

Études de coûts par pathologie : une comparaison méthodologique entre cinq pays

Allemagne, Australie, Canada, France et Pays-Bas

Richard Heijink*, Thomas Renaud**

Réalisées dans différents pays à partir des comptes nationaux de la santé, les études de coûts par pathologie permettent d'estimer la répartition des dépenses de soins par grand groupe de pathologies.

Dans les cinq pays retenus (Allemagne, Australie, Canada, France, Pays-Bas), les études de coûts s'appuient sur une méthodologie analogue, ce qui autorise le travail de comparaison. Cependant, les différences de structure des systèmes de soins et de règles de comptabilité nationale représentent un obstacle majeur pour la fiabilité de la comparaison.

Trois grands groupes de pathologies prédominent dans les dépenses de soins (hospitaliers, médecins libéraux et médicaments) dans les cinq pays : les maladies cardiovasculaires, les maladies digestives et les troubles mentaux.

Pour que ces travaux deviennent, dans le futur, de véritables outils de pilotage et permettent une lecture comparative de la performance des systèmes de santé, il conviendrait de se doter d'une nomenclature comptable commune pour les Comptes de la santé et d'élaborer des règles méthodologiques identiques et pérennes dans les études nationales de coûts par pathologie.

La croissance continue des dépenses de santé, dont le financement est essentiellement public, pose un problème de soutenabilité économique dans la plupart des pays développés. Ces pays élaborent chaque année des Comptes nationaux de la santé qui permettent d'évaluer la dépense totale engagée au titre de la santé, de suivre son évolution et d'en analyser les sources de financement et la répartition par secteur de production. Ces comptes permettent également de réaliser

des comparaisons des dépenses de santé entre pays afin, notamment, d'en tirer des enseignements sur la performance des systèmes de santé.

Depuis quelques années, les décideurs ont montré un intérêt croissant pour la production d'études de coûts par pathologie fondées sur les Comptes de la santé. Cette approche médicalisée des comptes répartit les dépenses par grande catégorie de diagnostics et permet ainsi de déterminer quelles pathologies sont prises en

charge, et selon quels vecteurs de soins. Cela a donné lieu, en France, à la réalisation des « Comptes de la santé par pathologie » (Paris *et al.*, 2003). Si elles répondent en premier lieu à des objectifs nationaux, les études de coûts par pathologie peuvent se révéler utiles dans le cadre de comparaisons internationales.

* RIVM, Institut national de la santé publique et de l'environnement (Pays-Bas).

** Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes).



Cette publication, adaptée d'un article publié dans *Health Policy* (Heijink *et al.*, 2008), est le fruit d'un travail de comparaison internationale des études de coûts par pathologie engagé par Richard Heijink et mené avec l'aide d'experts en Allemagne et aux Pays-Bas. Cette démarche a été rendue possible par la confrontation de différents travaux lors des réunions annuelles sur les Comptes nationaux de la santé coordonnées par l'OCDE. En France, elle s'inscrit dans la lignée des recherches visant à enrichir les Comptes de la santé – notamment autour des « Comptes par pathologie » – qui sont conduites par l'Irdes en partenariat avec la Drees.

En effet, en fournissant des données plus détaillées sur l'allocation des dépenses de santé par maladie, elles contribuent à affiner les systèmes de comptabilité et permettent une lecture comparative de l'organisation des systèmes de soins dans différents pays.

Toutefois, pour être pertinentes, les comparaisons internationales de dépenses de santé, notamment sur les études nationales de coûts par pathologie, doivent porter sur des champs homogènes, ce qui implique que ces études s'appuient sur des options méthodologiques comparables.

Dans cette perspective, nous avons mené un travail de comparaison des études de coûts par pathologie réalisées dans cinq pays (Allemagne, Australie, Canada, France, Pays-Bas) entre 1998 et 2004. Ces pays doivent faire face à un défi commun de maîtrise des dépenses de santé qui représentaient entre 9 et 11 % de leur PIB (Cf. tableau 1) et qui sont en constante augmentation. La dépense de santé par tête, exprimée en parité de pouvoir d'achat (Cf. encadré Définition p. 5), y est de l'ordre de 2 300 ou 3 000 US dollars.

En analysant les similitudes et les divergences méthodologiques de ces études nationales de coûts par pathologie, il est possible d'évaluer le degré de comparabilité de leurs résultats, et par conséquent de tenter de fournir une première interprétation des différences observées. Notre ambition première est d'émettre des recommandations pour tendre vers une plus grande comparabilité internationale de ces études de coûts par pathologie et en faire, dans l'avenir, des outils de pilotage et d'évaluation des systèmes de santé.

