

# Rapport d'activité 2005

Mars 2006

## CONSEIL D'ADMINISTRATION

<b>Président</b>	François Jolicierc
<b>Trésorier</b>	Jean-Marie Langlois
<b>Membres</b>	Hubert Allemand, Jacques Augustin, Laure Com-Ruelle, Yves Humez, Daniel Lenoir, Christine Meyer, Bernard Salengro, Catherine Sermet, Georges Simoni, Jean-Marie Thomas, Frédéric Van Roekeghem
<b>Chargé de mission scientifique et technique</b>	François Lenormand

## CONSEIL SCIENTIFIQUE

<b>Président</b>	Guy Desplanques
<b>Membres</b>	Jean-Marie Benech, Claude Beraud, Marc Brodin, Martine Bungener, Boyan Christoforov, Philippe Cuneo,  Michèle Fardeau, Maryse Gadreau, Pierre-Yves Geoffard, François Heran, Ludovic Lebart, François Lenormand, Andrée Mizrahi, Arié Mizrahi, Jean-Paul Moatti, Michel Naïditch, Henri Picheral, Gérard de Pouvourville, Simone Sandier, Alain Trognon

## EQUIPE DE RECHERCHE

<b>Directrice</b>	Catherine Sermet, directrice par intérim pour ce rapport
<b>Directeurs de recherche</b>	Yann Bourgueil, Laure Com-Ruelle, Philippe Le Fur, Catherine Sermet
<b>Maîtres de recherche</b>	Thierry Debrand, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Véronique Lucas-Gabrielli, Georges Menahem, Julien Mousques, Zeynep Or, Valérie Paris
<b>Chargés de recherche</b>	Anissa Afrite, Anne Aligon, Caroline Allonier, Thomas Barnay, Karine Chevreul, Nathalie Grandfils, Pascale Lengagne, Isabelle Leroux, Agnès Lièvre, Marc Perronnin, Thomas Renaud, Thierry Rochereau
<b>Chercheurs associés</b>	Carine Franc, Lise Rochaix
<b>Attachées de recherche</b>	Martine Broïdo, Frédérique Ruchon
<b>Responsable de la documentation</b>	Marie-Odile Safon
<b>Documentalistes</b>	Suzanne Chriqui, Agnès Grandin
<b>Responsable des publications</b>	Nathalie Meunier
<b>Informaticiens</b>	Nicolas Célant, Bruno Dervillez, Stéphanie Guillaume, Jacques Harrouin, Christophe Lainé, Sandrine Lorand, Nelly Le Guen, Catherine Ordonneau
<b>Secrétaire générale</b>	Dominique Goldfarb
<b>Cadre administratif</b>	Isabelle Henri
<b>Assistante de direction</b>	Catherine Banchereau
<b>Secrétaires-maquettistes</b>	Khadidja Ben Larbi, Franck-Séverin Clérembault, Aude Sirvain
<b>Secrétaire de la diffusion</b>	Sandrine Bequignon
<b>Employé de bureau</b>	Damien Le Torrec

# SOMMAIRE







<b>Outils (enquêtes, bases de données) .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Enquêtes.....</b>	<b>3</b>
1.1 Enquête Santé Protection sociale (ESPS).....	3
1.2 Appariement de l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) avec l'échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS) .....	4
1.3 Enquête Share / Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe .....	5
1.4 Retentissement de la tentative de suicide sur l'entourage proche du suicidant : enquête médico-économique, à moyen et long terme.....	6
1.5 Codage médical de l'enquête décennale santé de l'INSEE 2002-2003.....	7
<b>2. Travaux préalables pour des développements .....</b>	<b>8</b>
2.1 Eco-Santé : bilan d'activité de l'année 2005 .....	8
2.2 Etude de faisabilité d'un système d'information public sur la médecine ambulatoire.....	10
2.3 Soutien méthodologique à la SFMG pour le développement de son observatoire de la médecine générale.....	12
<b>3. Travaux méthodologiques sur les indicateurs.....</b>	<b>13</b>
3.1 Signification et validation du mini-module européen.....	13
3.2 Le projet « Indicators of Active Life Expectancies » de l'International Longevity Center (ILC) .....	13
3.3 Mesures de prévalence des problèmes d'alcool à travers les enquêtes en population générale .....	14
3.4 Expertise méthodologique sur l'analyse de la non réponse et les propositions de redressement de l'enquête nationale sur les populations suivies en psychiatrie .....	16
3.5 Les indicateurs de suivi des objectifs de la loi de Santé publique .....	17
<b>Axes de recherche.....</b>	<b>19</b>
<b>1. Etat de santé et coût des maladies.....</b>	<b>21</b>
1.1 Prévalence et coût de l'obésité.....	21
1.2 Prévalence de l'asthme et de ses comorbidités et évaluation de la qualité de vie et des recours aux soins chez l'adolescent et l'adulte asthmatiques.....	21
1.3 Le coût de la prise en charge du cancer du colôn en Ile-de-France .....	22
<b>2. Assurance et financement.....</b>	<b>23</b>
2.1 Les transformations du marché de l'assurance maladie complémentaire en France .....	23
2.2 Résultats de l'enquête menée auprès des entreprises sur la couverture complémentaire.....	23
2.3 Mobilité sur le marché de la couverture complémentaire.....	24
2.4 Impact de la CMU sur le recours aux soins .....	24
2.5 Variabilité des dépenses en part complémentaire des bénéficiaires de la CMU .....	25
2.6 Evaluation du dispositif d'aide à la mutualisation.....	27
2.7 Etude du lien entre niveaux de garantie et consommations de lunettes et de prothèses dentaires..	28

<b>3. Vieillesse et dépendance, impact sur le système de santé.....</b>	<b>30</b>
3.1 Modalités d'accès à la retraite pour raison de santé.....	30
3.2 Comparaison internationale sur l'impact du vieillissement sur l'absentéisme (France, Royaume-Uni et Canada) .....	30
3.3 Santé et offre de travail des seniors : l'importance des contextes .....	31
3.4 Ouvrage « Le vieillissement en Europe » .....	32
3.5 Le Forum franco-québécois de la santé .....	32
<b>4. Inégalités sociales / territoriales de santé et de recours aux soins.....</b>	<b>33</b>
<b>4.1 Mesure de l'état de santé.....</b>	<b>33</b>
4.1.1 Hétérogénéité sociale de mesure de l'état de santé et mesure des inégalités de santé.....	33
4.1.2 Revue de littérature fondée en partie sur un séminaire bibliographique.....	34
4.1.3 Mesurer la santé : un indicateur cardinal .....	34
<b>4.2 Mesure de la situation sociale.....</b>	<b>35</b>
Définition et mesure de la situation sociale dans un contexte épidémiologique.....	35
<b>4.3 Mesure des inégalités sociales de santé .....</b>	<b>36</b>
4.3.1 Evolution des inégalités de santé au cours des années 1990 : comparaison de plusieurs indicateurs de santé.....	36
4.3.2 Participation au projet EUROTHINE .....	37
<b>4.4 Effet de sélection, effet de causalité .....</b>	<b>37</b>
4.4.1 Les itinéraires professionnels en relation avec la santé.....	37
4.4.2 Discrimination liée à la santé sur le marché du travail.....	39
4.4.3 Effets cumulatifs à long terme de l'accès aux soins et du revenu sur les inégalités de santé .....	40
<b>4.5 Déterminants sociaux de la santé .....</b>	<b>42</b>
4.5.1 Analyse des déterminants sociaux des inégalités de santé.....	42
4.5.2 Colloque thématique de l'ADELFF : "Épidémiologie Sociale et Déterminants sociaux de la santé" ...	43
4.5.3 La santé des adultes selon leur origine sociale : transmission intergénérationnelle des inégalités sociales de santé .....	44
4.5.4 Vulnérabilité sociale et santé .....	45
4.5.5 Inégalités d'attitudes à l'égard du risque et inégalités de santé .....	46
<b>4.6 Inégalités de recours aux soins.....</b>	<b>47</b>
4.6.1 Politiques de santé en Europe et inégalités sociales .....	47
4.6.2 Mesure de l'évolution des disparités de recours aux soins dans les années 90.....	48
4.6.3 Rapports à la santé et aux soins : un continuum entre les exclus et les autres catégories sociales	49
4.6.4 Construction d'une enquête pilote « L'interaction entre médecins et malades productrice d'inégalités sociales de santé ? Le cas de l'obésité.» .....	50
4.6.5 Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire.....	51
4.6.6 Analyser les variations de l'état de santé et du recours aux soins selon le contexte géographique ..	52
<b>5. Evaluation des pratiques médicales et qualité des services de soins .....</b>	<b>53</b>
5.1 Polyprescriptions médicamenteuses en médecine générale .....	53
5.2 Prescription des statines : un éclairage pour promouvoir leur bon usage.....	53
5.3 Évaluation des effets de rappels informatiques à l'instauration et au suivi de l'éducation diététique de patients diabétiques de type 2. ....	54

5.4	Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë .....	54
5.5	Evaluation de l'action des GROG sur la prescription des antibiotiques par les généralistes et les pédiatres d'Ile-de-France.....	55
5.6	Contexte des séances de médecins et satisfaction des patients.....	56
5.7	Support technique à l'URCAM Champagne-Ardenne.....	56
<b>6.</b>	<b>Organisation des soins : soins primaires, soins ambulatoires et hospitaliers .....</b>	<b>57</b>
<b>6.1</b>	<b>Evaluation du fonctionnement du système de soins .....</b>	<b>57</b>
6.1.1	Mesure du délai d'attente pour un rendez-vous de spécialiste selon la densité des praticiens .....	57
6.1.2	Les modes d'accès aux spécialistes - état des lieux avant la mise en place du parcours de soins coordonnés.....	57
6.1.3	Evaluation d'une organisation de soin ville/hôpital : le réseau RESICARD (insuffisance cardiaque sévère dans l'Est parisien).....	58
6.1.4	Collaboration avec le CCOMS : l'évaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés	59
6.1.5	La démographie des professionnels en santé mentale : mise en perspective de l'offre de soins et du recours en psychiatrie.....	60
<b>6.2</b>	<b>Planification et organisation des soins primaires .....</b>	<b>61</b>
6.2.1	Aide à l'élaboration et au suivi des expérimentations de transfert de tâches entre médecins et professions paramédicales dans le cadre de l'ONDPS .....	61
6.2.2	Comparaisons internationales sur la médecine de groupe et les réseaux de professionnels de santé	61
6.2.3	Comparaisons internationales sur la substitution/délégation de tâches entre professionnels de santé dans le domaine des soins primaires.....	62
6.2.4	Projet de recherche sur une méthodologie d'élaboration de projet médical territorial avec le centre hospitalier du Haut Anjou.....	63
6.2.5	Projet de recherche sur une méthodologie de planification des soins ambulatoires.....	63
6.2.6	Distance d'accès aux soins.....	64
6.2.7	Les mesures et les dispositifs de régulation de la répartition des médecins : état des lieux et évaluation .....	64
6.2.8	Participation au Groupe Projet « Santé, Régions et Territoires » du Conseil régional d'Aquitaine (Pôle « Aménagement et développement territorial »).....	64
<b>6.3</b>	<b>Organisation des soins : les soins hospitaliers.....</b>	<b>65</b>
6.3.1	Réflexion autour de l'axe de recherche sur la production et l'organisation des soins dans les établissements de soins .....	65
6.3.2	Coût de prise en charge de certaines pathologies en MCO du secteur public .....	65
6.3.3	Les incitations à la qualité par le financement .....	66
6.3.4	Comparaison internationale sur la qualité des soins à l'hôpital : outils de mesure et état des lieux .	66
6.3.5	T2A et équité .....	66
6.3.6	La production dans les services de soins .....	66
6.3.7	La place et le coût de l'enseignement et de la recherche à l'hôpital.....	67
<b>6.4</b>	<b>Organisation des soins : Hospitalisation à domicile.....</b>	<b>67</b>
6.4.1	Alternatives à l'hospitalisation dans différents pays.....	67
6.4.2	Coût de création d'une place d'HAD versus un lit de SSR pour des soins de réhabilitation et d'accompagnement notamment chez les personnes âgées .....	68
6.4.3	La tarification à l'activité en HAD .....	68

<b>7. Consommation et prescription médicamenteuse, régulation du secteur du médicament</b>	<b>70</b>
<b>7.1 Consommation et prescription médicamenteuse</b>	<b>70</b>
7.1.1 La prescription d'antibiotiques chez les médecins généralistes	70
7.1.2 Comparaison internationale de la consommation d'antidépresseurs (Royaume-Uni, Allemagne, France)	70
7.1.3 L'utilisation des traitements hormonaux substitutifs	71
7.1.4 L'observance médicamenteuse	72
<b>7.2 Régulation du secteur du médicament</b>	<b>73</b>
7.2.1 Les politiques de prise en charge des médicaments en France, Allemagne et Angleterre	73
7.2.2 Déterminants du prix des médicaments en France	74
7.2.3 Stratégies de mise sur le marché des médicaments en Europe	75
<b>7.3 Les filières de soins</b>	<b>76</b>
L'évaluation du médecin traitant	76
<b>8. Travaux macroéconomiques et comparaisons de systèmes de santé</b>	<b>77</b>
<b>8.1 Travaux macroéconomiques</b>	<b>77</b>
8.1.1 Les dépenses de prévention en France : estimation à partir des comptes nationaux de la Santé de 2002	77
8.1.2 Comptes par pathologie, nouvelle version	77
8.1.3 Développement et comparaisons territoriales d'un "indicateur de sécurité humaine"	78
<b>8.2 Comparaisons internationales</b>	<b>79</b>
8.2.1 Projet Workhealth- phase II	79
8.2.2 Observatoire franco-qubécois de la santé	79
8.2.3 Impact de la décentralisation des systèmes de santé sur leurs performances	80
8.2.4 Collaboration Bertelsmann : Health Policy Monitor	81
8.2.5 Niveau de couverture et coûts des biens et services médicaux en Europe - projet européen BASKET	82
<b>9. Réponses aux appels d'offre</b>	<b>83</b>
<b>Documentation / Diffusion</b>	<b>85</b>
<b>Autres activités</b>	<b>109</b>
<b>Glossaire</b>	<b>123</b>

Signification des icônes utilisés :

-  *communication*
-  *en cours de rédaction*
-  *publication d'un article*
-  *publication d'un rapport*
-  *publication d'un 4 pages*
-  *publication « divers »*

*Les noms soulignés indiquent les responsables des études*

## **Outils (enquêtes, bases de données)**

---





# 1. Enquêtes

## 1.1 Enquête Santé Protection sociale (ESPS)

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

### 1.1.1 Apurement et exploitation d'ESPS 2004

L'Enquête Santé et Protection sociale (ESPS) a été réalisée en 2004 pour la 14<sup>ème</sup> fois. Les fichiers d'enquête ont été restitués à l'IRDES en janvier 2005. Au total, ce sont 8 000 ménages qui ont participé à l'enquête ESPS 2004 soit 22 000 individus, avec un taux de participation s'inscrivant dans une progression constante depuis 2000.

Les changements apportés au codage de la morbidité ont grandement modifié le déroulement de l'apurement. Une première version des données a été mise à disposition des chercheurs en février 2006, ainsi qu'une notice d'utilisation et un dictionnaire des données.

Quatre pondérations sur l'âge, le sexe et le régime de sécurité sociale portent sur les individus, les ménages, les répondants au questionnaire principal et le questionnaire « dernière séance ambulatoire » (cette dernière tient compte du nombre de séances annuel).

Le traditionnel rapport ESPS se décline pour 2004 en trois parties. La première consiste en une description des objectifs et de la méthodologie de l'enquête. La deuxième présente plusieurs nouvelles problématiques abordées en 2004, avec de premiers résultats et des perspectives de recherche. La dernière contient les premiers tableaux de résultats sur la couverture de santé, l'état de santé et les soins.

☞ *L'Enquête Santé Protection sociale 2004, un outil d'analyse pluridisciplinaire de l'accès aux soins, de la couverture et de l'état de santé des Français.* C. Allonier, P. Dourgnon, Th Rochereau, « Questions d'économie de la santé » n° 105, série « Méthode », janvier 2006.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum105.pdf>

☞ *Enquête Santé Protection sociale 2004* Ouvrage Collectif, rapport IRDES, à paraître.

☞ *Enquête Santé Protection sociale 2004, premiers résultats*, C. Allonier, P. Dourgnon, Th Rochereau, « Questions d'économie de la santé » à paraître.

☞ *Les données 2002 ont été mises à disposition de plusieurs équipes de recherche, dans le cadre de collaborations. Ces mises à disposition donnent lieu à un travail d'explicitation des besoins avec les chercheurs extérieurs, puis de mise en forme des données et enfin de réponse aux demandes d'information après la mise à disposition des données.*

### 1.1.2 Préparation de l'enquête ESPS 2006

Le travail sur la méthodologie et les questionnements s'est articulé autour de cinq comités de pilotage, dont quatre en 2005. Ont été impliqués dans ces travaux, outre les chercheurs de l'IRDES, des experts de la CNAMTS, CANAM, MSA et FNMF pour les organismes d'assurance maladie et complémentaire ; d'autres experts de l'AFSA et du CTIP ont été consultés à divers moments du processus ainsi que la DREES, l'INVS, l'AFFSA, le CNRS, EUROSTAT, l'INED, l'INPES, l'INSEE et INSERM<sup>1</sup> pour les organismes de recherche.

---

<sup>1</sup> Un glossaire des sigles des organismes figure à la fin de ce document.

➤ Tirage de l'échantillon d'adresses et sur-échantillonnage CMUC<sup>2</sup>

L'organisation de la remontée des adresses des trois régimes a commencé au troisième trimestre 2005, pour un envoi à la société d'enquête en février 2006. Un sur-échantillon CMUC, tiré dans l'EPAS<sup>3</sup>-CNAMTS de réserve sera enquêté, sur proposition et financement de la DREES.

➤ Nouveaux Questionnements 2006

Les nouveaux modules de questionnements concernent aussi bien la santé que l'accès aux soins et le statut économique et social (entre parenthèses : les promoteurs et/ou les experts consultés).

⇒ Etat de santé :

- module asthme (programme ministériel asthme : IRDES, INVS, DREES, INSERM),
- module nutrition (INVS),
- soins préventifs (INVS),
- santé mentale (GIS<sup>4</sup> Psy et IRDES),
- incapacité (IRDES, E. Cambois).

⇒ Accès aux soins :

- médecin traitant (IRDES, CNAMTS).

⇒ Statut économique et social :

- module Sicore d'identification de la PCS (INSEE),
- module origine sociale et antécédents familiaux d'état de santé (IRDES, IDEP),
- origine nationale (IRDES, INSEE),
- religion (IRDES).

Ces questionnements sont testés durant un pilote sur 250 personnes (février 2006).

## **1.2 Appariement de l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) avec l'échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS)**

*Nicolas Célant, Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Nelly Le Guen*

La procédure d'appariement a été dans un premier temps totalement remise à plat, ce qui a donné lieu en particulier à une actualisation du guide d'utilisation. A la suite de ce travail préparatoire, l'année 2002 a été appariée à nouveau de façon à être homogène avec l'année 2004. Les deux appariements sont finalisés. Les données agrégées au niveau individuel intégreront cette fois, en plus des dépenses, des informations sur les volumes (nombre de séances par spécialité) et les indemnités journalières (IJ). Le travail méthodologique et de programmation réalisé en 2005 permettra de travailler plus efficacement les appariements des données des années non encore appariées prévu en 2006.

Plusieurs exploitations des données 2002 ont en outre été réalisées pour le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM).

---

<sup>2</sup> *Couverture maladie universelle complémentaire*

<sup>3</sup> *Echantillon permanent des assurés sociaux*

<sup>4</sup> *Groupement d'intérêt scientifique*

### 1.3 Enquête Share / Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe

*Thierry Debrand, Paul Dourgnon, Dominique Polton, Catherine Sermet*

**SHARE** (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) est un projet d'enquête européen dont le but est de collecter des données homogènes sur des thèmes liés au vieillissement et à la retraite auprès d'européens de plus de 50 ans. Pluridisciplinaire, il rassemble des chercheurs d'horizons variés (épidémiologie, sociologie, statistique, psychologie, démographie, économie). En outre, il a vocation à être panélisté, c'est à dire à réinterroger les mêmes ménages au cours du temps.

Le projet SHARE 2004 a fédéré onze pays européens (Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grèce, Italie, Pays-Bas et en Suède et la Suisse). Ce projet d'enquête s'est nourri des expériences américaines (Health and Retirement Survey (HRS) aux Etats-Unis qui en est à sa sixième vague) et de l'expérience britannique (English Longitudinal Survey of Aging). L'enquête britannique devrait être intégrée à terme à l'opération SHARE. Des chercheurs américains, impliqués dans la gestion de l'enquête HRS sont aussi des partenaires dans le projet (University of Michigan, Survey Research Center, National Institute on Aging, Rand).

L'objectif spécifique du projet européen SHARE pour 2004 était la réalisation d'un test de faisabilité de l'enquête en vraie grandeur, sur un échantillon suffisamment large pour donner lieu à des premières exploitations statistiques. Cet objectif a été atteint, avec un total d'environ 15 000 ménages interrogés dans dix pays (les données belges ne sont pas encore disponibles), soit environ 1 500 par pays. En France, ce sont environ 1 100 ménages qui ont pour l'instant été interrogés, l'échantillon final sera porté à approximativement 2 000 ménages dans une vague complémentaire prévue à la fin du premier semestre 2005. Les données collectées à l'issue du pilote 2004 sont en voie d'apurement et de premières exploitations ont été réalisées.

#### ➤ Objectifs du projet

Le projet a deux grandes caractéristiques qui le distinguent d'autres opérations existantes.

L'une est son ambition pluridisciplinaire. Même s'il a plutôt été initié par un groupe d'économistes, l'idée est bien de croiser diverses approches du vieillissement individuel. Pour ne prendre qu'un exemple, les approches usuelles du choix d'âge de départ en retraite (Gruber et Wise, 2004) se bornent en général à l'examen des aspects financiers de ce problème, faute d'autres données. Or une dimension importante du sujet est l'état de santé. L'enquête SHARE devrait permettre de croiser ces deux dimensions du problème, en contrôlant par ailleurs de nombreuses autres variables susceptibles d'affecter ces comportements de départ en retraite : contexte familial, satisfaction au travail...

L'autre est le souhait d'avoir un instrument aussi harmonisé que possible entre les pays participants. Il y a deux utilisations possibles d'un instrument de collecte fortement harmonisé :

- la première est la production de statistiques comparatives fiables : l'état de santé se dégrade-t-il avec l'âge de manière similaire entre pays ? Comment se comparent les niveaux de vie relatifs des personnes âgées, leurs taux de recours au système de santé, leur participation au marché du travail, leur volume d'activité informelle, la densité de leur réseau familial... ?
- la seconde est d'utiliser les données de l'enquête non pas comme une série d'enquêtes nationales, mais comme un fichier de micro-données unique dans lequel la variabilité internationale n'est pas directement l'objet de la mesure, mais un facteur additionnel de variabilité interindividuelle permettant l'approfondissement de telle ou telle problématique. Par exemple, mesurer les effets des institutions sur des variables telles que l'épargne individuelle ou les comportements d'activité peut se faire de manière d'autant plus précise qu'on mélange des pays où ces facteurs institutionnels diffèrent fortement. Un gros échantillon transnational peut aussi être un bon outil pour tester telle ou telle hypothèse épidémiologique : par exemple, si la prévalence d'un comportement à risque

diffère fortement d'un pays à l'autre, utiliser une base de données internationale peut permettre d'estimer les conséquences de ces comportements de manière plus précise qu'un échantillon limité à un seul pays.

Cette partie propose une présentation générale succincte de l'organisation internationale de l'enquête et donne quelques éléments sur les caractéristiques spécifiques de la collecte française

➤ **Actualité de SHARE en 2005**

Les questionnaires utilisés en France pour le pré-test et le test principal réalisés en 2004 ayant été strictement équivalents, les résultats des deux opérations sont fusionnés dans la base de données internationale qui a été mise à disposition des chercheurs courant 2005, parallèlement à la sortie du volume des premiers résultats.

Grâce à la participation d'organismes français et américain, une vague supplémentaire a été réalisée courant 2005. Elle diffère de la vague 2004 en ceci qu'elle substitue au questionnaire auto-administré un questionnaire dit de « vignettes » sur la santé. Le principe des vignettes est d'étalonner les réponses sur l'état de santé subjectif par des questions portant sur des cas types<sup>5</sup>. Cette méthode devrait permettre en particulier d'améliorer la qualité des comparaisons internationales d'état de santé réalisées à partir de l'enquête SHARE.

Il a été décidé en 2005 qu'à partir de 2006, l'enquête serait réitérée sur un échantillon plus large, en fonction des financements européens consécutifs à cette première collecte. En outre, l'enquête sera étendue à la Pologne, la Tchéquie et Israël.

L'INSEE a été chargé de la collecte des données en France où le pilote SHARE 2004 a été réalisé en deux vagues auxquelles s'adjoint une troisième vague en 2005.

📖 *Enquête SHARE 2004 - Rapport de clôture*. Didier Blanchet, Thierry Debrand, Paul Dourgnon, Pascale Pollet. ▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bibliographies/bibresusom/2005/rap1615.htm>

📄 *Aspiration à la retraite, santé et satisfaction au travail : une comparaison européenne*. Didier Blanchet, Thierry Debrand. « Questions d'économie de la santé » n° 103, décembre 2004, 4 pages. ▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum103.pdf>

#### **1.4 Retentissement de la tentative de suicide sur l'entourage proche du suicidant : enquête médico-économique, à moyen et long terme.**

*Paul Dourgnon, Julien Mousquès, Philippe Le Fur (IRDES, Paris)*

*Projet sous la responsabilité de : Guillaume Vaiva (CHU Lille & INSERM U 513) et Alain Philippe (INSERM U513, Créteil)*

L'objectif de cette recherche est de mesurer de façon prospective l'impact de la tentative de suicide chez les proches du suicidant. Cet impact de la tentative de suicide sera mesuré en termes médico-économiques, en comparaison avec la consommation et le recours aux soins des ménages de l'enquête SPS, mais aussi en termes de détresse psychique parmi les proches du suicidant dans leur ensemble et de stress traumatique parmi les personnes ayant été exposées à la scène de la tentative de suicide.

L'année 2005 a été consacrée à la réalisation du protocole de recherche 2006-2008 dans le cadre du dépôt d'un PHRC<sup>6</sup> en mars 2005. Ce projet a reçu une réponse positive en juin 2005 et une pré-enquête

---

<sup>5</sup> « X peut marcher 200 mètres sans problèmes mais il se sent essoufflé après un kilomètre.... Pensez-vous qu'il se déplace sans difficulté ? avec un peu de difficulté ?... »

<sup>6</sup> *Programme hospitalier de recherche clinique*

de faisabilité pour laquelle l'investigateur principal bénéficie d'une subvention de la DGS a été mise en œuvre, confirmant la faisabilité de l'étude. La mise en place de l'étude a fait l'objet d'une journée de lancement le 2 mars 2006 à Paris avec l'ensemble des centres concernés.

↳ *Cette étude fait l'objet d'un financement dans le cadre d'un projet hospitalier de recherche clinique national 2005-2008.*

## **1.5 Codage médical de l'enquête décennale santé de l'INSEE 2002-2003**

*Catherine Sermet*

L'enquête décennale santé de 2002-2003 comportait de nombreuses interrogations en clair, dont certaines nécessitaient un codage spécialisé par un médecin : maladies déclarées, médicaments, soins infirmiers, actes de kinésithérapie, biologie, etc...

L'IRDES a assuré le codage de ces différentes variables.

Pour le codage des maladies, nous avons mis en place un codage semi automatisé des libellés les plus courants. Ce codage automatisé a été rendu possible grâce au service de codage des causes de décès de l'INSERM, qui nous a aimablement communiqué sa table de correspondance « libellés – code CIM10 ».

Le codage des maladies selon une procédure qui a consisté à coder d'abord tous les libellés, puis à réaffecter dans un deuxième temps les codes obtenus aux individus, a rendu très complexe l'apurement ultérieur de la base maladie. En effet, ce système a généré de nombreux doublons qu'il a fallu vérifier un par un. Par ailleurs, des doublons générés par l'attribution au même individu d'un code de symptôme (fièvre) et d'un code de la maladie correspondante (angine), n'ont pas pu être éliminés de la table maladie finale en raison de l'impossibilité d'automatiser un tel traitement. Cette particularité devra être prise en compte lors de l'exploitation des maladies de l'enquête santé.

↳ *Les fichiers comportant le codage de ces différentes variables ont été mis à la disposition de l'INSEE et de la DREES entre juillet et novembre 2005.*

## 2. Travaux préalables pour des développements

### 2.1 Eco-Santé : bilan d'activité de l'année 2005

Anne Aligon, Catherine Banchereau, Martine Broïdo, Jacques Harrouin, Christophe Lainé, Thierry Rochereau, Frédérique Ruchon

#### ➤ Le logiciel Eco-Santé

Jacques Harrouin, Christophe Lainé

Eco-Santé est un logiciel permettant d'exploiter plusieurs bases de données chiffrées sur les systèmes de santé et leur environnement démographique, social et économique. L'interface du logiciel permet de produire très rapidement et simplement des tableaux, des graphiques et des cartes, sans connaissances informatiques. 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 (45 ans pour la Base France), ce que font rarement les annuaires statistiques. Ces séries sont produites par les « grands organismes » : DREES, INSEE, INED, INSERM, CNAMTS, CANAM, MSA, INVS, IRDES...

Quatre bases d'Eco-Santé ont été produites en 2005 :

- Eco-Santé France co-production IRDES- DREES.
- Eco-Santé Régional co-production IRDES- DREES.
- Eco-Santé OCDE co-production IRDES-OCDE.
- Eco-Santé Québec partenariat avec l'INSPQ<sup>7</sup>, l'ISQ<sup>8</sup>, le MSSS<sup>9</sup> sous l'égide de l'OFQSS<sup>10</sup>.

Pour accroître la visibilité et l'accessibilité des bases Eco-Santé une version en ligne [www.ecosante.fr](http://www.ecosante.fr) a été introduite en 2005. Cette version 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 ainsi que les sources et méthodes des quatre bases Eco-Santé. La visualisation d'une série ainsi que l'exportation de celle-ci n'est, pour l'instant, disponible gratuitement que pour la base Québec. Pour les autres bases, l'accès à la version en ligne est subordonné à l'achat d'une version réseau. Il est à noter que les « grands organismes » disposent d'un accès complet et gratuit à l'ensemble des bases de la version en ligne.

#### ➤ Eco-Santé France

Anne Aligon, Frédérique Ruchon

La base France contient environ 15 000 séries, soit environ 190 000 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 2004.

Lors du passage de la comptabilité nationale en base 2000, des modifications d'agrégats ont eu lieu, entraînant la nécessité d'ajouter de nouveaux chapitres (comptes de la Santé base 2000, comptes de la Protection sociale base 2000, références économiques base 2000) ainsi que les aides adéquates et tous les indices de prix qui en découlent.

---

<sup>7</sup> Institut national de santé publique du Québec

<sup>8</sup> Institut de la statistique du Québec

<sup>9</sup> Ministère de la santé et des services sociaux Québec

<sup>10</sup> Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité

Enfin, la version 2005 a été marquée par l'introduction de nouvelles données sur la démographie des chirurgiens-dentistes, issues de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes.

➤ **Eco-Santé Régions & Départements**

*Martine Broïdo, Thierry Rochereau*

Outre la mise à jour des données déjà présentes dans Eco-santé, la principale nouveauté est la mise en place d'un chapitre dans Eco-Santé Régions et Départements sur l'activité de prélèvements et de greffes d'organes. Ces données nous sont fournies par l'Agence de Biomédecine (ex-Etablissement français des greffes).

Comme dans la base France, nous avons ajouté les données de démographie des chirurgiens-dentistes issues de l'Ordre. Concernant les sages-femmes, nous n'avons pas pu obtenir des données pour suffisamment de régions pour les présenter dans Eco-Santé.

Nous avons également ajouté des données sur les indemnités journalières pour le Régime général et la CANAM. Nous n'avons pas pu obtenir ces données de la part de la MSA pour le moment.

➤ **Eco-Santé OCDE**

*Catherine Banchereau, Martine Broïdo*

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 transmettent directement leurs propres données, tels que la DREES pour les comptes de la Santé, d'autres, tels qu'Eurostat 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 (morbidité, imagerie médicale, activité des médecins libéraux, prévention, greffes, consommation de tabac, ventes pharmaceutiques) provenant de différentes sources (fichier SAE<sup>11</sup>, INSEE, ESPS..).

Une version commercialisée est parue en juin 2005 et une mise à jour Internet en octobre 2005.

➤ **Eco-Santé Québec**

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

Cette quatrième version de la base de données permet de consulter les données socio-sanitaires des 18 régions composant le Québec. La plupart des séries concernent la période 1981-2004, soit plus de 250 000 données.

Cette base de données est téléchargeable gratuitement sur le site WEB de l'IRDES et sur les trois sites des organismes québécois participant à l'élaboration de la base de données.

L'IRDES assure le support technique lié à l'installation et à l'utilisation du logiciel.

➤ **Mise en place d'un module de formation à Eco-santé dans le cadre d'un DESS sur la protection sociale**

*Anne Aligon, Martine Broïdo, Thierry Rochereau, Frédérique Ruchon*

L'équipe Eco-Santé a été sollicitée pour assurer une formation intitulée « Informatique et statistiques » dans le cadre d'un Master de protection sociale complémentaire en formation continue. L'équipe a donc construit et assuré une formation de 25 heures auprès de la quinzaine d'étudiants de ce Master.

---

<sup>11</sup> *Statistique annuelle des établissements de santé*

Un bilan positif de cette formation a été établi au printemps 2006 entraînant la pérennisation de cet enseignement dans les années à venir.

➤ Diffusion d'Eco-Santé

Mise à jour des cahiers de travaux dirigés

*Martine Broïdo, Nathalie Meunier*

*Mise en page : Aude Sirvain*

Dans le cadre de la mise à disposition des données d'Eco-Santé dans un but pédagogique, un cahier de travaux dirigés est rédigé/mis à jour chaque année, destiné à l'enseignement des sciences médico-sociales. Le logiciel Eco-Santé, accompagné de ce cahier de travaux dirigés a reçu, par le ministère de l'Education Nationale, le label RIP (reconnu d'intérêt pédagogique) en 2002.

Sa mise à jour a été réalisée en février 2005, elle est disponible en téléchargement gratuit sur le site de l'IRDES ▶ <http://www.irdes.fr/ecosante/CahierTD/CahierTD.htm>

Les données de cadrage à partir d'Eco-Santé

*Martine Broïdo, Nathalie Meunier*

Dans un but de présentation conviviale des données d'Eco-Santé, l'équipe présente, en collaboration avec le service diffusion, des données de cadrage sur le site de l'IRDES. Les thèmes déjà traités sont mis à jour régulièrement (dernière mise à jour : août 2005) et de nouveaux thèmes sont choisis en fonction de l'actualité : ▶ [http://www.irdes.fr/En\\_ligne/Chiffres/sommaire.htm](http://www.irdes.fr/En_ligne/Chiffres/sommaire.htm)

➤ Travaux entamés en 2005 et en attente de finalisation en 2006 dans Eco-Santé France et Eco-Santé Régions & Départements

Nous avons également collecté des données concernant les affections de longue durée (ALD). Ces données ne comptabilisent que des flux de malades, nous avons décidé de ne pas les présenter dans Eco-Santé pour le moment.

Concernant les données de mortalité par causes de l'INSERM, nous attendons toujours de mettre en place un accord avec l'INSERM pour la diffusion de ces données dans Eco-Santé.

➤ Projet de collaboration avec la FNORS

Le projet de collaboration avec la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS) pour la création d'un outil unique de base de connaissance du système de santé français n'a pas pu aboutir en 2005 et il a été abandonné.

## **2.2 Etude de faisabilité d'un système d'information public sur la médecine ambulatoire**

*Karine Chevreur, Philippe Le Fur, Catherine Sermet*

L'objectif principal de cette étude était d'améliorer l'information actuellement disponible sur la médecine ambulatoire, en évaluant la faisabilité d'un système d'information public sur les motifs de recours en médecine ambulatoire et le contenu des actes de médecin.

Pour réaliser ce travail nous avons rencontré les principaux acteurs concernés par cette problématique en France. Tous s'accordent à dire que l'on ne dispose pas en France d'un outil ou d'outils publics susceptibles de permettre des études sur les pratiques des médecins libéraux à un niveau individuel. Tous précisent également qu'ils ne disposent pas aujourd'hui d'information sur les motifs ou les diagnostics à l'origine des recours aux médecins. La plupart nous ont fait part de l'intérêt qu'il y aurait à mettre en place un observatoire public des pratiques médicales, tout en précisant, pour une partie d'entre eux, que cet outil n'aurait d'intérêt que s'il apportait davantage que les outils privés existants.



Dans cette étude, nous avons recensé les différents outils (panels de médecins et autres bases de données) existant en France et nous avons analysé leurs avantages et inconvénients. Parallèlement, nous avons étudié les panels informatisés de médecins présents à l'étranger dans lesquels figurent à la fois des données de morbidité et de prescription.

Munis de ces éléments nous avons étudié la faisabilité technique d'un tel observatoire des pratiques en France. Enfin, nous avons examiné les utilisations possibles, dans le cadre de l'analyse des pratiques, des différentes bases de données publiques ou privées déjà disponibles en France.

Plusieurs scénarii ont été étudiés :

- ⇒ La création d'un nouvel outil qui se concentrerait dans un premier temps sur l'étude de la pratique des médecins généralistes. Ce projet inclut un appariement des données individuelles des patients consultant les médecins de l'observatoire aux données contenues dans les bases administratives de remboursement de l'Assurance maladie.
- ⇒ L'utilisation d'une base administrative existante, en l'occurrence le SNIIR-AM<sup>12</sup> : sa médicalisation partielle pour les affections de longue durée pourrait permettre de suivre les différents soins délivrés par chaque professionnel de santé pour ces affections, mais uniquement pour celles-ci.
- ⇒ L'utilisation des panels privés existants : ces bases de données sont celles qui se rapprochent le plus des systèmes d'information que nous avons observés à l'étranger. Deux d'entre elles, Thalès et Disease Analyzer ont été conçues pour répondre aux attentes de l'industrie pharmaceutique concernant l'information sur le médicament. La troisième, l'OMG<sup>13</sup>, a été mise au point par la SFMG ; contrairement aux autres bases, elle s'est développée autour de problématiques relatives à la caractérisation des situations cliniques rencontrées en médecine générale.

Bien entendu, l'utilisation de tels panels dans le cadre d'un système d'information public nécessiterait que l'administration puisse disposer de toutes les informations relatives au fonctionnement de ces systèmes et puisse faire réaliser les modifications jugées nécessaires.

Au total et sur le plan technique, il nous semble à ce jour que la création d'un nouvel outil serait la solution optimale à condition que les données issues de ce nouvel outil puissent être appariées avec les prestations de l'Assurance maladie. Dans le cas contraire, il n'y aurait aucun intérêt à fabriquer des informations existant déjà par ailleurs et que le système public pourrait se procurer à moindre coût.

L'alternative possible à ce nouvel outil serait l'utilisation simultanée des bases de données et des panels existants. Une approche novatrice du SNIIR-AM par l'extraction d'un échantillon de médecins dont on observerait la pratique pour les patients atteints d'ALD permettrait de rendre compte des parcours de soins des patients. Les panels existants, sous réserve de la validation de la qualité des données qu'ils produisent, permettraient de couvrir les autres affections ne bénéficiant pas du dispositif des ALD.

Parallèlement à cette faisabilité technique, les différents entretiens que nous avons pu avoir nous ont montré que les conditions étaient actuellement réunies pour que la création d'un tel outil soit acceptée par la quasi-totalité des acteurs du système, les médecins, tout comme les administrations, aspirant à disposer d'un système d'information neutre et de qualité scientifique indiscutable.

Cependant, la mise en place de la réforme du médecin traitant et l'incertitude qui règne sur le contenu du dossier médical partagé (DMP) préoccupent les médecins et notamment les généralistes. L'application de cette réforme va-t-elle conduire les généralistes à davantage d'activités

---

<sup>12</sup> *Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie*

<sup>13</sup> *Observatoire de la médecine générale*

administratives ? Que va contenir le DMP ? Combien de temps faudra-t-il pour le tenir à jour ? Les logiciels actuels vont-ils se complexifier pour satisfaire au DMP ?

Toutes ces interrogations risquent de compliquer aujourd'hui le recrutement de médecins pour un observatoire des pratiques. Ce contexte impose que tout nouvel outil créé tienne compte de l'existant pour se mettre en place de manière à ne pas surcharger les médecins de tâches non médicales. La création d'un observatoire des pratiques ne pourrait donc se faire qu'en parfaite coordination avec le DMP et les aménagements techniques que ce dernier suppose.

