

## L'impact du dispositif des affections de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008

Paul Dourgnon (Irdes ; Université Paris-Dauphine, Leda-Legos), Zeynep Or (Irdes),  
Christine Sorasith (Irdes)

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) vise à réduire la charge financière des assurés souffrant d'une maladie longue et coûteuse. Introduit dès 1945 au titre de quatre maladies (cancer, tuberculose, poliomyélite, maladie mentale), il concerne aujourd'hui 32 groupes de pathologies. En 2009, les personnes en ALD représentent 15 % des assurés du régime général, soit 8,6 millions de personnes. Leurs dépenses s'élèvent à 60 % du total des dépenses remboursées et croissent à un rythme annuel de 4,9 % de 2005 à 2010.

Un dispositif de ce type peut-il prendre en charge de façon satisfaisante l'ensemble des problèmes d'accès financier aux services de santé ? Comment l'effet de l'ALD s'articule-t-il avec les autres dispositifs jouant sur les restes à charge (Complémentaire privée, Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)) ? À partir des données appariées de l'Enquête santé et protection sociale de l'Irdes et de l'Echantillon permanent des assurés sociaux (Epas) des régimes d'assurance maladie, l'impact des ALD sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires est étudié sur la période 1998-2008.

Plus âgées que le reste de la population, les personnes en ALD sont aussi plus défavorisées et leurs restes à charge plus élevés. Le niveau d'inégalité de consommation de soins ambulatoires au sein de la population en ALD, en faveur des plus riches de 1998 à 2000, devient non significatif à partir de 2002 alors qu'il demeure significatif dans le reste de la population. Au total, le dispositif des ALD améliore l'accès aux soins ambulatoires des personnes qui en bénéficient et ainsi contribue à réduire le niveau d'inégalités constaté dans l'ensemble de la population. Il existe également une forme de complémentarité entre CMU-C et ALD. Néanmoins, les inégalités de recours aux spécialistes, en faveur des plus riches, perdurent tant pour les personnes en ALD que les autres.

**L**es politiques visant à réduire les inégalités dans le domaine de la santé en France ont le plus souvent porté sur l'accès aux soins, soit à travers l'extension du champ de l'Assurance maladie obligatoire (Couverture maladie universelle (CMU) dite « de base » et Aide médicale de l'Etat (AME),

soit à travers l'extension des couvertures complémentaires (CMU complémentaire (CMU-C), Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)). La question de la capacité à payer des assurés sociaux s'est posée dès la naissance du régime général. Ainsi le dispositif des affections de longue durée (ALD),

instauré en 1945, vise à diminuer la charge financière des assurés souffrant de maladies longues et coûteuses en exonérant les patients du ticket modérateur pour les soins liés à la pathologie concernée, ceci indépendamment de leur niveau de revenu. Introduit initialement au titre de

quatre maladies (cancer, tuberculose, poliomyélite, maladie mentale), le dispositif en concerne aujourd'hui environ 400, regroupées dans 30 catégories<sup>1</sup>. Dès 1968, s'y ajoutent l'ALD 31 pour les affections « hors liste », mais nécessitant un traitement long et onéreux, et enfin l'ALD 32 pour les polyopathologies exigeant des soins importants. L'ajout de ces catégories montre déjà les limites d'un dispositif d'exonération uniquement basé sur des critères médicaux.

**Les personnes en ALD  
représentent 15 % de l'ensemble  
des assurés du régime général,  
soit 8,63 millions de personnes**

Les personnes en ALD sont 8,6 millions en 2009, soit 15 % de l'ensemble des assurés du régime général. Les affections cardiovasculaires, les tumeurs malignes, le diabète et les affections psychiatriques sont les plus fréquentes (Païta et Weill, 2009). Les dépenses des personnes en ALD représentent environ 60 % du total des dépenses remboursées par l'Assurance maladie. Ces dépenses croissent à un rythme annuel moyen de 4,9 % sur la période 2005-2010, contre 1,8 % pour les autres dépenses (Fenina *et al.*, 2010). Les raisons avancées pour expliquer cette évolution sont les effets combinés du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques, mais aussi des nouveaux traitements, de plus en plus onéreux (Hcaam, 2010). Le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam, 2010) a pointé certaines limites du dispositif : malgré leur prise en charge au titre de l'ALD, les personnes bénéficiant de ce dispositif supportent des restes à charge hors dépassements élevés, atteignant en moyenne le double de ceux des assurés sans ALD car elles cumulent souvent les pathologies. L'analyse du Hcaam montre également que les restes à charge supportés par les personnes en ALD sont très dispersés. Enfin, l'existence de restes à charge importants parmi les personnes

sans ALD montre que le dispositif laisse de côté certaines situations génératrices de fortes dépenses de soins.