Des principes méthodologiques communs...

Dans les cinq pays considérés, les études de coûts par pathologie présentent un certain nombre d'options méthodologiques communes qui autorisent le travail de comparaison.

D'une part, dans tous les cas, la répartition par pathologie porte exclusivement sur la

dépense en soins et en biens médicaux (qui représente entre 89 % et 95 % de la dépense courante de santé selon les pays, cf. encadré Méthode p. 3).

D'autre part, ces cinq études se fondent sur une méthode commune de calcul, dite méthode *top down* (ou approche descendante). Celle-ci consiste à décomposer progressivement l'ensemble des dépenses de soins et de biens médicaux en parts attribuables à chaque maladie. Partant des dépenses connues dans les Comptes nationaux de la santé, cette méthode applique des clefs de répartition pour ventiler les grands agrégats de dépenses par catégorie diagnostique. Une approche inverse, ascendante, qui aurait consisté à reconstituer les coûts pour chaque pathologie puis à les sommer, n'aurait présenté aucune garantie d'exhaustivité ni de cohérence avec les dépenses issues des comptes nationaux.

Par ailleurs, les cinq pays ont utilisé la Classification Internationale des Maladies 10^e révision (CIM 10) comme nomenclature de base pour coder les

diagnostics dans les différentes sources d'information utilisées et, ainsi, classer les dépenses. Dans la majorité des cas, la répartition à un niveau détaillé de la CIM est possible (Allemagne, Pays-Bas) mais certaines études ne permettent d'affecter les dépenses qu'au niveau des grands chapitres de la CIM : c'est notamment le cas en France (Paris *et al.*, 2003).

T1

Le poids des dépenses de santé en Allemagne, en Australie, au Canada, en France et aux Pays-Bas

	Allemagne 2004	Australie 2000	Canada 1998	France 2002	Pays-Bas 2003
Unité monétaire nationale (UMN)	€	AUS \$	CAN \$	€	€
Dépense courante de santé (champ de la comptabilité nationale)					
en milliards d'UMN	233,98	61,66	83,74	165,21	57,51
Dépense nationale de santé (champ de l'OCDE)					
en milliards d'UMN	233,98	60,37	82,48	155,04	45,11
en pourcentage du PIB	10,6 %	9,0 %	9,2 %	10,0 %	9,9 %
en valeur <i>per capita</i> , US \$ PPA	3 043 \$	2 406 \$	2 291 \$	2 886 \$	3 022 \$
Dépense de santé considérée dans le champ des études « Coûts par pathologie »					
Dépense totale de santé, en milliards d'UMN	224,94	60,90	74,25	129,55	45,11
Pourcentage de cette dépense qui ne peut pas être répartie par pathologie	0,0 %	12,5 %	27,2 %	8,0 %	9,3 %

Guide de lecture : pour la France, la dépense courante de santé de l'année 2002, telle que publiée dans les Comptes nationaux, s'élève à 165,21 milliards d'euros. Calculée avec la classification de l'OCDE, la dépense nationale de santé est alors de 155,04 milliards d'euros, ce qui représente 10 % du Produit intérieur brut ou encore 2 286 US \$ par habitant en parité de pouvoir d'achat (PPA) [Cf. encadré Définition p. 5]. Enfin, dans l'étude « Coûts par pathologie », la dépense ne porte que sur les soins et les biens médicaux : elle est de 129,55 milliards d'euros et 8 % de cette dépense n'ont pas pu être répartis par pathologie.

Source : tableau adapté de Heijink *et al.* (2008).

Enfin, les sources d'information utilisées pour produire ces études sont globalement de même nature d'un pays à l'autre. En France, les Comptes par pathologie utilisent principalement le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour le secteur hospitalier et, pour le secteur ambulatoire, différentes enquêtes et panels d'activité médicale, notamment l'Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) d'IMS-Health. Dans les autres pays, les études utilisent également ce type de sources qui combinent données administratives et données d'enquête.

... mais des divergences importantes qui biaisent la comparabilité

Afin de garantir la cohérence et la comparabilité des dépenses de santé, il est nécessaire de disposer d'un système international commun de règles sur la production des données comptables en santé. À ce titre, le *System of Health Accounts* (SHA), mis en œuvre par l'OCDE, permet de disposer d'une nomenclature de référence pour les Comptes de la santé. Le SHA repose sur un ensemble de concepts, de définitions et de règles de comptabilité communes qui vise à harmoniser la production internationale des données comptables de santé pour en améliorer la comparabilité dans le temps et dans tous les pays (Cf. encadré Méthode, ci-contre).