Cette étude a été financée par la DREES.

*☞ Faisabilité d'un système d'information public sur la médecine de ville, Rapport à la DREES, Octobre 2005, 253 pages.*

### **2.3 Soutien méthodologique à la SFMG pour le développement de son observatoire de la médecine générale**

*Philippe Le Fur, Karine Chevreul, Thomas Renaud*

L'IRDES a été sollicité par la Société française de médecine générale (SFMG) pour participer au développement et à l'exploitation de l'observatoire de la médecine générale (OMG) mis en place par cet organisme en 1992. Ce projet bénéficie d'un financement de FAQSV<sup>14</sup> régionaux.

L'OMG rassemble les données recueillies par les médecins généralistes qui relèvent directement au cours de chaque consultation, à l'aide de leur logiciel médical, des informations sur le patient, les motifs qui l'ont conduit à consulter, les caractéristiques de la situation clinique ainsi que les décisions thérapeutiques prises à l'issue de la séance. Pour le moment, une centaine de praticiens volontaires y participent. La SFMG souhaite élargir ce nombre à 350 ou 400 médecins généralistes. L'objectif de cet élargissement est d'obtenir un outil représentatif de l'activité des généralistes permettant des analyses plus fines qu'actuellement.

En 2004, une réflexion a été menée sur le relevé des caractéristiques patients et des prescriptions médicamenteuses : contenu des informations à recueillir, méthodes de recueil, ergonomie, référentiels et nomenclatures adéquats, etc. En 2005, les différentes réunions de travail avec le département d'information médicale de la SFMG ont permis de poursuivre la réflexion commune sur les variables caractérisant les médecins. Un questionnaire auto administré à leur adresser a notamment été élaboré.

Un investissement important a également été fait sur le plan méthodologique afin d'assurer la représentativité des médecins participant à l'OMG, en particulier dans le cadre d'un élargissement du panel de médecins. Un intérêt particulier a été porté aux méthodes à privilégier pour assurer cette représentativité, aux choix des critères de représentativité et aux conséquences de ce choix sur les modalités d'inclusion des médecins généralistes dans l'échantillon final.

Enfin, un travail de validation de la base OMG a été entamé. Cette validation repose essentiellement sur un principe de confrontation des données de l'OMG avec d'autres bases de données comparables (systèmes d'information de l'Assurance maladie, systèmes d'information privés sur les pratiques médicales et la prescription pharmaceutique : Thalès, IMS) : il s'agit de reproduire les méthodes d'études menées sur d'autres sources de données et de mesurer la différence des résultats produits.

Ces deux dernières phases se poursuivent sur l'année 2006.

---

<sup>14</sup> *Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville*

### 3. Travaux méthodologiques sur les indicateurs

#### 3.1 Signification et validation du mini-module européen

*Catherine Sermet*

L'enquête SPS 2002 a pour la première fois introduit dans son questionnaire trois indicateurs de santé dit « minimodule européen : un indicateur général de santé perçue, un indicateur de maladies chroniques et un indicateur d'incapacité. Ces indicateurs devraient être introduits à l'avenir de manière systématique dans toutes les enquêtes santé nationales. Les dimensions de l'état de santé mesurée par ces trois indicateurs sont *a priori* différentes.

L'objectif de cette recherche, débutée en 2004 est double :

1. Estimer la prévalence des différents états de santé mesurés par ces indicateurs, comparer ces résultats aux résultats connus d'autres enquêtes nationales ou européennes portant sur ces mêmes indicateurs,
2. Comprendre les déterminants de la déclaration de ces indicateurs synthétiques. Divers facteurs démographiques, sociaux, médicaux, etc. déterminent en effet les réponses à ces indicateurs. Il s'agit ici de mesurer en particulier la contribution de ces facteurs à chacun des indicateurs afin de mieux comprendre leur signification en termes d'état de santé. Vérifier que les déterminants trouvés pour la France sont cohérents avec les données connues par ailleurs.

Ce travail débuté en 2004 à l'occasion d'un stage (Lucie Ronceray) devait donner lieu à de nouvelles analyses statistiques et à la rédaction d'un article.

Aucun statisticien n'ayant pu être affecté à cette tâche, le travail n'a pas pu être réalisé en 2005

#### 3.2 Le projet « Indicators of Active Life Expectancies » de l'International Longevity Center (ILC)

*Thomas Barnay, Florence Jusot, Thierry Rochereau, Catherine Sermet*

L'International Longevity Center a lancé en 2003-2004 le projet « Indicators of Active Life Expectancies ». Ce projet a comme objectif de développer des indicateurs de vieillissement en santé et de vie active afin de comparer les différents pays entre eux et dans le temps.

ILC USA a pris en charge l'analyse des sources issues des organisations internationales et confié à ILC France l'analyse des sources provenant des différents pays d'Europe. ILC France s'est tourné vers l'IRDES pour la réalisation de cette partie du travail. Cette étude a pour objectif d'analyser et de comparer les sources de données existant dans 10 pays d'Europe comportant des indicateurs de santé de la population associés à des indicateurs d'engagement productif. La liste des pays concernés par cette étude est la suivante : France, Allemagne, Italie, Espagne, Royaume-Uni, République tchèque, Grèce, Pologne, Fédération de Russie, Suède (Canada et USA seront étudiés par ILC USA).


L'objectif final est de développer de nouvelles mesures d'espérance de vie active, soit en créant un indicateur unique d'espérance de vie active, soit en développant des indicateurs multiples couvrant les différentes dimensions du vieillissement en santé et de l'engagement productif. Les populations couvertes par le projet sont à la fois les personnes de 50 ans et plus et celles de moins de 50 ans de manière à identifier les facteurs prédictifs susceptibles d'altérer l'état de santé et la productivité. Cette étude sera menée en 2006.

En 2005, les étapes suivantes ont été réalisées :

- à partir d'une liste d'enquêtes établie lors d'étapes précédentes, évaluation de la disponibilité, la comparabilité des libellés et la qualité des données,
- détermination des outils de mesure de la santé et de l'activité strictement comparables et disponibles dans 25 enquêtes retenues dans 10 pays.


Au total, cinq instruments de mesure de la santé remplissent des critères de comparabilité satisfaisants et sont disponibles dans au moins huit des dix pays étudiés : la santé perçue, certaines maladies déclarées, les mesures anthropométriques, certaines restrictions des activités quotidiennes et la consommation quotidienne de tabac. Par ailleurs, il est possible de comparer trois outils de mesure de l'activité : le statut d'occupation dans toutes les enquêtes (actifs, inactifs et retraités), le statut de l'emploi (salariés ou indépendants) et le temps de travail hebdomadaire.

Cette recherche a été réalisée dans le cadre d'une convention d'études entre ILC France (International Longevity Center) et l'IRDES.


 *Rapport final*. Thomas Barnay Florence Jusot, Thierry Rochereau et Catherine Sermet (2005), « *Comparability of health surveys in Europe* », Report for International Longevity Center USA, IRDES, février 2005.

Rapport : ▶ <http://www.irdes.fr/english/wp/ILCReport.pdf>

Annexes : ▶ <http://www.irdes.fr/english/wp/ILCAAppendix.pdf>

 *Les mesures de la santé et de l'activité sont-elles comparables dans les enquêtes européennes ?* Thomas Barnay Florence Jusot, Thierry Rochereau et Catherine Sermet, « Questions d'Economie de la Santé » n°96, Série "Méthode", juin 2005, 8 pages.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum96.pdf>

 *Présentation des résultats lors du colloque francophone sur les sondages*, Société Française de Statistique, Université de Laval, Québec, Canada, 24-27 mai 2005. Les actes du colloque seront publiés en 2006.

### **3.3 Mesures de prévalence des problèmes d'alcool à travers les enquêtes en population générale**

*Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Pascale Lengagne*

L'alcool est un facteur de risque très important sur le plan social et sanitaire. On compte notamment 45 000 morts chaque année en France du fait de l'alcool. Outre les problèmes sociaux et les accidents, l'alcool engendre des maladies spécifiques qui pèsent sur la qualité de vie des patients. Le projet de loi relatif à la politique de santé publique prévoit de diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % (passer de 10,7 l/an/hbt en 1999 à 8,5 l/an/hbt d'ici 2008) ainsi que de réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance. Pour cela, des indicateurs de suivi de ces objectifs sont requis, parmi lesquels la prévalence de l'usage à risque, ainsi qu'un meilleur ciblage des populations à risque.

Ce travail basé sur les données de deux enquêtes en population générale, Enquête Santé Protection sociale 2002 et Enquête Santé de l'INSEE 2002/2003, comporte trois phases dont la première a été réalisée fin 2004 et courant 2005 :

#### 1. Une approche méthodologique de la mesure d'alcoolisation en enquête en population générale.

Cette phase a permis la construction de différents profils d'alcoolisation (de non consommateurs à consommateurs excessifs chroniques dont alcoolodépendants) et la comparaison des résultats entre les deux enquêtes en population générale a démontré la robustesse de ces indicateurs.

Ce travail a démontré que l'introduction de tests de repérage de l'alcoolisation excessive dans les enquêtes santé en population générale n'était pas vaine et, désormais, on disposera d'indicateurs quant au risque alcool, venant compléter les indicateurs de risque tels que le tabagisme et l'obésité, lors de leurs exploitations à des fins variées. A minima, cet indicateur d'alcoolisation excessive pourra se baser sur une interrogation par l'AUDIT-C, sa combinaison avec le test DETA selon les critères de la DREES est souhaitable. Ces tests seront donc repris dans les enquêtes ESPS ultérieures pour pouvoir suivre les objectifs de la Loi de Santé publique et le plan quinquennal de lutte contre l'alcoolisme.

2. Une étude des profils socio-économiques des différents profils de consommation d'alcool.

Quels sont les « déterminants socio-économiques » des différents profils d'alcoolisation définis ? Autrement dit, les différents profils de consommateurs d'alcool sont-ils associés à des profils de populations particuliers ?

Un premier travail correspondant à cette phase d'analyse a mis en évidence les facteurs associés à la consommation abusive d'alcool, toutes choses égales par ailleurs, pour les hommes et les femmes séparément. La méthode choisie s'est portée sur des modèles économétriques « en escalier » où chaque étape d'un niveau d'alcoolisation au suivant est modélisée par un modèle dichotomique conditionnel. Ainsi, nous avons d'abord mis en évidence des facteurs socio-économiques associés à la non consommation d'alcool. Puis, nous avons montré que parmi les consommateurs d'alcool, certaines caractéristiques socio-économiques étaient liées au fait d'avoir un usage à risque. Enfin, nous avons examiné les différences sociales de ces usagers à risque entre, d'une part, les consommateurs à risque ponctuel et, d'autre part les consommateurs chroniques et alcoolodépendants. Là aussi, nous avons pu mettre en évidence des associations entre la consommation à risque chronique et certaines variables socio-économiques.

La méthodologie de construction de ces profils d'alcoolisation est applicable à d'autres sources de données. Elle a ainsi été communiquée à l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) qui réalise l'exploitation première du baromètre santé 2004 pour le compte de l'INPES. L'OFDT l'a utilisée et publiera ses résultats en mars 2006, résultats en cohérence avec les nôtres.

Ces deux étapes ont été réalisées en partie fin 2004 et dans le courant de l'année 2005. Elles ont fait l'objet d'une soutenance de mémoire pour le Master Modélisation Economique et Statistique à l'ENSAE en janvier 2005 et d'une publication IRDES en août 2005 :

- ☐ *Les problèmes d'alcool au travers de deux enquêtes en population générale*, Eugénie Latil, Rapport de stage pour le Master Modélisation Economique et Statistique ENSAE, janvier 2005
- ☐ *Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale*, Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Eugénie Latil, Pascale Lengagne, « Questions d'économie de la santé » N° 97, série méthode, août 2005  
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum97.pdf>
- ☞ *Prévalence et déterminants des problèmes d'alcool en population générale en France en 2002 : une comparaison des résultats des enquêtes Santé de l'INSEE et Santé Protection sociale de l'IRDES*, Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Eugénie Latil, Pascale Lengagne, Journées des statisticiens de l'Assurance maladie, Paris, juin 2005

Le rapport IRDES correspondant est prévu sur cette partie méthodologique au premier semestre 2006 :

- ☞ *Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale*, Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Eugénie Latil, Pascale Lengagne, Rapport IRDES à paraître, premier semestre 2006

Ce travail se poursuit en 2006 par deux éléments :

- un approfondissement de l'étude des déterminants socio-économiques des différents profils de consommation d'alcool sera réalisé,
- une analyse des liens entre les différents profils d'alcoolisation définis selon le niveau de risque alcoolique et l'état de santé déclaré d'une part et le recours aux soins d'autre part, afin notamment d'explorer le rôle de l'alcool dans la formation des inégalités sociales de santé.

### **3.4 Expertise méthodologique sur l'analyse de la non réponse et les propositions de redressement de l'enquête nationale sur les populations suivies en psychiatrie**

*Philippe Le Fur, Isabelle Leroux, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès, Marc Perronnin*

La DREES et le GFEP<sup>15</sup> ont réalisé, du 20 janvier au 2 février 2003, une enquête sur les principales caractéristiques de la population prise en charge dans les établissements de psychiatrie adulte et infanto-juvénile publics et privés.

Les taux de réponses à l'enquête se sont avérés faibles, allant de 38 % pour les centres de rééducation et de postcure à 67 % pour les secteurs de psychiatrie générale. Un certain nombre d'établissements n'ont pas répondu à l'enquête car ils participaient à la même période à l'expérimentation du PMSI<sup>16</sup> psychiatrique. De ce fait, pour éviter à ces établissements une surcharge de travail, il leur a été proposé d'extraire les informations correspondant à celles de l'enquête des fichiers du PMSI. Contrairement à ce qui était envisagé, l'extraction des données du PMSI s'est avérée trop complexe à réaliser par les établissements.


Afin d'améliorer les taux de réponse à l'enquête nationale, la DREES a demandé à l'IRDES de réaliser une étude de faisabilité de l'extraction des données du PMSI.

En effet, cette faisabilité n'était pas assurée du fait des différences de recueil entre l'enquête et le PMSI. Dans l'enquête, les données sont recueillies sur une période de temps limitée entre le 20 janvier et le 2 février 2003. Dans le PMSI, les informations sont recueillies chaque semaine au cours de l'année 2003 pour les patients hospitalisés et lors de chaque acte pour les soins ambulatoires.

L'extraction a pu être réalisée et a consisté à identifier dans le PMSI les patients pris en charge durant les périodes de l'enquête nationale, puis à transformer les données annuelles de ces patients en données journalières, hebdomadaires ou bihebdomadaires selon leur mode de prise en charge. L'une des difficultés importantes de ce travail résulte de l'anonymisation des données recueillies dans le PMSI, ce qui a nécessité la mise au point d'un identifiant permettant de s'assurer qu'un même patient n'est pas comptabilisé à plusieurs reprises du fait de différents modes de prise en charge. De même, le manque d'information temporelle précise a nécessité la mise en place de différentes procédures de sélection aléatoire des patients susceptibles d'avoir été pris en charge durant les périodes de l'enquête nationale.

Ce travail méthodologique a permis d'augmenter les taux de participation à l'enquête de dix points en hospitalisation à temps complet et partiel et de douze points en ambulatoire.

L'étape suivante consistera à analyser les déterminants de la non-réponse, en fonction des caractéristiques des établissements et des secteurs. Cette étape doit permettre d'aboutir à une pondération qui permettra un redressement des données par mode de prise en charge (temps complet, temps partiel et ambulatoire).

 Cette étude a donné lieu au rendu d'un rapport à la DREES en décembre 2005 : *Expertise méthodologique sur l'analyse de la non réponse et les propositions de redressement de l'enquête nationale sur les populations suivies en psychiatrie - Partie 1 : Transformation des données annuelles du PMSI psychiatrie en données d'enquête.*

---

<sup>15</sup> Groupe français d'épidémiologie psychiatrique

<sup>16</sup> Programme de médicalisation des systèmes d'information

### 3.5 Les indicateurs de suivi des objectifs de la loi de Santé publique

*Caroline Allonier, Laure Com-Ruelle, Stéphanie Guillaume, Philippe Le Fur, Catherine Sermet*


Un travail a été mené durant la période 2004-2005 sous l'égide de la DGS et de la DREES pour sélectionner et définir de façon opérationnelle des indicateurs prévus par le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique. Cent objectifs de santé publique ont été définis pour le suivi desquels deux types d'indicateurs ont été retenus : des indicateurs dit « transversaux » qui permettent de rendre compte de l'état de santé global de la population et de participer à la connaissance de la performance du système de santé, des indicateurs dits « spécifiques » permettant le suivi des objectifs de la loi de santé publique. Cette production d'indicateurs doit contribuer à l'évaluation quinquennale de la politique de santé publique prévue par la loi.

L'IRDES a été sollicité aux deux phases de ce travail.

#### 3.5.1 Définition des indicateurs de suivi des objectifs de la loi de Santé publique :

*Laure Com-Ruelle, Catherine Sermet*


L'IRDES a d'abord activement participé à la définition des indicateurs idoines par objectif de santé publique en apportant son expertise lors de la plupart des réunions du groupe projet managé par la DREES et la DGS tout au long de l'année 2004 et jusqu'à mi-2005 : cela s'est concrétisé par une succession de réunions de travail entre les différents experts sollicités et des rapports écrits synthétisés par la DREES-DGS.

 *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, DGS-DREES, Juin 2005*

#### 3.5.2 Fourniture de données, validation et rédaction de fiches de synthèse :

*Caroline Allonier, Laure Com-Ruelle, Stéphanie Guillaume, Philippe Le Fur, Catherine Sermet*

L'IRDES a ensuite participé à l'élaboration d'un certain nombre d'indicateurs en tant que fournisseur et analyste de données, pour la plupart issues d'ESPS, et en tant que rédacteur de fiches dont certaines synthétisent des données provenant de différentes équipes :


 *Quatre fiches correspondant à des indicateurs transversaux :*

objectif problèmes de santé spécifiques :

- principales causes de morbidité déclarée par chapitre CIM,
- principaux motifs de recours aux soins ambulatoires,

objectif inégalités sociales de santé :

- proportion de personnes dépourvues de couverture complémentaire
- proportion de personnes ayant déclaré avoir dû renoncer aux soins pour raisons financières

 *Neuf fiches correspondant à des indicateurs spécifiques :*

- prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool (objectif 2),
- prévalence du tabagisme (objectif 3),
- prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes (objectif 5),
- pourcentage de personnes déclarant souffrir fréquemment de douleurs importantes (objectif 32),
- pourcentage de personnes qui ont renoncé à des soins optiques et dentaires (objectif 33),
- pourcentage de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir passé une mammographie de dépistage dans les deux années précédentes (objectif 50),
- prévalence de l'incontinence urinaire (objectif 78),
- prévalence de l'arthrose périphérique avec limitation durable de l'activité par localisation (objectif 85),
- prévalence des lombalgies avec limitation durable de l'activité (objectif 86).

Ces fiches ont été envoyées aux différents responsables entre janvier et février 2006.





## **Axes de recherche**

---



## 1. Etat de santé et coût des maladies

### 1.1 Prévalence et coût de l'obésité

*Catherine Sermet, Corinne Emery (CEMKA-EVAL)*

Cette étude avait pour objectif d'estimer le coût associé à l'obésité en France et a été réalisée en collaboration avec CEMKA-EVAL

Elle est basée sur les données de l'enquête Santé Protection sociale 2002 couplées avec les consommations médicales de soins issues de l'EPAS<sup>17</sup> des trois principaux régimes de sécurité sociale. Elle porte sur les individus âgés de 18 ans et plus. Les femmes enceintes et les individus ayant un diagnostic de cancer ont été exclus. L'obésité a été définie soit à partir du seuil d'indice de masse corporelle >30 kg/m<sup>2</sup> (S1), soit à partir du seuil >27 (S2) avec présence d'au moins un des facteurs de risque cardio-vasculaires suivants : hypertension artérielle, trouble dyslipidémique, diabète de type 2, infarctus du myocarde ou antécédents d'infarctus, accident ischémique transitoire ou apnée du sommeil. Des modèles de régression linéaire ont été réalisés après prise en compte des facteurs de confusion. L'échantillon comportait 4 561 individus, âgés en moyenne de 50 ans.

La prévalence de l'obésité a été estimée à 11.3 % selon le premier seuil (S1) et à 17.2 % selon le second (S2). La consommation totale de soins et de biens médicaux d'un individu obèse atteint le double de celle d'un individu de poids normal. Le coût attribuable à l'obésité a été estimé après ajustement sur l'âge, le sexe, le statut socio-économique, la consommation d'alcool et de tabac, la prise en charge à 100 % ainsi que le coût médical direct total de l'obésité en France.

☞ *Evaluation du coût associé à l'obésité en France. Corinne Emery, Jérôme Dinot, Antoine Lafuma, Catherine Sermet, Francis Fagnani, Article à paraître.*

### 1.2 Prévalence de l'asthme et de ses comorbidités et évaluation de la qualité de vie et des recours aux soins chez l'adolescent et l'adulte asthmatiques

*Laure Com-Ruelle, Nathalie Grandfils et le groupe de travail de surveillance de la prévalence de l'asthme<sup>18</sup>*

#### ➤ Enquête Santé 2002/2003

L'inclusion dans l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 2002-2003 de l'INSEE de questionnaires sur la santé respiratoire, issus des questionnaires standardisés utilisés dans des enquêtes internationales, offre l'opportunité d'estimer la prévalence des symptômes respiratoires et de l'asthme au sein d'un vaste échantillon de la population de France métropolitaine, assurant une comparabilité avec les enquêtes internationales.

En 2005, c'est l'INVS qui a particulièrement investi sur les aspects de prévalence de l'asthme chez l'adolescent et l'adulte. L'IRDES ne commencera à travailler sur l'évaluation de l'impact de l'asthme sur la qualité de vie sur les recours aux soins des patients asthmatiques qu'en 2006, lorsque nous disposerons des pondérations globales des individus.

#### ➤ Enquête Santé et Protection sociale 2006

L'ESPS apporte des éléments supplémentaires d'information sur l'asthme et son évolution, en particulier la possibilité de distinguer les stades de sévérité de l'asthme et leur évolution proche dans le

---

<sup>17</sup> *Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux*

<sup>18</sup> *Isabella Annesi Maesano (INSERM U472), Laure Com-Ruelle (IRDES), Marie-Christine Delmas (INVS), Christine de Peretti (DREES), Nathalie Grandfils (IRDES), Nathalie Guignon (DREES), Bénédicte Leynaert (INSERM U408)*

temps. Si la prévalence globale est suivie par cette enquête de façon bisannuelle, seule la soumission d'un module spécifique permet d'appréhender les stades de sévérité de la maladie et ses particularités fines. La première mais aussi la dernière version de ce module datait de 1998. Ainsi, en 2005, le groupe de travail a élaboré le module « asthme » de l'opus 2006 de l'ESPS afin d'obtenir un second point historique de l'évolution de la prévalence et du recours aux soins selon la gravité de la maladie en population générale. Son exploitation interviendra en 2007.

📄 *Module asthme de l'opus 2006 d'ESPS*

### **1.3 Le coût de la prise en charge du cancer du côlon en Ile-de-France**

*Laure Com-Ruelle, Véronique Lucas-Gabrielli et Thomas Renaud*

Les 21 500 nouveaux cas d'incidence du cancer du côlon chaque année en France en font un problème de santé publique primordial. Malgré la disponibilité de référentiels de prise en charge récents, la pratique s'écarte assez souvent des recommandations (dans 25 à 60 % des cas selon le stade de gravité du cancer pour la chimiothérapie adjuvante par exemple). A elle seule, l'Ile-de-France concentre une incidence de 4 000 nouveaux cas par an, dont 2 500 font l'objet de l'accord d'une exonération pour ALD 30.

L'URCAM-IdF a mis en place une enquête à deux volets, l'un médical, l'autre économique. L'inclusion dans cette enquête s'est effectuée auprès des patients d'au moins 18 ans, affiliés à l'un des trois grands régimes d'Assurance maladie et nouvellement inscrits en ALD 30 pour cancer du côlon entre avril 2001 et mars 2002 (environ 2 500 cas). L'IRDES a été sollicité pour le volet économique de l'étude.

Ce travail a permis d'évaluer les coûts de la prise en charge médicale globale des patients de l'enquête de l'URCAM-IdF et d'estimer l'impact économique d'une amélioration des pratiques.

Nos résultats confirment le poids économique considérable que représente le cancer du côlon pour l'Assurance maladie en Ile-de-France : au moins 28 000 € par patient durant les quatorze mois suivant la découverte du cancer, dont 27 700 € remboursés, les neuf dixièmes de ces coûts étant directement imputables au cancer du côlon. L'hospitalisation constitue la majeure partie de la dépense médicale (85 %), comprenant la chirurgie initiale et la chimiothérapie le cas échéant. Outre le fait d'être traité par chimiothérapie ou non, cette dépense est expliquée par la gravité de la tumeur et par l'état de santé général du patient. La forte disparité départementale, constatée dans les dépenses médicales des patients, est surtout le fait d'effets d'offre liés à l'organisation hospitalière locale (notamment à la spécificité de l'offre parisienne qui attire de nombreux patients) et qui se matérialise à travers les différences de statut et de spécialisation en cancérologie des établissements hospitaliers fréquentés par les malades.

En matière de traitement du cancer du côlon, nombre des référentiels de bonnes pratiques ne sont pas suivis à la lettre, en particulier dans les décisions de chimiothérapie. Pourtant, notre étude démontre que le respect des recommandations ne coûterait pas plus cher, notamment par compensation entre les chimiothérapies omises et indues. Une détection plus précoce des cancers permettrait même de réduire de 15 % ou plus les coûts médicaux directs de la première année de soins ; on peut supposer que les coûts médicaux de long terme seraient également réduits par la diminution des aggravations et des récidives.

📄 *Le coût du cancer du côlon en Ile-de-France*, Laure Com-Ruelle, Véronique Lucas-Gabrielli, Thomas Renaud, « Questions d'économie de la santé » N° 98, série résultats, septembre 2005

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum98.pdf>

📄 *Le coût du cancer du côlon en Ile-de-France*, Laure Com-Ruelle, Véronique Lucas-Gabrielli, Thomas Renaud, Rapport à paraître au premier semestre 2006

## 2. Assurance et financement

### 2.1 Les transformations du marché de l'assurance maladie complémentaire en France

*Carine Franc, Marc Perronnin, Dominique Polton, Lise Rochaix, Thierry Rochereau*

Cette étude qui visait à étudier l'organisation des coopérations entre l'assurance publique et les financeurs privés à travers la création de l'UNCAM et de l'UNOCAM, puis l'impact de ces structures sur l'organisation du marché de la complémentaire, a été abandonnée du fait de manque de données.

### 2.2 Résultats de l'enquête menée auprès des entreprises sur la couverture complémentaire

*Pascale Lengagne, Marc Perronnin, Thierry Rochereau*

Les premiers résultats de cette enquête ont été publiés sous forme d'un « Questions d'économie de la santé » en juin 2004 et d'un rapport en septembre 2004.

En 2005, nous avons finalisé le deuxième volet qui a consisté à analyser les niveaux des contrats de couverture relevés au téléphone lors de l'enquête ou bien sur les résumés de garanties quand les enquêtés ont accepté de les envoyer, selon la méthode déjà utilisée sur l'enquête ESPS, c'est-à-dire en uniformisant l'expression des garanties grâce au choix de trois biens et soins de référence :

- une paire de lunettes à 600 € avec des verres complexes de tarif de convention égal à 24,5 € et coûtant 250 €, et une monture coûtant 100 €;
- une prothèse dentaire céramo-métallique posée au devant de la bouche, coûtant 750 €;
- une séance chez le spécialiste coûtant 40 €

Le niveau de garantie concernant les soins de spécialiste n'a finalement été retenu que comme variable supplémentaire. La classification opérée a permis, comme sur les enquêtes ESPS 1998, 2000 et 2002 de dégager quatre classes de garanties : les contrats à garanties faibles en optique et en dentaire, les contrats à garanties moyennes en optique et en dentaire, les contrats à garanties fortes en optique, les contrats à garanties fortes en optique et en dentaire. La robustesse de cette classification a été testée par bootstrap.

Il y a eu un important travail de pondération pour tenir compte de la diversité des propositions que les entreprises font à leurs salariés : contrats uniques obligatoires pour tous, contrats différenciés selon les catégories sociales, exclusion éventuelle de certaines catégories de salariés (sur l'ancienneté par exemple), contrats multiples et facultatifs pour lesquels on ne sait pas qui a effectivement adhéré... De nombreuses hypothèses ont été faites pour prendre en compte ces diverses situations.

Les premiers résultats avaient montré que la probabilité de travailler dans une entreprise qui propose un contrat de couverture maladie complémentaire augmente avec la catégorie socioprofessionnelle des salariés. Il en est de même des niveaux de garantie des contrats. Plus on appartient à une PCS<sup>19</sup> élevée (type cadre ou profession intermédiaire), plus on a de chance de se voir proposer des contrats offrant de bons niveaux de couverture, à la fois parce que les entreprises qui emploient le plus de cadres sont celles qui offrent les contrats les plus « couvrants », mais aussi, parce que lorsqu'il y a une offre de contrats différenciés selon les PCS, cela se fait pratiquement toujours dans le sens de contrats plus « couvrants » pour les catégories socioprofessionnelles les plus élevées.

Par ailleurs, les contrats uniques et les contrats obligatoires, plus souvent proposés par les assurances privées et les institutions de prévoyance, offrent des niveaux de garantie supérieurs en moyenne aux contrats multiples et facultatifs, plus souvent proposés par les mutuelles.

---

<sup>19</sup> *Professions et catégories socioprofessionnelles*

Une analyse par secteur d'activité des établissements, montrent également quelques spécificités sectorielles de l'offre de contrats d'assurance maladie : le secteur de la construction offre plus fréquemment des contrats uniques obligatoires pour l'ensemble du personnel (ProBTP). Le secteur de l'industrie est celui qui segmente le plus l'offre de contrats entre cadres et non cadres. Le niveau moyen de garantie est plutôt moins élevé que dans les autres secteurs. Quant au secteur des services, c'est celui qui offre le plus de contrats réservés aux cadres, ainsi que des contrats à options.

✎ *Ce travail est finalisé et sera publié au cours du 1er semestre 2006.*

Un troisième volet est prévu pour analyser les liens entre la couverture maladie et des caractéristiques de l'entreprise totalement ou partiellement (30 % de non-réponse à l'enquête ACEMO<sup>20</sup>) absentes des fichiers de la DARES utilisés pour cette étude, mais présents dans les DADS<sup>21</sup> (données sur les salaires, la répartition hommes/femmes, données complètes sur la répartition par PCS...). Ces données devraient nous permettre d'étudier en particulier les effets de substitution ou bien de cumul d'avantages entre salaires et couverture maladie d'entreprise. Nous comptons également tester l'hypothèse d'une moins forte diffusion des couvertures d'entreprise dans les établissements où la proportion de femme est importante, sachant que ces salariées peuvent être potentiellement couvertes par leur conjoint. Une demande a été faite à l'INSEE pour obtenir ces données. Nous sommes en attente de la réponse de l'INSEE pour éventuellement poursuivre ce travail sur l'année 2006.

### **2.3 Mobilité sur le marché de la couverture complémentaire**

*Carine Franc, Marc Perronnin, Lise Rochaix*

Cette étude a été reportée par manque de ressources statistiques et débutera au deuxième semestre 2006. Aurélie Pierre effectuera une partie de son stage sur ce travail.

### **2.4 Impact de la CMU sur le recours aux soins**

*Marc Perronnin*

La mise en place de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) en 2000 a permis aux ménages les plus pauvres de disposer d'une couverture complémentaire gratuite couvrant (en théorie) l'intégralité des dépenses médicales sans avance de frais. L'objectif de ce dispositif était d'améliorer l'accès aux soins de ces ménages, mais certains ont avancé que la couverture intégrale des soins pouvait conduire les bénéficiaires de la CMUC à surconsommer des soins (phénomène de risque moral). Il était donc important d'étudier l'impact de ce dispositif sur les consommations médicales. Pour réaliser une telle étude, nous comparons avant et après l'entrée dans le dispositif, le rythme de croissance du recours aux soins, de la dépense des consommateurs et de la dépense moyenne globale (tenant compte des non-consommateurs).

L'IRDES avait, dans le cadre d'un programme de travail commun avec la DREES et la CNAMTS, réalisé une première analyse de l'impact de la CMUC (Grignon, Perronnin, 2003<sup>22</sup>) en suivant les consommations de soins d'une cohorte de 2 686 individus issus de l'échantillon permanent des assurés sociaux. Ces individus ont été observés sur les années 1998, 1999 et 2000, soit deux ans avant leur entrée dans le dispositif et un an au maximum après leur entrée.

---

<sup>20</sup> *Enquête du ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité sur l'activité et les conditions d'emploi de la main d'oeuvre*

<sup>21</sup> *Déclaration annuelle de données sociales*

<sup>22</sup> *Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins. Michel Grignon, Marc Perronnin. Questions d'économie de la santé n° 74. Série "Analyse". Novembre 2003. 6 pages* ▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum74.pdf>

Cette étude a été renouvelée sur une cohorte de taille analogue, mais en prolongeant la période d'observation à 2001, afin d'étudier si les effets observés en 2000 sont pérennes ou non : chaque individu a été observé sur une période de huit trimestres avant l'entrée dans le dispositif et d'autant de trimestres que possible en 2000 et 2001, après leur entrée dans le dispositif. Les taux de croissance observés entre les différentes périodes d'observation permettent de mesurer l'effet immédiat de l'entrée dans le dispositif, puis le caractère permanent ou transitoire de cet effet.

Les consommations étudiées sont celles de soins et de biens médicaux en général puis celles d'omnipraticien, de spécialiste et de pharmacie prescrite. L'analyse est menée sur la population générale des bénéficiaires de la CMUC, puis en séparant ceux entrés avant le 1er janvier, qui bénéficiaient pour la plupart de l'aide médicale gratuite (AMG) auparavant et qui ont été basculés automatiquement sur le nouveau dispositif, et les personnes entrées après le 1er janvier qui ont dû mener volontairement les démarches d'inscription. Nous avons également analysé séparément les individus habitant dans des régions à faible ou moyenne densité de médecins et les individus habitant dans des régions à forte densité de médecins. Un échantillon témoin d'individus issus de l'ESPS, situés juste au-dessus du seuil de la CMU, a également été introduit.

Notre étude montre que la dépense moyenne par personne a, en 2000, augmenté plus rapidement après l'entrée dans le dispositif comparativement aux périodes précédentes, mais pas de manière significative. Cette évolution semble surtout due à une augmentation plus forte du recours aux soins des personnes n'ayant pas consommé les années précédentes, notamment pour les soins de spécialiste. La dépense par consommant en revanche n'évolue pas. Ces résultats semblent traduire une amélioration de l'accès aux soins.

L'accélération de la consommation est plus forte pour les personnes entrées après le 1er janvier 2000, qui n'avaient pour la plupart pas de couverture complémentaire auparavant, que pour celles entrées au 1er janvier, pour les individus qui étaient couverts par l'AMG auparavant. Les individus qui ont ainsi le plus augmenté leur consommation sont ceux qui ne disposaient pas de couverture complémentaire avant la CMUC et donc avaient plus difficilement accès aux soins. Ce résultat vient conforter l'hypothèse selon laquelle la CMUC a entraîné une amélioration de l'accès aux soins plutôt que du risque moral.

Par contre, en 2001, la dépense des personnes entrées volontairement (donc après le 1er janvier 2000) a connu une décélération alors que celle des personnes entrées automatiquement a continué à augmenter et s'est même légèrement accélérée.

On a pu enfin constater que rythme de croissance de la dépense des individus de l'échantillon test suit à peu près celui des personnes entrées automatiquement.

☞ Présentation en session orale à l'IHEA à Barcelone en juillet 2005. « *Does free supplemental health insurance help the poor to access health care? evidence from France* » (Marc Perronnin).

## **2.5 Variabilité des dépenses en part complémentaire des bénéficiaires de la CMU**

*Carine Franc, Marc Perronnin, Aurélie Pierre, Dominique Polton,*

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire ont le choix entre faire gérer leur dossier par une CPAM ou un organisme complémentaire d'assurance maladie (mutuelle, institution de prévoyance ou société d'assurance). En 2002, 13 % des bénéficiaires avaient adopté cette deuxième solution. Des données issues de l'Assurance maladie et publiées par le Fonds CMU font état de dépenses supérieures chez les individus couverts par une CPAM (300 € contre 272 € pour ceux couverts par un organisme complémentaire). Mais au-delà de cette différence, il existe en plus une très grande dispersion des prestations complémentaires selon les organismes gestionnaires : l'amplitude est de 1 à 1,6 (en

excluant les départements couverts par le régime Alsace-Moselle) pour les CPAM et de 1 à 2,3 pour les organismes complémentaires.

Cette variabilité du risque financier pose question. En effet, le panier de soins sur lequel la complémentaire intervient est encadré. D'autre part, lorsque les dépenses sont élevées, il y a fréquemment exonération (notamment en hospitalisation, ou dans le cadre d'une ALD), donc les complémentaires interviennent proportionnellement moins. Le phénomène d'étalement de la distribution qui existe pour les dépenses globales n'a donc pas de raison de se reproduire à l'identique sur les dépenses des complémentaires. La question se pose d'autant plus que les écarts perdurent dans le temps (cf. ci-dessous premiers éléments d'analyse).

L'objectif de l'étude est donc d'éclairer le contenu (en termes de postes de dépenses) de ces écarts et les facteurs explicatifs de la variabilité observée.

**La première partie de l'étude** a consisté à étudier la distribution des dépenses des bénéficiaires de la CMU en part complémentaire. En utilisant les données de l'EPAS de l'année 2002, nous avons identifié et caractérisé les individus ayant une forte dépense, par la structure de leur consommation et des caractéristiques individuelles appréhendant leur demande de soins (âge, sexe et exonération du ticket modérateur pour ALD).

Cette première étude a montré que les gros consommateurs, c'est-à-dire les 5 % d'individus ayant la plus forte dépense en part complémentaire, se caractérisent par un fort poids de l'hôpital (58 %) dans cette dépense, en particulier du forfait hospitalier. Il faut noter que la part de ce poste augmente très brusquement sur les derniers quantiles. Par ailleurs, sans surprise, cette population est nettement plus âgée que l'ensemble des bénéficiaires (40 ans contre 26 ans) et comporte une plus forte proportion d'individus en ALD (24 % contre 7 %). Elle également est plus masculine.

D'autre part, la variabilité de certains facteurs d'offre (densité médicale, en particulier offre de soins hospitaliers) et de demande (structure âge/sexe, proportion d'ALD) selon les CPAM ou les OCAM<sup>23</sup> peut expliquer en partie les variations de dépenses observées. Une étude économétrique mettant en regard les dépenses moyennes par CPAM et certains facteurs d'offre a permis de montrer que la densité de généralistes et le nombre de lits en MCO (court séjour) ont une influence significative. Nous n'avons pas encore pu introduire les facteurs de demande (âge, sexe et proportion d'ALD) dans l'analyse faute de données au niveau départemental, mais nous pouvons nous attendre à ce qu'ils aient un impact important.

De manière générale, au-delà du constat d'une variabilité d'individus présentant un fort risque en part complémentaire, il convient d'expliquer cette variabilité. Deux hypothèses peuvent être avancées :

- *un effet environnement* : cette variabilité des hauts risques reflète celle sur la population globale ; elle est donc expliquée par la structure démographique, l'état de santé de l'ensemble de la population de la CPAM, ainsi que par les facteurs d'offre (densités médicales) ;
- *un effet clientèle* : il s'opère une sélection des risques entre CPAM et OCAM, mais aussi d'une CPAM à l'autre ou d'un OCAM à l'autre.

**Un enjeu important de la deuxième partie de cette étude** est donc de mesurer les différences de niveaux de risque auxquelles sont exposés les CPAM ou OCAM. Cela requiert d'avoir une distribution des dépenses en part complémentaire pour ces entités, ce qui est impossible avec l'EPAS (trop peu de bénéficiaires de la CMU sont présents dans cette base pour pouvoir descendre à ce niveau de détail).

---

<sup>23</sup> *Organisme complémentaire d'assurance maladie*



Pour la suite de l'étude, il serait donc souhaitable de disposer de données issues du SNIIRAM<sup>24</sup> pour quelques unes de ces entités.