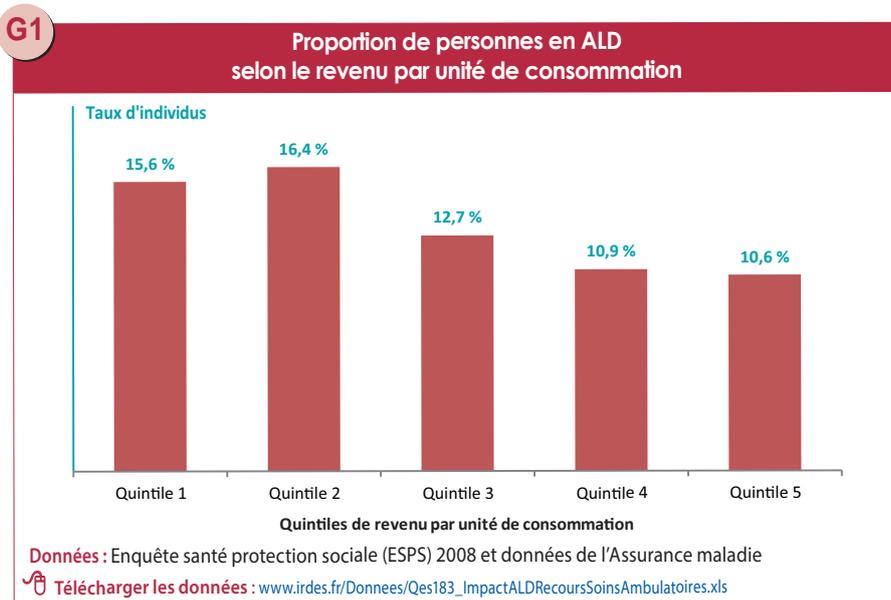
Le dispositif des ALD privilégie la solidarité entre malades et bien portants sans prise en compte de la situation socio-économique des individus. Nous questionnons ici l'impact de ce dispositif sur les inégalités de recours aux soins au regard des autres dispositifs d'assurance que sont la complémentaire et la CMU-C. Le dispositif des ALD n'a, du point de vue de l'équité de recours aux services de santé, jamais fait l'objet d'une investigation approfondie alors que son impact est déterminant pour l'accès aux soins, comme le montrent de récents travaux sur le renoncement aux soins (Dourgnon, 2012). Cette étude mobilise, sur la période de 1998 à 2008, des données appariées de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes et de l'Echantillon permanent des assurés sociaux (Epas) des régimes d'assurance maladie [encadrés Sources et Méthode]. L'association de ces deux sources permet d'analyser au niveau individuel les consommations de soins au regard de la situation socio-économique et des besoins de soins.

Nous montrons d'abord que la composition démographique, socio-économique et le recours aux soins de la sous-population des personnes en ALD diffère du reste de la population. Puis, nous comparons les niveaux et l'évolution des

inégalités de consommation de soins selon le niveau de vie dans ces deux sous-populations (en ALD *versus* sans ALD). Enfin, nous observons si le dispositif des ALD contribue à diminuer les inégalités sociales de recours aux soins ambulatoires observées dans l'ensemble de la population. Les dernières étapes reposent sur le calcul et la décomposition d'indices de concentration (van Doorslaer *et al.*, 2004, van Doorslaer *et al.*, 2006) qui permettent de mesurer des inégalités horizontales de recours aux services de santé. Le principe d'équité horizontale stipule qu'à besoin de soins identique, deux personnes doivent recevoir le même traitement médical quelle que soit leur situation sociale.