Or, dans les cinq pays retenus dans l'analyse, les différences de structures dans les Comptes nationaux de la santé représentent un obstacle majeur au travail de comparaison, notamment parce que ces comptes ne sont pas tous produits conformément au système SHA, à la fois en termes de périmètre et de structuration des dépenses de santé. Ainsi, le champ couvert par les dépenses de santé diffère d'un pays à l'autre et les catégories de soins définies dans les comptes de la santé et les études de coûts par pathologie renvoient à des réalités diverses. Ces différences de structure s'expliquent essentiellement par des disparités dans l'organisation et le financement des soins.

MÉTHODE

Les Comptes nationaux de la santé

Chaque pays dispose d'un système de comptabilité nationale, dans lequel sont notamment retracés la production, la consommation et le financement de la fonction santé. Les Comptes de la santé français, qui sont produits et publiés chaque année par la Drees (Fénina *et al.*, 2008), présentent deux agrégats monétaires principaux :

- la dépense courante de santé (DCS) qui somme les dépenses engagées par l'ensemble des financeurs publics et privés pour la fonction santé sur le territoire national ;
- la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) qui est limitée aux biens et services médicaux, marchands et non marchands, consommés à titre individuel.

La CSBM est déclinée par secteur de soins (hôpital, médecine de ville, médicaments, etc.) et par financeur (Assurance maladie, complémentaires santé, ménages, etc.).

Afin de raisonner sur un champ comparable dans les comparaisons internationales, l'OCDE préconise le calcul d'un agrégat alternatif, la dépense nationale de santé (Cf. tableau 1) : celle-ci se différencie quelque peu de la DCS car elle intègre les investissements du secteur public hospitalier ainsi que les dépenses relatives à la dépendance et au handicap, mais ne comptabilise pas les indemnités journalières ni les dépenses de recherche et de formation médicale.

La nomenclature SHA (*System of Health Accounts*)

Le SHA propose une grille commune pour la production des Comptes de la santé, à travers des règles de comptabilité identiques et une déclinaison des agrégats monétaires selon trois critères : la nature des soins (*health care function*), le producteur des soins (*health care provider*) et la source de financement (*source of financing*).

Peu de pays produisent directement leurs Comptes conformément à la nomenclature SHA, mais pour la plupart d'entre eux, il est possible de reclasser les dépenses de soins selon cette nomenclature. La typologie par producteur de soins, en particulier, est réellement opérationnelle pour l'homogénéisation des résultats des Comptes de la santé et des études de coûts par pathologie, en vue d'une comparaison internationale :

- HP1. Soins hospitaliers (court et moyen séjour) ;
- HP2. Établissements de soins de longue durée ;
- HP3. Médecine de ville ;
- HP4. Médicaments et autres biens médicaux (marché officinal) ;
- HP5. Dépenses de santé publique et prévention ;
- HP6. Administration et gestion du système de santé et de l'Assurance maladie ;
- HP7. Autres producteurs de soins ;
- HP9. Autres dépenses.

Par exemple, les frontières tracées entre les activités sanitaires et le secteur médico-social varient selon les pays. Ainsi, aux Pays-Bas, les dépenses portant sur les soins à domicile fournis aux personnes âgées et dépendantes sont incluses dans le périmètre des Comptes nationaux de la santé, ce qui n'est pas le cas dans le système SHA. De la même manière, à la différence du SHA, la France comptabilise dans la dépense courante de santé les indemnités versées en cas d'accident du travail ou de maladie pour compenser la perte de salaire.

En second lieu, un autre facteur important rend la comparaison internationale difficile : dans les cinq études, le

pourcentage des dépenses qui ne peuvent être affectées à une catégorie diagnostique varie beaucoup d'un pays à l'autre. Généralement, en effet, compte tenu des sources d'information disponibles, les dépenses de soins ne peuvent pas être réparties en totalité par pathologie ou groupe de pathologies. Pour la France par exemple, dans les Comptes par pathologie pour l'année 2002, la répartition n'a pu être effectuée que pour un montant de 119,2 milliards d'euros sur un total de 129,6 milliards d'euros, soit 92 % de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM). Les 10 milliards restants n'avaient pu être répartis par manque de données.