*Un rapport d'étape concernant la 1<sup>ère</sup> partie a été envoyé au Fonds CMU en décembre 2005.*

## **2.6 Evaluation du dispositif d'aide à la mutualisation**

*Carine Franc, Marc Perronnin, Dominique Polton*

Selon l'article L. 863-5 du code de la Sécurité sociale, le Fonds CMU « rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt ».

Afin de recueillir et d'analyser ces informations, le Fonds CMU lance une enquête spécifique et annuelle auprès des organismes complémentaires. Pour étudier la faisabilité et les modalités de cette enquête, et surtout déterminer la nature des données pertinentes à recueillir, un comité de pilotage a été mis en place, réunissant le Fonds CMU, l'IRDES, la DREES, des représentants de la FNMF, FFSA, FNMI et un certain nombre de représentants directs des organismes complémentaires.

La première réflexion a été menée sur la description des contrats de couverture complémentaire d'assurance maladie. L'objectif est d'avoir une vision synthétique de l'offre des contrats sur l'ensemble du marché de manière à comparer le niveau des garanties des contrats ayant ouvert droit à crédit d'impôt avec le niveau des garanties de l'ensemble des contrats d'assurance maladie complémentaire souscrits. Pour ce faire, il a été décidé de réaliser une typologie sur le modèle de celles élaborées par l'IRDES en 2000 puis 2004, mais en allant éventuellement au-delà des garanties optiques et dentaires. A partir des relevés de garanties de cinquante-cinq formules proposées par onze organismes volontaires, le groupe de travail a finalement sélectionné cinq variables jugées pertinentes pour construire la classification :

- les garanties portant sur les honoraires hospitaliers,
- les garanties portant sur les consultations de médecins de ville,
- les garanties portant sur la pharmacie « vignette blanche »,
- les garanties portant sur les lunettes avec verres complexes,
- les garanties portant sur les prothèses dentaires fixes.

D'autres garanties ont été utilisées comme variables illustratives (durée de remboursement du forfait hospitalier, remboursement des soins d'auxiliaire, de la biologie, de la pharmacie à vignette bleue, des lunettes à verres simples et des prothèses amovibles).

L'enquête relative à 2005 constitue en définitive une enquête exploratoire puisque limitée à un nombre restreint d'organismes (treize organismes). Pour ce faire, les organismes complémentaires retenus pour l'étude exploratoire ont communiqué aux mois de novembre et décembre :

- les fiches descriptives de leurs contrats,
- le nombre et la proportion des bénéficiaires présents dans chacune des cinq formules les plus souscrites en 2005 (permettant une description grossière du portefeuille).

Afin de représenter au mieux le positionnement des assurés face à l'offre, la classification est construite sur la base d'une pondération suivant les effectifs relatifs des bénéficiaires de chaque option. Les méthodes utilisées font apparaître des classifications en quatre ou huit classes reflétant une hiérarchie selon l'ensemble des garanties. En effet, il apparaît clairement une logique proportionnelle dans la classification des contrats : le niveau des garanties a tendance à croître simultanément. La

---

<sup>24</sup> *Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie*

typologie finalement proposée et validée par le comité de pilotage est une typologie intermédiaire à 6 classes, pour préserver la simplicité d'utilisation de la typologie tout en détaillant la classe 2 (de la typologie en 4 classes) sur laquelle se concentre une part significative des contrats ouvrant droit à crédit d'impôt. La décomposition des classes est synthétisée dans le tableau suivant :

Classe de contrats	Honoraires hospitaliers	Honoraires ambulatoires	Pharmacie (blanche)	Optique		Dentaire	
				simple	Complexe	fixe	Amovible
Classe 1	100 %	Infra TM	Infra TM	De Infra TM à 100€ en plus du RSS		0 ou infraTM	
Classe 2	100 %	100 %	100 %	Infra TM		infra TM	
Classe 3	100 %	100 %	100 %	De TM à 100€		Infra TM	De TM à 150 % du TC
Classe 4	100 %	100 %	100 %	De TM à 150€	De 100€ à 150€	De TM à 150 % du TC	
Classe 5	De 100 % à 150 %	De 100 % à 150 %	100 %	> à 150€	De 150€ à 230€	> 225 % du TC	De 150 % à 270 % du TC
Classe 6	> à 150 %	> à 150 %	100 %	De 100€ à 150€	> à 230€	De 150 % à 225 % du TC	> 270 % du TC

*Note : tous les montants en € sont indiqués « en plus du remboursement de la Sécurité sociale (RSS) »*

Il s'agira **dans un deuxième temps**, d'associer à chaque contrat souscrit par un individu ayant droit au crédit d'impôt, en plus de la classe représentant le niveau des garanties par rapport à l'offre globale, des caractéristiques individuelles : le niveau de la prime, l'âge et le département de résidence du souscripteur, mais aussi le nombre de bénéficiaires et enfin le montant des déductions de crédit d'impôt consenties sur le contrat. Ces informations seront collectées par le Fonds CMU à travers une enquête spécifique, lancée en janvier 2006, auprès des organismes complémentaires concentrant le plus de bénéficiaires du crédit d'impôt

## **2.7 Etude du lien entre niveaux de garantie et consommations de lunettes et de prothèses dentaires**

*Pascale Lengagne, Marc Perronnin*

L'Assurance santé en général et les couvertures complémentaires en particulier sont susceptibles d'accroître les consommations de soins des individus en réduisant la dépense à laquelle ils font face. Cet effet est considéré comme néfaste s'il conduit à acheter des soins que l'individu n'aurait pas jugé utile de consommer s'il avait dû payer l'intégralité de la dépense, ou bénéfique s'il permet, par un transfert de revenus, d'accéder à des soins importants en termes de santé, mais que l'individu n'aurait pas pu se permettre en l'absence d'assurance.

L'IRDES avait introduit, dans les enquêtes ESPS 1998, puis 2000 et 2002, des questions visant à mesurer objectivement les niveaux de garanties optiques et dentaires des contrats de couverture complémentaire. En 1998, un premier travail sur le recours aux séances de généraliste et de spécialiste avait montré que le niveau de couverture influence le nombre de séances, mais pour ce qui est de leur nature (aller, lorsque cela est possible, plutôt chez un spécialiste que chez un généraliste), seul le fait d'être couvert a un impact. Cette étude souffrait cependant du fait que le niveau de couverture n'était connu que pour environ un quart de l'échantillon. De plus, contrairement à ce qui était prévu initialement, les consommations de lunettes et de prothèses dentaires, soins pour lesquels les restes à charge après remboursement de l'Assurance maladie sont les plus importants (donc pour lesquels les

effets de la complémentaire sont supposés être le plus fort), n'ont pu être étudiées, là encore du fait du trop faible nombre d'individus dont on connaissait le niveau de couverture.

Grâce à des améliorations dans le questionnement des enquêtés, le taux de réponses en ce qui concerne les niveaux de garantie a été nettement amélioré en 2000 et 2002. De ce fait, et du fait de l'utilisation des années 2000 et 2002 cumulées, nous avons pu disposer d'un échantillon beaucoup plus important de personnes dont on connaissait le niveau de couverture. En appariant l'enquête ESPS avec l'EPAS, nous avons été en mesure de mettre en relation le niveau de couverture, ainsi que les autres caractéristiques individuelles, avec les consommations de lunettes et de prothèses dentaires.

Utilisant un échantillon de 13 146 individus, nous modélisons simultanément le recours et les dépenses aux lunettes d'une part et aux prothèses dentaires d'autre part, par un modèle Tobit généralisé. Sur l'ensemble de l'échantillon, nous avons montré que les consommations en lunettes et en prothèses dentaires sont significativement plus importantes parmi les individus couverts que parmi les non couverts (nous avons montré que ce résultat n'était pas dû à un phénomène d'auto sélection) ; en revanche, contrairement à un résultat attendu, chez les personnes couvertes, les niveaux de garantie n'ont pas d'impact sur le recours et sur la dépense. Réalisant la même analyse par tranches de revenu, nous avons constaté que chez les individus appartenant à la tranche des revenus les plus faibles, le recours croît continuellement avec le niveau de garantie pour les lunettes et les prothèses dentaires. Ainsi, il semble que chez les bas revenus, une élévation des niveaux de garantie entraîne une amélioration de l'accès aux soins.

Enfin, à niveau de garantie donné, l'impact résiduel du milieu social est assez faible.

Ces résultats ont déjà fait l'objet d'un « Questions d'Economie de la Santé ». La rédaction d'un working paper détaillant la méthode et les résultats est programmée. Enfin, une publication sous forme d'un article dans une revue internationale est envisagée.

☰ *Impact des complémentaires maladies sur les soins peu remboursés par l'Assurance maladie : le cas des lunettes et des prothèses dentaires.* Pascale Lengagne, Marc Perronnin, Questions d'économie de la santé n° 100, Novembre 2005, 6 p.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum100.pdf>

☞ *Présentation d'un poster pour les 4ème Journée de Santé publique dentaire à Bobigny le 4 novembre 2004.*

### **3. Vieillesse et dépendance, impact sur le système de santé**

#### **3.1 Modalités d'accès à la retraite pour raison de santé**

*Barnay Thomas*

L'objectif initial était d'évaluer les dispositifs choisis par les actifs en fin de vie active lorsqu'ils sont en mauvais état de santé (revue de la littérature, exploitation statistique et comparaison internationale).

Un premier travail d'analyse méthodologique des trois enquêtes françaises (présenté en annexe 1 du rapport) nous a conduits à sélectionner exclusivement l'enquête décennale santé 2003. Au fil des réunions mensuelles organisées à la DREES par François Jeger, l'objet de l'étude a évolué vers une description de la population des 50-59 ans et en particulier les déterminants des statuts d'occupation des chômeurs et des inactifs en lien avec leur état de santé passé et présent.

Le rapport final, remis à la DREES le 1<sup>er</sup> décembre 2005 comporte six parties. Les trois premières portent sur l'étude de la population française âgée de 50 à 59 ans : les dispositifs auxquels elle peut prétendre (partie 1), ses caractéristiques socio-économiques (partie 2) et les liens existant entre statut d'occupation et état de santé (partie 3). Les trois parties suivantes ont pour but de présenter globalement les systèmes d'assurance sociale en Europe (partie 4), d'identifier les dispositifs de cessation d'activité existant dans les autres pays européens (partie 5) et de mener quelques développements empiriques à l'aide de l'enquête SHARE pour analyser l'état de santé des populations de 50 à 64 ans (partie 6).

La population 50-64 ans est particulièrement hétérogène en Europe. La situation française est singulière : de fortes incitations au départ anticipé (par le biais dorénavant des dispenses de recherche d'emploi) et un âge de cessation d'activité qui demeure relativement peu élevé (58 ans). Entre 50 et 59 ans, si les deux tiers des personnes sont actives employées, beaucoup de personnes ont cessé de manière anticipée leur activité. Les déterminants de cette cessation précoce sont multiples et la santé intervient comme un facteur explicatif très significatif du statut d'inactivité pour les hommes mais aussi du chômage (sans recherche d'emploi) pour les hommes en France. Cet effet important, qui n'est pas significatif pour les femmes, montre qu'une partie des hommes en incapacité se retrouvent dans ce statut, c'est-à-dire potentiellement en dispense de recherche d'emploi. Il est donc possible que la mise en place de dispense de recherche d'emploi permette aux hommes en incapacité de cesser précocement leur activité. En Europe, l'impact négatif des limitations d'activité (en particulier) sur l'offre de travail concerne tous les pays.

Cette étude a été financée par une convention signée entre l'IRDES et la DREES (bureau « politique de la vieillesse, du handicap et de la dépendance ») d'une durée de huit mois à compter du mois de mars 2005.

- ✉ *Un rapport IRDES et un « Questions en Economie de la Santé » en co- publication avec un « Etudes et résultats ».*
- ✉ *Les résultats de cette étude seront présentés lors de séminaires ou colloques (séminaire 3S de la DREES en janvier 2006, colloque de l'Association Internationale des Démographes de Langue Française (AIDELF), Aveiro, Portugal, en septembre 2006.)...*

#### **3.2 Comparaison internationale sur l'impact du vieillissement sur l'absentéisme (France, Royaume-Uni et Canada)**

*Thomas Renaud (IRDES), Michel Grignon (Université McMaster, Hamilton, Ontario)*

La réalisation de cette étude en 2005 était conditionnée par l'obtention d'un financement de recherche du Social Science and Humanities Research Council (SSHRC) qui n'a pas été accordé. Une nouvelle proposition de recherche, similaire mais enrichie du point de vue du background théorique et de la méthodologie proposée, a été soumise à nouveau au SSHRC pour les dotations 2006. La réponse à cette nouvelle demande de financement interviendra au premier trimestre 2006.

### 3.3 Santé et offre de travail des seniors : l'importance des contextes

Thomas Barnay, Didier Blanchet (INSEE), Thierry Debrand, et Pascale Lengagne

Face à des taux d'emploi des 55-64 ans inférieurs à 50 % et à un vieillissement démographique important, l'emploi des seniors est devenu une préoccupation majeure en Europe. Néanmoins, les sorties anticipées du marché du travail restent nombreuses et de nouveaux dispositifs prennent la place des systèmes de préretraite, avec la santé comme motif prépondérant de sortie précoce de l'activité. Dans ce contexte, notre étude vise à étudier les liens entre santé et offre de travail des seniors. L'originalité réside dans la prise en compte de l'environnement dans lequel est prise la décision de départ à la retraite, en particulier la situation du conjoint au regard de l'emploi, les conditions du marché du travail et des modes de production, les contextes institutionnels et les conditions macroéconomiques nationales.

Dans un premier temps, l'objet de cette étude est de mettre en évidence, dans un cadre européen, le rôle important de la santé dans la décision des hommes et des femmes âgés de 50 à 65 ans de participer au marché de l'emploi. Nous étudions la participation à l'emploi des seniors à l'aide d'une variable latente d'incapacité qui est dépendante de l'état de santé de chaque individu. En utilisant la modélisation proposée par Bound (1991) et reprise par Campolieti (2002), nous mettons en évidence pour dix pays européens l'importance de la santé sur la participation au marché du travail.

Dans le cadre de ce projet de recherche, nous nous proposons aussi de compléter la compréhension de la relation individuelle entre état de santé et offre de travail par la prise en compte de la dimension familiale. Nous avons distingué dans un premier temps les différences de comportements entre les hommes et les femmes ; dans un deuxième temps, nous essayerons de mettre en évidence les interactions possibles au sein du couple. En effet, dans un couple, la décision de cesser son activité est rarement individuelle.

De plus, l'intensité du travail, les sollicitations extérieures, la gestion du stress interviennent aussi directement sur la santé et donc sur l'offre de travail. L'intensification des normes de production et les délais raccourcis pèsent sur la santé physique et mentale des salariés. Les salariés vieillissants sont les premiers touchés par ces contraintes qui limitent leur disponibilité et leurs initiatives. Les contraintes institutionnelles se révèlent aussi être très importantes dans la prise de décision des individus. En outre, nous avons mis en évidence les facteurs déterminants de la volonté de vouloir partir le plus tôt possible à la retraite.

Ces travaux de recherche ont principalement utilisé l'enquête SHARE 2004.

En 2006, ces recherches seront finalisées. Elles donneront lieu à des présentations en séminaires et colloques, mais aussi à la rédaction d'articles scientifiques et de « Questions d'économie de la santé ».

☞ *Aspiration à la retraite, santé et satisfaction au travail : une comparaison européenne.*

D. Blanchet, Th Debrand. IRDES. Questions d'Economie de la Santé n°103. Décembre 2005.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum103.pdf>

☞ *Seniors, votre santé intéresse le marché du travail*, Th Barnay, Th Debrand, IRDES, « Questions d'Economie de la Santé » à paraître.

☞ *Etat de santé et participation au marché du travail*, Th Barnay, Th Debrand, Revue Santé, Société et Solidarité, à paraître.

☞ *L'influence de l'organisation du travail sur l'état de santé des seniors*, Th Debrand, P. Lengagne, IRDES, working paper à paraître.

☞ *Disability and the labour force participation of older workers: the importance of health*, Th Barnay, Th Debrand, IRDES working paper à paraître.

☞ *Retirement Intentions, health and work satisfaction: a European comparison.* D Blanchet, Th Debrand, IRDES working paper à paraître.

### **3.4 Ouvrage « Le vieillissement en Europe »**

*Catherine Sermet, Thomas Barnay*

A la demande de la Documentation Française, nous avons accepté de coordonner un ouvrage intitulé « Le vieillissement en Europe ».

Cet ouvrage collectif a pour objectif de réaliser un état des lieux des différentes problématiques liées au vieillissement de la population en Europe et de faire le point, quand cela est possible, sur les perspectives d'évolution.

Un état des lieux démographique ouvrira le volume en abordant d'une part les aspects d'effectifs et de structure des populations et d'autre part, les questions de mortalité et de causes de décès.


Le deuxième point concernera l'état de santé. Trois aspects seront abordés : les grands problèmes pathologiques des personnes âgées, leur prévalence et leur évolution dans le temps; les incapacités et la dépendance, et enfin, une approche plus synthétique sera effectuée au travers des indicateurs d'espérances de vie en santé et leur comparaison.

Une troisième partie abordera les aspects socio-économiques au travers des conditions de vie des personnes âgées, des relations entre les générations et de la place des personnes âgées dans la société.

Enfin, la dernière partie abordera les politiques publiques en s'intéressant aux systèmes de retraites, à la protection sociale et à la prise en charge de la dépendance.

La perspective choisie se veut Européenne. Il s'agit donc d'inclure dans les descriptions et les analyses une dimension internationale comparative qui permette de dégager les similitudes et les différences qui caractérisent les différents systèmes. Les articles devront faire un état des lieux de la situation actuelle et inclure dès que possible des éléments prospectifs ou présenter les scénarii pour l'évolution future des différentes problématiques.

Cet ouvrage lancé en 2004 sera finalisé début 2006. L'année 2005 a été essentiellement consacrée à rassembler et relire les articles des différents auteurs, dont certains nous sont arrivés très tardivement.

 *Publication prévue premier semestre 2006.*

### **3.5 Le Forum franco-québécois de la santé**

*Pierre Gottely*

Après le séminaire de Toulouse de juin 2002 sur le vieillissement et celui de Québec de décembre 2002 sur la performance hospitalière, l'Observatoire franco-québécois de la Santé et de la Solidarité (OFQSS) a organisé les 27-28 septembre 2005, à Québec, le premier Forum franco-québécois de la santé sur le thème de « Vieillesse et santé », en présence des ministres québécois de la Santé et des Services sociaux (Philippe Couillard) et de la Famille des Aînés et de la Condition féminine (Carole Théberge) et du ministre français de la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille (Philippe Bas). Il a réuni 300 personnes environ, représentant des décideurs (tant politiques qu'administratifs), acteurs et usagers du secteur, dont une trentaine de Français (experts et responsables du ministère). De l'avis unanime, il fut un très gros succès et son organisation, très structurée, par l'Observatoire a été jugée remarquable par l'ensemble des participants. Fort de ce bilan flatteur, les deux ministres (P. Couillard et P. Bas) ont décidé de pérenniser l'exercice et le ministre français a donné rendez-vous à son collègue québécois dans deux ans à Paris. L'organisation de la prochaine manifestation a été confiée à l'OFQSS, qui fera des propositions sur le thème qui y sera traité, à l'issue de son Comité directeur du 28 février 2006.

## 4. Inégalités sociales / territoriales de santé et de recours aux soins

### 4.1 Mesure de l'état de santé

#### 4.1.1 Hétérogénéité sociale de mesure de l'état de santé et mesure des inégalités de santé

*Thierry Debrand, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Myriam Khlaf (INED), Carine Milcent (PSE<sup>25</sup>) Catherine Sermet, Sandy Tubeuf*

En France, comme dans de nombreux pays, le constat de l'existence de fortes inégalités sociales de santé a aujourd'hui été largement dressé. Dès lors, la mesure de l'état de santé, celle de la situation sociale et le choix des indicateurs d'inégalités constituent des enjeux importants. L'état de santé en particulier peut être approché par de nombreux indicateurs de mortalité et de morbidité qui ne décrivent pas de la même manière les inégalités de santé puisque d'une part, ils ne font pas référence aux mêmes dimensions de la santé et d'autre part, ils peuvent être sujets à une hétérogénéité sociale de déclaration.

L'objectif de cette recherche, réalisée dans le cadre du programme DREES-MIRE, INSERM, DGS, INVS, INCA, CANAM sur les inégalités sociales de santé, est d'explorer l'impact de l'instrument choisi pour mesurer l'état de santé sur l'ampleur des inégalités sociales de santé. Dans une première étape, nous proposons de tester l'existence de biais systématiques de réponse liés à des caractéristiques individuelles, pour ensuite proposer des corrections afin d'obtenir un indicateur de santé corrigé. Dans une seconde étape, nous comparerons l'ampleur des inégalités de santé obtenue à partir des différents indicateurs de santé utilisés dans l'analyse précédente et de l'indicateur de santé construit, corrigé des biais de déclaration.

La première étape de ce projet consistera à analyser l'hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé à partir de deux sources de données complémentaires : l'enquête Santé 2002-2003 de l'INSEE et l'enquête SHARE 2004-2005 (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). L'enquête Santé permet d'étudier en population générale l'hétérogénéité de déclaration de l'état de santé liée à la situation sociale à partir d'un ensemble d'indicateurs de santé déclarée. La dimension internationale de SHARE permet ensuite pour un échantillon restreint aux plus de 50 ans, d'analyser les hétérogénéités culturelles et contextuelles de déclaration. Enfin, l'enquête SHARE permet d'intégrer dans l'analyse des mesures objectives de l'état de santé (marche, force de préhension) ainsi que des vignettes permettant de connaître les « normes » de santé du répondant.

L'analyse de l'hétérogénéité de déclaration de la santé sera fondée sur la méthodologie proposée par Shmueli (2003). A l'aide d'un modèle MIMIC (Multiple Indicators Multiple Index Causes) composé de plusieurs équations simultanées d'état de santé, il s'agit de séparer la contribution des variables socio-économiques à l'explication d'une variable latente d'état de santé, de leur contribution à chacun des indicateurs de santé. A partir des données de l'enquête SHARE, nous analyserons les différences de normes d'état de santé selon les caractéristiques sociodémographiques et culturelles, en comparant les évaluations des cas fictifs proposés dans les questionnaires « vignette » réalisées par les différents groupes sociaux». En confrontant ensuite les déclarations de santé perçue, aux normes de santé et aux mesures objectives, nous proposerons une mesure de l'état de santé corrigée des normes de santé, fondée sur le modèle proposé par King et al. (2004).

La seconde étape de cette recherche consistera à comparer l'ampleur des inégalités sociales de santé en utilisant d'une part l'état de santé latent estimé par le modèle MIMIC et l'état de santé contrôlé grâce aux vignettes et, d'autre part, chacun des indicateurs de santé déclarée ou mesurée par les tests physiques utilisés dans les estimations. Les inégalités sociales de santé seront mesurées, selon la

---

<sup>25</sup> Paris-Jourdan Sciences Economiques

méthodologie développée par le groupe ECuity (Wagstaff, Paci et Van Doorslaer 1991 ; Van Doorslaer et Koolman, 2005) à l'aide d'un indice de concentration bidimensionnel comparant la distribution de l'état de santé, considérée en proportions cumulées, à la distribution du revenu dans la même population, en proportions cumulées croissantes.

Durant l'année 2005, un séminaire bibliographique a été organisé sur le thème des indicateurs de santé et des biais de déclaration les affectant.

Afin de répondre à l'appel à projets de recherche DREES-MIRE, INSERM, DGS, INVS, INCA, CANAM sur les inégalités sociales de santé, les méthodes d'analyses ainsi que les données ont été sélectionnées.

L'essentiel de ce projet se déroulera durant les années 2006 et 2007.

#### **4.1.2 Revue de littérature fondée en partie sur un séminaire bibliographique**

*Florence Jusot, Lise Rochaix, Catherine Sermet, Sandy Tubeuf*

La première étape de ce projet a été constituée par la tenue d'un séminaire bibliographique bimensuel sur les indicateurs d'état de santé durant l'année 2004/2005. Les articles présentés portaient d'une part sur le contenu en santé des différents indicateurs et d'autre part sur la sensibilité de ces indicateurs aux différences démographiques et sociales.

Ce séminaire a permis de compléter une revue de littérature sur les biais de déclaration afin d'aboutir à une publication qui sera soumise à une revue scientifique dans le courant de l'année 2006.

La revue de littérature, qui a pour titre « Self-assessed versus more objective health status : where are the differences? » est en cours d'écriture. Dans un premier temps, elle cherche à définir clairement ce que signifie les termes de santé mesurée plus objectivement et santé subjective. Puis, elle met en évidence à l'aide de la littérature sur le sujet, les facteurs de décalage identifiés en termes d'explication des disparités entre ces deux types d'indicateurs (biais de justification, biais de déclaration, norme sociale, légitimité de la pathologie). Deux grandes sources de disparités sont considérées, celles qui proviennent de la morbidité puis celles qui proviennent des caractéristiques socio-démo-économiques individuelles. Enfin, une discussion en dernière partie permet de juger de l'utilisation de tel ou tel autre indicateur dans certains contextes de recherche et valorise aussi la construction d'indicateurs multidimensionnels.

✎ *Self-assessed versus more objective health status : where are the differences?* F. Jusot - L. Rochaix - C. Sermet - S. Tubeuf, article en cours de rédaction.

#### **4.1.3 Mesurer la santé : un indicateur cardinal**

*Marc Perronnin, Lise Rochaix, Sandy Tubeuf*

Pour analyser les inégalités de santé entre différentes populations, il est important de disposer d'indicateurs continus et synthétiques, de manière à pouvoir calculer des moyennes et comparer aisément les populations. L'objectif de ce projet est de construire un tel indicateur, au moyen des maladies déclarées, regroupées selon leurs dimensions risque vital et invalidité et pondérées selon leur influence sur la note d'état de santé.

Nous travaillons sur les données de l'enquête ESPS 2002. Notre échantillon est composé de 8 635 individus âgés de plus de 16 ans. Dans un premier temps, les pathologies ont été classées selon le niveau de risque vital et d'invalidité minima qui leur ont été attribués par l'IRDES.

Dans un deuxième temps, nous avons supposé que chaque individu se note en situant son état de santé global dans une échelle de référence qui lui est propre. Nous avons régressé par un logit ordonné la note d'état de santé sur les nombres de maladies déclarées par modalité de l'indicateur de sévérité.



Dans cette régression, nous avons également tenu compte de l'influence que peuvent avoir les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle, occupation principale et protection complémentaire) et les facteurs de risque (consommation de tabac, d'alcool et surpoids) sur la note que s'attribue un individu pour un même état de santé (on parle de biais de report). Nous avons ainsi observé qu'à niveau de sévérité donné, les individus ont tendance à s'accorder une note plus faible lorsqu'ils sont âgés, fumeurs, en surpoids ou obèses, agriculteurs ou ouvriers, inactifs, non couverts par une complémentaire santé.

Nous avons ajouté un effet aléatoire pour tenir compte de caractéristiques du ménage non prises en compte dans la régression et qui peuvent avoir une influence soit sur l'état de santé réel, soit sur le biais de report. Cet effet est ressorti très significatif, ce qui suggère l'influence de sa prise en compte pour améliorer la qualité de la régression.

Les coefficients de cette régression nous ont permis d'associer un poids à chaque niveau de sévérité. Nous avons construit notre indicateur comme la somme pondérée des maladies déclarées par l'individu. Sa distribution est très asymétrique et étalée vers les mauvais états de santé. Comme exemple d'application, nous avons utilisé cet indicateur pour comparer l'état de santé de différentes classes d'âge en calculant sa moyenne assortie d'un intervalle de confiance sur ces classes

Au cours de l'année 2005, ce travail a pu être présenté sous forme de poster. Il sera particulièrement valorisé au cours de l'année 2006 puisqu'il fera, dans un premier temps, l'objet d'un « quatre pages » :

✎ *Construction d'un indicateur de santé continu agrégeant risque vital et invalidité*, Marc Perronnin, Lise Rochaix, Sandy Tubeuf. Questions d'économie de la santé à paraître.

et d'un document de travail IRDES. :

✎ *Measuring Health: Constructing a Global Health Status Indicator Encompassing Subjective and Medical Dimensions*, Marc Perronnin, Lise Rochaix, Sandy Tubeuf. Document de travail à paraître.

✎ *Juillet 2005 : XXV<sup>e</sup> congrès international de la population, Tours*

✎ *Décembre 2005 : soumis sous forme d'abstract pour la 6<sup>ème</sup> Conférence Européenne des Economistes de la Santé, Budapest, Hongrie, juillet 2006*

✎ *Janvier 2006 : présentation en séminaire interne IRDES*

## 4.2 Mesure de la situation sociale

### ➤ Définition et mesure de la situation sociale dans un contexte épidémiologique

*Florence Jusot*

A la suite du programme Sciences Bio-Médicales de la MIRE, du CNRS, et de INSERM, portant sur les déterminants sociaux de la santé, les différentes équipes franciliennes travaillant dans le champ de l'épidémiologie sociale ont décidé d'organiser une série de séminaires de recherche, nommés EPISOC et consacrés au thème de la définition et de la mesure de la situation sociale dans un contexte épidémiologique.

Ces rencontres, coordonnées par Emmanuelle Cambois (INED), Basile Chaix (INSERM U444) et Céline Ribet (INSERM U88), ont lieu le mardi de 9h30 à 12h30, toutes les six semaines environ depuis décembre 2004.

L'objectif est de réfléchir à la mesure de la situation sociale, en apportant une attention particulière aux questionnements suivants :

- Quelle mesure de la situation sociale pour quelle population étudiée ? (comment repérer la situation sociale des femmes, des enfants ?)
- Quelle mesure de la situation sociale dans le but de décrire ou/et d'expliquer les inégalités sociales de santé ?
- Faut-il privilégier les mesures individuelles ou collectives de la situation sociale ?
- Faut-il privilégier les évaluations statiques ou dynamiques de la situation sociale ?

L'IRDES a été chargé de l'organisation de la rencontre du 19 avril 2005 et la participation à ce réseau de recherche a donné lieu à deux présentations en 2005 :

↳ *La mesure de la situation sociale dans l'analyse des inégalités sociales de santé : Quelques réflexions issues d'une analyse de mortalité en France*, Florence Jusot, Séminaire EPISOC, INED, Paris, 8 février 2005

↳ *The role of ill-health as a precursor of unemployment in France*, Florence Jusot, Myriam Khat, Thierry Rochereau, Catherine Sermet, Séminaire EPISOC, Faculté Saint Antoine, Paris, 11 octobre 2005

L'IRDES sera chargé de l'organisation d'une rencontre en 2006.

### **4.3 Mesure des inégalités sociales de santé**

#### **4.3.1 Evolution des inégalités de santé au cours des années 1990 : comparaison de plusieurs indicateurs de santé**

*Sandy Tubeuf, Lise Rochaix*

L'objectif de ce projet est d'une part, d'observer l'évolution des inégalités sociales de santé et de mettre en évidence leurs facteurs déterminants au cours du temps et d'autre part, de comparer les facteurs déterminants pertinents ainsi que les mesures d'inégalités sociales de santé, notamment leur robustesse et leur précision selon l'indicateur de santé employé.

Une méthodologie originale de calcul et de décomposition d'indices de concentration en facteurs déterminants est utilisée. Soutenant l'hypothèse qu'à chaque indicateur de santé choisi correspondra une mesure d'inégalités de santé selon le revenu différente, cette étude des inégalités inter-temporelles de santé selon le revenu considère plusieurs indicateurs de santé.

Trois indicateurs complémentaires sont donc envisagés. Le premier s'inspire d'autres analyses européennes de mesure des inégalités de santé et considère l'état de santé auto évalué. Le second s'intéresse à l'état de santé qui relève du modèle médical, à savoir les pathologies dont l'individu souffre. Enfin, le troisième, plus global, est un indicateur construit qui considère plusieurs dimensions de l'état de santé.

Quels que soient l'année ou l'indicateur de santé envisagé, la santé est inégalement distribuée selon le revenu, favorisant les individus les plus riches. Les changements observés dans l'évolution des inégalités sociales de santé, et en particulier en termes de facteurs déterminants des inégalités au cours du temps, s'expliquent tout particulièrement par une forte contribution de la catégorie socioprofessionnelle et de la couverture complémentaire à accroître l'inégalité. Par ailleurs, une conclusion intéressante de l'analyse relève de la relation entre le revenu et la santé. En effet, les inégalités de santé selon le revenu ne semblent pas seulement s'expliquer par une distribution inégale du revenu dans la population qui s'est accrue mais surtout par le lien fort qui lie revenu et état de santé.

Au cours de l'année 2005, Florence Jusot a été intégrée à ce travail de recherche qui a fait l'objet de plusieurs présentations en France et à l'étranger. Après le séjour à York de Sandy Tubeuf en novembre 2005, dans le cadre de sa thèse, le projet a pu rapidement évoluer. Dans un premier temps, il fera l'objet d'un document de travail IRDES, puis il sera soumis à une revue scientifique en 2006.

✉ *Juin 2005 : Séminaire Episoc, INED, Paris*

✉ *Septembre 2005 : ECuity Annual Workshop, Bonn, Allemagne*

✉ *Novembre 2005 : Wednesday Seminar, Center for Health Economics, York, UK*

✉ *Décembre 2005 : soumis sous forme d'abstract pour le colloque de l'ADELFF, Toulouse, mai 2006 (accepté sous forme de présentation orale).*

#### **4.3.2 Participation au projet EUROTHINE**

*Florence Jusot, Frédérique Ruchon*

Le projet « Tackling health inequalities in Europe an integrated approach » (Eurothine), proposé par Johan Mackenbach et Anton Kunst (Erasmus University, Rotterdam) vise à collecter et analyser des informations sur les inégalités sociales d'état de santé, de comportements à risque et de consommation de soins en Europe, afin de mutualiser la connaissance et éclairer les politiques de réduction des inégalités sociales de santé.

La participation de l'IRDES à ce projet consiste dans un premier temps à fournir des informations harmonisées pour la France. Dans un second temps, l'IRDES participera activement au groupe de travail sur les inégalités de recours aux soins.

Après analyse des questionnaires de l'enquête sur la santé et la protection sociale de l'IRDES des années 2002 et 2004 et de l'enquête santé 2002-2003 de l'INSEE, l'enquête sur la Santé et la Protection sociale 2004 a été retenue afin de fournir pour la France une base de données harmonisée.

La base de données a été constituée et envoyée.

La définition de la deuxième phase est en cours.

#### **4.4 Effet de sélection, effet de causalité**

##### **4.4.1 Les itinéraires professionnels en relation avec la santé**

*Florence Jusot (IRDES), Myriam Khlaf (INED), Thierry Rochereau (IRDES), Catherine Sermet (IRDES)*

L'objectif de cette recherche, réalisée dans le cadre du programme « Santé et Travail » de la MIRE, la DARES, la DREES et La Poste, est d'analyser le rôle de l'état de santé et des comportements à risque pour la santé en tant que facteurs de sélection dans les itinéraires professionnels.

En France, très peu d'études ont analysé la relation entre la santé et la trajectoire socioprofessionnelle, mais quelques travaux réalisés dans d'autres pays d'Europe ont fourni des éléments intéressants, quoique parfois contradictoires. Les résultats de ces études sont toutefois peu généralisables car ils concernent des populations particulières, soit sur le plan géographique, soit sur celui de l'âge ou du statut professionnel.

Ce projet vise à combler ce manque en étudiant, à partir d'une exploitation longitudinale des enquêtes Santé Protection sociale, l'influence de l'état de santé sur les itinéraires professionnels ultérieurs. Il s'agit d'analyser l'effet de l'état de santé sur la mobilité professionnelle (entrées et sorties du marché du travail, mobilité de l'emploi vers le chômage ou du chômage vers l'emploi), la mobilité sociale

(ascendante, descendante), le changement de type de contrat de travail (à durée indéterminée, à durée déterminée) ainsi que sur les modifications du temps de travail (temps plein, temps partiel).

Cette recherche est fondée sur une exploitation longitudinale des vagues 1992-95, 1996-98 et 2000-02 des enquêtes Santé Protection sociale. L'analyse est menée grâce à des régressions logistiques afin de mettre en évidence l'effet de l'état de santé sur la probabilité d'être au chômage ou inactif quatre ans après et l'effet de l'état de santé sur la probabilité d'avoir une trajectoire descendante (ou ascendante) *versus* une trajectoire stable, tout en contrôlant par les autres déterminants des trajectoires professionnelles.

L'exploitation longitudinale des premières vagues de l'enquête Santé Protection sociale a permis d'apporter un premier éclairage sur la relation existant entre trajectoires sociales et santé.

La première partie de cette recherche, consacrée à l'analyse de l'influence de l'état de santé sur la probabilité d'être inactif et d'être au chômage quatre ans après est actuellement terminée.

Les résultats montrent qu'un actif ayant un emploi a beaucoup plus de risques de devenir inactif ou chômeur s'il déclare souffrir de problèmes de santé. Les maladies graves et les maladies incapacitantes entraînent des passages plus fréquents de l'emploi vers l'inactivité, mais sont peu associées aux transitions vers le chômage. Au bout de quatre ans, les personnes souffrant d'une maladie incapacitante ont 1,5 fois plus de risque d'être inactives et ce risque est multiplié par 4 pour les personnes souffrant d'une maladie prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale (ALD). Les personnes se considérant en mauvais état de santé général ont en revanche un risque plus élevé de devenir chômeur. Au bout de quatre ans, le risque d'être chômeur est deux fois plus élevé pour les personnes qui se déclarent en mauvaise santé. Ces analyses mettent en outre en évidence des différences selon le genre. Ainsi, les maladies psychiatriques et troubles du sommeil, comme les troubles musculo-squelettiques sont significativement associés à la transition vers le chômage des femmes, et non des hommes. Enfin, la consommation importante de tabac est associée au passage au chômage des hommes, alors que l'obésité est associée au passage au chômage des femmes.

✎ La première partie de ce travail a été présentée lors de plusieurs séminaires et conférences internationales en 2005, *The role of ill-health as a precursor of unemployment in France*, Florence Jusot, Myriam Khlat, Thierry Rochereau, Catherine Sermet :

- *communication lors du XXV<sup>e</sup> Congrès International de la Population (UIESP<sup>26</sup>) (Tours, France, 18-23 juillet 2005),*
- *poster au V<sup>e</sup> Congrès de l'International Health Economics Association (Barcelona, Spain, 10-13 juillet 2005),*
- *communication lors des 2<sup>ième</sup> rencontres franco-britannique en économie de la santé, Londres, 4-6 Janvier 2006,*
- *séminaire EconomiX, Université Paris X, 28 septembre 2005,*
- *séminaire de l'unité de recherche Mortalité, Santé Epidémiologie, INED, 6 octobre 2005,*
- *séminaire EPISOC, Faculté Saint Antoine, Paris, 11 octobre 2005,*
- *journée du programme Santé Travail, DARES, 20 octobre 2005.*

✎ Une communication a été acceptée au colloque « Population et travail » (Aveiro, 18-22 septembre 2006) organisé par l'Association Internationale des Démographes de Langue Française (AIDELF) : *Chômage et Santé en France: effet de sélection ou effet de causalité ?* Florence Jusot, Myriam Khlat, Thierry Rochereau, Catherine Sermet.

---

<sup>26</sup> Union internationale pour l'étude scientifique de la population

Cette recherche a également donné lieu à la rédaction d'un rapport intermédiaire et d'un article, à paraître en 2006 :

📖 *Les itinéraires professionnels en relation avec la santé : une exploitation longitudinale de l'enquête ESPS de l'IRDES*. Florence Jusot, Myriam Khat, Thierry Rochereau, Catherine Sermet (2005), rapport intermédiaire dans le cadre du programme " Santé et Travail", MIRE, DARES, DREES, La Poste, 89 pages.

📖 *Une mauvaise santé augmente fortement les risques de perte d'emploi*, Florence Jusot, Myriam Khat, Thierry Rochereau, Catherine Sermet, Données Sociales, La société française, INSEE, à paraître.

✉ *La rédaction d'un article pour une revue internationale à comité de lecture est en cours.*

La seconde partie de cette recherche est consacrée au rôle de l'état de santé sur les autres dimensions des itinéraires professionnels. Les premières analyses ne permettent pas de mettre en évidence un effet de la santé sur la mobilité sociale. Des analyses complémentaires sont actuellement en cours.

#### **4.4.2 Discrimination liée à la santé sur le marché du travail**

*Philippe Abecassis (EconomiX, Université Paris X), Philippe Batifoulier (EconomiX, Université Paris X), Isabelle Bilon (EconomiX, Université Paris X), Florence Jusot (IRDES)*

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de EconomiX (ex Forum) « Inégalités et discriminations sur le marché du travail : L'impact de l'identité sur l'évaluation du travail », en réponse à l'appel à projet de recherche DREES, MIRE, DARES, « Les dimensions de l'identité : analyse de la base de données *Histoire de vie construction des identités* de l'INSEE».