**Les personnes en ALD  
sont plus âgées  
et plus défavorisées...**

La proportion de personnes en ALD augmente avec l'âge et les hommes sont légèrement surreprésentés (52 %). En 2008, l'âge moyen des personnes en ALD est de 62,8 ans alors qu'il est de 35,4 ans pour le reste de la population, et parmi les personnes en ALD, 57 % sont à la retraite. Les actifs occupés représentent seulement 18 % de la population en ALD, contre 46 % des personnes sans ALD. Les ouvriers, agriculteurs et artisans sont surreprésentés parmi les



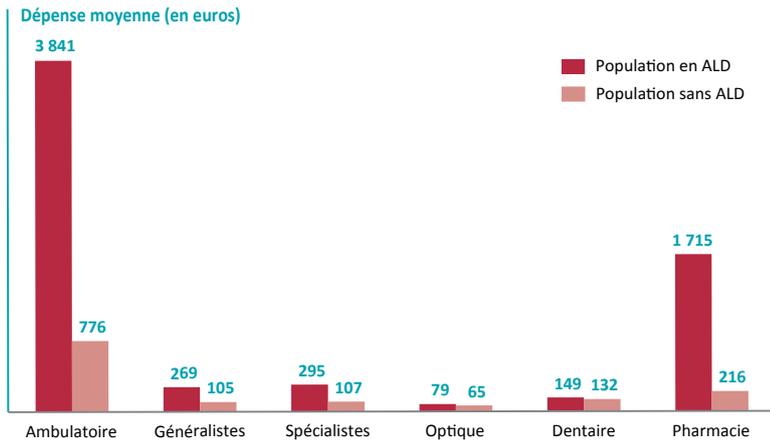
<sup>1</sup> Le décret n° 2011-726 du 24 juin 2011 (JO du 26 juin 2011) a retiré l'hypertension artérielle sévère (ALD 12) de la liste des ALD 30 à compter du 27 juin 2011.

G2

## Dépenses moyennes pour l'année 2008 des populations en ALD et sans ALD

REPÈRES

Cette synthèse est issue d'un rapport de recherche commandé et soutenu financièrement par la Direction générale de la santé (DGS). Elle s'inscrit plus largement dans les travaux de recherche menés à l'Irdes sur l'accès aux soins.



Données : Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008 et données de l'Assurance maladie

Télécharger les données : [www.irdes.fr/Donnees/Qes183\\_ImpactALDRecoursSoinsAmbulatoires.xls](http://www.irdes.fr/Donnees/Qes183_ImpactALDRecoursSoinsAmbulatoires.xls)

personnes en ALD. Les personnes non scolarisées ou avec un niveau d'études équivalent ou inférieur à l'école primaire représentent 52 % des personnes en ALD. Enfin, on observe un gradient selon le niveau de vie. La part des personnes en ALD est légèrement décroissante en fonction du revenu par unité de consommation, à partir du second quintile de revenus (graphique 1).

### ... et consomment beaucoup plus de soins

En 2008, la dépense moyenne ambulatoire des personnes en ALD est d'environ 3 900 euros, 5 fois plus que celle des personnes sans ALD dont la dépense moyenne est d'environ 800 euros. Leur dépense annuelle de médicaments s'élève à 1 720 euros contre environ 220 euros dans le reste de la population. Les dépenses de médecins (généralistes et spécialistes) atteignent pour leur part, en moyenne, près de 600 euros pour les personnes en ALD contre 200 euros pour le reste de la population. Les écarts sont plus faibles pour les soins dentaires et l'optique même si les dépenses restent plus élevées pour les personnes en ALD : respectivement 150 et 80 €, contre 130 et 65 € pour les personnes sans ALD. Les personnes en ALD recourent environ deux fois plus fréquemment aux médecins que le reste de la population. Elles

ont près de 10 séances de généralistes et près de 5 de spécialistes par an, contre respectivement 4 et 2 pour les personnes sans ALD.

### Elles ont un reste à charge plus important, surtout pour la pharmacie

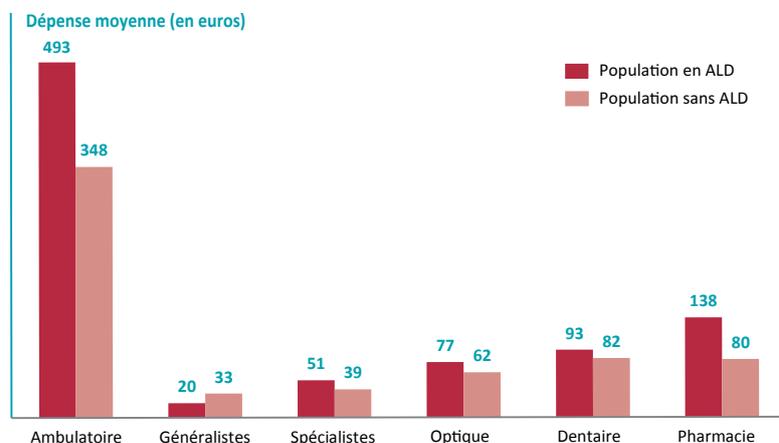
Sur la période de 1998 à 2008, le recours aux soins de l'ensemble de la population a augmenté, mais davantage parmi les personnes en ALD. Cependant sur cette

période, la croissance des restes à charge en ambulatoire est plus rapide pour les personnes sans ALD (+46 % contre +31 % pour les personnes en ALD).

