts des pays étrangers ont été sollicités pour la Suisse et la Belgique.

Avancée du projet

Il est dans sa phase finale : les rapports des trente pays sont en cours de finalisation. Le Nivel doit en fournir une version « éditée ».

- ✎ Les chapitres d'introduction et de conclusion du livre, qui constituent le principal rendu de la recherche, sont en cours de rédaction.
- ✎ Un article doit être soumis dans une revue à comité de lecture.
- ↔ En 2010, deux communications sont prévues l'une au colloque de EUPHA et l'autre au colloque Européen des infirmières.

A161. Health systems and long-term care for older persons in Europe: Modelling the INTERfaces and LINKS between prevention, rehabilitation, quality of services and informal care

Laure Com-Ruelle, Michel Naiditch (Irdes), Kai Leichsenring & al. (Leader from the European Centre for Social Welfare Policy and Research in Vienna) et quinze autres équipes réparties dans quatorze pays.

Ce projet résulte d'un appel d'offre européen sur les soins de long terme : Health-2007-3.2-2: Health Systems and Long Term Care of the Elderly. Il s'agit d'une collaboration entre dix-sept équipes réparties dans quatorze pays européens, le leader en étant le *European Centre for Social Welfare Policy and Research* de Vienne, en Autriche et le chef d'équipe K. Leichsenring. Le projet a démarré en avril 2008 pour se dérouler sur trois années. Il est animé par un groupe de pilotage de neuf membres comprenant un chercheur de l'Irdes (M. Naiditch). Il s'agit de mettre en place une méthodologie permettant de construire un cadre conceptuel de description et d'analyse des différentes modalités d'organisation des soins au long cours (Long term care) pour personnes âgées, dans une perspective européenne et en prenant en compte trois niveaux d'analyse : macro (financement, régulation), méso (organisation et planification des ressources) et micro (délivrance sur le terrain). Il a été divisé en plusieurs groupes de travail ou workpackages dont les trois premiers, constituant les briques de base, sont consacrés respectivement à « la prévention et la réhabilitation », à « la qualité » et aux « aidants informels ». L'Irdes participe à ces deux derniers, ainsi qu'au groupe modélisation et validation et au groupe management du projet.

Le travail n'a véritablement débuté que le 1^{er} novembre 2008, lors de la réunion du groupe de pilotage. Cette réunion a servi à cadrer de façon opérationnelle l'ensemble du projet de recherche et à préparer la première réunion plénière qui a eu lieu en septembre 2009, à Athènes. L'Irdes y a contribué notamment sur les workpackages « Soins informels et qualité des soins ».

Le projet se poursuivra en 2010 par une deuxième réunion du groupe de pilotage et l'Irdes est chargé d'organiser la seconde réunion plénière, en mai 2010.

📖 Rapport français sur les aidants informels, Com-Ruelle L., Naiditch M., septembre 2009

📖 Rapport français sur la qualité des soins de long terme, Com-Ruelle L., Naiditch M., septembre 2009

↔ Meeting INTERLINKS, Com-Ruelle L., Naiditch M., 13-16 septembre 2009

A204. Économie des soins de long terme - Projet de recherche Legos-Irdes pour la MiRe
Irdes : *Michel Naïditch, Laure Com-Ruelle, Zeynep Or, Catherine Sermet.*
Legos : *Marie-Eve Joël, Sandrine Dufour-Kippelen, Florence Jusot, Jérôme Wittwer, un étudiant du master santé et protection sociale au Legos, Brigitte Dormont, Béatrice Fremon.*

La convention comporte deux grands objectifs, chacun étant segmenté en sous-objectifs.

Objectifs principaux

- Analyser les dynamiques du marché de soins de long terme en étudiant la rationalité des offreurs de soins.
- Fournir une analyse critique du système d'information public (Drees) portant sur les soins de long terme.

Les travaux serviront de substrat à deux thésards du Legos (M.-E. Joël est la porteuse du projet) et à des mémoires de master en économie de la santé.

Les chercheurs de l'Irdes apportant leur expertise propre dans les différents thèmes et objectifs en accord avec le Legos.

Le projet a démarré fin novembre 2009 (date de signature de la convention).

La première réunion s'est déroulée en mars 2009.

⇒ **Objectif 1 :**

Sous-objectif 1 : Stratégies et pratiques de gestion des Ehpad

Approche qualitative sur la stratégie et les pratiques de gestion :

- en matière de sélection de clientèle face à la « gravité » et à la « lourdeur » des usagers potentiels (par exemple des patients atteints de troubles cognitifs lourds) ;
- en termes d'économie d'échelles, de gammes, d'intégration des services, de diversification « en qualité » ;
- en matière de politique de recrutement-utilisation-substitution des différentes catégories de personnel (recours aux emplois aidés, aux stagiaires et aux bénévoles), de politique salariale, de politique de formation ;
- en termes d'externalisation des prestations, de recours au marché local ;
- en matière de gestion de trésorerie, de placements, de modes d'informatisation, de contrôle de gestion.

Dans une perspective plus large et dynamique, on analysera, qualitativement et sur une série d'exemples, les cycles de croissance et de vie de ces établissements :

- stratégies d'ouverture et/ou de fermeture d'établissements par les grandes organisations associatives, privées ou publiques ;
- analyse des effets de concurrence sur le marché entre acteurs à but lucratif ou non lucratif ;
- transformations des établissements (du MCO au SSR, à l'USLD¹² et aux Ehpad¹³) ou de l'équilibre entre leurs différentes composantes au sein d'un même établissement (ou holding).

Une analyse qualitative approfondie des effets du mode de tarification, de ses évolutions connues ou anticipées et de sa mise en œuvre sur les stratégies et le fonctionnement des établissements sera conduite. Elle sera précédée par une revue de littérature et des interviews de cliniciens.

¹² *Unité de soins de longue durée*

¹³ *Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*

Approche quantitative d'analyse des coûts

L'analyse des coûts et pratiques de gestion des établissements nécessite en amont une explicitation du contenu du produit, c'est-à-dire de la nature des services offerts, mais aussi de leur qualité. Un certain nombre de nomenclatures de services et d'indicateurs de qualité sont proposés aux niveaux national et international. Cependant, on connaît mal les usages qui en sont faits dans le cadre de l'autorisation ou de l'agrément qualité et les éventuels effets de ces différents outils sur les pratiques des acteurs, les coûts, les prix et la qualité des services offerts. Des études qualitatives préalables seront menées en France ; on peut aussi bénéficier des études menées à l'étranger, dans le cadre de projets européens dans lesquels sont impliqués le Legos et l'Irdes. Il faudra également distinguer la situation particulière des patients atteints de troubles psychiques, pour lesquels la mesure du service et de sa qualité pose des problèmes spécifiques.

Cette série d'analyses des pratiques de gestion et des services offerts servira de base à la préparation d'une enquête exploratoire sur les coûts des établissements. Une première approche par microcosting, sur le modèle des travaux relatifs à l'hospitalisation à domicile faits par l'Irdes, consistera à faire une enquête pilote sur un échantillon raisonné d'une trentaine d'établissements. On distinguera en particulier tous les coûts spécifiques à la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer. La confrontation des coûts, des services offerts et des budgets recueillis par ailleurs permettra d'approcher certaines problématiques d'évaluation de la fonction de production et du mode de tarification des soins de long terme. Cette enquête, traitée comme une étape prototype, sera l'occasion d'introduire des variables territoriales pour en tester la pertinence et préparer des travaux comparatifs ultérieurs. L'analyse pourrait aussi permettre d'évaluer l'impact de l'intégration des dispositifs médicaux et des médicaments dans le budget des Ehpad.

Sous-objectif 2 : Modélisation de la régulation par les conseils généraux de l'offre de lits

La question de la diversité des politiques des Conseils généraux, de leurs interactions avec les opérateurs et des conséquences sur la prise en charge des personnes âgées, bien qu'essentielle, n'a pas fait l'objet d'investigations empiriques approfondies. Il convient d'en apprécier les effets à partir de la mise à jour et de l'analyse des différentes logiques sous-jacentes de ces politiques départementales concernant l'offre de lits en Ehpad.

Dans une première étape, il s'agira d'identifier les principaux modes de régulation (et leurs déterminants) à l'œuvre dans les départements, sur le marché des soins de longue durée. Ceci se fera sur la base d'une enquête auprès des conseils généraux dans laquelle seront considérées les dimensions relatives à la tarification, au financement et à la planification de l'offre (conventionnement, subventions...) ainsi que l'impact sur l'offre institutionnelle des mécanismes de marché prévalent dans le secteur des soins à domicile. Une description analytique des effets de la régulation sur l'offre de soins de longue durée à la fois en institution et au domicile sera alors proposée afin d'émettre des hypothèses sur les effets attendus des différents modes de régulation, qui servira dans un deuxième temps à leur modélisation.

La deuxième étape en effet visera à déterminer empiriquement les effets de la régulation départementale sur plusieurs dimensions du marché des soins de long terme, en exploitant la variabilité interdépartementale des politiques mises en œuvre. On s'attachera tout particulièrement à mesurer les effets sur les prix, la structuration de l'offre (publique, associative, privée), la gamme d'offre d'hébergement, la démographie dans les établissements (notamment du point de vue des ressources des personnes hébergées), le rationnement (listes d'attente), les prises en charge alternatives (soins à domicile notamment)... Ceci nécessitera un travail d'importance en amont de la collecte des données à partir des enquêtes existantes (auprès des établissements et des particuliers) et des données administratives disponibles.

⇒ **Objectif 2 : Analyse critique des sources d'information sur les populations traitées en soins de long terme en France et expression des besoins**

Ce travail visant à améliorer le système d'information public sur les soins de long terme aura deux étapes.

La première sera consacrée à la revue et l'analyse des enquêtes disponibles sur l'offre et les personnes prises en charge en soins de long terme. Elle passe nécessairement par un bilan des données statistiques sur les populations concernées (personnes âgées dépendantes, mais aussi pour cette étape de cadrage, les personnes handicapées) et leurs modes et lieux de prise en charge. Ce bilan s'appuiera d'abord sur un examen attentif des données issues des sources statistiques (recensement de la population, enquête handicap-santé, enquête HID¹⁴, enquête Share...) et administratives (PMSI, enquête EHPA¹⁵, enquête sur les établissements sociaux et médico-sociaux, sources CNSA¹⁶, enquêtes sur les SSIAD¹⁷...) déjà en partie mises en œuvre par les sous-directions « santé » et « solidarité » de la Drees ou d'autres institutions. Compte tenu de la diversité des besoins, de la fragmentation de l'offre, de la complexité de la réglementation et des pratiques en la matière, cette première étape risque d'être complexe.

Leur analyse critique devrait permettre une première identification des principaux déficits, lacunes et incohérences du système actuel d'information sur les prises en charge. En particulier, un bilan méthodologique de la manière dont le territoire est traité au travers des différentes enquêtes sera établi. Cette analyse nécessitera donc, dans un premier temps, une mise en commun des données et analyses déjà produites au sein de la Drees ou ailleurs et, dans un second temps, des échanges périodiques avec ses équipes au moment de la rédaction du bilan de l'existant.

Par ailleurs, une analyse comparative de systèmes d'informations existants chez certains de nos voisins européens et de leurs logiques et objectifs spécifiques sera également menée à l'occasion et dans le prolongement des projets dans lesquels l'Irdes et le Legos sont impliqués.

Dans un second temps, ce travail, mené par l'équipe de recherche avec l'appui de la Drees, sera complété par une consultation des professionnels du secteur médico-social, des institutions concernées (CNSA, État, collectivités locales) et des représentants d'usagers, portant sur les indicateurs statistiques qu'ils utilisent effectivement et surtout sur leurs « besoins » de données non satisfaits.

Une trentaine de personnes seront interrogées à partir d'un nombre limité de réunions incluant des cliniciens et soignants, des gestionnaires, des personnels administratifs des collectivités locales, des usagers. Ces réunions seraient organisées sur la base des réponses à un questionnaire à construire préalablement (Delphi en deux étapes).

Ce second temps devrait déboucher sur un éclairage qualitatif et concret du précédent bilan et surtout sur des préconisations en matière d'amélioration du système de statistiques des soins de long terme à mettre en œuvre.

Etat d'avancement

Une première réunion de présentation a eu lieu début mars, qui a permis de fixer un cadre temporel et fonctionnel aux échanges nécessaires entre les deux équipes de chercheurs et la Drees.

¹⁴ *Enquête handicaps, incapacités, dépendance*

¹⁵ *Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées*

¹⁶ *Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*

¹⁷ *Services de soins infirmiers à domicile*

Les deux équipes se sont réunies pour fixer une première liste de travaux à accomplir sur le thème 2. Par ailleurs, deux réunions de travail ont eu lieu sur le sous-objectif 2 du thème 1 (régulation territoriale).

La Drees et les deux équipes doivent se revoir le 26 mai pour un premier bilan d'étape.

1.3 Régulation du médicament

A191. Le marché des médicaments similaires (ou me-too)

Laure Bergua, sous la direction de Catherine Sermet

La segmentation classique du marché pharmaceutique entre médicament générique et innovation pharmaceutique est aujourd'hui insuffisante pour appréhender les évolutions structurelles constatées depuis quelques années. Grâce à la politique de développement active mise en place en France depuis le début des années 2000, le médicament générique est en passe d'atteindre sa maturité. En février 2008, il représentait 75 % des boîtes vendues au sein du répertoire et 68 % du répertoire en valeur (source Leem¹⁸). La nouvelle convention Uncam-pharmaciens sur la substitution ne prévoit pas de dépasser les taux de 82 % de substitution d'ores et déjà atteints par certains départements.

Sur le marché des produits innovateurs, on a assisté depuis quelques années au développement grandissant de médicaments dits « me too », molécules appartenant à une classe existante, traitant la même maladie et ne différant que très peu, sur le plan chimique et pharmacologique, des molécules déjà sur le marché. Les laboratoires pharmaceutiques ont ainsi développé des stratégies de contournement des médicaments génériques, en mettant au point des molécules dérivées de leurs médicaments princeps, telles que des isomères, des sels, des esters, etc. Ces médicaments constituent *in fine* une entité homogène qui se distingue à la fois des génériques et des molécules très innovantes.

Dans le cadre de nos travaux sur le prix des médicaments, cette recherche s'intéresse à l'écart de prix entre le premier médicament commercialisé dans une classe thérapeutique (médicament référent) et les suivants (médicaments similaires).

Sur une base de 663 médicaments similaires répartis en 31 groupes thérapeutiques, nous avons analysé l'écart de prix entre référents et similaires et construit un modèle de régression multi niveau pour déterminer les variables responsables de cet écart de prix.

L'écart de prix moyen constaté était de +99 % du prix du médicament de référence, la majorité des présentations étant plus chères que leur référent. L'ASMR¹⁹, le fait d'être une forme à libération prolongée ou modifiée, l'année de commercialisation, le nombre de DDD²⁰ dans le conditionnement, le TFR²¹ et le nombre d'indications jouent un rôle dans l'écart de prix mais n'en expliquent qu'une petite partie, l'essentiel de la variabilité étant capturée par le groupe thérapeutique. La concurrence des génériques et des similaires entre eux n'a aucune incidence sur l'écart de prix. Au niveau du groupe, l'année de commercialisation du référent, son prix et le délai de commercialisation entre le premier et le dernier arrivé sur le marché sont des déterminants de l'écart de prix mais ne suffisent pas à expliquer un effet groupe aussi important.

Ce travail a été réalisé dans le cadre d'un Master Recherche en Santé publique à l'Université Paris XI.

Un *document de travail* et un *Questions d'économie de la santé* sont en cours de rédaction

✉ Comment expliquer l'écart de prix entre médicaments d'une même classe thérapeutique ? Bergua L., Sermet C., Sorasith C., Célant N. *Document de travail* et *Questions d'économie de la santé*.

¹⁸ *Les entreprises du médicament*

¹⁹ *Amélioration du service médical rendu*

²⁰ *Daily defined dose ou dose quotidienne définie*

²¹ *Tarif forfaitaire de responsabilité*

A101. Effets des déremboursements sur la prescription pharmaceutique
Sylvain Pichetti, Catherine Sermet, Jérôme Silva, Christine Sorasith

Cette étude s'inscrit dans le cadre des travaux de l'Irdes sur les politiques de régulation du secteur pharmaceutique. Elle fait partie d'une série d'études sur l'impact du déremboursement, des baisses de taux de remboursement et du retrait du marché de certains médicaments, réalisées en parallèle par l'Irdes, la Drees et l'Afssaps. L'Irdes s'est vu confier l'analyse de l'impact du déremboursement des mucolytiques et expectorants tandis que la Drees étudie la baisse du taux de remboursement des veinotoniques et que l'Afssaps s'intéresse à l'impact du retrait du marché de certains médicaments de la classe des immunostimulants.

Une première étude publiée en 2007 s'appuie sur les données du panel « Disease Analyzer » d'IMS Health et sur les prescriptions réalisées par 1 063 médecins généralistes à l'occasion de près de 500 000 consultations annuelles effectuées chez 330 000 patients. Suite à la vague de déremboursements du 1^{er} mars 2006, les médecins généralistes ont baissé de moitié la prescription de mucolytiques et d'expectorants pour le traitement des infections des voies aériennes supérieures et inférieures. De ce point de vue, la mesure peut être considérée comme efficace. Il s'avère toutefois que les médecins ont reporté, selon le diagnostic, leur prescription vers d'autres classes thérapeutiques comme les antitussifs ou les bronchodilatateurs, certains anti-inflammatoires non stéroïdiens, les corticoïdes et les produits otologiques, la justification médicale de ce report n'étant pas toujours facile à établir. En termes économiques, le prix des mucolytiques et des expectorants étant peu élevé, la mesure n'a pas de répercussion sur le coût de l'ordonnance qui reste stable malgré les reports et l'augmentation tendancielle de la prescription des autres classes de médicaments.

En 2009, nous avons poursuivi les analyses pour affiner nos résultats sur les reports de prescription. Nous nous appuyons sur le panel EPPM²² d'IMS Health, sur une série longue de données de 2001 à 2008, en utilisant les techniques d'analyse des séries temporelles. En dehors des antitussifs, on n'observe pas de report de prescription sur les anti-inflammatoires ou les antibiotiques.

²² *Enquête permanente sur la prescription médicale*

1.4 Santé et territoires

A067. Distances d'accès aux soins

Véronique Lucas-Gabrielli, Magali Coldefy, Laure Com-Ruelle

La distance d'accès aux soins est un indicateur définissant la bonne diffusion ou la concentration sur le territoire des équipements et des personnels de santé. Dans un contexte de diminution des effectifs des professionnels de santé, l'étude de la distance d'accès permet de classer chaque type de soin selon une hiérarchie classique pour les services et de définir pour quel type d'espace la distance d'accès a augmenté ou diminué.

Ce travail consiste à calculer la distance d'accès aux diverses professions de santé libérales et, pour les spécialistes, aux diverses spécialités. Les distances sont aussi calculées pour les disciplines hospitalières de structures publiques ou privées et pour les différents équipements lourds (IRM, scanners, appareils de radiothérapie).

Ces distances seront ensuite analysées en les situant par rapport à d'autres gammes de service (services de proximité, services intermédiaires) afin de prendre en compte les habitudes de mobilité de la population.

Un important travail méthodologique a été mené et sera terminé début 2010. Il vise à géolocaliser les disciplines hospitalières à partir des bases de données disponibles (Finess²³, SAE²⁴ et PMSI²⁵). Le travail consiste à valider la localisation des établissements et à redéfinir la notion de spécialité, car les sources de données et nomenclatures de définition des spécialités ont été fortement modifiées depuis la dernière étude. Le répertoire Finess ne permet plus d'identifier les spécialités fines, ne distinguant plus que des grands groupes de discipline tels que médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, SSR.... Il est donc nécessaire aujourd'hui de mobiliser et de croiser plusieurs sources de données pour repérer les localisations des différentes spécialités.

Le calcul de la distance d'accès est en cours selon la méthodologie employée dans les précédentes publications de l'Irdes, c'est-à-dire à vol d'oiseau, afin d'en étudier l'évolution, mais aussi en kilomètres et en temps.

↳ Distance to health care services: what rules? Lucas-Gabrielli V., Coldefy M., XIIIth International Symposium in Medical Geography, Mc Master University, Hamilton/Ontario, Canada, 12-17 juillet 2009.

A218. Analyse des disparités de consommation de soins hospitaliers en France : une approche territoriale

Zeynep Or, Véronique Lucas-Gabrielli

Ce projet consiste à mesurer la variabilité territoriale de la consommation de soins hospitaliers en France, puis à estimer la relation entre cette variabilité et la localisation des services hospitaliers.


Un premier travail exploratoire a été réalisé en 2009 sur une intervention non urgente, la prothèse totale de hanche. La variable dépendante testée était le nombre de séjours hospitaliers sur le territoire pour une intervention donnée. Les variables explicatives étaient les caractéristiques démographiques et socio-économiques du territoire ainsi que l'offre de soins (toutes choses égales par ailleurs). En définissant les conditions socio-économiques au niveau géographique le plus fin

²³ Fichier national des établissements sanitaires et sociaux.

²⁴ Statistique annuelle des établissements de santé.

²⁵ Programme de médicalisation des systèmes d'information (hospitaliers).

(code postal), on tente d'estimer à partir de modèles logistiques multi-niveaux la part explicative respective des conditions socio-économiques et des facteurs du marché (type d'offre, concentration du marché) sur l'accès aux soins. Cette analyse exploratoire a été réalisée par une stagiaire. Celle-ci nous a permis de vérifier la faisabilité de l'étude et de définir des pistes de travail qui seront testées et approfondies sur d'autres interventions chirurgicales traçées.

 Un rapport de stage de fin d'année est rédigé par Clémentine Collin (Promotion 2009) : Etude de variabilité d'accès aux soins hospitaliers en France, Ensaï.

A224. Colloque ENHERGI

Magali Coldefy, Véronique Lucas-Gabrielli


La conférence ENRGHI (Emerging New Researchers in the Geography of Health and Impairment) est une conférence annuelle soutenue par le Groupe de recherche en géographie de la santé de la Société Royale de Géographie (Angleterre). Spécifiquement dédié aux jeunes chercheurs et doctorants en géographie de la santé, c'est un forum pour les chercheurs émergents qui partagent un intérêt commun pour les questions de santé et ses variations à travers l'espace. Elle a été organisée dans différentes universités britanniques et accueille de plus en plus d'étudiants de différents pays européens. En collaboration avec l'UMR Géographie-Cités de l'Université de Paris I, ainsi que l'Université Paris X et le Comité national français de Géographie, l'Irdes organise la 15^e session de cette conférence qui aura lieu les 10 et 11 juin 2010 à l'Institut de Géographie de Paris.

L'année 2009 a été consacrée à la recherche de financements pour ce colloque. Les comités d'organisation et scientifique ont été mis en place, la page web réalisée (<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Colloques/ENRGHI2010>). L'appel à communications a été lancé en septembre 2009 et clôturé le 20 décembre 2009. Plus de cinquante propositions de communication orale ou de posters ont été reçues et feront l'objet d'une sélection par le comité scientifique en 2010.

A050. Support technique à l'Urcam Champagne-Ardenne

Véronique Lucas-Gabrielli

L'Irdes a collaboré aux travaux de l'Urcam de Champagne-Ardenne. Cette collaboration s'est concentrée sur l'expertise technique et l'accompagnement d'une étude portée par l'Observatoire régional de la santé de Champagne-Ardenne sur les hospitalisations potentiellement évitables en Champagne-Ardenne.

 Les hospitalisations potentiellement évitables en Champagne-Ardenne. Lucas-Gabrielli V., Tonnellier F. ORSCA, *Rapport à paraître*.

A143. Une approche de la construction sociale et territoriale de la prise en charge de la maladie mentale, à travers l'analyse de l'histoire des processus de localisation et de découpage structurant l'offre de soins de psychiatrie en France

Magali Coldefy – Thèse sous la direction de Denise Pumain, UMR Géographie-Cités, Université Paris 1. Encadrement Irdes : Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès.

Ce projet de thèse se propose, en utilisant les différentes méthodes d'analyse spatiale et statistique, mais aussi l'exploitation de données d'archives et d'entretiens, de représenter cette géographie et d'expliquer les processus de structuration territoriale de l'offre de soins en psychiatrie en France.

La première partie du projet concerne l'analyse de l'implantation et de la diffusion spatio-temporelle des hôpitaux psychiatriques aux XIX^e et XX^e siècles. L'année 2007 avait été consacrée à la construction d'une base de données géolocalisée et datée des établissements psychiatriques

français, à partir d'archives historiques, de fichiers administratifs, d'ouvrages d'historiens. En 2008, l'analyse de la diffusion des établissements psychiatriques sur le territoire français a été réalisée à partir de cette base, montrant comment modèles classiques de diffusion d'une innovation et évolution des idées relatives à la prise en charge de la maladie mentale se combinent pour expliquer la localisation des établissements. L'année 2009 a été consacrée à l'analyse des implications spatiales de la désinstitutionnalisation, avec la mise en place de la politique de sectorisation et le découpage du territoire national en secteurs géo-démographiques et la multiplication de structures de petite taille (de prise en charge ambulatoire ou à temps partiel), implantées au plus proche de la population. L'analyse de cette géographie « post-asilaire » a été réalisée à l'échelle nationale et à l'échelle locale, autour de l'établissement public de santé mentale de Maison Blanche, en région parisienne.

La rédaction finale de la thèse et la soutenance sont programmées en 2010.

- ☰ Vers une meilleure organisation des soins en santé mentale ? Coldefy M., Juhan P., Kannas S., *Regards sur l'actualité*, Paris : la Documentation Française, n° 354, 2009/10, 48-60.
- ☰ Les apports des expériences étrangères pour une approche géographique de la « désinstitutionnalisation » à la française, in Michel A. (dir.), Coldefy M., « Ville et santé mentale, Projections, politiques, ressources », *Le Manuscrit*, collection « Sciences de la ville », 2009, pp.73-94.
- ✂ Article en cours de révision en collaboration avec Sarah Curtis, Université de Durham, Royaume-Uni, The geography of institutional psychiatric care in France 1800-2000: historical analysis of the spatial diffusion of specialised facilities for institutional care of mental illness.
- ✂ Article en cours de soumission, « La géographie asilaire française : éléments d'analyse spatio-temporelle ».
- ↗ French post-asylum geography: the transferability of the concept of service-dependent ghetto? Coldefy M., *XIIIth International Symposium in Medical Geography*, Mc Master University, Hamilton / Ontario, Canada, 12-17 juillet 2009.
- ↗ French post-asylum geography: The transferability of the concept of 'service dependent ghetto' in the North-East of Paris, Coldefy M., *14^e conference ENRGHI 2009 (Emerging and New Research of Geographies of Health and Impairment)*, University of Durham, UK, 6-7 avril 2009.
- ↗ Communication lors de la Semaine d'Information sur la Santé Mentale 2009 : Maladies psychiques : quels soins ? quels accompagnements ? Coldefy M., *Conférence débat « Ville et santé mentale : une expérience de recherche participative dans le 19^e arrondissement »*, Paris, 17 mars 2009.

1.5 Inégalités sociales de santé et recours aux soins

1.5.1 Facteurs économiques et sociaux de l'état de santé

A031. Etude Intermède : L'interaction entre médecins et malades, productrice d'inégalités sociales de santé ?

Anissa Afrite, Chantal Cases, Paul Dourgnon, Florence Jusot

Dans beaucoup de pays, des inégalités sociales de santé importantes persistent ou même s'aggravent. Les recherches menées sur les facteurs explicatifs de ces inégalités ont mis en évidence le rôle des déterminants externes au système de soins tels que les conditions de vie, les comportements à risque et les facteurs psychosociaux. Le rôle du système de santé et des soins est aujourd'hui très peu considéré dans les recherches sur les inégalités sociales de santé. Pourtant, certains travaux empiriques montrent que le système de soins peut contribuer à renforcer des inégalités existantes et une meilleure connaissance des processus par lesquels il peut aggraver ou au contraire limiter les inégalités sociales constatées pourrait nourrir une politique de santé publique, dont le système de soins est évidemment un levier majeur.

L'objectif du projet de recherche est de construire une étude pilote préfigurant une enquête portant sur l'interaction médecin-patient afin d'analyser son impact sur la construction des inégalités de santé.

L'enquête réalisée fin 2007 vise à traiter les problématiques suivantes :

Y a-t-il, à situation clinique identique, des différences de traitements (de réponse du système de soins) selon les catégories sociales, qui pourraient être génératrices d'inégalités de santé ?

Si oui, quels sont les éléments de l'interaction médecin - patient qui les génèrent ?

Les données récoltées doivent rendre possibles, selon la situation de santé observée :

- l'analyse de la consultation à la fois dans sa dimension de diagnostic, de recommandations de prévention et de traitement ;
- la confrontation de la pratique à un référentiel clair ;
- l'observation de l'impact de la pratique et de la non-conformité aux recommandations en termes de perte de chances, à l'origine d'inégalités et non seulement de disparités.

Plus précisément, il s'agit d'explorer, comment la consultation médicale, dans le cadre de la pratique libérale de ville, contribue à construire, aggraver ou compenser des inégalités sociales de santé.

Une enquête spécifique

La thématique d'observation de l'interaction proposée dans ce projet est encore peu explorée. Elle nécessite la mise au point d'outils de recueil originaux. C'est la raison de cette phase pilote, destinée à explorer des méthodes utilisables ultérieurement.

L'originalité de ce projet réside dans l'association d'outils qualitatifs et quantitatifs.

Ce protocole comporte une première phase de type sociologique incluant entretiens avec le médecin, le patient et observation de la consultation. Cette phase exploratoire contribuera à construire les hypothèses à tester dans la phase quantitative et produira en outre des résultats préliminaires, mais originaux sur la question posée.

La partie quantitative comprend, outre des questionnements du médecin et du patient à différentes étapes de l'épisode de soins, un enregistrement audio de la consultation sur un sous-échantillon de consultations. Cette phase porte sur vingt médecins volontaires recrutés et quinze patients par médecin et parmi les prises de rendez-vous non urgentes. Elle comporte un questionnaire général médecin, explorant son profil, sa pratique, un questionnaire patient pré-consultation relevant ses caractéristiques générales et les motifs de consultation ; un enregistrement audio ou vidéo de la consultation auprès d'un sous-échantillon de médecins. A l'issue de la consultation, un questionnaire patient porte sur le contenu de la consultation et un questionnaire médecin recueille les diagnostics, les traitements, l'opinion sur le patient, les demandes et attentes perçues par le médecin. Le suivi de la mise en œuvre réelle des conclusions arrêtées à l'issue de la consultation est recueilli par téléphone plusieurs jours après la consultation.

L'enquête a fait montre de taux de participation élevés, y compris l'enregistrement vidéo des consultations.

Les communications réalisées en 2009 et 2008 ont présenté la méthodologie de l'enquête ainsi que ses premiers résultats.

En 2010, nous traiterons des inégalités selon la catégorie sociale dans le suivi du surpoids et l'obésité dans le cadre du modèle de Balsa et Mc Guire.

↳ Patient - physician interaction and equity in health: the role of primary care, Afrite A. Dourgnon P., Fourth International Jerusalem Conference on Health Policy : Improving Health & Healthcare. Who is responsible? Who is accountable? Jérusalem, 8-10 décembre 2009.

A198. Morbidité détaillée des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2006 et motifs de recours aux soins de médecins
Caroline Allonier, Bénédicte Boisguérin, Philippe Le Fur

Les deux objectifs de ce travail sont :

- de décrire, de manière fine, les différents troubles de santé, facteurs de risque et maladies déclarés par les bénéficiaires de la CMU complémentaire et de les comparer (en ajustant sur l'âge et le sexe) à ceux de la population générale ;
- de décrire, de la même manière, les motifs de recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C.

Différentes publications (Drees, Cnamts, Irdes...) ont montré que l'état de santé de ces personnes était, à âge et sexe comparables, moins bon que celui du reste de la population. Les indicateurs utilisés s'appuyaient soit sur la santé perçue par les enquêtés, soit sur l'existence d'une affection de longue durée. Nous souhaitons utiliser des indicateurs plus fins, basés sur les principales maladies, troubles de santé et facteurs de risque déclarés par les personnes enquêtées dans l'enquête ESPS 2006.

Ce travail, réalisé en collaboration avec la Drees, devait initialement donner lieu à publication en 2009. Un document est actuellement en cours de rédaction et une double publication est envisagée sous forme d'un *Questions d'économie de la santé* pour l'Irdes et dans l'une des collections de la Drees.

↳ Rédaction en cours.

A184. Accès aux soins des personnes en situation de handicap

Catherine Sermet, Stéphanie Guillaume

Les personnes en situation de handicap constituent un groupe d'autant plus touché par les inégalités de recours que leurs besoins en soins sont plus élevés que ceux des personnes ne présentant pas de handicap. A cause du handicap lui-même qui parfois nécessite des soins médicaux, à cause de la maladie sous-jacente au handicap, souvent évolutive et, enfin, à cause d'une vulnérabilité plus importante aux maladies, le recours aux soins des personnes en situation de handicap est effectivement plus élevé, variant cependant selon la nature et la gravité du handicap.

Nous avons en 2008 débuté une recherche faisant le point sur le niveau global de consommation de soins des personnes en situation de handicap et sur l'existence de limitations d'accès et leurs déterminants en utilisant deux enquêtes en population générale disponibles en France, l'Enquête Santé et Protection sociale (ESPS) de l'Irdes réalisée en 2004 et l'Enquête décennale Santé (EDS) de l'Insee, datant de 2002-2003.

Ces enquêtes souffrent toutefois d'une limite importante concernant la définition des personnes en situation de handicap et nous avons été contraints d'utiliser des proxys en mobilisant, d'une part, la variable d'incapacité du mini module européen (existence d'une limitation depuis au moins six mois dans les activités habituelles à cause d'un problème de santé ou d'un handicap) et, d'autre part, l'existence de difficultés motrices (marcher 500 mètres, monter et descendre les escaliers, se baisser, ouvrir un robinet ou porter cinq kilos).

La mise à disposition de l'enquête HID Santé 2008 permettra d'approfondir les analyses en utilisant d'une part des définitions plus précises de la notion de handicap et, d'autre part, en fournissant des effectifs plus conséquents de personnes souffrant de handicaps spécifiques (visuel, auditif, mental, moteur,...)

Ce travail n'a pas encore débuté. Il est reporté en 2010.

A203. Comment prendre en compte les besoins de soins non satisfaits, une étude méthodologique des renoncements de soins auto-déclarés dans l'enquête ESPS

Paul Dourgnon

Projet repoussé en 2010.

A157. Intégration, santé et accès aux soins en France

Paul Dourgnon, Michel Grignon (McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada), Florence Jusot (Université Paris-Dauphine & Irdes), Caroline Berchet (Université Paris-Dauphine)

Ce projet porte sur l'étude du rôle de l'origine nationale et de la religion dans la constitution du capital social tout d'abord, puis de leurs liens avec l'état de santé et le recours aux soins.

Il s'inscrit dans une succession de travaux collectifs menés depuis 2001 qui ont porté sur la mesure puis l'explication des inégalités sociales de santé et de recours aux soins, plus particulièrement, depuis 2004, sur le capital social et la nationalité. L'enquête Santé Protection Sociale (ESPS) 2006 de l'Irdes recueille, en plus de l'état de santé, du recours aux soins et du statut économique et social, le capital social, l'origine nationale, à un niveau suffisamment fin pour distinguer les personnes immigrées de première et de seconde génération et la religion de l'enquêté (courant religieux et intensité de la pratique). Nous souhaitons tirer parti de ce jeu de données unique pour mettre en regard trois ensembles de facteurs : l'origine nationale tout d'abord, le capital social ensuite, la santé et le recours aux soins enfin.

Le point de départ de notre projet de recherche réside dans un triple constat, fondé sur la littérature existante, mais aussi sur nos propres travaux. Le premier constat est qu'il existe un lien entre capital social et état de santé / consommation de soins. Par quels mécanismes le capital social peut-il influencer l'état de santé ? La première hypothèse tient au stress d'origine psychosociale : l'insuffisance du soutien apporté par le réseau de relations et plus généralement la faiblesse de la cohésion de la société sont des facteurs de stress psychosocial, ayant des conséquences sur diverses dimensions de la santé. La seconde tient au rôle du capital social dans l'accès aux soins, lequel impacte lui-même l'état de santé.

Le second constat est que le capital social est clairement lié à la notion d'intégration si l'on définit celle-ci comme le processus qui conduit une personne à adopter les valeurs et les normes d'un système social.

Cette recherche s'appuie sur les informations relatives à l'état de santé, aux recours aux services de santé, à l'origine nationale et au capital social disponibles dans l'Enquête ESPS 2006. Le module de questions sur l'origine nationale permet de reconstituer les trajectoires de migration sur deux générations et de distinguer ainsi les personnes d'origine étrangère de première et seconde génération. Le capital social est mesuré *via* la participation associative.

Un premier travail méthodologique a consisté à étudier la représentativité de l'échantillon ESPS en termes de nationalité et de religion et sera complété par une première description des populations définies par ces variables, en distinguant en particulier les personnes d'origine étrangère de première et de seconde génération.

Une seconde étape de la recherche a consisté à comparer l'état de santé et l'accès au capital social des migrants et de la population native puis à mesurer l'impact de l'origine sur le capital social. Une méthode de décomposition de Oaxaca et la méthodologie proposée récemment par Fairlie seront ensuite utilisées pour mesurer la contribution des caractéristiques observables à ces différences de santé et, en particulier, comparer la contribution du capital social et du statut socio-économique. Nous proposons ensuite d'explorer la question de l'endogénéité du capital social et d'essayer d'estimer l'impact causal du capital social sur la santé à l'aide de plusieurs variables instrumentales (pratiques religieuses, langue parlée durant l'enfance, zone géographique).

Ce projet a donné lieu en 2009 à trois présentations et à la soumission de deux articles dans des revues à comité de lecture :

- ✉ Social health inequalities: a French analysis based on migrant population, Berchet C., Jusot F., Dourgnon P., soumis à la *Revue Economique*.
- ✉ What is the contribution of social capital to health inequalities: a decomposition analysis, Berchet C. et Jusot F., soumis à *Revue d'Economie Publique*.
- ✉ Social integration, migration, and health status: a French data analysis, Berchet C., Jusot F., Dourgnon P., *31^e Journées des économistes de la santé français*, ENSAI, Rennes, 3-4 décembre 2009.
- ✉ Social health inequalities: a French analysis based on the migrant population, Berchet C., Jusot F., Dourgnon P., *8th International Conference on Health Economics, Management and Policy*, Social Integration, Migration and Health status: a French Data Analysis, Athènes, Grèce, 29 juin - 2 juillet 2009.
- ✉ Social health inequalities: a French analysis based on the migrant population, Berchet C., Jusot F., Dourgnon P., *Premier Colloque bi-annuel du GDRI DREEM*, « Inégalités et développement dans les pays méditerranéens », Université Galatasaray, Istanbul, Turquie, 21-23 mai 2009.

A030. La santé des adultes selon leur origine sociale : transmission intergénérationnelle des inégalités sociales de santé
Marion Devaux (OCDE), Florence Jusot (Université Paris-Dauphine & Irdes), Alain Trannoy (EHESS & Greqam-Idep), Sandy Tubeuf (Academic Unit of Health Economics - Leeds Institute of Health Sciences)

En 2006, l'égalité des chances a été déclarée grande cause nationale par le gouvernement. Celle-ci est entendue comme « la possibilité donnée à chaque citoyen - quels que soient ses origines, son sexe, ses croyances, ou son mode de vie - de faire valoir ce qu'il est, ce qu'il sait faire, ses mérites afin qu'il soit en mesure de progresser dans la société »²⁶. Cet objectif énoncé renvoie ainsi à l'idée que si certaines inégalités, résultant des décisions prises par les individus eux-mêmes ne sont pas nécessairement injustes, les inégalités liées à des circonstances indépendantes de la responsabilité individuelle, comme le sexe, l'origine ethnique, ou encore l'origine sociale, sont injustes et justifient donc des interventions visant à les réduire. Si de nombreuses recherches évaluent l'ampleur des inégalités des chances existant dans l'éducation, l'emploi, le logement ou encore dans la distribution des revenus, les inégalités des chances existant dans le domaine de la santé restent peu explorées. Cette étude cherche à évaluer les inégalités des chances en santé liées au déterminisme social et familial. Elle propose une analyse simultanée de l'influence de l'état de santé des parents et du milieu social d'origine, mesurée par la situation socioprofessionnelle des parents, sur la santé des descendants à l'âge adulte. Le premier volet de nos travaux s'est appuyé sur les données françaises de l'enquête Share (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) menée en 2004/2005. Le second volet utilise l'ensemble de ces données européennes. Le troisième volet actuellement en cours d'analyse repose sur l'exploitation du module de questions sur cette thématique de la reproduction des inégalités de santé introduit dans l'Enquête Santé et Protection Sociale 2006 de l'Irdes.