Dans les études de coûts par pathologie retenues ici, la part des dépenses non réparties est très variable selon les pays: elle est nulle en Allemagne et s'échelonne de 9 % de la dépense de soins et de biens médicaux pour les Pays-Bas à 27 % pour le Canada. En France, elle s'élève donc à 8 % et en Australie à 12,5 %. Plus cette proportion est élevée, moins les résultats de l'étude sont robustes: ces variations importantes représentent un handicap majeur pour la fiabilité de la comparaison.

Afin de rendre la comparaison possible, il a donc été nécessaire, d'une part, de

reclasser les résultats des études de coûts par pathologie selon les catégories de la nomenclature SHA et, d'autre part, de restreindre le périmètre des dépenses considérées pour travailler sur un champ homogène et réellement comparable.

Nous avons opté pour la nomenclature SHA afin d'obtenir une répartition des dépenses par postes de soins qui soit comparable pour les cinq pays: sa compatibilité méthodologique avec les différentes comptabilités nationales nous permet de reclasser les résultats de la ventilation par pathologie dans les catégories de la nomenclature SHA. Aux Pays-Bas, cette

transposition est déjà effectuée en routine et l'étude de coûts par pathologie, tout comme les Comptes nationaux, sont directement disponibles au format SHA.

En outre, le choix a été fait de restreindre les postes de soins à inclure afin de rendre le champ de la comparaison plus homogène: celle-ci ne porte que sur les dépenses relatives aux soins hospitaliers, de médecins et de dentistes, ainsi qu'aux médicaments prescrits (qui correspondent respectivement au poste HP1, à une fraction du poste HP3 et au poste HP4 dans la nomenclature SHA, Cf. encadré Méthode p. 3).

T2

Les dépenses par pathologie dans les cinq pays pour les soins hospitaliers, de médecins, de dentistes et les médicaments prescrits

Catégorie de pathologies	Allemagne 2004		Australie 2000		Canada 1998		France 2002		Pays-Bas 2003	
	%	Coût per capita ¹	%	Coût per capita ¹	%	Coût per capita ¹	%	Coût per capita ¹	%	Coût per capita ¹
Maladies de l'appareil circulatoire (cardiovasculaire)	15,1	273	11,3	175	12,6	191	13,6	226	12,2	210
Maladies de l'appareil digestif	18,6	336	14,7	227	18,2	275	13,4	222	13,9	240
Troubles mentaux et du comportement	7,5	135	6,1	95	8,7	132	10,9	181	13,1	225
Tumeurs	8,1	146	6,3	97	4,5	67	7,1	118	6,0	103
Maladies de l'appareil respiratoire	6,0	108	7,7	118	6,4	97	7,1	119	5,6	96
Maladies du système ostéo-articulaire et des muscles	9,8	177	8,0	124	4,9	74	7,1	118	7,6	131
Maladies du système nerveux	6,4	115	4,5	70	5,2	79	6,1	102	5,9	101
Lésions traumatiques et empoisonnements	4,8	86	9,1	138	6,1	91	6,0	99	4,1	70
Autres catégories	2,9	52	-	-	10,8	163	5,9	97	-	-
Maladies de l'appareil génito-urinaire	4,5	82	4,9	76	4,8	73	5,3	89	4,0	69
Symptômes, signes et états morbides mal définis	3,2	57	12,4	191	3,3	50	4,4	73	10,8	186
Maladies endocriniennes et métaboliques	6,0	109	5,3	82	2,9	44	4,3	71	2,9	50
Grossesse, accouchement et puerpéralité	1,7	30	3,2	50	2,4	37	2,8	46	3,3	57
Maladies infectieuses et parasitaires	2,0	36	2,6	39	1,6	25	2,4	39	3,0	51
Maladies de la peau	1,9	34	2,6	40	2,7	42	1,6	27	2,4	41
Maladies du sang	0,6	11	-	-	0,4	6	0,5	8	0,6	11
Malformations congénitales	0,6	10	0,4	7	0,3	5	0,5	8	0,7	11
Certaines affections périnatales	0,3	11	0,9	13	0,6	9	0,5	9	1,1	19
Dépenses non réparties	-	-	-	-	3,6	54	0,5	8	2,7	47
Sous-total: dépense relative aux quatre postes de soins retenus (A)	100,0	\$1 808	100,0	\$1 543	100,0	\$1 512	100,0	\$1 659	100,0	\$1 719
Dépense totale en soins et biens médicaux (B)		\$2 924		\$2 262		\$2 211		\$2 817		\$2 874
Pourcentage inclus dans la comparaison (A/B)		62 %		68 %		68 %		59 %		60 %

¹ Les coûts sont exprimés *per capita*, en US\$ parité de pouvoir d'achat (PPA).