L'objectif de cette recherche est d'analyser les discriminations liées à la santé et à l'apparence sur le marché du travail, en particulier parmi les seniors.

Ce projet vise à tirer partie de la richesse de l'enquête Histoire de Vie sur la santé perçue, les discriminations, l'appartenance à des associations de malades et les conditions de travail afin de tester les hypothèses suivantes :

- Peut-on mettre en évidence des discriminations liées à la santé sur l'insertion sur le marché du travail ? L'enjeu est alors de séparer l'effet de la santé sur l'offre de travail de l'effet de la santé sur la demande de travail, tout en distinguant ce qui relève de l'effet de la santé sur la productivité de l'existence de discriminations.
- L'appartenance à des réseaux modifie-t-elle l'impact de la santé sur l'insertion sur le marché du travail, en protégeant les malades du chômage ?
- Lorsqu'elles sont en emploi, les personnes en mauvaise santé sont-elles reléguées à des emplois plus pénibles ?

A l'aide de régressions logistiques, cette recherche propose tout d'abord d'analyser l'association entre le chômage, défini par le fait de se déclarer chômeur ou inactif recherchant un emploi, la mauvaise santé déclarée et la déclaration de discriminations liées à la santé et l'apparence. Des analyses séparées selon les types d'emploi sont ensuite menées afin de voir si l'effet de sélection est identique dans tous les secteurs. L'introduction de l'appartenance à des associations de malades ou le fait de souffrir d'un handicap reconnu permet ensuite de tester l'effet protecteur de l'appartenance à des réseaux. Enfin, une analyse des types d'emploi occupés par les personnes malades sera menée.

Les premiers résultats mettent en évidence une forte association entre chômage et mauvaise santé. Ainsi, les personnes se considérant en bonne santé sont moins fréquemment chômeuses, alors que les personnes déclarant suivre un traitement, se considérant comme malades ou se considérant

handicapées, le sont plus fréquemment. La déclaration de troubles psychologiques est également associée au chômage. Enfin, le chômage est plus fréquent parmi les personnes déclarant avoir subi des discriminations liées à la santé, à l'âge ou à leur poids.

L'analyse séparée selon le type d'activité fait apparaître quelques différences notables entre activités manuelles et non manuelles. Ainsi, la probabilité de chômage est plus sensible à l'occurrence d'une maladie pour les activités manuelles. De même, les limitations fonctionnelles leur sont systématiquement défavorables. A l'inverse, la déclaration de troubles psychologiques est significativement associée au chômage parmi les activités non manuelles, mais ne l'est pas parmi les activités manuelles.

📖 Cette recherche a donné lieu à la remise d'un rapport intermédiaire : *EconomiX, « Inégalités et discriminations sur le marché du travail : L'impact de l'identité sur l'évaluation du travail »*, rapport intermédiaire pour la DREES, la MIRE, la DARES, dans le cadre du programme « Les dimensions de l'identité : analyse de la base de données *Histoire de vie construction des identités* de l'INSEE».

📄 Une communication est prévue en 2006 : *Inégalités de santé et effet de sélection à l'emploi : quelques résultats empiriques*, Abecassis P., Batifoulier P., Bilon I., Jusot F., XXVIe Journées de l'Association d'Economie Sociale « Économie sociale et droit », Nancy, 7 et 8 septembre 2006

#### **4.4.3 Effets cumulatifs à long terme de l'accès aux soins et du revenu sur les inégalités de santé**

*Pierre-Emmanuel Couralet, Florence Jusot, Pascale Lengagne*

Cette recherche, réalisée dans le cadre du programme "Construction et représentation des inégalités sociales" de la MIRE, propose de tester l'existence de deux mécanismes cumulatifs de long terme expliquant que des individus de positions sociales initiales faiblement différentes finissent par avoir des états de santé très différents. Il s'inscrit dans la perspective épidémiologique de "Life Course Hypothesis" (Kuh et Ben Shlomo<sup>27</sup>, 2004) selon laquelle les différences d'état de santé constatées à un âge donné entre individus proviennent d'une accumulation au cours de la vie de différences de conditions de vie (comportements alimentaires ou d'hygiène sanitaire) qui, prises chacune isolément ne peuvent constituer une explication suffisante des différences sociales d'état de santé. Parallèlement, ce projet s'inscrit dans le cadre des modèles de capital santé (Grossman<sup>28</sup>, 1972), qui proposent un cadre d'analyse dynamique des déterminants de l'état de santé faisant intervenir, outre le statut socio-économique, la consommation de soins.

De nombreux mécanismes ont été suggérés pour illustrer cette hypothèse d'accumulation au cours de la vie, et certains ont été mis en évidence sur données empiriques. Cependant, l'absence de données d'observation longitudinales sur longue période en France n'a jusqu'ici pas permis de mettre en évidence l'effet de tels mécanismes. Ce projet vise à combler en partie ce manque en testant deux mécanismes particuliers à partir des enquêtes Santé Protection sociale de l'IRDES, appariées avec les données de l'EPAS. Le premier mécanisme est un mécanisme de report de soins, selon lequel un moindre recours aux soins des jeunes à faible revenu, entraînerait une dégradation de l'état de santé et un recours aux soins ultérieur plus élevés. Le second, pouvant conduire à un piège de pauvreté lié à la maladie, est un mécanisme économique de renforcement réciproque, selon lequel une différence de

---

<sup>27</sup> Kuh D., Ben-Shlomo Y. (eds) (2004), *A Life course approach to chronic disease epidemiology* : second edition, Oxford : Oxford Medical Publications

<sup>28</sup> Grossman M. (1972), "On the concept of health capital and the demand for health", *Journal of Political Economy*, 80, 223-255.

revenu peut entraîner une différence d'état de santé qui, elle-même, accentue la différence de productivité et donc de revenu.

Cette recherche propose une analyse de ces deux mécanismes à partir d'exploitations transversales et longitudinales des données de l'enquête sur la Santé et la Protection sociale de l'IRDES, appariées aux données des Echantillons Permanents d'Assurés Sociaux.

Deux analyses ont été menées pour tester l'hypothèse de report de soins. La première consiste à étudier l'effet de la sous-consommation de soins à une date sur les dépenses de soins et l'état de santé quatre ans plus tard, en utilisant deux indicateurs de sous-consommation de soins : le fait d'avoir une consommation inférieure à la consommation induite par les besoins de soins (état de santé et âge) et le fait d'avoir déclaré avoir renoncé à des soins pour des raisons financières. Bien que la sous-consommation de soins soit globalement associée à des dépenses de santé ultérieures moins élevées et à une probabilité plus faible d'être en mauvaise santé, cette analyse montre d'une part que la part des dépenses de soins hospitaliers dans la dépense totale décroît significativement avec le surplus de consommation ambulatoire en première période et d'autre part que le renoncement aux soins pour raisons financières est associé à une probabilité plus forte de dégradation de l'état de santé. La seconde analyse, fondée sur une méthode de pseudo-panel, compare les profils de dépense par âge, corrigés des effets de cohorte et de période, entre groupes de revenu. Outre l'existence d'un fort effet de génération induisant que la consommation est à chaque âge plus élevée dans les cohortes récentes, cette analyse met en évidence que les plus pauvres ont une consommation inférieure à celle des plus riches avant 65 ans et une consommation plus élevée après 65 ans. Ce résultat peut alors s'interpréter comme le fait que la faible consommation des plus jeunes à faible revenu, engendre une dégradation de l'état de santé impliquant une consommation de soins ultérieure plus élevée.

La deuxième partie de cette recherche est consacrée à une analyse de la double relation de causalité existant entre santé et revenu dans le cadre d'un modèle familial unitaire de capital santé. L'estimation d'un modèle à trois équations simultanées permet alors d'étudier simultanément l'effet de la santé passée des conjoints sur le revenu actuel du ménage et l'effet du revenu passé du ménage sur la santé actuelle de chaque conjoint. En accord avec les recherches menées notamment aux Etats-Unis, les résultats suggèrent tout d'abord l'existence d'un impact causal de la santé sur le revenu des ménages, la santé des femmes semblant avoir un impact plus fort que la santé des hommes. Ils suggèrent également l'existence d'un effet causal du revenu sur la santé, plus marqué pour les femmes et lorsque la santé est mesurée par la santé perçue. L'hypothèse de piège de pauvreté liée à la maladie serait donc vérifiée, pour les femmes tout au moins.

L'ensemble des résultats de cette recherche permet donc de conclure à l'existence des deux mécanismes proposés pour expliquer la formation des inégalités sociales de santé au cours de la vie.

Cette recherche, actuellement terminée, a donné lieu à une communication lors de la journée de présentation des travaux de ce programme de recherche et à la remise d'un rapport.

↳ *Effets cumulatifs à long terme de l'accès aux soins et du revenu sur les inégalités de santé*, Couralet P.E., Jusot F., Lengagne P., Journée de présentation des travaux de recherche du programme « Construction et représentations des inégalités sociales » de la MiRe, 23 janvier 2006.

📖 *Effets cumulatifs à long terme de l'accès aux soins et du revenu sur les inégalités de santé*, Couralet P.E., Jusot F., Lengagne P., rapport de recherche pour la MiRe, programme « Construction et représentations des inégalités sociales » de la MiRe, 15 novembre 2005.

Par ailleurs, la deuxième partie de cette recherche à été présentée lors d'une conférence internationale :

↳ *Income Inequalities in Health in France: Cause or Effect?*, Couralet P-E., Jusot F., Lengagne P., V° congrès international de l'International Health Economics Association, Barcelona, 10-13 juillet 2005.

➤ *La rédaction d'un working paper IRDES est actuellement en cours.*

## 4.5 Déterminants sociaux de la santé

### 4.5.1 Analyse des déterminants sociaux des inégalités de santé

*Paul Dourgnon, Michel Grignon (Mac Master University), Florence Jusot,*

L'objectif de cette recherche est d'analyser le rôle dans l'explication des inégalités sociales de santé des différents déterminants sociaux de la santé : le capital social, le soutien social, la position relative et l'autonomie au travail.

En France, le constat des inégalités sociales de santé a largement été dressé (par exemple Leclerc<sup>29</sup> et al., 2000). Il existe un gradient social de santé, selon lequel l'état de santé s'améliore tout au long de la hiérarchie sociale. Ces inégalités restent, en revanche, encore mal expliquées. En effet, les explications "classiques" des inégalités sociales de santé, telles que la pauvreté, les conditions de logement et de travail, la consommation d'alcool et de tabac, le manque d'hygiène alimentaire et la sédentarité, les recours aux soins ou l'influence de l'état de santé sur le statut socio-économique (appelé effet de sélection), ne rendent compte que très imparfaitement de l'ampleur des inégalités d'état de santé entre milieux sociaux et de leurs variations dans le temps ou l'espace. Face à cette insuffisance, des modèles explicatifs originaux, mettant en avant les interactions sociales, ont été proposés au cours des années 80 et 90 (Goldberg<sup>30</sup> et al., 2002). Ces nouveaux facteurs sont qualifiés de déterminants psychosociaux de la santé (Marmot et Wilkinson<sup>31</sup>, 1999, Berkman et Kawachi<sup>32</sup>, 2000) dans la mesure où leur effet sur la santé passe en grande partie par les effets négatifs sur la santé d'un stress psychosocial, induit par la faiblesse de la cohésion de l'environnement de l'individu, qualifiée de capital social, par l'insuffisance du soutien apporté par son réseau de relations, par une faible position hiérarchique ressentie au sein de son groupe de référence ou encore par un sentiment de faible autonomie au travail.

Depuis 2003, l'IRDES envisage d'analyser la pertinence de ces déterminants en intégrant des questions dans SPS 2004. Ces questions doivent permettre de mettre en relation l'état de santé individuel et le recours aux soins avec différents déterminants sociaux de la santé : le soutien social dont disposent les individus enquêtés (leur degré d'insertion dans un réseau familial, de voisinage ou de travail), le capital social (le degré de cohésion sociale de l'environnement dans lequel vit l'individu qui correspond à l'ensemble des ressources non financières, comme l'accès à des services publics ou informels, la solidarité locale ou communautaire, qu'un individu peut mobiliser), l'évaluation subjective que font les individus de leur position relative (en termes de revenu, de position

---

<sup>29</sup> Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (2000), *Les Inégalités Sociales de Santé*, Paris : La Découverte/INSERM.

<sup>30</sup> Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. (2002), "Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé", *Sciences Sociales et Santé*, 20, 4 : 75-128.

<sup>31</sup> Marmot M.G., Wilkinson R.G. (1999), *Social Determinants of health*, Oxford University Press.

<sup>32</sup> Berkman L.F., Kawachi I. (2000), *Social Epidemiology*, Oxford University Press.



hiérarchique, de prestige) dans leur groupe de référence et enfin le sentiment d'autonomie dans le cadre professionnel.

En mai 2003, dans le cadre du thème « Déterminants sociaux de la santé » du programme Sciences Bio-Médicales de la MIRE, du CNRS, et de l'INSERM, l'IRDES a organisé un séminaire afin de réunir l'expérience internationale sur la mesure et l'analyse de ces déterminants sociaux.

A l'issue de ce séminaire, de nouvelles questions ont été conçues pour l'enquête Santé Protection sociale 2004. Ainsi, cette enquête permet, pour la première fois à partir d'une même enquête, représentative de la population générale, d'évaluer l'influence respective sur la santé de ces différents facteurs, qui n'ont jusqu'à présent été étudiés que séparément et à partir d'enquêtes non représentatives de la population générale, telles que la cohorte épidémiologique d'EDF-GDF (cohorte GAZEL) en France et la cohorte de fonctionnaires britanniques (Whitehall Study).

A partir de ce module de questions, cette recherche propose d'étudier les effets directs et indirects du capital social, du soutien social, de la position relative, et de l'autonomie au travail sur l'état de santé, évalués à partir de l'indicateur d'état de santé perçue. Il s'agit tout d'abord d'étudier les corrélations existant entre chacun des déterminants sociaux de la santé et l'état de santé, et les corrélations entre chacun des déterminants sociaux de la santé et les indicateurs usuels de statut socioéconomique. Des analyses multivariées permettront ensuite d'étudier les liens entre la santé et les déterminants sociaux de la santé, après contrôle par les autres indicateurs de statut socio-économique.

➤ Etat d'avancement du projet

📄 Le séminaire de recherche et la conception du questionnaire a donné lieu à la mise en ligne en janvier 2005 d'un document de travail sur le site de l'IRDES : *Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé*. Couffinhal A., Dourgnon P., Grignon M., Jusot F.; Naudin F. (2005), rapport dans le cadre du programme Sciences Bio-Médicales MIRE, CNRS, INSERM, « Déterminants sociaux de la santé », 81 pages.

Ce rapport de recherche présente l'objectif de cette recherche sur les déterminants sociaux de la santé, une synthèse des interventions, les principales conclusions du séminaire organisé en mai 2003 et les différentes étapes de construction du module de questions.

L'analyse du module de questions introduit dans l'enquête SPS 2004 est en cours. Les premières exploitations montrent que la participation associative, le fait de bénéficier d'un soutien émotionnel et l'intensité des relations sociales sont associés à un meilleur état de santé perçue.

📄 Une communication a été acceptée lors d'une conférence internationale : *The impact of social determinants of health on health inequalities in France*, Dourgnon P. (IRDES), Grignon M. (Mac Master University), Jusot F. (IRDES), 6th European Conference on Health Economics, Budapest, 6-9 juillet 2006.

#### **4.5.2 Colloque thématique de l'ADEF : "Épidémiologie Sociale et Déterminants sociaux de la santé"**

*Florence Jusot*

A la suite du programme Sciences Bio-Médicales de la MIRE, du CNRS, et de l'INSERM, portant sur les déterminants sociaux de la santé, l'ADEF (Association des Epidémiologistes de Langue Française) a proposé aux équipes participantes d'organiser un colloque thématique de l'ADEF sur le thème "Épidémiologie Sociale et Déterminants sociaux de la santé".

Le comité scientifique, présidé par Marcel Goldberg (INSERM U687), est composé de Nathalie Bajos (INSERM, U569), Emmanuelle Cambois (INED), Basile Chaix (U707), Pierre Chauvin (U707), Florence Jusot (IRDES), Monique Kaminski (INSERM U149), Thierry Lang (INSERM U558-CHU Toulouse), Annette Leclerc (INSERM U687), Pierre Lombrail (CHU Nantes), Pierre Mormiche

(INSEE), Céline Ribet (INSERM U687, CETAF), Marie-Jo Saurel (INSERM U149) et Isabelle Ville (CERMES).

Ce colloque aura lieu à Toulouse les 18 et 19 mai 2006.

Les communications seront sélectionnées selon trois axes prioritaires :

- description des inégalités sociales de santé,
- analyse compréhensive des déterminants sociaux de la santé,
- développements méthodologiques.

Par ailleurs, cinq présentations invitées auront lieu sur les thèmes suivants :

- « Lifecourse epidemiology : point sur les différents théories » (D. Blane, Department of Social Science and Medicine, Londres ),
- « Effets des contextes sociaux (lieu de résidence, lieu de travail...) » (conférencier à définir),
- « Système de santé et inégalités » (P. Lombrail, CHU Nantes),
- « Equité et santé » (Mar Fleurbaey, Université de Pau),
- Clôture : « Loi de Santé Publique et Inégalités de Santé » (conférencier à définir).

Plus de 100 communications ont été envoyées et sont en cours de sélection. Le conseil scientifique se réunira le 28 février 2006 pour définir le programme définitif.

#### **4.5.3 La santé des adultes selon leur origine sociale : transmission intergénérationnelle des inégalités sociales de santé**

*Laurence Bouvard (IDEP) Florence Jusot, Lise Rochaix, Alain Trannoy (IDEP), Sandy Tubeuf*

La santé est un capital qui évolue au cours du temps selon les comportements individuels adoptés mais qui reste, à l'âge adulte, marqué par les conditions de vie durant l'enfance (logement, éducation à la santé, habitudes alimentaires, etc.). L'objectif principal de ce projet, réalisé dans le cadre du programme de recherche DREES-MIRE, INSERM, DGS, INVS, INCA, CANAM sur les inégalités sociales de santé, est d'analyser le rôle du milieu d'origine (la catégorie socioprofessionnelle et/ou le niveau d'éducation du père, voire des deux parents) sur l'état de santé d'un individu à l'âge adulte et, plus généralement, dans la formation de l'inégalité des chances en santé en France. Pouvoir décrire l'évolution de cette transmission intergénérationnelle au cours des dix dernières années et être en mesure de l'interpréter constitue le second attendu de la recherche.

Cette analyse sera poursuivie dans deux directions. D'une part, une comparaison européenne de l'influence de l'origine sociale sur l'état de santé des descendants permettra de positionner la France en termes de transmission intergénérationnelle de santé. D'autre part, le projet s'intéressera à la reproduction de l'état de santé des parents et, dans cette seconde optique, l'ampleur de cette reproduction sera étudiée en fonction de la dépendance de l'état de santé de l'adulte à l'origine sociale.

Dans ce projet, l'égalité des chances est définie par les options que prendraient les individus s'il leur était possible de choisir leur milieu d'origine. Chacun de ces milieux est assimilé à une loterie offrant aux individus qui en sont issus une distribution de santé possible : à titre d'illustration, le fait de naître de parents ouvriers apporte certaines perspectives (aléatoires) d'état de santé qui diffèrent de celles ouvertes à des individus fils de cadres. La destinée, en termes d'état de santé est donc inscrite dans ces distributions. Les fréquences associées à chaque distribution donnent les chances d'atteindre tel ou tel état de santé. Choisir son milieu d'origine revient donc à choisir une loterie particulière en la matière. Le choix entre ces loteries, par définition aléatoires, s'apparente alors à un choix en univers risqué.

Pour mieux apprécier le caractère restrictif d'une définition de la notion d'égalité des chances qui ne ferait référence qu'à la seule moyenne, plutôt qu'à l'ensemble des moments, supposons que l'état de santé moyen d'un fils d'agriculteur soit identique à celui d'un fils d'ouvrier. Si l'écart-type de l'état de

santé du premier est deux fois plus important que celui du second, tout individu qui aurait à choisir entre la « loterie » de santé propre à un fils d'agriculteur et celle qui s'offrirait à un fils d'ouvrier, choisira la seconde car elle est moins risquée. Ainsi, l'égalité des chances n'est pas respectée.

Le but premier de notre recherche est dans un premier temps, d'essayer de construire cette distribution d'état de santé conditionnelle à l'origine sociale appréhendée par différents indicateurs comme la catégorie socioprofessionnelle et/ou le plus haut diplôme obtenu par le père et/ou la mère, puis de comparer ces distributions conditionnelles d'état de santé. Ceci permettra d'apprécier l'écart entre la situation française et cet idéal d'égalité des chances. Une analyse temporelle permettra de retracer l'évolution de cette inégalité des chances dans les années récentes. Une comparaison européenne permettra enfin de replacer la situation de la France dans ce domaine des inégalités sociales de santé.

Une fois menées ces diverses analyses, nous souhaitons aborder une question complémentaire concernant le rôle joué par l'état de santé des parents sur la formation de l'état de santé du descendant à l'âge adulte. La question posée est alors de savoir si le lien mis en évidence entre le milieu d'origine des parents et la santé de l'enfant subsiste lorsque nous introduisons comme variable explicative de la santé du descendant, l'état de santé de ses parents. Cette question peut être posée dans le cadre d'une analyse classique de régression permettant de mettre en évidence un éventuel écart significatif entre les espérances conditionnelles de santé selon l'origine sociale, pour différents niveaux d'état de santé des parents. Elle peut être aussi posée dans le cadre d'une régression quantile et ainsi élargir la question de l'écart entre les espérances à celle de l'écart entre les différents quantiles. L'extension de cette question aux quantiles suppose cependant des effectifs pertinents dans les sous-groupes, condition dont la mise en œuvre empirique reste encore suspendue à une analyse plus fine des données.

Afin d'évaluer l'égalité des chances en matière de santé en France, plusieurs sources de données sont actuellement envisagées : l'enquête permanente sur les Conditions de Vie des Ménages de l'INSEE, l'enquête Histoire de vie de l'INSEE et le Baromètre Santé.

L'enquête SHARE 2004, qui concerne un ensemble de onze pays européens, permettra ensuite de juger de la position de la France en matière d'inégalité des chances en santé par rapport à ses voisins européens.

Nous comptons enfin concevoir et exploiter un module de questions spécifiques sur le milieu d'origine de l'enquête sur la Santé, les Soins et la Protection sociale que l'IRDES réalisera en 2006.

↳ *Durant l'année 2005, la réponse à l'appel à projets de recherche DREES-MIRE, INSERM, DGS, INVS, INCA, CANAM sur les inégalités sociales de santé, a été réalisée.*

↳ *Par ailleurs, un module de questions spécifiques pour l'enquête sur la Santé, les Soins et la Protection sociale 2006 a été conçu et testé lors d'une enquête pilote.*

#### **4.5.4 Vulnérabilité sociale et santé**

*Emmanuelle Cambois (INED), Florence Jusot (IRDES)*

De nombreuses recherches indiquent l'impact particulièrement délétère de la vulnérabilité sociale qui s'exprime par des ruptures et périodes d'isolement, des problèmes financiers ou de logement. Un module spécifique de questions a été introduit dans l'enquête sur la santé et la protection sociale de l'IRDES en 2004. L'idée était d'étudier la possibilité d'aborder cette problématique dans une enquête en population générale, en complément des variables sociales classiques. Dans un échantillon de ménages ordinaires, ces situations sont peu et mal représentées, en raison des expériences même de précarité, notamment celles liées aux problèmes de logement. Ce module repose donc sur les expériences actuelles et passées (vie adulte et enfance), en s'appuyant sur le caractère « intermittent » des situations objectives de précarité, pour repérer des effectifs suffisamment importants et

représentatifs des situations de vulnérabilité. L'objectif est double : inclure des personnes ayant été confrontées dans leur vie à des situations de précarité, même si elles connaissent au moment de l'enquête une plus grande stabilité, et confirmer l'effet persistant de conditions précaires (passées ou présentes, continues ou répétées) sur la santé et le recours aux soins. Le module aborde quatre dimensions de la vulnérabilité sociale : avoir connu des périodes longues d'inactivité professionnelle involontaire, de graves difficultés financières, des difficultés de logement, des périodes durables d'isolement.

A l'aide de régressions logistiques, cette étude propose une analyse toutes choses égales par ailleurs des liens existant entre la santé et ces situations, passées ou présentes, reflets d'une vulnérabilité sociale. L'état de santé est mesuré à partir des trois indicateurs synthétiques de santé composant le mini-module européen : santé perçue, maladies chroniques et limitations d'activité de long terme.

Les premières exploitations de ce module montrent l'intérêt d'appréhender l'impact de la vulnérabilité sociale dans une enquête en population générale.

Dans la population âgée de 35 ans et plus, 26 % des personnes ont déclaré avoir connu au moins l'une des situations évoquées. Les plus fréquentes sont l'inactivité professionnelle involontaire (19 %) et le fait d'avoir souffert d'isolement durable (10 %). Chacune des dimensions abordées est associée à un risque accru de mauvaise santé, quel que soit l'indicateur de santé, après contrôle par l'âge et le sexe. La combinaison de plusieurs dimensions accroît significativement le risque de mauvaise santé par rapport au fait de n'avoir connu qu'une seule de ces difficultés. L'effet de ces dimensions persiste lorsqu'on tient compte de la catégorie socioprofessionnelle ou du revenu. Ces situations ont un impact significatif sur le fait d'être en mauvaise santé, y compris lorsqu'elles ont été vécues seulement dans l'enfance.

- ☞ Cette recherche a donné lieu à la rédaction d'un chapitre à paraître en 2006 : *Vulnérabilité sociale et santé*, Cambois E., Jusot F., dans « La santé, les soins et la protection sociale en 2004 », rapport IRDES, à paraître.
- ☞ Un poster a été retenu au colloque thématique de l'ADELF sur le thème « Épidémiologie Sociale et Inégalités de santé » : *Vulnérabilité sociale et santé : premiers résultats issus d'une enquête en population générale*, Cambois E., Jusot F.

#### **4.5.5 Inégalités d'attitudes à l'égard du risque et inégalités de santé**

*Florence Jusot (IRDES) Georges Menahem (CNRS-CEPN et IRDES)*

Exploitation secondaire de l'enquête « Baromètre santé 2005 » concernant le risque, les accidents et la santé.

- Direction du stage de Laetitia Le Page sur « Aversion au risque en matière de santé : liens avec les événements de vie ».

Le stage de Laetitia Lepage a permis d'aborder les relations entre l'aversion au risque et les différentes caractéristiques des individus (âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle, ...). Il a aussi permis de commencer à étudier les liaisons des déclarations d'événements marquants connus avant 18 ans avec l'état de santé et les variables de prise de risque.

Ce travail a été réalisé à partir des réponses au baromètre santé 2000 et au baromètre santé 2005, deux enquêtes réalisées par l'INPES. Il a consisté en la réalisation d'un certain nombre d'analyses par correspondances multiples suivies de classifications automatiques. Le riche questionnaire du baromètre santé a permis de distinguer 27 variables de comportements à l'égard du risque, ce qui nous a conduit à séparer les hommes des femmes car leurs attitudes à l'égard du risque ne sont pas les mêmes. De premiers résultats conduisent à proposer des typologies découpant l'échantillon en groupes

homogènes vis-à-vis des attitudes à l'égard du risque. L'analyse des caractères de ces sept groupes d'hommes et six groupes de femmes montre qu'ils sont très différents de par leurs caractères sociodémographiques, socioprofessionnels et aussi selon les événements de vie déclarés à propos de la jeunesse.

Il reste à poursuivre l'analyse des relations entre types d'attitudes à l'égard du risque, comportements en matière de santé et variables concernant l'état de santé, le baromètre santé fournissant un grand nombre d'indicateurs dans ces deux derniers domaines.

## **4.6 Inégalités de recours aux soins**

### **4.6.1 Politiques de santé en Europe et inégalités sociales**

*Agnès Couffignal (Banque Mondiale), Paul Dourgnon, Pierre-Yves Geoffard (PSE<sup>33</sup>), Michel Grignon (McMaster University), Florence Jusot, John Lavis (McMaster University), Florence Naudin (CETAF), Dominique Polton (CNAMTS)*

Sur la base d'un premier travail réalisé pour une présentation à la Chaire Quételet 2003 sur le thème de « l'élargissement de l'union européenne : enjeux et implications socio-démographiques », cette recherche propose d'analyser, à partir d'une revue de littérature empirique, le rôle du système de santé dans la formation des inégalités sociales de santé.

Dans beaucoup de pays, les inégalités sociales de santé restent importantes voire même s'aggravent. Les recherches menées sur les facteurs explicatifs de ces inégalités ont envisagé diverses hypothèses : les conditions de vie, les comportements à risque, la causalité inverse selon laquelle les écarts d'état de santé produiraient des différences de revenu. Un courant de recherche plus récent oriente l'analyse vers l'effet direct de la hiérarchie ou de la structure sociale sur la santé.

Dans ces recherches sur les inégalités sociales de santé, le rôle du système de santé et des soins est aujourd'hui très peu considéré. Ceci vient d'une part d'un courant de pensée qui relativise globalement l'impact des soins sur l'état de santé et surtout du constat que les inégalités demeurent, voire s'accroissent, dans des pays qui ont instauré un accès aux soins libre et gratuit.

Cette recherche propose d'explorer plus précisément le rôle du système de soins et des politiques de santé dans la formation des inégalités sociales d'état de santé, en confrontant les résultats de la recherche en épidémiologie sociale sur les inégalités de santé avec quelques expériences européennes de politiques mises en œuvre pour lutter contre ces dernières.

Après un bref rappel des déterminants traditionnellement évoqués pour expliquer l'existence des inégalités sociales de santé, la première partie de cette recherche est consacrée aux différents mécanismes conduisant à des différences d'accès aux soins, pouvant contribuer à renforcer des inégalités existantes. La seconde partie de recherche propose, à l'aide d'une approche plus monographique, une évaluation des politiques de santé effectivement mises en place en Europe pour réduire les inégalités sociales de santé.

Cette revue de littérature permet de conclure que même si la réduction des inégalités de santé doit reposer sans doute pour beaucoup sur des politiques générales visant, en amont du système sanitaire, une réduction des inégalités économiques et sociales (de revenu, d'éducation, de logement, de conditions de travail), des actions passant par le système de santé peuvent aussi y contribuer, en diminuant les inégalités de recours ou de qualité des soins reçus.

---

<sup>33</sup> *Paris-Jourdan Sciences Economiques*

En effet, bien que les inégalités sociales de santé s'expliquent essentiellement par des facteurs sociétaux en amont de l'accès aux soins, il subsiste des différences d'accès réelles à des soins de qualité équivalente d'un groupe social à l'autre, y compris dans les systèmes proposant un accès formel aux soins strictement égalitaire. Ces différences d'accès aux soins sont aujourd'hui encore mal expliquées, les études empiriques portant sur la construction des différences de recours et de prise en charge, depuis l'expression de la demande de soins à la réponse fournie par les professionnels de santé dans leur interaction avec le patient, restant encore très limitées. Toutefois, ces différences, bien que résiduelles, semblent avoir des conséquences plus importantes aujourd'hui sur les inégalités de santé que les fortes différences d'accès aux soins qui existaient auparavant, mais dans le contexte d'une médecine peu efficace. Par ailleurs, les résultats probants obtenus dans le cadre d'expérimentations semblent conforter l'hypothèse d'un rôle possible du système de soins primaires dans la lutte contre les inégalités de santé.

Cette recherche a donné lieu à plusieurs publications :

- 📖 *Politiques de santé en Europe et inégalités sociales*, Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P-Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., Naudin F. In les actes de la Chaire Quetelet 2003, « L'élargissement de l'union européenne : enjeux et implications sociodémographiques », éditions L'Harmattan et Academia-Bruylant, à paraître.
- 📖 *Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé*. Agnès Couffinhal, Paul Dourgnon, Pierre-Yves Geoffard, Michel Grignon, Florence Jusot, John Lavis, Florence Naudin, Dominique Polton (2005), Questions d'économie de la santé n° 92, IRDES, Série "Synthèse", 6 pages.  
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum92.pdf>
- 📖 *Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie : quelques expériences européennes*. Agnès Couffinhal, Paul Dourgnon, Pierre-Yves Geoffard, Michel Grignon, Florence Jusot, John Lavis, Florence Naudin, Dominique Polton (2005), Questions d'économie de la santé n° 93, IRDES, Série "Synthèse", 8 pages.  
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum93.pdf>
- 📖 *La lutte contre les inégalités dans les politiques et les programmes nationaux de santé* », Jusot F., Polton D. (2005), Actualités et Dossier en Santé Publique, 50 : 33-36.
- ✂ *Un article pour une revue à comité de lecture est actuellement en cours de rédaction.*

#### **4.6.2 Mesure de l'évolution des disparités de recours aux soins dans les années 90**

*Agnès Couffinhal, Paul Dourgnon et Sandy Tubeuf*

Tirant parti de la méthodologie ECuity et de la collaboration de recherche réalisée avec l'OCDE en 2004, nous mesurons l'évolution des inégalités de santé et de leurs déterminants dans la population française pendant les années quatre-vingt-dix à partir de plusieurs enquêtes portant sur la santé et la protection sociale (ESPS), réalisées entre 1992 et 2000. Partant d'une mesure d'inégalité à partir d'un indice de concentration, celui-ci est alors décomposé en ses facteurs déterminants. L'originalité de notre travail tient non seulement à l'application de cette méthodologie innovante sur des données françaises, mais aussi à l'utilisation de nombreuses variables de morbidité, veillant à décrire les besoins individuels de soins de santé. L'analyse est réalisée sur différents types de recours aux soins, à savoir, les visites auprès des médecins généralistes et spécialistes en terme de volume et de prix, les dépenses en médicaments et plus généralement les dépenses en ambulatoire.

En 2004, nous soulignons que ce travail nécessitait de résoudre un certain nombre de difficultés méthodologiques liées à la représentativité des revenus déclarés au cours du temps et aux problèmes de sélection. En 2005, nous avons poursuivi l'analyse méthodologique, notamment le traitement des individus aberrants et retravaillé les éléments de contexte.

Ce travail a fait l'objet de deux nouvelles présentations en 2005

☞ *Juillet 2005 : IHEA, Barcelone, Espagne (Poster)*

☞ *Décembre 2005 : Séminaire EURISCO-LEGOS, Dauphine, Paris*

☞ *Les résultats de ce travail sont en cours d'écriture et un document de travail IRDES est prévu pour le début de 2006.*

#### **4.6.3 Rapports à la santé et aux soins : un continuum entre les exclus et les autres catégories sociales**

*Paul Dourgnon, Florence Jusot, Dominique Polton*

Ce projet de recherche initié en 2004 est réalisé conjointement avec des équipes de santé publique (notamment, Thierry Lang, INSERM à Toulouse, responsable scientifique du projet et Pierre Lombrail de la Faculté de Médecin de Nantes) et de sociologie (CIRUS Cieu<sup>34</sup> et ORSMIP<sup>35</sup> à Toulouse). Il a donné lieu à une réponse à l'appel d'offres MiRe-CNRS-INSERM de 2003.

L'objectif de ce projet, interdisciplinaire (santé publique, économie, sociologie, anthropologie) est donc d'analyser comment un ensemble de mécanismes, allant de la demande de santé à son expression en tant que demande de soins, jusqu'à l'interaction et la réponse des intervenants du système de santé, peuvent se conjuguer pour expliquer la part des inégalités sociales de santé qui met en jeu le système de santé, inégalités qui ne se résument pas à l'opposition habituelle entre la population précaire et les autres, mais s'inscrivent sur l'ensemble du continuum social.

L'année 2005 a vu se terminer l'étape préliminaire de réflexion autour d'un projet de recherche commun et s'ébaucher une phase plus opératoire, avec l'élaboration d'un pilote d'enquête.

L'étape préliminaire visait à construire un projet de recherche commun à l'ensemble de ces équipes et disciplines. Pour cela, trois séminaires de recherche interdisciplinaires se sont tenus en 2004 et 2005 sur les thèmes sont les suivants :

⇒ 1<sup>er</sup> séminaire : conditions d'émergence de la demande (Toulouse, 29 septembre 2004)

Il s'agit d'identifier les divers éléments sociaux, liés à l'histoire de chaque personne, à ses représentations du corps et de la santé, à ses expériences antérieures ou à ses relations à son entourage, son groupe d'appartenance, ses engagements (liés à la place que les individus s'assignent dans la société et qui fait qu'ils voudront exercer leurs droits) ou au contexte plus général, qui vont aboutir à ce qu'émerge une préoccupation ou une demande relative au corps et à la santé.

⇒ 2<sup>ème</sup> séminaire : interactions avec le système de soins (Paris, 11 février 2005)

Il s'agit d'identifier les connaissances et les hypothèses portant sur l'interaction entre une personne et le système de soins ou, plus largement, les institutions socio-sanitaires. L'hypothèse ici est que, au-delà des caractéristiques propres de la personne ou de l'institution, la richesse et la facilité de l'interaction entre les deux est un élément déterminant de l'utilisation du système de soins et de son efficacité.

---

<sup>34</sup> *Centre interdisciplinaire de recherches urbaines et sociologiques*

<sup>35</sup> *Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées*

⇒ 3<sup>ème</sup> séminaire : catégories pertinentes pour l'analyse et définition du projet de recherche (Nantes, 8 juin 2005)

Les critiques et les limites maintes fois soulignées de la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'INSEE rejoignent la préoccupation d'un certain nombre de sociologues quant au choix de catégories pertinentes pour l'étude des inégalités sociales de santé. Il s'agit donc de réfléchir à des catégories descriptives utilisables, compte-tenu de l'évolution de la problématique des inégalités sociales de santé.

Ces rencontres ont encouragé les participants à cerner un sujet d'investigation commun dont l'intérêt soit non seulement son apport à la connaissance du champ mais aussi sa faculté à autoriser des analyses tant qualitatives que quantitatives qui puissent rapprocher les différentes disciplines du groupe. Le sujet proposé centre la recherche des déterminants des inégalités de santé sur l'interaction médecin-patient. Il a fait l'objet d'une réponse à Appel à projets de recherche DREES-MIRE, INSERM, DGS, INVS, INCA, CANAM de septembre 2005, sur le thème des inégalités sociales de santé, sous l'intitulé suivant : « L'interaction entre médecins et malades productrice d'inégalités sociales de santé ? Le cas de l'obésité. Etude pilote » (cf. ci-dessous).

✎ Lang T., Delepierre C., Lauwers V., Gayral-Taminh M., Rafai K., Lombrail P., Pascal J., Polton D., Dourgnon P., Jusot F., Membrado M., Drulhe M., Mantovani J., Clément S., Helardot V., Despres C. (2005), « *Rapports à la santé et aux soins : un continuum entre les exclus et les autres catégories sociales* », rapport de recherche dans le cadre de l'appel d'offres CNRS (SHS-SDV) – INSERM – MiRe-DREES 2004, « Programme Sciences bio-médicales, santé et société ».

#### **4.6.4 Construction d'une enquête pilote « L'interaction entre médecins et malades productrice d'inégalités sociales de santé ? Le cas de l'obésité. »**

*Paul Dourgnon, Florence Jusot*

Ce projet fait suite aux séminaires interdisciplinaires 2004/2005 intitulés : « rapports à la santé et aux soins : un continuum entre les exclus et les autres catégories sociales » (Cf. ci-dessus).

Il s'agit d'un projet collectif impliquant, outre l'IRDES, l'INSERM (T.Lang U558, Toulouse), l'université de Toulouse (M. Membrano, CIRUS CIEU<sup>36</sup> UMR 5193), le Laboratoire de Santé publique du CHU de Nantes (P. Lombrail) et le DIES<sup>37</sup> (C. Despres).

Il a reçu un financement dans le cadre de l'Appel à projets de recherche DREES-MIRE, INSERM, DGS, INVS, INCA, CANAM de septembre 2005, sur le thème des inégalités sociales de santé.

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

L'enquête 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 ?

L'ampleur du sujet impose de restreindre l'objet étudié à une situation de santé concrète, selon les critères suivants :

- possibilité d'analyser la consultation à la fois dans sa dimension de diagnostic, de recommandations de prévention et de traitement ;

---

<sup>36</sup> Centre interdisciplinaire de recherches urbaines et sociologiques

<sup>37</sup> Développement, Innovation, Evaluation, Santé - Groupe d'études et de recherche



- possibilité de confronter la pratique à un référentiel clair ;
- 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.