Le premier volet de notre recherche a mis en évidence des inégalités des chances en santé en France, chez les personnes de 50 ans et plus. Nos résultats montrent que la santé à l'âge adulte est influencée par le milieu social d'origine, mesuré par la profession du père et de la mère et par l'état de santé des parents. Alors que la profession de la mère semble avoir un effet direct sur l'état de santé du descendant, la profession du père, quant à elle, a un impact indirect passant par la détermination de la profession du descendant. De plus, un effet direct de l'état de santé de chacun des parents sur la santé à l'âge adulte est observé. Par conséquent, les différents canaux par lesquels le milieu d'origine peut influencer l'état de santé des descendants, semblent jouer un rôle pour engendrer des inégalités des chances en santé en France. Celles-ci sont cependant d'une amplitude plus faible que les inégalités sociales de santé, ceci étant une conclusion générale qui vaut quel que soit le domaine d'étude des inégalités des chances.

Le second volet de notre recherche élargit notre analyse à tous les pays européens concernés par Share. Les résultats montrent que l'état de santé à l'âge adulte reste marqué par le milieu social d'origine dans tous les pays étudiés. Cet effet est en partie expliqué par des phénomènes de reproduction sociale, mais il subsiste un effet direct sur la santé des professions du père et de la mère dans de nombreux pays. Par contre, les milieux sociaux les plus favorables diffèrent d'un pays à l'autre. L'état de santé est également associé à la longévité des parents dans la plupart des pays. Ces résultats suggèrent donc l'existence d'inégalités des chances en santé dans la plupart des pays européens. Une analyse contrefactuelle permet alors de comparer l'ampleur des inégalités des chances dans chacun des pays. Celle-ci suggère que les inégalités intergénérationnelles des chances

²⁶ Cette citation est issue du site Internet du ministère délégué à la promotion de l'égalité des chances, http://www.egalitedeschances.gouv.fr/rubrique.php3?id_rubrique=3

sont particulièrement marquées en Espagne et en Allemagne et au contraire réduites aux Pays-Bas et au Danemark.

Le troisième volet, actuellement en cours, repose sur l'exploitation du module de questions sur cette thématique de la reproduction des inégalités de santé introduit dans l'Enquête Santé et Protection Sociale 2006 de l'Irdes. Celui-ci permet d'étudier plus précisément les mécanismes de transmission des inégalités et notamment d'étudier la transmission des comportements à risques. Les premiers résultats montrent le rôle important des conditions de vie dans l'enfance sur les inégalités de santé à l'âge adulte notamment en raison de leur influence sur l'adoption de comportements à risques.

Le premier volet de ce projet réalisé sur données françaises a donné lieu en 2009 à la publication d'un article dans une revue internationale à comité de lecture.

- ☰ Inequality in Opportunities in Health in France: A first pass, Trannoy A., Tubeuf S., Jusot F., Devaux M. (2008), *Health Economics*, DOI. 10.1002/hec.1528.
<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/122500201/PDFSTART?CRETRY=1&SRETRY=0>

Le deuxième volet de ce projet portant sur l'analyse comparative des inégalités des chances en santé en Europe a donné lieu à deux présentations en 2009 et à la publication d'un article en français dans une revue à comité de lecture.

- ☰ Tel père, tel fils : l'influence de l'origine sociale et familiale sur la santé des descendants en Europe. Jusot F., Tubeuf S., Trannoy A. *In* Famille et vieillissement en Europe - Enquête Share. Coordonné par Attias-Donfut C. (Cnav), Sirven N. (Irdes), *Retraite et Société* (Cnav), 2009/11, n° 58, 63-85.

✂ Un article pour une revue internationale à comité de lecture est en cours de rédaction.

- ↪ Inégalités des chances en santé en Europe : Quelle influence de l'origine sociale et familiale ?, Jusot, F., Tubeuf S., Trannoy A., Adelf, *Épidémiologie Sociale et inégalités de santé*, Toulouse, 28-29 mai 2009.

- ↪ Equality of opportunity in health in Europe: The long term impact of social background and parents longevity on health status, Jusot, F., Tubeuf S., Trannoy A., *IHEA conference*, Beijing, 12-15 juillet 2009.

Les premières exploitations du module introduit dans l'enquête ESPS 2006 ont donné lieu à deux présentations en 2009 :

✂ Un article est en cours de rédaction.

- ↪ What contribution of circumstances and effort to health inequality in France?, Jusot, F., Tubeuf S., Trannoy A., *CHEPA Health equity workshop*, Mc Master University, Hamilton, Canada, 3-4 décembre 2009.

- ↪ What contribution of circumstances and effort to health inequality in France?, Jusot, F., Tubeuf S., Trannoy A., *Health, inequalities, risk and public policy workshop*, University Paris Descartes, Paris, 25-26 septembre 2009.

A120. État de santé et consommation de soins de la population immigrée en France *Paul Dourgnon, Florence Jusot, Jérôme Silva, Catherine Sermet*

La France affiche, comme l'ensemble des autres pays développés, de larges inégalités sociales face à la mort et, plus généralement, en matière de santé. Si ces inégalités de santé et de recours aux soins sont aujourd'hui largement documentées en France, à la suite notamment du programme de recherche de l'Inserm lancé en 1997 sur ce thème (Couffihnal *et al*, 2005 ; Joubert *et al*, 2001 ; Leclerc *et al*, 2000), il n'en reste pas moins que l'état de santé et le recours aux soins de certaines populations sont encore largement à explorer. C'est le cas notamment de la population immigrée et de la population étrangère (respectivement 7,3 % et 5,6 % de la population de la France en 1999), la nationalité et le pays de naissance étant aujourd'hui très peu utilisés, en France, comme dimensions permettant de définir la situation sociale dans les recherches sur les inégalités sociales de santé (Chenu, 2000). En collectant des informations précises, à la fois sur le pays de naissance et la nationalité (Français de naissance ou réintégration, Français par acquisition, nationalité précise pour

les étrangers), ainsi que sur l'état de santé et le recours aux soins, l'enquête Santé, menée en 2002-2003 par l'Insee en France, offre donc l'opportunité d'approfondir ces recherches en étudiant les liens existant entre nationalité, immigration, état de santé et recours aux soins.

Cette analyse repose sur des analyses descriptives et multi variées de l'état de santé d'une part et du recours aux services de santé d'autre part selon le statut migratoire : personne de nationalité française née en France, personne de nationalité française née à l'étranger, personne de nationalité étrangère.

Une première étape a ainsi consisté à comparer l'état de santé selon le statut migratoire puis à mettre en évidence, à l'aide de régressions logistiques, l'effet direct du statut migratoire et l'effet indirect passant par la situation économique et sociale des immigrés en France. Les résultats montrent l'existence d'inégalités face à la santé des personnes d'origine étrangère liées à l'existence d'un effet de sélection à la migration compensé, à long terme, par un effet délétère de la migration, expliqué, en partie seulement, par la situation sociale difficile des immigrés.

La seconde étape a consisté à explorer la diversité des états de santé au sein de la population immigrée selon le pays de naissance et à chercher à expliquer cette diversité à l'aide des caractéristiques des pays de naissance dans le cadre d'une analyse multiniveau. Cette analyse a mis en évidence un effet non négligeable à long terme des caractéristiques économiques et sanitaires du pays de naissance, propre à expliquer les disparités d'état de santé observées au sein de la population immigrée.

La troisième étape nous a permis d'étudier les liens entre statut migratoire et recours aux soins. D'une manière générale, les immigrés étrangers ont une probabilité de recours aux soins moindre que les personnes nées en France. Ces différences sont mises en évidence aussi bien pour les soins de médecins généralistes et spécialistes que pour les hospitalisations. La prise en compte du besoin de soins (âge, sexe et état de santé) n'efface pas ces différences, mais leur disparition après ajustement sur les variables sociales suggère que ces disparités sont, pour partie, liées à la situation sociale dégradée des populations d'origine étrangère en France. A l'inverse, les immigrés naturalisés semblent moins concernés par ces difficultés d'accès.

Cette recherche a été proposée et acceptée dans le cadre de l'Appel à projets de recherche Drees - MiRe « Analyses secondaires de l'enquête décennale de l'Insee sur la santé et les soins médicaux ». Elle a été finalisée en 2009.

En 2009, elle a donné lieu aux interventions suivantes :

- ✉ Health status and health care use of migrants in France: what can we learn from the 2003 National Health Interview Survey? Jusot F., *7th World Congress on Health Economics*, Beijing, Chine, 12-15 juillet 2009.
- ✉ Recours aux soins des immigrés en France : Quel rôle de l'origine ? Silva J., *Adelf Épidémiologie Sociale et inégalités de santé*, Toulouse, 28-29 mai 2009.
- ✉ Health inequalities related to immigration in France: effect of life conditions or selection effect?, Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J., *Academic Unit of Health Economics Seminar*, Leeds (UK), 27 janvier 2009.

En 2009, elle a donné lieu aux publications suivantes :

- 📄 Le recours aux soins de ville des immigrés en France, Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J. *Questions d'économie de la santé* n° 146, 2009/09.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes146.pdf>
- 📄 Inégalités de santé liées à l'immigration en France : Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? Jusot F., Silva J., Dourgnon P., Sermet C., *La revue économique*, numéro 2, volume 60, mars 2009, p 385-411.
- 📖 Un rapport de recherche a été rendu à la Drees-MIRE en mars 2008 (volume 1) et en mars 2009 (volume 2)

A158. Réseau de recherche international sur le Capital Social et l'Etat de Santé
Social Capital Global Network - II and III Workshop on Social Capital and Health
Paul Dourgnon - Assistante : Khadidja Ben Larbi

L'Irdes a organisé, en octobre 2008, un deuxième atelier de recherche du Social Capital Global Network, en collaboration avec le Petris Center de l'université de Berkeley (R. Scheffler, T. Brown) et l'OCDE (F. Sassi), qui s'inscrit dans une collaboration datant de 2006.

A la suite de cet atelier, une communication a été présentée à la conférence IHEA de Beijing, en 2009, dans l'atelier thématique *Conceptualizing and Measuring Social Capital*. L'Irdes a également participé à un ouvrage édité par l'OCDE : *Methodological issues and public policies*.

Le troisième atelier aura lieu en septembre 2010. L'Irdes continue d'être fortement associé au réseau (Florence Jusot et Paul Dourgnon sont membres de son comité scientifique). Plusieurs projets de communication ont été proposés.

- ☐ Social Capital, Human Capital and Health: What is the Evidence? Dourgnon P. Sirven S., *In Methodological issues and public policies*, OECD, 2010, à paraître.
- ☞ The Nature of Individual Social Capital and Community Social Capital: Is One Just a Summation of the Other? Dourgnon P., 7th World Congress on Health Economics, Beijing, Chine, 12-15 juillet 2009.
- ☞ Social Capital and Health - Exploring the Causality Issue at the Individual Level, Sirven N., 7th World Congress on Health Economics, Beijing, Chine, 12-15 juillet 2009.

1.5.2 Participation sociale et santé

A220. HEAPS : Health Economics of Ageing and Participation in Society - Vieillesse et participation à la société : une approche en économie de la santé
Thierry Debrand, Nicolas Sirven, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Caroline Berchet, Roméo Fontaine

Le but de cette recherche est d'analyser les conséquences économiques du vieillissement sur la participation des seniors à la société. Nous nous focaliserons sur les arbitrages entre travail, « loisir » et activités bénévoles. Nous essayerons de mettre en évidence l'importance de la santé dans la détermination de ces arbitrages. De plus, les différentes études produites tenteront de mettre en évidence l'importance des contextes institutionnels (système de protection sociale-offre de soins) pour mieux comprendre les différences entre les pays. Grâce à la base de données Share, lorsque cela est possible, ces études prendront en considération les comportements dynamiques des agents.

Il s'agit d'une collaboration entre l'Irdes et le Legos de l'université de Paris-Dauphine. Cette étude s'appuiera sur les données des différentes vagues de Share.

Ce projet en 2009 a obtenu un financement important de la part de l'Agence nationale de la recherche (ANR), dans le cadre des « appels à projets Blanc Jeunes Chercheuses et Jeunes Chercheurs ». Nous avons eu une première réunion de lancement du projet ANR en octobre 2009 et les premiers travaux sont en cours de publication.

- ☐ Partir à la retraite en Europe : déterminants individuels et rôle de la protection sociale. Debrand T., Sirven N., *Questions d'économie de la santé* n° 148. 2009/11.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes148.pdf>
- ☐ What are the Motivations of Pathways to Retirement in Europe: Individual, Familial, Professional Situation or Social Protection Systems? Debrand T., Sirven N., *Document de travail* n° 28. 2009/10.
[.../EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT28MotivationsPathwaysRetirementEurope.pdf](http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT28MotivationsPathwaysRetirementEurope.pdf)
- ☐ Quelles sont les motivations des départs à la retraite en Europe : situation personnelle, familiale, professionnelle, ou rôle de la protection sociale ? Debrand T., Sirven N., *Document de travail* n° 26. 2009/06.

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT26MotivationDepartRetraiteEurope.pdf>

- ✉ What are the Motivations of Pathways to Retirement in Europe? Debrand T., Sirven N., *DIW Conference: Ageing, Savings & Retirement*, Berlin, Allemagne, 9-10 avril 2010
- ✉ Santé et situation socio-professionnelle des plus de 50 ans, Debrand T., INPES, *5^e Journées de la prévention*, Paris, 2-3 avril 2009.

1.5.3 Comportements de santé et de prévention

A202. Impact du facteur de risque alcool sur l'état de santé et le recours aux soins

Pascale Lengagne, Myriam Mezzarobba, Laure Com-Ruelle

La consommation excessive d'alcool représente à la fois un problème de santé publique et un problème de société. Outre le repérage et la connaissance des prévalences des différents profils d'alcoolisation, il est important de mesurer leur impact sur l'état de santé en général et le recours aux soins médicaux. Ainsi, ce travail propose une analyse du lien potentiel entre état de santé, recours aux soins médicaux et profil d'alcoolisation, à travers des indicateurs généraux et validés en population générale et des consommations médicales. Il ajoute à l'analyse des liens entre alcool et santé, d'une part, l'analyse des liens avec le recours aux soins et, d'autre part, des aspects longitudinaux. Ces aspects longitudinaux inédits sur ce thème sont permis grâce à la mise à disposition dès mi-2009 des données recouvrant quatre opus d'ESPS (2002, 2004, 2006 et 2008) et leur appariement avec les données de remboursement de l'Assurance maladie.

Nous avons exploré notamment le rôle de l'alcool dans la formation des inégalités sociales de santé. On peut en effet envisager que les problèmes d'alcool interviennent de manière directe et indirecte dans la formation de ces inégalités sociales de santé. Les problèmes d'alcool peuvent tout d'abord avoir des conséquences directes plus ou moins tardives sur l'état de santé, à travers les maladies liées à l'alcool. Les problèmes d'alcool peuvent ensuite jouer indirectement dans la formation des inégalités sociales de santé si les personnes souffrant de problèmes d'alcool ont un recours aux soins médicaux différent. En effet, on connaît la moindre attention que les personnes souffrant d'alcoolisation excessive chronique ont à l'égard de leur santé, ce qui les amène souvent à consulter tard lors d'un processus morbide. Nous avons également tenté de vérifier ici l'hypothèse conjointe du moindre recours aux soins médicaux.

Le travail d'analyse et de rédaction d'une première version des résultats a été mené à bien au cours de second semestre 2009 comme prévu, notamment avec l'aide d'une stagiaire Ensaï²⁷ formée par Pascale Lengagne. Le papier, très long (33 pages), est en cours de relecture et de finalisation pour mise au format d'un article à soumettre à une revue à comité de lecture.

- ✉ Buveurs d'alcool excessifs, sans risque et non buveurs : ont-ils des comportements de consommation médicale spécifiques ? Lengagne P., Mezzarobba M., Com-Ruelle L., *Document de travail* à soumettre.

A005. Enquête Alcool et jeunes en France

Laure Com-Ruelle, (Irdes), Marie Choquet (Inserm), Nelly Le Guen (Irdes), Pascale Lengagne (Irdes), Nicole Leymarie (Ireb), Xavier Neveu (Inserm)

L'Ireb mène et finance depuis plus de vingt ans des enquêtes auprès de jeunes pour comprendre leurs comportements en matière de prise d'alcool. L'Irdes avait déjà participé à l'exploitation de sa seconde enquête transversale menée en 2001. Pour sa troisième édition, l'Ireb s'est à nouveau associé à l'Irdes et à l'Inserm pour élaborer les deux questionnaires mis au point et finalisés courant

²⁷ Ecole nationale de la statistique et de l'analyse de l'information

2007, un questionnaire administré en face-à-face et un autoquestionnaire rassemblant les données sensibles. Le recueil a été réalisé en novembre 2007 par l'Institut de Sondage Laval (ISL) auprès de 1 800 jeunes de 13 à 24 ans en population générale, élargissant les tranches d'âge vers les adolescents.

Le but de cette enquête jeunes et alcool est de recueillir des données sur le comportement des jeunes vis-à-vis de l'alcool afin d'en suivre l'évolution dans le temps et d'en comprendre les contextes. Elle permet de compléter et d'affiner les enquêtes menées auprès des seuls scolaires de 16 ans (enquête Espad) ou des seuls jeunes de 18 ans (enquête Escapad lors de la Journée d'appel pour la défense - JAPD). L'extension au-delà de 20 ans représente l'opportunité d'interroger une période qui couvre la seconde période de transition des comportements chez l'adolescent.

Les résultats montrent que les jeunes Français de 13 à 24 ans ont une relation majoritairement sage avec l'alcool et que la famille joue un rôle important vis-à-vis des risques de consommation abusive. Les quantités moyennes bues restent modestes comparativement aux adultes ; elles sont en baisse chez les garçons mais en hausse chez les filles, ce qui réduit la différence entre les sexes (les garçons consomment trois fois plus que les filles). Mais elles ne sont pas consommées de manière régulière et peuvent générer des risques ponctuels. L'âge à la première consommation a baissé de 6 à 7 mois mais celui de la première ivresse reste stable chez les garçons qui sont les premiers concernés. La consommation d'alcool ne conduit pas à l'ivresse systématique. Six jeunes garçons et filles de 13 à 24 ans sur dix ont une expérience nulle ou exceptionnelle de l'ivresse ou du « binge drinking ». Mais un jeune sur dix, le plus souvent des garçons majeurs, déclare des ivresses fréquentes ou boit souvent cinq verres ou plus en une seule occasion. Enfin, selon le test standardisé Audit, 12 % des jeunes sont dans l'abus et 4 % présentent un risque de dépendance, les garçons deux fois plus que les filles. Ces proportions augmentent jusqu'à 22 ans puis fléchissent ensuite.

L'influence de la consommation de l'entourage est importante, celle qu'ils perçoivent de leurs parents comme celle qu'ils observent chez leurs amis. Lorsque ces derniers s'enivrent au moins une fois par semaine, le risque pour un mineur d'être un consommateur à problèmes est multiplié par seize et, pour un majeur, ce risque est multiplié par douze. Les parents ont un rôle important, leur attitude vis-à-vis de la consommation d'alcool de leurs enfants influence les mineurs. Le contexte socio-économique joue de façon variable selon l'âge : l'argent disponible favorise la consommation à problème des mineurs et, chez les majeurs, on est plus souvent non consommateur si l'on est étudiant ou scolarisé que si l'on est un jeune qui travaille. Le sport collectif avec compétition favorise chez certains la non-consommation et chez d'autres la consommation à problèmes.

Après l'exploitation des données réalisée en 2008 et des premiers résultats présentés au comité de liaison de l'Ireb dès décembre 2008, l'année 2009 a été consacrée à deux activités :

- la préparation d'une conférence de presse qui a eu lieu le 5 février 2009, comportant une présentation orale des premiers résultats (diapositives), un dossier de presse et la rédaction d'une synthèse axée sur les résultats nouveaux et originaux ; cet événement a obtenu de nombreux échos dans la presse et donné lieu à plusieurs interviews ;
- l'élaboration d'un rapport Ireb : organisation et partage des différents chapitres rédigés par les deux équipes (Irdes et Inserm) et rédaction ; organisation des annexes sous forme de tableaux Excel qui seront mis à disposition du public sur le site de l'Ireb.

Nous devrions poursuivre le travail par la diffusion écrite (*Questions d'économie de la santé*) et la valorisation des résultats (colloques).

📄 Enquête : jeunes et alcool – Sobre jeunesse ! Un entretien avec Laure Com-Ruelle. Com-Ruelle L., L'école des parents, n° 578, 2009/04-05, 10-11.

- ☐ Contrôle parental et éducation à la santé sont primordiaux dans le rapport à l'alcool. Com-Ruelle L., www.nouvelobs.com, 10 mars 2009.
- ☐ Les jeunes et l'alcool aujourd'hui, Principaux résultats de la cinquième enquête Ireb, Choquet M. (Inserm), Com-Ruelle L. (Irdes), Le Guen N. (Irdes), Lengagne P. (Irdes), Leymarie N. (Ireb), Neveu X. (Inserm), Dossier d'information pour la Conférence de presse Ireb, Paris, 5 février 2009.
- ✂ Les 13-24 ans et l'alcool en 2007, Choquet M. (Inserm), Com-Ruelle L. (Irdes), Le Guen N. (Irdes), Lengagne P. (Irdes), Leymarie N. (Ireb), Neveu X. (Inserm), Rapport Ireb, à paraître.
- ✂ Les 13-24 ans et l'alcool en 2007 : annexes », Choquet M. (Inserm), Com-Ruelle L. (Irdes), Le Guen N. (Irdes), Lengagne P. (Irdes), Leymarie N. (Ireb), Neveu X. (Inserm), Annexes du Rapport Ireb, à paraître.
- ☞ Les jeunes et l'alcool aujourd'hui, Principaux résultats de l'enquête Ireb 2007, Choquet M. (Inserm), Com-Ruelle L. (Irdes), Le Guen N. (Irdes), Lengagne P. (Irdes), Leymarie N. (Ireb), Neveu X. (Inserm), Conférence de presse Ireb, Paris, 5 février 2009.

A201. L'influence de l'entourage sur la consommation d'alcool des jeunes

Laure Com-Ruelle, Pascale Lengagne

L'objectif de cette étude est la poursuite du travail sur l'enquête Jeunes et alcool. A partir des données de cette enquête dont le terrain a été mené en 2007, une analyse approfondie a été effectuée concernant l'influence de l'entourage sur les modes de boire des jeunes, en distinguant la famille des pairs. L'analyse s'appuie donc sur le recueil spécifique 2007 des comportements des jeunes vis-à-vis de l'alcool réalisé par l'Ireb tous les 5 à 6 ans. Cette enquête interroge les jeunes de 13 à 24 ans en population générale, auprès des scolaires et des non-scolarisés.

Ce travail a donné lieu à une communication au Congrès de l'Adelf en mai 2009. Faute de disponibilité des chercheurs au second semestre 2009, nous avons suspendu la rédaction d'un article destiné à une revue économique.

- ☞ Santé et consommation d'alcool des jeunes en 2007 : quelle influence du modèle parental et des pairs ?, Lengagne P., Com-Ruelle L., communication au Congrès de l'Adelf « Épidémiologie Sociale et inégalités de santé », Toulouse, 28-29 mai 2009.

A197. Enquête européenne sur la consommation d'alcool des adultes jeunes

Laure Com-Ruelle, (Irdes), participation au groupe de travail européen dénommé Cavour group (European Scientific Network)

La prévalence des problèmes d'alcool et la mortalité par alcool diffèrent fortement selon les pays européens. Si la France et l'Italie, pays méditerranéens, affichent une forte et constante baisse de leur consommation d'alcool pur par personne et par an depuis quarante ans, du seul fait de leur diminution de consommation de vin, ils restent en tête, mais l'Allemagne et d'autres pays anglo-saxons les rattrapent. Ceci est lié à des modes de consommation différenciés et évoluant de génération en génération. De nombreuses publications existent sur les pays anglo-saxons alors que les pays méditerranéens apparaissent peu dans la littérature internationale. De plus, si des données concernant les jeunes et l'alcool existent un peu partout, la tranche d'âge concernant l'installation dans un mode de boire stabilisé après l'adolescence, *i.e.* les 25-34 ans, est peu étudiée en tant que telle.

Le but de ce groupe de travail est donc de préparer et de mener une enquête internationale *ad hoc* en population générale, auprès des jeunes adultes de 25 à 34 ans dans plusieurs pays d'Europe puis d'analyser les données recueillies sur des bases communes et comparables, incluant également des données de santé et de recours aux soins.

Une enquête pilote a été menée fin 2007 ainsi qu'une phase bibliographique sur deux thèmes : circonstances de l'alcoolisation, alcool et qualité de vie. Ceci a permis d'élaborer la méthode et les

questionnaires définitifs et de mener l'enquête en grandeur réelle en novembre 2008 couvrant trois pays européens dont le type de consommation d'alcool diffère de celui de la France ; cette enquête sera étendue à d'autres pays plus tard en fonction des financements obtenus.

En 2009, une exploitation des données et une première analyse ont été réalisées. La participation de l'Irdes a consisté notamment à permettre la construction des profils d'alcoolisation mis au point sur l'enquête ESPS, profils qui doivent servir aux analyses. Plusieurs réunions du groupe ont eu lieu dont une réunion plénière en novembre 2009 à Paris.

☒ Plusieurs articles sont en cours de rédaction sur des aspects différents de la consommation d'alcool des jeunes adultes et un abstract sera soumis au KBS (Kettle Brün Society) meeting de 2010.

A117. L'asthme en France, en 2006

Première phase : Prévalence, contrôle et recours aux soins

Anissa Afrite, Caroline Allonier, Laure Com-Ruelle, Nelly Le Guen et partenaires extérieurs (InVs, Inserm, Drees)

L'asthme est défini comme un problème de santé publique inscrit au sein des indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Il semble que l'augmentation de sa prévalence au cours des deux dernières décennies corresponde essentiellement à des cas d'asthme intermittent en France. Par ailleurs, alors que nous disposons de médicaments efficaces, il subsiste des asthmes sévères non contrôlés dont il importe d'en comprendre les déterminants. Pour vérifier ou étayer ces hypothèses ou éléments, l'Irdes a mené une première interrogation lors de l'enquête ESPS 1998 permettant de poser un diagnostic de stade de sévérité. Huit ans plus tard, l'ESPS 2006 renouvelle cette interrogation afin d'apprécier l'évolution. L'étude menée à partir de cette interrogation vise à analyser l'évolution des prévalences et à apprécier les modes de prise en charge, notamment médicamenteux, puisque nous disposons en principe d'un arsenal thérapeutique efficace. Au-delà du stade de sévérité, c'est désormais le niveau de contrôle des symptômes et ses déterminants qui sont au cœur de la problématique. L'année 2008 a donc été consacrée à construire ces niveaux de contrôle et en analyser les facteurs associés.

Ainsi, en 2006, 6,26 millions de personnes en France métropolitaine déclarent avoir souffert d'asthme à un moment quelconque de leur vie et, parmi elles, 4,15 millions continuent à en souffrir, soit 6,7 % de la population. Les hommes sont globalement autant concernés que les femmes mais il existe des différences selon l'âge. Moins d'un asthmatique sur deux a recours à un traitement de fond, c'est-à-dire une thérapeutique indiquée pour réduire et maîtriser l'intensité des symptômes liés à l'hyperréactivité bronchique caractérisant cette maladie chronique.

Chez six asthmatiques sur dix, le niveau de contrôle des symptômes est insuffisant : partiellement dans 46 % des cas et totalement dans 15 %. Parmi ces derniers, un quart ne prend pas de traitement de fond.

Toutes choses égales par ailleurs, être obèse, fumer, vivre dans un ménage à faibles revenus ou de structure monoparentale augmente le risque d'avoir un asthme totalement non contrôlé.

Ces résultats sont issus de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) réalisée en population générale ; elle intègre un questionnement spécifique sur l'asthme afin d'identifier les personnes asthmatiques et le niveau de contrôle de leurs symptômes.

La première phase de l'étude a donné lieu à une publication dès décembre 2008 et trois interventions au colloque des pneumologues de langue française en janvier 2009 à Lyon. Un rapport doit être édité courant 2009 ainsi qu'un article destiné à une revue de littérature scientifique et plusieurs communications lors de colloques sont prévues.

- ☰ L'asthme en France en 2006 : prévalence et contrôle des symptômes. Afrite A., Allonier C., Com-Ruelle L., Le Guen N., avec la collaboration de Annesi-Maesano I., Delmas M.-C., Fuhman C., Leynaert B. *Questions d'économie de la santé* n° 138. 2008/12.
- ☰ Prévalence de l'asthme par stade de sévérité en France et déterminants du non-contrôle de l'asthme. Allonier C., Afrite A., Delmas M.-C., Fuhman C., Leynaert B., Annesi-Maesano I., Com-Ruelle L., *Revue des Maladies Respiratoires*, « Résumés des communications scientifiques du 13^e Congrès de Pneumologie de langue française - Lyon, vendredi 16 au lundi 19 janvier 2009 », vol 26, HS n°1 Edition congrès, 2009/01, 1S35-1S36.
- ☰ Assessment of asthma control and its socio-economic determinants. Afrite A., Allonier C., Com-Ruelle L., 2nd European Public Health Conference - Human ecology and public health. Lodz, 25-28 novembre 2009. *The European Journal of Public Health*, Oral presentations: abstracts, vol. 19, Suppl 1, 2009/01, pp. 60-61.
- ☒ L'asthme en France en 2006 : prévalence et contrôle des symptômes, Afrite A., Allonier C., Com-Ruelle L., Le Guen N., Rapport Irdes en cours de parution.
- ☞ Assessment of asthma control and its socioeconomic determinants, Afrite A., Allonier C., Com-Ruelle L., 17^e congrès de l'EUPHA, The second joint European Public Health Conference, Lodz, Pologne, 25-28 novembre 2009.
- ☞ La nouvelle gouvernance en santé, Inégalités sociales dans le contrôle de l'asthme, Com-Ruelle L., Allonier C., Afrite A., Congrès SFSP 2009, Nantes, 1-3 octobre 2009.
- ☞ Prévalence et contrôle de l'asthme en France : importance de la prise en compte des déterminants socioéconomiques pour une meilleure prise en charge, Afrite A., Allonier C., Com-Ruelle L., Congrès de l'ALASS, Luxembourg, 10-12 septembre 2009.
- ☞ L'asthme en France : données en population générale, Com-Ruelle L., Allonier C., Afrite A., Workshop Exacerbations et Asthme, Paris, 12 juin 2009.
- ☞ Le contrôle de l'asthme et ses déterminants, Com-Ruelle L., Allonier C., Afrite A., Adelf Épidémiologie Sociale et inégalités de santé, Toulouse, 28-29 mai 2009.
- ☞ Prévalence et contrôle de l'asthme, nouvelles données de l'enquête santé protection sociale Irdes, Com-Ruelle L., Allonier C., Afrite A., Crestani B., 13^e Congrès de Pneumologie de langue française : La pneumologie prédictive : de la prévention à la décision, Symposium AstraZeneca, Lyon, 18 janvier 2009
- ☞ Prévalence de l'asthme en France et déterminants du non-contrôle, Allonier C., Afrite A., Delmas M.-C., Fuhman C., Leynaert B., Annesi-Maesano I., Com-Ruelle L., Poster, 13^e Congrès de Pneumologie de langue française : La pneumologie prédictive : de la prévention à la décision, Lyon, 16-19 janvier 2009.
- ☞ Prévalence et contrôle de l'asthme : nouvelles données, Enquête santé protection sociale Irdes, Com-Ruelle L., Allonier C., Malka M., Crestani B., Petit-déjeuner-débat, 13^e Congrès de Pneumologie de langue française : La pneumologie prédictive : de la prévention à la décision, Lyon, 17 janvier 2009.
- ☞ L'asthme en France, Com-Ruelle L., Parenthèse Radio, La Radio des Parents et de toute la famille, « Café et chocolat », La matinale de toute la famille, 22 janvier 2009.

Deuxième phase : Recours aux soins et aspects économiques

Laure Com-Ruelle, Marie-Thérèse Da Poian, Nelly Le Guen

En 2009, la poursuite de l'étude de l'asthme en France avait pour but d'apprécier les modes de prise en charge, notamment médicamenteux, puisque nous disposons en principe d'un arsenal thérapeutique efficace, tout en se centrant sur la notion nouvelle de contrôle. En effet, la première phase de l'étude a démontré que six asthmatiques sur dix présentaient des symptômes insuffisamment contrôlés et déclaraient des paliers de traitement médicamenteux le plus souvent insuffisants, alors que nous disposons en principe déjà d'un arsenal thérapeutique efficace. De plus, les patients de niveau social moins favorisé sont plus exposés au non-contrôle (un ménage à faibles revenus voit le risque de non-contrôle augmenter) et des problèmes d'accès aux soins sont évoqués (ils déclarent plus souvent des paliers de traitement trop bas).

Ainsi, quelle est la réalité des traitements médicamenteux des asthmatiques ? Qui les prescrit et de quel suivi médical bénéficient-ils ? Quel serait l'impact économique d'une prise en charge plus

conforme aux recommandations internationales de bonnes pratiques (Gina 2006) ? Il s'agit donc de mesurer objectivement les traitements prescrits et délivrés aux patients, d'en évaluer le coût et l'éventuelle différence par rapport aux paliers déclarés dans l'ESPS 2006, ainsi que l'écart par rapport aux normes. Enfin, de vérifier si ces écarts varient en fonction des catégories sociales.

Pour cela, nous avons utilisé l'appariement des données recueillies lors de l'enquête avec les données de remboursement par l'Assurance maladie qui dispose du codage des médicaments. En 2009, nous avons identifié l'ensemble des soins liés à l'asthme et traité la première partie des questions économiques. Il reste à étudier l'impact des conditions sociales sur les écarts variables aux référentiels par des modélisations.

En 2009, une première communication sur des aspects descriptifs des coûts de prise en charge des asthmatiques a été faite, une seconde présentée au congrès de pneumologie de langue française de janvier 2010. Le *Questions d'économie de la santé* et le rapport correspondant seront rédigés en 2010 ainsi que les deux articles prévus : aspects épidémiologiques et aspects économiques.

- ↳ L'asthme et son coût, en France en 2006, Com-Ruelle L., Universités de l'asthme sévère, Coût médical et social de l'asthme, Evian-les-Bains, 27-29 novembre 2009.
- ↳ Contrôle de l'asthme et consommation de soins : nouvelles données de l'Enquête santé et protection sociale 2006 de l'Irdes, Com-Ruelle L., Da Pioan M.T., Le Guen N., Symposium AstraZeneca, Symptômes et fonction respiratoire : de nouvelles évidences, 14^e congrès de pneumologie de langue française, Marseille, 29 janvier-1^{er} février 2010.

Autres projets « asthme »

Exploitation de trois enquêtes nationales de prévalence de l'asthme en France par l'InVS, l'Inserm, l'Irdes et la Drees

Delmas M.-C (InVS)., Guignon N. (Drees), Leynaert B (Inserm)., Com-Ruelle L. (Irdes), Annesi- Maesano I (Inserm)., Fuhrman C. (InVS)

L'objectif de ce travail, mené par le groupe de travail de surveillance de l'asthme en France formé à l'occasion du Plan asthme 2002-2005, était d'estimer la prévalence de l'asthme chez l'enfant en France

Trois enquêtes nationales ont été analysées : l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee (France métropolitaine) et les enquêtes du cycle triennal en milieu scolaire effectuées en troisième en 2003-2004 et en CM2 en 2004-2005 (France métropolitaine et Dom). Dans l'enquête décennale, 1 675 enfants de 11-14 ans ont répondu à un autoquestionnaire. En classe de troisième, les élèves tirés au sort (7 284 enfants en troisième et 7 104 en CM2) ont été interrogés par le médecin ou l'infirmier de l'Education Nationale.

La prévalence cumulée de l'asthme variait de 12,3 % à 13,4 % selon l'enquête et la prévalence des sifflements dans l'année écoulée de 8,3 % à 10,1 %. La prévalence de l'asthme actuel (dans l'année écoulée, sifflements chez un enfant ayant déjà eu une crise d'asthme ou traitement pour sifflements ou asthme) était de près de 9 % en CM2 et troisième. Parmi les 598 adolescents asthmatiques de troisième, 38,5 % avaient un asthme non contrôlé (dans l'année écoulée, au moins 4 crises, 1 réveil par semaine, 1 crise grave, 4 recours en urgence ou 1 hospitalisation) et 29,5 % n'ont déclaré aucun traitement anti-inflammatoire dans la semaine écoulée malgré l'absence de contrôle de leur asthme.

La prévalence de l'asthme actuel chez l'enfant en France est de 9 %. Le contrôle de l'asthme et le traitement restent insuffisants. Il est nécessaire d'améliorer la prise en charge thérapeutique et éducative des enfants et adolescents asthmatiques.

En 2009, deux articles ont été publiés et une communication en congrès a été réalisée en 2009.

- ☰ Prévalence de l'asthme chez l'enfant en France. Revue des Maladies Respiratoires, Delmas M.-C., Guignon N., Leynaert B., Com-Ruelle L., Annesi-Maesano I., Fuhrman C., Résumés des communications scientifiques du 13^e Congrès de Pneumologie de langue française - Lyon, vendredi 16 au lundi 19 janvier 2009, vol 26, HS n°1 Edition congrès, 2009/01, 1S33.
- ☰ Prévalence de l'asthme chez l'enfant en France. Delmas M.-C., Guignon N., Leynaert B., Com-Ruelle L., Annesi-Maesano I., Herbet J.-B., Fuhrman C., Archives de pédiatrie, vol 16, n° 9, 2009/09, 1261-1269.
- ↗ Prévalence de l'asthme infantile en France, Données de l'enquête triennale, Delmas M.-C., Guignon N., Leynaert B., Com-Ruelle L., Annesi-Maesano I., Fuhrman C., Poster au 13^e Congrès de Pneumologie de langue française : La pneumologie prédictive : de la prévention à la décision, Lyon, 16 au 19 janvier 2009.

1.5.4 Travaux méthodologiques

A217. La mesure du recours aux services de santé, une comparaison de deux sources d'information sur le recours aux soins

Paul Dourgnon

La mesure de l'état de santé, en particulier l'état de santé subjectif, a fait l'objet de nombreuses études méthodologiques visant à évaluer en quoi il reflète un état de santé biologique, quelles autres dimensions il recouvre et comment sa déclaration peut varier entre groupes sociaux. En revanche, le recours aux soins, le plus souvent relevé de façon rétrospective et déclarative dans les enquêtes de santé, n'a pas fait l'objet d'autant d'attention. Il est pourtant utilisé sans modération dans les analyses empiriques.

Dans ce projet nous nous proposons de tirer parti de la présence de deux sources de données appariées, la consommation de soins (nombre de recours au généraliste, spécialiste, au cours des douze derniers mois) dans l'appariement ESPS-Epas. Nous étudierons en quoi ces variables sont corrélées entre elles, puis si elles décrivent de la même façon les différences de recours selon le statut social, enfin nous chercherons à expliquer la différence entre consommation déclarée et consommation remboursée.

En 2009, un premier travail exploratoire a été réalisé dans le cadre d'un stage de Master 2.