Source: tableau adapté de Heijink et al. (2008).

Des tendances communes : la prédominance des maladies cardiovasculaires, digestives et mentales

Les résultats observés dans les cinq pays montrent de fortes tendances communes (Cf. tableau 2). Dans tous les pays, trois grands groupes de pathologies occasionnent les coûts les plus importants : les maladies cardiovasculaires, les troubles mentaux et du comportement, ainsi que les maladies de l'appareil digestif. Ils sont suivis par les maladies du système ostéo-articulaire et des muscles, et par les tumeurs. Autre point commun, les coûts peu élevés associés à deux autres catégories de pathologies : les complications de la grossesse et de l'accouchement, et les maladies du sang.

Au-delà de ces similitudes, les résultats montrent également des différences significatives entre les pays. En Allemagne par exemple, les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies du système ostéo-articulaire et des muscles occasionnent des coûts significativement plus élevés que dans les autres pays : respectivement 15,1 % et 18,6 % des dépenses relatives aux quatre postes de soins retenus. Il en est de même pour les maladies de l'appareil respiratoire en Australie et pour les troubles mentaux aux Pays-Bas, qui représentent une part relativement importante des dépenses de soins.

Cependant, ces résultats doivent être interprétés avec prudence à double titre.

D'une part, la transposition des résultats dans la nomenclature SHA peut biaiser en partie la comparaison pour certaines études dont les normes de compa-

bilité nationale s'écartent largement des principes du SHA.

D'autre part, les quatre postes de soins retenus dans la comparaison (soins hospitaliers, de médecins, de dentistes et médicaments) ne couvrent qu'une partie de la dépense en soins et biens médicaux : 68 % pour l'Australie et pour le Canada, 62 % pour l'Allemagne, 60 % pour les Pays-Bas et 59 % pour la France. Pour certains groupes de pathologies, cette restriction peut conduire à la non-prise en compte d'une part substantielle des dépenses de soins ; les groupes de pathologies concernées diffèrent selon les pays. Par exemple, certains troubles mentaux comme les démences sont souvent pris en charge en soins infirmiers à domicile. Ces soins n'ont pas été sélectionnés en raison des variations importantes constatées d'un pays à l'autre dans la répartition des coûts par pathologie. En conséquence, les dépenses de santé relatives aux troubles mentaux ne sont que partiellement couvertes dans la comparaison présentée dans le tableau 2. À titre d'exemple, la part des dépenses totales relatives aux troubles mentaux et du comportement, incluse dans la comparaison n'est que de 55 % pour l'Allemagne et de 48 % pour les Pays-Bas.

Des différences délicates à expliquer

Les écarts dans les résultats de ces cinq études de coût par pathologie peuvent s'expliquer par les différences d'organisation et de performance des systèmes de santé ou par le profil épidémiologique et démographique respectif de chaque pays.

Différents indicateurs internationaux comparables ont été mobilisés pour illustrer les différences de résultats constatées entre les pays : la prévalence et la mortalité associées aux différentes pathologies et la composition par âge et sexe de la population.

Malheureusement, cette approche ne nous a pas permis de tirer des enseignements satisfaisants (Cf. Heijink *et al.*, 2008). En effet, les disparités méthodologiques

d'une étude à l'autre nous empêchent d'interpréter les différences de résultats de manière fiable ou de les imputer avec certitude à des causes épidémiologiques ou démographiques précises. Par exemple, la répartition des dépenses par pathologie est déclinée par âge et sexe de manière très précise aux Pays-Bas ou en Australie, mais aucun détail de ce genre n'est disponible dans les Comptes par pathologie français.

Des ajustements nécessaires pour améliorer la comparabilité globale

Pour améliorer la comparabilité des études de coûts par pathologie, et en faire réellement des outils de comparaison de performances et de pilotage des systèmes de santé, certaines conditions sont requises. D'une part, il convient, dans les différents pays, de pérenniser et d'actualiser ces études de coûts par pathologie qui apportent un éclairage nouveau sur les ressources allouées aux différentes maladies dans le système de santé. Dans cette perspective, il serait nécessaire de se doter de règles de comptabilité communes et d'une nomenclature de référence et, donc, de produire les Comptes nationaux de la santé et les études nationales de coût par pathologie en conformité avec la nomenclature SHA.