L'obésité et le surpoids apparaissent à cet égard comme un choix opportun. Plus précisément, il s'agit d'explorer, à partir de l'exemple de l'obésité et du surpoids, comment la consultation médicale, dans le cadre de la pratique libérale de ville, contribue à construire, aggraver ou compenser des inégalités sociales de santé.

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.

Le pilote comprendra, 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 portera sur 20 médecins volontaires recrutés, 15 patients par médecin, 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 de onze médecins. A l'issue de la consultation, un questionnaire patient porte sur le contenu de la consultation, 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.

#### **4.6.5 Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire**

*Sylvie Azogui-Lévy (UFR Odontologie Paris VII), Thierry Rochereau (IRDES)*

La santé bucco-dentaire est un domaine où l'on observe de fortes inégalités sociales. Elles peuvent s'expliquer par des facteurs comportementaux (hygiène dentaire, alimentation...), mais aussi en partie par un accès aux soins plus ou moins aisé selon le niveau de revenu, l'existence d'une couverture complémentaire et le niveau de remboursement de cette dernière.

En 2005, nous avons publié un « Questions d'économie de la santé » qui, à partir de l'exploitation de l'enquête « Santé et Protection sociale » 2000 confirme le rôle du recours aux soins, en montrant que le renoncement aux soins est un facteur de mauvais état de santé bucco-dentaire, de même que l'absence de recours préventif.

Nous montrons que le renoncement aux soins bucco-dentaires est un phénomène fortement récurrent qui s'inscrit dans le parcours d'une minorité d'individus défavorisés. Les individus qui renoncent à se soigner sont ceux pour qui l'effort financier est important, parce que leurs revenus sont modestes ou qu'ils ne possèdent pas de couverture complémentaire. Le renoncement aux soins est d'autant plus important, à capacité financière identique, que l'état de santé est dégradé (ce qui implique des soins nécessaires importants). A état de santé et revenu identiques, le renoncement aux soins augmente avec le niveau d'études, ce qui traduit sans doute une demande de soins et de réhabilitation différente.

Quel que soit le niveau de revenu, les individus qui recourent aux soins déclarent plus fréquemment un renoncement. Les renoncements ont donc lieu aussi en cours de soins et ne sont pas seulement l'expression d'un non recours.

Ce travail a donné lieu à plusieurs prolongations. Nous sommes intervenus sur les politiques de lutte contre les inégalités de santé, en particulier dans le domaine dentaire, dans le cadre d'un symposium organisé par la fondation Hygie.

- ☰ *Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire – Exploitation de l'enquête Santé et Protection sociale 2000.* Sylvie Azogui-Lévy (UFR Odontologie Paris VII), Thierry Rochereau (IRDES). Questions d'économie de la santé n° 94, « série résultats », mai 2005. 8 pages.  
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum94.pdf>
- ✂ *Sur l'année 2005, nous avons travaillé à la rédaction d'un article pour une revue de type RESP<sup>38</sup>, rédaction que nous envisageons de finaliser dans le courant de l'année 2006.*
- ↵ *Fondation Hygie. La santé dentaire dans une société vieillissante. Accès aux soins et inégalités de santé bucco-dentaire. Institut Georges Eastman, Paris, 12 mai 2005 (Thierry Rochereau).*
- ↵ *Une proposition d'intervention a été acceptée sous forme de poster pour le séminaire ADELFF 2006 sur les inégalités de santé.*

#### **4.6.6 Analyser les variations de l'état de santé et du recours aux soins selon le contexte géographique**

*Véronique Lucas-Gabrielli*

Report en 2006 de cette étude, dont les objectifs sont de rechercher et de mettre en évidence l'existence d'effets proprement contextuels liés à l'influence des caractéristiques de la zone de résidence sur l'état de santé et le recours aux soins en exploitant les données de l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) de l'IRDES appariées à celles de l'Echantillon permanent des Assurés sociaux (EPAS).

---

<sup>38</sup> *Revue d'épidémiologie et de santé publique*

## **5. Evaluation des pratiques médicales et qualité des services de soins**

### **5.1 Polyprescriptions médicamenteuses en médecine générale**

*Karine Chevreul, Julien Mousquès, sous la responsabilité de Gérard de Pouvourville (U INSERM 537, CREGAS), en collaboration avec le CREGAS et la SFMG*

Ce projet de recherche s'inscrit dans le cadre de recherches menées depuis plusieurs années au sein de l'IRDES afin, tout d'abord, de comprendre les facteurs influençant les pratiques médicales, puis, aujourd'hui, d'évaluer l'impact de certaines interventions ayant pour objectif de promouvoir des pratiques médicales plus efficaces ou plus efficaces.

La recherche proposée porte sur la question de la polymédication de personnes polypathologiques chroniques suivies en médecine générale. Face à ce type de patients, le médecin généraliste est confronté à deux difficultés majeures en matière de prescription médicamenteuse favorisant la polymédication : l'innovation thérapeutique rapide et son corollaire, l'évolution permanente des recommandations de bonne pratique notamment en matière de gestion de plusieurs facteurs de risque autour d'une même classe de pathologies, et la gestion simultanée de plusieurs pathologies.

Or, la polymédication est potentiellement à la source de plusieurs problèmes :

- un risque accru d'iatrogénie : effets indésirables et interactions médicamenteuses,
- une efficacité et une observance des traitements dégradées,
- un coût moyen de l'ordonnance majoré dans l'absolu.

L'objectif de la recherche est de proposer des outils d'identification et d'amélioration des situations médicamenteuses à risque liées à la polyprescription en médecine générale.

Au cours de l'année 2005, le projet de recherche a été développé, la méthode définie dans ses grandes lignes et une demande de poste d'accueil INSERM pour un médecin généraliste de la SFMG a abouti à l'obtention d'un financement pour mener cette recherche qui s'appuie en premier lieu sur les données issues de l'Observatoire de la médecine générale de la SFMG.

### **5.2 Prescription des statines : un éclairage pour promouvoir leur bon usage**

*Anne Aligon, Karine Chevreul en collaboration avec l'URML Bretagne*

En raison de leur efficacité et des nouvelles perspectives qu'elles offrent dans le cadre de la prévention des maladies cardiovasculaires, l'importance des statines ne cesse de croître, tant en nombre de patients traités qu'en part de dépenses de santé.

En région Bretagne, les hypolipémiants sont le premier poste de croissance des dépenses de médicaments.

Dans ce contexte, l'Union régionale des médecins libéraux (URML) de Bretagne a fait appel à l'IRDES pour collaborer sur une étude qui apporte un éclairage sur les prescriptions des médecins généralistes bretons, pour :

- connaître leurs conditions de prescriptions des statines,
- évaluer leur perception des outils déjà mis en place sur la région pour influencer l'utilisation des statines,
- développer et mettre en place un outil complémentaire pour améliorer l'usage des statines.

Il s'agit dans un premier de temps de mener une enquête par questionnaires auprès des 120 médecins participant au baromètre des pratiques de l'URML Bretagne. Deux catégories de questionnaires sont utilisées : l'une renseigne sur des dossiers de patients et l'autre sur les habitudes de pratique des médecins.

Après une revue de littérature sur la prescription des statines, ces questionnaires ont été élaborés et testés dans le courant de l'année 2005. Ils doivent être diffusés auprès des médecins dans les premiers mois de 2006. Une étude qualitative par « focus group » fera suite à la production des résultats de l'enquête. Ses objectifs sont de définir, en accord avec les professionnels, des outils d'intervention et une méthode d'évaluation de leur effet pour améliorer l'usage de cette classe médicamenteuse.

### **5.3 Évaluation des effets de rappels informatiques à l'instauration et au suivi de l'éducation diététique de patients diabétiques de type 2.**

*Julien Mousquès, Catherine Sermet*

*En collaboration avec Philippe Le Jeunne et Roland Cash (BKL-Thalès)*

Cette étude réalisée en 2001-2003 s'est achevée en décembre 2003. Ce travail se poursuit dans le cadre d'une thèse effectuée par Julien Mousquès au sein de la filière Economie de la Santé (Gérard de Pourville) de l'Ecole Doctorale «Epidémiologie Sciences Sociales et Santé Publique » (Denis Hémon) sous la direction de Monique Kerleau (cf. compte rendu d'activité 2003 et 2004).

Cette étude a fait l'objet d'un financement de l'ANAES dans le cadre de son appel à projet de recherche 2001-2003.

✎ *Ce travail donnera lieu à des publications dans des revues à comité de lecture.*

✎ *Communication lors de la 6ème conférence internationale sur les fondements scientifiques des services de santé : améliorer la santé en faisant progresser les services de santé. Etablir le lien entre recherche politique et actions (Assessing the effects of a GP computer reminder on the dietetic management of type 2 diabetic patients: a before and after study with control group, Hotel Fairmont, Montréal (Québec), 18-20 septembre 2005).*

### **5.4 Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë**

*Julien Mousquès, Olivier Scemama (Dép. de santé publique UFR Broussais Hôtel-Dieu), Thomas Renaud*

Cette étude, principalement conduite en 2002 et approfondie en 2003 a été publiée dans les collections IRDES en 2003 (voir compte rendu d'activité 2003).

De nouveaux traitements statistiques ont été mis en œuvre en 2004 qui ont donné lieu à : la présentation d'un poster pour la 5ème conférence européenne d'économie de la santé à Londres en septembre 2004, la présentation d'une communication lors du 5ème congrès international de l'IHEA en 2005, la rédaction d'un article pour *Social Science and Medicine*.

✎ *Un article pour Social Science and Medicine ou Medical Care en cours de soumission 2006*

✎ *Présentation d'une communication lors du 5ème congrès international de l'IHEA : Medical practice variability in french primary care: Antibiotics prescriptions for acute rhinopharyngitis, Pompeu Fabra, Barcelone, 10-13 juillet 2005.*

## 5.5 Evaluation de l'action des GROG sur la prescription des antibiotiques par les généralistes et les pédiatres d'Ile-de-France

*Nathalie Grandfils, Philippe Le Fur*

Les GROG<sup>39</sup> ont mis en place dans la région du Mans des actions de communications dont le but est de promouvoir un meilleur usage des antibiotiques. Ces actions reposent sur l'hypothèse qu'informer les patients et les professionnels de santé des germes en cause lors des épisodes d'infections respiratoires aiguës facilite la compréhension et l'acceptation par les patients du choix d'un traitement, notamment d'un traitement ne comportant pas d'antibiotiques lorsque ceux-ci sont inutiles.

Cette campagne qui a été menée avec succès dans la région mancelle, s'est appuyée sur la publication régulière dans presse locale (le Maine Libre) d'informations de type épidémiologique et de conseils médicalisés.

Dans le cadre d'un projet FAQSV, la même démarche a été tentée en Ile-de-France, mais il n'a pas été possible de mettre en place une relation régulière avec la presse régionale. En effet, les différents quotidiens contactés (Le Parisien, 20 minutes, Métro) n'ont pas souhaité relayer des publications répétitives ne correspondant pas à leur ligne éditoriale. Il s'est avéré que la forte concurrence entre quotidiens en Ile-de-France pousse les rédactions à favoriser les informations d'actualité par rapport aux informations moins événementielles telles que celles proposées par les GROG. Par ailleurs, cette démarche s'est déroulée parallèlement à la campagne nationale de la CNAMTS « les antibiotiques c'est pas automatique » qui, par son ampleur, a diminué la portée de l'action engagée.


Le projet a donc été modifié. Après consultation du FAQSV, il a été décidé de transformer la procédure et de mettre en place deux « focus group » de généralistes, interrogeant sur les éventuelles modifications du comportement des prescripteurs et de celui des patients face à l'antibiothérapie après la campagne médiatique de la CNAMTS « les antibiotiques, c'est pas automatique ».

Le premier « focus group » a réuni des généralistes participant au réseau des GROG, donc déjà sensibilisés aux problèmes de prescription des antibiotiques, et l'autre des généralistes non GROG censés représenter la population des médecins généralistes d'Ile-de-France à partir d'un échantillon de médecins tirés au sort.

Il n'est pas apparu de différences majeures de perception de l'impact de la campagne de sensibilisation aux antibiotiques entre ces deux groupes :

- la prévalence de la problématique « antibiotique » dans leur pratique quotidienne a été jugée fréquente, mais sans constituer un centre de préoccupation essentiel,
- la campagne a été jugée efficace et a agi surtout en modifiant « les comportements » des malades sans pour autant semble-t-il leur apporter des connaissances nouvelles sur les antibiotiques.

Par contre, trois des neuf généralistes du second groupe ont mis l'accent sur les dangers potentiels d'un changement mal maîtrisé, se traduisant par une trop forte baisse des prescriptions et un risque de résurgence d'anciennes pathologies éradiquées par les antibiotiques. Cette position, associée au fait qu'ils considèrent que la campagne remettait en cause leur compétence, justifie dès lors un changement modéré de leurs pratiques de prescription.

 *Ce travail a donné lieu au rendu d'un rapport d'évaluation au FAQSV Ile-de-France en août 2005.*

---

<sup>39</sup> *Groupes régionaux d'observation de la grippe*

## **5.6 Contexte des séances de médecins et satisfaction des patients**

*Philippe Le Fur, Sandrine Lorand*

Ce travail dont l'objectif est d'apprécier le contexte et la perception du plus ou moins bon déroulement de l'acte médical, en fonction des principales caractéristiques des patients et des circonstances de la séance, n'a débuté qu'en janvier 2006 et devrait conduire à une publication au premier semestre 2006.

## **5.7 Support technique à l'URCAM Champagne-Ardenne**

*Véronique Lucas-Gabrielli, Laure Com-Ruelle*

L'IRDES a collaboré aux travaux de l'URCAM portant sur la consommation de soins et la démographie des professions médicales en Champagne-Ardenne et a participé également à des réunions régionales d'experts.

## **6. Organisation des soins : soins primaires, soins ambulatoires et hospitaliers**

### **6.1 Evaluation du fonctionnement du système de soins**

#### **6.1.1 Mesure du délai d'attente pour un rendez-vous de spécialiste selon la densité des praticiens**

*Paul Dourgnon, Philippe Le Fur, Isabelle Leroux, Véronique Lucas-Gabrielli*

L'objectif de ce travail est de déterminer si la densité en spécialistes influe sur les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous. Si oui est-ce de manière systématique ou uniquement pour certaines spécialités ? Quel est le sens de cette relation ?

Il s'agit de mieux comprendre comment est structurée l'offre de soins de spécialiste, en réponse aux besoins de soins locaux. On peut penser que coexistent des effets de pénurie dans certains départements et de demande induite dans d'autres. Selon l'hypothèse de demande induite, un médecin peut être amené à pratiquer des « ré adressages » personnels en excès de façon à atteindre son objectif de revenu. Ce comportement devrait se traduire notamment dans les zones où l'offre de soins est importante, par une relation non décroissante entre densité locale de médecins dans la spécialité et la difficulté d'accès au médecin, mesurée par le délai d'attente. A l'inverse, dans les zones où l'offre est plus rare, les délais d'attente doivent être également rallongés.

La première phase de ce travail a été réalisée à partir des données de l'enquête ESPS 2004. Les premiers résultats montrent que les principaux paramètres à prendre en compte pour expliquer les délais d'attente sont la spécialité du praticien, le lieu de la séance et les modalités d'adressage des patients. Par ailleurs, les effets semblent différer si l'on distingue les densités de spécialistes en fonction du secteur de conventionnement.

Une modélisation logistique a été réalisée prenant en compte les variables disponibles sur le déroulement des séances, les caractéristiques sociodémographiques et certains indicateurs de santé des patients ainsi que les densités départementales lissées.

Les premières exploitations basées sur cette modélisation montrent qu'une augmentation des densités s'accompagne d'une diminution des délais d'attente en ophtalmologie, en pédiatrie et en rhumatologie. Par contre, en gynécologie, dermatologie et cardiologie, il n'y a pas de relation entre densité de spécialistes en secteur 1 et délai d'attente, alors que celle-ci existe pour les densités de spécialistes en secteur 2. Ceci laisse supposer qu'il existe une certaine part de demande induite. Enfin, en chirurgie, une augmentation modérée des densités augmente les délais d'attente, qui cependant diminuent en cas de forte augmentation des densités. Ce phénomène est peut être à mettre en relation avec une demande révélée, c'est à dire demande latente qui ne s'exprimait pas en raison d'une offre insuffisante.

Ce travail qui a été réalisé en 2005 dans le cadre du stage de 3<sup>ème</sup> année de l'ENSAI d'Isabelle Leroux, se poursuivra en 2006.

#### **6.1.2 Les modes d'accès aux spécialistes - état des lieux avant la mise en place du parcours de soins coordonnés**

*Philippe Le Fur, Pascale Lengagne*

En France, jusqu'à la mise en application de la réforme de l'Assurance maladie d'août 2004, tous les patients pouvaient consulter un médecin spécialiste de leur propre initiative sans que cela n'ait de conséquence sur les tarifs appliqués par les praticiens ou sur les prises en charge par l'Assurance maladie et les organismes complémentaires. Cette réforme de l'Assurance maladie instaure notamment le principe du médecin traitant, chargé de suivre le patient et de coordonner son parcours de soins. Dans ce parcours de soins coordonnés, le patient est incité à consulter en première intention son

médecin traitant qui peut ensuite l'orienter vers un autre praticien. La réforme prévoit une tarification des actes et une prise en charge par l'Assurance maladie et les organismes complémentaires différentes lorsque le patient consulte certains spécialistes sans l'avis préalable du médecin traitant.

Cette réforme va certainement modifier de manière importante les conditions d'accès aux soins de spécialiste. La présente étude s'appuie sur les données de l'enquête ESPS 2004 pour faire le point sur les modalités d'accès aux spécialistes telles qu'elles se présentaient avant la mise en application de la réforme. On s'interroge notamment sur la part des consultations de spécialiste résultant d'un accès direct des patients et sur celle consécutive à un adressage par un médecin. On cherche également à déterminer si les caractéristiques des patients (situation socioéconomique, état de santé et suivi médical plus ou moins important) influent sur ces modalités d'accès.

Avant la mise en place du dispositif, environ le tiers des séances de spécialiste était initié par le patient ou son entourage, ce mode d'accès variant de manière importante selon la spécialité du praticien : plus de 60 % des consultations de dermatologue et moins de 20 % des consultations de gastro-entérologue, cardiologue, pneumologue.... De plus, parmi les consultants de spécialistes, on constate que toutes choses égales par ailleurs, le fait d'accéder directement au spécialiste ou d'être conseillé par un médecin n'est pas marqué d'un gradient socio-économique. Par contre, un mauvais état de santé ou le fait d'avoir eu de nombreuses consultations de spécialiste en un an augmente la probabilité d'accéder au spécialiste à la suite d'un conseil médical.

☞ *Les modes d'accès aux spécialistes - état des lieux avant la mise en place du parcours de soins coordonnés.* « Questions d'économie de la santé » à paraître.

### **6.1.3 Evaluation d'une organisation de soin ville/hôpital : le réseau RESICARD (insuffisance cardiaque sévère dans l'Est parisien)**

*Nicolas Belorgey, Yann Bourgueil, Anne Doussin, Michel Grignon, Pascale Lengagne, Thomas Renaud*

Le réseau Résicard est un réseau ville-hôpital de suivi des patients insuffisants cardiaques de l'Est parisien. Ce réseau, initié en 2003 pour sa partie purement opérationnelle, a appliqué le protocole de Rich qui permet théoriquement de réduire l'incidence des séjours hospitaliers des malades, dans une perspective d'amélioration de la qualité de vie des patients.

L'IRDES avait été sollicité en amont et en aval de la mise en place de Résicard pour collaborer à la mise en œuvre du réseau et en analyser les performances.

En amont (2002), l'IRDES s'était impliqué dans la mise en place de la structure du réseau proprement dite, dans la réflexion sur la saisie des données, dans les aspects plus opérationnels du suivi des patients et dans la mise en œuvre d'une phase « témoin » à comparer à la phase « réseau » (sur le modèle d'une étude cas/témoin et avant/après, dans la mesure où la phase témoin s'est déroulée l'année précédant l'initiation du réseau).

En 2005, l'IRDES a finalisé l'évaluation de la capacité de RESICARD à appliquer le protocole et d'en analyser les résultats sur l'état de santé et la qualité de vie des patients, à travers trois grands objectifs :

1. L'évaluation du fonctionnement du réseau : qualité de suivi de la structure médicale de ville (SMV), adhésion des médecins généralistes et cardiologues au protocole RESICARD et qualité de recueil des données de consultation, en y intégrant des entretiens avec le personnel de la SMV et avec des médecins appartenant au réseau.
2. L'analyse comparative des résultats de mortalité et de re-hospitalisation entre les phases réseau et témoin : comparaison des taux de décès (toutes causes et causes cardiaques), des durées avant re-hospitalisation et du nombre de re-hospitalisations distinctes en un an, en distinguant dans chaque cas les occurrences pour cause cardiaque et les occurrences pour toutes causes confondues.



3. L'évaluation de l'adhésion des patients au réseau : cela s'inscrit dans une démarche plus qualitative en menant des entretiens semi-directifs auprès des patients.

Les axes 1 et 2, largement investis en 2004, ont été poursuivis en interaction avec l'équipe des promoteurs du réseau RESICARD. Devant l'absence de différences entre le groupe témoin et le groupe réseau, et eu égard aux difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du protocole, l'équipe de l'IRDES a approfondi les analyses en cherchant à évaluer l'impact du réseau sur la sous population des patients bien pris en charge. Ces analyses n'ont pas permis de mettre en évidence un effet statistiquement significatif de l'intervention sur le critère principal de jugement adopté initialement.

Les entretiens réalisés auprès des médecins et des patients ont montré la très faible adhésion des médecins généralistes et la faible implication des patients dans le dispositif.

L'ensemble des résultats a été présenté en réunion du comité de pilotage en mai 2005, permettant ainsi de valider les résultats et débattre des pistes à suivre pour la suite du projet RESICARD. La recommandation principale était de reprendre la formulation initiale de la problématique et de recentrer l'intervention RESICARD désormais en phase pérenne sur les services à rendre aux médecins généralistes par une démarche personnalisée de présentation du projet.

A la demande de l'équipe RESICARD et après discussion avec le comité de pilotage, il a été décidé de poursuivre l'analyse sur la phase pérenne et de finaliser ainsi l'évaluation pour l'échéance du projet en juin 2006. Ce projet a fait l'objet d'une nouvelle convention RESICARD-IRDES qui prendra fin en mai 2006. Un rapport définitif permettra de conclure ce projet.

Une présentation des résultats a été faite au séminaire IRDES. Une étudiante de master en santé publique (Olivia Desfosses) a réalisé son mémoire sur l'évaluation de résicard en 2005. Ce travail a permis de replacer le projet RESICARD et son échec dans le cadre plus large de l'organisation des soins ambulatoires pour personnes âgées, atteintes notamment d'insuffisance cardiaque. Le dispositif RESICARD pose en effet la question de l'articulation d'une approche cardiologique (réseau spécialisé) avec l'approche gériatrique (réseau généraliste) pour des patients insuffisants cardiaque certes mais aussi porteurs de pathologies multiples et souvent dépendants. Ainsi, au-delà des résultats négatifs constatés, il nous paraît pertinent d'analyser l'expérience RESICARD sur sa pertinence en termes d'organisation des soins.

☞ *Une publication sous forme de working paper est envisagée, l'objectif étant une publication sur des supports type BMJ ou International journal of Quality in Health care.*

#### **6.1.4 Collaboration avec le CCOMS : l'évaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés**

*Julien Mousquès, sous la responsabilité de Denis Leguay (CCOMS) et en collaboration avec Jean-Luc Roelandt (CCOMS)*

Dans le cadre de notre participation au Centre collaborateur de l'OMS (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale, nous participons au pôle de recherche sur l'évaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés (voir programme de travail 2003). L'objectif principal de l'évaluation est la comparaison coût-résultats de secteurs psychiatriques ayant mis en place des pratiques organisationnelles différentes.

Après une étape de validation des échelles et questionnaires de résultats utilisés et de classement des secteurs selon le type d'organisation mis en place en 2004, l'année 2005 a été consacrée à la constitution d'un comité de pilotage, à la réalisation d'un budget et à la recherche de financeurs. L'étude a fait l'objet fin 2005 début-2006 de deux demandes de financement : l'un auprès de la DGS et de son bureau pour la santé mentale, le second dans le cadre d'un dépôt de projet hospitalier de

recherche clinique national. La réalisation de l'étude, qui débiterait à l'automne 2006, est conditionnée à l'obtention de ces financements.

### **6.1.5 La démographie des professionnels en santé mentale : mise en perspective de l'offre de soins et du recours en psychiatrie**

*Philippe Le Fur, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès, Marc Perronnin*

En 2002, le Conseil scientifique de la CNAMTS a sollicité l'IRDES pour la réalisation d'une étude monographique sur la psychiatrie. Suite à cette demande, l'IRDES a réalisé en 2003 une première phase d'investigation sur les travaux et réflexions disponibles ou en cours de constitution, auprès de différents professionnels et/ou experts en santé mentale. Ce travail a permis de constater que les problèmes démographiques en santé mentale sont bien établis et largement diffusés. Il existe un large consensus pour dire que la psychiatrie se caractérise par d'importantes disparités entre départements en termes d'équipement, de personnel non médical et de médecins, avec de plus un déséquilibre ville-hôpital en défaveur de ce dernier. Par ailleurs, une décroissance d'environ 40 % des effectifs de psychiatres est attendue d'ici 2020, alors que, parallèlement, la demande ne cesse de s'accroître. Ainsi, entre 1989 et 2000 on relève une augmentation de plus de 60 % de la file active en hospitalisation publique et un accroissement de 75 % du nombre d'actes en psychiatrie libérale. Simultanément, on relève une augmentation du nombre de recours pour des motifs d'ordre psychiatrique en médecine générale.

Au vu de ce constat, il n'a pas semblé opportun de faire une nouvelle synthèse d'éléments connus. Par contre, il a semblé intéressant d'étudier l'impact de la raréfaction de l'offre (ou des disparités dans le niveau et la structure de l'offre de soins) sur l'accès et le recours aux soins.

Au cours de l'année 2004, nous avons réalisé une typologie des secteurs de psychiatrie adulte, à partir des données des rapports de secteurs 2000 de la DREES. Cette typologie a permis de distinguer neuf catégories de secteurs en fonction de leur équipement (en places, lits, personnels) et de leur organisation (psychiatrie de liaison, délai d'attente, liens avec des organismes médico-sociaux ...). Parmi ces catégories, trois (pour un total de 29 % des secteurs) semblent d'ores et déjà poser d'importants problèmes d'offre et les conséquences sur les prises en charge en sont l'allongement des délais de rendez-vous et/ou la nécessité de souvent rediriger les patients.

Munis des informations issues de cette typologie, il a été décidé de réaliser différentes études locales pour approfondir les répercussions de ces différents niveaux de dotation sur les prises en charge globales des patients. Ainsi, nous chercherons à mettre en relation les données issues des secteurs de psychiatrie publics avec les données concernant l'activité des psychiatres libéraux, celle des cliniques et celle des généralistes libéraux prenant en charge des patients présentant des troubles mentaux. Cette dernière activité sera déduite des séances de généraliste suivies d'une prescription d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques.

Trois régions ont été sélectionnées pour réaliser ce travail : la région Nord-Pas de Calais (59 secteurs psychiatriques dont 15 sous-dotés), les Pays de la Loire (43 secteurs psychiatriques dont 14 sous-dotés) et l'Ile-de-France (142 secteurs psychiatriques dont 33 sous-dotés).

En 2005, nous avons essentiellement approfondi l'aspect méthodologique de cette approche, notamment en précisant les différentes unités statistiques et spatiales à retenir. Parallèlement, nous avons commencé avec l'URCAM-IDF un travail exploratoire sur la faisabilité de requêtes permettant de remonter les informations nécessaires à l'exploitation des données dans le secteur libéral.

## 6.2 Planification et organisation des soins primaires

### 6.2.1 Aide à l'élaboration et au suivi des expérimentations de transfert de tâches entre médecins et professions paramédicales dans le cadre de l'ONDPS

*Yann Bourgueil*

Rappel du contexte : dans le cadre de la réflexion sur la démographie des professions de santé, le ministre Mattéi a confié au Professeur Berland, Président de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), une mission de réflexion sur la coopération des professions de santé et le transfert de compétences qui a conduit à la rédaction d'un rapport intermédiaire en novembre 2003 et le lancement d'expérimentations en 2004.

L'IRDES, l'ANAES et le Haut Comité de Santé publique ont été mobilisés pour élaborer un cadre d'évaluation de ces expérimentations en décembre 2003. Le suivi des projets est assuré par un comité animé par Yann Bourgueil, mis à disposition de l'ONDPS par l'IRDES à raison de deux jours par semaine. La décision d'inscrire ces expérimentations dans la loi de santé publique votée en août 2004, et le travail d'élaboration des différents projets n'ont pas permis de produire des résultats dans le temps initialement prévu. Le premier arrêté d'expérimentation, concernant cinq projets a été signé en décembre 2004 et le deuxième projet a été finalisé en juin 2005. Ce document n'a à ce jour pas été signé par le ministre.

Les résultats des cinq premières expérimentations seront définitivement rassemblés et publiés en mars 2006.

Le retard considérable pris par ce projet s'explique par le caractère législatif et réglementaire du processus qui a nécessité l'adoption de la loi d'août 2004, l'absence de moyens dédiés à la conduite et à l'évaluation des projets, les deux changements de ministre et de cabinet successifs et les nombreuses résistances qui se sont manifestées tout au long du projet.

*📖 La mise à disposition de Yann Bourgueil auprès de l'ONDPS s'achèvera avec la publication du rapport d'évaluation fin mars 2006.*

*👉 Ce travail a donné lieu à de nombreuses interventions auprès de groupes professionnels multiples.*

### 6.2.2 Comparaisons internationales sur la médecine de groupe et les réseaux de professionnels de santé

*Yann Bourgueil, Karine Chevreul, Anna Marek, Julien Mousquès, avec la collaboration de Hector Falcoff (SFTG)*

L'étude internationale réalisée par l'IRDES en 2004 a porté sur huit pays. Elle comprenait des visites de cabinets de médecine générale de groupe et des entretiens avec différents types d'acteurs (organismes professionnels, chercheurs et institutionnels).

Dans les pays où le regroupement des professionnels de santé de première ligne n'est pas encore la règle, des politiques incitatives sont mises en place afin de favoriser et promouvoir un modèle général d'organisation des soins de première ligne communautaires et intégrés, ayant pour objectif premier d'améliorer la qualité des soins et des services délivrés en améliorant la continuité, la permanence et la coordination, dans un contexte où la demande se modifie en profondeur.

Bien souvent s'ajoutent à ce premier objectif, des objectifs secondaires en termes d'amélioration de la planification de l'offre et des ressources humaines, d'amélioration des conditions de travail des médecins pour mieux répondre à leurs attentes, ou encore de modification des règles de contractualisation entre la tutelle et les prestataires, et donc de régulation de l'offre de soins (quantitative et qualitative).

On peut distinguer quatre grandes catégories d'organisation en groupe des soins de première ligne, selon un modèle de typologie développé par Lamarche PA, Beaulieu MD, Pineault R et al.

Les éléments qui motivent le regroupement et les politiques d'incitations au regroupement, leurs barrières et leurs leviers relèvent avant tout d'une volonté d'assurer une gamme de services large et étendue, y compris les urgences, au plus proche des malades. Au-delà de cet objectif premier d'orientation vers des soins communautaires et intégrés, on retrouve également d'autres motivations complémentaires ou sous-jacentes. C'est principalement par le développement d'incitatifs économiques et par l'introduction de changements progressifs sur la base du volontariat (au moins dans un premiers temps) que les pays qui s'appuient sur la dynamique du regroupement modifient les modes de rémunération et les modes d'organisation des soins.

Il est encore trop tôt pour savoir si les moyens mobilisés pour obtenir ces modifications des organisations et des pratiques, encore aujourd'hui à la marge, produiront l'ensemble des effets escomptés. Il est notamment difficile de savoir si ces politiques ont effectivement permis d'améliorer la réponse à la demande, notamment en améliorant l'accès aux soins et en étendant la gamme des services délivrés, ou si elles ont simplement constitué une redistribution des cartes entre professionnels.

De ce point de vue, il semble que le regroupement en soi n'est pas gage d'un meilleur résultat collectif ni pour les patients, ni d'un point de vue systémique. La question est plutôt : à quelles conditions le regroupement peut apporter un bénéfice et pour qui ?

Ce travail, finalisé en 2005, a été présenté au séminaire associant la DSS, la DREES, la DGS et la DHOS en 2005.

✎ *La publication d'un « Questions d'économie de la santé » et celle d'un rapport IRDES sont programmées pour le premier semestre 2006.*

### **6.2.3 Comparaisons internationales sur la substitution/délégation de tâches entre professionnels de santé dans le domaine des soins primaires**

*Yann Bourgueil, Karine Chevreul, Anna Marek, Julien Mousquès*

L'objectif général de la comparaison internationale est de montrer, au moyen d'exemples pris à l'étranger, que des actes médicaux ont déjà été confiés à des professions autres que les médecins et que certains pays ont développé une réflexion importante et ont expérimenté des pratiques de substitution/délégation de tâches entre professions.

L'étude s'est articulée en trois étapes distinctes :

- la première étape consistait à préciser le cadre général de l'étude et à élaborer le réseau d'expertise ; nous avons fait le choix d'étudier principalement les professions de médecin généraliste et infirmière ;
- la seconde étape a permis de construire une grille de recherche ;
- la troisième, enfin, a abouti à la réalisation de l'étude internationale et à la mise en regard avec la France ; la phase de recueil s'est achevée en 2005.

✎ *Le rapport final est en cours de rédaction et sera publié en mars 2006*

📖 *La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. Y. Bourgueil, A. Marek, J. Mousquès. Questions d'économie de la santé n° 95. Juin 2005. 12 pages*

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum95.pdf>

avec parution simultanée dans un numéro de « Etudes et résultats » de la DREES :

▶ <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er406/er406.pdf>

- ☞ *Un colloque, avec sept intervenants étrangers, a été organisé par l'IRDES sous l'égide de la DREES le 16 juin 2005. Ce colloque a rassemblé plus de 150 personnes. Le rapport final de l'étude comprenant des éléments complémentaires sur la réglementation et les processus politiques expliquant le développement des rôles infirmiers dans les pays étudiés ainsi que le texte traduit des intervenants étrangers sera publié début mars 2006.*
- ☞ *Une autre publication conjointe DREES – « Questions d'économie de la santé » portant sur les éléments complémentaires apportés par le rapport est prévu pour le premier semestre 2006.*
- ☞ *Enfin, un article est aussi envisagé.*
- ☞ *L'IRDES a été abondamment sollicité pour intervenir auprès des organisations infirmières et médicales en 2005 et 2006 afin de présenter les résultats publiés en 2005.*

#### **6.2.4 Projet de recherche sur une méthodologie d'élaboration de projet médical territorial avec le centre hospitalier du Haut Anjou**

*Yann Bourgueil, en collaboration avec le DIES – Fondation de l'Avenir*

Le centre Hospitalier du Haut Anjou (Mayenne) a sollicité l'IRDES afin de s'adjoindre une compétence méthodologique dans la conduite du projet de territoire de santé. Ce dernier s'appuie sur une démarche d'élaboration de projets médicaux locaux, impliquant les acteurs professionnels locaux aussi bien du secteur sanitaire et social que du secteur ambulatoire et hospitalier. Une démarche conjointe de sollicitation de la population a pour but d'inscrire cette méthode dans un cadre participatif articulé avec les élus politiques dans un dispositif institutionnel territorial nouveau : le conseil de santé.

La participation de l'IRDES a porté sur la définition des hypothèses et du cadre général de la démarche, ainsi que sur l'animation des réunions du comité de pilotage et des réunions locales avec les professionnels.

L'année 2005 a permis le déroulement de l'ensemble de la démarche et la production d'un premier document d'identification des problèmes et de leur priorisation par les acteurs locaux. La mise en perspective avec les élus du conseil de santé est prévue pour avril 2006.

Ce travail de terrain, s'inscrit dans la réflexion sur les méthodes de planification et d'organisation des soins de santé à l'échelon local.

Cette étude a été financée par le Centre Hospitalier du Haut Anjou.

#### **6.2.5 Projet de recherche sur une méthodologie de planification des soins ambulatoires**

*Yann Bourgueil, Julien Mousquès, Karine Chevreul, Véronique Lucas, Michel Naiditch  
En collaboration avec les URCAM et URML Bretagne et Nord-Pas-de-Calais*

Deux URCAM et deux URML des régions Nord-Pas-de-Calais et Bretagne se sont associées pour mener une recherche en partenariat avec l'IRDES sur la nature des outils et méthodes permettant une meilleure organisation de « la médecine de ville » des soins ambulatoires.

Il s'agit d'anticiper l'évolution du système de santé en direction d'une organisation plus structurée et efficiente du secteur ambulatoire dans le cadre duquel les partenaires que sont les URML et les URCAM pourraient intervenir par le biais d'incitations. Même si le modèle de régulation qui se dessine n'y fait pas appel, nous nous plaçons ici dans l'hypothèse d'une évolution d'une régionalisation, au moins partielle, de l'organisation des soins ambulatoires.

Nous sommes donc dans une démarche comprenant différents temps qui vont de l'analyse à la mise en œuvre en passant par la modélisation et la production de référentiels. L'IRDES est associé au DIES pour la réalisation de ce projet.

Le protocole a été finalisé en décembre 2005. Le début de l'étude est prévu pour février 2006 et sa fin pour janvier 2008.

Cette étude fait l'objet d'un financement de la part des URMLs-URCAMs Bretagne et Nord-Pas-de-Calais dans le cadre du FAQSV.

### **6.2.6 Distance d'accès aux soins**

*Véronique Lucas-Gabrielli*

Cette étude, consistant à calculer les distances d'accès aux diverses professions de santé libérales, ainsi qu'aux différentes disciplines hospitalières de structures publiques ou privées et aux différents équipements lourds (IRM, scanners, appareils de radiothérapie), a été reportée en 2006.

### **6.2.7 Les mesures et les dispositifs de régulation de la répartition des médecins : état des lieux et évaluation**


Yann Bourgueil, Julien Mousquès et Ayden Tajahmady

Dans son rapport annuel 2004, l'ONDPS a réalisé une première enquête visant, par l'intermédiaire de ses comités régionaux, à recenser ces différentes politiques et actions et à analyser l'efficacité qu'elles ont pu avoir. Cette enquête a permis de tracer les grands traits d'un panorama de ces politiques et d'identifier un certain nombre de régions ayant une politique forte en terme de démographie des professions de santé. Il s'agit, à notre connaissance, de la seule tentative de ce type d'étude sur le sujet en France. Bien que le nombre limité de réponses n'ait pu permettre de présenter que des résultats incomplets, l'intérêt d'une telle démarche est évident, notamment afin d'éclairer la prise de décision dans le domaine de la démographie des professions de santé. L'ONDPS a donc décidé, dans le cadre de son rapport annuel 2005 de poursuivre et de compléter l'enquête menée en 2004.

Le but de cette enquête est de dresser un tableau le plus exhaustif possible des différentes actions qui peuvent être mises en œuvre afin de réduire les disparités géographiques dans la répartition des professionnels de santé et particulièrement des médecins, ainsi que de l'efficacité de ces actions.

L'enquête qui a débuté en juin 2005, s'est close en décembre 2005. Le rapport final sera disponible dans le cadre des publications de l'Observatoire nationale des professionnels de santé au premier trimestre 2006. Une présentation des résultats a été faite auprès des comités régionaux et du comité d'orientation de l'ONDPS en 2005.

Cette étude fait l'objet d'un financement de la part de l'ONDPS.

 *Le rapport final sera disponible dans le cadre des publications de l'Observatoire nationale des professionnels de santé au premier trimestre 2006*

### **6.2.8 Participation au Groupe Projet « Santé, Régions et Territoires » du Conseil régional d'Aquitaine (Pôle « Aménagement et développement territorial »)**

Yann Bourgueil, Julien Mousquès

*En collaboration avec le Conseil régional d'Aquitaine et Pays et Quartiers d'Aquitaine*

Il s'agit d'une sollicitation du centre de ressources régional sur le développement territorial, Pays et Quartiers d'Aquitaine, relayant une demande du Conseil régional d'Aquitaine pour que l'IRDES participe au groupe projet « Santé, Région et territoires » qui s'est tenu tout au long de l'année 2005 (cf. programme de recherche 2005). L'objet de ce groupe projet était de mener une réflexion prospective qui définisse les meilleures conditions d'intervention pour contribuer à contrecarrer, avec les professionnels organisés et les territoires mobilisés, la pénurie annoncée.