1.6 Pôle 6 - Economie de l'assurance en santé

1.6.1 Réformes, équité et redistribution dans le système d'assurance maladie français

A087. Microsimulation dépenses de santé

Valérie Albouy, Laurent Davezies (Insee) - Thierry Debrand (Irdes)

L'objet de l'étude est d'étudier la fonction remplie par l'Assurance maladie publique. Ce qui distingue cette dernière d'une assurance privée est d'abord son caractère obligatoire. Cette obligation d'affiliation lui permet d'avoir, en plus de sa fonction d'assurance, une fonction de redistribution entre personnes. Par rapport à une assurance privée, le caractère obligatoire de l'assurance publique lui permet d'abord d'étendre cette notion d'assurance sur le cycle de vie. En déconnectant la contribution au financement du niveau de risque, elle permet aussi d'assurer une redistribution entre personnes de classes de risques ou de revenus différentes. L'objet de cette étude est d'essayer de faire la part entre ces deux fonctions de l'assurance publique : la fonction d'assurance inter-temporelle et la fonction de redistribution entre personnes. Pour analyser ces comportements sur l'ensemble du cycle de vie, nous utiliserons le modèle de microsimulation dynamique Destinie. Nous pourrions aussi étudier l'impact des évolutions démographiques sur la dynamique des dépenses à moyen et long termes.

Nous sommes actuellement en train de modéliser les comportements à la fois de dépenses ambulatoires et hospitalières.

Ce travail a été publié comme document de travail de l'Insee et a été accepté pour publication dans la revue *Economic modelling*.

- ☐ Health Expenditure Models: a Comparison of Five Specifications Using Panel Data. Albouy V., Davezies L., Debrand T., Série des documents de travail (Insee) n° G2010/02, 2010/02, 31 p.
http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/G2010-02.pdf
- ☐ Dynamic Estimation of Health Expenditure: A new approach for simulating individual expenditure, Debrand T., Albouy V. et Davezies L., *document de travail* n° 20, 2009/01.
<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT20DynamicEstimationOfHealthExpenditure.pdf>
- ↗ Effets redistributifs du système national d'assurance maladie en France : une approche de microsimulation. Davezies L., Debrand T., Ecole d'économie de Paris, *Workshop: Microsimulations en santé*. Paris, 22 septembre 2009.
- ↗ Effets redistributifs du système national d'assurance maladie en France : une approche de microsimulation, Albouy V. et Davezies L. (Insee), Debrand T. (Irdes), *2nd General Conference of the International Microsimulation Association*, Ottawa, Canada, 8-10 juin 2009.
- ↗ Dynamic Estimation of Health Expenditure: A new approach for simulating individual expenditure, Albouy V. et Davezies L. (Insee), Debrand T. (Irdes), *26^e Journées de Microéconomie Appliquée*, Dijon, 4-5 juin 2009.
- ↗ Composante redistributive du système d'assurance maladie : une approche par estimation et microsimulation des dépenses sur cycle de vie, Debrand T. en collaboration avec Valérie Albouy (Insee, DGTPE) et Laurent Davezies (Insee, DESE), Insee, *Dixièmes Journées de Méthodologie Statistique*, Paris, 23-25 mars 2009.

A199. AMARE : Assurance maladie entre Acceptabilité, Redistribution et Equité
Thierry Debrand, Marc Perronnin, Christine Sorasith

Le but de notre recherche est de revenir sur les fondements de nos systèmes d'assurance maladie pour mieux comprendre les enjeux qu'ils recouvrent et pour mesurer le rôle qu'ils occupent pour les individus. Notre démarche scientifique s'efforcera d'étudier l'impact des systèmes existants aussi bien en termes d'équité, de redistribution que d'acceptabilité. Notre intérêt se portera donc tout d'abord sur une analyse fine de la structure assurantielle française en explicitant clairement les lignes de partage entre Assurance maladie obligatoire (AMO), Assurance maladie complémentaire (AMC) et restes à charge (Rac). Sur la base de ces travaux, nous mènerons une série de recherches scientifiques précises, en particulier sur la consommation de santé, le recours aux soins, les différents rôles assurantiels de l'AMO et de l'AMC et sur l'importance des Rac. Ensuite, pour répondre aux principaux questionnements des pouvoirs publics sur ces thèmes, nous construirons deux modèles distincts : un modèle de microsimulation dynamique pour étudier le rôle assurantiel de l'AMO et un modèle de microsimulation statique pour étudier les lignes de partage entre AMO, AMC et Rac. Ces modèles reposeront sur une bonne compréhension du comportement des acteurs qu'auront explicités les travaux scientifiques précités.

Nous avons, en 2009, construit le modèle de microsimulation statique qui nous permet de simuler des politiques publiques modifiant les règles de remboursement de l'Assurance maladie. Nous avons pu mettre en avant les avantages et les inconvénients de la mise en place d'un bouclier sanitaire.

- ↳ Réforme du remboursement des dépenses d'Assurance Maladie : Passez de l'égalité à l'équité, Debrand T., Sorasith C., Ensaï, 31^e Journées des Économistes de la Santé Français, Rennes, 3-4 décembre 2009.
- ↳ Réforme du remboursement des dépenses d'Assurance Maladie : Passez de l'égalité à l'équité. Debrand T., Sorasith C., Ecole d'économie de Paris, *Workshop: Microsimulations en santé*. Paris, 22 septembre 2009.

A033. Analyse des « restes à charge » des bénéficiaires de la MGET
Chantal Cases, Carine Franc, Marc Perronnin, Aurélie Pierre

La Mutuelle générale de l'équipement et des territoires (MGET), mutuelle de la fonction publique, offrait jusqu'en juin 2003 un contrat unique à l'ensemble de ses adhérents. Entre juillet 2003 et décembre 2006, la MGET a proposé à ses assurés la surcomplémentaire optionnelle MGET+, permettant de compléter les remboursements du contrat de base sur la plupart des postes avec dépassement. La cotisation à la MGET+ étant basée sur une tarification unique, cela lui donne des caractéristiques de contrat de « pooling ». Ce contexte offre l'opportunité de tester l'existence d'auto sélection et de risque moral. Nous mesurons l'ampleur des phénomènes d'auto sélection en examinant l'influence du risque santé des individus - approximé par l'âge et les dépenses de santé - sur la souscription du contrat surcomplémentaire. Nous analysons ensuite les phénomènes de risque moral en estimant l'impact de la surcomplémentaire sur les consommations de soins.

Pour la réalisation de cette étude, la MGET a transmis à l'Irdes deux fichiers administratifs portant sur les bénéficiaires présents à la mutuelle MGET sur la période allant du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2005 (soit 2 ans et ½ avant et 2 ans et ½ après la mise en place de la MGET+). Le premier fichier contient des caractéristiques sociodémographiques prises au 31 décembre 2005 ; il renseigne également sur la souscription ou non de la MGET+ et la date de souscription. Le deuxième fichier fournit, pour chaque bénéficiaire, un historique des consommations de soins présentées au remboursement de la MGET entre 2001 et 2005. Nous travaillons sur un sous-échantillon de 18 126 bénéficiaires adhérents à la MGET+.

Les analyses confirment l'existence d'auto-sélection chez les primo-adhérents à la MGET+. En effet, les individus qui ont souscrit la surcomplémentaire dès le premier semestre 2003 sont plus âgés,

avec des besoins de soins importants, principalement en consultations et visites, en optique et en dentaire. Les souscriptions suivantes sont moins fortement liées aux dépenses de santé passées. Par ailleurs, ces souscriptions sont plus souvent associées à des personnes ayant des revenus plus faibles.

L'étude montre également que la MGET+ a un impact significatif sur les consommations de soins lors du semestre d'adhésion et au semestre suivant, ce qui semble indiquer l'existence de risque moral. Néanmoins, cet impact s'atténue progressivement aux semestres suivants. Les individus semblent donc utiliser la MGET+ pour combler des besoins qu'ils ne pouvaient pas satisfaire auparavant avant de revenir à un niveau de consommation proche de celui qu'ils avaient avant de souscrire la MGET+. Par ailleurs, l'effet de la MGET+ sur la décision de consommer est plus fort chez les individus dont l'indice de rémunération est le plus bas, ce qui semble indiquer que la MGET+ a favorisé l'accès aux soins.

- 📄 Qui a souscrit une surcomplémentaire ? Une analyse dynamique de l'auto sélection, Franc C., Perronnin M., Pierre A., en collaboration avec Cases C., *Questions d'économie de la santé* n° 150, 2010/01.
<http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes150.pdf>
- 📖 Analyse des consommations de soins des bénéficiaires de la MGET+, Cases C., Franc C., Perronnin M., Pierre A., Rapport final remis à la MGET, août 2009.
- ✂ Rédaction en cours d'un article scientifique sur le volet « souscription » de l'étude (analyse dynamique des phénomènes d'autosélection) et rédaction prévue d'un article scientifique sur le volet « dépense ».
- ✂ Rédaction prévue à l'automne 2010 d'un *Questions d'économie de la santé* sur le volet « dépense » de l'étude.
- 🗣 Demand for health insurance and health care consumption: results from a natural experiment in France, Cases C., Franc C., Perronnin M., Pierre A., Communication orale à l'IHEA 7th World Congress, Juillet 2009, Pékin.
- 🗣 Analyse dynamique de l'anti-sélection : du risque financier au risque santé, Cases C., Franc C., Perronnin M., Pierre A. Présentation en Séminaire « mardi de l'IRDES », janvier 2010.

A166. Analyse des causes du non-recours à l'Aide à la complémentaire santé (ACS)
Chantal Cases, Michel Grignon, Bidénam Kambia-Chopin

Publication d'un document de travail en 2009.

- 📄 Income and the Demand for Complementary Health Insurance in France, Grignon M., Kambia-Chopin B., *Document de travail* n° 24. 2009/04.
<.../EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT24IncomeDemandComplementHealthInsuranceFrance.pdf>

A167. Enquête sur le recours à l'Aide à la complémentaire santé
Chantal Cases, Florence Jusot, Caroline Després en collaboration avec Jérôme Wittwer, Sophie Guthmuller (Legos)

Le dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS, anciennement dénommée aide à la mutualisation ou crédit d'impôt) a été mis en place en janvier 2005, sous la forme d'un bon d'achat de montant variable selon l'âge des bénéficiaires potentiels, dont le revenu doit se situer à 20 % au plus au-delà du seuil de la CMU. Selon les estimations de la Direction de la Sécurité sociale, 2,2 millions de personnes seraient potentiellement concernées par cette aide. Or, à la fin de l'année 2009, on ne comptait que 500 000 bénéficiaires (attestations effectivement utilisées pour un achat de contrat).

L'hypothèse couramment retenue pour expliquer ce faible recours est l'absence d'informations des bénéficiaires potentiels sur le dispositif. On peut aussi s'interroger sur le rôle du prix des contrats qui peut être considéré comme élevé pour les familles à revenus modestes, malgré l'aide apportée par le bon d'achat, ou sur une éventuelle sélection des risques par les assureurs.

Sur la base de ces deux hypothèses, une expérimentation suivie d'une enquête a été menée à Lille afin de mesurer les effets sur le recours à l'ACS d'une majoration du chèque santé, d'une part, et de l'invitation à une réunion d'information d'autre part. Cette expérimentation s'inscrit dans le prolongement d'un dispositif déjà en place à la Cpm de Lille. En effet, la Cpm de Lille proposait une prise en charge spécifique pour les assurés sociaux se présentant à ses bureaux pour bénéficier de la CMUC et se relevant être éligibles à l'ACS. Une aide financière supplémentaire leur était proposée au cours d'une réunion d'information à laquelle ils étaient invités. Le montant national du chèque santé était ainsi majoré d'une aide financée sur le fonds de l'aide sociale de la Cpm. La campagne nationale d'information sur le dispositif ACS, lancée en 2008, nous a alors offert l'opportunité de mesurer l'effet de la généralisation de ce dispositif, dans un cadre expérimental. En effet, le rapprochement entre les fichiers de la Caf et de la Cpm de Lille nous a tout d'abord permis d'identifier les assurés sociaux potentiellement éligibles à l'ACS, sur la base de la déclaration des ressources donnant droit aux prestations délivrées par la Caf (et non seulement sur ceux se présentant aux guichets pour bénéficier de la Cmuc). Nous avons pu ensuite profiter de l'envoi d'information aux assurés sociaux de la Cpm de Lille pour conduire l'expérimentation.

L'expérimentation a été réalisée auprès d'environ 4 500 ménages identifiés comme éligibles au dispositif de l'ACS au regard de leur ressources dans les fichiers de la Caf de Lille et ne recourant pas à ce dispositif. Trois groupes ont été constitués aléatoirement.

Les ménages du premier groupe (1 679 ménages), correspondant au groupe témoin, ont reçu un courrier envoyé par la Caisse Primaire d'Assurance maladie de Lille (en janvier 2009), les informant du dispositif national en vigueur à cette date ; les ménages du deuxième groupe (1 685 ménages) ont reçu le même type de courrier (en janvier 2009), stipulant un montant majoré du chèque santé ; les ménages du troisième groupe (1 683 ménages) se sont vu proposer par courrier (en février/mars 2009) la même majoration du chèque santé et une invitation à une réunion d'information à la Cpm de Lille, formalisée par l'envoi d'un second courrier peu après le premier (une semaine après environ). La majoration de l'aide correspond à une augmentation de 62,5 % à 75 % du montant de l'aide nationale, selon le groupe d'âge.

Cette première phase a été suivie, au troisième trimestre 2009, d'une enquête quantitative spécifique auprès de l'ensemble de l'échantillon de personnes éligibles au dispositif de l'ACS qui permettra d'étudier les principaux facteurs explicatifs du non-recours à ce dispositif. Les principaux thèmes abordés par l'enquête sont : les caractéristiques sociodémographiques, l'accès aux aides, les relations avec les organismes sociaux et les possibilités d'accompagnement dans les démarches, la santé et le handicap, le statut vis-à-vis de la complémentaire santé (CMUC, complémentaire privée, sans complémentaire) et les motifs de non-recours à l'ACS, les dépenses de santé passées et anticipées, les revenus anticipés et les préférences temporelles et l'aversion au risque.

Parallèlement, des entretiens qualitatifs sont en cours de réalisation auprès d'une part des professionnels de la Caf et de la Cpm de Lille afin de recueillir leur réaction face au dispositif mis en place et, d'autre part, auprès d'éligibles potentiels à l'ACS, pour mieux identifier les causes du non-recours.

Les données seront appariées avec des données issues des fichiers de prestations de la Caisse primaire d'Assurance maladie et de la Caisse d'Allocations familiales. Il s'agira de données annuelles agrégées par grands postes tels que la consommation annuelle de soins ambulatoires et les dépenses de soins hospitaliers portées au remboursement ou le revenu disponible du ménage.

Le protocole de l'expérimentation ainsi que les résultats bruts de l'expérimentation ont donné lieu à une présentation en 2009 :

↳ Affordability of supplementary health insurance in France: a social experiment, Guthmuller S., Jusot F., Wittwer J., *IHEA conference, Beijing, 12-15 juillet 2009.*

A206. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU complémentaire : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins et de dentistes parisiens
Caroline Desprès, Stéphanie Guillaume, Chantal Cases, Pierre-Emmanuel Couralet

Cette étude répond à la demande du Fonds CMU dans le cadre de son 4^e rapport d'évaluation. L'objectif principal est donc d'abord de mesurer le refus de soins de plusieurs catégories de praticiens libéraux à l'égard des bénéficiaires de la CMU, lors d'une prise de rendez-vous par téléphone et dans le cadre d'un premier rendez-vous. En second lieu, l'étude vise à étudier les déterminants du refus de soins (analyser ces refus et circonstances de leur production) et, enfin, à évaluer la méthode du testing par rapport à la réalité des prises de rendez-vous.

La méthode utilisée repose sur la réalisation d'un test de discrimination scientifique qui a fait objet d'une double analyse statistique et qualitative (analyse des échanges téléphoniques recueillis lors du testing). L'échantillon est représentatif des praticiens libéraux parisiens dans cinq catégories choisies, soit omnipraticiens, gynécologues médicaux, ophtalmologues, radiologues et chirurgiens-dentistes. La base de données est constituée par le fichier Amélie de la Sécurité sociale (fichier en ligne à destination des usagers). Deux protocoles ont été mis en œuvre, les appels ont été passés par des acteurs professionnels sous le regard d'un chercheur.

Le protocole de base avait pour ambition de mesurer le taux de refus et d'analyser les déterminants du refus. Il comporte deux scénarii (donc deux appels téléphoniques). Le premier scénario consiste à appeler le professionnel de santé ou son secrétariat en annonçant que l'on est bénéficiaire de la CMU (pour un premier rendez-vous). Lorsqu'il y a un refus non clairement imputable à la CMU ou une proposition de rendez-vous à très long terme, un second appel est passé par un autre acteur ne donnant pas d'information sur sa couverture sociale (scénario ordinaire) : il s'agit alors de vérifier si l'on n'est pas face à un refus déguisé.

Le protocole d'exploration (sans annonce) vise à explorer la méthode du testing et évaluer le protocole de base. Il comprend un scénario dans lequel l'acteur appelle sans donner d'information sur sa couverture sociale mais en suggérant une origine sociale populaire.

Résultats

L'analyse porte sur 861 médecins et dentistes. Nous avons constitué neuf strates en fonction des activités respectives des praticiens (médecins ou dentistes), de leur spécialité (omnipraticiens, gynécologues médicaux, ophtalmologues et radiologues) et enfin de leur secteur d'activité. Dans la mesure où les taux de refus varient en fonction de ces différents critères comme l'a montré la dernière étude (Desprès, Naïditch, 2006), des taux de sondage différents ont été appliqués à chaque strate. L'analyse porte sur les refus imputables à la CMU complémentaire. Les taux de refus sont respectivement en secteur 1 et en secteur 2 de 9,2 % et 32,6 % pour les omnipraticiens, de 9,1 % et 31,3 % pour les ophtalmologues, de 17,4 % et 40,2 % pour les gynécologues, 4,1 % et 6,3 % pour les radiologues et 31,6 % pour les dentistes.

La régression logistique permet de mettre en évidence l'importance du secteur d'activité dans la prévalence des refus chez les médecins. Les radiologues, quel que soit leur secteur, ont des taux de refus significativement différents de l'ensemble des autres catégories. En analysant le logarithme du revenu moyen par foyer fiscal de l'arrondissement d'exercice, nous avons constitué cinq groupes, riches, aisés, intermédiaires, modestes et pauvres. Si l'on prend les arrondissements pauvres comme référence, la probabilité de refus apparaît significativement plus élevée pour les arrondissements riches et intermédiaires. Elle reste significative mais à un moindre degré pour les arrondissements aisés. Enfin, le fait de ne pas disposer d'un dispositif de lecture de la carte vitale apparaît également comme un déterminant des refus.

Le taux de refus global lors du protocole sans annonce est estimé à environ 5 %, plaidant pour une discrimination rattachée directement à la CMU plus qu'une discrimination sociale des patients par le praticien.

- 📖 Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens. Desprès C. avec la collaboration de Guillaume S. et de Couralet P.-E. Etude commandée et financée par le Fonds CMU, 99 p., 2009/07.
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/cgi-bin/brp/...>
- 📄 Accès aux soins et logique de responsabilisation du patient. Dourgnon P., In : Le bouclier sanitaire : Renforcement ou rupture du pacte de 1945 ? Actes du colloque chaire santé de Sciences Po du 20 juin 2008. Sous la direction de Tabuteau D., Collection : Verbatim santé. Paris : Editions de santé, 2009/03, 23-31.
- 🗨️ Le test de discrimination (testing) scientifique en question : analyse critique de la méthode dans le cadre du refus de soins / Issues of the situation testing method : the case of the health care refusal, Desprès C., soumis en octobre 2009 à la *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, accepté sous réserve de modifications.
- 🔗 L'accès aux soins en 2009 : présentation des résultats de l'enquête Irdes, Cases C., Despres C., *Les 10 ans de la loi CMU*, Paris, 8 septembre 2009.
- 🔗 Participation comme expert : expert meeting on multiple discrimination in the area of health care, Despres C., FRA (European agency for fundamental rights), 21-22 janvier 2010, Vienna.

1.6.2 Le rôle de la complémentaire santé

A006. Couverture d'entreprise : enquête 2009 auprès des établissements et des salariés
Stéphanie Guillaume, Marc Perronnin, Aurélie Pierre, Thierry Rochereau

L'année 2009 a été consacrée à la réalisation et au suivi du terrain de l'enquête auprès des établissements, puis de l'enquête auprès des salariés. La fin de l'année a été consacrée à l'apurement des données et au calcul des pondérations.

Le terrain de l'enquête auprès des établissements a été confié à la société IPSOS à la fin du 1^{er} trimestre de l'année 2009. Nous avons assuré, en début d'année, la formation des enquêteurs, puis un suivi régulier du terrain par des écoutes téléphoniques. Le contact avec les entreprises a été compliqué et nous nous sommes heurtés à des difficultés pour les joindre (les données DADS²⁸ dataient de 2007) et, également, à des refus de participation. Le terrain s'est donc étalé sur une longue période et a été repris en septembre pour exploiter l'échantillon de réserve et ré-exploiter des établissements de l'échantillon principal avec une mise à jour des informations des DADS (données 2008). Ipsos a finalement atteint l'objectif de 1 700 établissements enquêtés.

L'enquête auprès des salariés a pris du retard car, dans un premier temps, l'Insee nous avait transmis un échantillon de salariés qui n'étaient pas employés dans les établissements enquêtés dans la 1^{ère} phase de notre dispositif. Il a donc fallu retirer un échantillon de salariés et l'enquête s'est finalement achevée à la fin de l'année 2009. Le terrain de l'enquête s'est donc étalé sur toute l'année 2009.

La fin de l'année a été consacrée à l'apurement des données, puis au calcul des pondérations par le calcul des taux de sondage et la modélisation de la non-réponse par des modèles de régression utilisant les données des DADS (taille d'établissement et d'entreprise, secteur d'activité, caractéristiques de la main-d'œuvre : structure socioprofessionnelle, par âge, par sexe, par type de contrat de travail, niveau de salaire, temps de travail...).

²⁸ *Déclaration annuelles de données sociales*

Nous avons également proposé un mini-questionnaire pour les établissements qui refusaient de répondre et qui a permis de prendre en compte le fait que les non-répondants étaient des établissements qui proposaient plus fréquemment que les répondants une complémentaire santé à leurs salariés.

A188. La couverture complémentaire santé collective se substitue-t-elle au salaire ?

Pascal Lengagne, Marc Perronnin, Aurélie Pierre

Les questionnements sous-jacents à cette problématique renvoient à la littérature américaine sur l'existence d'un arbitrage entre niveau de salaire et niveau de protection sociale d'entreprise. Bénéficiant d'exonérations de charges sociales et fiscales sur leur participation à un contrat collectif d'Assurance maladie, il est moins coûteux pour les entreprises de proposer une assurance santé et en contrepartie de diminuer les salaires. Les salariés acceptent d'autant plus facilement cette substitution qu'il n'existe pas aux E-U de système d'assurance santé universelle. En France, l'Assurance maladie obligatoire couvre près de 77 % des dépenses de santé. Malgré tout, bénéficier d'une assurance complémentaire santé est important en termes d'accès aux soins. Comme aux Etats-Unis, les entreprises françaises bénéficient d'exonérations de charges sociales et fiscales lorsqu'elles participent au financement d'une assurance santé complémentaire collective de leurs salariés. Pour réduire leurs coûts salariaux, les entreprises peuvent donc être amenées à substituer du salaire par de la couverture complémentaire santé. Notre étude vise à tester cet effet de substitution au moyen de l'enquête sur la Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2009 et de données administratives sur les salariés issues des DADS.

Dans un premier temps, nous avons travaillé sur un échantillon de salariés (issu des données des DADS au 31 décembre 2007) parmi les établissements interviewés dans l'enquête PSCE 2009. Ont été sélectionnés tous les salariés issus des établissements de moins de dix salariés, et dix individus tirés aléatoirement parmi les établissements de plus de dix salariés, soit 4 400 salariés travaillant dans 950 établissements. Les DADS nous informent du salaire annuel net à payer, de la PCS, du type de contrat (CDI, CDD), du temps de travail (complet/partiel), du département d'exercice de l'activité professionnelle et de résidence, de la taille de l'établissement et de l'entreprise où travaille le salarié ainsi que du chiffre d'affaire de l'entreprise. L'enquête PSCE 2009 fournit des caractéristiques sur la couverture santé à laquelle ces salariés ont accès : offre ou non d'une couverture santé d'entreprise, niveau de participation de l'employeur, niveaux de garanties, offre ou non d'une prévoyance « gros risque ». Nos premières modélisations ne mettent pas en évidence de substitution chez les salariés à temps partiel. Au contraire, chez ces salariés, on observe un lien positif entre le fait d'être couvert par une complémentaire santé d'entreprise et le salaire : on peut faire l'hypothèse que puisque la couverture d'entreprise représente un coût fixe, l'employeur devrait réduire plus fortement le salaire chez les salariés à temps partiel que chez ceux à temps complet. En pratique, nos résultats montrent bien que ce n'est pas possible. Chez les salariés à temps complet, l'hypothèse de substitution semble confirmée puisque nous observons un effet négatif de la couverture d'entreprise sur le salaire lorsque la participation employeur dépasse 80 %. Pour les hauts salaires, la substitution s'observe dès que la participation employeur atteint 70 % et semble plus marquée que pour les bas salaires.

Dans un second temps, nos analyses tiendront compte de la demande d'assurance collective des salariés appréhendée par le risque santé, le recours aux soins, la présence d'une complémentaire santé par le conjoint, etc. Ces analyses porteront sur le volet « salariés » des données PSCE 2009, apparié avec le volet « établissements » des données PSCE 2009.

↳ La couverture complémentaire santé collective se substitue-t-elle au salaire ?, Lengagne P., Perronnin M., Pierre A., Communication orale au colloque sur la Protection sociale d'entreprise, Mars 2010, Paris.

A038. Évaluation du dispositif d'aide à la mutualisation ou crédit d'impôt

Marc Perronnin

Le dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé, inscrit dans la Loi par la Réforme de l'Assurance maladie d'août 2004, permet aux individus dont les revenus sont légèrement supérieurs au plafond de ressources donnant droit à la CMU complémentaire (20 % au maximum depuis le 1er janvier 2007) de bénéficier d'une aide financière pour le paiement de leurs cotisations d'assurance santé complémentaire. Il complète la couverture maladie universelle complémentaire en renforçant la reconnaissance du rôle des couvertures santé dans l'accès aux soins et en atténuant l'effet négatif sur cet accès du seuil de ressources donnant le droit à la CMUC.

En vertu de l'article L. 863-5 du code de la Sécurité sociale, le Fonds CMU analyse chaque année le prix et le contenu des contrats de couverture complémentaire santé ayant ouvert droit à l'Aide complémentaire santé. A cette fin, il réalise depuis 2005 une enquête auprès d'organismes complémentaires santé recueillant des informations sur les primes et les garanties de ces contrats. Les données collectées servent à construire une grille de classification des contrats d'assurance maladie complémentaire puis à analyser le prix des contrats en fonction des classes de garanties mises en évidence. Réalisée initialement auprès de treize organismes, cette enquête a été progressivement étendue à une soixantaine d'organismes couvrant les 2/3 des bénéficiaires de l'ACS.

Selon cette enquête, depuis 2006, l'ACS finance en moyenne la moitié du coût des contrats qui en font l'objet. Ce dispositif permet donc à ses bénéficiaires de ramener la part des ressources qu'ils doivent allouer à leur complémentaire santé à un niveau comparable à celui observé sur le reste des assurés. Néanmoins, bien que l'ACS semble améliorer l'accessibilité financière à la couverture complémentaire, les bénéficiaires de ce dispositif conservent en moyenne des niveaux de garanties plus faibles que les autres personnes couvertes par une complémentaire santé.

De 2005 à 2008, l'Irdes a coréalisé, avec le Fonds-CMU, l'exploitation de l'enquête sur les contrats ouvrant droit à l'ACS. Depuis 2009, l'implication de l'Irdes s'est réduite à un appui statistique ponctuel et à une participation au comité de pilotage de l'enquête. Le maintien de cette collaboration apparaît nécessaire dans la mesure où elle permet à l'Irdes de suivre l'évolution du marché de la complémentaire santé (niveaux de garanties, niveaux de primes et modes de tarification).

A200. Impact des franchises sur les consommations de médicaments

Bidénam Kambia-Chopin, Marc Perronnin

L'objectif des pouvoirs publics, au travers de l'instauration des franchises, est de responsabiliser le patient et les professionnels de santé. Cet objectif se rattache explicitement à la problématique du risque moral : celle-ci stipule qu'une couverture élevée des dépenses de santé par l'Assurance maladie (obligatoire et complémentaire) incite les individus à consommer trop de soins, ou des soins trop chers au regard de l'utilité qu'ils apportent, entraînant une perte de ressources pour d'autres biens ou services et donc une perte de bien-être collectif. Les franchises visent à imposer aux individus un certain niveau de reste à charge pour les inciter à réguler leurs consommations médicales. De ce fait, les franchises ne peuvent pas être remboursées par les contrats d'assurance complémentaire santé dits « responsables ». Néanmoins, ce raisonnement pose plusieurs questions : tout d'abord, il suppose que les individus sont des consommateurs éclairés qui choisissent leur niveau de consommation de soins au regard du coût des soins et de leur utilité. Or, les individus sont bien souvent dans l'incapacité de juger de cette utilité. Le choix du traitement adéquat revient au professionnel de santé : c'est lui et non le patient qui détermine la nature des soins et leur quantité. En ce sens, l'efficacité du dispositif pose question. Par ailleurs, les franchises font peser un effort

financier plus important sur les individus en mauvaise santé et ceux dont le revenu est faible. Le dispositif est donc susceptible de se traduire par une perte d'équité verticale et horizontale en termes d'accès aux soins et de financement.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact des franchises sur les consommations de médicaments, en examinant notamment si cet impact a été plus important pour les personnes à faible revenu et celles ayant un mauvais état de santé.

Pour cette étude, nous nous appuyons sur des données déclaratives de l'Enquête santé protection sociale 2008, recueillies au cours du 2^e appel. Dans cette enquête, les individus qui ont déclaré s'être fait prescrire des médicaments en 2008 sont interrogés sur les conséquences qu'ont eues les franchises sur leurs prescriptions et achats de médicaments : Ont-ils discuté avec le médecin pour réduire la prescription (et dans ce cas-là, le médecin l'a-t'il fait) ? Ont-ils décidé de n'acheter qu'une partie des médicaments prescrits ? Ont-ils repoussé dans le temps l'achat de certains médicaments prescrits ? Ont-ils continué à se faire prescrire et à acheter les médicaments comme avant ?

Les analyses descriptives indiquent que sur les 7 222 individus interrogés, 5 648 (78 % des individus) se sont fait prescrire des médicaments. Parmi eux, une très forte majorité (87 %) déclare n'avoir modifié en aucune manière leurs consommations de médicaments. Parmi les 760 individus qui ont modifié leurs consommations de soins, 23,6 % déclarent avoir discuté avec le médecin pour réduire la prescription, 54,9 % déclarent n'avoir acheté qu'une partie des médicaments prescrits et 28,8 % déclarent avoir repoussé dans le temps l'achat des médicaments.

Dans un deuxième temps, nous avons étudié, au moyen d'un modèle logit, l'effet du revenu, de l'âge et de l'état de santé sur la probabilité de déclarer avoir modifié, de quelque manière que ce soit, les consommations de médicaments. Nous constatons que cette probabilité augmente lorsque le revenu diminue. Elle est significativement plus forte pour les individus déclarant un mauvais état de santé que pour ceux se déclarant en bonne santé. Enfin, toutes choses égales par ailleurs, elle augmente avec l'âge, jusqu'à 45 ans environ, et diminue ensuite.

✎ Rédaction d'un *Questions d'économie de la santé* en cours (parution prévue en juin 2010)

1.6.3 Assurance et arrêt maladie

A040. La construction d'une base de données pour l'étude des IJ et des AT/MP
Thierry Debrand, Camille Regaert

Notre ambition est de produire un montage de données individuelles qui permet d'obtenir à la fois des données d'arrêts de travail, des données individuelles en rapport avec l'emploi occupé (salaire, ancienneté, etc.), des données relatives à l'employeur (secteur d'activité, masse salariale, taille, etc.) et les consommations médicales associées dans l'année.

Le montage envisagé par l'Irdes impliquerait l'appariement des données du fichier individuel produit par la Cnavts, et des données du Sniiram produites par la Cnamts.

Dans un premier temps, l'intervention de l'Irdes a consisté essentiellement à s'assurer de la coopération des producteurs de données, à produire un cahier des charges, technique et méthodologique, acceptable et applicable, puis à définir une procédure d'appariement offrant un niveau d'anonymat et de sécurité des données maximal. L'accord de la Cnil pour la constitution de cette base a été obtenu en 2006 (accord Cnil n° 2006-238 du 9 novembre 2006).

Nous avons obtenu les premières données au cours du 2^e semestre 2008 et nous avons commencé fin 2008 à valider. Depuis juillet 2009, nous avons commencé à réaliser les premières exploitations à partir de cette base de données.

Cette base de données devenant un panel concernant les années 2005-2008, nous avons obtenu l'accord Cnil pour sa constitution et nous commençons à traiter les données 2006.

A039. Les déterminants des Indemnités journalières

Thierry Debrand, Camille Regaert

L'Irdes a été chargé par la Drees de la réalisation d'une étude portant sur l'analyse des mécanismes d'arrêts de travail des salariés du privé, en lien avec la nature et les spécificités des établissements. Dans le cadre de cette mission, l'Irdes construit une base de données *ad hoc* qui permette de recouper, au niveau individuel, des informations sur les caractéristiques des salariés, de leur établissement et de leur consommation de soins (accord Cnil n° 2006-238 du 9 novembre 2006).

Les mécanismes individuels et contextuels des arrêts de travail et le versement des indemnités journalières conséquentes seront principalement analysés à travers deux grands axes de recherche (autour desquels pourront se greffer de multiples questions incidentes) : (1) les déterminants micro- et macro-économiques des arrêts de travail courts et longs ; (2) outre l'étude des liens entre prises d'arrêt de travail et caractéristiques individuelles des salariés, la question particulière des indemnités journalières chez les salariés âgés de 50 ans et plus, et notamment le lien avec le parcours professionnel du salarié et les éventuels effets de substitution entre différentes modalités de cessation d'activité.

La base de données n'ayant pu être constituée que tardivement en 2008, ce projet a été reporté en 2009. En 2009 une première partie de ce projet a été réalisé par Camille Regaert lors de son stage de Master 2. Les premiers résultats ont été présentés fin 2009 lors de réunions entre les partenaires de la base Hygie. Ce projet sera poursuivi en 2010.

A130. Analyse des déterminants individuels et contextuels des AT/MP

Thierry Debrand, Camille Regaert

L'Irdes a été chargé par la Drees de la réalisation d'une étude portant sur l'analyse des mécanismes d'arrêts de travail des salariés du privé, en lien avec la nature et les spécificités des établissements. Dans le cadre de cette mission, l'Irdes construit une base de données *ad hoc* qui permette de recouper, au niveau individuel, des informations sur les caractéristiques des salariés, de leur établissement et de leur consommation de soins (accord Cnil n° 2006-238 du 9 novembre 2006).

Cette étude se focalisera sur les caractéristiques et les déterminants des AT/MP. Elle aura pour objectif d'analyser les déterminants individuels et contextuels des AT/MP et des arrêts de travail pour AT/MP, à travers deux axes de recherche.

Nous étudierons les déterminants des AT/MP : outre le lien entre déclaration et caractéristiques individuelles des salariés, cela suppose de porter une attention particulière sur la gestion des AT/MP et le type d'entreprises et d'employeurs concernés. Nous essayerons aussi de mettre en évidence s'il existe des dynamiques différentes entre les AT/MP et l'ensemble des dépenses de santé des individus (en portant une attention particulière sur le versement d'IJ).

Puis, nous analyserons la question des processus incitatifs et, plus particulièrement, les évolutions de comportement au sein de l'entreprise, entraînées par des modifications dans la tarification des risques professionnels.

La base de données n'ayant pu être constituée que tardivement en 2009, nous avons dû faire un nouvel appariement avec les bases de données de la Cnamts (branche AT/MP) pour obtenir des informations de meilleure qualité. Ce projet a été reporté en 2010. Il sera mené à bien au cours du second semestre 2010.

A246. A247. A248. Collaboration avec le D3E de l'Insee

Trois projets entrent dans le cadre d'une collaboration avec le D3E de l'Insee :

- A246. Absence pour maladie et retrait d'emploi
Thierry Debrand, Laurent Davezies, Pauline Givord
- A247. Impact de la conjoncture économique sur la santé : mondialisation et responsabilité sociale des entreprises
Thierry Debrand, Laurent Davezies, Pauline Givord, Nicolas Sirven
- A248. Mutualisation et prévention des risques professionnels
Thierry Debrand, Laurent Davezies, Pauline Givord

Ces exploitations seront principalement menées à partir de la Base Hygie.

En 2009, nous avons commencé la revue de la littérature et l'analyse des bases de données.

A136. PENSARE : PENibilité, SAnté et Retraite – Etat de santé et pénibilité du travail : deux facteurs explicatifs du départ en retraite
Thierry Debrand, Pascale Lengagne

L'objectif de cette recherche, menée en collaboration avec le centre d'études de l'emploi (CEE) et financée par l'agence nationale de la recherche sur la période 2006-2008, est d'améliorer la compréhension de la sortie du marché du travail vers la retraite en prenant en considération l'état de santé et la pénibilité du travail. Nous avons retenu trois axes d'analyse : le premier concerne la « pénibilité » du travail. Dans le débat concernant les fins de vie active, la pénibilité du travail trouve sa place sous plusieurs aspects que l'on tend parfois à confondre et qu'il semble important de distinguer. Le deuxième axe concerne l'explication des liens existant entre la pénibilité du travail et l'état de santé des travailleurs. Nous nous sommes focalisés sur les effets sur la santé d'une situation de travail caractérisée par une forte demande psychologique, en nous fondant sur les modèles de « demande / contrôle » (Karasek et Theorell, [1990]) et d'équilibre entre effort fourni au travail et récompense reçue (Siegrist, [1996]). Le troisième axe concerne la façon dont les individus, en fin de vie active, introduisent les notions d'état de santé et de pénibilité dans leur décision de se maintenir ou de quitter le marché du travail. Cela a donné lieu à une modélisation économique originale des comportements de départ en retraite.

Ce projet s'est clôturé par l'organisation d'un colloque le 28 novembre 2008 qui a rassemblé plus de 150 personnes : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Colloques/Pensare/Pensare.html>

Cette recherche a donné lieu à « deux documents » de travail en anglais en 2008 ainsi qu'à de nombreuses présentations en conférence.

- ↪ 16^e Table ronde « Emploi et seniors : quels freins ? », Debrand T., *Rencontres parlementaires sur la longévité. Longévité au travail : pourquoi tant de réticences ?* Paris, 16 novembre 2009.
- ↪ Should I stay or should I go - Individual and Institutional Determinants of Labor Force, Participation and retirement behaviours of older workers in Europe. Debrand T., Sirven N., *Ensaï, 31^e Journées des Économistes de la Santé Français*, Rennes, 3-4 décembre 2009.

A137. Organisation du travail, santé et consommation de soins
Chantal Cases, Thierry Debrand, Pascale Lengagne

L'Irdes a été chargé par la Drees d'analyser les liens entre l'organisation du travail et l'état de santé, puis de comprendre et de quantifier leurs effets en termes de dépenses de santé individuelles. Cette analyse s'appuiera sur les données de l'enquête Santé 2002-2003 qui permet notamment de disposer d'une information riche et de qualité sur les conditions de travail des enquêtés exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle. Concernant l'organisation du travail, nous nous intéresserons aux formes de travail suivantes : le travail posté, les contraintes horaires, le travail répétitif, les postures pénibles ou fatigantes, le port de charges lourdes, le travail varié, la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social au travail.

Notre programme de recherche se déroule en trois temps : (1) Il s'agit tout d'abord de réaliser une revue de littérature sur la pénibilité liée à l'organisation du travail. (2) Nous proposerons ensuite une analyse des effets de cette pénibilité sur la santé des actifs. (3) Puis, après avoir mis en évidence ces différentes facettes de la pénibilité, nous proposerons une mesure de leurs effets sur les consommations de soins et les arrêts de travail. Les consommations de soins seront approchées par les recours en ambulatoire et à l'hôpital.