Dans les années 1990, un nombre croissant de pays se sont attachés à réviser leur système de statistiques de santé et à les faire évoluer grâce à des systèmes d'information de plus en plus complets. À terme, l'élaboration progressive d'importantes bases de données devrait permettre d'améliorer la comptabilité au niveau national en couvrant de façon plus exhaustive les multiples aspects des dépenses de santé.

En mettant ainsi à profit la généralisation des sources d'information, les résultats publiés dans les études de coûts par pathologie pourront être affinés. Il s'agira à la fois de produire des résultats par pathologies fines, et non par grande catégorie diagnostique, mais également d'introduire de façon systématique une ventilation de ces dépenses par sexe et par classe d'âge.

DÉFINITION

Parité de pouvoir d'achat (PPA) : taux de conversion monétaire qui permet d'exprimer dans une unité commune les pouvoirs d'achat des différentes monnaies. Elle intègre non seulement le taux de change entre devises mais aussi la quantité d'unité monétaire nécessaire pour se procurer le même « panier » de biens et de services dans différents pays.

Enfin, notons qu'à ce stade, nous n'avons utilisé dans ces études que la structure des dépenses de santé par producteur de soins (*health provider*) des SHA. À terme, il serait particulièrement instructif d'utiliser les autres critères de partitionnement proposés par le SHA et notamment de

ventiler les dépenses par pathologie selon la source de financement (assurances maladies publiques et privées, État, ménages, etc.).

Ce processus d'harmonisation des Comptes nationaux de la santé et de conver-

gence des études de coûts par pathologie ne pourra toutefois se faire que progressivement : un travail préalable d'expérimentation et de coopération internationale est indispensable pour développer des concepts et des méthodes qui soient opérationnels et fassent consensus. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Heijink R., Noethen M., Renaud T., Koopmanschap M., Polder J. (2008), "Cost of Illness: An International Comparison: Australia, Canada, France, Germany and The Netherlands", *Health Policy*, 88(1): 49-61.
- Fénina A., Geffroy Y., Duée M. (2008), *Comptes nationaux de la santé*, Drees, Document de travail n° 126, www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat126.pdf
- Fénina A., Geffroy Y., Minc C., Renaud T., Sarlon E., Sermet C. (2006), « Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France », *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 111, www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes111.pdf
- Paris V., Renaud T., Sermet C. (2003), *Des comptes de la santé par pathologie: un prototype sur l'année 1998*, CREDES, rapport n° 1480, www.irdes.fr/Publications/Rapports2003/rap1480.pdf
- OCDE (2000), *A System of Health Accounts v1.0*, rapport de travail, www.oecd.org/dataoecd/41/4/1841456.pdf

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ 10, rue Vauvenargues 75018 Paris www.irdes.fr • Tél.: 01 53 93 43 02 • Fax: 01 53 93 43 07 Email: publications@irdes.fr

IRDES

Directrice de la publication: Chantal Cases • Rédactrice en chef technique: Anne Evans • Rédactrice: Anna Marek
Relectrice: Catherine Sermet • Correctrice: Martine Broido • Maquettiste: Franck-Séverin Clérembault
ISSN: 1283-4769 • Abonnement annuel: 60 € par an Prix du numéro: 6 € •

Dernières publications de l'Irdes

Documents de travail



Mai 2009 *Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables ? Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France.* Zeynep Or, Renaud Thomas, Laure Com-Ruelle. Document de travail n° 25.

Avril 2009 *Income and the Demand for Complementary Health Insurance in France.* Grignon Michel, Kambia-Chopin Bidénam. Document de travail n° 24.

Mars 2009 *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A). Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères.* Or Zeynep, Renaud Thomas. Document de travail n° 23.

 [Historique et page de téléchargement des documents de travail](#)

Questions d'économie de la santé



Mai 2009 *La santé perçue des 55 ans et plus en France et au Québec : différences et similitudes.* Jocelyne Camirand, Catherine Sermet, Valeriu Dumitru, Stéphanie Guillaume. *Questions d'économie de la santé* n° 142.

Avril 2009 *Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande.* Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousquès. *Questions d'économie de la santé* n° 141.

Mars 2009 *L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients. Exploitation des données du PMSI HAD 2006.* Anissa Afrite, Mylène Chaleix, Laure Com-Ruelle, Hélène Valdelièvre. *Questions d'économie de la santé* n° 140.

 [Historique et page de téléchargement des Questions d'économie de la santé](#)