Après remboursement de l'Assurance maladie, c'est-à-dire sans prendre en compte la prise en charge éventuelle par la couverture complémentaire ou la CMU-C, le montant moyen des dépenses restant à la charge des assurés est plus important chez les personnes en ALD. Le poste de pharmacie concentre le plus fort reste à charge des personnes en ALD : 140 euros contre 80 pour les personnes sans ALD. Rappelons que seuls les médicaments liés au traitement de la maladie reconnue en tant qu'ALD sont couverts par le dispositif. Les restes à charge en optique et en dentaire (qui ne font pas partie de la liste des ALD) sont plus élevés pour les personnes en ALD : 80 € contre 60 € pour l'optique et 95 € contre 80 € pour le dentaire. Le reste à charge de généralistes est en revanche supérieur pour les personnes sans ALD.

G3

## Restes à charge moyens pour l'année 2008 des populations en ALD et sans ALD

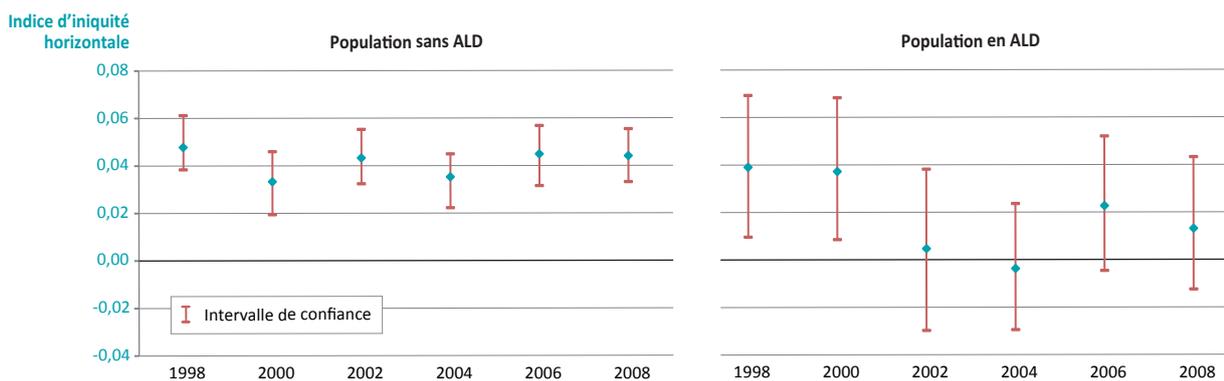


Données : Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008 et données de l'Assurance maladie

Télécharger les données : [www.irdes.fr/Donnees/Qes183\\_ImpactALDRecoursSoinsAmbulatoires.xls](http://www.irdes.fr/Donnees/Qes183_ImpactALDRecoursSoinsAmbulatoires.xls)

G4

## Évolution des inégalités de consommation de soins ambulatoires des populations sans ALD et en ALD



**Lecture :** Ce graphique présente l'évolution des inégalités de dépenses de soins ambulatoires. Un niveau d'inégalité positif et significatif, c'est-à-dire dont les bornes de l'intervalle de confiance sont situées au-dessus de zéro, signifie une situation d'iniquité en faveur des plus riches (encadré Méthode p. 5). Le raisonnement est le même mais en faveur des plus pauvres quand on bascule en dessous de zéro. Ainsi, pour la population en ALD, le niveau d'inégalités en termes de dépenses de soins ambulatoires significatif et en faveur des plus riches de 1998 à 2002, diminue ensuite et devient non significatif à partir de 2002.