↳ L'influence des conditions de travail sur les dépenses de santé, Debrand T., Lengagne P., 26^e *Journées de Microéconomie Appliquée*, Dijon, 4-5 juin 2009,

1.7 Pôle 7 - Analyse des systèmes de santé et comparaisons internationales

Les travaux du pôle « Analyse des systèmes de santé et comparaisons internationales » visent tout d'abord à approfondir la contribution de l'Irdes aux débats internationaux sur l'économie et les politiques de santé grâce à des projets de recherche et de collaborations continues.

Dans ce but, en 2009, nous avons participé activement à deux réseaux internationaux.

La participation au réseau Health Policy Monitor (financé par Bertelsmann Foundation) qui nécessite un suivi régulier des réformes du système de santé en France, permet de comparer les politiques de santé avec une vingtaine de pays industrialisés (cf. A085). Les chercheurs de l'Irdes ont fourni six fiches de synthèse sur des réformes actuelles du système de santé en France. Ils sont de plus en plus sollicités et engagés dans des événements internationaux.

En 2009, l'Irdes a tenu un rôle plus important dans l'organisation scientifique de l'European Health Policy Group (EHPG). La collaboration de divers chercheurs du réseau avec les chercheurs irdessiens a donné lieu à la publication d'une étude comparative sur l'évaluation des politiques d'accès aux soins et de choix dans divers systèmes bismarckiens et beveridgiens (cf. A172). L'Irdes a accueilli la réunion de l'EHPG en avril 2010.

En parallèle, le pôle « Analyse des systèmes de santé et comparaisons internationales » développe l'analyse des systèmes de santé avec l'objectif de mieux comprendre les liens entre les différentes caractéristiques des systèmes de santé et leurs performances globales à travers quatre dimensions : les résultats sanitaires, l'équité d'accès, la qualité des soins fournis et l'efficacité économique. En 2009, des travaux de recherche méthodologique et appliquée ont été engagés pour évaluer les effets des structures d'organisation et de financements sur les performances du système de soins en France et dans d'autres pays.

Dans le cadre d'un appel d'offre Iresp, une première étude a porté sur les différences socio-économiques dans le recours aux soins préventifs en France et en Europe en exploitant la base de données Share. Il s'agit de mesurer l'impact de l'organisation et du financement des systèmes de santé sur les inégalités de recours aux soins préventifs (cf. 159).

Nous continuons d'approfondir cette problématique en exploitant les données issues de la troisième vague de Share (Sharelife) qui permet d'intégrer des informations plus complètes afin d'étudier les liens entre les caractéristiques du système de santé, l'état de santé, les circonstances de vie et la consommation de soins des individus.

L'Irdes a participé également en 2009, à la préparation d'un appel d'offre européen, dans le cadre du 7^e PCRD, qui se propose de développer l'accès à des données de soins de santé pour des comparaisons internationales d'efficacité et de qualité (EuroREACH), en collaboration avec huit autres partenaires européens (cf. A250). Ce projet vient d'obtenir un financement de la Commission européenne et vise à explorer la manière dont on peut coordonner et améliorer les systèmes d'information existant aux niveaux national, européen et international.

L'Irdes poursuit son engagement dans l'animation de l'Observatoire franco-qubécois de la Santé et de la Solidarité dont il assure la partie française de la logistique et la direction scientifique. Deux numéros de la revue *Santé, Société et Solidarité* ont été publiés en 2009 : l'un sur « la violence et la maltraitance envers les enfants » et l'autre sur « la place des usagers dans le système de santé » (cf. A083).

A085. Collaboration Bertelsmann : Health Policy Monitor
Zeynep Or (coordination)

Bertelsmann coordonne un réseau international visant à suivre les réformes dans le domaine de la santé dans une vingtaine de pays industrialisés. Les chercheurs de l'Irdes fournissent des fiches de synthèse sur des réformes du système de santé, une fois par semestre. Les fiches transmises en 2009 ont porté sur les thèmes suivants :

Valorisation d'avril 2009 :

- ⇒ Evaluation of the cancer plan (Cases C.)
- ⇒ A small step towards P4P in France (Or Z.)
- ⇒ Urban Health Networks (Or Z., Lucas-Gabrielli V.)

Valorisation d'octobre 2009 :

- ⇒ Update on new regional health governance (Or Z.)
- ⇒ The French pandemic influenza plan (Cases C., Or Z.)
- ⇒ Encouraging direct access to OTC drugs in France (Pichetti S.)

⇒ Toutes ces fiches sont en ligne sur le site de la Fondation Bertelsmann : <http://www.hpm.org/index.jsp>

Zeynep Or a été sollicitée par le réseau pour faire une présentation sur la gouvernance d'évaluation médico-économique en France, au cours de la conférence annuelle :

⇒ *Governance of Health Technology Assessment in France*, Identifying good practice for evidence-informed health policy, 8th Annual Symposium of the International Network Health Policy & Reform, Health Policy Monitor, Cracovie, Pologne, 1-4 juillet 2009, Or Z.

A159. AO Iresp - Impact de l'organisation et du financement des systèmes de santé sur l'ampleur des inégalités de soins préventifs
Florence Jusot, Zeynep Or, Lionel Marcoux

L'objectif premier de cette étude est d'établir les différences socio-économiques dans le recours aux soins de prévention en France et de les comparer à celles des autres pays européens, en exploitant de nouvelles bases de données.

Le deuxième objectif est d'établir l'impact de l'organisation et du financement des systèmes de santé sur l'ampleur des inégalités de soins préventifs. L'hypothèse sous-jacente est que la manière dont le système de soins est organisé et financé peut avoir une influence directe sur l'utilisation, par différents groupes sociaux, des dispositifs de prévention existant dans un pays.

Les résultats confirment l'existence d'inégalités sociales de recours aux soins préventifs dans tous les pays étudiés et montrent que l'ampleur de ces inégalités varie de manière significative entre les pays. Une analyse multiniveaux permet ensuite d'identifier les différentes caractéristiques des systèmes de santé qui semblent contribuer à la réduction ou à la formation de ces inégalités. Les résultats soulignent l'importance du rôle des médecins généralistes et de l'organisation des soins primaires pour réduire les inégalités au-delà du partage des coûts entre les sphères publique et privée.

Ce projet fait l'objet d'un financement de la part de l'Institut de recherche en santé publique (Iresp). Les résultats intermédiaires ont été présentés et discutés au cours d'une journée de travail organisée par l'INPES et l'Iresp, en septembre 2009 et le rapport final a été envoyé à l'Iresp en décembre 2009.

Les résultats préliminaires de cette étude ont été présentés au Congrès international de santé publique organisé à Istanbul en avril 2009. Ils ont été discutés au cours de plusieurs journées de recherche.

Un article en anglais et un *Questions d'économie de la santé* sont en cour de rédaction.

- 📖 Equité du recours aux soins préventifs en Europe : une question d'organisation des systèmes de santé ? Jusot F., Or Z., Marcoux L., Rapport final pour l'Iresp.
- 📖 *Improving access and equity in preventive care use: the role of health care system*, Jusot F., Or Z.
- 📖 Equité du recours aux soins préventifs en Europe, Journée de recherche Legos-Cermes sur l'assurance et la Protection sociale, Jusot F., le 26 novembre 2009.
- 📖 Equité du recours aux soins préventifs en Europe, Jusot F., Journée de recherche du Legos, 3 juillet 2009.
- 📖 Impact of Health-Care System on Social Inequalities in Care Utilizations, 12th World Congress on Public Health, Istanbul, Turquie, 27 avril - 1^{er} mai 2009, Or Z.
- 📖 Equité du recours aux soins préventifs en Europe : une question d'organisation des systèmes de santé ? Jusot F., Or Z., Marcoux L., « Prévention – Promotion de la santé – Education pour la santé », INPES, Paris, 24 mars 2009.

A172. Accès aux soins et choix dans les systèmes bismarckiens et beveridgiens

Zeynep Or, Chantal Cases, Gwyn Bevan, Melanie Lisac, Karsten Vrangbæk, Ulrika Winblad

Cette étude, développée dans le cadre du « European Health Policy Group », compare la performance du système de santé dans cinq pays européens (France, Allemagne, Suède, Danemark, Royaume-Uni) et analyse les réformes récentes dans ces pays adressant les problèmes identifiés. Trois questions ont été posées : Y a-t-il des différences systématiques dans la performance de systèmes type Beveridge *versus* Bismarck ? Quels sont les paramètres principaux du système de soins qui sont à la base de ces différences ? Les réformes récentes ont-elles été efficaces pour réduire ces différences ?

Ce travail, mené en collaboration avec d'autres chercheurs du Réseau européen des politiques de santé, a donné lieu à la production d'un document de travail Irdes en 2009 et fera l'objet d'une publication dans la revue *Health Economics Policy and Law*, dans le courant du deuxième trimestre 2010.

- 📖 Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems, Or Z., Cases C., Bevan G., Lisac M., Vrangbæk K., Winblad U., *Document de Travail* n° 27, 2009.
<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT27AreHealthProblemsSystemic.pdf>

A083. Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité (OFQSS)

Pierre Gottely

Ministère de la Santé, Irdes, Cermes, Ires, Inserm-U149 pour la partie française du Comité directeur, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut de la Statistique du Québec, Institut national de la Santé publique du Québec pour la partie québécoise du Comité directeur.

Les relations traditionnelles de l'Irdes avec les chercheurs du Québec ont pris une forme plus structurelle depuis 2001 avec son engagement dans l'animation de l'Observatoire franco-québécois de la Santé et de la Solidarité (OFQSS), dont il assure la logistique et la direction scientifique (son secrétaire général, Pierre Gottely, travaille dans les locaux de l'Irdes). L'activité de l'Observatoire s'articule, principalement, autour de quatre axes :

➤ **La revue Santé, Société et Solidarité**

Les deux numéros de 2009 : « L'enfance maltraitée » et « La place des usagers dans le système de santé » ont paru, comblant ainsi une bonne partie des retards accumulés et, ce, malgré la tenue d'un nouveau Forum en mai, dont l'organisation a demandé un investissement important en temps de travail.

- 📖 Violence et maltraitance envers les enfants. Santé, Société et Solidarité 2009 n° 1
- 📖 La place des usagers dans le système de santé. Santé, Société et Solidarité 2009 n° 2

Enfin, les deux numéros de 2010 porteront sur :

- 📄 Le cancer au quotidien, actes du 3^e Forum franco-québécois.
- 📄 Fécondité et politiques familiale.

Le premier est en cours de relecture. Quant au second, pour lequel la date de remise des copies a été fixée au 1^{er} avril 2010, nous avons déjà reçu plusieurs articles. Ces bonnes nouvelles laissent présager un rattrapage complet pour la fin de l'année, si le changement à la tête de l'Observatoire (Pierre Gottely prenant sa retraite est remplacé par Laurent Chambaud de l'Igas) n'entraîne pas de nouvelles perturbations dans la gestion de la revue.

➤ **Eco-Santé Québec**

Eco-Santé Québec, qui est un modèle de ce que les responsables du ministère des Affaires étrangères appellent « transfert de compétences », en est à sa septième édition. Depuis sa version 2006, il est téléchargeable gratuitement sur le Web. On a procédé à une révision complète du produit, dans le cadre d'une mission des gestionnaires québécois de l'application, à l'Irdes, au mois d'avril 2007. Des discussions ont eu lieu en 2008 sur une extension du produit intégrant les données des autres provinces du Canada. L'Irdes a fait une évaluation du coût de cette extension et nous attendons la réponse de nos partenaires québécois qui négocient avec Statistique Canada pour l'obtention des fichiers nécessaires à la réalisation du projet.

➤ **Les échanges d'experts**

Madame Jocelyne Camirand, directrice adjointe de Santé-Québec a fait un stage de trois mois à l'Irdes, à l'automne 2008. Elle l'a consacré à une étude comparative des enquêtes santé française et canadienne sur le thème de la santé perçue. Son étude, co-signée avec Catherine Sermet, qui l'a encadrée pendant son stage, est sortie conjointement en France (*Questions d'économie de la santé*) et au Québec (*Zoom-Santé*), au printemps 2009, puis sous une forme détaillée au Québec, fin 2009. Jacqueline Gottely, chargée de mission « études-statistiques » au Service des droits des femmes, a effectué un stage à l'Institut de Statistique du Québec en 2007. La brochure statistique comparative Europe-Amérique du Nord sur la situation des femmes, qu'elle a confectionnée en collaboration avec Hervé Gauthier de l'ISQ, est sortie en mai 2009 et a connu un grand succès.

- 📄 La santé perçue des 55 ans et plus en France et au Québec : différences et similitudes. Camirand J., Sermet C., Dumitru V., Guillaume S. *Questions d'économie de la santé* n° 142. 2009/05.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes142.pdf>
- 📄 La perception de la santé dans la population de 55 ans et plus et les caractéristiques de santé modulant cette perception en France et au Québec. Camirand J., Dumitru V., Sermet C., Guillaume S., *Zoom santé* (ISQ), n° 18, 2009/06, 1-12.

➤ **Le Forum franco-québécois de la santé**

Après le succès du premier Forum franco-québécois de la santé en septembre 2005, à Québec, et le deuxième tenu à Paris au mois de mars 2007, c'est de nouveau Québec qui fut le théâtre du troisième Forum sur le thème « Le cancer au quotidien : malades, familles, soignants et leur environnement à l'épreuve du temps. » Son organisation matérielle par nos partenaires québécois a frôlé la perfection et nous avons réussi, une fois de plus, non seulement à mobiliser les experts les plus représentatifs sur le sujet dans les deux pays, mais, également, à financer le déplacement des vingt délégués français, malgré un désengagement accentué des Affaires étrangères. Toutefois, le Forum, dans sa conception actuelle souffre cruellement de l'absence de son initiateur, l'ancien ministre québécois de la Santé, Philippe Couillard. Une réflexion devrait s'engager en 2010, en vue de l'édition de 2011, pour adapter l'architecture de ces manifestations aux moyens et possibilités actuels de l'Observatoire.

2. PÔLE OUTILS / ENQUÊTES

2.1 Unité ESPS et bases assurance maladie

A001. Enquête Santé et Protection sociale (ESPS)

Caroline Allonier, Nicolas Célant, Paul Dourgnon, Isabelle Evrard, Stéphanie Guillaume, Nelly Le Guen, Thierry Rochereau, Frédérique Ruchon

A175. Préparation du terrain de l'enquête 2010

Le processus de l'enquête ESPS a été fortement modifié pour l'enquête 2010 en raison de la mise en place de l'Echantillon Général de Bénéficiaires (EGB), de l'abandon programmé de l'Epas et du projet d'appariement de l'ESPS avec les données de remboursement des organismes complémentaires.

La préparation de ce nouveau dispositif, initié en 2008, a été finalisée tout au long de l'année 2009.

En 2009 :

⇒ Le panel Epas n'est pas prolongé au-delà de 2010. L'enquête 2010 va donc s'appuyer sur un nouvel échantillon, construit comme un sous-échantillon du fichier de bénéficiaires de l'Assurance maladie (EGB). Ce changement conserve la dimension de panel et l'appariement avec les données d'Assurance maladie. La Drees, la Cnamts et l'IDS sont associés à ce travail.

Nous avons travaillé avec l'Unité de Méthode Statistique de l'Insee sur un nouveau plan de sondage de l'enquête ESPS qui soit aléatoire, représentatif et qui permette un suivi longitudinal des bénéficiaires de l'Assurance maladie échantillonnés. Au final, l'échantillon est constitué à partir de restes par la division par 23 de la clé du Nir, ce qui permet un tirage pseudo-aléatoire et d'obtenir le nombre d'adresses souhaitées, environ 18 000 pour les trois régimes.

⇒ Nous avons travaillé avec la Cnamts à tester ce nouvel échantillon : estimation du nombre d'adresses à échantillonner, estimation de la qualité des adresses du nouvel échantillon... Les tests ont confirmé une amélioration sensible de la qualité des adresses (moins de 5 % d'adresses incomplètes contre 20 % précédemment – plus de 50 % de qualification des adresses, un taux en augmentation par rapport à 2008, alors qu'il était précédemment en baisse constante en raison du dégroupage et de la généralisation du portable).

⇒ Nous avons travaillé avec les régimes (Cnamts, MSA et RSI) à la définition d'un cahier des charges pour la réalisation de ce nouvel échantillon par les services informatiques de chacun des trois régimes : définition de normes d'extraction et d'échange, mise en œuvre des recommandations de la Cnil, calendrier de réalisation du projet...

⇒ Nous avons présenté un dossier au comité du Label du Cnis et obtenu le label d'intérêt général pour l'enquête 2010.

⇒ Nous avons présenté le dispositif de l'enquête et en particulier le circuit de circulation et d'anonymisation à la Cnil. Nous avons obtenu l'accord de la Cnil pour la réalisation du terrain de l'enquête en janvier 2010.

⇒ Nous avons travaillé avec les services informatiques de l'Insee qui joue comme précédemment le rôle de tiers de confiance dans ce nouveau dispositif.

⇒ Nous avons bâti les nouveaux questionnements de l'enquête au sein d'un comité de pilotage et de groupes de travail thématiques : santé et couverture complémentaire.

Les nouveaux modules de questionnement 2010 concernent :

⇒ L'état de santé :

- séparation en deux parties du questionnaire santé : une pour les 16 ans et plus, une pour les moins de 16 ans,
- questionnaire santé : nouvelles questions sur la grippe A, le recours en urgence, augmentation du nombre de questions sur les incapacités,
- un nouveau questionnaire auto-administré sur les questions de conditions de travail et santé au travail.

⇒ La couverture complémentaire santé :

- nouveau questionnaire auto-administré pour les personnes qui ne bénéficient pas de complémentaire santé,
- recueil des niveaux de garanties dans le questionnaire auto-administré proposé pour chaque contrat de complémentaire santé identifié dans les ménages.

⇒ Les conditions de travail :

- un nouveau questionnaire auto administré sur santé et travail, élaboré avec les experts de la Dares.

⇒ Les questionnaires Capi/Cati :

- un module de questions sur les conditions de logement,
- un module de questions sur la permanence des soins et l'utilisation des services Internet de l'Assurance maladie,
- quelques questions sur la vaccination contre le virus de la grippe A,
- un module sur la situation sociale de la famille et la santé des parents quand l'enquêté avait 12 ans, pour étudier les transmissions intergénérationnelles.

A106. Apurement et mise à disposition des données de l'enquête 2008

En 2009, l'équipe ESPS a travaillé à l'apurement des données de l'enquête 2008 qui ont été mises à disposition de nos partenaires fin 2009.

Le rapport sur les données de l'enquête 2008 sera publié dans le courant du premier semestre de l'année 2010.

A176. Appariement Ocam - enquête 2010

Paul Dourgnon, Isabelle Evrard

1. Préparation d'un appariement avec les données des organismes complémentaires (projet Monaco)

Le projet Monaco vise à associer aux données de remboursement assurance maladie, elles-mêmes appariées aux données ESPS, les remboursements des organismes complémentaires.

La dépense remboursée par la complémentaire santé représentait en 2007 un peu plus de 13 % de la dépense courante de santé. Les dépenses d'assurance complémentaire étant absentes des systèmes d'information publics existant en France, les connaissances sur ces dépenses et, par conséquent, sur le reste à charge des ménages après remboursement, restent très incomplètes. Or la complémentaire santé ne profite pas à tous : environ 8 % des

Français en sont dépourvus et toutes les études montrent qu'elle est un puissant levier de l'accès aux soins, le deuxième après l'état de santé lui-même.

Ainsi toutes les réflexions sur les dispositifs de remboursement ou d'accès aux soins se heurtent à une limite : on ne sait pas qui paie réellement quoi. C'est la raison pour laquelle un projet d'appariement des prestations portées à remboursement auprès des assurances maladie obligatoire et complémentaire a été lancé, soutenu par l'IDS. Ce projet est l'aboutissement de réflexions menées par la Cnamts, la Drees et l'Irdes depuis 2005 sur la mise en œuvre d'un appariement des données de remboursement provenant des organismes complémentaires avec, d'une part, les bases de l'Assurance maladie et, d'autre part, les données d'ESPS de l'Irdes. Cette construction aboutira à la mise en place d'un échantillon de bénéficiaires d'assurance santé complémentaire apparié aux deux autres sources de données, elles-mêmes appariées entre elles depuis 1988. Elle permet la mise en commun de méthodes, d'outils et de normes de transmission de données entre les divers partenaires, avec le souci de limiter la charge des organismes complémentaires participants. Une convention entre l'Irdes et l'IDS a entériné ce projet en juillet 2008.

En 2010 il s'agira de tester la faisabilité du projet grâce à la participation de quelques organismes. En fonction des résultats, le dispositif sera étendu au fil des enquêtes suivantes et on peut également envisager la participation des sections locales mutualistes. Le travail de préparation en 2008 couvre la mise au point de l'architecture de remontée des données, les contacts avec les organismes complémentaires et les tests. Une chargée de projet, Isabelle Evrard, a été recrutée pour le coordonner.

A002. Appariement de l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) 2006 et 2008 avec l'échantillon permanent d'assurés sociaux (Epas)
Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Nelly Le Guen

Une première version temporaire de l'appariement avec les dépenses de ville est maintenant proposée en fin d'année n+1 de l'enquête ou début d'année n+2 de l'enquête, ce qui permet de gagner environ un an sur la mise à disposition des données pour les partenaires de l'enquête. Les données agrégées au niveau individuel intègrent cette fois, en plus des dépenses, des informations sur les volumes (nombre de séances par spécialité) pour la version temporaire de l'appariement auxquelles s'ajoute le nombre de nuits d'hospitalisation dans la version définitive de l'appariement.

Une version de l'appariement 2006 avec les dépenses de ville et d'hospitalisation a été proposée aux partenaires de l'enquête au cours de l'année 2009.

L'appariement de l'année 2008 a été commencé au cours du 2^e semestre 2009 et la première version temporaire de l'appariement 2008 était presque finalisée à la fin de l'année 2009.

Concernant les données d'hospitalisation, les systèmes de tarification étant encore en transition sur l'année 2006 qui est la dernière année disponible appariée, l'information apparaissant dans les bases individualisées de l'Assurance maladie n'est pas encore homogène : pour les séjours réalisés dans le secteur privé ex-OQN (Objectif Quantifié National), sont inscrits les tarifs T2A (tarification à l'activité : groupes homogènes de séjours/GHS) alors que pour ceux réalisés dans le secteur public ou privé ex-DG (dotation globale), ce sont encore des prix de journée (PJ) qui sont notés. Les valorisations T2A du secteur public se font à un niveau global et n'apparaissent donc pas dans les lignes de liquidation. Elles y figureront à partir de l'année 2008.

A002.b La consommation médicale en 2004 selon les caractéristiques individuelles
Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Nelly Le Guen

En 2008, les tableaux de bord de la consommation de soins médicaux selon les caractéristiques individuelles des assurés et ayants droit issus de l'appariement 2004 ont été finalisés. Il restait à rédiger la méthodologie de pondération des résultats qui a été améliorée pour cet opus 2004.

Ces tableaux, similaires à ceux publiés sur les données de l'appariement 1997, doivent être édités sous forme d'un rapport et de tableaux Excel. Le rapport comporte trois parties : la partie méthodologique, d'abord, comprend la description des sources de données, la méthode d'appariement et le calcul de la pondération ; ensuite, des indicateurs statistiques portant sur la dépense médicale moyenne par personne en 2004 sont présentés en tableaux et déclinés par poste de soins et selon les caractéristiques individuelles des personnes enquêtées ; enfin, la troisième partie décrit cette consommation en termes de volume d'après les variables indiquées ci-dessus.

L'objectif de ce rapport est de mettre à disposition l'ensemble de ces résultats afin de permettre la réalisation d'analyses adaptées aux besoins de chacun.

- ✎ En 2009, quelques problèmes de reclassification d'un groupe de prestations hospitalières, de pondération et, finalement, de disponibilité en termes de ressources humaines, ont retardé le travail et la publication n'a pu se faire. Le projet de *Questions d'économie de la santé* sur ces données qui sont anciennes semble abandonné. Une réflexion devra avoir lieu en 2010 pour répondre à ces besoins de données chiffrées dans des délais acceptables.

2.2 Unité Share

A003. Enquête Share (générale)
Nicolas Briant, Marie-Camille Lenormand, Violaine Eudier, Nicolas Sirven

2009 est une année de transition pour Share. Les trois premières vagues de Share peuvent être considérées comme une expérience réussie à plusieurs égards et le projet devrait atteindre sa pleine maturité avec les vagues suivantes. Désormais, l'inscription de Share parmi les très grandes infrastructures de recherche (TGIR) donne l'opportunité à la France de transformer cette enquête en une véritable cohorte nationale sur la santé, le vieillissement et la retraite, comparable avec les autres pays européens. En effet, à partir de la vague 4, les financements nationaux devront se substituer aux financements européens pour ce qui est de la collecte des données.

Malheureusement, plusieurs revers ont rendu vulnérable le projet. D'abord, l'Iresp n'a pas souhaité continuer de financer Share du fait que cette cohorte n'utilise pas d'outils biométriques (tests sanguins, etc.) fortement souhaités par l'analyse épidémiologique. Ensuite, l'Insee, pour des raisons internes, a décidé d'abandonner une série d'enquêtes relatives à la santé, dont Share. Dans ce dernier cas toutefois, l'Insee s'est engagé à assurer la vague 4 auprès de l'échantillon historique (ménages enquêtés lors des vagues précédentes) et met à disposition le Country Team Leader en la personne d'Anne Laferrère. Enfin, dans un contexte international de crise économique et financière, il s'avère de plus en plus difficile d'obtenir des financements pour la recherche. En particulier, le désengagement du secteur public pourrait s'avérer extrêmement préjudiciable à Share.

Ce contexte met en danger non seulement l'objectif majeur de Share qui est l'accroissement de l'échantillon, mais aussi le projet dans son ensemble. Cinq actions ont été menées à l'Irdes visant à assurer la pérennité de Share.

1. Trouver des financements nationaux conséquents

Les partenaires historiques du projet ont été contactés mais tous n'ont pas souhaité financer Share pour diverses raisons (refus de se substituer au financement public, refus de financer plusieurs enquêtes sur la santé ou, simplement, absence de ressources disponibles). Néanmoins, les principaux partenaires (Drees, Dares, Cnav, Cor), auxquels s'est adjointe pour la première fois la CNSA, ont répondu présents. Au total, les promesses de don s'élèvent à 750 000 € ce qui ne permet pas encore de financer complètement l'objectif de 6 000 individus dans l'échantillon de rafraîchissement (d'après les devis fournis par GfK-ISL en France, après appel d'offres et révision du devis). Deux sources supplémentaires sont potentiellement mobilisables (i) le ministère de la Recherche et (ii) les financeurs privés (Axa, UAP, etc.). Les négociations ont débuté fin 2009.

2. Développer les partenariats avec les épidémiologistes

Afin de s'assurer de nouvelles sources de financement et de développer l'innovation scientifique autour des biomarqueurs, deux collaborations ont été initiées sous le patronage du Pr. Lisa Berkman (U. Harvard, conseil scientifique de Share) :

- l'une avec le Pr. Dartigues (Inserm, Bordeaux II) afin de valider les tests cognitifs de Share ; les questions de Share sont posées aux membres de la cohorte Paquid afin de détecter une population vulnérable ; des tests cliniques sont ensuite menés pour valider l'approche ;
- l'autre, avec les épidémiologistes de la cohorte Gazel, afin de s'informer sur un possible partenariat pour la mise en œuvre de biomarqueurs en France.

3. Reformuler les institutions de Share

La mise en œuvre d'une infrastructure de recherche Share-Eric au niveau européen est en cours d'analyse au ministère de la Recherche. Un tel consortium entre les pays membres de Share assurerait une visibilité plus grande au projet et devrait permettre d'économiser les coûts de TVA sur la collecte des données (soit une économie de près de 20 % sur les coûts d'enquête).

4. Renforcer l'équipe Share au sein de l'Irdes

Afin de pallier le désengagement de l'Insee et de mener à bien le terrain d'enquête relatif au rafraîchissement de l'échantillon en vague 4 (2010-11), Nicolas Briant a intégré l'équipe en qualité de statisticien d'enquête. Il est épaulé par Marie-Camille Lenormand en remplacement de Violaine Eudier, toutes deux ayant le même profil de sciences politiques. En plus de la gestion du terrain pour Nicolas Briant et des tâches administratives pour Marie-Camille Lenormand et Violaine Eudier, tous trois sont impliqués dans des projets scientifiques (sous la responsabilité de Nicolas Sirven) visant à assurer une plus grande visibilité de Share.

5. Assurer une plus grande visibilité de Share

L'animation de la recherche autour des deux premières vagues de données disponibles permet d'assurer une grande visibilité de Share auprès de nos financeurs nationaux et du public. Dans ce cadre, la publication d'un numéro double de *Retraite et société* (la revue scientifique de la Cnav) consacré à l'analyse des données de panel dans Share a donné lieu à une conférence de presse relativement bien couverte. Depuis lors, les interventions dans la presse se sont multipliées (ex. Figaro, www.capital.fr/retraite, etc.), mettant en avant l'Irdes et Share auprès des décideurs publics.

- 📄 What are the Motivations of Pathways to Retirement in Europe: Individual, Familial, Professional Situation or Social Protection Systems? Debrand T., Sirven N., *Document de travail* n° 28. 2009/10
[.../EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT28MotivationsPathwaysRetirementEurope.pdf](http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT28MotivationsPathwaysRetirementEurope.pdf)

- ☐ Quelles sont les motivations des départs à la retraite en Europe : situation personnelle, familiale, professionnelle, ou rôle de la protection sociale ? Debrand T., Sirven N., *Document de travail* n° 26. 2009/06.
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT26MotivationDepartRetraiteEurope.pdf>
- ☐ Famille et vieillissement en Europe - Enquête Share. Coordonné par Attias-Donfut C. (Cnav), Sirven N. (Irdes), *Retraite et Société* (Cnav), 2009/11, n° 58, 243 p.
- ☐ Tel père, tel fils : l'influence de l'origine sociale et familiale sur la santé des descendants en Europe. Jusot F., Tubeuf S., Trannoy A., *In Famille et vieillissement en Europe - Enquête Share*. Coordonné par Attias-Donfut C. (Cnav), Sirven N. (Irdes), *Retraite et Société* (Cnav), 2009/11, n° 58, 63-85.
- ☐ Vieillesse et retraites : le temps des réformes en Europe. Barangé C., *In Famille et vieillissement en Europe - Enquête Share*. Coordonné par Attias-Donfut C. (Cnav), Sirven N. (Irdes), *Retraite et Société* (Cnav), 2009/11, n° 58, 192-206.
- ☐ Emploi et retraite en Europe - Enquête Share. Coordonné par Attias-Donfut C. (Cnav), Sirven N. (Irdes), *Retraite et Société* (Cnav), 2009/06, n° 57, 240 p.
- ☐ Les facteurs explicatifs du départ à la retraite en Europe. Debrand T., Sirven N., *In Emploi et retraite en Europe - Enquête Share*. Coordonné par Attias-Donfut C. (Cnav), Sirven N. (Irdes), *Retraite et Société* (Cnav), 2009/06, n° 57, 35-53.
- ☐ Récompense au travail des seniors : quels liens avec leurs conditions de travail ? Lengagne P., *In Emploi et retraite en Europe - Enquête Share*. Coordonné par Attias-Donfut C. (Cnav), Sirven N. (IRDES), *Retraite et Société* (Cnav), 2009/06, n° 57, 55-74.
- ☐ Le temps de la retraite est-il improductif ? Sirven N., Godefroy P., *In Emploi et retraite en Europe - Enquête Share* Coordonné par Attias-Donfut C. (Cnav), Sirven N. (Irdes), *Retraite et Société* (Cnav), 2009/06, n° 57, 75-97.
- ☐ Face au vieillissement des populations : l'emploi des travailleurs âgés en Europe (Le point sur). Barangé C., *In Emploi et retraite en Europe - Enquête Share* Coordonné par Attias-Donfut C. (Cnav), Sirven N. (Irdes), *Retraite et Société* (Cnav), 2009/06, n° 57, 152-174.

A003. Enquête Share – Troisième vague : Sharelife

Nicolas Briant, Marie-Camille Lenormand, Violaine Eudier, Nicolas Sirven

La troisième vague Share (ShareLife) collecte des données rétrospectives et propose un fichier de variables de contexte (séries macroéconomiques) afin de mieux comprendre l'influence des différences institutionnelles et leurs évolutions en Europe sur les comportements individuels. Les quatorze pays de Share 2006 participent à cette troisième vague ShareLife. Pour ce qui concerne la France, la collecte s'est déroulée en mai et juin 2009 et a été réalisée par l'Insee. Les données ont été « nettoyées » par l'Insee et l'Irdes mais ne sont pas encore disponibles au public. En revanche, l'exploitation des données préliminaires par l'Irdes doit permettre de participer pour la première fois au *First Result Book*. Le projet Sharelife a été étendu d'un an pour permettre l'exploitation correcte des données et un « data cleaning » supplémentaire à partir des trois vagues de Share.

- ☐ Health Care Inequalities in Europe: A Life-time Approach. Sirven N., Or Z., 2009, *Mimeo*.
- ☐ Social Capital and Health of Older Europeans: From Reverse Causality to Health Inequalities. Sirven N. et Debrand T., 2nd *International Share Users Conference* - Mainz, Germany, October 12th-13th, 2009.

A003. Enquête Share – SharePrep (Modernisation majeure de Share – phase préparatoire)

Nicolas Briant, Marie-Camille Lenormand, Violaine Eudier, Nicolas Sirven

Le but de la phase préparatoire est de mener le prototype de la vague 4 de Share au niveau financier, juridique et technique requis pour améliorer la connaissance du vieillissement au niveau individuel et de la population.

SharePrep doit servir à financer la communication interne et externe de Share, le travail stratégique, la recherche de financements pérennes et la gestion d'enquête.

A003. Enquête Share - Share-Leap (Perfectionnement longitudinal et amélioration de l'accès à l'infrastructure Share)

Nicolas Briant, Marie-Camille Lenormand, Violaine Eudier, Nicolas Sirven

Le projet Share-Leap est un dispositif essentiel pour accroître la stabilité longitudinale du panel Share et améliorer l'accès et les services aux utilisateurs, au cours des années 2009 et 2010.

Il doit :

- perfectionner la stabilité longitudinale du panel en restant en contact avec les membres du panel, suivre les éventuels déménagements des ménages, réinterroger les individus sortants et rendre compte des événements de la dernière année de vie des membres du panel décédés ;
- améliorer le potentiel de recherche de l'infrastructure Share en ajoutant des valeurs implicites pour les variables manquantes, des poids, des variables géocodées et environnementales, ainsi que des méta et para-statistiques ;
- améliorer l'instrument d'enquête Share en réponse aux commentaires des utilisateurs ;
- améliorer et entretenir un accès accueillant aux utilisateurs des données Share *via* une assistance aux niveaux central et national.

2.3 Unité Eco-Santé

A010 - A011 - A012 - A148 Eco-santé

Anne Aligon, Martine Broïdo, Jacques Harrouin, Thierry Rochereau, Frédérique Ruchon

➤ Logiciel Eco-Santé (sur Internet www.ecosante.fr)

Jacques Harrouin

Eco-Santé est un logiciel en ligne sur Internet permettant d'exploiter 5 bases de données chiffrées sur les systèmes de santé et leur environnement démographique, social et économique. L'interface du logiciel permet de produire et d'exporter très simplement et rapidement des tableaux de données et des graphiques avec une interface ergonomique et performante. Les données sont soit brutes (ex : consommation à prix courants), soit calculées (ex : à prix relatifs, constants, par personne, en pourcentage d'un agrégat...). Les séries présentées couvrent une longue période (60 ans pour la base France), ce que font très rarement les annuaires statistiques. Ces séries sont produites par les « grands organismes » : Drees, Insee, Ined²⁹, Inserm³⁰, Cnamts, MSA³¹, InVS, Irdes, RSI³²...

Cinq bases d'Eco-Santé ont été produites en 2009 :

- ⇒ Eco-Santé France
co-production Irdes, Drees, Assurance Maladie, Mutualité, RSI, MSA
- ⇒ Eco-Santé Régions & Départements
co-production Irdes, Drees, Assurance Maladie, Mutualité, RSI, MSA

²⁹ Institut national des études démographiques

³⁰ Institut national de la santé et de la recherche médicale

³¹ Mutualité sociale agricole

³² Régime social des indépendants

- ⇒ Eco-Santé OCDE³³
co-production Irdes, OCDE (Production également d'un CD-Rom)
- ⇒ Eco-Santé Québec
partenariat entre l'Irdes et l'INSPQ³⁴, l'ISQ³⁵, le MSSS³⁶ sous l'égide de l'OFQSS³⁷.
- ⇒ Eco-Santé Assurance Maladie
partenariat avec la Cnamts

Cette version en ligne www.ecosante.fr et gratuite (sauf OCDE) permet à tout possesseur d'un ordinateur sous Windows, Mac OS ou Station Linux/Unix et disposant d'un accès Internet de pouvoir visualiser la structure, obtenir les séries ainsi que les sources et méthodes des cinq bases Eco-Santé.

Les bases France et Régions & Départements sont mises à jour tous les mois. Et ce, pour fournir aux utilisateurs les données les plus récentes possibles.

Eco-Santé en ligne est compatible avec l'ensemble des navigateurs Firefox, Safari, Opéra et Internet Explorer.

➤ **A010. Eco-Santé France**

Anne Aligon, Frédérique Ruchon

La base France contenait, dans sa version 2009, près de 65 000 séries, soit près de 397 000 données sur le système de santé français et son contexte démographique, social et économique. Les séries sont disponibles dans la mesure du possible de 1950 à 2009.

La liste des mises à jour de l'année 2009 est disponible à cette adresse :

<http://www.ecosante.fr/FRANFRA/10.html>

La version 2009 a été marquée par l'introduction d'un nouveau thème sur les séjours hospitaliers PMSI (2007) pour l'hospitalisation de moins de 24 heures et l'hospitalisation complète et par classe d'âge pour l'ensemble du court séjour puis par l'introduction d'une nouvelle variable concernant le nombre d'affiliés à la CMUc (Fonds CMU).

Par ailleurs, une refonte de la structure de l'offre et l'activité hospitalières (SAE) a permis d'améliorer la lisibilité : elles sont présentées maintenant par discipline et par type établissement.

Cette base de données est en accès totalement gratuit sur le site <http://www.ecosante.fr>

➤ **A010. Eco-Santé Régions & Départements**

Martine Broïdo

La base Régions & Départements qui présentait en 2009 près de 13 000 séries, soit près de 4,6 millions de données renseignées présente actuellement près de 4,7 millions de données renseignées.

Outre la mise à jour des données déjà présentes dans Eco-santé, comme pour la base France, le principal apport de 2009 est l'introduction de :

³³ *Organisation de coopération et de développement économiques*

³⁴ *Institut national de santé publique du Québec*

³⁵ *Institut de la statistique du Québec*

³⁶ *Ministère de la santé et des services sociaux Québec*

³⁷ *Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité*

- un nouveau thème : les données du PMSI pour le court séjour hospitalier (hospitalisation de moins de 24 heures, hospitalisation complète et pour l'ensemble : hospitalisation par tranches d'âge décennales) ;
- de nouvelles variables : les bénéficiaires de la CMUc dont la source est le Fonds CMU, les taux de chômage localisés par trimestre ;
- une refonte de la structure des chapitres concernant l'offre et l'activité hospitalière (SAE) qui sont présentés maintenant par discipline et type d'établissement.

Cette base de données est en accès totalement gratuit sur le site <http://www.ecosante.fr>

La liste des mises à jour de l'année 2009 est disponible à cette adresse :

<http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/11.html>

➤ **A148. Eco-Santé Assurance maladie**

Jacques Harrouin

L'équipe Eco-Santé a développé, pour le compte de la Cnamts, une nouvelle base de données « Eco-Santé Assurance maladie » qui a été mise en ligne cette année. L'Irdes assure maintenant le support technique de cette base qui est maintenue, pour les données et les Sources & Méthodes, directement par les équipes de la Cnamts.

➤ **A011. Eco-Santé OCDE**

Martine Broïdo, Jacques Harrouin

La base OCDE est mise à jour par l'OCDE sur la base de données transmises par différents organismes dans chacun des pays.

Certains organismes, tels que la Drees pour les comptes de la Santé, transmettent directement leurs propres données ; d'autres, tels qu'Eurostat[1] se substituent parfois à l'ensemble des pays pour certaines données en vue de leur uniformisation.