Plus spécifiquement il s'agissait de débattre et d'élaborer un consensus pour imaginer, conduire et piloter une véritable politique régionale sur le thème « Santé et proximité ». Le groupe projet a été

aidé dans sa démarche par le produit d'une étude réalisée par un prestataire extérieur, Coheo. L'ensemble des travaux et réflexions ont fait l'objet d'une communication dans le cadre d'une journée régionale en juin 2005 et le groupe projet à pris fin en septembre 2005. La région Aquitaine devrait adopter un plan d'intervention définissant la politique de la région dans le domaine au début de l'année 2006.

- ☞ Communications dans le cadre du colloque « Santé, région et territoires » intitulées : « Démographie et organisation des soins » et « Favoriser le maintien et l'installation de professionnels de santé sur les territoires fragiles », Captieux, 15 juin 2005.
- ☞ L'ensemble de la production du groupe projet est accessible à l'adresse suivante : <http://www.aquitaine-pqa.fr>

### 6.3 Organisation des soins : les soins hospitaliers

#### 6.3.1 Réflexion autour de l'axe de recherche sur la production et l'organisation des soins dans les établissements de soins

*Nicolas Belorgey, Karine Chevreul, Laure Com-Ruelle, Zeynep Or, Thomas Renaud*

Le domaine de l'hôpital a été peu traité par l'IRDES ces dernières années, mis à part ses alternatives, domaine sur lequel nous avons beaucoup publié (hospitalisation à domicile et chirurgie ambulatoire). Or, les analyses sur ce champ restent limitées quantitativement au regard de l'enjeu, comme l'a constaté le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.

De manière générale, dans le domaine de la recherche sur l'hôpital en France, nous constatons un manque de connaissances sur son fonctionnement (boîte noire), en particulier sur la variabilité des coûts. De plus, il est nécessaire d'évaluer l'impact des réformes sur la productivité et l'efficacité économique des hôpitaux ainsi que sur l'organisation structurelle et la qualité des soins.

En 2005, nous avons donc relancé une réflexion autour d'un axe de travail sur la production et l'organisation de soins dans les établissements de santé, réflexion qui a fait l'objet d'une présentation et d'un débat au Conseil Scientifique du 20 octobre 2005. Ainsi, outre les projets d'ores et déjà entamés, nous avons retenu plusieurs projets qui seront développés en 2006. En effet, la disponibilité de nouvelles données sur les coûts et l'activité hospitalière ainsi que la qualité des soins nous donne la possibilité d'apporter des éléments novateurs à partir d'approches quantitatives.

Ces projets sont déclinés ci-dessous pour certains, au point suivant concernant l'hospitalisation à domicile pour d'autres.

#### 6.3.2 Coût de prise en charge de certaines pathologies en MCO<sup>40</sup> du secteur public

*Laure Com-Ruelle, Sandrine Lorand, Zeynep Or, Thomas Renaud*

Une exploitation seconde de la base de l'étude nationale de coûts MCO est prévue avec pour objectif le calcul des **coûts hospitaliers** de prise en charge de certaines pathologies en secteur public. Elle rassemble plusieurs équipes de recherche (CES, INSERM-IGR<sup>41</sup>-CREGAS, THEMA<sup>42</sup> et l'IRDES) et un plan de travail commun a été discuté puis finalisé par Gérard de Pourville de l'INSERM-IGR.

---

<sup>40</sup> Médecine-chirurgie-obstétrique (court séjour)

<sup>41</sup> Institut Gustave Roussy

<sup>42</sup> THéorie Economique, Modélisation et Applications (laboratoire de recherche en économie, commun aux universités de Cergy-Pontoise et de Paris X-Nanterre)

L'IRDES a en charge l'appendicectomie, la fracture du col du fémur et la bronchite aiguë. La fourniture tardive des fichiers ne permet sa réelle mise en œuvre que courant 2006.

### **6.3.3 Les incitations à la qualité par le financement**

*Karine Chevreul, Laure Com-Ruelle, Zeynep Or, Thomas Renaud*

Un projet, mené en partenariat avec l'INSERM (CREGAS), a pour objectif d'évaluer les incitations à la qualité par le financement. Il s'agit d'établir le lien entre le coût et la qualité des soins hospitaliers et de produire des simulations pour quantifier l'impact potentiel du financement par la qualité. Ce travail a débuté en 2005 par la tenue de réunions entre les partenaires afin de mieux définir l'objet de la collaboration et le travail d'exploitation des données mises à disposition ne sera réalisé qu'en 2006.

### **6.3.4 Comparaison internationale sur la qualité des soins à l'hôpital : outils de mesure et état des lieux**

*Karine Chevreul, Zeynep Or*

L'IRDES compte également aborder la problématique de la qualité des soins par un état des lieux concernant les moyens utilisés pour apprécier la qualité et la sécurité des soins à l'hôpital et les indicateurs disponibles en France, et par une analyse de la situation actuelle comparée à celle des autres pays développés. Il nous semble important d'améliorer la transparence du système de santé en mesurant mieux les performances en termes de qualité des soins fournis. Ce projet ne pourra débuter qu'en 2006.

Les trois projets suivants s'inscrivent dans la thèse de Nicolas Belorgey, doctorant en sociologie à l'IRDES.

### **6.3.5 T2A et équité**

*Nicolas Belorgey. Partenaires : EHESS – ENS (thèse au Centre Maurice Halbwachs, ENS)*

Les objectifs de cette étude sont d'estimer l'impact T2A sur l'équité dans le traitement des patients.

Les analyses ont débuté en septembre 2005 :

- observations dans trois services d'urgence,
- recueil de données quantitatives afin d'analyser les trajectoires des patients récurrents,
- négociation en cours afin d'obtenir des données fines auprès d'un service en particulier.

et se poursuivront jusqu'en 2007.

### **6.3.6 La production dans les services de soins**

*Nicolas Belorgey. Partenaires : EHESS – ENS (thèse au Centre Maurice Halbwachs, ENS)*

Les objectifs de ce travail sont les suivants :

1. par une démarche ethnographique et statistique, rendre compte de la division du travail hospitalier et des rationalités pratiques des soignants et des gestionnaires hospitaliers ;
2. établir une description de la production hospitalière intégrant les différents moyens mobilisés (exemple : qualité des réseaux relationnels permettant de transférer les patients) ;
3. rendre compte de l'impact potentiel des réformes en cours dans le domaine hospitalier sur l'efficacité de la production hospitalière, la qualité des soins, et l'équité dans le traitement des patients.

Cette thèse a débuté à la rentrée 2003 et s'achèvera fin 2007. Fin 2005, les points 1 et 2 sont à peu près acquis.




### 6.3.7 La place et le coût de l'enseignement et de la recherche à l'hôpital

Nicolas Belorgey. *Partenaires : CGS (Ecole des Mines de Paris) – FHF – conférence des CHU*

Cette étude a commencé en juillet 2005.

Le projet vise à estimer la place des Missions d'enseignement, de recherche, de représentation et d'innovation (MERRI) à l'hôpital, ainsi que le surcoût qu'elles peuvent occasionner. Contribuer à déterminer des critères de fixation de l'enveloppe MIGAC<sup>43</sup>).

L'étude empirique a porté sur cinq établissements (4 CHU, 1 CH).

 *Remise du rapport intermédiaire au commanditaire.*

## 6.4 Organisation des soins : Hospitalisation à domicile


### 6.4.1 Alternatives à l'hospitalisation dans différents pays

Karine Chevreul, Laure Com-Ruelle, Fabienne Midy, Valérie Paris

La réflexion sur l'opportunité et les modalités de développement des soins à domicile alternatifs à une hospitalisation classique est à l'origine de ce travail qui, à travers l'analyse d'expériences étrangères, tente de comprendre pourquoi et comment d'autres pays ont mis en place ce type de soins, quelles sont les difficultés rencontrées et les incitations créées pour en faciliter le développement.

La revue de littérature montre que l'Australie, la Grande-Bretagne et le Canada ont développé les SSHAD sur des modes organisationnels proches de celui adopté en France, mais qu'aucun n'a développé une prise en charge innovante. L'élément majeur influençant le développement de ces services est la volonté politique sous-jacente. Elle se traduira principalement par une simplification des arrangements financiers et du contexte organisationnel afin de réduire les freins à la coordination intersectorielle (ambulatoire/hospitalier et sanitaire/social) et de faire disparaître la possibilité de transférer des coûts d'un de ces secteurs vers un autre. En ce sens, l'existence d'un responsable unique de la gestion et du budget du SSHAD est déterminante du bon fonctionnement.

Ce travail avait déjà donné lieu à la remise d'un rapport à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins fin 2003, ainsi qu'à la publication d'un « Questions d'économie de la santé » en décembre 2004<sup>44</sup>. En 2005, deux points sont mis en exergue : la prise en charge du cancer et celle des soins palliatifs dans les trois pays. De plus, il est complété par l'élaboration d'une annexe sur la situation française, livrant les éléments d'évolution de la définition d'HAD en France au fil des textes législatifs et retraçant la chronique des freins et moteurs de l'HAD sous la forme d'un tableau synoptique très complet. Ce travail est restitué dans un rapport publié en novembre 2005.

 *Le développement des services de soins hospitaliers à domicile : expériences australienne, canadienne et britannique*, Karine Chevreul, Laure Com-Ruelle, Fabienne Midy, Valérie Paris, rapport IRDES n°1610, novembre 2005.

Restent les éléments d'évaluation économique qui, rassemblant des pays plus nombreux, ont été extraits du premier rapport et doivent faire l'objet d'une publication à part en 2006.

---

<sup>43</sup> *Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation*

<sup>44</sup> *Le développement des services de soins hospitaliers à domicile : éclairage des expériences australienne, britannique et canadienne*. Karine Chevreul, Laure Com-Ruelle, Fabienne Midy, Valérie Paris. Questions d'économie de la santé n° 91, série analyse, décembre 2004.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum91.pdf>

- *Evaluation médico-économique des services de soins hospitaliers à domicile, à paraître en 2006*
- *Le développement des services de soins hospitaliers à domicile : Australie, Royaume-Uni, Canada, Laure Com-Ruelle, communication au séminaire « 3S » organisé par la DREES à Paris le 7 juin 2005.*

#### **6.4.2 Coût de création d'une place d'HAD versus un lit de SSR pour des soins de réhabilitation et d'accompagnement notamment chez les personnes âgées**

*Anissa Afrite, Laure Com-Ruelle, Zeynep Or, Thomas Renaud*

Nous avons répondu à une demande de la DHOS relative à l'organisation des soins de type hospitaliers concernant les soins de réhabilitation et d'accompagnement, notamment en soins de suite ou de réadaptation (SSR), et plus précisément aux coûts de création de places ou lits dédiés à cette activité.

Il s'agit d'établir une estimation des « économies » potentielles générées par la création d'une place d'hospitalisation à domicile en comparaison de la création d'une place dans un établissement développant une activité superposable, dans le domaine des soins de suite ou de réadaptation (SSR). Ceci s'inscrit dans le cadre de la demande croissante de lits de cette sorte dans les années qui viennent pour prendre en charge les personnes âgées en particulier.

L'IRDES a répondu à un appel d'offre concernant ce projet selon un cahier des charges précis élaboré en juillet 2005. L'étude a débuté en novembre 2005 et doit se poursuivre au premier semestre 2006.

#### **6.4.3 La tarification à l'activité en HAD**

*Laure Com-Ruelle*

Dans le cadre de la tarification en HAD, trois éléments sont à citer au titre de l'activité en 2005.

- **Suivi de la mise en œuvre de la T2A en HAD**

*Laure Com-Ruelle*

A la suite de l'enquête menée par l'IRDES sur le coût de la prise en charge en HAD et la construction d'un modèle de tarification à l'activité à partir de la base de données constituée à cette occasion (publications 2003), le ministère a décidé d'expérimenter ce modèle de tarification en 2004. L'IRDES a suivi cette expérimentation aux résultats concluants et participé à la rédaction du « Guide méthodologique de production du recueil d'informations standardisé de l'hospitalisation à domicile » mis en accès sur le site de l'ATIH.

L'application réelle du modèle de tarification a démarré au début de l'année 2005 et l'IRDES participe au comité de pilotage de cette mise en œuvre réelle.

📄 *Comptes rendus du Comité de pilotage sur la T2A en HAD*

- **Extension des modes de prise en charge et des tarifs T2A en HAD**

*Laure Com-Ruelle*

Ce modèle étant évolutif et les modes de prise en charge en HAD n'étant pas fermés, un groupe de travail sur l'HAD en pédiatrie et en obstétrique auquel l'IRDES donne également son concours s'est formé mi-2005. Le but est d'étendre les indications d'HAD à ces situations cliniques et d'en discuter les tarifs.

📄 *Comptes rendus du groupe de travail sur la pédiatrie et l'obstétrique en HAD*

- T2A en HAD et qualité des soins  
*Laure Com-Ruelle*

Une réflexion sur la T2A en HAD en guise d'incitatif à la qualité des soins a été menée et présentée à un atelier de l'ALASS concerné au financement des services de santé en 2005.

- ↳ *La tarification à l'activité en HAD en France : un incitatif à la qualité des soins*, Laure Com-Ruelle, communication à l'Atelier de l'ALASS 2005 : Questions clés sur le financement des services de santé, 5 et 6 mai 2005, Palma de Majorque.

## 7. Consommation et prescription médicamenteuse, régulation du secteur du médicament

### 7.1 Consommation et prescription médicamenteuse

#### 7.1.1 La prescription d'antibiotiques chez les médecins généralistes

*Nathalie Grandfils, Catherine Sermet*

Travail initié en 2004 sur la prescription d'antibiotiques chez les médecins (évolution de la prescription d'antibiotiques entre 1992 et 2002 en termes de classes thérapeutiques de façon globale ainsi que dans le cas de trois pathologies : grippe, sinusite et otite moyenne - respect des recommandations de bonne pratique parues sur cette période dans le cas des otites et des sinusites).

En raison de manque de ressources statistiques, ce travail n'a pas pu être poursuivi en 2005. Son prolongement est prévu en 2006.

#### 7.1.2 Comparaison internationale de la consommation d'antidépresseurs (Royaume-Uni, Allemagne, France)

*Catherine Sermet, Nathalie Grandfils, Valérie Paris*

Les Français ont la réputation d'être de gros consommateurs de médicaments. Ces résultats datant d'une étude de 1992 n'ont jamais été démentis depuis, et certaines comparaisons en particulier sur les antibiotiques ou les statines ont confirmé plus récemment la place de la France parmi les premiers consommateurs de médicaments (Molstad et al<sup>45</sup>, 2002 ; Walley et al<sup>46</sup>, 2004). Cette forte consommation était en 1992 très marquée pour les psychotropes et en particulier pour les antidépresseurs. Depuis, cette date, la consommation de médicaments de cette classe n'a cessé de croître en France (AFSSAPS), mais elle a également doublé au Royaume Uni en dix ans. Ces évolutions posaient donc la question de la place de la France au sein de ses voisins européens en termes d'utilisation des antidépresseurs.

Le travail a été réalisé à partir de plusieurs sources de données : les données de ventes d'antidépresseurs de la classe des ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) d'IMS, détaillées par conditionnement pour l'Allemagne et le Royaume-Uni, les données de PACT (Prescribing Analysis Cost) pour l'Angleterre et pour l'ensemble de la classe des antidépresseurs, les données de remboursement de la GKV (caisse d'assurance maladie allemande) pour l'Allemagne pour l'ensemble des antidépresseurs en Allemagne, les données de l'AFSSAPS pour l'ensemble de la classe de antidépresseurs ainsi que les données de remboursement de MEDICAM<sup>47</sup>.

Ce travail sera finalisé en 2006 et donnera lieu à la publication d'un article dans une revue internationale ; il semblerait que la consommation en volume des Anglais soit aujourd'hui au même niveau que celle des Français. En revanche, toujours en volume, la consommation d'antidépresseurs des Allemands reste très inférieure à celle des Britanniques et des Français.

---

<sup>45</sup> Molstad, S., Lundborg, C. S., Karlsson, A. K. et al. (2002) Antibiotic prescription rates vary markedly between 13 European countries. *Scand.J.Infect.Dis.* 34 [5]. pp. 366-371

<sup>46</sup> Walley T., Folino-Gallo P., Schwabe U., van Ganse E., Stephens P. (2004) Comparison of national administrative and commercial databases to monitor expenditure and costs of statins across Europe.

<sup>47</sup> Etude MEDICaments remboursés par l'Assurance Maladie

La structure de la consommation en termes de classes est assez similaire entre la France et le Royaume-Uni avec une proportion de plus en plus importante de consommation d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ; les Allemands consomment en revanche beaucoup de plantes et assez peu d'ISRS. Ce travail passe en revue les différents éléments culturels ou réglementaires pouvant expliquer les différences de consommation de cette classe de médicaments.

☞ *Article en 2006*

### **7.1.3 L'utilisation des traitements hormonaux substitutifs**

*Anne Aïgon, Thomas Renaud, Catherine Sermet*

Cette étude s'inscrit dans le contexte de réévaluation des traitements hormonaux substitutifs (THS) de la ménopause, consécutive aux études anglo-saxonnes parues depuis 1998 qui ont mis en évidence la majoration du risque de cancer de sein à la suite de la prise de THS.

Les trois objectifs de cette étude sont les suivants :

1. caractériser socialement les femmes françaises qui prennent du THS ;
2. définir les types de traitement utilisés en France ;
3. mesurer l'impact des annonces de risque de cancer du sein sur l'évolution de la consommation ou de la prescription de THS.

Pour remplir ces objectifs, nous utilisons plusieurs sources de données pour caractériser à la fois la prescription et la consommation de THS :

- les données de l'appariement entre l'enquête santé et protection sociale (ESPS) menée en 2000 et 2002 et les fichiers de prestations de l'Assurance maladie issus de l'échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS) uniquement pour les assurés du régime général ;
- l'enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) d'IMS-Health ;
- les données de remboursement mensuelles de la CNAMTS qui permettent de suivre l'évolution des remboursements de THS de 2000 à 2004 (en volumes et en dépenses).

Les données de l'appariement ESPS-EPAS sont utilisées pour décrire le profil des femmes consommatrices de THS. Nous testons ainsi un ensemble de caractéristiques médicales (âge, antécédents médicaux, facteurs de risque, risque vital, etc.) et socio-économiques (PCS, revenu/UC, composition du ménage, exonération du ticket modérateur, etc.) issues de l'enquête ESPS.

Les données EPPM sont principalement mobilisées pour répondre à l'objectif 2, à savoir définir les traitements prescrits en France et analyser notamment les différences éventuelles de comportement de prescription entre généralistes et gynécologues.

Enfin, les données de remboursement mensuelles de la CNAMTS, disponibles pour cinq années successives, nous permettent de mettre en lumière l'impact qu'ont pu avoir les publications des études sur les risques de cancer du sein sur le volume global de THS remboursés en France, au niveau macro-économique.

L'analyse porte uniquement sur les femmes de plus de 40 ans. Nous définissons le champ d'analyses des THS par la liste des spécialités commerciales THS fournie par l'AFSSAPS pour l'année 2000, complétée par les génériques et les nouvelles spécialités apparues sur le marché depuis cette date. Lors de l'analyse sur EPPM, nous comptabilisons également les éventuelles prescriptions en DCI des médecins généralistes et gynécologues. Nous distinguons, lors de l'analyse, différents types de THS : estrogènes seuls, associations estroprogestatives libres ou associations estroprogestatives fixes.

Les premières analyses des données d'appariement EPAS-EPS montrent un taux d'utilisation moyen d'un THS des femmes de 40 ans et plus aux alentours de 15 %. La fréquence de prise de THS augmente rapidement avec l'âge pour atteindre 1/3 des femmes de 50 à 65 ans.

Il semble exister de fortes disparités de recours au THS selon le profil médical des femmes (état de santé, antécédents et facteurs de risque). En particulier, la prise de THS est très liée à l'obésité. Ainsi, parmi les femmes obèses, seules 11 % prennent un THS, alors que parmi les femmes de poids dit « normal », elles sont 17,7 % à en utiliser. Cette liaison persiste après ajustement sur l'âge.

Enfin, quelques facteurs socio-économiques semblent influencer la prise de THS, en particulier l'exonération du ticket modérateur.

Classiquement, le traitement hormonal substitutif associe un estrogène à un progestatif, sauf pour les femmes hystérectomisées auxquelles seuls les estrogènes sont prescrits. Parmi les femmes de 40 ans et plus qui consomment du THS : 18,5 % prennent un estrogène seul et 81,5 % une association estrogène progestatif. Les associations avec un progestatif non naturel sont plus fréquentes (59 % des femmes traitées par THS) que les association estrogène et progestérone naturelle (22,8 %). Enfin, les associations estrogène et progestatif non naturel sont plus souvent des associations libres (36,3 %) que des associations fixes (22,3 %).

Par ailleurs, on peut déjà noter une tendance à la baisse des consommations de THS depuis les années 2002-2003 ; cette tendance générale semble toutefois d'ampleur différente selon le type de THS.

*Les premiers résultats issus des points 1 et 2 ont été communiqués au groupe de travail de l'AFSSAPS sur les THS. Cette collaboration s'est concrétisée par la publication d'un rapport AFSSAPS en septembre 2005 ▶ <http://agmed.sante.gouv.fr/pdf/10/th1005.pdf>.*

Toutefois, quelques modifications méthodologiques sont intervenues en 2005, portant à la fois sur la définition du champ d'analyse et sur la démarche d'ensemble.

*Les résultats enrichis et complétés par l'apport des données mensuelles de remboursement de la CNAMTS seront publiés en 2006 par l'IRDES : « Questions d'économie de la santé » et article à paraître.*

#### **7.1.4 L'observance médicamenteuse**

*Philippe Le Fur, Nathalie Grandfils*

En France, les données sur l'observance sont peu nombreuses ; elles concernent en général des médicaments ou des pathologies spécifiques comme l'asthme, l'hypertension artérielle ou les médicaments psychotropes et sont la plupart du temps réalisées auprès de populations spécifiques. Les modalités habituellement utilisées pour évaluer l'observance sont diverses : suivi des prises par pilulier électronique, déclaration des oublis de prise sur une période donnée, suivi des acquisitions de médicaments, etc.

En France, à notre connaissance aucune étude en population générale n'a été réalisée et les acquisitions de médicaments n'ont jamais été étudiées.

L'objectif de notre recherche est donc de proposer une approche de l'observance par l'intermédiaire des remboursements de médicaments par l'Assurance maladie sur une longue période (un an). Ces données de remboursement, appariées avec les données de l'enquête SPS de l'IRDES réalisée sur les mêmes individus, permet de suivre les achats précis de médicaments sur une période d'un an tout en ayant en regard l'ensemble des caractéristiques socio-démographiques des personnes, leur état de santé ainsi que leur consommation pharmaceutique déclarée à la veille de l'enquête. Cette étude sera effectuée chez les individus traités pour des maladies chroniques (diabète, hypertension,

hypercholestérolémie) pour lesquels le traitement doit être pris en continu et de manière illimitée dans le temps.

L'idée est de calculer le nombre de médicaments achetés sur la période où on peut observer l'individu dans le fichier et de ramener ce nombre à un nombre théorique. Le rapport ainsi formé déterminera si la personne est ou non observante (on pourra considérer qu'en dessous de 80 %, ce taux correspondra à des personnes non observantes). Cette quantité théorique sera approchée dans un premier temps à travers les données de consommation de la veille reconnues dans l'enquête SPS.

Ce travail a été initié fin 2005 par l'intermédiaire d'un projet statistique avec des étudiants de 3ème année à l'ENSAI. Il constitue une étude de faisabilité pour une étude plus large de l'observance à partir de ces données.

## **7.2 Régulation du secteur du médicament**

### **7.2.1 Les politiques de prise en charge des médicaments en France, Allemagne et Angleterre**

*Luc Nguyen-Kim, Zeynep Or, Valérie Paris, Catherine Sermet*

Dans cette étude, nous avons analysé les processus de définition du contour des paniers de médicaments remboursables en France et dans deux pays voisins afin de décrire leurs conséquences sur le contenu même de ces paniers et d'estimer leur impact sur la consommation de ces médicaments. Nous avons comparé la France, qui utilise une liste positive pour définir le panier des médicaments pris en charge, avec l'Allemagne et l'Angleterre qui recourent à des listes négatives et restrictives pour définir les médicaments qui ne sont pas pris en charge.


La comparaison des médicaments pris en charge dans les trois pays étudiés suggère que la taille du panier pris en charge est indépendante de la nature négative ou positive de la liste utilisée. L'attendu selon lequel l'élaboration d'une liste positive, plus coûteuse en temps, pourrait conduire à un panier couvert plus restreint, n'est pas corroboré par les exemples que nous avons choisis. Il est toutefois difficile de faire un diagnostic global sur la liste positive utilisée en France, car les critères affichés ne sont pas toujours appliqués.


De plus, les exemples présentés dans cette étude révèlent que ce sont les comportements de prescription et non le nombre de produit pris en charge qui expliquent les écarts de dépenses entre les pays. Dans le cas des benzodiazépines et des vasodilatateurs et malgré un panier comparable, la France a une consommation deux fois plus élevée que l'Allemagne.

L'exemple des médicaments visant à améliorer la qualité de vie montre que les décisions de remboursement sont aussi liées aux valeurs et priorités nationales. Ainsi, l'orientation très marquée du NHS anglais en faveur de la santé publique et de la prévention le conduit à prendre en charge les médicaments traitant l'obésité et le sevrage tabagique, malgré sa réputation de pays « économe ».

Dans les deux autres pays, l'obésité et la consommation de tabac sont également reconnues comme des facteurs de risque majeurs et on peut faire l'hypothèse que si ces médicaments ne sont pas pris en charge, c'est par crainte de voir se développer une prescription inappropriée et trop coûteuse. C'est d'ailleurs cette hypothèse que nous avons retenue pour expliquer que l'Angleterre est le seul pays à prendre en charge tous les médicaments destinés au traitement des dysfonctionnements érectiles, dans des conditions très restrictives, alors que la France a choisi, avec ces mêmes restrictions, de ne prendre en charge qu'un produit dont la voie d'administration est relativement complexe (voie intracaverneuse) et que l'Allemagne a choisi de ne rembourser aucun produit. Si cette hypothèse est correcte, cela signifie que l'incapacité à inciter à une prescription rationnelle aurait un impact négatif sur le panier de médicaments couverts.

D'ailleurs, une comparaison des instruments de régulation utilisés dans les trois pays montre l'importance des dispositifs efficaces pour contrôler la demande (plutôt que l'offre), notamment des incitations financières à une prescription et à une consommation plus rationnelles. L'utilisation de budgets et/ou volumes de prescription individualisés, ainsi que les incitations financières directes adressées au médecin, telles qu'elles sont pratiquées en Allemagne ou en Angleterre semblent en effet avoir eu un impact significatif sur les prescriptions des médecins de ces pays.

 *Les politiques de prise en charge des médicaments en France en Allemagne et Angleterre*, Luc Nguyen-Kim, Zeynep Or, Valérie Paris, Catherine Sermet, rapport n°1617

 *Les politiques de prise en charge des médicaments en Allemagne, Angleterre et France*. Luc Nguyen-Kim, Zeynep Or, Valérie Paris, Catherine Sermet. Questions d'économie de la santé n° 99, série analyse, octobre 2005, 6 pages.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum99.pdf>

## 7.2.2 Déterminants du prix des médicaments en France

*Valérie Paris, Nathalie Grandfils*

En France, la loi prévoit que le prix d'une spécialité, négocié entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et le laboratoire producteur, est « principalement » fixé en fonction :

- de l'amélioration du service médical rendu par la spécialité (ASMR),
- du prix des spécialités déjà commercialisées dans sa classe thérapeutique, mentionnées comme médicaments comparateurs dans les fiches de transparence,
- des volumes de ventes prévus ou des conditions d'utilisation du médicament, notion développée également dans les fiches de transparence sous le terme de « population cible ».

Pour les médicaments les plus innovants (ayant obtenu un ASMR 1, 2 ou parfois 3), on prend également comme référence les prix de ces spécialités dans les pays voisins.

A plusieurs reprises, des observateurs ont souligné l'existence de niveaux de prix non compatibles avec cette logique. A première vue, ces cas semblent anecdotiques, mais aucune étude publique sur un grand nombre de produits n'a encore mesuré si ces « exceptions » étaient réellement anecdotiques ou si, au contraire, elles sont plus fréquentes et ont éventuellement un caractère systématique en fonction de certaines caractéristiques des entreprises (nationalité, nombre d'emplois en France, dépenses de recherches investies sur le territoire, ...).

L'étude porte sur l'ensemble des produits commercialisés pour lesquels il existe une fiche de transparence disponible sur le site de la commission de la transparence. L'étude couvrira donc la période comprise entre 2001 et 2004. A ces données s'ajoutent les données de transparence des années 1999 et 2000, saisies et commercialisées par une société privée.

Nous avons obtenu par ailleurs en 2005, l'accord du CNIS pour disposer de diverses enquêtes entreprises : enquête annuelle d'entreprise (EAE) du SESSI (Ministère de l'Industrie), enquête sur les liaisons financières (LIFI) de l'INSEE et enquête R&D<sup>48</sup> (Ministère de la Recherche).

Un premier travail a été réalisé en 2005 sur les années 1999 et 2000 et a donné lieu à la présentation d'un poster à l'International Health Economics Association (IHEA) en juillet 2005. Ce premier travail met en évidence le lien attendu entre le prix des produits, leur ASMR, le prix de leurs comparateurs. La taille de l'entreprise a été introduite dans cette toute première régression et semblerait montrer un lien positif entre taille de l'entreprise et niveau de prix obtenu. Les résultats de ce premier travail sont

---

<sup>48</sup> *Recherche et développement*



néanmoins à prendre avec précaution compte tenu du faible échantillon retenu pour l'analyse finale (188 produits).

La saisie et la codification des fiches de transparence des années 2001 à 2004 a été initiée mais ce travail, très long, ne se terminera qu'en 2006.

↳ Communication sous forme de poster au congrès de l'IHEA Barcelone juillet 2005, *The determinants of drug pricing in France: an econometric analysis*, Nathalie Grandfils, Stéphane Lhuillery, Valérie Paris, Lise Rochaix.

### **7.2.3 Stratégies de mise sur le marché des médicaments en Europe**

*Valérie Paris, Julie Langlois*

Le système européen d'enregistrement des médicaments, mis en place à partir de 1995, marque un tournant pour l'évaluation des médicaments à usage humain. En effet, que ce soit à travers la procédure décentralisée ou centralisée, les AMM<sup>49</sup> sont aujourd'hui européennes. Aussi, a-t-il semblé intéressant de dresser un bilan, dix années après la création des procédures d'autorisation de mise sur le marché européennes, des différents points de vue et des pratiques de la part des industriels et des autorités de régulation.

Le travail effectué s'appuie sur une revue de la littérature européenne, concernant les opinions et comportements divers face aux procédures (essentiellement France, Royaume-Uni et Allemagne), ainsi que sur une analyse de données de l'AFSSAPS, en s'attachant aux AMM ayant abouti à une commercialisation en France, de 2001 à 2004.

La mise en regard des éléments pratiques fournis par l'AFSSAPS et des éléments bibliographiques traitant des procédures européennes d'enregistrement des médicaments nous permet de constater que :

- la procédure centralisée semble effectivement prendre le pas sur la procédure de reconnaissance mutuelle et la procédure nationale ; dans les faits, la voie centralisée se substitue petit à petit à la voie décentralisée ; cette dernière aura donc permis une transition en douceur de l'échelon national à l'échelon communautaire ;
- paradoxalement, l'agence européenne du médicament ne se substitue pas aux agences nationales ; celles-ci endossent aujourd'hui des rôles nouveaux car leur terrain d'action s'est considérablement élargi et une compétition impliquant des enjeux inédits s'est instaurée entre elles ;
- des disparités entre agences existent et s'illustrent par une activité plus ou moins forte au niveau communautaire.

L'objectif des agences consiste donc désormais à utiliser l'émulation créée par cette compétition pour atteindre un niveau d'excellence dans leur évaluation.

Ce challenge consistera à faire la part des choses entre le respect de la réglementation communautaire de plus en plus rigoureuse et la réponse à la pression des laboratoires concernant leurs enjeux commerciaux. L'exemple des délais d'évaluation l'illustre bien : d'un côté une réduction des délais s'impose pour un accès plus rapide aux nouveaux traitements, mais de l'autre, la qualité des évaluations ne doit en aucun cas pâtir de ces délais raccourcis ...

☞ Ce travail a donné lieu à un mémoire de DESS effectué par Julie Langlois intitulé « *L'enregistrement des médicaments à usage humain : conséquences du passage à l'échelle européenne* ».

---

<sup>49</sup> *Autorisation de mise sur le marché*

## **7.3 Les filières de soins**

### **7.3.1 L'évaluation du médecin traitant**

*Yann Bourgueil, Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Philippe Le Fur, Julien Mousques, Marc Perronnin, Catherine Sermet*

La réforme de l'Assurance maladie d'août 2004, qui instaure le médecin traitant, le parcours de soins, les référentiels pour les ALD et le DMP, introduit des éléments nouveaux dans le système de santé. Ces éléments sont censés viser l'atteinte d'objectifs bien explicités (cf. texte de loi et argumentaire de la CNAMTS). Ils vont aussi avoir des effets plus ou moins prévus ou attendus.

Dans le but de participer à l'évaluation de cette réforme, l'IRDES a réuni un premier groupe de réflexion et émis des propositions présentées et débattues à son conseil scientifique de novembre 2005. A l'occasion des rencontres annuelles avec nos partenaires et financiers des trois grands régimes d'Assurance maladie pour discuter du programme de recherche de l'année 2006, un texte introductif de ces réflexions a été rédigé et remis aux participants de ces régimes et discuté avec eux. La discussion doit se poursuivre en 2006 et certains projets seront retenus pour être réalisés par l'IRDES.

 *Compte rendu du groupe Evaluation réforme du médecin traitant – le 11 janvier 2006.*

## 8. Travaux macroéconomiques et comparaisons de systèmes de santé

### 8.1 Travaux macroéconomiques

#### 8.1.1 Les dépenses de prévention en France : estimation à partir des comptes nationaux de la Santé de 2002

*Corinne Minc, Thomas Renaud, Emmanuelle Sarlon, Catherine Sermet*

En 2003, l'équipe de recherche de l'IRDES avait mené, en association avec la DREES, un premier travail d'estimation des dépenses de prévention à partir des comptes nationaux de la Santé. Ce travail reprenait la base méthodologique du prototype de comptes de la santé par pathologie en adoptant une approche descendante à partir des montants de la consommation de soins et biens médicaux et en identifiant des dépenses spécifiquement préventives parmi un ensemble de données issues des sources d'information médicalisées mobilisables (enquêtes, panels, données administratives, etc.). Dans cette première approche, les résultats montraient que la France avait consacré, pour l'année 1998, 9 milliards d'euros à la prévention, soit 7 % de la dépense courante de santé.

Néanmoins, cette approche comportait une série de limites techniques et conceptuelles que nous avons souhaité améliorer. C'est pourquoi ces travaux ont été poursuivis en 2004 et surtout en 2005, toujours en collaboration avec la DREES.

L'année 2004 a surtout donné lieu à une phase de réflexion approfondie sur les contours théoriques et usuels de la prévention et sur les manières d'améliorer la présentation des résultats de notre travail d'estimation, notamment en affinant le mode de classement des dépenses. Cela s'était essentiellement traduit par la constitution d'un groupe d'experts du domaine de la prévention qui a discuté et amendé les choix de classement de la prévention effectués par l'IRDES, d'un point de vue plutôt conceptuel. Les réunions de ce groupe ont permis d'adopter une nouvelle typologie des actions de prévention, à la fois plus signifiante que dans la première version de l'étude et plus opérationnelle que les classifications de prévention usuelles de l'OMS notamment.

Cette typologie est fondée sur différents critères de hiérarchisation : la nature et le type de population-cible de l'action préventive, le financement de l'action de prévention (dans le système de santé ou en dehors), l'appartenance à un programme spécifique de prévention ou de santé publique et la nature, individualisable ou non, des actions de prévention.

En 2005, nous avons cherché à mettre en application ces conclusions du groupe d'experts dans le cadre d'une nouvelle estimation des dépenses de prévention, basée sur les comptes de la santé de 2002. Cette nouvelle étude, qui a bénéficié d'un financement de la DREES, propose donc une typologie de la prévention enrichie et une méthode d'identification et de valorisation de la prévention améliorée, qui s'appuie notamment sur des sources de données actualisées voire sur de nouvelles données (systèmes d'information ou enquêtes) qui sont apparues dans le paysage.

✎ *Le rapport de travail final a été remis à la DREES. Les enseignements de ce travail seront publiés au cours de l'année 2006.*

#### 8.1.2 Comptes par pathologie, nouvelle version

*Thomas Renaud, dans le cadre d'une collaboration avec la DREES (Annie Fenina, Yves Geffroy, Corinne Minc)*

La construction de comptes de la santé par pathologie constitue un axe de travail récurrent de l'IRDES depuis 2000.

Une première version de comptes par pathologie (portant sur les données de l'année 1998) a été réalisée et publiée par l'IRDES en 2002, dans le cadre d'un financement de la DREES.

Depuis cette date, la collaboration entre la DREES et l'IRDES autour de ce projet s'est perpétuée et a donné lieu successivement à une réflexion sur la pertinence et les modalités de reconduction de ce travail, à une analyse des améliorations à apporter au prototype méthodologique à court et long termes, puis à un transfert du savoir et des supports techniques de l'IRDES vers la DREES en 2004. Ce transfert s'est réalisé pour répondre à la volonté de la DREES de pérenniser les Comptes par pathologie dans les années futures et, en premier lieu, de reproduire ce travail dès l'année 2005-2006.

Le projet d'une nouvelle version des comptes par pathologie (portant sur les données de l'année 2002) a donc été lancé, la DREES en assurant la responsabilité et l'essentiel de la production. Dans ce contexte, la collaboration DREES-IRDES s'est donc maintenue en 2005 où le rôle de l'IRDES a consisté à :

- assurer un suivi et une expertise méthodologique autour de la méthode qui avait été mise au point dans le prototype et qui a été très largement conservée dans cette nouvelle version ;
- produire certaines analyses et tableaux standardisés directement nécessaires à la répartition des dépenses par pathologie, à partir des sources de données disponibles à l'IRDES (ESPS, EPPM d'IMS-Health).

☞ *Ce travail a été mené tout au long de l'année 2005 et donnera lieu à une publication au cours du premier semestre 2006.*

### **8.1.3 Développement et comparaisons territoriales d'un "indicateur de sécurité humaine"**

*Georges Menahem (CNRS-CEPN et IRDES)*

Évaluation et comparaison d'un indicateur de sécurité économique intégrant les rôles de l'activité économique et des prestations « sociale » pour 14 pays de l'Union européenne et pour les USA. Décomposition des contributions à la sécurité selon les statuts de l'activité professionnelle (indépendant, salarié à durée indéterminée, contrat temporaire) et selon le caractère formel ou informel du travail.

- ☞ *Inégalités de sécurité Economique et aide à la famille dans l'Union Européenne, Georges Menahem, Veneta Cherilova, Recherche et prévisions, n°79, mars 2005, Paris, pages 83-98.*
- ☞ *Interventions dans le cadre de la Mission d'Études de la Précarité et de l'Exclusion Sociale (MIPES).*
- ☞ *Intervention au colloque EADI à Bonn « Inequalities in economic security and inequalities in institutional development in the countries of the Mediterranean basin », EADI Insecurity and development, Bonn, 21-24 September 2005.*
- ☞ *Conférence à la CRAM de Bourgogne Franche Comté « La contribution de la sécurité sociale à la sécurité économique », Conférence-débat pour l'anniversaire de la Sécurité sociale, Besançon, 29 novembre.*
- ☞ *Préparation de l'appel d'offre PICRI du Conseil Régional de l'Ile-de-France « Territorialisation d'un indicateur de sécurité économique et sociale en Ile-de-France » (un des 12 lauréats de l'appel d'offre). A réaliser de 2006 à 2008 avec le concours de thésardes.*
- ☞ *Direction du stage de Ramzi Hadji sur « Sécurité économique et sociale dans 14 pays européens ».*
- ☞ *Direction du stage d'Émilie Gazeux sur « Sécurité économique et santé dans les pays africains ».*

## 8.2 Comparaisons internationales


### 8.2.1 Projet Workhealth- phase II


*Karine Chevreul*

Le travail est un important déterminant de l'état de santé. Or, ce fait n'est que faiblement pris en compte dans les systèmes européens de veille sanitaire. L'objectif du projet européen Workhealth I fut de définir un groupe concis d'indicateurs opérationnels qui montrent de quelle manière le travail affecte la santé publique, et faciliter ainsi la mise en place au niveau européen de la veille sanitaire sur le lieu de travail. Des experts de 14 pays européens ont défini une liste de dix indicateurs pouvant refléter l'impact du travail sur la santé.