**Données :** Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008 et données de l'Assurance maladie

**Télécharger les données :** [www.irdes.fr/Donnees/Qes183\\_ImpactALDRecoursSoinsAmbulatoires.xls](http://www.irdes.fr/Donnees/Qes183_ImpactALDRecoursSoinsAmbulatoires.xls)

### Moins d'inégalités de consommation de soins parmi les personnes en ALD que dans le reste de la population...

En population générale, les inégalités de dépenses de soins ambulatoires en faveur des personnes ayant un niveau de vie plus élevé sont significatives et constantes sur la période 1998-2008. Toutefois, les situations des populations en ALD et sans ALD sont très différentes. Le niveau d'inégalités au sein de

la population en ALD, significatif et en faveur des plus riches de 1998 à 2002, diminue ensuite et devient non significatif à partir de 2002 (graphique 4).

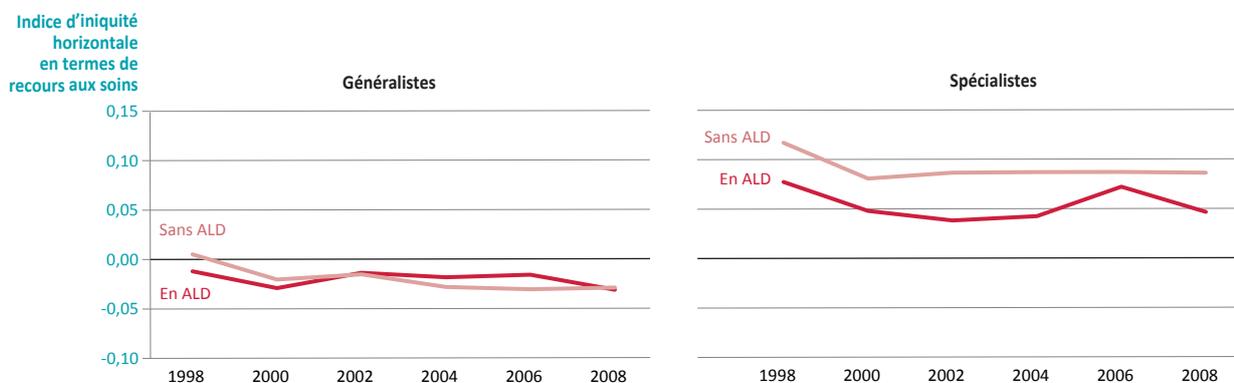
### ... mais les inégalités de recours aux spécialistes persistent dans les deux populations

Pour ce qui concerne les séances de généralistes, les situations des deux populations et leur évolution sont comparables.

D'une situation neutre en 1998 du point de vue de l'équité, le recours aux généralistes devient légèrement favorable aux moins riches dès 2000 et semble se stabiliser ensuite (graphique 5). Les soins de spécialistes, en revanche, montrent un net gradient social en faveur des plus riches et ce davantage parmi les personnes sans ALD. Les inégalités sociales de recours aux spécialistes diminuent de 1998 à 2000 et se stabilisent ensuite tout en restant significatives.

G5

## Évolution des inégalités de recours aux généralistes et aux spécialistes (en nombre de séances)



**Lecture :** Les inégalités sociales de recours aux généralistes (mesurés en nombre de séances) évoluent en faveur des plus pauvres pour les populations en ALD et sans ALD entre 1998 et 2008, mais, concernant les recours aux spécialistes, demeurent en faveur des plus riches dans les deux populations (encadré Méthode p. 5).

**Données :** Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008 et données de l'Assurance maladie

**Télécharger les données :** [www.irdes.fr/Donnees/Qes183\\_ImpactALDRecoursSoinsAmbulatoires.xls](http://www.irdes.fr/Donnees/Qes183_ImpactALDRecoursSoinsAmbulatoires.xls)

## Les ALD contribuent à diminuer le niveau global des inégalités de recours dans l'ensemble de la population...

L'analyse en décomposition de l'indice de concentration permet de mesurer la contribution du dispositif des ALD aux inégalités sociales de recours aux soins en isolant des effets propres des autres dispositifs d'assurance, couverture complémentaire et CMU-C, susceptibles de modifier le coût des soins et leur accessibilité. Nous utilisons pour cela une méthode de décomposition de l'indice de concentration (encadré Méthode) qui permet d'établir l'impact de chaque dispositif sur les inégalités observées en contrôlant pour l'état de santé, le genre et l'âge des individus. La contribution de chaque variable s'interprète elle-même comme un indice. Elle est favorable aux plus pauvres lorsque la contribution est négative et, à l'inverse, favorise les plus riches lorsqu'elle est positive.