L'Irdes est chargé de mettre à jour et de transmettre à l'OCDE des données pour la France (morbidity, imagerie médicale, activité des médecins libéraux, prévention, greffes, consommation de tabac, ventes pharmaceutiques) provenant de différentes sources (Drees, Insee, Cnamts, ministère de l'Éducation, données d'enquête : ESPS), ainsi que les sources et méthodes afférentes.

Outre la mise à jour des données déjà présentes dans Eco-santé OCDE, le principal apport de 2009 est l'introduction :

- de la part des personnes se considérant en bonne santé suivant les deux quintiles extrêmes de revenu (le plus haut, le plus bas),
- du nombre de scanners, d'angiographes, de gamma-caméras,
- des tests de diagnostic : nombre d'examen de scanners, d'IRM.

L'Irdes est également en charge de la production du CD-Rom, des mises à jour Internet et également de l'hébergement de la version en ligne sur <http://www.ecosante.fr>

Ce partenariat date de 1991.

La version CD-Rom est parue en juin 2009.

Une mise à jour Internet a également été produite en novembre 2009.

La base est également en accès payant sur <http://www.ecosante.fr> (NB : seul l'accès aux données est payant. Les Sources & Méthodes sont en accès gratuit).

➤ **A012. Eco-Santé Québec**

Jacques Harrouin, (en collaboration avec l'INSPQ, l'ISQ, le MSSS et l'OFQSS)

Cette huitième version de la base de données permet de consulter les données sociosanitaires des 18 régions composant le Québec. La plupart des séries concernent la période 1981-2009, soit plus de 470 000 données.

Cette base de données est en accès gratuit sur <http://www.ecosante.fr>.

L'Irdes assure le support technique lié à l'utilisation du logiciel.

➤ **Diffusion d'Eco-Santé : les données de cadrage à partir d'Eco-Santé**

Martine Broïdo

Dans un but de présentation conviviale des données d'Eco-Santé, l'équipe présente des données de cadrage sur le site de l'Irdes. Les thèmes déjà traités sont mis à jour régulièrement et de nouveaux thèmes sont choisis en fonction de l'actualité.

Les thèmes ajoutés et/ou mis à jour en 2009 :

- L'hôpital
- L'aide sociale des départements
- Les dépenses de santé
- La démographie et l'activité des professions de santé
- Les affections de longue durée
- La couverture maladie universelle

Tous ces documents sont en accès libre sur cette page :

<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/cadrage.htm>

➤ **Diffusion d'Eco-Santé : les graphiques du mois**

Martine Broïdo

Dans un but de présentation conviviale des données d'Eco-Santé, l'équipe présente régulièrement, en collaboration avec le service diffusion, un graphique ou une carte extrait(e) des données de cadrage sur le site de l'Irdes.

Janvier 2009 : Graphique : Evolution du nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire par mode de couverture (2000-2006)

Avril 2009 : Graphique : Evolution de la part des médecins de 55 ans et plus de 2000 à 2007

Mai 2009 : Graphique : Evolution de quelques professions médicales et de santé autres que les médecins (base 100 en 1999)

Juin 2009 : Graphique : Evolution des dépenses d'aide sociale des départements

2.4 Outils

A099. Enquête décennale HID INSEE 2008

Catherine Sermet


L'Irdes a assuré le codage des maladies et des déficiences déclarées dans l'enquête Handicap Santé Ménages de 2008. Les données ont été transmises à l'Insee qui met à disposition l'enquête par l'intermédiaire du centre Maurice Halbwachs.

B018. Indicateurs de suivi des objectifs de la loi de santé publique
Caroline Allonier, Laure Com-Ruelle, Stéphanie Guillaume

L'Irdes participe, sous l'égide de la DGS et de la Drees, au suivi des cent objectifs de santé publique définis dans le cadre de la loi relative à la politique de santé publique. Chaque année, un rapport rassemblant l'ensemble de ces indicateurs est publié par la Drees. L'Irdes transmet des données, participe à la rédaction et à la relecture des fiches constituant ce rapport.

En 2008, nous avons fourni les nouvelles données de l'enquête 2006 (disponibles dès 2007) pour le rapport 2008 et participé à la relecture d'un certain nombre de fiches (Objectifs 2, 3, 5, 50, 33, 78 et objectif transversal : cf. rapport d'activité Irdes 2008). Le rapport 2008 a été publié en octobre 2009.

En 2009, nous avons fourni les premières données disponibles issues de l'ESPS 2008, telles que les données relatives aux objectifs portant sur le tabac et l'alcool. Ces données seront complétées par celles disponibles en 2010 pour être insérées dans le rapport Drees 2009 à paraître en 2010.

 L'état de santé de la population en France –Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique, Rapport 2008, coordonné par la Drees du ministère de la Santé, Collection *Etudes et Statistiques*, Documentation Française, octobre 2009.

3. THÈSES ET HDR

A143. Une approche de la construction sociale et territoriale de la prise en charge de la maladie mentale, à travers l'analyse de l'histoire des processus de localisation et de découpage structurant l'offre de soins de psychiatrie en France.

Thèse, Magali Coldefy

Cf. Pôle 4 – Santé et Territoires, p. 36.

F008. La dimension sociale du développement : stratégies individuelles d'investissement social et leur impact sur le bien-être et la santé

HDR : Nicolas Sirven

Le titre provisoire de cette HDR serait « La dimension sociale du développement : stratégies individuelles d'investissement social et leur impact sur le bien-être et la santé ». Elle s'articulera autour de travaux rédigés depuis la fin de ma thèse et sur mes travaux en cours à l'Irdes. L'idée générale sera de proposer des éléments d'analyse (concepts, théories, méthodes) des fondements microéconomiques de la dimension sociale du développement. L'approche individuelle s'intéressera aux comportements des agents économiques au travers des concepts de (i) capital social, pour l'étude des comportements des ménages et (ii) responsabilité sociale des entreprises. Les aspects sociaux sont ici analysés comme à la fois des moyens pour le développement (capital social, RSE) et des fins (performance sociétale, pauvreté, inégalité, inégalités sociales de santé).

📄 Health Care Inequalities in Europe: A Life-time Approach. Sirven N. et Or Z., *Mimeo*.

🔗 Social Capital and Health of Older Europeans: From Reverse Causality to Health Inequalities. Sirven N. et Debrand T., 2nd *International Share Users Conference* – Mainz, Germany, October 12th-13th, 2009.

📄 What are the Motivations of Pathways to Retirement in Europe: Individual, Familial, Professional Situation or Social Protection Systems? Debrand T., Sirven N., *Document de travail* n° 28. 2009/10
[.../EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT28MotivationsPathwaysRetirementEurope.pdf](http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT28MotivationsPathwaysRetirementEurope.pdf)

📄 Quelles sont les motivations des départs à la retraite en Europe : situation personnelle, familiale, professionnelle, ou rôle de la protection sociale ? Debrand T., Sirven N., *Document de travail* n° 26. 2009/06.

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT26MotivationDepartRetraiteEurope.pdf>

📄 Emploi et retraite en Europe - Enquête Share. Coordonné par Attias-Donfut C. (Cnav), Sirven N. (Irdes), *Retraite et Société* (Cnav), 2009/06, n° 57, 240 p.

📄 Les facteurs explicatifs du départ à la retraite en Europe. Debrand T., Sirven N., *In* Emploi et retraite en Europe - Enquête Share. Coordonné par Attias-Donfut C. (Cnav), Sirven N. (Irdes), *Retraite et Société* (Cnav), 2009/06, n° 57, 35-53.

📄 Le temps de la retraite est-il improductif ? Sirven N., Godefroy P., *In* Emploi et retraite en Europe - Enquête Share Coordonné par Attias-Donfut C. (Cnav), Sirven N. (Irdes), *Retraite et Société* (Cnav), 2009/06, n° 57, 75-97.

📄 Social participation and healthy ageing: An international comparison using Share data. Sirven N., Debrand T., *Social Science & Medicine*, vol 67, n° 12, 2008/12, 2017-2026.

📄 Social capital: A critique and extension. Sirven N., *In* The Elgar Companion to Social Economics, Davis J.B. & Dolsfma W. (Eds.), Cheltenham : Edward Elgar Publishing, 2008, 373-389.

📄 Comparability of Health Care Responsiveness in Europe. Using anchoring vignettes from Share, Sirven N. (Irdes), Santos-Eggimann B. (IUMSP), Spagnoli J. (IUMSP), *Document de travail* n° 15, septembre 2008.

[.../EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT15ComparabilityHealthCareResponsEurope.pdf](http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT15ComparabilityHealthCareResponsEurope.pdf)

📄 Promoting social participation for healthy ageing, Sirven N., Debrand T., *Document de travail* n° 7, 2008/01
<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT7PromotingSocialParticipation.pdf>

Précédents travaux de Nicolas Sirven : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Equipe/Cv/CvNicolasSirven.pdf>

F008. De l'impact des politiques publiques sur les comportements individuels : Emploi - Logement – Santé

HDR : Thierry Debrand

Le titre provisoire de cette HDR serait « De l'impact des politiques publiques sur les comportements individuels : Emploi - Logement – Santé ». Elle s'articulera autour de travaux rédigés depuis la fin de ma thèse et sur mes travaux en cours à l'Irdes. L'idée générale sera de mettre en évidence l'impact des politiques économiques sur les comportements individuels.

Pour mener à bien la finalisation des papiers nécessaires, Thierry Debrand a réalisé un séjour à Londres à l'Institut for Fiscal Studies (IFS) et University College of London en janvier-février 2008. Ce séjour a été organisé en collaboration avec le Pr James Banks.

En 2008, la réflexion autour de ce projet de soutenance a avancé et un certain nombre d'articles ont été finalisés.

📄 Contexte géographique et état de santé de la population: de l'effet Zus aux effets de voisinage. Allonier C., Debrand T., Lucas-Gabrielli V., Pierre A., *Questions d'économie de la santé* n° 139, 229/03.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes139.pdf>

📄 Dynamic Estimation of Health Expenditure: A new approach for simulating individual expenditure, Debrand t., Albouy V. et Davezies L., *document de travail* n° 20, 2009/01.
[.../EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT20DynamicEstimationOfHealthExpenditure.pdf](http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT20DynamicEstimationOfHealthExpenditure.pdf)

📄 The sooner, the better? Analyzing preferences for early retirement in European countries, Blanchet D. & Debrand T., *Document de travail* n°13, Juillet 2008.
[.../EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT13SoonerBetterAnalysingPrefRetirEuropCountries.pdf](http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT13SoonerBetterAnalysingPrefRetirEuropCountries.pdf)

📄 Health status, Neighbourhood effects and Public choice: Evidence from France. Debrand T., Pierre A., Allonier C., Lucas V., *Document de travail* n° 11. 2008/06.
<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT11HealthStatusNeighbourhoodPubChoice.pdf>

📄 Working Conditions and Health of European Older Workers. Debrand T., Lengagne P., *Document de travail* n° 8. 2008/02.
<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT8WorkingCondHealthEuropOldWorkers.pdf>

📖 Conditions de travail, santé et dépenses de santé, Debrand T., Lengagne P. rapport pour la Mire décembre 2008.

✂ Users' Payments in the French Health Care System: Measuring equity and social acceptability of reform proposals with a microsimulation model.

↔ Inequalities among users' payments of the French Health Care System: microsimulation of several reforms and measure of equity and social acceptability, Couillerot A.L., Chambaretaud S., Debrand T., Rochaix L., *2nd Biennial Conference of the American Society of Health Economists: Equity and Efficiency in Health and Healthcare*, Duke University, Durham, North Carolina, USA, 22-25 juin 2008.

↔ Physical Health, Mental Health and Household Structure are Determinants of Labour Force Participation for the Older Persons in Europe?, Debrand T., *2nd Biennial Conference of the American Society of Health Economists: Equity and Efficiency in Health and Healthcare*, Duke University, Durham, North Carolina, USA, 22-25 juin 2008.

↔ The Contribution of Social Participation to Health Status An International Comparison of Europeans Aged Fifty and Over, Debrand T., Sirven N., *2nd Biennial Conference of the American Society of Health Economists: Equity and Efficiency in Health and Healthcare*, Duke University, Durham, North Carolina, USA, 22-25 juin 2008.

↔ Inequalities among Users' Payments in the French Health Care System: microsimulations of reforms with measures of equity and social accepta, Debrand T. Rochaix L., Chambaretaud S., Couillerot A.L., *Conférence européenne d'économie de la santé (ECHE)*, Rome, 23-26 juillet 2008.

- ↵ Conditions de travail, santé et dépenses de santé, Debrand T., Lengagne P., *Colloque de l'AFSE*, Paris, septembre 2008.
- ↵ Peut-on vraiment parler de retraités, de retraités actifs ou d'actifs retraités ?, Debrand T., *Forum retraite de la Caisse des Dépôts et Consignation*, Bordeaux (10/08)
- ↵ Etat de santé et conditions de travail : facteurs explicatifs des intentions de départ à la retraite des Européens. Debrand T., Lengagne P. *Colloque Pensare*, Paris (11/08)
- ↵ Etat de santé et conditions de travail : facteurs explicatifs des intentions de départ à la retraite des Européens. Debrand T., Lengagne P., *Journées Jacques Cartier*, Québec (11/08)
- ↵ Dynamic Estimation of Health Expenditure: A new approach for simulating individual expenditure, Albouy V., Davezies L., Debrand T., *Workshop on Health Econometrics*, Milan, décembre 2008.

F008. Thèse : Analyse de l'assurance AT-MP

Pascale Lengagne

Sous la direction de Didier Blanchet - Encadrement Irdes : Thierry Debrand

Université Paris-Dauphine

Financement : Ater + Irdes

Période de réalisation : septembre 2007 - fin 2010

L'assurance AT-MP en France prévoit un mécanisme d'individualisation des coûts des sinistres. Plus la taille de l'entreprise est importante, plus le degré d'individualisation est fort. Ce dispositif dont l'origine remonte à la loi du 30 avril 1946 vise à responsabiliser les entreprises sur la prévention des risques professionnels et à les inciter à développer des comportements de prévention. Néanmoins, plusieurs résultats (dont la persistance d'une sous-déclaration des sinistres, une individualisation des coûts trop restreinte ou encore la répercussion différée de ces coûts sur l'entreprise) interrogent sur la portée réelle d'un tel effet incitatif. Les analyses théoriques mais surtout quantitatives réalisées sur ce sujet sont encore peu nombreuses. Après avoir rappelé les différentes règles de fonctionnement et les origines historiques de ce dispositif, cette recherche présente une analyse théorique et une mesure des effets de l'individualisation des coûts sur le comportement de l'entreprise.

Méthodes quantitatives et sources d'information

Construction de la base de données HYGIE comprenant les informations nécessaires aux évaluations quantitatives : informations au niveau « Salarié » (prestations individuelles pour AT-MP et maladie, trajectoire professionnelle, salaires, âge...) et au niveau « Employeur » (mode de tarification de l'entreprise, taux de cotisation, masse salariale, effectif, code Risque, sinistralité...).

⇒ Etape finalisée en 2009.

Analyse des effets externes et de la sous-déclaration, sur la base des données de l'enquête SHARE 2004-2006 et de l'enquête Santé 2002-2003.

⇒ Etape finalisée en 2009.

Mesure de l'impact du niveau d'individualisation des coûts sur les AT-MP : revue de la littérature quantitative (composée essentiellement d'études nord-américaines) et analyse sur données françaises désagrégée au niveau du secteur d'activité et par type de sinistre (exploitation de la base HYGIE).

⇒ Analyse en cours.

📄 Récompense au travail des seniors : quels liens avec leurs conditions de travail ?, Lengagne P. *In* *Emploi et retraite en Europe - Enquête Share*. Coordonné par Attias-Donfut C. (Cnav), Sirven N. (Irdes), *Retraite et Société* (Cnav), 2009/06, n° 57, 55-74.

✂ Tarification des AT-MP et comportements de prévention de l'entreprise, Lengagne P., *Questions d'économie de la santé*, publication prévue en 2010.

- 📄 Do seniors receive compensation for working in high-demand environments?, Lengagne P., Contribution au workshop 'Working at old age' organisé en 2008 par le CEDEFOP, publication en mai 2010.
- 🔗 Do seniors receive compensation for working in high-demand environments?, Lengagne P., *Second Belgian SHARE Conference*, Bruxelles (mai 2009)
- 🔗 Do seniors receive compensation for working in high-demand environments?, Lengagne P., *Séminaire interne du Legos*, Paris (décembre 2009)
- 🔗 Conditions de travail, santé et récompense au travail, Lengagne P., *Mardi de l'Irdes*, Paris (décembre 2009)
- 📖 Conditions de travail, santé et dépenses de santé, Debrand T., Lengagne P., Rapport de recherche pour la MiRe, 2008.
- 📄 Pénibilité du travail et santé des seniors en Europe, Debrand T., Lengagne P., *Economie et statistiques*, n°403-404/2007.

F008. Thèse sur travaux portant sur les politiques publiques d'accès aux services de santé et leur impact sur les inégalités sociales de recours aux soins.

Paul Dourgnon

Cette thèse, réalisée sous la direction du professeur Jérôme Wittwer (Université Paris-Dauphine) portera sur les politiques publiques d'accès aux soins et leur impact sur les inégalités sociales d'accès aux soins, au travers de l'analyse de trois dispositifs à l'épreuve dans les années 1990 et 2000 : le tiers payant, la CMUC et le médecin traitant.

Elle suivra le plan indicatif suivant :

0. Introduction :

Perspective historique sur les inégalités sociales de recours aux soins (existence, mesure, recherche des causes).

Historique des politiques d'accès financiers aux soins (tiers payant, AMG, CMU), des politiques de gestion de la santé (médecin traitant).

1. Cadre conceptuel

1.1. Effet attendu des réformes d'accès aux soins (cadre théorique des politiques publiques) :
Effet incitatif lié au prix, au mode de rémunération, au mode d'accès
Effet attendu sur la prise en charge et l'observance (cadre théorique de QQ)

1.2. Evaluation des réformes : revue de littérature

2. Le tiers payant est-il une politique d'accès financier aux soins efficace ?

3. La CMUC a-t-elle réduit les inégalités sociales de recours aux soins ?

3.1. Une analyse transversale et en décomposition des inégalités sociales de recours en 2000 et 2002

3.2. Une analyse longitudinale des consommations de soins des ressortissants de la CMUC

4. La Réforme du médecin traitant

4.1. L'interaction patient et médecin généraliste est-elle productrice d'inégalités ?
Pourquoi le fait de jouer seulement sur les incitations ne réduit pas toutes les inégalités de recours aux soins ?
Pourquoi cibler la médecine primaire ?

4.2. La réforme du médecin traitant et les inégalités sociales de recours

Premiers éléments quantitatifs sur les inégalités de recours

Premiers éléments d'évaluation (renoncement, qualité de la prise en charge).

Cette thèse d'économie sera réalisée à l'université Paris Dauphine, dirigée par Jérôme Wittwer (Paris Dauphine), codirigée par Michel Grignon (Mc Master, Canada). Elle a fait l'objet d'un séjour universitaire de trois mois au Center for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA), à l'université Mc Master, Canada, d'août à décembre 2008.

- ↵ Patient - physician interaction and equity in health: the role of primary care, Afrite A. Dourgnon P. Patient, Fourth International Jerusalem Conference on Health Policy : Improving Health & Healthcare. Who is responsible? Who is accountable? Jérusalem, 7-10 décembre 2009.
- ↵ Did the 2004/06 French Gate keeping reform lead patients to reduce their use of specialist care for economic reasons? An assessment of the reform using self assessed unmet need, Dourgnon P., Séminaire du CHEPA, McMaster University, Hamilton, Canada, 11 décembre 2008.
- ↵ Can physician-patient interaction generate social health inequalities ? First results from a 2007 French pilot survey, Afrite A., Dourgnon P., Pascal J., Jusot F., Lang T., Lombrail P. and the Intermede project members (2008) *16th Eupha Conference, I-health: Health and innovation in Europe*. Lisbon, 6-8 November 2008, *European Journal of Public Health*, vol 18, suppl. 1, p. 117.
- ↵ The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of Gatekeeping, Dourgnon P., Naiditch M. *Health Policy* n° 94, 129–134 (2010).
- ↵ Did the 2004/06 French Gate keeping reform lead patients to reduce their use of specialist care for economic reasons? An assessment of the reform using self assessed unmet need, Dourgnon P., *Séminaire du CHEPA*, McMaster University, Hamilton, Canada, 11 décembre 2008.

4. RÉPONSES AUX APPELS D'OFFRE

4.1 Projets retenus

Le risque sanitaire en milieu urbain : effet de contexte, vulnérabilité et résilience

Appel d'offre PIRVE (programme interdisciplinaire de recherche Ville et Environnement (CNRS - MEEDDAT))

Magali Coldefy, Laure Com-Ruelle

En collaboration avec l'UMR Environnement, Ville, Société, Université de Lyon 2 et l'UMR Géographie-Cités, Université de Paris 7.

L'objectif de ce projet est d'étudier les différenciations interurbaines du risque sanitaire. Il s'agit d'observer la variation spatiale de l'état de santé respiratoire des populations urbaines lié à l'exposition à la pollution atmosphérique extérieure en France, en s'appuyant sur les notions de vulnérabilité et de contexte. Il s'agit également de faire des propositions sur la manière de définir la plus ou moins grande résilience des villes face aux risques sanitaires.

L'observation portera sur les 54 aires urbaines françaises de plus de 100 000 habitants et sur les populations les plus fragiles : personnes âgées et enfants. Nous nous appuierons sur les experts de l'Ademe (Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie) pour valider le choix des indicateurs de pollution et nous utiliserons ses bases de données sur la pollution de l'air extérieur (BDQA qui recense les données des 34 associations agréées de surveillance de l'air ambiant en France). Nous utiliserons aussi les bases de données sur la santé (PMSI et Sniiram), sur les caractéristiques de la population urbaine et des caractéristiques des villes (Insee), sur l'équipement en soins (Adeli, Sniiram, SAE). Nous mobiliserons des techniques d'analyse multivariée pour la construction des indicateurs de l'aléa et de la vulnérabilité, des méthodes d'analyse de la variance pour l'identification des situations urbaines de risques, des techniques d'enquête pour l'identification des actions menées par l'Etat ou les acteurs locaux (collectivités territoriales, intercommunalités ou services déconcentrés de l'Etat) pour minimiser ces risques.

Heaps : Health Economics of Ageing and Participation in Society - Vieillesse et participation à la société : une approche en économie de la santé (projet A220)

Thierry Debrand, Nicolas Sirven, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Caroline Berchet, Roméo Fontaine

L'objectif de Heaps est de contribuer à poser les bases d'une initiative politique en matière de vieillissement en bonne santé en France et en Europe. Nous cherchons à construire un modèle économique qui permette de rendre compte des relations entre travail, loisirs, caractéristiques individuelles et systèmes institutionnels nationaux.

Les recherches sont menées en utilisant la base de données de SHARE. L'enquête européenne sur la santé, le vieillissement et la retraite est un outil créé en réponse à une communication de la Commission européenne qui rassemble des données sur les conditions de santé, économiques et sociales des Européens de 50 ans et plus, pendant le processus de vieillissement de la population en Europe (voir rubrique « Nos enquêtes » - SHARE). Les données de Share sont complétées par des séries provenant d'organismes internationaux tels que l'OCDE ou Eurostat

Thierry Debrand, responsable du projet Heaps, a obtenu un financement de l'Agence nationale pour la Recherche dans le cadre de l'appel d'offre « Jeunes Chercheuses et Jeunes chercheurs – Edition 2009 ». Il s'agit d'une collaboration entre l'Irdes et le Legos (Université de Dauphine).

120 000 € sur deux ans - pour emploi d'un poste doctorant.

Evolution des résultats d'Eneis au regard des politiques et programmes nationaux en matière de gestion des risques liés aux soins (dite étude évol-ENEIS)

Appel d'offre Drees lancé en décembre 2009 et dont la réponse positive date de février 2010
Projet piloté par le CCECQA de Bordeaux avec la collaboration de l'Irdes et du CSO de Sciences Po Paris.

Laure Com-Ruelle, Zeynep Or, Philippe Michel, Jean-Luc Quenon, Bruna Alves de Rezende (Interne de santé publique), CSO de Sciences-Po Paris : Daniel Benamouzig, Alexandra NACU (Doctorante)

Le but de cette étude est d'étudier les liens entre les changements des contextes institutionnel, juridique et organisationnel survenus au niveau national entre 2004 et 2008 et les évolutions constatées entre les enquêtes sur les événements indésirables liés aux soins, dites Eneis 1 (2004) et Eneis 2 (2009). Elle comporte quatre parties dont les parties 2 et 3 seront assurées par l'Irdes :

- ⇒ Partie 1 (leader CCECQA) : recensement des « actions » (textes, dispositifs, programmes, plans) observées en France entre 2004 et 2009 au niveau national et susceptibles d'avoir modifié les pratiques en matière de gestion (et de surveillance) des risques.
- ⇒ Partie 2 (leader Irdes) : analyse critique de la littérature internationale sur les études d'impact de ce type d'actions en matière de gestion (et de surveillance) des risques et étendue aux aspects économiques (rapport coût / bénéfice des actions).
- ⇒ Partie 3 (leader Irdes) : analyse quantitative de l'impact des actions recensées en France : étude quantitative des liens (ou de l'impact, le cas échéant) de ces actions/dispositifs de politiques publiques menées en vue de la réduction des risques liés aux soins en France ; principalement mise en relation des actions recensées en France (partie 1) avec l'évolution (et si possible l'impact) des résultats entre ENEIS 1 et 2, s'appuyant sur les résultats/enseignements de la revue de littérature constituant la partie 2 du projet.
- ⇒ Partie 4 (leader CSO) : analyse sociologique des politiques publiques de réduction des événements indésirables graves (EIG) à travers leur perception par les acteurs sanitaires.

Parmi les résultats attendus, l'expertise des bases de données ENEIS au regard des méthodes/indicateurs/etc. identifiés comme pertinents devrait mener, le cas échéant, à émettre des recommandations en termes d'amélioration de la prochaine enquête ENEIS. En particulier, si l'on sait que, alors qu'ENEIS 2004 n'a pas relevé la date de fin de séjour si elle était en dehors de la période d'observation, ENEIS 2009 l'a fait, mais il serait utile de recueillir aussi les variables de type économique se rapportant au séjour qui ont cours depuis l'application de la T2A afin d'effectuer des analyses en termes économiques plus performantes.

Iresp-Cohortes

Thierry Debrand, Nicolas Sirven

Réponse positive pour cohorte Share. Signature avril 2009 -299 000 € dont 53 485 pour l'Irdes (le reste est pour l'Insee).

4.2 Projets non retenus

TRAVERSE (TerritoiRes : de l'Asile à la VILLE, Recherches en Santé mentaleE)

Appel d'offre Emergence de la ville de Paris

Projet de création d'une équipe pluri-disciplinaire de recherche en sciences sociales sur les troubles psychiques et le territoire.

Magali Coldefy

Le territoire constitue une approche originale pour saisir les transformations de la prise en charge des troubles psychiques.

L'équipe TRAVERSE, composée de jeunes chercheurs issus de plusieurs disciplines des sciences sociales (sociologie, géographie, sciences politiques, histoire), propose d'étudier les raisons du rapprochement des questions de santé et de territoire dans les discours, et ses conséquences dans les pratiques, afin d'éclairer les débats publics. Pour cela, son originalité est d'utiliser le cas des troubles psychiques et de la psychiatrie qui a été pionnière dans la territorialisation des soins dans les années 1960 et l'ouverture sur la communauté, mais qui voit aujourd'hui son organisation remise en question. Etudiant d'un côté la façon dont les services de soins sont implantés dans les quartiers et comment les usagers y ont recours, et de l'autre, les évolutions dans la gestion des troubles psychiques les plus graves, elle propose une analyse inédite de ces questions peu explorées en France et utile à d'autres domaines de la santé. Soucieuse de susciter le développement d'autres recherches et d'établir des liens innovants avec les acteurs de terrain, elle veille à constituer également un réseau de personnes ressources qu'elle anime par l'organisation de séminaires, de groupes de travail, d'un colloque et la mise en place d'un site internet. Ainsi, l'équipe TRAVERSE propose à la fois un projet de recherche original qui apportera des connaissances sur un sujet, la santé mentale, tout en éclairant les évolutions actuelles plus larges dans le domaine de la santé, et, une pratique innovante de la recherche qui soit pluridisciplinaire, dynamique et participative.

Projet Iresp-Cohortes

Yann Bourgueil

La Société française de Médecine générale est composée d'un groupe de 150 médecins. Ils saisissent les informations de façon standardisée et régulière ; celles-ci sont centralisées dans des bases de données mises à disposition sur le site de la SFMG. L'Irdes travaille depuis 20 ans sur le projet d'un observatoire de médecine générale. Il n'existe pas d'autre base de données publiques orientées recherche avec des informations cliniques, c'est pourquoi nous avons décidé de répondre à l'appel d'offre cohortes de l'automne. Un des éléments importants était un test d'appariement avec les données de l'Assurance maladie qui permettrait une meilleure évaluation coût / trajectoire des patients. La réponse à cet appel d'offre avait pour but de faciliter la croissance de l'OMG jusqu'à plus de 600 médecins adhérents et fournisseurs de données. L'appariement des données cliniques relatives aux patients suivis par les médecins de l'OMG avec les données du Sniiram tel qu'il se déploie dans le projet Prospere permet d'enrichir l'OMG avec une information permettant de documenter le devenir du patient. La mise en place d'une véritable cohorte impose par ailleurs de mettre sur pied un dispositif de suivi des patients.

Ce projet n'a pas été retenu en première intention par le comité de sélection de l'appel d'offre.

ANR 2009 - Appel franco-britannique en sciences sociales

Paul Dourgnon, Véronique Lucas-Gabrielli, Magali Coldefy, Catherine Sermet, Florence Jusot

Il s'agit d'un projet pluridisciplinaire quali-quantitatif franco-britannique sur l'accès aux soins des populations migrantes, avec, côté anglais (quantitatif) Sarah Curtis et d'autres chercheurs anglais apparemment plus orientés ethnicité et, côté français (qualitatif), Raymonde Séchet, géographe à Rennes et Angelina Etienne, sociologue en Bretagne rurale.

Ce type de travail offrirait à l'Irdes une nouvelle entrée pour l'étude des inégalités de santé avec moins d'étude en population générale et la possibilité d'études spécifiques sur les populations précaires. Les données de l'enquête SIRS (enquête Santé, Inégalités et Ruptures sociales) pourraient être utilisées. Enfin, ce projet comporte une forte dimension géographie de la santé.

La réponse du groupe de recherche n'a pas été retenue, toutefois une nouvelle réponse a été proposée en avril 2010 pour un financement 2011-2013 par un groupe élargi à l'Allemagne (université de Brême) et aux Pays-Bas (Nivel, Erasmus University, Rotterdam et Université d'Amsterdam). L'Irdes interviendrait dans ce nouveau projet essentiellement sur l'étude de comparabilité des données européenne et sur une comparaison européenne des différentiels d'état de santé et d'accès aux soins entre immigrants et non-immigrants.

5. DOCUMENTATION

Suzanne Chriqui, Damien Letorrec, Marie-Odile Safon, Véronique Suhard

La documentation de l'Irdes assure à la fois les recherches documentaires en interne et l'information du public externe (réponse téléphonique, par mail, et accueil du public trois demi-journées par semaine). La demande d'information a pris une importance croissante ces dernières années, en interne comme en externe. La mise à disposition de nombreux outils sur le web de l'Irdes a réorienté en partie la demande externe.

Dans le cadre de ses activités principales, le service documentation assure une veille documentaire sur les thèmes de recherche de l'Irdes, ainsi que sur les sujets d'actualité en santé (calendrier des événements en santé, avancées des projets de loi en santé...) et, cela, à partir de toutes les sources actuellement disponibles : ouvrages, revues, documents électroniques, sites Web et listes de diffusion françaises et étrangères. Le nombre de ces dernières a d'ailleurs particulièrement augmenté ces deux dernières années.

Une revue de la littérature est réalisée systématiquement pour chaque thème de recherche à partir des bases internationales sur le serveur Datastarweb et sur Econlit (350 bases en santé, sciences sociales et sciences économiques).

Les recherches ont porté principalement sur les sujets suivants :

Soins primaires

- Les temps d'attente en médecine générale
- L'emploi du temps des médecins généralistes (mise à jour)
- La communication médicale dans la relation médecins/patients (mise à jour)
- La satisfaction des usagers en soins primaires
- Les indicateurs de performance en soins primaires

Hôpital - Géographie de la santé

- Impact de la tarification sur la qualité des soins à l'hôpital
- Les seuils d'activité à l'hôpital
- Les restructurations hospitalières en psychiatrie
- La qualité des soins et la satisfaction des usagers dans les alternatives à l'hospitalisation (HAD, soins à domicile)

Assurance maladie – complémentaire

- Historique et réglementation de l'incapacité en France
- Le renoncement aux soins

Médicaments

- Les médicaments similaires et les me-too (Définition, réglementation...)
- La diffusion de l'innovation (mise à jour)

Inégalités de santé

- L'accès aux soins des personnes handicapées (mise à jour)
- Les biais et la défaillance de la mémoire dans les enquêtes

Vieillesse

- Les déterminants de l'entrée en dépendance des personnes âgées
- Les aidants et le soutien informel dans les soins à domicile

Asthme

- Prévalence, contrôle et coût de l'asthme (mise à jour)

En dehors de la littérature grise (rapports, thèses...), qui ne figure pas dans ces bases, les sources bibliographiques ne sont pas loin d'être exhaustives.

Une recherche sur Internet permet de compléter très utilement ces sources.

Par ailleurs, le suivi des listes Nep-Repec et Equidad a permis d'améliorer le recensement de la littérature grise.

Le service documentation continue aussi à mettre à la disposition du public son important fonds documentaire pluridisciplinaire, ainsi que sa base bibliographique de 530 000 références régulièrement mise à jour. Cette dernière s'est enrichie, depuis 1997, de plus de 5 000 articles issus de recherche sur les bases de données internationales, portant sur les domaines de recherche de l'Irdes.

I - Fonds documentaire

1. **L'accroissement du fonds documentaire** se répartit de la manière suivante :

⇒ 1 031 ouvrages nouveaux, ce qui porte le volume actuel du fonds à 14 013 ouvrages.

Les 3/4 sont obtenus gratuitement : 129 par échange et 680 par téléchargement.

La **formule des échanges** et des **téléchargements** permet de limiter les coûts des acquisitions.

Les documents en accès libre sur Internet (rapports français officiels, rapports des centres de recherche français et étrangers) ont considérablement augmenté ces dernières années : 680 documents ont été téléchargés cette année, contre 116 en 2002.

Un changement de politique est intervenu à ce sujet en 2008, car des problèmes de stockage et de coût d'impression pointaient à l'horizon. Seuls les documents français (120 en 2009) donnent lieu à une impression. Les documents étrangers (560 en 2009) sont seulement archivés électroniquement dans la base documentaire, grâce au logiciel Cindoc-Ged, lors de la réalisation des notices bibliographiques. Le nombre des documents analysés a considérablement augmenté depuis 2008 : **2 274** en 2009 (1 469 en 2008, 730 en 2007).

⇒ 363 collections de périodiques (78 abonnements payants ; 285 reçus gratuitement ou par échange).

Le service essaie d'obtenir le maximum de revues par échange avec les publications réalisées par l'Irdes.

30 % de ces revues sont en langue étrangère, principalement anglo-saxonne ; 40 % concernent le domaine statistique (Insee, Cnamts, Drees, Cerc³⁸, etc.)

On observe néanmoins une évolution à la baisse du nombre de ces échanges : restrictions budgétaires des organismes ou mise en ligne des revues sur le web.

40 bulletins sont téléchargés directement actuellement.

³⁸ Centre d'Édition web, de Ressources électroniques et de Communication

Le Service reçoit aussi de nombreux **bulletins d'information** en Santé de la part de ses correspondants étrangers (Belgique, Espagne, Irlande, Pays-Bas, Allemagne, Royaume-Uni, Etats-Unis, Canada, Suède).

Le service assure aussi le suivi de **60 listes de diffusion** sur Internet : 41 françaises, 19 étrangères. Il redistribue les informations recueillies auprès des chercheurs selon leurs thèmes de recherche.

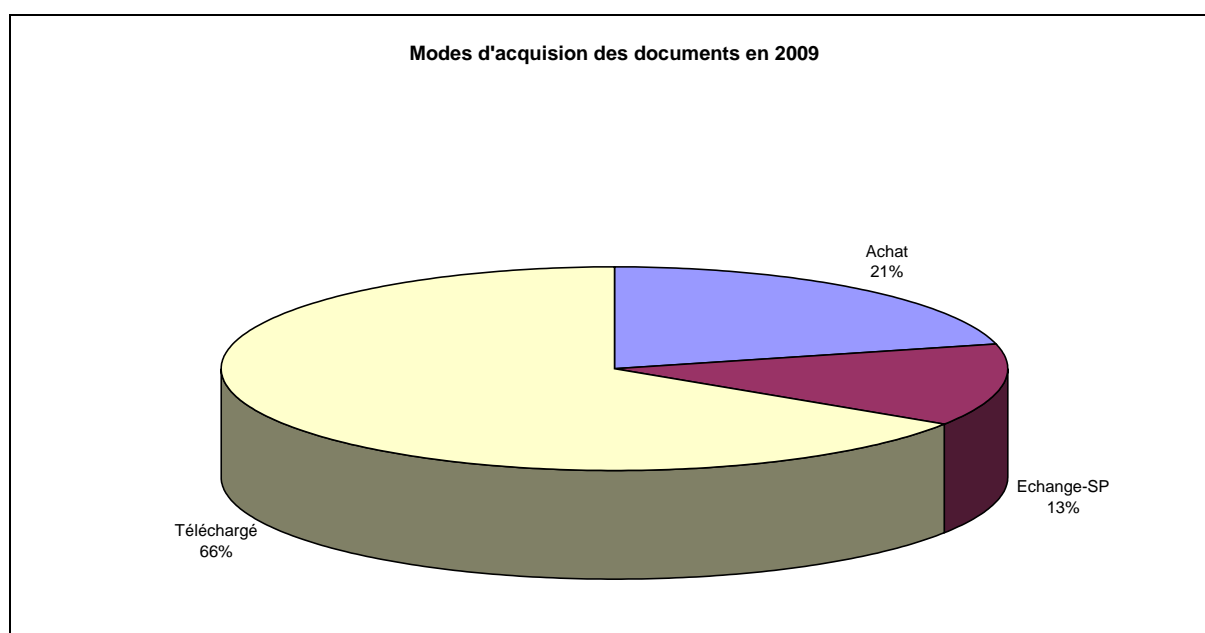
Ce nouveau mode de diffusion et de veille s'est considérablement développé, ces dernières années.

En conclusion : le développement de l'Internet facilite l'accès aux documents primaires et à l'information, mais ne simplifie pas pour autant la gestion d'ensemble des flux documentaires.

Mode d'acquisition des documents

Ouvrages

Année	Achat	Echange - Gratuit	Service de presse	Total
2000	101	309	61	471
2001	135	424	90	649
2002	111	352, dont 166 téléchargés	36	499
2003	166	327, dont 216 téléchargés	39	522
2004	144	546, dont 311 téléchargés	23	713
2005	180	584, dont 394 téléchargés	28	792
2006	145	601, dont 470 téléchargés	11	757
2007	117	607, dont 551 téléchargés	6	730
2008	201	1253, dont 947 téléchargés	15	1469
2009	217	809, dont 680 téléchargés	5	1031



Collections de périodiques

Année	Achat	Echange et Gratuit	Total
2000	64	222	286
2001	53	267	310
2002	53	271	324
2003	53	271	324
2004	75	242, dont 27 téléchargés	317
2005	75	286, dont 40 téléchargés	361
2006	75	286, dont 40 téléchargés	361
2007	75	286, dont 40 téléchargés	361
2008	75	286, dont 40 téléchargés	361
2009	78	286, dont 40 téléchargés	363

2. La **banque de données documentaire Ramis** répertoriant les documents les plus récents (d'après 1991) comprend 43 518 références (39 866 en 2008). La **base Archive** recensant les documents d'avant 1991 en comprend 9 230.