Une deuxième phase nommée « workhealth II » a démarré en 2005 pour une période de deux ans. Ses objectifs sont de permettre la réalisation d'un bilan de la santé au travail en Europe, à partir des indicateurs définis lors de la première phase, mais également en utilisant les données nationales disponibles. Des recommandations issues de ce constat devraient être élaborées et diffusées. Les deux réunions qui ont eu lieu ont permis de définir une méthode et un angle d'approche : le rapport du travail à la santé sera analysé selon les champs nosographiques. Le mode de définition et de communication de la méthode à adopter s'appuiera sur deux exemples : les maladies cardiovasculaires et la santé mentale.

Ce projet est financé par la Direction générale « Santé et protection des consommateurs » de la Commission européenne dans le cadre du programme de Santé publique et coordonné par la BKK Bundesverband (caisse maladie d'entreprises) en Allemagne.

 La première phase du projet a fait l'objet d'un rapport « *Santé et protection des consommateurs* » remis à la Direction générale de la Commission européenne et d'une publication en 2004 (Kreis J, Bodeker W, *Work-related health monitoring in Europe: synopsis of work-related indicator sets*, BKK

 Une lettre d'information résumant les principaux résultats de la première phase du projet est parue dans vingt langues différentes. ▶ <http://www.enwhp.org/news/workhealth.php?news=4>  
version française :

▶ [http://www.enwhp.org/download/memberdocs/1246\\_WORKHEALTH\\_factsheet\\_FR.pdf](http://www.enwhp.org/download/memberdocs/1246_WORKHEALTH_factsheet_FR.pdf)

### 8.2.2 Observatoire franco-québécois de la santé

*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**

Deux numéros ont été réalisés en 2005: *Immigration et intégration* et *Handicaps et personnes handicapées* (chez l'imprimeur, à paraître en mars 2006). Deux nouveaux numéros sont prévus en 2006 : *La santé au travail* et *Les actes du Forum franco-québécois sur « Vieillesse et santé »* de septembre 2005 (voir plus loin). La direction de la revue a (presque) réussi à tenir le rythme de la parution semestrielle, malgré l'absence prolongée en 2005 de sa secrétaire de rédaction. Par ailleurs, la convention avec son éditeur (les Publications du Québec) a été renouvelée fin 2005, grâce à laquelle le

comité de rédaction compte sur une meilleure diffusion-promotion de la revue dans l'avenir au Québec.

### **Autres publications**

En 2005 a été également réalisé, sous la houlette de l'Observatoire, un ouvrage sur l'aide informelle aux personnes âgées, par une équipe mixte des universités de Toulouse et Montréal, intitulé : *Prendre soin d'un proche âgé. Les enseignements du Québec et de la France* (paru aux éditions ERES en mai).

### **Eco-Santé Québec**

Eco-Santé Québec, qui est un modèle de ce que les responsables du ministère des Affaires étrangères appellent « transfert de compétence », a vu la sortie de sa quatrième édition. De plus une version web grand public, gratuite, a été mise au point en 2005.

### **Les échanges d'experts**

Après l'expérience fructueuse du stage d'une attachée de l'INSEE à Santé Québec, qui a débouché sur un article original et de qualité dans le numéro de **3S** sur *Vieillesse et santé*, une chercheuse de Santé Québec a passé trois mois au printemps auprès de Jean-Louis Lanoë (à l'INSEE), pour une exploitation comparative de l'enquête santé avec ses *alter ego* québécois et canadiens sur le thème de l'obésité. Son travail fera l'objet prochainement d'une publication dans une revue épidémiologique. Nous espérons une publication simultanée au Québec et en France et pensons, notamment, au Bulletin épidémiologique du ministère.

## **8.2.3 Impact de la décentralisation des systèmes de santé sur leurs performances**

*Zeynep Or, Dominique Polton*

La question de la décentralisation des systèmes de santé est en débat dans beaucoup de pays et d'importantes réformes ont été conduites dans ce domaine au cours des 15 dernières années.

Un premier travail publié en 2003<sup>50</sup> a dressé un panorama des différents modèles de décentralisation et formulé quelques réflexions à partir de l'analyse des évolutions récentes dans un certain nombre de pays ainsi que des études empiriques disponibles sur l'impact de la décentralisation sur les performances en termes d'efficience, de maîtrise des coûts et d'équité des systèmes de santé.

Ce travail a été repris et approfondi, à la fois sur le plan des cadres théoriques d'analyse de la décentralisation et sur celui de la revue de littérature sur l'impact des processus de décentralisation sur les résultats des systèmes. Il a fait l'objet d'un article dans la Revue française des Affaires sociales en 2004.

En 2005, l'analyse de l'impact du degré de décentralisation sur les résultats des systèmes de santé a été poursuivie, sur la base non plus d'une revue de la littérature, mais d'une analyse statistique de données collectées auprès d'un échantillon de pays. Dans un premier temps, afin de quantifier la décentralisation dans le domaine de la santé sur la performance des systèmes de soins, nous avons développé un nouvel indice qui mesure le niveau de la décentralisation dans différents pays en tenant compte à la fois le processus de la décentralisation et de la structure du système de soins. Notre analyse de la décentralisation est dérivée de l'expérience de 12 pays : l'Australie, l'Autriche, le Canada, le Danemark, la France, l'Allemagne, l'Italie, les Pays Bas, l'Espagne, la Suède, la Suisse et le

---

<sup>50</sup> *Décentralisation des systèmes de santé. Quelques réflexions à partir d'expériences étrangères.* Dominique Polton. *Questions d'économie de la santé* n°72, série analyse, Octobre.

► <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum72.pdf>

Royaume-Uni. Ces pays ont différents modes de financement et d'organisation dans leurs systèmes de santé et ont éprouvé des formes et des niveaux tout à fait différents de la décentralisation.

Nous proposons alors une mesure du degré de décentralisation, avec la construction de deux index différents selon la définition conceptuelle de la décentralisation. Cette méthodologie est appliquée à douze pays afin de calculer leurs points de décentralisation.

Ce travail cherche ensuite à établir le rapport entre les niveaux (les indices) de décentralisation et les variations transnationales et régionales d'une série d'indicateurs de résultats de santé et de ressources médicales. En 2006, l'analyse empirique de l'impact de la décentralisation sur l'état de santé sera poursuivie ayant comme but de fournir des estimations de la relation entre décentralisation, inégalités territoriales de l'offre de soins et état de santé, à partir d'un modèle multivarié.

- ✎ Cette recherche a fait l'objet d'une présentation au Congrès mondial des économistes de la santé (International Health Economist Association), à Barcelone en juillet 2005 et à Londres lors des rencontres des économistes anglais et français, en janvier 2006 : *Is decentralisation good for your health? Evidence from industrialised countries.*

#### **8.2.4 Collaboration Bertelsmann : Health Policy Monitor**

*Julien Mousques, Zeynep Or*

La Fondation Bertelsmann a un réseau international ayant pour but de suivre les réformes dans le domaine de la santé, dans une vingtaine de pays industrialisés. Des chercheurs de l'IRDES fournissent cinq fiches de synthèse sur les réformes du système de santé, une fois par semestre.

📄 Valorisation d'avril 2005 :

- ⇒ Sickness Funds reform: 2005 physician agreement (Dominique Polton, Julien Mousquès)
- ⇒ Public Health Act passing and implementation (Valérie Paris)
- ⇒ Hospital payment reform (Zeynep Or)
- ⇒ Evaluation of professionals' practice (Karine Chevreul)
- ⇒ Common Classification of Medical Procedures (Julien Mousquès)

📄 Valorisation d'octobre 2005 :

- ⇒ New legal agreements for ambulatory medicine sales by hospitals (*retrocession*), (Nathalie Grandfils) <http://www.healthpolicymonitor.org/result.pdf>
- ⇒ Implementation of reference prices (TFR) and their impact on the generics use (Nathalie Grandfils)
- ⇒ Observation and monitoring of Health Professions (Yann Bourgueil)
- ⇒ New solidarity fund for autonomy (Thierry Debrand, Zeynep Or)
- ⇒ Implementation of a new mental health plan (Julien Mousquès)

Début de la collaboration : 2003

Fin de la collaboration : renouvelée en 2005 jusqu'à fin 2006.

Cette collaboration fait l'objet d'un financement de la part de la fondation Bertelsmann.

Toutes ces fiches sont en ligne sur le site de la Fondation Bertelsmann ▶

[http://www.healthpolicymonitor.org/en/Policy\\_Survey/Search\\_for\\_Policy\\_Reforms/Search\\_Results.html?issue=0&showDetails=false&content\\_id=251&whichSearch=searchHomepage&single\\_country:184=184&search.x=44&sortBy=sortCountry&sortOrder=sortDesc&language=en&search.y=3](http://www.healthpolicymonitor.org/en/Policy_Survey/Search_for_Policy_Reforms/Search_Results.html?issue=0&showDetails=false&content_id=251&whichSearch=searchHomepage&single_country:184=184&search.x=44&sortBy=sortCountry&sortOrder=sortDesc&language=en&search.y=3)

## 8.2.5 Niveau de couverture et coûts des biens et services médicaux en Europe - projet européen BASKET

Zeynep or, Martine Bellanger et Laurent Tardif (ENSP)

L'objectif de cette étude est de développer une méthodologie pour comparer les coûts des biens et services médicaux individuels dans différents Etats-membres de l'Union européenne et pour les candidats à l'accession. Il consiste à :

- analyser comment les différents pays définissent les prestations couvertes : description du panier et du processus de décision,
- passer en revue les méthodes utilisées pour évaluer les coûts et les prix des services individuels dans les différents pays,
- identifier les meilleures pratiques pour l'analyse des coûts au niveau micro-économique dans une perspective de comparaison internationale,
- évaluer les coûts pour une sélection de services ambulatoires et hospitaliers et effectuer des comparaisons entre pays.

L'étude porte sur des systèmes de santé ayant des caractéristiques différentes : systèmes nationaux et systèmes d'assurance sociale, systèmes décentralisés ou non. Les pays inclus sont les suivants : Allemagne, Danemark, Espagne, France, Hongrie, Italie, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni.

L'étude contient deux parties monographiques, conduites pour chaque pays par des experts nationaux, selon un plan défini en commun par les participants. Cette première étape, suivie par Valérie Paris à l'IRDES, permettant d'éclairer et de comparer les processus et la définition des services couverts, ainsi que l'étendue de cette couverture, a été finalisée en 2005 et a donné lieu à une publication dans *European Journal of Health Economics*.

☞ *The "Health Benefit Basket" in France*, M. Bellanger, V. Cherilova, V. Paris. *The European Journal of Health Economics*, Supplement, November 2005.

▶ <http://www.ehma.org/fileupload/File/Projects/Article 4 France.pdf>

La deuxième étape, consiste à établir une méthodologie d'évaluation des coûts afin que les pays recueillent les coûts et les prix associés à une liste définie de biens et services. Cette liste comportera des actes ou épisodes de soins de différentes natures (actes diagnostiques, chirurgicaux, prothèses dentaires), effectués dans divers contextes (ambulatoire, hospitalier interne ou externe) et s'adressant à des publics différents (enfants, adultes, personnes âgées). La liste définitive a été établie en octobre 2005 : pose de prothèse de hanche, opération de la cataracte, angioplastie, appendicite, prise en charge d'un AVC, accouchement, coloscopie, prise en charge de toux chez l'enfant, prothèse dentaire, rééducation fonctionnelle après fracture. Les résultats préliminaires seront présentés en septembre 2006, avec une perspective de publication dans un journal économique fin 2006 ou début 2007. Ce projet, financé par la Communauté européenne, se terminera en février 2007.



## 9. Réponses aux appels d'offre

### ➤ Projets retenus

#### 1. Appel d'offre lancé en 2005 par Eurostat. Développement d'outils pour le recueil de données sur le système de santé

*Jacques Harrouin, Zeynep Or.*

Dans le cadre d'un appel d'offre lancé en 2005 par Eurostat, l'IRDES participe à un projet européen, Development of tools for data collection and health care statistics, visant à développer des outils pour la collecte de données et d'informations relatives aux dépenses de santé. L'objectif principal de ce projet est d'améliorer le caractère exhaustif et la comparabilité des statistiques entre les 25 pays membres de l'Union Européenne, à partir de systèmes de comptes de la santé (SCS) développés conjointement par l'OCDE et Eurostat. L'IRDES et Basys (Allemagne) co-organisent ce projet auquel participent de nombreux experts des différents pays membres. Ce projet a démarré officiellement en janvier 2006, et va durer 18 mois. Une version préliminaire du logiciel (logical data model) sera présentée à Eurostat fin 2006.

#### 2. Appel à projets de recherche DREES-MIRE, INSERM, DGS, INVS, INCA, CANAM sur les inégalités Sociales de Santé :

2.1 La santé des adultes selon leur origine sociale : transmission intergénérationnelle des inégalités sociales de santé. Cf. p. 44

*Laurence Bouvard (IDEP), Florence Jusot, Lise Rochaix, Alain Trannoy (IDEP), Sandy Tubeuf.*

2.2 Construction d'une enquête pilote « L'interaction entre médecins et malades productrice d'inégalités sociales de santé ? Le cas de l'obésité. ». Cf. p. 50.

*Paul Dourgnon, Florence Jusot.*

2.3 Hétérogénéité sociale de mesure de l'état de santé et mesure des inégalités de santé. Cf. p. 33.

*Thierry Debrand, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Myriam Khat (INED), Carine Milcent (PSE) Catherine Sermet, Sandy Tubeuf.*

#### 3. Appel d'offre INPES : Problèmes d'alcool en France et Inégalités sociales de santé à travers les enquêtes santé en population générale. Mesures de prévalence des problèmes d'alcool à travers les enquêtes en population générale. Cf. p. 14

*Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Pascale Lengagne.*

#### 4. Appel du ministère de la Santé et des Solidarités, DHOS : Etudes de coût de l'hospitalisation à domicile en comparaison des coûts de soins de suite ou de réadaptation. Coût de création d'une place d'HAD versus un lit de SSR pour des soins de réhabilitation et d'accompagnement notamment chez les personnes âgées. Cf. p. 68.

*Anissa Afrite, Laure Com-Ruelle, Zeynep Or, Thomas Renaud.*

#### 5. Appel à projet de recherche DREES, MIRE, DARES, « Les dimensions de l'identité : analyse de la base de données Histoire de vie construction des identités de l'INSEE ». Discrimination liée à la santé sur le marché du travail. Cf. p. 39.

*Philippe Abecassis (EconomiX, Université Paris X), Philippe Batifoulier (EconomiX, Université Paris X), Isabelle Bilon (EconomiX, Université Paris X), Florence Jusot (IRDES).*

#### 6. Préparation de l'appel d'offre PICRI du Conseil Régional de l'Ile-de-France « Territorialisation d'un indicateur de sécurité économique et sociale en Ile-de-France ». Développement et comparaisons territoriales d'un « indicateur de sécurité humaine ». Cf. p.78.

*Georges Menahem (CNRS-CEPN et IRDES).*

#### 7. Appel d'offre du Fonds CMU : Dépenses constatées de CMU complémentaire qu'elles soient réalisées en OC ou en CPAM. Variabilité des dépenses en part complémentaire des bénéficiaires de la CMU. Cf. p. 25.

*Carine Franc, Marc Perronnin, Aurélie Pierre, Dominique Polton,*

➤ Projets non retenus

**1. Projet d'enquête Européenne Jeunes et Alcool**

*Laure Com-Ruelle, en collaboration avec l'Institut de recherche sur les boissons (IREB) (Nicole Leymarie) et l'INSERM (Marie Choquet)*

En 2005, l'IRDES a contribué avec l'IREB et l'INSERM, la France étant le pays leader du projet, à la réponse à un appel d'offre européen de la DG SANCO<sup>51</sup> dans sa rubrique « *Health determinants : Supporting key Community strategies on addictive substances, Alcohol* » par la proposition d'une enquête auprès des jeunes européens et intitulée « *Attitudes and behaviour of young people towards psychoactive products in five European countries : Finland, France, Italy, Poland and United Kingdom (2FPUKI survey)* ». L'objectif principal de l'étude est d'améliorer les connaissances en termes de modèles de consommation d'alcool et autres substances psychoactives au sein de jeunes européens âgés de 13 à 24 ans en population générale (scolarisés ou non). Les pays sont choisis pour leurs différences de culture, de climat, de comportements de consommation d'alcool, d'habitude et de modèles. La recherche vise les jeunes âgés de 13 à 24 ans afin de prendre en compte l'adolescence qui est la période d'initiation et la post adolescence.

L'effort d'obtention de l'adhésion des cinq pays et de constitution du dossier de réponse représente un lourd investissement qui n'a pas porté ses fruits cette fois aux motifs suivants : « couverture géographique insuffisante, coût du projet relativement élevé ». L'expérience d'un tel type de réponse démontre la lourdeur du travail engagé mais renforce aussi l'intérêt d'y participer.

**2. Les évènements indésirables dans les systèmes de santé**

*Karine Chevreul, Laure Com-Ruelle, Zeynep Or, Marc Perronnin*

L'IRDES a aussi répondu en 2005 à un appel d'offre lancé par la MIRE sur les évènements indésirables dans les systèmes de santé en proposant un travail de « Comparaisons internationales sur les événements indésirables dans les systèmes de santé : Ampleur, Gestion et Conséquences », sujet non retenu.

**3. Santé et offre de travail des seniors : l'importance des contextes**

*Thomas Barnay, Didier Blanchet (INSEE), Thierry Debrand, et Pascale Lengagne*

Réponse à l'appel d'offre de l'Agence Nationale de la Recherche (ANR), non retenu (cf. p. 31).

---

<sup>51</sup> Direction générale Santé et Protection des Consommateurs

## **Documentation / Diffusion**

---



## 1. Documentation

*Suzanne Chriqui, Agnès Grandin, Damien Letorrec, Marie-Odile Safon*

La documentation de l'IRDES assure à la fois les recherches documentaires en interne et l'information du public externe (réponses téléphoniques, par mails, et accueil du public trois demi-journées par semaine). La demande d'information a pris une importance croissante dans les 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 le CD-Rom Econlit (350 bases en santé, sciences sociales et sciences économiques).

Les recherches ont porté principalement sur les sujets suivants : la consommation d'antidépresseurs, la fixation des prix des médicaments en Europe, les dispositifs de cessation d'activité pour raisons de santé, les délais d'attente auprès des médecins spécialistes, les déterminants de la consommation d'alcool, les enquêtes santé en Europe, l'évaluation des dispositifs de prévention en soins dentaires, le vieillissement et dépenses de santé, l'innovation et l'observance thérapeutique ...

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.

Le service documentation continue aussi à mettre **à la disposition du public** son important **fonds documentaire pluridisciplinaire**, ainsi que sa **base bibliographique** de 39 600 références régulièrement mise à jour. Cette dernière s'est enrichie, depuis 1997, de plus de 3 000 articles issus de recherches sur les bases de données internationales, portant sur les domaines de recherche de l'IRDES.

Les consultations externes sont devenues payantes, depuis juillet 1999, pour les professionnels.

Ce passage à des prestations payantes a permis à notre organisme d'acquérir les photocopies d'articles sélectionnés sur les bases internationales, et de restreindre l'accès à la documentation trop sollicitée à l'époque.

### I - Fonds documentaire

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

- 792 ouvrages nouveaux, ce qui porte le volume actuel du fonds à 10 026 ouvrages.

Les 3/4 sont obtenus gratuitement : 28 en service de presse, 584 par échange ou 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 triplé en 3 ans : **394 documents ont été téléchargés** cette année, contre 116 en 2002. La nécessité d'imprimer et de relier ces

documents téléchargeables alourdit la gestion du centre, car une version papier est systématiquement conservée à la doc, pour l'instant.

Une réflexion à ce sujet sera nécessaire très prochainement, car des problèmes de stockage pointent à l'horizon.

Par ailleurs, le nouveau logiciel documentaire Cindoc permet **l'archivage électronique** des documents dans la base documentaire, en lien avec les notices bibliographiques.

- 361 collections de périodiques (75 abonnements payants ; 286 reçus gratuitement ou par échange).

Le service essaie d'obtenir le maximum de revues par échange avec les produits documentaires de l'IRDES (Questions d'économie pour la santé, Quoi de neuf, Doc ?, rapports de recherche).

30 % de ces revues sont en langues étrangères, principalement anglo-saxonne ; 40 % concernent le domaine statistique (INSEE, CNAMTS, DREES, CERC, 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.

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 **56 listes de diffusion** sur Internet : 41 françaises, 15 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 par pour autant la gestion d'ensemble des flux documentaires.

2. La **banque de données documentaire RAMIS** répertoriant les documents les plus récents (d'après 1991) comprend 29 600. La **base ARCHIVE** recensant les documents d'avant 1991 en comprend 9 159.

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 BDSP 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 aussi été prévu entre les producteurs pour 2005.

Il ne sera vraiment opérationnel qu'en 2006.

L'IRDES est un membre très actif du réseau et se trouve en 3<sup>e</sup> position pour l'envoi de notices bibliographiques après deux grandes institutions : l'INIST et l'ENSP. Il est en première position pour la fourniture de littérature grise et de documents en texte intégral.

### Ouvrages

Année	Achat	Echange - Gratuit	Service de presse	Total
1994	79	198	119	354
1995	107	296	165	568
1996	125	112	102	339
1997	33	150	48	231
1998	84	255	46	385
1999	114	296	31	441
2000	101	309	61	471
2001	135	424	90	649
2002	111	352, dont 166 télédéchargés	36	499
2003	166	327, dont 216 télédéchargés	39	522
2004	144	546, dont 311 téléchargés	23	713
<b>2005</b>	<b>180</b>	<b>584, dont 394 téléchargés</b>	<b>28</b>	<b>792</b>

### Collections de périodiques

Année	Achat	Echange et Gratuit	Total
1995	67	205	272
1996	64	210	274
1997	64	211	275
1998	62	220	282
1999	60	226	286
2000	64	222	286
2001	53	267	310
2002	53	271	324
2003	53	271	324
2004	75	242, dont 27 téléchargés	317
<b>2005</b>	<b>75</b>	<b>286, dont 40 téléchargés</b>	<b>361</b>

## 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 demeurées stables, cette année. 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. Le concours des stagiaires-chercheurs est très appréciable.
- La **demande externe** est moins importante qu'auparavant. 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 (bibliographies, sources d'information, carnets d'adresses, documents et données statistiques en ligne), le changement de nom, et plus récemment, la baisse des publications IRDES et leur mise en ligne sur le site.

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.

#### Répartition de la Recherche documentaire

Année	Interne	Externe				Total
		Courrier	Fax – e-mail	Téléphone	Visite	
1993	219	317	nd	246	267	1 049
1994	238	357	nd	283	300	1 178
1995	242	463	nd	449	324	1 478
1996	221	373	nd	420	347	1 361
1997	126	320	nd	250	308	1 004
1998	328	256	174	640	416	1 814
1999	335	193	127	719	306	1 652
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
<b>2005</b>	<b>301</b>	<b>7</b>	<b>189</b>	<b>185</b>	<b>55</b>	<b>737</b>

Total : 737 recherches, dont 436 en externe.

Petite chronologie sur la recherche externe, qui explique les baisses successives 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



### Répartition des prestations payantes

Types de forfait	Nombre 2004	Recettes (Euros) 2004	Nombre 2005	Recettes (Euros) 2005
2000 (photocopies)	6 898	860	719	143,8
2000 bis (photocopies étudiants)	0	0	2 530	253
Total photocopie		860	3 249	396,8
5100 (forfait recherche biblio par courrier)	0	0	0	0
5101 (forfait étudiant)	0	0	0	0
5102 (référence biblio)	0	0	0	0
5109 (forfait organisme à but non lucratif)	4	30	1	8
5110 (forfait organisme à but lucratif)	6	90	6	90
5111 (listing de références biblio emporté)	4	24	1	6
5112 (consultation documents archivés)	0	0	0	0
5113 (consultation fonds doc pour professionnels)	2	6	0	0
5200 (forfait pour une sortie de tableaux Eco-Santé)	0	0	0	0
5201 (chiffre tiré d'Eco-santé)	0	0	0	0
5300 (tarif fixé pour les 10 premières pages photocopées)	11	92	0	0
5301 (pages suivantes : lot de 10 pages)	4	17	0	0
5302 (documents photocopiés)	0	0	0	0
5303 (Forfait copie d'un document)	0	0	2	18
Total consultation		259		122
<b>Total</b>		<b>1 119</b>		<b>518,80</b>

(\*) photocopies, que nous réalisons à la demande de l'INIST, pour les personnes qui interrogent la BDSF, à laquelle nous participons.

#### 2. Produits documentaires :

Pour assurer une veille documentaire, le service réalise les produits documentaires suivants :

- **Le Panorama de presse** thématique : issu du dépouillement de 4 quotidiens (Le Monde, le Quotidien du Médecin, le Généraliste, Panorama du médecin) et de 4 hebdomadaires (Concours Médical, Espace Social Européen, Impact Médecin, Revue du praticien), il présente l'actualité hebdomadaire en 9 thèmes : politique de santé, protection sociale, morbidité, consommation médicale, médecine libérale, etc.

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,...) permet de compléter ce suivi de l'actualité.

- **La revue des sommaires** : ce produit permet la diffusion, toutes les trois semaines, des sommaires de la plupart des périodiques reçus au centre de documentation. La circulation de certains titres de revues essentiels en santé a repris, en septembre 2000, auprès d'un groupe de chercheurs préférant cette formule à la revue des sommaires.
- **"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).

- **Rubrique « Lu pour vous » sur le web de l'IRDES** : mise à jour tous les deux mois, elle présente une analyse des documents reçus au service documentation selon une présentation thématique.
  - **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 ».
- Une réflexion sur des modes d'interrogation plus aisés, ainsi qu'un reclassement thématique est en cours. Le nettoyage des url a été réalisé.
- 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, l'économie de la santé...
  - **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. La version anglaise sera bientôt sur le site.
  - **Répertoire des usuels en santé** : une mise à jour a été réalisée en 2005.
  - **Portails de revues en ligne** : une étude comparative des principaux portails de revues a été réalisée en septembre 2004 (JSTOR, Sciencedirect, portails d'Ebsco).
  - 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 : santé).

### 3. 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.

Il avait été prévu de tester au cours du printemps 2005 le module web de CINDOC, qui permettrait aux chercheurs d'interroger, de leur poste, la base documentaire interne via l'intranet de l'IRDES. L'idée devra être concrétisée en 2006.

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 à barres, et l'enregistrement des prêts réalisé directement par les chercheurs s'effectue par lecture optique des codes à 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 de 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 à différentes formations de l'ADBS (Association des Professionnels de l'Information) : les sources en droit, veille juridique sur Internet, organisation d'un système de veille.

## 2. Diffusion et valorisation de la recherche

### ➤ Présentation des différents supports d'information et publications

L'IRDES dispose de plusieurs vecteurs pour informer et publier. Pour diffuser largement, il utilise principalement deux outils :

- ⇒ la **lettre d'information générale** (appelée **lettre info**) qui est diffusée tous les premiers mardi de chaque mois à près de 6 500 correspondants,
- ⇒ le **bulletin d'information « Questions d'économie de la santé »** qui a pour vocation de présenter de façon synthétique et pédagogique les principaux résultats des études et recherches de l'IRDES. Ce bulletin est accessible gratuitement sur le site de l'IRDES ou disponible en format papier sur abonnement.

Pour une diffusion plus ciblée et une information plus scientifique, les chercheurs de l'IRDES rendent compte de leurs travaux dans :

- ⇒ des **rapports** complets présentant l'intégralité des résultats de leurs études et les méthodes utilisées. Ces rapports sont édités par l'IRDES ou par d'autres, dans le cas de collaborations... ;
- ⇒ des **articles** publiés dans des revues scientifiques, institutionnelles ou professionnelles ;
- ⇒ des **communications** lors de colloques ou séminaires...

D'autres supports sont mis en ligne sur le site :

- ⇒ des **documents de travail** présentant des études en cours,
- ⇒ des **supports d'interventions**,
- ⇒ les **thèses et mémoires** réalisés par des étudiants encadrés par des chercheurs de l'IRDES...

Depuis 2002, l'IRDES privilégie les publications d'articles dans des revues extérieures (scientifiques, institutionnelles ou professionnelles) et les publications électroniques mises en ligne gratuitement sur le site de l'IRDES (Questions d'économie de la santé, working papers, supports d'intervention à des colloques ou à des cours...).

### ➤ Faits marquants en 2005 (cf. tableau ci-après)

- un nombre important d'articles publiés dans des revues extérieures (21 articles en 2005 ; 29 en 2004, 13 en 2003, 14 en 2002) ; comparativement à 2004, on constate une baisse du nombre d'articles scientifiques parus dans des revues à comité de lecture, 2004 ayant été une année exceptionnelle avec 15 articles parus dans ce type de revue à haut degré d'exigence.
- le maintien d'un nombre soutenu de parution du bulletin « Questions d'économie de la santé », malgré une légère baisse (13 en 2005, 13 en 2004, 16 en 2003) ;
- la baisse confirmée du nombre de rapports papier publiés par l'IRDES, tendance déjà observée l'année précédente (4 en 2004, 3 en 2005).

Evolution du nombre de publications par nature depuis 2001										
Année	Publications internes				Publications externes					Total
					Revue Scientifiques		Revue institutionnelles ou professionnelles	Autres		
	Rapports IRDES	QES*	Documents de travail	Thèses ou mémoires	Articles à comité de lecture	Articles à comité de rédaction	Articles sans comité de lecture	Rapports ou Chapitres	Communications	
2005	3	13	1		8	8	6	3	4	46
2004	4	13	5	2	15	7	7	11	8	72
2003	5	16	1	1	4	5	4	6	7	49
2002	9	16	2	0	8	3	3	9	4	54
2001	10	12	0	3	5	5	7	7	4	53

\* *Questions d'économie de la santé*

➤ **Liste des différents supports d'information et publications publiés ou en ligne sur <http://www.irdes.fr>**

• **La lettre information mensuelle envoyée gratuitement par e-mail**

Lancée en novembre 2000, 11 lettres infos ont été envoyées en 2005 à près de 6 500 correspondants (voir plus loin évolution de la diffusion). Rappelons que l'objectif de cette lettre mensuelle est d'informer sur l'actualité du domaine de l'économie de la santé (à l'IRDES et ailleurs). Chaque mois, la lettre comprend les rubriques suivantes : Actualités IRDES (publications, nouveau sur le site), Vu sur d'autres sites (sélection thématique de publications).

• **Questions d'économie de la santé**

« Questions d'économie de la santé » existe depuis 1998. Il présente, sous forme de 4 à 12 pages, les principaux résultats d'analyses ou de recherche réalisés par les chercheurs de l'IRDES. 4 séries sont proposées :

- la série « résultats » qui est destinée à la présentation des principaux résultats d'enquête (série verte) ;
- la série « analyse » qui propose des réponses à certaines problématiques d'actualité (série bleue) ;
- la série « synthèse » qui propose une synthèse thématique de plusieurs études publiées par l'IRDES ou ailleurs. On trouve dans cette série notamment les revues de la littérature (série rouge) ;
- la série « méthode », série créée fin 2002 et qui présente les outils et les méthodes utilisés par l'IRDES pour ses analyses (série vert foncé).

En 2005, treize numéros de « Questions d'économie de la santé » ont été publiés et diffusés (voir bibliographie ci-après). Parmi eux :

Trois numéros sont parus dans la série « Résultats » :

*Questions d'économie de la santé n° 103, décembre 2005*

Aspiration à la retraite, santé et satisfaction au travail : une comparaison européenne. Didier Blanchet, Thierry Debrand, 4 pages.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum103.pdf>

Cette analyse a fait l'objet d'une publication simultanée dans INSEE Première, n° 1052

▶ [http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/IP1052.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP1052.pdf)

Elle correspond à une synthèse d'une partie du rapport de clôture de l'enquête Share (enquête européenne auprès des plus de 50 ans) (biblio n° 1615) publié par l'IRDES en octobre 2005.

*Questions d'économie de la santé n° 102, décembre 2005*

La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail. Fabienne Midy, Sophie Condinguy, Marie-Laure Delamaire, 4 pages.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum102.pdf>

*Questions d'économie de la santé n° 94, mai 2005*

Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. Exploitation de l'enquête Santé et Protection sociale 2000, Sylvie Azogui-Lévy, Thierry Rochereau, 8 pages.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum94.pdf>

Cinq numéros dans la série « Analyses » :

*Questions d'économie de la santé n° 101, décembre 2005*

La profession de sage-femme : bilan démographique et méthodes d'estimation des besoins. Fabienne Midy, Renaud Legal, Dominique Polton, Françoise Tisserand, 4 pages.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum101.pdf>

*Questions d'économie de la santé n° 100, novembre 2005*

Impact des niveaux de garantie des complémentaires santé sur les consommations de soins peu remboursées par l'Assurance maladie : le cas des lunettes et des prothèses dentaires. Pascale Lengagne, Marc Perronnin, 6 pages.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum100.pdf>

*Questions d'économie de la santé n° 99, octobre 2005*

Les politiques de prise en charge des médicaments en Allemagne, Angleterre et France. Luc N'Guyen, Zenep Or, Valérie Paris, Catherine Sermet, 6 pages.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum99.pdf>

Ce numéro est une synthèse du rapport de recherche (biblio n° 1617) publié par l'IRDES en novembre 2005

*Questions d'économie de la santé n° 98, septembre 2005*

Le coût du cancer du côlon en Ile-de-France. Laure Com-Ruelle, Véronique Lucas-Gabrielli, Thomas Renaud, 8 pages.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum98.pdf>

*Questions d'économie de la santé n° 95, juin 2005*

La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec. Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousquès, 12 pages.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum95.pdf>

A également fait l'objet d'une publication simultanée dans Études et Résultats à la DREES :

▶ <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude- resultat/er406/er406.pdf>.

Trois numéros dans la série « Méthode » :

*Questions d'économie de la santé n° 104, décembre 2005*

Influence du contexte de résidence sur les comportements de recours aux soins. Basile Chaix, Pierre Chauvin, 6 pages.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum104.pdf>

*Questions d'économie de la santé n° 97, août 2005*

Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale. Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Eugénie Latil, Pascal Lengagne, 8 pages.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum97.pdf>

*Questions d'économie de la santé n° 96, juin 2005*

Les mesures de la santé et de l'activité sont-elles comparables dans les enquêtes européennes ? Thomas Barnay, Florence Jusot, Thierry Rochereau, Catherine Sermet, 8 pages.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum96.pdf>

Deux numéros dans la série « Synthèse » :

*Questions d'économie de la santé n° 93, février 2005*

Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie : quelques expériences européennes. Agnès Couffinhal, Paul Dourgnon, Pierre-Yves Geoffard, Michel Grignon, Florence Jusot, John Lavis, Florence Naudin, Dominique Polton, 8 pages.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum93.pdf>

*Questions d'économie de la santé n° 92, février 2005*

Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé. Agnès Couffinhal, Paul Dourgnon, Pierre-Yves Geoffard, Michel Grignon, Florence Jusot, John Lavis, Florence Naudin, Dominique Polton, 6 pages.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum92.pdf>

- **Rapports publiés et diffusés par l'IRDES**

L'IRDES est éditeur et publie ses rapports de recherche. Ces rapports sont diffusés sous format papier, gratuitement à nos financeurs et principaux partenaires ou de façon payante (par abonnement ou au numéro). Depuis fin 2003, les rapports publiés depuis plus de deux ans sont en ligne gratuitement sur le site.

Rapports publiés en 2005 :

1617 Les politiques de prise en charge des médicaments en France, Allemagne et Angleterre. Nguyen-Kim L., Or Z., Paris V., Sermet C. IRDES, 2005/11. 54 pages.

A fait l'objet d'une synthèse dans Questions d'économie de la santé n° 99

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum99.pdf>

1615 Enquête SHARE 2004 – Rapport de clôture. Blanchet D., Debrand T., Dourgnon P., Pollet P., IRDES, 2005/10. 69 pages.

A fait l'objet d'une synthèse dans Questions d'économie de la santé n° 103

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum103.pdf>

1610 Le développement des services de soins hospitaliers à domicile – Expériences australienne, canadienne et britannique. Chevreul K., Com-Ruelle L., Midy F., Paris V., IRDES, 2005/11. 130 pages.

Avait fait l'objet d'une publication dans Questions d'économie de la santé fin 2004

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum91.pdf>

- Documents de travail en ligne sur Internet

Comparability of health surveys in Europe. (Report + Appendix). Thomas Barnay, Florence Jusot, Thierry Rochereau et Catherine Sermet, report for International Longevity Center, IRDES/ILC, février 2005.

▶ <http://www.irdes.fr/english/wp/ILCReport.pdf>

▶ <http://www.irdes.fr/english/wp/ILCAAppendix.pdf>

- 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.

Rapports :

1588\* Mesure empirique de la valeur économique de la couverture maladie universelle complémentaire pour ses bénéficiaires, à partir des données de l'Assurance maladie et d'une enquête auprès des ménages. Michel Grignon, Marc Perronnin, Fonds de financement de la protection complémentaire universelle du risque maladie, 2004/03, 56 pages.

En ligne sur le site du Fonds de Financement de la CMU :

▶ <http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?Id=3&cat=84>

1584\* Development of a methodology for collection and analysis of data on efficiency and effectiveness in health care provision. BASYS, IGSS, IRDES, CEPS, Valérie Paris, Dominique Polton, 2005/01, 143 pages.

En ligne sur le site de la Commission européenne - Eurostat :

▶ <http://forum.europa.eu.int...>

Chapitres :

1596\* Réformer l'assurance-maladie en France. Dominique Polton In: "Universalialia 2005", 2005, pp. 237-239.

- Articles publiés dans des revues scientifiques, institutionnelles et professionnelles

21 articles ont été publiés dans des diverses revues dont une quinzaine dans des revues scientifiques à comité de lecture ou de rédaction.

*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.

- 1623\* The « Health Benefit Basket » in France. MM. Bellanger, V. Cherilova, V. Paris, In « *The European Journal of Health Economics* », 2005/12, n° 6 (supplément 1), pp. 24-29.
- 1616\* Pharmaceutical regulation in France 1980-2003. Valérie Paris. « *The International Journal of Health Planning and Management* », 2005/11, pp. 307-328.
- 1611\* Santé déclarée et cessation d'activité. Thomas Barnay. « *Revue Française d'Economie* », vol. XX, n° 2, 2005/10, pp. 73-106.
- 1608\* Pénibilité du travail, santé et droits d'accès à la retraite. Thomas Barnay. « *Retraite et Société* », n° 46, 2005/10, pp. 170-197.
- 1597\* La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. Yann Bourgueil, Magali Robelet, Marina Serré. « *Revue Française des Affaires Sociales* », n° 1, 2005, pp. 233-260.
- 1594\* Consommation des antibiotiques en France. Claire Chauvin, Didier Guillemot, Philippe Maugendre, Catherine Sermet. « *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* », n° 32/33, 2004/07, pp. 144-147.
- 1589\* Inégalités de sécurité économique et aide à la famille dans l'Union européenne - La construction d'un indicateur de sécurité. Veneta Cherilova, Georges Menahem. « *Recherches et Prévisions* », n° 79, 2005/03, pp. 83-95.  
En ligne sur le site de la CNAF:  
▶ <http://www.cnaf.fr/gestionhome/servlet/ServletDisplay...>
- 1583\* Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international. Dominique Polton  
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/irdes/equipe/polton.htm>. « *Revue Française des Affaires Sociales* », n° 4, 2004/12/10, pp. 267-299.

#### *Revue scientifique 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.

- 1619\* L'état de la santé de la population dans l'Union européenne : réduire les écarts de santé. Commission européenne. - Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes, 2003. Florence Jusot. In Bibliographie critique coordonnée par Géraldine Duthé « *Mortalité, santé : moteurs du progrès, facteurs des inégalités* », « *Population* » vol. 60, n° 3, 2005/05-06, pp. 381-383.

- 1618\* Evaluer les innovations organisationnelles dans le cadre de la prise en charge du retour et/ou du maintien à domicile. Yann Bourgueil. « Santé et systémique », vol. 8 n° 3-4, 2005, pp. 177-195.
- 1609\* Démographies professionnelles dans le secteur médico-social. L'exemple des infirmières. Dominique Polton. « Revue Hospitalière de France », n° 503, 2005/03/04, pp. 71-74.
- 1602\* Priorités de santé publique et gouvernance par programmes au Royaume-Uni. Karine Chevreul, « ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique) », n° 50, 2005/03, pp. 52-55.
- 1601\* La lutte contre les inégalités dans les politiques et les programmes nationaux de santé. Florence Jusot, Dominique Polton. « ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique) », n° 50, 2005/03, pp. 33-36.
- 1595\* Quelles perspectives pour l'assurance maladie complémentaire ? Carine Franc. "Revue Sève", 2005, pp. 43-48.
- 1585\* La médecine de ville : vers de nouvelles règles ? Thomas Barnay, Philippe Ulmann. "Cahiers Français", n° 324, 2005/01/02, pp. 66-71.
- 1581\* Les systèmes de santé dans les pays occidentaux. Dominique Polton. « Cahiers Français », n° 324, 2005/01/02, pp. 54-59.