Les ALD contribuent significativement à réduire les inégalités de dépenses de pharmacie, de spécialistes et de généralistes. En revanche, la contribution du dispositif des ALD à réduire les inégalités de dépenses optiques et dentaires est marginale (graphique 6).

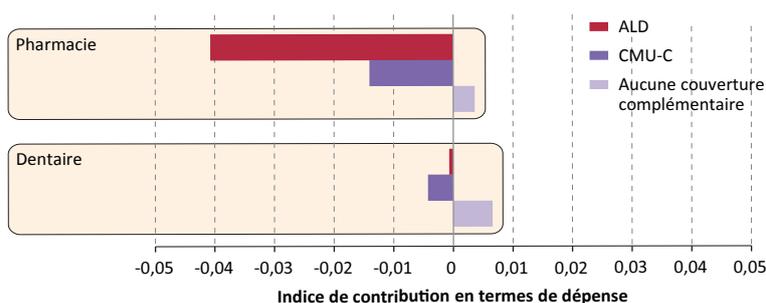
## MÉTHODE

La situation vis-à-vis de l'équité horizontale est mesurée selon une courbe de concentration qui met en relation la position dans l'échelle de revenus de la population, et le recours individuel aux soins rapporté au total des recours dans la population. Le niveau d'iniquité est mesuré par l'éloignement de la courbe à la première bissectrice, qui représente la situation d'équité parfaite vis-à-vis du revenu. Le recours – dépense, volume ou probabilité d'accès – est corrigé du besoin de soins. En cas d'inégalités de santé en défaveur des pauvres et de recours aux soins horizontalement équitable, c'est-à-dire ne dépendant que du besoin de soins, on observe une inégalité de recours en faveur des pauvres si elle n'est pas corrigée des différences de besoins de soins. Les avantages de la méthode sont les suivants :

- Comparabilité dans le temps et l'espace : la méthode fournit une mesure relative qui ne dépend pas du niveau moyen du recours.
- Comparabilité avec d'autres études : cette méthodologie est largement diffusée, notamment à travers les travaux du groupe ECuity ou de la Banque mondiale.

G6

### Contribution des dispositifs de couverture santé aux inégalités de dépense de pharmacie et de dentaire en 2008



**Lecture :** La contribution de chaque dispositif est favorable aux plus pauvres lorsqu'elle est négative et, inversement, favorise les plus riches lorsqu'elle est positive. Ainsi, en contrôlant du statut assurantiel, le dispositif des ALD a fortement contribué à réduire les inégalités de dépenses de pharmacie en faveur des plus pauvres.

**Données :** Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008 et données de l'Assurance maladie

📎 **Télécharger les données :** [www.irdes.fr/Donnees/Qes183\\_ImpactALDRecoursSoinsAmbulatoires.xls](http://www.irdes.fr/Donnees/Qes183_ImpactALDRecoursSoinsAmbulatoires.xls)

## SOURCE

Les données appariées de l'**Enquête santé et protection sociale** (ESPS) de l'Irdes et de l'**Echantillon permanent des assurés sociaux** (Epas) de la Cnamts ont été mobilisées conjointement sur la période de 1998 à 2008. L'enquête ESPS, menée par l'Irdes depuis 1988 (Allonier *et al.*, 2008), est une enquête en population générale qui interroge tous les deux ans un échantillon de 8 000 ménages (23 000 personnes). Elle renseigne sur les caractéristiques socio-économiques et de santé de l'assuré enquêté. La base Epas est un échantillon représentatif des assurés sociaux des trois principaux régimes d'Assurance maladie (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), Régime social des indépendants (RSI) et Mutualité sociale agricole (MSA)). Issue des systèmes d'information de l'Assurance maladie, la base Epas renseigne sur l'ensemble des prestations de soins pour un assuré sur une année donnée. L'association de ces deux sources permet d'analyser au niveau individuel les consommations de soins au regard de la situation socio-économique et des besoins de soins.