Les récupérations de la part de la Banque de données Santé publique sont devenues mensuelles depuis septembre 1997.

L'indexation des périodiques du secteur « santé publique » répartie entre les différents producteurs du réseau BDSF permet de limiter partiellement les tâches d'indexation.

La littérature grise devenant inflationniste depuis sa mise en ligne sur Internet, un partage de cette littérature a été instauré entre les producteurs depuis 2005.

La récupération des notices par les centres est effective depuis cette année.

L'Irdes est un membre très actif du réseau et se trouve en 3^e position pour l'envoi de notices bibliographiques, après deux grandes institutions : l'Inist³⁹ et l'EHESP⁴⁰. Il est en première position pour la fourniture de littérature grise et de documents en texte intégral.

II - Activités du Service

1. Service « Questions-Réponses »

Outre les recherches bibliographiques pour les chercheurs, le service assure une permanence « Informations » pour la clientèle extérieure.

Les **recherches internes** sont restées stables, cette année. Par ailleurs, les thèmes de recherche en interne sont toujours très diversifiés, d'où l'importance des recherches bibliographiques sur les bases internationales et des commandes de photocopies à l'Inist.

La **demande externe** s'est modifiée ces dernières années. Quatre raisons peuvent être avancées : la localisation plus excentrée de l'Irdes, la mise à disposition de nombreux outils sur le web de l'Irdes

³⁹ Institut de l'information scientifique et technique

⁴⁰ Ecole des hautes études en Santé publique

(bibliographies, sources d'information, carnets d'adresses, documents et données statistiques en ligne), le changement de nom, et plus récemment, la mise en ligne des publications Irdes sur le site web.

Les besoins changent : le public recherche moins la consultation des documents sur place, mais apprécie davantage d'être conseillé ou orienté sur les services.

Cet accueil contribue néanmoins à la notoriété de l'Irdes et à la diffusion des connaissances en économie de la santé.

Les demandes d'information par e-mail demeurent importantes.

Petite chronologie sur la recherche externe, qui explique l'évolution des statistiques

2000 : introduction des prestations payantes pour restreindre la demande externe trop importante.

2003 : déménagement du Credes

2004 : changement de nom et mise en ligne des publications (y compris des rapports de plus de 2 ans)

2005 : baisse du nombre des publications

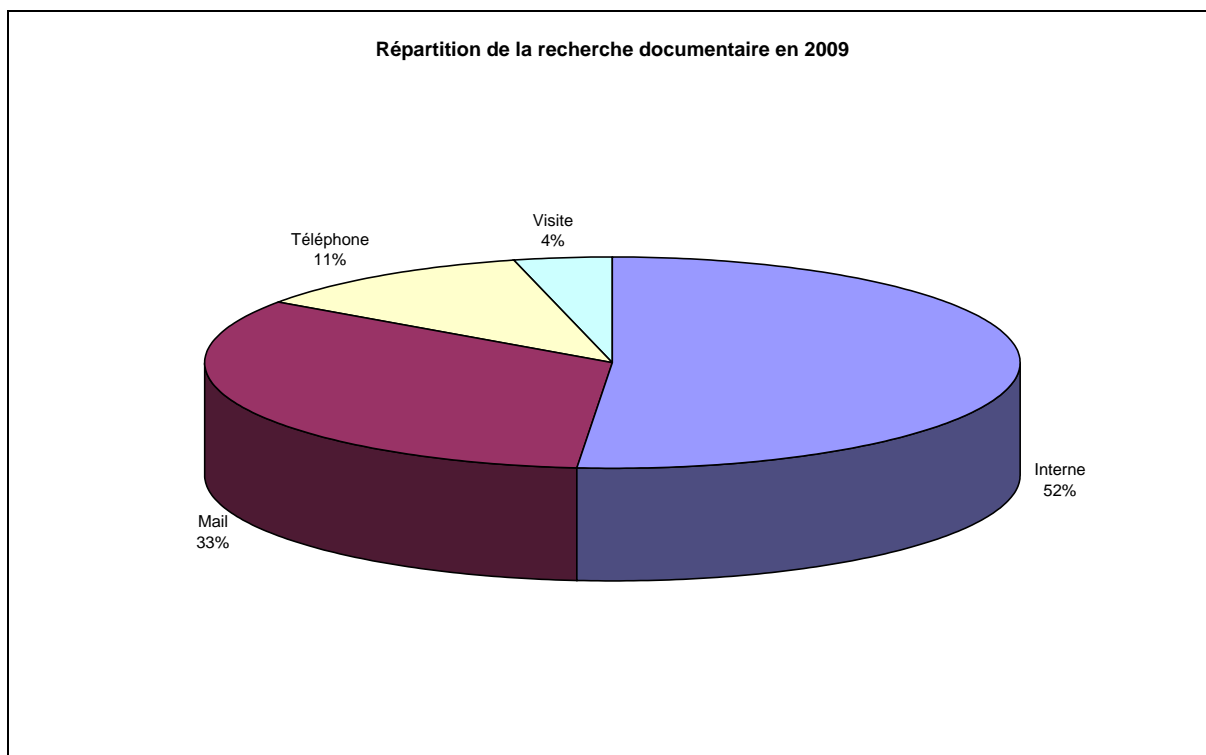
2006 : les publications Irdes ont repris leur cadence, mais font l'objet d'une mise en ligne systématique sur le site web (y compris les rapports de plus de 2 ans)

2009 : les rapports sont mis en ligne sur le web, dès leur parution (en lecture seule).

Répartition de la Recherche documentaire

Année	Interne	Externe				Total
		Courrier	Fax – e-mail	Téléphone	Visite	
2000	319	78	178	560	224	1 359
2001	325	62	203	373	132	1 095
2002	314	58	302	436	229	1 339
2003	351	34	248	306	137	1 096
2004	322	19	181	254	104	880
2005	301	7	189	185	55	737
2006	278	3	126	263	50	720
2007	267	10	115	92	26	510
2008	270	14	211	110	22	627
2009	272	0	177	60	21	530

Total : 530 recherches, dont en 272 en interne.



2. Consultation de l'espace doc sur le web

Les statistiques de consultation de l'espace doc (Web) démontrent que les visiteurs du centre sont devenus virtuels.

L'espace doc enregistre une véritable explosion de sa consultation en 2009 : 35 019 en 2008 contre 54 120 en 2009. Il est l'un des espaces les plus consultés du Web de l'Irdes.

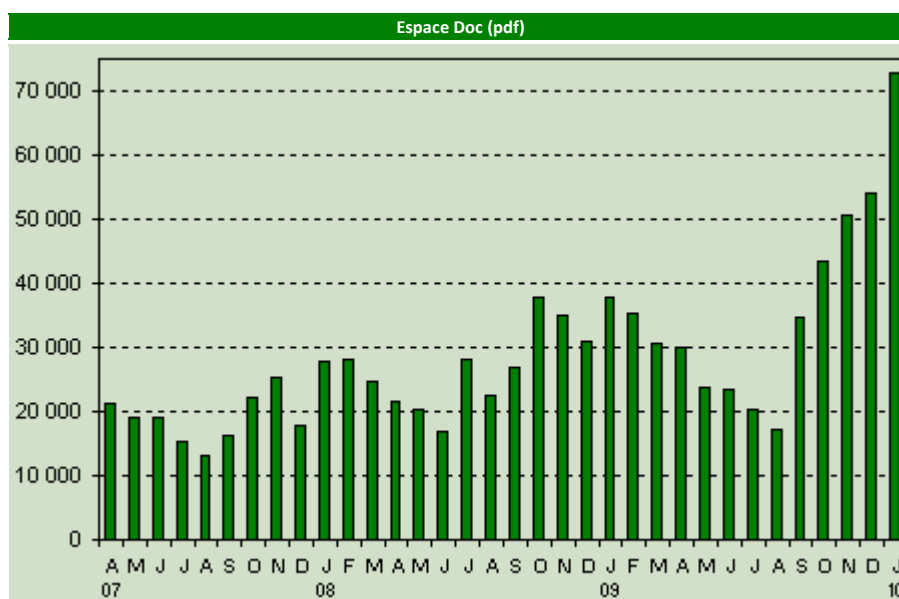
Cette forte évolution résulte de plusieurs facteurs : le regroupement de l'ensemble des rubriques documentaires sur un espace dédié avec le relookage du site web en 2006, une mise à jour régulière des produits, une meilleure diffusion grâce aux fils RSS, à la *Lettre info* de l'Irdes et aux communiqués de presse.

Des nouvelles rubriques sont apparues, comme « Lu pour vous » de périodicité mensuelle, qui présente les nouveaux ouvrages, les working papers étrangers et quelques sites web-phare.

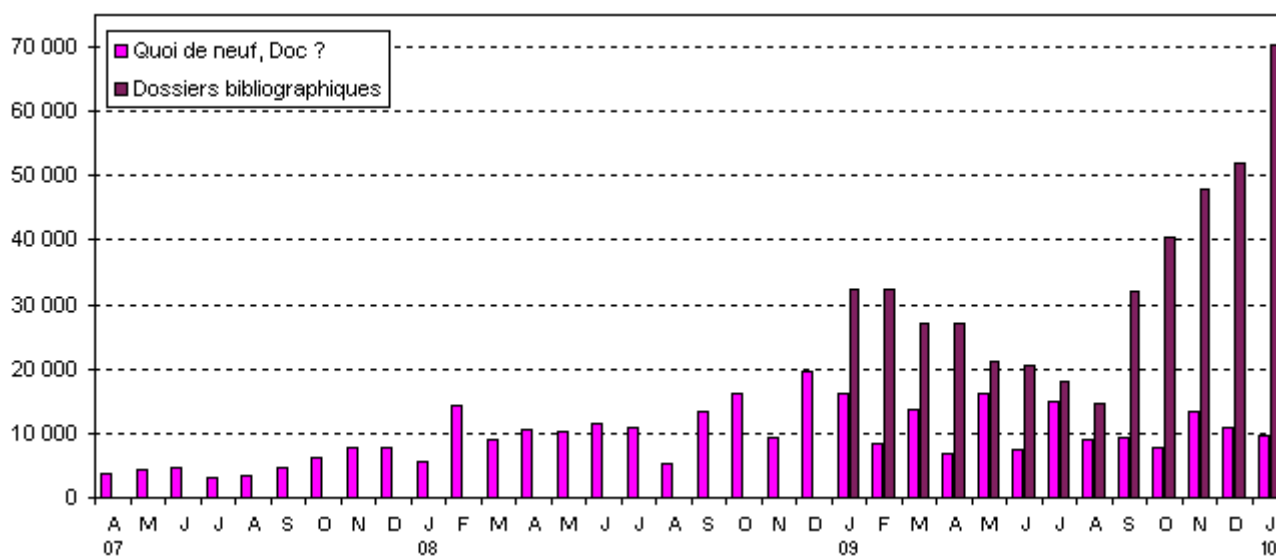
Le bulletin bibliographique « Quoi de neuf, Doc ? » est maintenant en ligne dès sa parution.

Parmi les documents qui dépassent les 2 000 téléchargements mensuels, on peut citer : Quoi de neuf, Doc ?, les dossiers bibliographiques ou synthèses documentaires comme : La santé en France, la réforme de santé en 2004, le vieillissement, les soins primaires et l'hôpital.

Evolution de la consultation de l'espace doc : 2007-2009



Evolution de la consultation de Quoi de neuf, Doc ? et des dossiers bibliographiques : 2007-2009



Consultation des produits documentaires sur le web en 2009

Produits	Novembre 2008	Décembre 2009
Espace doc	35 019	54 120
Quoi de neuf, Doc ?	9 202	11 037
Les soins primaires	2 406	9 677
L'hôpital en France	8 741	8 010
Historique des réformes hospitalières	563	5 967
Historique de la politique des médicaments en France	N'existait pas	5 546
Réforme de santé en France (2004-2007)	4 766	5 540
Glossaire en économie de la santé	321	4 232
La santé en France	4 003	4 098
Vieillesse	425	3 618
Historique des plans de santé	4 506	1 686
Sources d'information et recherches	475	4 041
Annuaire des sites (Synthèses thématiques)	1 196	734
Carnet d'adresses en santé	1 178	627

3. Produits documentaires

Pour assurer une veille documentaire, le service réalise les produits documentaires suivants :

- Le [Panorama de presse thématique](#) : issu du dépouillement de quatre quotidiens (Le Monde, le Quotidien du Médecin, le Généraliste, Panorama du médecin) et de quatre hebdomadaires (Concours Médical, Espace Social Européen, Impact Médecin, Revue du praticien), il présente l'actualité hebdomadaire en neuf thèmes : politique de santé, protection sociale, morbidité, consommation médicale, médecine libérale, etc. Depuis 2008, il est réalisé sous un format électronique accessible sur l'intranet de l'Irdes.

Un point « bref » mis à jour quotidiennement sur le réseau de l'Irdes permet aux chercheurs d'être informés rapidement des dernières nouveautés.

Ce bref est aussi consultable sur le web de l'Irdes sous l'intitulé : « [Titres de la presse](#) ».

La lecture d'autres revues de presse sur Internet (Pharmaceutiques, annuaire sécu...) permet de compléter ce suivi de l'actualité

- [Quoi de neuf, Doc ?](#) : bulletin bibliographique analysant les dernières données et recherches en Economie de la Santé. Cette sélection provenant du dépouillement de la littérature française et étrangère recouvre 18 domaines : politique de santé, coût de la santé, protection sociale, hôpital, pharmacie, médecine libérale... (5 numéros par an). Les numéros sont mis en ligne dès leur parution depuis novembre 2007.

- **Recensement des sources Internet** dans le secteur de la santé pour alimenter le serveur web de l'Irdes : « [Economie de la santé : liens et sites utiles](#) ». En vue du relookage du site de l'Irdes, les url des sites ont été systématiquement vérifiées. Un reclassement thématique, ainsi qu'un élagage des sites recensés a été effectué.
- [Calendrier des colloques](#) et des manifestations en économie de la santé
- [Calendrier des événements en santé](#) réalisé à partir des listes de diffusion : annuaire sécu, Pharmaceutiques...
- [Dossiers bibliographiques sur le web](#) : la réforme du système de santé en France, les plans de redressement de l'assurance maladie, l'économie de la santé, les pratiques professionnelles, historique du ticket modérateur et du forfait hospitalier, l'historique des conventions médicales et des réformes hospitalières.... Les dossiers ont été mis à jour fin 2009.
Nouveautés : l'historique de la politique des médicaments en France.
- [Principales sources bibliographiques et statistiques en santé](#) : ce document réalisé sur le web permet une première orientation du public extérieur.
- [Carnet d'adresses en santé](#) : mise à jour importante pour les versions française et anglaise.
- [Carnet d'adresses des éditeurs](#) (monographies et revues) : mise à jour faite.
- [Catalogue des revues](#) : la mise à jour a été faite pour la version alphabétique et la version thématique.
- [Sources d'information et méthodologie de recherche documentaire](#) : présentation des bases de données et autres sources en économie de la santé.
- **Glossaire de termes anglo-saxons**
- **Portail de revues en ligne** : Le portail EJS d'Ebsco est installé depuis l'été 2005. Il permet aux chercheurs d'accéder plus facilement aux versions électroniques des revues auxquelles l'Irdes est abonné.

Par ailleurs, la documentation est abonnée à la version électronique des Working papers du NBER (thématique : Health and Health Care) et du British Medical Journal (BMJ).

4. Logiciels documentaires

Depuis septembre 2002, un nouveau logiciel documentaire – Cindoc - a été installé au service documentation. Il permet notamment de lier aux notices bibliographiques la version en texte intégral des documents. Les interfaces entre la BDSP (Banque de données Santé Publique), la base interne Cindoc et le logiciel bibliographique Reference manager, utilisé pour l'élaboration de bibliographies à l'Irdes, sont maintenant opérationnelles.

La mise en ligne de la base documentaire sur le web est toujours en projet, faute de financement.

L'implantation du logiciel de bibliothéconomie – Gedidoc – est maintenant terminée.

La mise en œuvre du projet représentait un grand investissement en temps, mais ce logiciel a permis de simplifier la gestion des prêts et des acquisitions de documents (revues, ouvrages...). Tous les documents de l'Irdes sont équipés de codes-barres et l'enregistrement des prêts, réalisé directement par les chercheurs, s'effectue par lecture optique des codes-barres au moyen d'une douchette. Ce mode de prêt s'avère plus rapide et plus fiable.

Le fichier « gestion des périodiques » a été entièrement refondu.

Les objectifs attendus sont de rationaliser la chaîne documentaire pour simplifier les tâches, éviter des doubles saisies et ainsi gagner en temps et en performance et s'ouvrir aux nouvelles technologies de la GED et du web, porteuses d'avenir.

III - Collaboration avec d'autres centres de documentation

La documentation collabore toujours à la Banque de Données Santé Publique (BDSP) : annuaire des sites Internet, mise à jour du thesaurus, groupe qualité.

Elle participe aussi aux ateliers de réflexion de l'ADBS (Association des Professionnels de l'Information) : santé et médicaments.

Elle assure des cours de formation à la recherche documentaire, notamment pour les étudiants de master en santé publique (EHESP).

6. PUBLICATIONS

I - Les publications de l'Irdes...

Les résultats des études et recherches de l'Irdes sont principalement diffusés à partir de deux titres qui ciblent des publics différents :

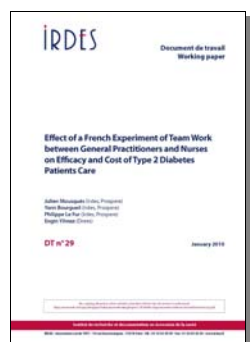


Questions d'économie de la santé. Mensuel de synthèse (4 à 8 pages), d'une grande lisibilité, sur l'actualité de la recherche en économie de la santé. *Questions d'économie de la santé* est une première étape de lecture vers des documents plus approfondis (documents de travail, articles scientifiques...). Destiné à un public large, il est principalement diffusé au format électronique.

Sa maquette a été revue dans le sens d'une plus grande clarté et d'une meilleure identification des différents niveaux d'accès : encadrés, illustrations, etc.

11 numéros ont été publiés en 2009, respectant une périodicité mensuelle (voir annexe A p. 110).

En 2009 : 12 150 correspondants au format électronique (11 000 en 2008) et 310 abonnés au format papier.



Documents de travail. Lancés en 2007, en langue française ou anglaise et au nombre d'environ 10 à 12 par an, ils sont devenus une collection officielle de pré-articles pour l'édition scientifique (voir annexe A p. 110). Impression de 80 *Documents de travail* en diffusion gratuite pour répondre aux demandes résultant de la diffusion, nouvelle en 2009, de communiqués de presse systématiques.

En 2009 : 12 150 correspondants à la version électronique (30 en 2008).

➤ Faits marquants en 2009

- Le maintien d'une périodicité mensuelle régulière pour *Questions d'économie de la santé* (11 en 2009, 10 en 2008).
- Le maintien d'une moyenne de 10 *Documents de travail* publiés dans l'année depuis leur essor en 2007 (9 en 2009, 13 en 2008, 6 en 2007).
- Une baisse marquée des rapports au profit des deux titres de l'Irdes (*Questions d'économie de la santé* et *Documents de travail*) et de la publication d'articles dans des revues scientifiques, institutionnelles ou professionnelles extérieures (voir ci-dessous).

... celles publiées par les chercheurs de l'Irdes à l'étranger...

Les chercheurs de l'Irdes ont une importante production en termes d'articles publiés dans des revues scientifiques extérieures, mais aussi de chapitres d'ouvrages.

➤ Faits marquants en 2009

- La forte augmentation du nombre d'articles publiés dans des revues scientifiques à comités de lecture et de rédaction, entamée en 2007 se poursuit. Ce nombre a effectivement quasi doublé passant de 16 en 2007 à 29 articles en 2009.
- L'augmentation continue du nombre d'articles dans des revues sans comité de lecture (6 en 2009, 3 en 2008, 0 en 2007) et des chapitres d'ouvrages (15 en 2009, 11 en 2008 et 20 en 2007).

Liste des différents supports d'information et publications publiés ou en ligne sur <http://www.irdes.fr> Évolution du nombre de publications par nature depuis 2002

	Publications internes				Publications externes				Total
	Thèses ou mémoires	Rapports Irdes	Documents de travail	Questions d'économie de la santé	Revues scientifiques		Revues institutionnelles ou professionnelles	Autres	
					Articles à comité de lecture	Articles à comité de rédaction			
2009	-	1	9	11	24	5	6	15	71
2008	-	8	13	10	18	7	3	11	70
2007	-	1	6	12	11	5	-	20	55
2006	-	7	1	12	0	6	10	15	51
2005	-	3	1	13	8	8	6	7	46
2004	2	4	5	13	15	7	7	19	72
2003	1	5	1	16	4	5	4	13	49
2002	-	9	2	16	8	3	3	13	54

... et celles co-éditées (Annexe A p. 110)



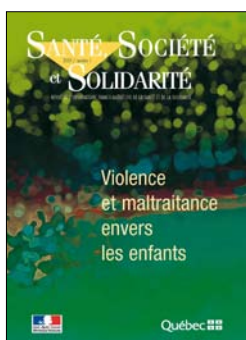
Numéro spécial de la revue *Retraite et société*, Cnav-Irdes

n° 57, juin 2009 « Emploi et retraite en Europe. Enquête Share » (Annexe A, p. 110)

➤ Faits marquants en 2009

Une nouvelle politique éditoriale de co-édition avec des revues extérieures est mise en œuvre dès lors que des chercheurs de l'Irdes coordonnent un dossier au sein de ces revues.

La revue franco-québécoise « Santé, société et solidarité »



L'Irdes poursuit son activité au sein de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité créé en 2001 avec d'autres partenaires français (ministère de la Santé, Inserm, Cermes, Insee...) et québécois (ministère de la Santé et des services sociaux, ISQ, INSPQ...). Aux côtés de Pierre Gottely, représentant du ministère de la Santé français, l'Irdes participe à l'élaboration de la revue de l'Observatoire *Santé, société et solidarité* et a en charge le secrétariat de rédaction (réception des articles, propositions de re-rédaction aux auteurs, corrections orthographiques, relecture des épreuves maquettées, BAT), la diffusion et la communication en France de ladite revue, éditée par les publications du Québec.

➤ Faits marquants en 2009

Le retard de parution est rattrapé. En effet, trois nouveaux numéros ont été publiés et diffusés : « Violence et maltraitance envers les enfants » (n°1/ 2009), « Bilan des réformes des systèmes de santé » (n°2/2008) et « De l'égalité de droit à l'égalité de fait : Françaises et Québécoises entre législation et réalité » (n°1/2008).

Eco-Santé



Depuis juin 2006, les bases de données Eco-santé France et Régions sont diffusées gratuitement en ligne et bénéficient de mises à jour mensuelles annoncées et diffusées dans la *Lettre d'information* de l'Irdes et, au besoin, signalées par un communiqué de presse.

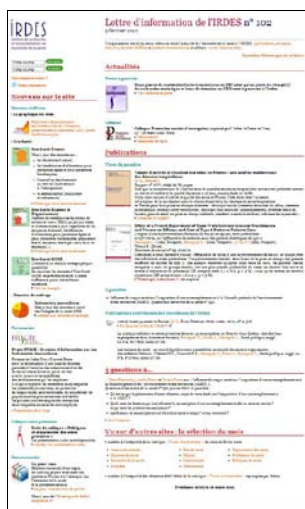


Eco-Santé OCDE dispose également d'une version en ligne mais payante. Des versions monopostes et réseaux sont également disponibles.

En 2009, l'Irdes a vendu 23 versions monopostes, 9 versions réseaux et 5 versions en ligne. L'essentiel de la diffusion d'Eco-santé OCDE est assuré par l'OCDE.

II - Les supports de communication

1. Lettre d'information de l'Irdes (Annexe B p. 116)



Cette lettre électronique, mensuelle, est un support d'information rapide sur les dernières actualités de l'Irdes en matière de publications, de séminaires et colloques, de bases de données, de documentation, mais aussi en termes d'information en économie de la santé (rubriques « Vu sur d'autres sites, la sélection du mois » et « autres colloques »).

En 2009, sa maquette a été refondue dans le sens d'une plus grande lisibilité à travers une hiérarchisation par titres et rubriques plus identifiables, plus de visuels...

Les rubriques « Le graphique du mois » et « Trois questions à un chercheur » sont reprises en une du site de l'Irdes (voir annexe B).

Elle est envoyée gratuitement à 12 500 correspondants.

2. Les communiqués de presse (Annexe C p. 118)



Les communiqués de presse ont évolué en 2009 vers une forme plus synthétique, lisible sur la moitié d'un écran de messagerie et avec une identité visuelle créée qui distingue chaque événement selon un code couleur : rouge pour les *Questions d'économie de la santé* dont la maquette est à tendance rouge (ci-contre, haut), bleu pour les *Documents de travail* dont la maquette est à tendance bleue (ci-contre, bas), vert pour Eco-Santé sur le même principe, également appliqué pour chaque manifestation annoncée.

➤ Faits marquants en 2009

Suite à la diffusion systématique d'un communiqué de presse à chaque parution d'un titre de l'Irdes, et particulièrement des *Documents de travail*, le nombre des communiqués a doublé passant de 13 en 2008 à 26 en 2009.

III - Les colloques et séminaires



Colloque international « Politique et organisation des soins primaires : concepts, outils et pratiques en Europe et aux Etats-Unis. Quels enseignements ? »

Co-organisé par l'Irdes, Prospere et la Drees, il a eu lieu le 21 octobre 2009 à la Société nationale d'horticulture de France, Paris VII^e

244 inscrits

190 participants

11 intervenants

3 personnes Irdes à l'accueil

➤ **Faits marquants en 2009**

La logistique est assurée par l'équipe Publications et communication de l'Irdes, de même que la communication en termes de création graphique (logo Prospere, visuel de la manifestation, programme, affiches, dossier*, badges, chevalets) et de diffusion de l'information sur le site de l'Irdes, dans la lettre électronique mais aussi auprès des 12 500 abonnés + coordonnée auprès des partenaires.

* Comprenant le programme de la manifestation, une plaquette de présentation de chaque organisme participant, trois *Questions d'économie de la santé* (n° 95, n° 127 et n° 141), quatre *Etudes et Résultats* (n° 610, n° 625, n° 679 et n° 704), une bibliographie thématique sélective et la liste des participants.

IV- Les traductions

Depuis 2007, une politique de traduction systématique en anglais des *Questions d'économie de la santé* a été mise en œuvre avec pour objectif l'alimentation du site internet en anglais et la diffusion de ces articles de synthèse lors de colloques ou conférences internationales.

En 2007, année de ce lancement, vingt-huit textes ont ainsi donné lieu à une traduction, dont seize traductions de *Questions d'économie de la santé*, quatre d'articles scientifiques, trois de communications et quatre divers (dont le programme de recherche).

En 2008, quinze textes ont donné lieu à traduction dont sept *Questions d'économie de la santé*, cinq révisions d'articles scientifiques, deux traductions d'article et le programme de recherche. On note ainsi une évolution, les chercheurs rédigeant davantage en anglais font réviser leurs textes plutôt que de les faire traduire.

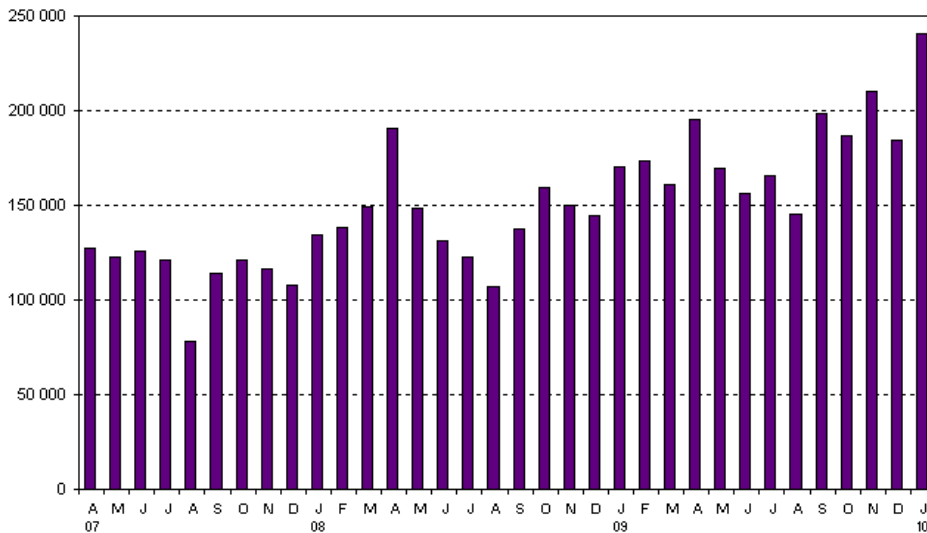
En 2009, dix-huit textes ont été traduits, dont treize *Questions d'économie de la santé*, avec un rattrapage de trois *Questions d'économie de la santé* de 2008, deux articles, une communication, le programme de travail et on compte également deux révisions.

➤ **Faits marquants en 2009**

- La traduction des *Questions d'économie de la santé* s'effectue désormais en routine avec une traductrice « attitrée », en lien avec une personne en interne au pôle Publications et communication qui effectue des révisions et alimente le glossaire spécialisé disponible sur internet.
- Les chercheurs écrivent de plus en plus en anglais plutôt que de faire traduire leurs textes.

V- Indicateurs chiffrés de la diffusion des travaux de l'Irdes

Nombre de visites

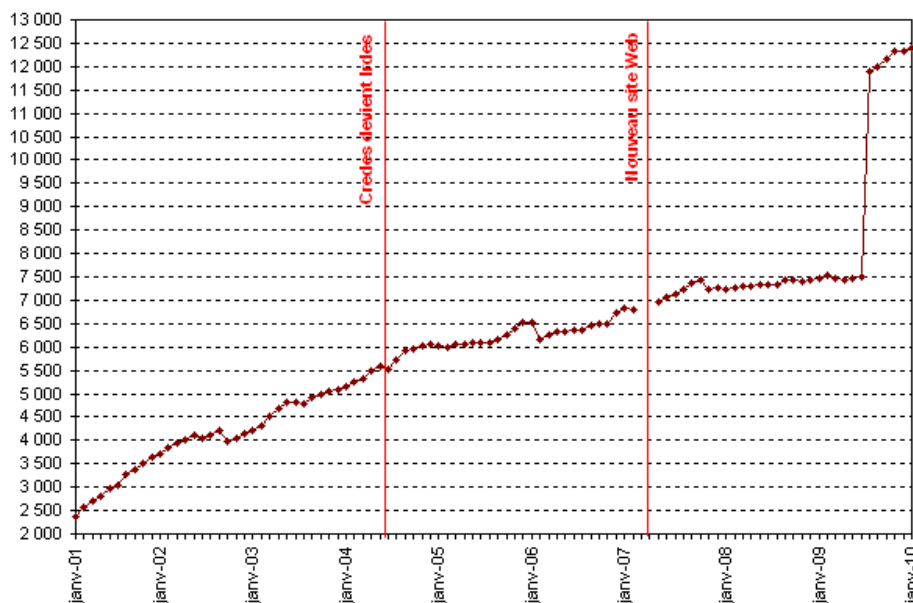


Consultation du site Internet de l'Irdes

Le nombre de visites mensuelles sur le site continue sa progression et dépasse en novembre 2009 le cap des 200 000.

Avril 2007 : lancement du nouveau site Irdes

Nombre d'abonnés



Évolution du nombre d'inscrits à la lettre d'information de l'Irdes

La lettre info a connu une forte évolution du nombre d'inscrits, soit + 60 %, passant de 7 500 abonnés à 12 000.

Diffusion de *Questions d'économie de la santé* via le site web de l'Irdes

Questions d'économie de la santé est téléchargeable sur le site de l'Irdes gratuitement. Le nombre de téléchargements augmente de 50 %, passant d'une moyenne mensuelle de 20 000 téléchargements en 2008 à 30 000 en 2009.

En 2009, on compte :

- 240 exemplaires papier envoyés à titre gratuit et systématique (dont 90 par échange),
- 70 exemplaires papier envoyés au titre d'un abonnement payant.

Évolution des retombées presse

En 2009, la hausse du nombre de citations presse et web se poursuit : 563 en 2009, près de 500 en 2008, soit 26 % d'augmentation.

Promotion des titres de l'Irdes :

Nous avons obtenu la publication gratuite d'encarts d'abonnements pour *Questions d'économie de la santé* dans plusieurs titres extérieurs :

- *Cinésiologie*
- *Journal d'économie médicale*
- *Regards de la FHP*

... et avons envoyé, en octobre 2009, par notre fichier des 12 500 abonnés, une publicité pour un abonnement papier à *Questions d'économie de la santé*, qui a eu pour résultat **26** nouveaux abonnements à la version papier.

Évolution des recettes liées aux ventes de rapports, d'abonnements et d'Eco-Santé

Compte tenu de la mise en ligne gratuite d'Eco-Santé France et Régions et d'un certain nombre de publications (*Questions d'économie de la santé*, documents de travail...), les recettes issues des ventes sont en très forte diminution (16 792 € en 2009, 26 204 € en 2008). Les ventes proviennent des abonnements (version papier de *Questions d'économie de la santé* et de la revue franco-québécoise *Santé, Société et solidarité*, soit 5 240 €), des ventes du logiciel Eco-Santé OCDE (7 990 €) et des ventes de rapports à l'unité (3 562 €).

Annexe A

Liste des publications 2009

1 - Questions d'économie de la santé

- N° 149. [Quel lien entre volume d'activité des hôpitaux et qualité des soins en France ?](#)
Or Z., Renaud T., 2009/12.
- N° 148. [Partir à la retraite en Europe : déterminants individuels et rôle de la protection sociale](#)
Debrand T., Sirven N., 2009/11.
- N° 147. [Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne](#)
Bourgueil Y., Clément M.-C., Couralet P.- E., Mousquès J., Pierre A., 2009/10.
- N° 146. [Le recours aux soins de ville des immigrés en France](#)
Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J., 2009/09.
- N° 145. [Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation](#)
Coldefy M., Le Fur P., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J., 2009/08.
- N° 144. [Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles](#)
Le Fur P., en collaboration avec Bourgueil Y. et Cases C., 2009/07.
- N° 143. [Études de coûts par pathologie : une comparaison méthodologique entre cinq pays : Allemagne, Australie, Canada, France et Pays-Bas](#)
Heijink R., Renaud T., 2009/06.
- N° 142. [La santé perçue des 55 ans et plus en France et au Québec : différences et similitudes](#)
Camirand J., Sermet C., Dumitru V., Guillaume S., 2009/05.
- N° 141. [Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande](#)
Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J., 2009/04.
- N° 140. [L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients](#)
Afrite A., Chaleix M., Com-Ruelle L., Valdelièvre H., 2009/03.
- N° 139. [Contexte géographique et état de santé de la population: de l'effet ZUS aux effets de voisinage](#)
Allonier C., Debrand T., Lucas-Gabrielli V., Pierre A., 2009/02.

2 - Liste des documents de travail 2009

- N° 28 [What are the Motivations of Pathways to Retirement in Europe: Individual, Familial, Professional Situation or Social Protection Systems?](#)
Debrand T., Sirven N., 2009/10.
- N° 27 [Are Health Problems Systemic? Politics of Access and Choice under Beveridge and Bismarck Systems](#)
Or Z., Cases C., Lisac M., Vrangbaek K., Winblad U., Bevan G., 2009/09.
- N° 26 [Quelles sont les motivations des départs à la retraite en Europe : situation personnelle, familiale, professionnelle, ou rôle de la protection sociale ?](#)
Debrand T., Sirven N., 2009/06.
- N° 25 [Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables ? Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France](#)
Or Z., Renaud T., Com-Ruelle L., 2009/05.
- N° 24 [Income and the Demand for Complementary Health Insurance in France](#)
Grignon M., Kambia-Chopin B., 2009/04.

- N° 23 [Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital \(T2A\). Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères](#)
Or Z., Renaud T., 2009/03.
- N° 22 [The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of Gate-keeping](#)
Naiditch M., Dourgnon P., 2009/03.
- N° 21 [Evolution 1998-2002 of the antidepressant consumption in France, Germany and the United Kingdom](#)
Grandfils N., Sermet C., 2009/02.
- N° 20 [Dynamic Estimation of Health Expenditure: A new approach for simulating individual expenditure](#)
Albouy V., Davezies L., Debrand T., 2009/01.

3 - Rapport publié en 2009

1777 Volume d'activité et résultats des soins en France : une analyse multiniveaux des données hospitalières, Or Z. et Renaud T.. Rapport Irdes n° 1777, 2009/12, 80 pages.

4 - Articles publiés dans des revues scientifiques, institutionnelles et professionnelles

35 articles ont été publiés dans diverses revues.

⇒ Revues scientifiques à comité de lecture

Le Comité de lecture, constitué en instance ou informel selon les revues, regroupe les différents lecteurs ou « referees » invités à expertiser les articles avant publication : rejet, demande de remaniement, acceptation en l'état sont autant d'avis que peut émettre un expert, spécialiste reconnu d'un champ, après lecture critique d'un manuscrit ; la nouveauté des résultats, l'intérêt de l'hypothèse, la qualité de la démonstration, la force de l'appareil critique, la forme du discours, la clarté des illustrations sont les voies d'exploration que suivent les lecteurs pour se prononcer en faveur de la publication ; les revues à « Comité de lecture » garantissent généralement un minimum de deux expertises par manuscrit, voire une troisième en cas d'avis contradictoires, assurées le plus souvent anonymement.