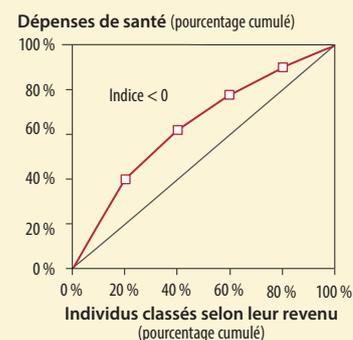
L'intersection des deux champs, c'est-à-dire les assurés présents dans la base Epas effectivement présents dans le ménage, soit environ la moitié des personnes enquêtées dans l'ESPS, est de l'ordre de 10 à 11 000 individus selon les années. La taille des échantillons de travail est assez constante au cours du temps, de 9 117 à 10 551. Le taux de personnes en ALD est passé de 9,5 % en 1998 à 13,3 % en 2008. Ces taux restent très proches des statistiques publiées par l'Assurance maladie (15 % en 2008) [Païa et Weill, 2009]. Dans l'échantillon, la proportion de personnes bénéficiant de la CMU-C parmi les personnes en ALD s'élève à 3,74 % et à 3,27 % pour celles sans ALD.

- Neutralité de la mesure vis-à-vis de la position sociale des individus. La méthode ne surestime pas le poids d'un groupe social plutôt qu'un autre.
- Prise en compte de l'ensemble des individus de la population : la méthode prend en compte les situations individuelles et peut donc mettre en évidence les effets de gradients sociaux.
- Propriétés statistiques : de même que l'indice peut être rendu « pur » des inégalités de besoins de soins, il peut être décomposé selon des facteurs explicatifs (au sens statistique du terme) dont on peut mesurer la contribution, ainsi de l'éducation, de l'accès à l'assurance complémentaire, etc. (McGrail, van Doorslaer, *et al.* 2009). Dans une perspective d'étude chronologique, cela permet de suivre l'évolution du rôle des facteurs sociaux dans l'accès aux services de santé.

Dans le schéma ci-contre, la bissectrice représente une situation d'équité parfaite. La courbe de concentration se situe au-dessus de la bissectrice. Les personnes en bas de l'échelle concentrent davantage de soins. L'indice de concentration, égal à deux fois l'aire délimitée par la bissectrice et la courbe de concentration, est négatif.

L'indice est compris entre -1 à 1, où 0 signifie l'égalité parfaite (tout le monde a le même accès aux soins, quel que soit son niveau de vie), 1 signifie l'inégalité favorable aux plus riches maximale (la personne la plus riche consomme tous les soins), -1 l'inégalité pro-pauvre maximale (la personne la plus pauvre consomme tous les soins).

### Illustration de la courbe de concentration



Par contraste, la CMU-C a un impact d'ampleur supérieure sur les inégalités de consommation de soins de généralistes, mais un impact plus faible sur les inégalités de consommation de soins de spécialistes (graphique 7).

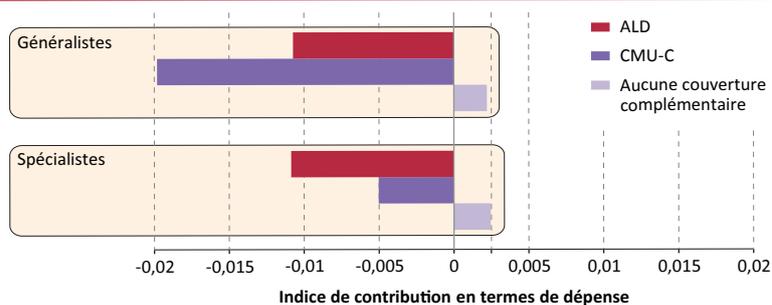
Enfin, le fait de ne pas avoir de complémentaire santé contribue aux inégalités en faveur des plus riches, particulièrement pour l'optique et le dentaire, postes peu remboursés par le régime obligatoire, et pour lesquels l'absence de complémentaire santé entraîne des renoncements plus fréquents (Dourgnon, 2012).

### ... sans pour autant corriger les inégalités de recours des personnes défavorisées, en mauvaise santé et sans ALD

Cette analyse mériterait des prolongements, en élargissant le champ d'étude de la consommation médicale, limité par le champ des données. Il n'est pas possible de mesurer de façon fiable la consommation hospitalière sur la période. De plus, le remboursement des complémentaires nous est inconnu. Il n'est donc pas possible d'étudier le véritable reste à charge supporté par les assurés. Enfin, la nature même de l'ALD, qui reflète à la fois une situation singulière du point de vue de la couverture des soins et de l'état de santé (une affection chronique) introduit une difficulté à différencier ce qui relèverait d'un besoin de soins spécifique et ce qui relève du dispositif d'exonération lui-même. Cependant, le fait de contrôler par d'autres variables de besoins de soins que sont l'âge, le genre et l'état de santé perçu réduit le risque d'erreur d'identification.