- 1783* RESICARD: East Paris network for the management of heart failure: Absence of effect on mortality and rehospitalization in patients with severe heart failure admitted following severe decompensation, Assyag P., Renaud T., Cohen-Solal A., Viaud M., Krys H., Bundalo A., Michel P.-L., Boukobza R., Bourgueil Y., Cohen A., *Archives of Cardiovascular Diseases*, vol. 102, Issue 1, 2009/01, 29-41
<http://www.em-consulte.com/article/201927>
- 1776* Inequality of Opportunities in Health in France: A first pass, Trannoy A., Tubeuf S., Jusot F., Devaux M., *Health Economics*, En ligne, 2009/07/08
<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/122500201/PDFSTART>
- 1775* Assessment of asthma control and its socio-economic determinants, Afrite A., Allonier C., Com-Ruelle L., 2nd European Public Health Conference - Human ecology and public health. Lodz, 25-28 novembre 2009. *The European Journal of Public Health, Oral presentations: abstracts*, vol. 19, Suppl 1, 2009/01, pp. 60-61
http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/issue_pdf/toc_pdf/19/suppl_1.pdf
- 1774* A refutation of the practice style hypothesis: antibiotics prescription by French general practitioners for acute rhinopharyngitis, Mouquès J., Renaud T., Olivier Scemama, 2nd European Public Health

- Conference - Human ecology and public health. Lodz, 25-28 novembre 2009. *The European Journal of Public Health, Oral presentations: abstracts*, vol. 19, Suppl 1, 2009/01, pp.14-15
http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/issue_pdf/toc_pdf/19/suppl_1.pdf
- 1770* The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of Gate-keeping, Dourgnon P., Naïditch M., *Health Policy*, in press, 2009/10, 1-6
- 1769* Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale, Coldefy M., Le Fur P., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J., *Pratiques et Organisation des soins*, vol. 40, n°3, 2009/07-09, 197-206
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS093_Premiere_ligne_et_psychiatrie.pdf
- 1768* Etude Polychrome : une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale, Clerc P., Le Breton J., Mousquès J., Hebbrecht G., de Pourvoirville G., *Pratiques et Organisation des soins*, vol. 40, n°3, 2009/07-09, 167-175
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS093_Optimisation_de_la_polyprescription.pdf
- 1765* Les réformes du système de santé en France depuis 2002 : étapes et enjeux, Cases C.. In : Bilan des réformes des systèmes de santé, *Santé, Société et Solidarité (OFQSS)*, 2008, n° 2, 43-51, 2009/08
- 1764* L'organisation des soins de premiers recours en France : une réforme en quête de projet ?, Bourgueil Y.. In : Bilan des réformes des systèmes de santé, *Santé, Société et Solidarité (OFQSS)*, 2008, n° 2, 105-114, 2009/08
- 1763* Les cadres d'analyses de la performance des systèmes de santé : forces et limites, Grignon M.. In : Bilan des réformes des systèmes de santé, *Santé, Société et Solidarité (OFQSS)*, 2008, n° 2, 163-169, 2009/08
- 1758bis* Les facteurs explicatifs du départ à la retraite en Europe, Debrand T., Sirven N., In *Emploi et retraite en Europe - Enquête Share* Coordonné par Claudine Attias-Donfut (Cnav), Nicolas Sirven (Irdes), *Retraite et Société* (Cnav), 2009/06, n° 57, 35-53
- 1758ter* Récompense au travail des seniors : quels liens avec leurs conditions de travail ?, Lengagne P., In *Emploi et retraite en Europe - Enquête Share* Coordonné par Claudine Attias-Donfut (Cnav), Nicolas Sirven (Irdes), *Retraite et Société* (Cnav), 2009/06, n° 57, 55-74
- 1758qua* Le temps de la retraite est-il improductif ?, Sirven N., Godefroy P., In *Emploi et retraite en Europe - Enquête Share* Coordonné par Claudine Attias-Donfut (Cnav), Nicolas Sirven (Irdes), *Retraite et Société* (Cnav), 2009/06, n° 57, 75-97
- 1758quin* Face au vieillissement des populations : l'emploi des travailleurs âgés en Europe (Le point sur), Barangé C., In *Emploi et retraite en Europe - Enquête SHARE* Coordonné par Claudine Attias-Donfut (Cnav), Nicolas Sirven (Irdes), *Retraite et Société* (Cnav), 2009/06, n° 57, 152-174
- 1754* An empirical investigation of heterogeneity in time preferences and smoking behaviors, Grignon M., *Journal of Socio-Economics*, vol 38, n°5, 2009/10
- 1749* Social origins, early hardship and obesity: A strong association in women, but not in men?, Khlal M., Jusot F., Ville I., *Social Science and Medicine*, vol 68, n°9, 2009/05, 1692-1699
- 1747* Pourquoi les systèmes de santé sont-ils organisés différemment ? Grignon M., *Revue Economique*, n°2, vol 60, 2009/03, 545-558
http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=RECO_602_0545
- 1746* Inégalités de recours aux soins en Europe : Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ? Or Z., Jusot F., Yilmaz E., *Revue Economique*, n°2, vol 60, 2009/03, 521-543
<http://www.cairn.info/revue-economique-2009-2-p-521.htm>
- 1745* Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? Jusot F., Silva J., Dourgnon P., Sermet C., *Revue Economique*, n°2, vol 60, 2009/03, 385-411
http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RECO_602_0385

- 1742* Changing regional health governance in France, Or Z., *Eurohealth*, vol. 14, n°4, 2008, 7-8
<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth/pdf/eurohealth/VOL14No4/Or.pdf>
http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth/pdf/eurohealth/VOL14No4/Eurohealth_14.4_interim%20web_v2.pdf
- 1741* La qualité de soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? Oz Z., Com-Ruelle L., *Journal d'Economie Médicale*, n°6-7, 2008, 371-385
- 1737* Can physician-patient interaction generate social health inequalities ? First results from a 2007 French pilot survey. Afrite A., Dourgnon P., Pascal J., Jusot F., Lang T., Lombrail P. and the Intermede project members, 16th Eupha Conference, I-health: Health and innovation in Europe. Lisbon, 6-8 November 2008, *European Journal of Public Health*, 2008, vol 18, suppl. 1, p. 117
- 1736* Prévalence de l'asthme par stade de sévérité en France et déterminants du non-contrôle de l'asthme. Allonier C., Afrite A., Delmas M.-C., Fuhrman C., Leynaert B., Annesi- Maesano I., Com-Ruelle L., *Revue des Maladies Respiratoires*, « Résumés des communications scientifiques du 13^e Congrès de Pneumologie de Langue Française - Lyon, vendredi 16 au lundi 19 janvier 2009 », vol 26, HS n°1 Edition congrès, 2009/01, 1S35-1S36
- 1735* Prévalence de l'asthme chez l'enfant en France. Delmas M.-C., Guignon N., Leynaert B., Com-Ruelle L., Annesi- Maesano I., Fuhrman C., *Revue des Maladies Respiratoires*, « Résumés des communications scientifiques du 13^e Congrès de Pneumologie de Langue Française - Lyon, vendredi 16 au lundi 19 janvier 2009 », vol 26, HS n°1 Edition congrès, 2009/01, 1S33

⇒ Revues scientifiques à comité de rédaction

Présidé par un rédacteur en chef et composé de rédacteurs associés ou de rédacteurs en contact permanent, le comité de rédaction rassemble les compétences à la fois scientifiques et organisationnelles nécessaires à la réalisation de la revue et à l'application de la politique éditoriale, des règles de sélection et du rythme de publication définis ; la fabrication des numéros est de sa responsabilité : réuni périodiquement, ou communiquant par réseau, il est le destinataire et le premier lecteur des contributions qui lui sont soumises ou qu'il sollicite et dont il organisera les expertises à l'extérieur du Comité ; du rôle d'incitateur d'information destinée à alimenter les différentes rubriques qui composent la revue, il passe à celui d'animateur, d'interface experts-auteurs-membres des comités, puis à celui de décideur : il définit les sommaires, assure l'équilibre thématique des fascicules, programme les numéros spéciaux... ; à sa charge s'ajoutent les traductions, les indexations, la rédaction ou le contrôle des résumés des contributions... jusqu'à la parution du produit fini sous forme imprimée ou électronique, en relation avec ses partenaires techniques d'impression et/ou d'édition.

- 1779* La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français, Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J., *Santé publique*, suppl. au n°4, S27-S38, 2009/07/08
- 1778* Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux, Clément M.C., Couralet P.E., Mousquès J., Pierre A., Bourgueil Y., *Santé publique*, suppl. au n°4, S79-S90, 2009/07/08
- 1771* Vers une meilleure organisation des soins en santé mentale ? Coldefy M., Juhan P., Kannas S., *Regards sur l'actualité*, Paris : la documentation Française, n° 354, 2009/10, 48-60
- 1767* Prévalence de l'asthme chez l'enfant en France. Delmas M.-C., Guignon N., Leynaert B., Com-Ruelle L., Annesi-Maesano I., Herbet J.B., Fuhrman C., *Archives de pédiatrie*, vol 16, n° 9, 2009/09, 1261-1269
- 1744* Collaboration médecin-infirmière au cabinet de médecine générale : un plus pour le suivi des patients diabétiques de type 2, Bourgueil Y., *Réseaux Diabète*, 2009/03, n° 39, 12-14

⇒ Revues institutionnelles :

- 1773* Chômage et santé, une causalité multidirectionnelle, Catherine Sermet, Myriam Khlal, *Problèmes politiques et sociaux*, Inégalité et Santé. Paris : la documentation Française, 2009/05, n° 960, 102-105
- 1772* Les recours, entre différences et inégalités, Grignon M., Polton D., *Problèmes politiques et sociaux*, Inégalité et Santé. Paris : la documentation Française, 2009/05, n° 960, 59-62
- 1766* Les structures d'hospitalisation à domicile en 2006, Chaleix M., Valdelièvre H., Afrite A., Com-Ruelle L. « *Etudes et Résultats* », DREES, n°697, 2009/07. 6p
- 1756* L'enquête santé protection sociale, un panel pour l'analyse des politiques de santé et la recherche en économie de la santé, Dourgnon P., *La Lettre du Collège* (CES), n°1, 2009/03, 4-6
http://www.ces-asso.org/docs/Let_CES_1-2009.pdf
- 1752* La perception de la santé dans la population de 55 ans et plus et les caractéristiques de santé modulant cette perception en France et au Québec, Camirand J., Dumitri V., Sermet C., Guillaume S., *Zoom santé* (ISQ), n°18, 2009/06, 1-12
http://www.ces-asso.org/docs/Let_CES_1-2009.pdf
- 1748* Enquête : jeunes et alcool – Sobre jeunesse ! : Un entretien avec : Laure Com-Ruelle, *L'école des parents*, n°578, 2009/04-05, 10-11

5 - Rapports ou chapitres de rapports publiés par d'autres éditeurs

Un certain nombre de collaborations ont donné lieu à la publication de rapports ou chapitres par d'autres éditeurs.

- 1762* L'accès financier aux soins en France : Bilan et perspective, Jusot F., Wittwer J.. In : Au chevet de la santé – Quel diagnostic ? Quelles réformes ? Paris : Editions La Découverte, *Regards croisés sur l'économie*, n° 5, 2009/04, 102-109
- 1761* Secteur ambulatoire : des enjeux majeurs d'organisation et de régulation pour l'avenir, Bourgueil Y.. In : Au chevet de la santé – Quel diagnostic ? Quelles réformes ? Paris : Editions La Découverte, *Regards croisés sur l'économie*, n° 5, 2009/04, 159-167
- 1760* La couverture complémentaire santé en France, Perronnin M., In *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Sous la Direction de Pierre-Louis Bras, Gérard de Pourville et Didier Tabuteau. Paris : Presses de Sciences Po – Editions de santé, 2009/07, 387-392
- 1759* Pourquoi et comment évaluer la performance des systèmes de santé ?
Or Z., In *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Sous la Direction de Bras P.-L., de Pourville G. et Tabuteau D. Paris : Presses de Sciences Po - Editions de santé, 2009/07, 75-82
- 1758* Emploi et retraite en Europe - Enquête Share. Coordonné par Attias-Donfut C. (Cnav), Sirven N. (Irdes), *Retraite et Société* (Cnav), 2009/06, n° 57, 240 pages
- 1757* Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens. Desprès C. avec la collaboration de Guillaume S. et de Couralet P.-E. Etude commandée et financée par le Fonds CMU, 99 p., 2009/07 ► [Sur le site du Fonds CMU](#)
- 1753* L'impact du contexte sur l'état de santé de la population : le cas des zones urbaines sensibles. Une analyse à partir de l'enquête décennale de santé (2003). Debrand T. (sous la dir. de), Allonier C., Lucas V., Pierre A. In : Les disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers sensibles ; Les documents de l'Onzus, La Plaine Saint-Denis : DIV ; Onzus, n° 1, 2009/05, 109-146 ► [Sur le site du Secrétariat général du comité interministériel des villes](#)
- 1751* Accès aux soins et logique de responsabilisation du patient. Dourgnon P., In : Le bouclier sanitaire : Renforcement ou rupture du pacte de 1945 ? Actes du colloque chaire santé de Sciences Po du 20

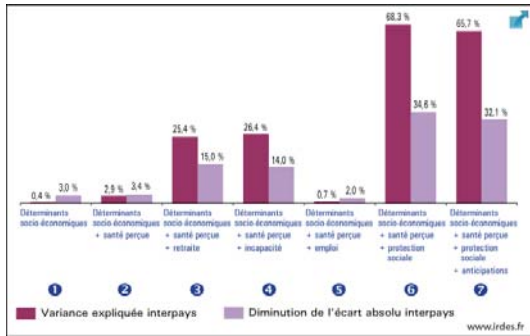
- juin 2008. Sous la direction de Didier Tabuteau, Collection : Verbatim santé. Paris : Editions de santé, 2009/03, 23-31
- 1750* Exploitation seconde de la base de l'Etude nationale des coûts (ENC). Coordonné par de Pouvoirville G. (CES), Ulmann P. (RSI/Canam), Barnay T. (Erudite, Tepp, Université Paris 12), Or Z., Renaud T. (Irdes), Le Vaillant M. (Cermes), Dossiers Solidarité et Santé (Drees), n° 9, 2009, 53 pages ► [Sur le site de la DREES](#)
- 1750bis* Analyse comparative du coût de la prise en charge de neuf pathologies et interventions courantes dans le secteur public hospitalier. Or Z., Renaud T. (Irdes), Exploitation seconde de la base de l'Etude nationale des coûts (ENC), Dossiers Solidarité et Santé (Drees), n° 9, 2009, 6-15
- 1750ter* Focus sur quatre pathologies et actes courants : l'appendicectomie, l'accouchement, l'angine de poitrine et l'AVC. Or Z., Renaud T., Lorand S. (Irdes), Le Vaillant M. (Cermes), Milcent C. (Pse), Exploitation seconde de la base de l'Etude nationale des coûts (ENC), Dossiers Solidarité et Santé (Drees), n° 9, 2009, 16-48
- 1743* Les établissements de santé : un panorama pour l'année 2006. Afrite A., Arnault S., Aude J., Clerc M.-E., Collet M., Com-Ruelle L., Cordier M., Exertier A., Fenina A., Fizzala A., Leroux I., Lombardo P., May L., Mermilliod C., Mezzarobba M., Mouquet M.C., Pichetti S., Valdelievre H., Vilain A., Villeret S., Yilmaz E., Paris : Drees, 2009, 93 pages
► [Sur le site de la Drees](#)
- 1740* Système d'observation des cancers. Cases C., Pomarède R., Djadi-Prat J. In : Evaluation du plan cancer 2003-2007 : Rapport Final. Paris : HCSP, 2009/01, 41- 85
► [Sur le site du Ministère de la Santé et des Sports](#)
- 1739* Les jeunes et l'alcool aujourd'hui : Principaux résultats. Choquet M., Com-Ruelle L., Le Guen N., Lengagne P., Leymarie N., Neveu X. Paris : IREB, 2009
► [Présentation du rapport sur le site de l'Ireb](#)
- 1738* Inequality of opportunities in health in France. Trannoy A., Tubeuf S., Jusot F., Devaux M., Health, Econometrics and Data Group (HEDG) Working Papers, n° 08/24, HEDG, c/o Department of Economics, University of York, 2008/10
► [Sur le site de l'université de York](#)

Annexe B

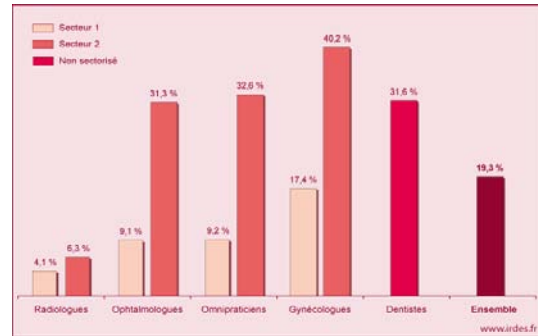
Deux grandes rubriques de la Lettre d'information de l'Irdes en première page du site Internet de l'Irdes

Graphiques du mois

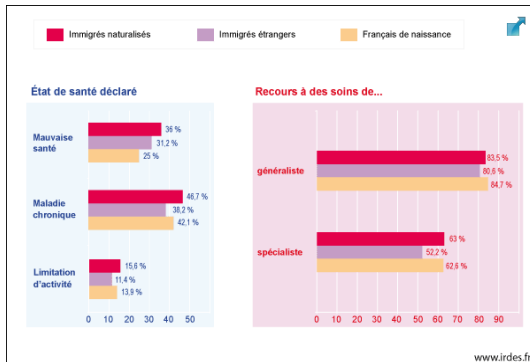
DÉC 2009 : Passage à la retraite entre 2004 et 2006 : une explication des différences interpays



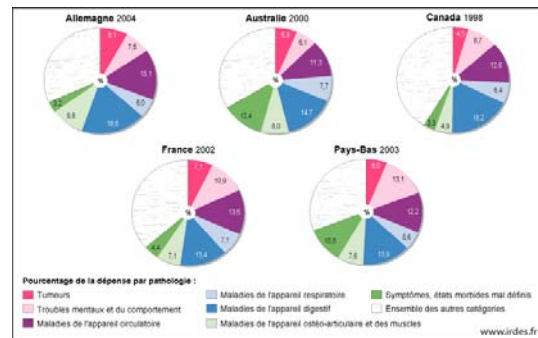
SEPT 2009 : Les taux de refus de soins imputables à la CMU à partir d'un testing réalisé à Paris



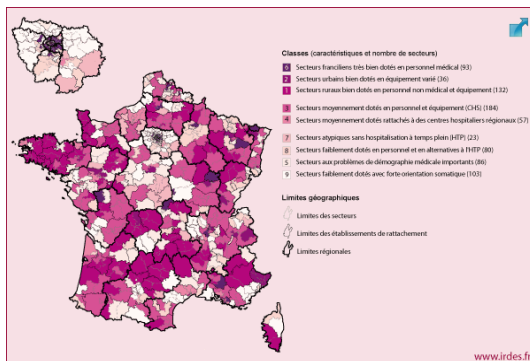
NOV 2009 : Etat de santé et recours aux soins de ville des immigrés au cours des douze derniers mois



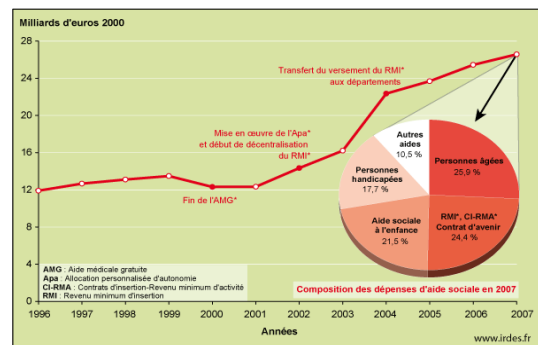
JUIL 2009 : Répartition des dépenses de soins selon les principaux chapitres de pathologies. Comparaison entre l'Allemagne, l'Australie, le Canada, la France et les Pays-Bas



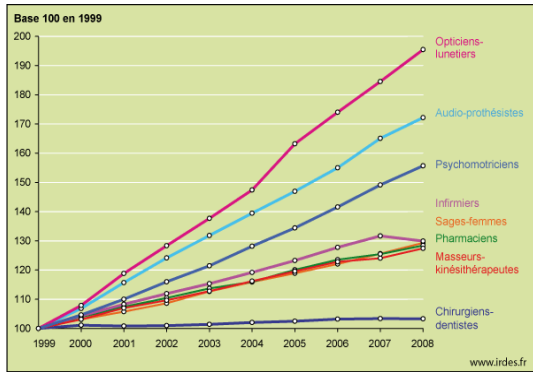
OCT 2009 : Typologie des secteurs de psychiatrie générale en 2003



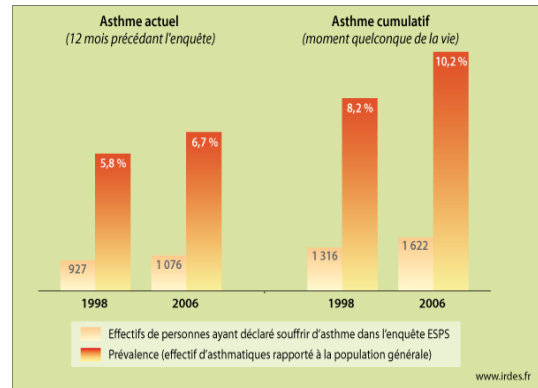
JUIN 2009 : Evolution des dépenses d'aide sociale des départements



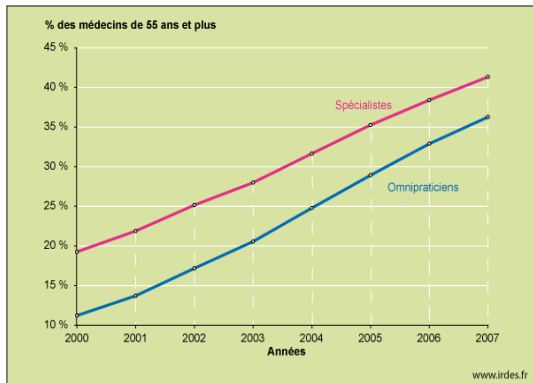
MAI 2009 : Evolution de quelques professions médicales et de santé autres que les médecins (base 100 en 1999)



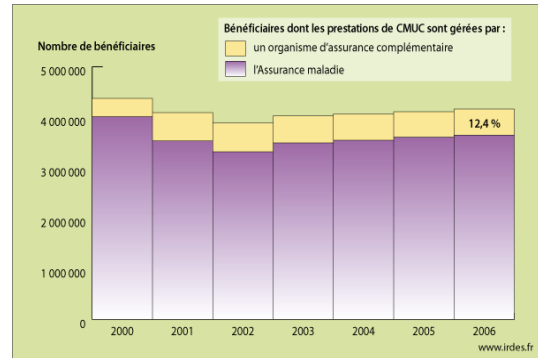
FEV 2009 : Prévalence de l'asthme actuel et cumulatif. Evolution de 1998 à 2006



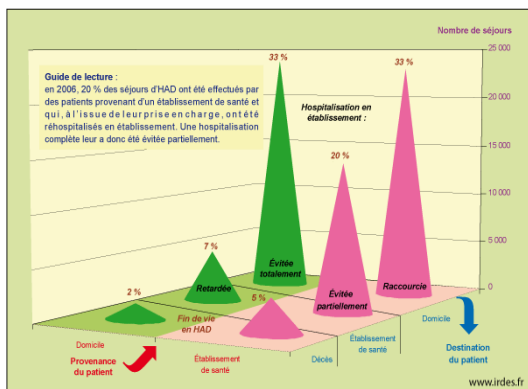
AVRIL 2009 : Evolution de la part des médecins de 55 ans et plus de 2000 à 2007



JANV 2009 : Evolution du nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire par mode de couverture (2000-2006)



MARS 2009 : Trajectoire des patients hospitalisés à domicile en 2006



Les interviews du mois

Décembre 2009

3 questions à Thierry Debrand et Nicolas Sirven sur « Partir à la retraite en Europe : déterminants individuels et rôle de la protection sociale », *Questions d'économie de la santé* n° 148 de novembre 2009

► [Lire la suite...](#)

Novembre 2009

3 questions à Jérôme Silva sur « Le recours aux soins de ville des immigrés en France », *Questions d'économie de la santé* n° 146 de septembre 2009

► [Lire la suite...](#)

Octobre 2009

3 questions à Julien Mousquès sur les « Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation », *Questions d'économie de la santé* n° 145 d'août 2009

► [Lire la suite...](#)

Septembre 2009

3 questions à Philippe Le Fur à propos du « Temps de travail des généralistes : une synthèse des données disponibles », *Questions d'économie de la santé* n° 144 de juillet 2009

► [Lire la suite...](#)

Juillet 2009

3 questions à Thomas Renaud à l'occasion de la parution du *Questions d'économie de la santé* n° 143 de juin 2009 qu'il cosigne avec Richard Heijink (RIVM)

► [Lire la suite...](#)

Juin 2009

3 questions à Catherine Sermet à l'occasion de la sortie de son article sur la santé perçue des 55 ans et plus en France et au Québec, à paraître dans le prochain *Questions d'économie de la santé*

► [Lire la suite...](#)

Mai 2009

3 questions à Yann Bourgueil à l'occasion de la sortie du *Questions d'économie de la santé* n° 141 d'avril 2009, intitulé « Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande »

► [Lire la suite...](#)

Avril 2009

3 questions à Laure Com-Ruelle à l'occasion de la sortie du *Questions d'économie de la santé* n° 140 de mars 2009 « L'Hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients »

► [Lire la suite...](#)

Mars 2009

3 questions à Thierry Debrand (maître de recherche, Irdes) à propos du *Questions d'économie de la santé* n° 139 de février 2009 sur les zones urbaines sensibles (ZUS)

► [Lire la suite...](#)

Février 2009

3 questions à Caroline Allonier (chargée de recherche, médecin spécialiste en Santé publique, Irdes)
co-auteur de l'étude : « L'asthme en France en 2006 : prévalence et contrôle des symptômes »

► [Lire la suite...](#)

Janvier 2009

3 questions à Nicolas Sirven, chargé de recherche à l'Irdes, coordonnateur de l'enquête SHARE

[Lire la suite...](#)

Annexe C

Liste des communiqués de presse envoyés en 2009

- 18 nov. : [Partir à la retraite en Europe : déterminants individuels et rôle de la protection sociale](#)
- 13 nov. : [Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne](#)
- 27 oct. : [Violence et maltraitance envers les enfants](#)
- 15 oct. : [Le recours aux soins de ville des immigrés en France](#)
- 2 oct. : [Les nouveautés d'Eco-Santé 2009](#)
- 22 sept. : [Bilan des réformes des systèmes de santé](#)
- 14 sept. : [Are Health Problems Systemic? Politics of Access and Choice under Beveridge and Bismarck Systems](#)
- 26 août : [Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation](#)
- 23 juillet : [Quoi de neuf, Doc ? Mai-juin-juillet 2009](#)
- 20 juillet : [Numéro spécial Cnav : Emploi et retraite en Europe. Enquête Share](#)
- 17 juillet : [Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles](#)
- 7 juillet : [Quelles sont les motivations des départs à la retraite en Europe : situation personnelle, familiale, professionnelle, ou rôle de la protection sociale ?](#)
- 6 juillet : [Colloque international « Politiques et organisation des soins primaires : concepts, outils et pratiques en Europe et aux Etats-Unis. Quels enseignements pour la France ? »](#)
- 29 juin : [Études de coûts par pathologie : une comparaison méthodologique entre cinq pays : Allemagne, Australie, Canada, France et Pays-Bas](#)
- 25 juin : [Eco-Santé Assurance maladie est disponible en accès gratuit sur \[www.ecosante.fr\]\(http://www.ecosante.fr\)](#)
- 18 juin : [La santé perçue des 55 ans et plus en France et au Québec : similitudes et différences](#)
- 13 mai : [Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables ? Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France](#)
- 5 mai : [Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande](#)
- 8 avril : [Income and the Demand for Complementary Health Insurance in France. Impact du revenu sur la demande d'assurance complémentaire santé](#)
- 3 avril : [Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital \(T2A\). Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères](#)
- 31 mars : [L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients](#)
- 17 mars : [Contexte géographique et état de santé de la population : de l'effet ZUS aux effets de voisinage](#)
- 11 mars : [De l'égalité de droit à l'égalité de fait : Françaises et Québécoises entre législation et réalité.](#)
- 3 fév. : [Volume d'activité et qualité des soins dans les établissements de santé : enseignements de la littérature](#)
- 16 janv. : [L'asthme en France en 2006 : prévalence et contrôle des symptômes](#)
- 13 janv. : [L'enquête SHARE sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe devient longitudinale. Les données de la deuxième vague sont désormais disponibles.](#)

7. AUTRES ACTIVITÉS

7.1 Activités d'expertise et participation à des instances, enseignement

7.1.1 Conseils d'administration

Membre du conseil d'administration du Centre d'études de l'emploi (CEE) (*Chantal Cases*)

Membres du Conseil d'administration du Collège des Economistes de la Santé (*Chantal Cases, Florence Jusot*)

Membre du Conseil d'administration de l'Irdes (*Laure Com-Ruelle, Thierry Debrand*)

7.1.2 Conseils et comités scientifiques institutionnels

Membre du Conseil scientifique de l'Observatoire régional de la santé Ile-de-France (*Chantal Cases*)

Membre du Conseil scientifique de l'Institut national d'études démographiques (Ined) (*Chantal Cases*)

Membre du Comité scientifique « Santé et itinéraires professionnels » (CEE-CREAPT) (*Chantal Cases*)

Membres du Comité scientifique de l'EHPG, European Health Policy Groupe (*Chantal Cases, Zeynep Or*)

Membre du Comité scientifique de l'Institut de recherche sur les boissons (Ireb) (*Laure Com-Ruelle*)

7.1.3 Comités de pilotage, groupes de travail et d'expertise permanents

Membre du comité de pilotage de suivi des expérimentations de coopération des professions de santé et d'élaboration d'une recommandation sur la coopération des professions de santé (HAS/ONDPS) (*Yann Bourgueil*)

Président du groupe de travail sur l'aide aux aidants dans le cadre du plan national d'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques (6 mois avant démission) (*Yann Bourgueil*)

Vice-présidente du conseil scientifique de la cohorte ELFE (*Chantal Cases*)

Membre du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) (*Chantal Cases*)

Membres du Haut conseil de la santé publique, vice-présidente de la Commission évaluation, stratégie, prospective (*Chantal Cases*)

Membre du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail (*Chantal Cases*)

Membres du Groupe projet sur les indicateurs de suivi des objectifs de la Loi de programmation quinquennale en santé publique dirigé par la DGS-Drees (*Caroline Allonier, Laure Com-Ruelle*)

Membre du Haut conseil de la santé publique, Commission spécialisée Maladies chroniques et incapacités (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du Haut conseil de la santé publique, groupe recherche (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du groupe IDA (Indicateurs d'Alcoolisation) (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du groupe IDT (Indicateurs de Tabacologie) (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du groupe de travail sur la *Surveillance de la prévalence de l'asthme dans le cadre du plan gouvernemental*, managé par l'InVS (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du Comité de pilotage de la mise en œuvre de la T2A en HAD (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du groupe de travail ministériel sur la prochaine enquête nationale de coût en HAD (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du Groupe de travail sur l'utilisation du PMSI pour l'analyse de la morbidité hospitalière (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du club de réflexion « Perspectives public privé » (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du Comité de suivi du « Plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 » en tant que représentant du haut conseil de Santé Publique (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du comité de pilotage de la SAE (Statistique annuelle des établissements de santé) mené par la Drees (*Laure Com-Ruelle*)

Membres du comité de pilotage de l'enquête sur « l'activité des spécialistes » de la Drees (*Paul Dourgnon, Philippe Le Fur*)

Membre du Haut conseil de santé publique de l'Union française pour la santé bucco-dentaire (*Philippe Le Fur, représenté par Thierry Rochereau*)

Membre de l'observatoire de la CCAM (*Philippe Le Fur*)

Participation au groupe de travail sur l'offre sanitaire et médico-sociale dans les villes moyennes conduit par Emmanuel Vigneron et Sandrine Haas pour la Fédération Nationale des Villes Moyennes et la Caisse des Dépôts et Consignations (*Véronique Lucas-Gabrielli*)

Membre d'un des groupes de préparation de l'enquête Elfe « socialisation-éducation » et participation à la confection du questionnaire (*Georges Menahem*)

Membre de « Health Policy Monitor » network international (HPM) (*Zeynep Or*)

Membres du groupe de projet de l'Enquête Handicap Incapacité Dépendance 2008 (*Caroline Allonier, Catherine Sermet*)

Membre de la Commission « Périmètre des biens et services remboursables, ALD » (HAS) (*Catherine Sermet*)

Membre de la Commission des études et recherches de la convention AERAS (ministère de la Santé) (*Catherine Sermet*)

Membre de la Commission Evaluation Economique et de Santé Publique (CEESP) de la HAS (*Catherine Sermet*)

Membre du Comité scientifique Diabète (InVS) (*Catherine Sermet*)

7.1.4 Comités de pilotage, groupes de travail et d'expertise ponctuels

Membre du jury pour l'appel à projet Picri (Partenariats Institutions – Citoyens pour la Recherche et l'Innovation) organisé par la région Ile-de-France (*Yann Bourgueil*)

Membre du groupe de travail organisé par la HAS intitulé « Enjeux économiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé » (*Chantal Cases*)

Membre du groupe de réflexion prospective pour la formation des praticiens hospitaliers (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du Comité d'experts de l'étude « Optimisation de la prise en charge à domicile en France : quelles propositions ? » menée par Alcimed (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du Comité scientifique de l'étude internationale Eurocast pilotée par Cemka-Eval (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du jury de thèse de Franck Maunoury pour le Doctorat d'Université en Economie de la santé présidé par Lise Rochaix [« Evaluation médico-économique de la réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004 : Application au parcours de soins coordonnés de patients chroniques traités par corticostéroïdes inhalés »], soutenue le 5 novembre 2009 à L'Yon, Université Claude Bernard Lyon1 (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du Comité scientifique de l'étude internationale Eurocast pilotée par Cemka-Eval (*Laure Com-Ruelle*)

Participation à l'Atelier de Réflexion Prospective (ARP) : les outils pour la recherche en Santé Publique (*Laure Com-Ruelle*)

Membre expert du groupe de travail organisé par la Drees pour répondre à la demande présidentielle d'indicateurs de mortalité en établissements de santé (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du Comité scientifique du 4^e séminaire scientifique de pharmaco-épidémiologie organisé par l'Adelf et l'AFCROs les 14 et 15 mai 2009 à la Cité Internationale Universitaire de Paris (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du groupe de réflexion centré sur les questions médico-économiques que posent le développement et la mise à disposition des médicaments en général et de l'innovation en particulier (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du Comité scientifique et de sélection des réponses à l'appel à projets MiRe-Drees sur « L'aide au domicile des personnes fragiles à l'étranger » (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du Comité scientifique et de sélection des réponses à l'appel à projets MiRe-Drees sur « Mesure de la qualité de l'aide au domicile des personnes fragiles et de leur satisfaction, « Prise de parole » des usagers » (*Laure Com-Ruelle*)

Member of the Cavour Group (European Scientific Network undertaking a cross-cultural comparison of the role of drinking patterns within the context of quality of life across Europe) (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du groupe de travail organisé par la HAS intitulé « Evaluation des aspects sociaux » (*Florence Jusot*)

Membre du Comité scientifique du colloque thématique de l'Association des Epidémiologistes de Langue Française « Epidémiologie sociale et Inégalités de santé », Toulouse, 28-29 mai 2009 (*Florence Jusot*)

Membre du Comité scientifique des Journées des économistes de la santé français - Bruz en 2009 (*Florence Jusot*)

Membre du comité scientifique francophone de la 20th IUHPE World Conference - Health, Equity and Sustainable Development - à Genève, 2010 (*Florence Jusot*)

Membre du Comité technique sur la refonte des projections des effectifs de médecins de la Drees (*Mousquès J.*)
Audition par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales dans le cadre de la mission de C PAUL sur la démographie médicale (*Julien Mousquès et Yann Bourgueil*)
Participation à l'EHMA Primary Care Special interest group (*Julien Mousquès et Yann Bourgueil*)
Participation au groupe de travail sur le PLFSS 2009 du CISS sur le thème de la démographie médicale (*Julien Mousquès*)
Groupe de travail sur les indicateurs de mortalité hospitalière (Drees) (*Zeynep Or*)

7.1.5 Activités de recherche dans d'autres centres

Chargé de mission à la Drees auprès de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) (*Yann Bourgueil*)
Chercheurs associés à l'Ined (*Catherine Sermet, Florence Jusot*)
Chercheur à l'université Paris-Dauphine (Leda-Legos) (*Florence Jusot*)
Directeur de recherche au CNRS-CEPN - Centre économique Paris Nord (*Georges Menahem*)

7.1.6 Comités de rédaction de revues

Directrice de publication et membre du conseil scientifique de la revue semestrielle de l'Observatoire franco-québécois de la Santé et de la Solidarité (OFQSS) *Santé, Société et Solidarité* (*Chantal Cases*)
Membres du comité de rédaction de la revue *Pratiques et Organisation des Soins* (*Chantal Cases, Catherine Sermet*)
Membre du comité de rédaction de la revue *Actualité et dossiers en santé publique* (*Chantal Cases*)
Membre du Referee Group, *Health Economics Policy and Law* (*Zeynep Or*)

7.1.7 Enseignement, année 2009-2010

Cours sur la consommation et la régulation du médicament en 3^{ème} année de l'École Nationale de la Statistique et d'Analyse de l'Information (ENSAI) (*Nathalie Grandfils, Catherine Sermet*)
Chargé de cours d'introduction à l'économie de la santé et à l'analyse des systèmes de santé en 2^{ème} année de l'École Nationale de la Statistique et d'Analyse de l'Information (ENSAI) (*Julien Mousquès*)
De la variabilité à l'amélioration des pratiques médicales - Problèmes économiques et cas pratiques, 3^{ème} année option économie de la santé de l'École Nationale de la Statistiques et d'Analyse de l'Information (ENSAI) (*Julien Mousquès*)
Chargé de cours d'introduction à l'économie de la santé et à l'analyse des systèmes de santé au sein du Mastère Management de l'industrie pharmaceutique de l'ESC-Bourgogne (*Julien Mousquès*)
Encadrement d'un mémoire de Master 2, en Economie des systèmes de santé à Paris 1 Sorbonne « Le coût et la qualité de traitement de cancer : une analyse comparative (France-Australie) de l'évolution des ressources utilisées pour les patients atteints de cancer du sein » soutenu par J. Wing en Janvier 2009. Responsable du master : Véronique Parel (*Zeynep Or*).

7.2 Colloques, congrès, séminaires, enseignements ponctuels

7.2.1 Colloques, congrès, séminaires

The Israel National Institute for Health Policy Research, *Fourth International Jerusalem Conference on Health Policy: Improving Health & Healthcare. Who is responsible? Who is accountable?* « Assessment of asthma control and its socioeconomic determinants. » Jerusalem, 7-10 décembre 2009 (Afrite A.)
The Israel National Institute for Health Policy Research, *Fourth International Jerusalem Conference on Health Policy: Improving Health & Healthcare. Who is responsible? Who is accountable?* « The place of Hospital at Home in French health care system. » Jerusalem, 7-10 décembre 2009 (Com-Ruelle L.)

The Israel National Institute for Health Policy Research, *Fourth International Jerusalem Conference on Health Policy: Improving Health & Healthcare. Who is responsible? Who is accountable?* « Patient - physician interaction and equity in health: the role of primary care. » Jerusalem, 7-10 décembre 2009 (Dourgnon P., Naïditch M.)

The Israel National Institute for Health Policy Research, *Fourth International Jerusalem Conference on Health Policy: Improving Health & Healthcare. Who is responsible? Who is accountable?* « The preferred doctor scheme: design, implementation and outcomes of a French Managed Care reform. » Jerusalem, 7-10 décembre 2009 (Dourgnon P., Naïditch M.)

Ensaï, *31^e Journées des économistes de la santé Français*, « Should I stay or should I go - Individual and Institutional Determinants of Labor Force, Participation and retirement behaviours of older workers in Europe. » Rennes, 3-4 décembre 2009 (Debrand T., Sirven N.)

Ensaï, *31^e Journées des économistes de la santé Français*, « Social integration, migration, and health status: a French data analysis », Rennes, 3-4 décembre 2009 (Berchet C., Jusot F., Dourgnon P.)

Ensaï, *31^e Journées des économistes de la santé Français*, « Impact du volume d'activité sur la qualité des soins dans les hôpitaux : une analyse multi-niveaux », Rennes, 3-4 décembre 2009 (Or Z., Renaud T.)

Ensaï, *31^e Journées des économistes de la santé Français*, « Réforme du remboursement des dépenses d'Assurance Maladie : Passez de l'égalité à l'équité », Rennes, 3-4 décembre 2009 (Debrand T., Sorasith C.)

Mc Master University, CHEPA, *Health equity workshop*, « What contribution of circumstances and effort to health inequality in France? » Hamilton, Canada, 3-4 décembre 2009 (Jusot, F., Tubeuf S., Trannoy A.)

Congrès Français de Psychiatrie, « La sectorisation : état des lieux », Nice, 2-5 décembre 2009 (Coldefy M., Mousquès J.)

Universités de l'asthme sévère, « Coût médical et social de l'asthme », Evian-les-bains, 27-29 novembre 2009 (Com-Ruelle L.)

17^e congrès de l'EUPHA, The second joint European Public Health Conference, « Assessment of asthma control and its socioeconomic determinants », Lodz, Pologne, 25-28 novembre 2009 (Afrite A.)

17^e congrès de l'EUPHA, The second joint European Public Health Conference. « Hospital at Home in France: place in the health care system, patient's characteristics and evolution », Lodz, Pologne, 25-28 novembre 2009 (Com-Ruelle L.)

17^e congrès de l'EUPHA, The second joint European Public Health Conference. « A refutation of the practice style hypothesis: antibiotics prescription by French general practitioners for acute rhinopharyngitis. » Lodz, Pologne, 25-28 novembre 2009 (Mousquès J.)

16^e Rencontres parlementaires sur la Longévité. Longévité au travail : pourquoi tant de réticences ? Table ronde « Emploi et seniors : quels freins ? », Paris, 16 novembre 2009 (Debrand T.)

31^e journées de la Société Française de Sénologie et Pathologie Mammaire, Table ronde « Peut-on mesurer le coût du cancer du sein pour la société ? », Lyon, 11-13 novembre (Cases C.)

Drees, Prospere, Irdes, *Politiques et organisation des soins primaires : concepts, outils et pratiques en Europe et aux États-Unis. Quels enseignements pour la France ?* « Modèles d'organisation des soins primaires et intérêt des expériences étrangères pour le contexte français », Société nationale d'horticulture de France, Paris, 21 octobre 2009 (Bourgueil Y.)