Au total, le dispositif de l'ALD permet un accès aux soins ambulatoires plus large aux personnes qui en bénéficient, même s'il ne donne droit qu'à l'exonération du ticket modérateur pour les soins en rapport avec la pathologie reconnue ALD. Les bénéficiaires de l'ALD étant issus de populations relativement plus défavorisées, le dispositif contribue à réduire le niveau d'inégalité constaté dans la population. Il existe une forme

## G7 Contribution en 2008 de l'ALD, de la CMU-C et de la complémentaire santé à la réduction des inégalités de recours aux spécialistes et généralistes



**Lecture :** Les dispositifs ALD et CMU-C contribuent à réduire les inégalités de recours aux spécialistes et aux généralistes. L'ampleur de la contribution est cependant plus forte pour l'ALD en matière de recours aux spécialistes et plus forte pour la CMU-C en matière de recours aux généralistes.

**Données :** Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008 et données de l'Assurance maladie

Télécharger les données : [www.irdes.fr/Donnees/Qes183\\_ImpactALDRecoursSoinsAmbulatoires.xls](http://www.irdes.fr/Donnees/Qes183_ImpactALDRecoursSoinsAmbulatoires.xls)

de complémentarité entre CMU-C et ALD, la CMU-C ciblant une catégorie de population selon un critère économique. La conjonction de ces deux dispositifs ne permet toutefois pas de faire disparaître l'ensemble des inégalités de

recours constatées dans le système de santé français. Rappelons que la France présente des niveaux d'inégalités de recours aux spécialistes les plus élevés d'Europe (OCDE, 2012). ◆

\* Les auteurs tiennent à remercier Stéphanie Guillaume (Irdes) pour sa précieuse aide à l'exploitation des données.

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2008), L'Enquête Santé Protection Sociale 2006, un panel pour l'analyse des politiques de santé, la santé publique et la recherche en économie de la santé, *Questions d'économie de la santé*, n° 131, avril.
- Dourgnon P. (2012). Le renoncement aux soins pour raisons financières : données, mesures, éclairages internationaux in Actes du colloque sur le renoncement aux soins du 22 novembre 2011 à Paris. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes\\_renoncement\\_soins\\_2012.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_renoncement_soins_2012.pdf)
- Fenina A., Le Garrec M.A., Koubi M. (2011). « Comptes nationaux de la santé 2010 », Drees, Document de travail série statistiques n° 161, septembre.
- Hcaam (2010). *Rapport annuel 2010. L'assurance maladie face à la crise : éléments d'analyse*, Hcaam, novembre.
- McGrail K., van Doorslaer E., Sanmartin C., Ross N. (2009). "Why are income-related health inequalities in Canada lower than in the United States? A decomposition analysis", *American Journal of Public Health* Oct;99(10):1856-63
- OECD (2012). *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD 2012.
- Païta M. et Weill P. (2009). « Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008 ». Cnamts, *Points repère* n° 27, décembre.
- Van Doorslaer E., Masseria C., Koolman X. for the OECD Health Equity Research Group (2006), «Inequalities in access to medical care by income in developed countries», *CMAJ Canadian Medical Journal*, 174 (2). doi:10.1503/cmaj.050584.
- Van Doorslaer E., Koolman X., Jones A.M. (2004). «Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe», *Health Economics*, 13, 7 : 629-647.
- Wagstaff A., van Doorslaer E. and Watanabe N. (2001), On Decomposing the Causes of Health Sector inequalities with an Application to Malnutrition inequalities in Vietnam, *Policy Research Working paper*, 2714.

**IRDES**

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •

10, rue Vauvenargues 75018 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 • Fax : 01 53 93 43 07 •

[www.irdes.fr](http://www.irdes.fr) • Email : [publications@irdes.fr](mailto:publications@irdes.fr)

Directeur de la publication : Yann Bourgueil • Rédactrice en chef technique : Anne Evans •

Secrétaire de rédaction : Anna Marek • Relecteurs : Émeline Rococo, Sylvain Pichetti • Correctrice : Martine Broido •

Maquettiste : Franck-Séverin Clérembault, avec l'aide de Damien Le Torrec • Imprimeur : DÉJÀ-LINK (Stains, 93) •

Dépôt légal : avril 2013 • Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • Abonnement annuel : 60 € •

Prix du numéro : 6 € • ISSN : 1283-4769.