Conférence régionale de santé d'Ile-de-France, « Les territoires de santé : les approches régionales de ce nouvel espace de planification », Paris, 21 octobre 2009 (Lucas-Gabrielli V., Coldefy M.)

Atelier de Recherche Sociologique (EA 3149) – Université de Bretagne Occidentale, Le soin négocié entre le malade, ses proches et les professionnels- Situations de maladies et de handicaps de longue durée. Animation de l'atelier « Malades - médecins – parents », Université de Bretagne Occidentale, Brest, 8-9 octobre 2009 (Bourgueil Y., membre du conseil scientifique)

Association Interdépartementale des UDAF Rhône Alpes / URAF, *Forum régional des représentants familiaux Rhone Alpes : L'accès aux soins : « des soins de qualité pour tous »*. « Des inégalités dans la santé : éléments de définition et de repérage », Charbonnières Les Bains, 3 octobre 2009 (Dourgnon P.)

Congrès SFSP 2009, La nouvelle gouvernance en santé, « Inégalités sociales dans le contrôle de l'asthme », 1-3 octobre 2009 (Afrite A., Com-Ruelle L., Allonier C.)

Health, inequalities, risk and public policy workshop. « What contribution of circumstances and effort to health inequality in France? » Université Paris Descartes, Paris, 26-27 septembre 2009 (Jusot F., Tubeuf S., Trannoy A.)

Ecole d'économie de Paris, Workshop microsimulations en santé. « Réforme du remboursement des dépenses d'Assurance Maladie : Passez de l'égalité à l'équité ». Paris, 22 septembre 2009 (Debrand T., Sorasith C.)

Ecole d'économie de Paris, Workshop microsimulations en santé. « Effets distributifs du système national d'assurance maladie en France : une approche de microsimulation ». Paris, 22 septembre 2009 (Davezies L., Debrand T.)

Congrès d'Interlinks, 13-16 septembre 2009 (Com-Ruelle L., Naiditch M.)

Congrès de l'ALASS, « De la recherche sur l'organisation des soins à la volonté politique : l'exemple de l'essor de l'hospitalisation à domicile en France ». Luxembourg, 10-12 septembre 2009 (Afrite A., Com-Ruelle L.)

Congrès de l'ALASS, « Prévalence et contrôle de l'asthme en France : importance de la prise en compte des déterminants socioéconomiques pour une meilleure prise en charge ». Luxembourg, 10-12 septembre 2009 (Afrite A., Allonier C., Com-Ruelle L.),

Les 10 ans de la loi CMU, « L'accès aux soins en 2009 : présentation des résultats de l'enquête Irdes », Paris, 8 septembre 2009 (Cases C., Despres C.)

SHARE-ESFRI Working Meeting. Ludwigsburg – Stuttgart, Allemagne, 24 juillet 2009 (Sirven N.)

XIIIth International Symposium in Medical Geography. « Distance to health care services: what rules? » Mc Master University. Hamilton / Ontario. Canada. 12-17 juillet 2009 (Lucas-Gabrielli V., Coldefy M.)

XIIIth International Symposium in Medical Geography. « French post-asylum geography: the transferability of the concept of service-dependent ghetto? » Mc Master University. Hamilton / Ontario. Canada. 12-17 juillet 2009 (Coldefy M.)

7th World Congress on Health Economics. Health status and health care use of migrants in France: what can we learn from the 2003 National Health Interview Survey? (presenter) Beijing, Chine, 12-15 juillet 2009 (Jusot F.)

7th World Congress on Health Economics. Inequalities of opportunities in health among young people: results from an English cohort study. (Chair) Beijing, Chine, 12-15 juillet 2009 (Jusot F.)

7th World Congress on Health Economics. « Equality of opportunity in health in Europe: The long term impact of social background and parents longevity on health status ». Beijing, Chine, 12-15 juillet 2009 (Jusot, F., Tubeuf S., Trannoy A.)

7th World Congress on Health Economics. « Demand for a health insurance and health care consumption: empirical results from a natural experiment in France ». Beijing, Chine, 12-15 juillet 2009 (Cases C., Franc C., Perronnin M., Pierre A.)

7th World Congress on Health Economics. « The Nature of Individual Social Capital and Community Social Capital: Is One Just a Summation of the Other? » Beijing, Chine, 12-15 juillet 2009 (Dourgnon P.)

7th World Congress on Health Economics. « Social Capital and Health - Exploring the Causality Issue at the Individual Level ». Beijing, Chine, 12-15 juillet 2009 (Sirven N.)

7th World Congress on Health Economics. « Affordability of supplementary health insurance in France: a social experiment ». Beijing, Chine, 12-15 juillet 2009 (Guthmuller S., Jusot F., Wittwer J.)

Les Rencontres Inter-Régionales de l'ASIP. Réflexion sur l'organisation des soins. Paris, 9 juillet 2009 (Bourgueil Y.)

Déjeuner du Groupe d'études Cancer et causes sanitaires nationales. Quel financement pour la recherche ? Maison de l'Amérique Latine, Paris, 8 juillet 2009 (Cases C.)

XIXth IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics. What are the Factors Influencing Patient's Cost in Community Nursing Services (CNS) For Frail Elderly in France? (Poster) Paris, 5-9 juillet 2009 (Chevreul K., Lucier S., Bahrami S., Gabach P., Eon Y., Canape S., Com-Ruelle L.)

8th Annual Symposium of the International Network Health Policy & Reform - The Health Policy Monitor - Identifying good practice for evidence-informed health policy. « Governance of HTA in France ». Pologne, 1-4 juillet 2009 (Or Z.)

8th International Conference on Health Economics, « Management and Policy Social Integration, Migration and Health status: a French Data Analysis ». Athènes, Grèce, 29 juin - 2 juillet 2009 (Berchet C.)

3^e Congrès de Médecine Générale France. « Le médecin généraliste et le partage des compétences. » Nice. 25-27 juin 2009 (Bourgueil Y., keynote)

3^e Congrès de Médecine Générale France. « Médecine de groupe en soins primaires dans 6 pays européens et au Québec : état des lieux et perspectives ». Nice. 25-27 juin 2009 (Bourgueil Y.)

3^e Congrès de Médecine Générale France. Table ronde « L'éducation thérapeutique peut-elle être réalisée en médecine générale ? Si non, pourquoi ? Si oui, comment ? » Nice. 25-27 juin 2009 (Bourgueil Y.)

3^e Congrès de Médecine Générale France. « Quelles spécificités des maisons de santé pluridisciplinaires, en termes d'offre, d'activité, de recours aux soins et de prise en charge ? Premiers résultats d'une évaluation exploratoire ». Nice. 25-27 juin 2009 (Bourgueil Y., Coldefy M., Couralet P.-E., Le Fur P., Lucas V., Mousquès J., Pierre A., Clément M.-C.)

3^e Congrès de Médecine Générale France. « La coopération entre généralistes et infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'évaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE ». Nice. 25-27 juin 2009 (Bourgueil Y., Le Fur P., Mousquès J., Yilmaz E.)

Workshop Exacerbations et Asthme. « L'asthme en France : données en population générale ». Paris. 12 juin 2009 (Com-Ruelle L., Afrite A., Allonier C.)

2nd General Conference of the International Microsimulation Association. « Effets distributifs du système national d'assurance maladie en France : une approche de microsimulation ». Ottawa. Canada, 8-10 juin 09 (Albouy V., Davezies L., Debrand T.)

26^e Journées de Microéconomie Appliquée. « L'influence des conditions de travail sur les dépenses de santé ». Dijon, 4-5 juin 2009 (Debrand T., Lengagne P.)

26^e Journées de Microéconomie Appliquée. « Dynamic Estimation of Health Expenditure: A new approach for simulating individual expenditure ». Dijon, 4-5 juin 2009 (Albouy V., Davezies L., Debrand T.)

Les agences régionales de santé - Quelle approche régionale pour le médicament ? Débat sur « la régionalisation du système de santé avec la mise en place des ARS », 4 juin 2009 (Cases C.)

Adelf, Épidémiologie Sociale et inégalités de santé. « Inégalités des chances en santé en Europe : Quelle influence de l'origine sociale et familiale ? » Toulouse, 28-29 mai 2009 (Jusot F., Tubeuf S., Trannoy A.)

Adelf, Épidémiologie Sociale et inégalités de santé. « Santé et consommation d'alcool des jeunes en 2007 : quelle influence du modèle parental et des pairs ? » Toulouse, 28-29 mai 2009 (Com-Ruelle L., Lengagne P.)

Adelf, Épidémiologie Sociale et inégalités de santé. « Recours aux soins des immigrés en France : Quel rôle de l'origine ? » Toulouse, 28-29 mai 2009 (Silva J.)

Adelf, Épidémiologie Sociale et inégalités de santé. « Le contrôle de l'asthme et ses déterminants ». Toulouse, 28-29 mai 2009 (Allonier C.)

Réseau Femmes Santé. Forum Femmes et santé en France, quelles réflexions partager et promouvoir ? « Prévention, recours aux soins et consommations médicales des femmes ». Paris, 28 mai 2009 (Sermet S.)

Premier Colloque bi-annuel du GDRI DREEM, *Inégalités et développement dans les pays méditerranéens*. « Social health inequalities: a French analysis based on the migrant population ». Université Galatasaray, Istanbul, Turquie, 21-23 mai 2009, (Berchet C., Jusot F., Dourgnon P.)

3^e Forum franco-québécois sur la santé : *Le cancer au quotidien : malades, familles, soignants et leur environnement à l'épreuve du temps*. Québec. Canada. 11-12 mai 2009 (Cases C., Gottely P., Naiditch M.)

12th World Congress on Public Health. « Impact of Health-Care System on Social Inequalities in Care Utilizations ». Istanbul. Turquie. 27 avril - 1er mai 2009 (Or Z.)

Meeting de l'European Health Policy Group (EHPG). « Towards Explanations of Differences in Total Expenditure, Utilisation and Productivity of Hospital Care between Nordic Countries ». Bologne. Italie. 23-24 avril 2009 (Or Z., discutante)

Conférence nationale de santé. Introduction des débats sur les inégalités de soins primaires. Strasbourg. 18 avril 2009 (Cases C.)

Séminaire de l'Unaf. « La question de l'accès aux soins : aspects économiques et sociaux ». Paris. 17 avril 2009 (Cases C.)

12th International Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology. « Evolution 1998-2002 of the antidepressant consumption in France », Germany and the United-Kingdom. Vienne. Autriche. 16-19 avril 2009 (Sermet C., Grandfils N.)

Collège des économistes de la santé. *Budgéter la santé*. « Les coûts par pathologie ». Paris. 8 avril 2009 (Sermet C.)

Université de Durham / département de géographie. *14th Emerging and New Research of Geographies of Health and Impairment Conference*. French post-asylum geography: The transferability of the concept of 'service dependent ghetto' in the North-East of Paris. Durham. UK. 6-7 avril 2009 (Coldefy M.)

INPES. 5^e Journées de la prévention. « Santé et situation socio-professionnelle des plus de 50 ans ». Paris. 2-3 avril 2009 (Debrand T.)

World Psychiatric Association. *International Congress « Treatments in psychiatry: a new update »*. « The current state of mental health care in France ». Florence. Italie. 2 avril 2009 (Coldefy M.)

CNAMTS. *Première Journée scientifique de l'Assurance maladie : Analyser et accompagner les transformations du système de soins*. « Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale ». Paris. 25 mars 2009 (Coldefy M., Le Fur P., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J.)

CNAMTS. *Première Journée scientifique de l'Assurance maladie : Analyser et accompagner les transformations du système de soins*. Table ronde « Pratiques et recherche dans la médecine de première ligne ». Paris. 25 mars 2009 (Bourgueil Y.)

INSEE. *Dixièmes Journées de Méthodologie Statistique*. « Composante redistributive du système d'assurance maladie : une approche par estimation et microsimulation des dépenses sur cycle de vie ». Paris. 23-25 mars 2009 (Debrand T., Albouy V., Davezies L.)

INPES, *Prévention – Promotion de la santé – Education pour la santé*, « Equité du recours aux soins préventifs en Europe : une question d'organisation des systèmes de santé ? » Jusot F., Or Z., Marcoux L., Paris, 24 mars 2009.

BMJ. *International forum on Quality and Safety in Health Care 2009*. « Bellagio model of population-oriented primary care ». Berlin. Allemagne. 18-20 mars 2009 (Bourgueil Y.)

UNAFAM. Semaine d'Information sur la Santé Mentale : Maladies psychiques : quels soins ? quels accompagnements ? Conférence débat « Ville et santé mentale: une expérience de recherche participative dans le 19^e arrondissement ». Paris. 17 mars 2009 (Coldefy M.)

3^e Journées nationales du Collectif interassociatif sur la santé. Table ronde « Vers la privatisation du système de santé ? ». Paris. 9-10 mars 2009 (Cases C.)

XXII^e congrès national EMOIS. « L'activité des structures et le profil des patients hospitalisés à domicile d'après le PMSI HAD 2006 ». Nancy. 5-6 mars 2009 (Afrite A., Com-Ruelle L., Chaleix M., Valdelièvre H.)

XXII^e congrès national EMOIS. « Impact du volume d'activité sur la qualité des soins dans les hôpitaux : une analyse multiniveaux ». Nancy. 5-6 mars 2009 (Or Z., Renaud T.)

Academic Unit of Health Economics Seminar. « Health inequalities related to immigration in France: effect of life conditions or selection effect? ». Leeds. UK. 27 janvier 2009 (Jusot F, Silva J., Dourgnon P., Sermet C.)

FRA (European agency for fundamental rights). *Meeting on multiple discrimination in the area of health care*. Vienne. Autriche. 20-21 janvier 2009 (Despres C., expert)

13^e Congrès de Pneumologie de langue française : *La pneumologie prédictive : de la prévention à la décision*, Symposium Astrazeneca, « Prévalence et contrôle de l'asthme, nouvelles données de l'enquête santé protection sociale Irdes », Lyon, 18 janvier 2009 (Com-Ruelle L., Allonier C., Afrite A., Crestani B.,)

13^e Congrès de Pneumologie de langue française : *La pneumologie prédictive : de la prévention à la décision*. « Prévalence de l'asthme en France et déterminants du non-contrôle », Poster, Lyon, 16-19 janvier 2009 (Allonier C., Afrite A., Delmas M.-C., Fuhrman C., Leynaert B., Annesi-Maesano I., Com-Ruelle L.)

13^e Congrès de Pneumologie de langue française : *La pneumologie prédictive : de la prévention à la décision*, « Prévalence et contrôle de l'asthme : nouvelles données, Enquête santé protection sociale Irdes », Petit-déjeuner-débat, Lyon, 17 janvier 2009 (Com-Ruelle L., Allonier C., Malka M., Crestani B.)

13^e Congrès de Pneumologie de langue française : *La pneumologie prédictive : de la prévention à la décision*, « Prévalence de l'asthme infantile en France, Données de l'enquête triennale », Poster, Lyon, 16 au 19 janvier 2009 (Delmas M.-C., Guignon N., Leynaert B., Com-Ruelle L., Annesi-Maesano I., Fuhrman C.)

Experiments of Assessing Social Protection System in Developed and Developing Countries. Université Ste Mary. Halifax. Canada. 16 janvier 2009 (Menahem G.)

Irdes. Séminaire « mardi de l'Irdes ». « Analyse dynamique de l'anti-sélection : du risque financier au risque santé ». 1^e janvier 2009 (Cases C., Franc C., Perronnin M., Pierre A.)

7.2.2 Enseignements ponctuels

M2R Santé publique option économie de la santé, Paris XI, De la variabilité à l'amélioration des pratiques médicales - Problèmes économiques et cas pratiques, Kremlin-Bicêtre, 17 décembre 2009 (Julien Mousquès)

Formation continue des médecins, Séminaire d'accueil des PU-PH nouvellement nommés, Financement de l'activité hospitalo-universitaire, Paris, 7-8 décembre 2009 (Com-Ruelle L., Renaud T.)

Master Expertise économique, Université des sciences juridiques, politiques, économiques et de gestion de Franche-Comté, La tarification à l'activité, Besançon, 27 novembre 2009 (Pichetti S.)

Cours d'économie de la santé pour le Cepe Santé à destination des chercheurs de la Drees, Cepe Santé Insee, Introduction à l'économie de la santé, Vanves, 16 novembre 2009 (Mousquès J.)

Cours d'économie de la santé pour le Cepe Santé à destination des chercheurs de la Drees, Cepe Santé Insee, L'offre de soins ambulatoire, Vanves, 23 novembre 2009 (Mousquès J.)

Cours d'économie de la santé pour le Cepe Santé à destination des chercheurs de la Drees, Cepe Santé Insee, Les soins hospitaliers, Vanves, 24 novembre 2009 (Com-Ruelle L.)

Cours d'économie de la santé pour le Cepe Santé à destination des chercheurs de la Drees, Cepe Santé Insee, Comparaisons internationales des systèmes de santé, Paris, 25 novembre 2009 (Or Z.)

French School of Public Health - EHESP - Etudiants en master Santé publique, Méthodologie de recherche documentaire et bases de données en santé publique et économie de la santé, Paris, 23 novembre 2009 (Safon M.-O.)

3^e année, option économie de la santé, Ensaï, Economie de l'hôpital et les réformes hospitalières, Rennes, 9 octobre 2009 (Or Z.)

Séminaire anglais pour Master international « Health care systems and inequality », Université Paris-Dauphine, Organisation et performance des systèmes de santé, Paris, 19 octobre 2010 (Or Z.)

Master of Public Health (Module 208- Master international), French School of Public Health – EHESP, Evaluating health system performance in OECD countries, Paris, 29 octobre 2009 (Or Z.)

Formation initiale 46^e promotion. Phase 4 - Les politiques publiques sociales et leur régulation / La politique de régulation médico-économique / Les fondements de la politique de régulation médico-économique, EN3S, Les déterminants du système de santé, St Etienne, mai 2009 (Cases C.)

Argent et Santé : Stage pédagogique destiné aux conseillers mutualistes siégeant dans les caisses d'assurance maladie, aux représentants de la Mutualité Française dans les Comités Régionaux de l'Organisation Sanitaire et dans les Comités Régionaux de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale, Inégalités sociales en santé, 2 avril 2009 (Dourgnon P.)

Master AGES (Analyse et Gestion des établissements de santé), Université Paris VII, Le coût du cancer du côlon en Ile-de-France : exemple d'évaluation médico-économique, Paris, 27 mars 2009 (Renaud T.)

Seminary of PhD economic students, Dalhousie University, Bioethic Department, How can the DSR assess the economic security provided by healthcare and disability benefits?, Halifax, Canada, 13 janvier 2009 (Menahem G.)

Seminary of PhD development economics students, Saint Mary's University, International Development Studies, Experiments for Assessing Social Protection Systems in Developed and Developing Countries, Halifax, Canada, 16 janvier 2009 (Menahem G.)

7.2.3 Interventions médiatiques

Presse écrite

Yann Bourgueil, *Revue du praticien – Médecine générale*, 17 décembre 2009 - Soins de premier recours – un cadre à remplir (Prospere)

Nelly Leguen, *Cadre emploi*, 8 décembre 2009 - Le métier de data manager

Nicolas Sirven, *L'Infirmière magazine supplément*, décembre 2009 – Précarité et santé

Thomas Renaud, *Salles propres supplément*, décembre 2009 – Le coût de la prévention

Thomas Renaud, *Arseg info supplément*, décembre 2009 – Le coût de la prévention

Yann Bourgueil, *Le Monde Economie*, 13 octobre 2009 – Le maintien des filets sociaux exige de nouvelles recettes

Laure Com-Ruelle, *L'Infirmière magazine*, Octobre 2009 – Had en pédiatrie

Laure Com-Ruelle, *Panorama du médecin*, 26 octobre 2009 – L'hôpital de jour nuit-il ?

Marc Perronnin, *Pleine Vie supplément*, Octobre 2009 – « Plus on est âgé, plus les dépenses de santé pèsent dans le budget »

Thierry Debrand, *La Croix*, 25 septembre 2009 – Est-il juste de taxer les indemnités d'accidents du travail ?

Florence Jusot, *Valeurs mutualistes*, Juillet/août 2009 - Inégalités de santé en Europe

Laure Com-Ruelle, *L'école des parents* n° 578, avril-mai 2009 – Enquête jeunes et alcool. Sobre jeunesse !

Marc Perronnin, *Que Choisir*, Avril 2009 – Il y a un trou dans la couverture

Florence Jusot, *Libération*, 17 mars 2009 – Pauvres et mal soignés

Thierry Debrand, *Réforme*, 12 mars 2009 – Retraites : une vie en or...

Michel Naiditch, *Politis*, 5 mars 2009 – Des bébés faits maison

Magali Coldefy, *Ca m'intéresse*, Mars 2009 – Y a-t-il de plus en plus de fous dans les rues ?

Chantal Cases, *L'Optici*, Février 2009 – Les enjeux du transfert de nouvelles dépenses de santé aux complémentaires

Chantal Cases, *Le M.A.G. Cultures*, Février 2009 – Agriculteurs, patrons de PME, artisans... même combat !

Catherine Sermet, *Panorama du médecin*, 12 janvier 2009 – Les Français se portent globalement bien

Michel Naiditch, *Que Choisir Santé*, Janvier 2009 – Le droit à l'information

Presse internet

Chantal Cases, *cnbc.com*, 26 août 2009 - Le système d'assurance maladie français

Thierry Debrand, *Radiomedecine*, 25 juin 2009 - La santé des seniors au travail

Laure Com-Ruelle, www.nouvelobs.com, 10 mars 2009

Chantal Cases, *Radiomedecine*, 23 janvier 2009 - Médecin traitant cherche parcours de soins

Julien Mousquès, *www.medecine.com*, 16 janvier 2009 - Le forfait grignote le paiement à l'acte

Presse TV

Caroline Desprès, *Le Magazine de la santé*, France 5, septembre 2009 - le refus de soins aux patients titulaires de la CMU

Chantal Cases, *France 5*, 28 janvier 2009 - Le parcours de soins

Presse radio

Laure Com-Ruelle, *L'asthme en France*, 22 janvier 2009 - *Parenthèse Radio*, « Café et chocolat », la matinale de toute la famille.

8. PARTENARIATS

PARTENARIATS INSTITUTIONNELS

Institutions membres de l'Irdes

Ces organismes participent au financement général des activités de l'Irdes par le biais de subventions annuelles ou de délégations de chercheurs. Elles sont, par ailleurs, souvent impliquées dans des collaborations scientifiques ou de financements de projets particuliers.

Membres fondateurs :

Cnamts (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)
Mutualité Française

Membres associés :

RSI (Régime social des indépendants (ex-Canam))
MSA (Mutualité Sociale Agricole)

Autres partenaires institutionnels

Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé)
ANR : Agence nationale de la Recherche
Centre d'examen de santé de la Cnam de Bobigny
Cnav (Caisse nationale d'assurance vieillesse)
CNLCS (Comité National de Liaison des Centres de Santé)
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
Cor : Conseil d'orientation des retraites
DG Sanco : Direction générale santé et protection des consommateurs
EHPG : European Health Policy Group
Eurostat
FHF (Fédération hospitalière de France)
Fonds CMU
HAS (Haute Autorité de Santé)
Health policy network (Fondation Bertelsmann)
IDS (Institut des Données de Santé)
IMS Health (International Medical Statistics – Health)
Inca (Institut national du cancer)
Ined (Institut national d'études démographiques)
INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé)
Insee (Institut national de la statistique et des études économiques)
Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale)
INSPQ (Institut national de santé publique du Québec)
Institut Gustave Roussy, Villejuif
InVS (Institut national de veille sanitaire)
ISL (Institut de Sondage Laval)
ISQ (Institut de la statistique du Québec)

MGET (Mutuelle générale de l'équipement et des territoires)

Ministère de la Santé et des Sports

DGAS (Direction générale de l'Action sociale)

DGS (Direction générale de la Santé)

Dhos (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins)

Drees (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques)

Drees-Mire (Drees-Mission Recherche)

DSS (Direction de la sécurité sociale)

Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique

Dares (Direction de l'animation de la recherche et des statistiques)

MSSS (Ministère de la Santé et des services sociaux Québec)

OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques)

OFQSS (Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité)

OMG (Observatoire de la médecine générale)

ONDPS (Observatoire national de la Démographie des Professions de Santé)

SFMG (Société française de médecine générale)

Urcam (Union régionale des caisses d'Assurance maladie) Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Bourgogne

UNIVERSITES ET INSTITUTS DE RECHERCHE

Cavour Group (European Scientific Network)

CEE (Centre d'Etudes de l'Emploi)

Cermes (Centre d'études et de recherches médicales et sanitaires)

CES (Collège des économistes de la Santé)

Chaire Essec Santé

CNRS : Centre national de la recherche scientifique

Cregas (Centre de Recherche en Economie et Gestion Appliquées à la Santé)

EHESP : Ecole des hautes études en Santé publique

EHESP : École des hautes études en sciences sociales

Enrich : European Network of Regions Improving Citizen's Health

Erasmus University (Rotterdam, Pays-Bas)

European Centre for Social Welfare Policy and Research (Autriche)

Fondation FondaMental (Fondation de recherche et de soins en santé mentale)

Greqam : Groupement de Recherche en Economie Quantitative d'Aix Marseille

Idep (Institut d'Economie Publique)

IGR (Institut Gustave Roussy, Villejuif)

Ireb (Institut de recherche sur les boissons)

Ires (Institut de recherches économiques et sociales)

Iresp (Institut de recherche en Santé publique)

Leeds Institute of Health Sciences/Academic Unit of Health Economics (UK)

McMaster University (Hamilton, Ontario, Canada)

Nivel (Netherlands Institute for Health Services Research)
PSE (Paris-Jourdan Sciences Economiques)
Sciences Po, CSO : Centre de sociologie des organisations
SFMG (Société française de médecine générale)
Université d'Amsterdam (Pays-Bas)
Université de Bordeaux, CCECQA : Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine
Université de Brême (Allemagne)
University of California, Berkeley, Petris Center (USA)
Université Lyon 2, UMR Environnement, Ville, Société
Université Paris-Dauphine/Legos
Université Paris 1, Comité national français de géographie
Université Paris 7, UMR Géographie-Cités
Université Paris X
Uqam (Université de Québec à Montréal)
URC-Eco IdF (Unité de recherche clinique en économie de la santé d'Ile-de-France)

9. GLOSSAIRE

ACS : Aide complémentaire santé

ADBS : Association des professionnels de l'information et de la documentation

Adelf : Association des épidémiologistes de langue française

AFCROs : Association Françaises des CROs (Contract Research Organisation ou Clinical Research Organisation), sociétés de services en recherche clinique et épidémiologique

Afssaps : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AIR : Adressing Inequalities in Regions

ALD : Affection de longue durée

AMC : Assurance maladie complémentaire

AME : Aide médicale d'Etat

AMO : Assurance maladie obligatoire

ANR : Agence nationale de la Recherche

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation

ASMR : Amélioration du service médical rendu

AT/MP : Accidents du travail/maladies professionnelles

BDSP : Banque de Données Santé Publique

Caf : Caisse d'allocations familiales

Canam : Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes

Capi : Contrat d'amélioration de la performance individuelle

CCAM : Classification commune des actes médicaux

CCECQA : Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine

CCLIN : Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales

CCOMS : Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé

CDS : Centre de santé

CEE : Centre d'Etudes de l'Emploi

Cermes : Centre d'études et de recherches médicales et sanitaires

CES : Collège des économistes de santé

Chepa : Center for Health Economics and Policy Analysis (université Mc Master, Canada)

CMU : Couverture maladie universelle

CMUC : Couverture maladie universelle complémentaire

Cnamts : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Cnav : Caisse nationale d'assurance vieillesse

Cnil : Commission nationale de l'informatique et des libertés

Cnis : Conseil national de l'information statistique

CNLCS : Comité National de Liaison des Centres de Santé

CNRS : Centre national de la recherche scientifique

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Cor : Conseil d'orientation des retraites

CPAM : Caisse primaire d'Assurance maladie

Cregas : Centre de recherche en économie et gestion appliquées à la santé
CSO : Centre de sociologie des organisations
DADS : Déclaration annuelles de données sociales
Dares : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
Ddass : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDD : Daily defined dose ou dose quotidienne définie
DGAFP : Direction générale de l'administration et de la fonction publique
DGAS : Direction générale de l'action sociale
DGS : Direction générale de la Santé
DG Sanco : Direction générale Santé et protection des consommateurs
DGTEPE : Direction générale du Trésor et de la Politique économique
Dhos : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIV : Délégation interministérielle à la ville
Drass : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Drees-Mire : Drees-Mission Recherche
DSES : Direction de la Stratégie, des Etudes et des Statistiques (Cnamts)
DSS : Direction de la Sécurité sociale
EDS : Enquête décennale santé, Insee
EHESP : Ecole des hautes études en Santé publique
EHESP : École des hautes études en sciences sociales
EHID : Enquête Handicaps, incapacités, dépendance, Insee-Drees
EHPA : Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées, Drees
Ehpad : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENCC : Etude nationale des coûts à méthodologie commune
ENMR : Expérimentation de nouveaux modes de rémunération
Enrich : European Network of Regions Improving Citizen's Health
Enrghi (conference) : Emerging New Researchers in the Geography of Health and Impairment
Ensaï : Ecole nationale de la statistique et de l'analyse de l'information
ENSP : École Nationale de la Santé Publique
Epas : Echantillon permanent d'assurés sociaux (au 1/600^e)
Epib : Echantillon permanent de bénéficiaires de l'Assurance maladie
Epices (score) : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé
EPPM : Enquête Permanente sur la Prescription Médicale, IMS Health
ESPS : Enquête Santé, Soins et Protection sociale, Irdes
Eupha : European Public Health Association
Eurostat : Office statistique des communautés européennes
FHF : Fédération hospitalière de France
Finess : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

GHS : Groupes homogènes de séjours
Gis : Groupement d'intérêt scientifique
Greqam : Groupement de Recherche en Economie Quantitative d'Aix Marseille
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie
HEAPS : Health Economics of Ageing and Participation in Society
HPST : Hôpital, patient, santé et territoires
HRS : Health and Retirement Survey
Hygie : Système d'information sur les indemnités journalières
Idep : Institut d'Economie publique
IDS : Institut des données de santé
Igas : Inspection générale des affaires sociales
IGS : Institut Gustave Roussy, Villejuif
IHEA : International Health Economics Association
IJ : Indemnités journalières
Inca : Institut national du cancer
Ined : Institut national des études démographiques
Inist : Institut de l'information scientifique et technique
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
INSPQ : Institut national de santé publique du Québec
InVS : Institut national de veille sanitaire
Ireb : Institut de recherche sur les boissons
Ires : Institut de recherches économiques et sociales
Iresp : Institut de Recherche en Santé Publique
ISQ : Institut de la statistique du Québec
Legos : Laboratoire d'Economie et de Gestion des Organisations de Santé
Leem : Les entreprises du médicament
MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique ou soins de court séjour
MGET : Mutuelle générale de l'équipement et des territoires
MRS : Mission régionale de santé
MSA : Mutualité sociale agricole
MSP : Maison de santé pluridisciplinaire
MSSS : Ministère de la Santé et des services sociaux Québec
NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels
Nivel : Netherlands Institute for Health Services Research
Ocam : Organisme complémentaire d'assurance maladie
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OFQSS : Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité
OMG : Observatoire de la médecine générale
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONDPS : Observatoire national de la Démographie des Professions de Santé
OQN : Objectif quantifié national
PLFSS : Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information (hospitaliers)
Preqhos : Programme de recherche en qualité hospitalière
Prosperre : Projet de constitution d'une équipe émergente pluri-institutionnelle et pluridisciplinaire pour le développement de la recherche sur les services de soins de premiers recours
PSCE : Enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise
PSE : Paris-Jourdan Sciences Economiques
Rac : Reste à charge
Resp : Revue d'épidémiologie et de santé publique
RFAS : Revue française des Affaires sociales
RSI : Régime social des indépendants
SAE : Statistique annuelle des établissements de santé
SFMG : Société française de médecine générale
Share : Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
Sniiram : Système national d'informations inter-régimes de l'Assurance maladie
Snir : Système national d'informations inter-régimes
Sros : Schéma régional d'organisation sanitaire
Ssiad : Services de soins infirmiers à domicile
SSR : Soins de suite et réadaptation ou soins de moyen séjour
T2A : Tarification à l'activité
TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité
TGIR : Très grande infrastructure de recherche
UAP : Union des assurances de Paris
UMR : Unité mixte de Recherche
Uqam : Université de Québec à Montréal
Urcam : Union régionale des caisses d'Assurance maladie
URC-Eco (Unité de recherche clinique en économie de la santé d'Ile-de-France)
URML : Union régionale des médecins libéraux
USLD : Unité de soins de longue durée
Wonca : World Organization of Family Doctors
Zus : Zone urbaine sensible

ANNEXE 1 : LISTE DES CONVENTIONS ESPS ÉTABLIES EN 2009

Décembre 2009

Demandeur : Marie-Christine Bournot

Institution : ORS Pays de Loire

Sujet de l'étude : L'ORS souhaiterait réaliser dans le cadre de l'analyse des résultats de la vague 4 des comparaisons entre les indicateurs d'état de santé des médecins généralistes libéraux et ceux obtenus pour l'ensemble de la population française dans le cadre d'enquêtes en population générale comme l'enquête ESPS de l'Irdes. Dans la mesure où la répartition par âge et sexe des médecins libéraux est différente de l'ensemble de la population française, ces comparaisons doivent être réalisées à structure d'âge et sexe identique. Ces comparaisons comportent toutefois des limites qui seront, si elles sont publiées, explicitées. Ainsi, la population des médecins généralistes libéraux exclut les professionnels dont l'état de santé ne leur permet pas d'exercer.

Données : ESPS 2008

Octobre-novembre 2009

Demandeurs : Bénédicte Boisguerin et Denis Raynaud

Institution : Drees

Données : ESPS 2008

Septembre 2009

Demandeurs : Benoit Tarroux et Nicolas Gravel

Institutions : Université de Lille 3 et Greqam-Idep, Marseille

Sujet de l'étude : L'objectif du projet de recherche est de construire et de mettre en œuvre sur des données françaises régionales, des critères statistiques permettant d'apprécier de manière éthiquement robuste la distribution des risques auxquels sont confrontées des populations. Les risques concernés par notre approche peuvent être *a priori* quelconques : risque de perte d'emploi, de tomber malade, d'être victime d'un acte criminel violent etc. Les critères qui seront développés dans ce projet visent à modifier notre évaluation de la pauvreté et des inégalités pécuniaires usuelles en la juxtaposant à celle de l'exposition différenciée des individus à ces divers risques. Les recherches se concentreront sur les risques de perte d'emploi – précarité du marché du travail – et sur les risques de santé. Elles viseront à comparer les grandes agglomérations françaises sur ce plan. Les recherches auront également l'objectif plus théorique de construire un indice de vulnérabilité des populations en termes d'exposition aux risques.

Données : ESPS 2006

Août 2009

Demandeur : Franco Sassi (Marion Devaux)

Institution : OCDE

Sujet de l'étude : Analyse au cours du temps des facteurs sociaux, comportementaux et d'emploi sur les maladies non transmissibles dans les pays de l'OCDE et autres pays de l'UE.

Données : fichiers ESPS1998 et ESPS2006 suite avenant à la convention

Août 2009

Demandeurs : Bruno Ventelou et Thomas Barnay

Institutions : Inserm U912 et CES

Sujet de l'étude : Nous proposons une méthode de prédiction de l'évolution des dépenses de médicaments sous l'effet du vieillissement de la population française à l'horizon 2025. Le support choisi pour la première application de l'outil est la base de données ESPS de l'Irdes apparié avec l'Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux (EPAS), seule base française permettant d'observer à la fois les caractéristiques individuelles des agents et leurs dépenses de santé remboursées. Le thème traité est l'impact de changements épidémiologiques (vieillesse, morbidité) sur le montant des dépenses de médicaments. Ces travaux s'appuient sur un modèle de « microsimulation » mis au point par l'Inserm U912 dans le but de prédire les dépenses de santé des français à l'horizon 2025, dans différents scénarios de mortalité et de morbidité. Le modèle pourrait intégrer deux indicateurs d'états de santé par lesquels nous ferions transiter, par microsimulation, chaque agent de la

base de données (créant ainsi une dynamique épidémiologique). Pour simuler la future trajectoire individuelle de santé, nous emploierons une matrice de taux de transition inter états permettant de faire vieillir artificiellement les agents. A l'aide d'un modèle économétrique de demande de biens et services de santé, nous déduisons la dépense française en santé en 2025 par agrégation de la population représentative vieillie jusqu'à cette date. Chaque individu, d'une base de données représentative de la population française, est doté d'une trajectoire future d'états de santé, à partir de probabilités de transition (vers la maladie et la mort) d'abord calculées pour sa cohorte d'appartenance et son genre. Avec ce processus de vieillissement artificiel, les individus peuvent être repérés selon un état de santé et une demande de soins de santé relative, observable à différents moments du temps : 2010 – 2015 – 2020 – 2025. Pris au niveau agrégé, le modèle permet de prédire des variantes de montant des dépenses macroéconomiques de santé, pour :

- i. un scénario tendanciel (les probabilités individuelles sont celles observées aujourd'hui)
- ii. un scénario de « healthy ageing » (les probabilités de morbidité des cohortes décroissent pour le futur)
- iii. un scénario healthy ageing complet » (les probabilités de morbidité et de mortalité décroissent).

Il est question ici de créer un modèle de manière à estimer, non pas une demande globale pour les soins, mais la décomposition de la demande entre ses différentes composantes : notamment la composante « médicaments ». On envisage de construire de nouveaux scénarios, à croiser avec les scénarios épidémiologiques présentés ci-dessus :

- Déformation temporelle de la part des médicaments dans les protocoles de traitement (trend étudié sur séries rétrospectives, et prolongées pour le futur)
- Variation du prix relatif des médicaments
- Variantes institutionnelles ; taux de remboursement réduits.

Ces deux derniers scénarios sont conditionnés par l'obtention de données fines permettant d'estimer des élasticités (prix) de la demande de médicament en France - Les comportements des prescripteurs sont à cet égard également cruciaux.

Données : ESPS 2004 - ESPS 2006 - appariement 2004 - appariement 2006

Juin 2009

Demandeur : Nicolas Cauchi Duval

Institution : Université de Bordeaux

Sujet de l'étude : Estimer des probabilités de maladie en fonction des caractéristiques socio-économiques des individus).

Données : ESPS 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006

Juin 2009

Demandeur : Grégoire de Lagasnerie

Institution : Faculté de Paris

Sujet de l'étude : Doctorat à l'école d'économie de Paris sous la direction de P.Y. Geoffard.

Données : ESPS 2006

Février 2009

Demandeur : Tristan Klein

Institution : Centre d'analyse stratégique

Sujet de l'étude : Dans le cadre d'une mission d'évaluation à la demande du Premier ministre (cf. lettre de mission), nous travaillons sur le choix d'une complémentaire santé et sur la connaissance des risques de reste à charge. L'objectif de notre exploitation de l'enquête ESPS est d'analyser les informations sur les contrats possédés par les ménages interrogés, leurs pratiques de consommations de soins et leurs caractéristiques sociodémographiques. En partie, au-delà des résultats descriptifs, il s'agit de pouvoir identifier les déterminants de la possession d'un contrat complémentaire santé.

Données : ESPS 2006

Février 2009

Demandeur : Nicolas Duport

Institution : InVS

Sujet de l'étude : Je suis en train d'analyser les variables en relation avec la pratique de la mammographie, du frottis et de l'hémocult. En 2006, le dépistage du cancer du côlon-rectum ne concernait pas tous les départements. Comme pour l'analyse du dépistage du cancer du sein d'ESPS 2002, j'aimerais savoir s'il serait possible de nous transmettre la variable département de résidence ou si ce n'est pas possible (comme pour 2002 mais nous n'étions pas partenaires par convention) si vous pouvez nous transmettre une variable en O/N qui correspond au programme pilote dans le département O/N ? Pour l'analyse du dépistage du cancer du col de l'utérus : depuis des années en France flotte une rumeur selon laquelle le recours au frottis est assez corrélé à la culture ou à la religion. Serait-il envisageable d'avoir la table ORIG_RELIG ?

Données : L'Invs a les bases de données 2006 + les variables réservées Irdes : ORIG_RELIG + DEPT