*Revues institutionnelles ou professionnelles :*

- 1604\* La diversification de l'activité de court séjour des établissements de santé : l'éclairage par l'indicateur d'entropie. Monique Kerleau, Marc Le Vaillant, Zeynep Or. In « Dossiers Solidarité et Santé », n° 2, 2005/04-06, pp. 49-60.
- 1603\* Caractéristiques régionales et structure de l'activité de court séjour : impact sur les coûts hospitaliers par modélisation multi-niveaux, Monique Kerleau, Marc Le Vaillant, Zeynep Or. In « Dossiers Solidarité et Santé », n° 2, 2005/04-06, pp. 35-47.
- 1599\* Le risque d'alcoolisation excessive : des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins. Florence Canouï-Poitrine, Marie-Claude Mouquet, avec la collaboration de Laure Com-Ruelle. « Etudes et Résultats », DREES, n°405, 2005/06. 12p.  
En ligne sur le site de la DREES :  
▶ <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er405/er405.pdf>.
- 1598\* La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada. Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousques, « Etudes et Résultats », DREES, n°406, 2005/06, 12p  
En ligne sur le site de la DREES :  
▶ <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er406/er406.pdf>.
- 1582\* Prescription for reform - Lost in translation. Dominique Polton. « The Globe and Mail », 2005/02, pp.15.
- 1580\* La diffusion de l'innovation pharmaceutique en médecine libérale : revue de la littérature et premiers résultats français. Laurence Auvray, Fabienne Hensgen, Catherine Sermet. « Le Médecin Radiologue de France », n° 256, 2004/02, pp. 11-18.

• Communications des chercheurs de l'IRDES à des colloques ou séminaires

Voici la liste des communications ayant donné lieu à publication dans des Actes de colloques.

- 1607\* Age de la retraite par catégories sociales et neutralité actuarielle. Thomas Barnay. In « Economie du Vieillissement : Age et protection sociale ». Communication présentée lors

des XXVe journées de l'Association d'Economie sociale, les 8 et 9 septembre 2005 à Paris, Tome 2, pp.191-206.

1606\* Logement et retraite : choix des ménages et interventions de la collectivité. Thierry Debrand. In « Economie du Vieillissement : Age et protection sociale ». Communication présentée lors des XXVe journées de l'Association d'Economie sociale, les 8 et 9 septembre 2005 à Paris, Tome 2, pp.141-154.

1605\* L'impact des réformes des retraites de 1993 et de 2003 : une analyse à l'aide du modèle de microsimulation ARTEMIS. Thierry Debrand, Anne-Gisèle Privat. In « Economie du Vieillissement : Age et protection sociale ». Communication présentée lors des XXVe journées de l'Association d'Economie Sociale, les 8 et 9 septembre 2005 à Paris, Tome 2, pp.75-89.

1587\* Une analyse microéconométrique de la cessation d'activité : l'effet de l'état de santé, Thomas Barnay. In: Cahiers de Recherche EURISCO. Communication présentée lors du séminaire du LEGOS, 2004/10, 34 pages.

En ligne sur le site de l'Eurisco :

▶ [http://www.dauphine.fr/eurisco/cr\\_05-01.html](http://www.dauphine.fr/eurisco/cr_05-01.html)

- 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, acceptation finale) la revue étant éditée par les publications du Québec.

Au cours de l'année 2005, deux nouveaux numéros ont été publiés et diffusés : « Inégalités sociales de santé » (paru fin 2004) et « Immigration et intégration » (n° 1/2005 paru en août 2005). Le numéro 2 de 2005 ayant pour thème « Handicaps et personnes handicapées » est en cours de finalisation et devrait sortir à la fin du premier trimestre 2006.

- Eco-Santé

Les versions 2005 des logiciels Eco-Santé sont sorties aux dates suivantes :

- Eco-Santé France (juin 2005)
- Eco-Santé Régional (juin 2005)
- Eco-Santé OCDE (juin 2005)
- Eco-Santé Québec, réalisé dans le cadre de l'Observatoire franco-québécois (novembre 2005).

Nouveauté 2005 : Pour Eco-Santé France et Régions, un accès en ligne gratuit est possible pour certains organismes partenaires (DREES, CNAMTS...). Une réflexion est en cours pour un accès à tous de cette version en ligne. Pour Eco-Santé OCDE, la version en ligne est payante par abonnement. Eco-Santé Québec est par contre en ligne gratuitement depuis sa création en 2002).

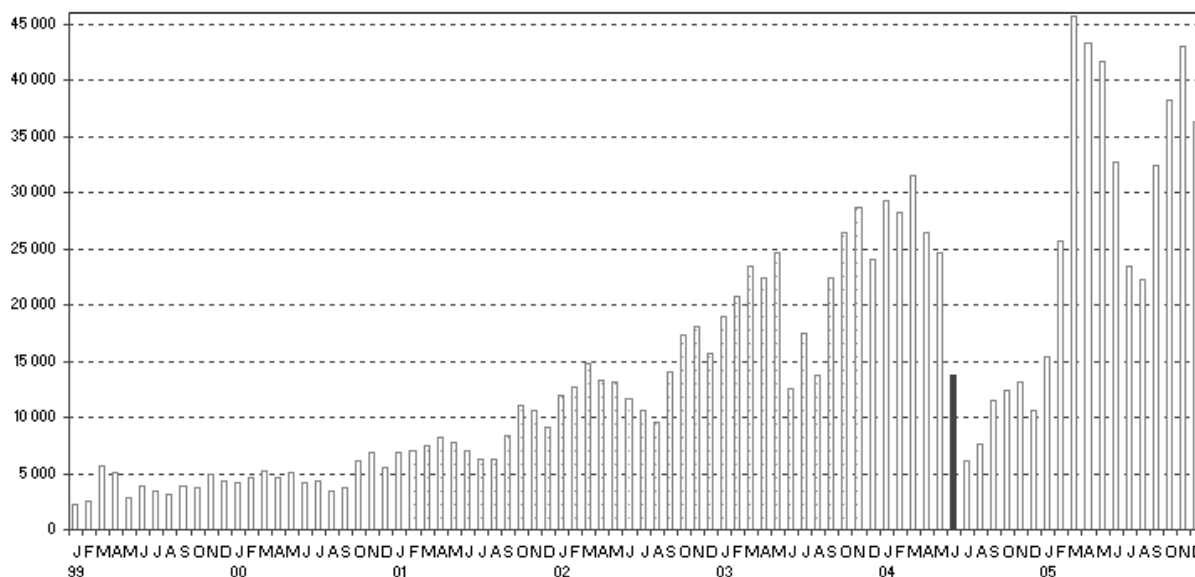
➤ **Indicateurs chiffrés de la diffusion des travaux de l'IRDES**

- Consultation du site Internet de l'IRDES

2005 marque une forte progression du nombre de visiteurs sur notre site (entre 25 000 et 45 000 visiteurs par mois). La baisse significative de 2004 due au changement de nom (CREDES devenu IRDES en juin 2004) est enrayée. Vu la progression en 2005, le nouveau nom IRDES semble être bien entré dans les esprits. Pour mémoire, la moyenne du nombre de visiteurs par mois était de 13 500 en 2002 et de 22 300 en 2003.

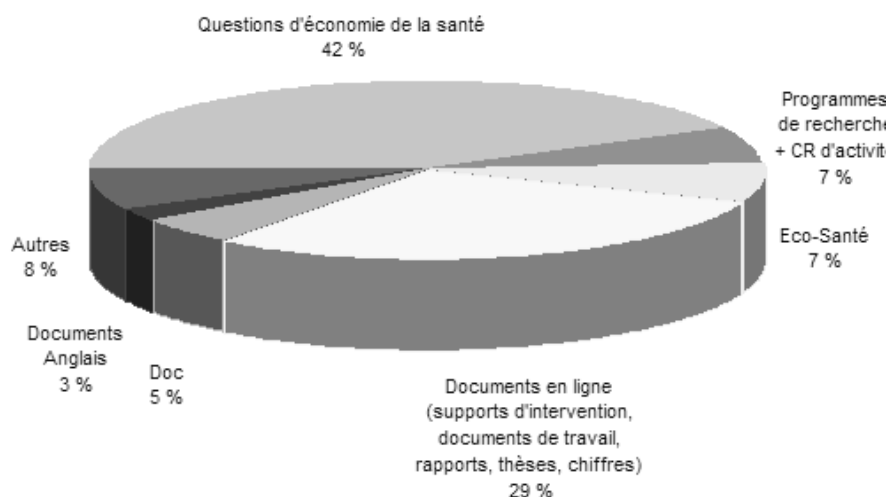
**Evolution du nombre de visiteurs**

**En juin 2004, le CREDES est devenu l'IRDES. Ce changement est indiqué en noir dans les graphiques**



**Répartition du type de documents téléchargés en 2005**

Les documents les plus téléchargés sont le bulletin d'information de l'IRDES *Questions d'économie de la santé* (en 2005, entre 7 500 et 12 200 ont été téléchargés, par mois) suivi des autres documents en ligne (rapports en ligne, données chiffrées...).

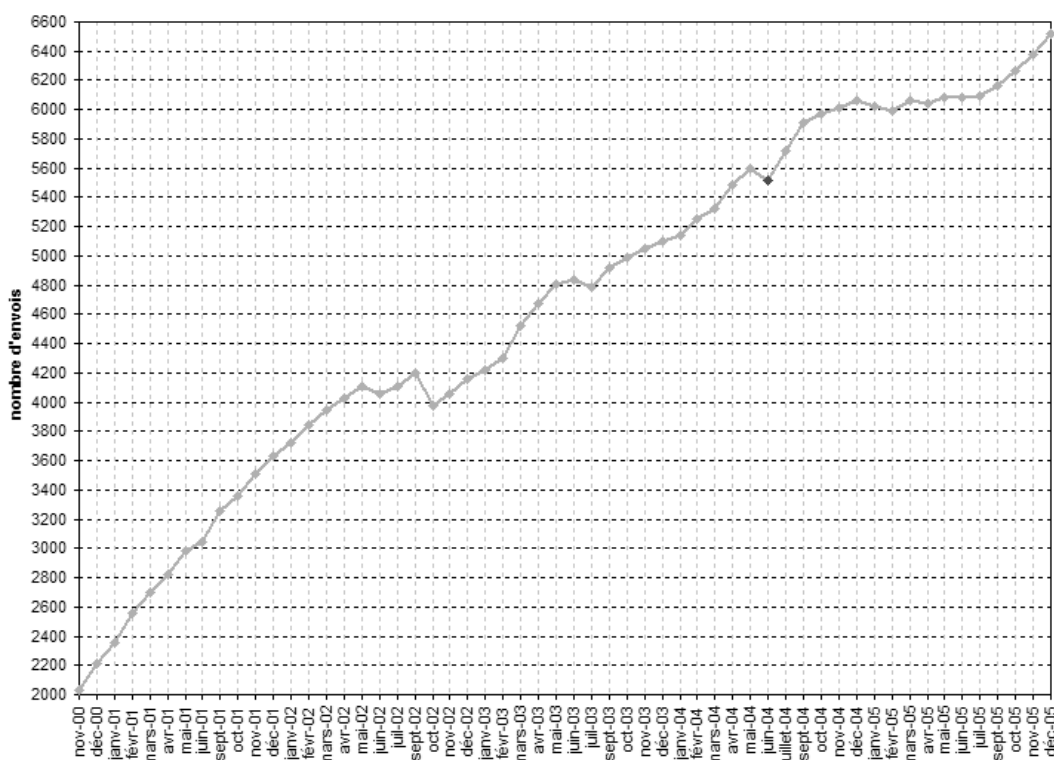


- Evolution du nombre d'inscrits à la lettre d'information de l'IRDES

La lettre info, envoyée gratuitement à tous ceux qui le souhaitent (inscription à partir de notre site <http://www.IRDES.fr>), reste très appréciée, si l'on considère l'évolution du nombre d'inscrits, en progression continue depuis sa création (en 2005, on compte 6 500 inscrits). Cf. graphique ci-dessous.

**Evolution du nombre d'inscrits à la lettre d'information de l'IRDES**

En juin 2004, le CREDES est devenu l'IRDES, ce changement est indiqué en noir dans les graphiques



- Evolution de la diffusion via le site web de l'IRDES de « Questions d'économie de la santé »

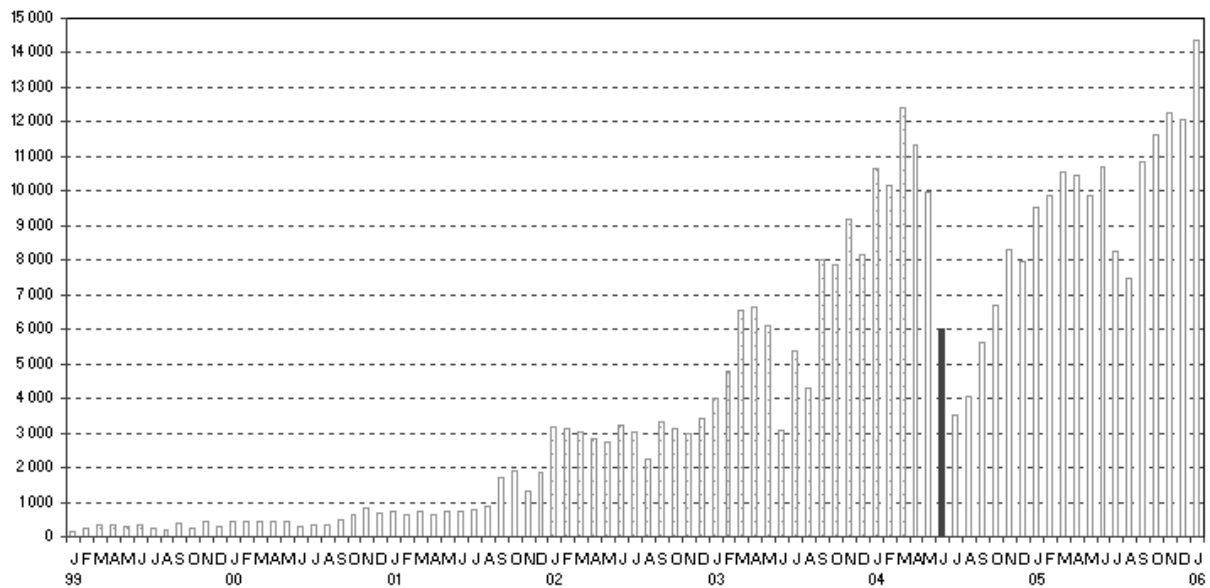
« Questions d'économie de la santé », le bulletin d'information de l'IRDES, est téléchargeable sur le site de l'IRDES gratuitement. Le nombre de téléchargements par mois continue à progresser, avec en 2005 une moyenne mensuelle de 10 000 téléchargements (voir graphique ci-dessous).

Une version papier de « Questions d'économie de la santé » est également diffusée auprès d'un grand nombre de nos correspondants (administrateurs, financeurs, partenaires, journalistes...) ou de façon payante (vente à l'unité ou par abonnement). A noter que cette diffusion papier est en baisse en raison de la mise en ligne gratuite du bulletin.

En 2005, on compte :

- 600 exemplaires environ envoyés à titre gratuit et systématique,
- 220 exemplaires envoyés au titre d'un abonnement payant.

Nombre de Questions d'économie de la santé téléchargés par mois  
En juin 2004, le CREDES est devenu l'IRDES, ce changement est indiqué en noir dans les graphiques



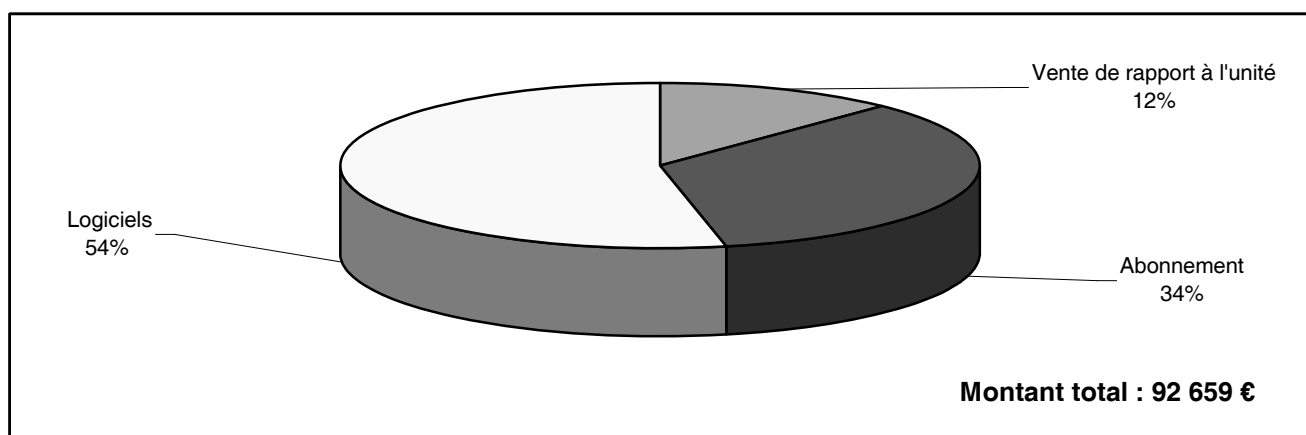
- Evolution des recettes liées aux ventes de rapports, d'abonnement et d'Eco-Santé

Les recettes totales ont diminué d'environ 10 % cette année. Mis à part le poste « Royalties », correspondant aux recettes versées par l'OCDE pour la vente des logiciels Eco-Santé OCDE (+ 32 %), tous les autres postes accusent une baisse significative. Cette tendance devrait se confirmer dans l'avenir, compte tenu du fait que de plus en plus de documents sont mis en ligne gratuitement sur le site de l'IRDES dès parution et que le nombre de publications papier type rapport de recherche baisse, au profit de publications extérieures ou d'articles scientifiques.

**Evolution des recettes par poste entre 2000 et 2005**

Année	Prestations facturées par le service diffusion							TOTAL
	Vente publications IRDES			Royalties	Port	Consultation	Photocopies	
	Vente de rapports à l'unité	Abonnement	Logiciels					
2005	11 315	31 884	49 460	112 854	383	121	397	206 415
2004	26 203	56 640	62 313	108 077	1 643	259	860	255 995
2003	30 931	79 950	63 896	100 689	1 742	619	904	278 371
2002	25 675	68 142	72 027	76 248	2 373	508	1 410	246 382
2001	35 267	74 619	56 173	55 010	3 810	495	1 016	226 390
2000	47 297	73 275	68 413	61 814	2 921	555	1 300	255 574

### Répartition des ventes de publications IRDES en 2005



- Evolution du nombre d'abonnés (payants, gratuits et échange)

### Evolution du nombre d'abonnés selon la formule d'abonnement entre 2000 et 2005

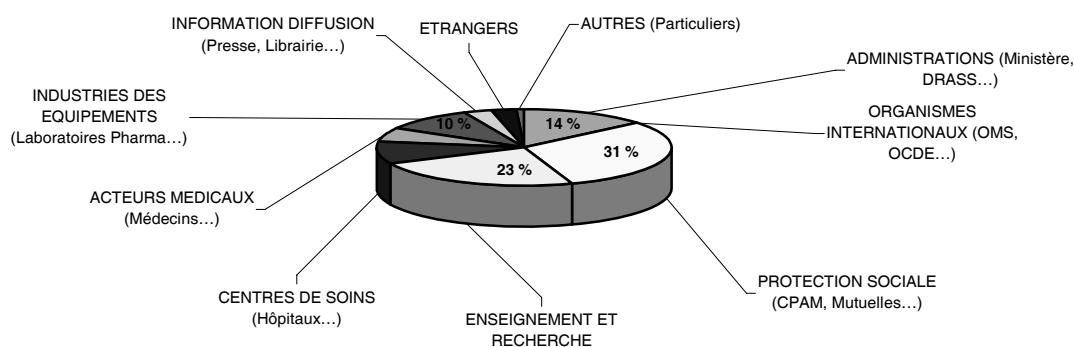
Formule abonnement	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	P	Z	Total
<b>2005 Total</b>	<b>752</b>	<b>9</b>	<b>60</b>	<b>29</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>59</b>	<b>941</b>
Payant	130	6	36	21	1	2	6	1	0	2	10	3	3	0	1	49	271
Gratuit	583	1	5	2	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	595
Echange	39	2	19	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	75
<b>2004 Total</b>	<b>786</b>	<b>16</b>	<b>67</b>	<b>37</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>58</b>	<b>1014</b>
Payant	151	11	41	24	0	4	14	1	0	3	21	1	1	0	2	49	323
Gratuit	568	1	5	3	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	9	579
Echange	67	4	21	10	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		112
<b>2003 Total</b>	<b>677</b>	<b>16</b>	<b>67</b>	<b>46</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>24</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>48</b>	<b>914</b>
Payant	172	11	42	36	1	4	19	1	0	5	22	2	0	0	2	40	357
Gratuit	439	1	3	0	0	0	1	0	0	0	2		0	0		0	446
Echange	66	4	22	10	0	0	1	0	0	0	0		0	0		8	111
<b>2002 Total</b>	<b>783</b>	<b>19</b>	<b>83</b>	<b>56</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>26</b>		<b>1</b>	<b>0</b>		<b>31</b>	<b>1030</b>
Payant	176	13	52	40	5	2	19	1	0	2	25		1	0		23	359
Gratuit	536	1	8	5	1	1	0	0	0	0	1		0	0		0	552
Echange	71	5	23	11	0	0	1	0	0	0	0		0	0		8	119
<b>2001 Total</b>	<b>720</b>	<b>20</b>	<b>87</b>	<b>65</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>31</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>14</b>						<b>948</b>
Payant	205	15	50	49	8	0	30	0	0	2	13						372
Gratuit	439	0	15	5	1	0	0	0	0	0	1						461
Echange	76	5	22	11	0	0	1	0	0	0	0						115
<b>2000 Total</b>	<b>678</b>	<b>23</b>	<b>92</b>	<b>77</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>33</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>						<b>908</b>
Payant	204	18	52	57	4	1	33	0	0	0	0						369
Gratuit	400	0	18	7	0	0	0	0	0	0	0						425
Echange	74	5	22	13	0	0	0	0	0	0	0						114

⇒ Présentation des diverses formules d'abonnement :

- A : Questions d'économie de la santé seulement (60 €)
- B : Questions d'économie de la santé + Quoi de neuf, Doc (200 €)
- C : Questions d'économie de la santé + Collection des rapports (280 €)
- D : Questions d'économie de la santé + Quoi de neuf, Doc + Collection des rapports (420 €)
- E : Formule D + Eco-Santé France (version monoposte) (530 €)
- F : Formule D + Eco-Santé Régional (version monoposte) (530 €)
- G : Formule D + Eco-Santé France + Eco-Santé Régions (version monoposte) (620 €)
- H : Formule D + Eco-Santé France + Eco-Santé OCDE (version monoposte) (620 €)
- I : Formule D + Eco-Santé Région + Eco-Santé OCDE (version monoposte) (620 €)
- J : Formule D + Eco-Santé OCDE (version monoposte) (530 €)
- K : Formule D + les 3 logiciels (690 €)
- L : Abon. intégral + Eco-Santé France Version Réseau (800 €)
- M : Formule D + les 3 logiciels en version réseau (1 100 €)
- P : Abon. intégral + Eco-Santé France et Régions Version Réseau (930 €)
- Z : Revue franco-québécoise « Santé, société et solidarité » (20 €)

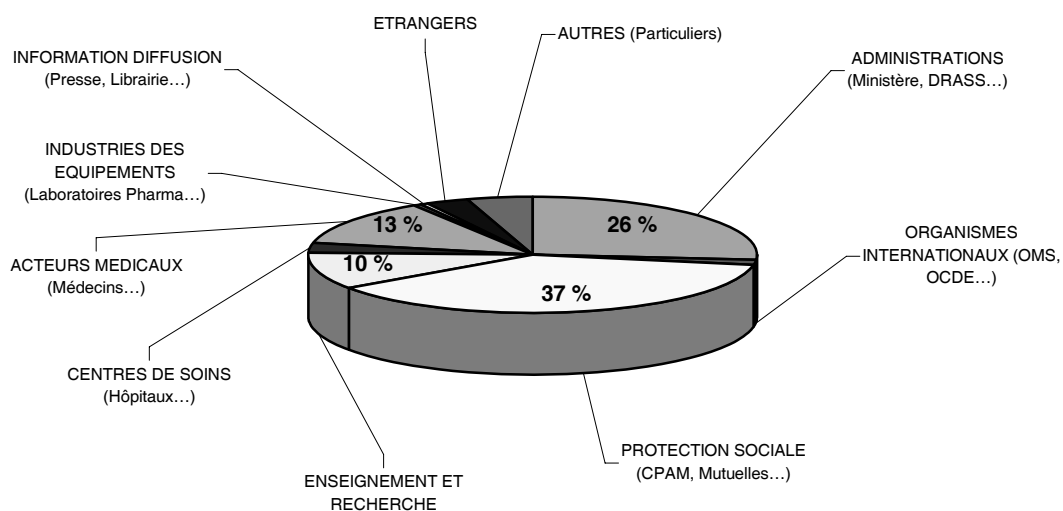
⇒ Abonnés à Questions d'économie de la santé :

**Répartition du nombre d'abonnements payants par type de correspondant**  
**Nombre d'abonnés payants en 2005 : 222**





**Répartition du nombre d'abonnés gratuits par type de correspondant**  
**Nombre d'abonnés gratuits en 2005 : 594**



**Evolution des recettes des abonnements entre 2000 et 2005**

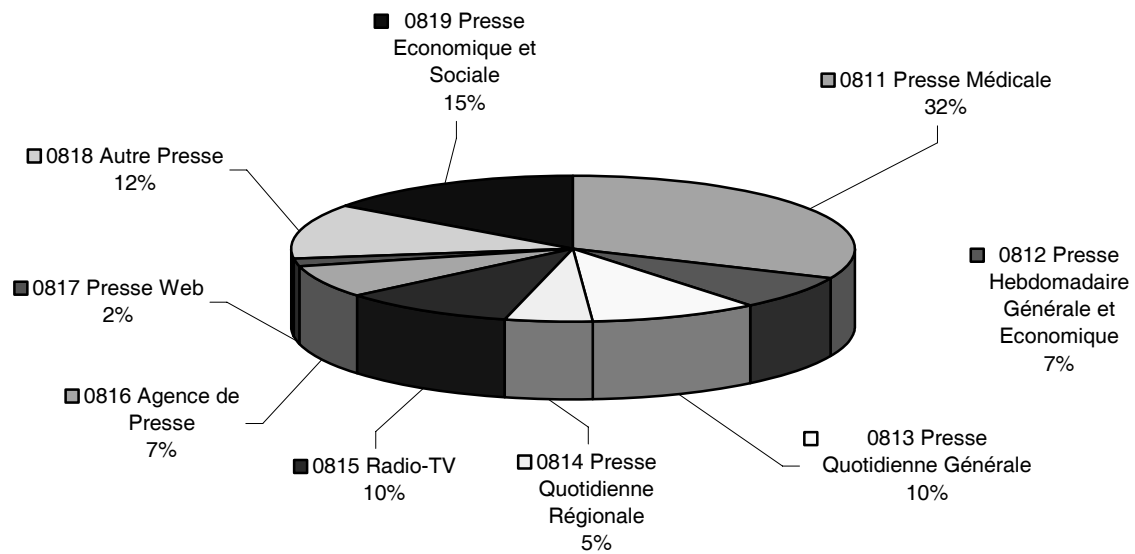
Année	A	B	C	D	E	F	G	H	J	K	L	M	N	P	Z	Total
2005 Total	7 800	1 200	10 080	8 750	530	1 060	3 720	620	1 060	6 900	2 400	3 300	0	930	980	49 330
2004 Total	9 132	2 200	11 480	10 080	0	2 120	8 680	620	1 590	14 490	800	1 100	0	1 860	1 040	65 192
2003 Total	10 382	2 200	11 760	15 120	530	2 120	11 780	620	2 650	15 318	1 600			1 860	860	76 800
2002 Total	8 860	2 340	12 010	15 280	2 530	920	9 785	515	920	13 750		1 020			460	68 390
2001 Total	9 516	2 741	11 436	18 667	3 887	0	14 797	0	920	6 970						68 930
2000 Total	9 329	3 256	11 845	21 724	1 601	457	16 556	0	0	0						64 768

- Suivi des relations avec la presse

L'IRDES gère un fichier de 330 journalistes environ :

- agence de presse
- presse quotidienne nationale et régionale
- presse hebdomadaire générale
- presse professionnelle...

### Répartition des journalistes par catégorie en 2005



Un communiqué de presse est envoyé systématiquement par e-mail à tous.

L'ensemble des coupures de presse sont rassemblées dans un document diffusé en interne intitulé « l'IRDES sous toutes les presses ».

- Eco-Santé

2005 correspond certainement à une année de transition puisqu'une réflexion est en cours pour mettre à disposition en ligne et gratuitement une version d'Eco-Santé France et Régions.

	Evolution du nombre de versions vendues des logiciels Eco-Santé														
	Eco-Santé France					Eco-Santé Régions					Eco-Santé OCDE				
	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Monoposte</b>	155	154	152	121	104	146	158	145	127	112	84	104	128	105	84
<i>dont vendu seul</i>	89	97	103	79	80	99	104	97	81	87		70	96	77	68
<i>dont abonnement</i>	56	57	49	42	24	47	54	48	46	25	3	34	32	28	16
<b>Licence sur site</b>	16	20	48	10	8	5	5	12	5	3	5	5	18	6	3
<b>Réseau</b>	20	19	34	26	26	10	11	9	11	12	6	11	11	12	10
<i>dont abonnement</i>		1	4	3	8		1	2	2	5				1	3
<b>TOTAL</b>	182	196	234	157	138	161	174	166	143	127	95	120	147	123	97

## **Autres activités**

---



## **1. Activités d'expertise et participation à des instances, enseignement**

### **1.1 Conseils d'administration**

Vice-présidente du Collège des économistes de la santé (CES) (*Dominique Polton*)

Membre du Conseil d'administration du Collège des Economistes de la santé (*Lise Rochaix*)

Membre du Conseil d'administration de l'Association Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) (*Dominique Polton*)

Membre du Conseil d'administration de l'Institut de veille sanitaire (InVS) (*Dominique Polton*)

Membre du Conseil d'administration de l'ICIRS Prévoyance (*Laure Com-Ruelle*)

### **1.2 Conseils et comités scientifiques**

Membre du Conseil scientifique de l'Institut national des études démographiques (INED) (*Dominique Polton*)

Membre du Conseil scientifique de l'Ecole nationale de santé publique (ENSP) (*Dominique Polton*)

Membre du Comité scientifique de l'Institut de recherche sur les boissons (IREB) (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du Collège scientifique de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) (*Catherine Sermet*)

Membre du conseil scientifique de la Revue d'Economie Politique (*Lise Rochaix*).

Referee pour l'expertise de projets de recherche :

- soumissions à l'appel d'offre annuel d'IREB (60 dossiers), prix de thèse et bourses de congrès (*Laure Com-Ruelle*)
- soumissions à l'appel d'offre de l'Agence Nationale de la Recherche dans les domaines de Santé-Environnement et Santé-Travail (*Florence Jusot*)
- pour la relecture d'un article dans les « Cahiers d'économie et sociologie rurales » (*Florence Jusot*)
- pour la relecture d'un article dans la revue « Economie et statistique » (*Thierry Debrand*)
- pour la relecture d'un article dans la revue « Economie et Prévision » (*Thierry Debrand*)

### **1.3 Comités et groupes d'expertise permanents**

Membre du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) (*Dominique Polton*)

Membre du Haut conseil de santé publique de l'Union française pour la santé bucco-dentaire (*Philippe Le Fur*)

Membre du comité directeur de l'Association Française de Sciences Economiques (AFSE) (*Lise Rochaix*)

Membre du comité directeur de l'International Health Economics Association (IHEA) (*Lise Rochaix*)

Membre du comité directeur du Groupe d'intérêt scientifique en Psychiatrie (*Julien Mousquès*)

Membre de la Commission « Périmètre des biens et services remboursables (ALD) de la Haute Autorité de Santé (*Catherine Sermet*)

Membre de la Commission des comptes de la santé (*Carine Franc*)

#### **1.4 Comités et groupes 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 Conseil scientifique du colloque thématique de l'Association des épidémiologistes de langue française (ADELF) : Epidémiologie Sociale et Inégalités de Santé (*Florence Jusot*)

Membres du conseil scientifique des 5èmes Journées de santé publique dentaire (*Thierry Rochereau, Yann Bourgueil*)

Membre du comité scientifique de la 5ème conférence de l'IHEA, Barcelone, juin 2005 (*Lise Rochaix*).

#### **1.5 Activités de recherche dans d'autres centres**

Chercheurs associés à l'INED (*Catherine Sermet, Florence Jusot*)

Chargé de mission à la DREES auprès de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) (*Yann Bourgueil*)

Rattachement au Groupe de Recherches en Economie Quantitative d'Aix-Marseille (GREQAM) et à l'Institut d'Economie Publique (IDEP), Marseille (*Lise Rochaix*)

Chercheur associé à la direction des recherches sur le vieillissement de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) (*Thomas Barnay*)

Chargée de recherche INSERM (CERMES) (*Carine Franc*)

Directeur de recherche au CNRS-CEPN - Centre économique Paris Nord (*Georges Menahem*)

#### **1.6 Comités de rédaction de revues**

Directrice scientifique de la revue semestrielle de l'Observatoire franco-qubécois de la Santé et de la Solidarité (OFQSS) « Santé, Société et Solidarité » (*Dominique Polton*)

Membre du Comité de lecture de la Revue française des affaires sociales (*Valérie Paris*)

Membre du conseil de rédaction de la Revue d'économie publique (*Lise Rochaix*).

Membre du conseil de rédaction de l'International Journal of Health Care Finance and Economics (*Lise Rochaix*).

#### **1.7 Comités de pilotage et groupes de travail**

Membre du comité de pilotage SPES du Centre technique d'appui et de formation des centres d'exams (CETAF), "Ciblage des populations en situation de précarité" (*Florence Jusot*)

Présidence du groupe de travail « Territoires et accès aux soins » conduit dans le cadre de la préparation des SROS de troisième génération (*Dominique Polton*)

Membre du Groupe d'expertise sur l'analyse comparée de la chimiothérapie anticancéreuse administrée à l'hôpital ou en prise en charge à domicile, piloté par la Haute Autorité de Santé (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du Groupe technique national de définition des objectifs de la loi de programmation quinquennale en santé publique – sous-groupe méthode (*Valérie Paris*)

Membre du groupe IDA (Indicateurs d'alcoolisation) (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du groupe IDA (Indicateurs de tabacologie) (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du groupe de suivi de la résistance aux antibiotiques (ministère de la Santé) (*Catherine Sermet*)

Membres du groupe de projet Poles (politiques de l'organisation locale en santé) du commissariat au plan (*Karine Chevreul, Lise Rochaix*)

Membre du groupe de travail sur la *surveillance de la prévalence de l'asthme*, « programme d'actions, de prévention et de prise en charge de l'asthme » initié par Bernard Kouchner et 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 pédiatrie et l'obstétrique en HAD (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du Groupe projet sur les indicateurs de suivi des objectifs de la Loi de programmation quinquennale en santé publique dirigé par la DGS-DREES (*Laure Com-Ruelle, Catherine Sermet*)

Membre de la Commission des Comptes de la Santé (*Dominique Polton, Lise Rochaix*).

Membre du groupe de travail sur la place, rôle et périmètre d'action des institutions sanitaires et sociales dans la prévention, l'éducation, la promotion de la santé, Fédération hospitalière de France (*Karine Chevreul*)

Membre de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la Sécurité sociale « Coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents de travail et des maladies professionnelles » (*Karine Chevreul*)

Membre du groupe de travail du CNIS "niveaux de vie et inégalité" (*Georges Menahem*)

Membre du groupe de travail « Indicateurs de pauvreté et d'inégalité » de la MIPES (Mission d'Information sur la précarité exclusion sociale) (*Georges Menahem*)

## **1.8 Enseignement**

Professeur agrégé des universités en sciences économiques, affectée à l'UFR d'économie et de gestion de l'Université de la Méditerranée depuis septembre 1999. Enseignements en économie publique, économie du travail, économie appliquée, économie de la santé (*Lise Rochaix*)

Responsable du master Economie, Politiques et Gestion Publique (EPGP) Direction de thèse (six thèses soutenues depuis 2000, cinq en cours) (*Lise Rochaix*)

Responsable du module de gestion dans le DESS santé Publique (Paris V, VII, XI, ENSP) (*Yann Bourgueil*)

Direction d'une thèse pour l'obtention du titre de docteur en médecine générale – soutenance en 2005. « Régionalisation du système de santé : quelle réforme pour quelle gouvernance ? », Dr Nicolas Dubuis (*Yann Bourgueil*)

Direction d'un mémoire d'Elève Directeur d'Hôpital à l'ENSP, soutenu en décembre 2005. « La saturation chronique des lits de médecine en question. L'exemple du centre hospitalier de Saint Briec », Morgane Bidault (*Yann Bourgueil*)

Direction d'un master de Santé publique, soutenu en septembre 2005. « Les réseaux spécialisés en cardiologie sont-ils adaptés à une population âgée ? le cas de réxicard : réseau de prise en charge de l'insuffisance cardiaque. », Olivia Desfosses (*Yann Bourgueil*)

Direction d'un MBA in Public Services management - Aston Business School – soutenance 2005. « Spécialité en crise : decision-making process for anaesthetic medical manpower in France. », Dr Angela Bergeret (*Yann Bourgueil*)

Enseignements de microéconomie, d'économie de l'assurance et d'économie de la santé. Pour 2004-2005, en maîtrise de santé publique, au CNAM, en première année de médecin (*Carine Franc*)

Chargée de cours d'introduction à l'analyse économique à l'université Paris IV (Licence 1) (*Florence Jusot*)

Chargée d'un séminaire de recherche sur les inégalités de santé à l'université Paris-Dauphine (Master 2) (*Florence Jusot, en collaboration avec Jérôme Wittner*)

Responsable d'enseignements « Santé publique et assurance maladie », DESS Cadres des organismes du secteur social - Université Paris I, la Sorbonne, responsable de mémoire, évaluation des mémoires (*Karine Chevreul*)

Responsable d'UE Master « Méthode en Santé publique et communautaire ». Université Rennes 1 (*Karine Chevreul*)

Chargée de cours d'introduction à l'économie de la santé et à l'analyse des systèmes de santé en 2<sup>ème</sup> année de l'Ecole Nationale de la Statistiques et d'Analyse de l'Information (ENSAI) (*Julien Mousquès*)

Chargé de cours dans le DEA en économie internationale et sécurité. Université Paris XIII. (*Georges Menahem*).

Direction de deux mémoires de DEA à l'Université Paris XIII (*Georges Menahem*)

Direction d'une thèse dans l'école doctorale Etude comparatives de l'EHESS, Jean Marie Guevel (*Georges Menahem*)

Direction de trois thèses en sciences économiques à l'Université Paris XIII (Emilie Gazeux, Ramzi Hadji, Arzina Varoucha) (*Georges Menahem*)

Master 2 de Protection sociale complémentaire. Université Paris I. Chargés d'enseignement « Informatique et statistiques » (*Anne Aligon, Martine Broïdo, Thierry Rochereau*)



## 2. Colloques, congrès, séminaires, enseignements ponctuels

### 2.1 Colloques, congrès, séminaires

Ecole Nationale de la Santé Publique. Journées de la santé publique - Offres de soins et santé publique : tensions & convergences. *Pourquoi et comment développer les soins primaires en France ?* ENSP, Rennes, 14-15 décembre 2005 (Yann Bourgueil).

La Mutualité française. La santé demain, évoluons pour rester solidaires. *Vieillesse et régulation des dépenses de santé*. La Mutualité, Paris, 13 décembre 2006 (Catherine Sermet).

Fédération Nationale Infirmière. 52<sup>ème</sup> congrès de la FNI. *Rôles des infirmières et coopération avec les médecins dans les soins primaires à l'étranger : quels enseignements pour la France ?*, Arras, 9 décembre 2005 (Yann Bourgueil).

LEGOS-EURISCO. Economie des politiques sociales : équité et redistribution. *Les inégalités de recours aux soins au cours des années 90*. Université Paris-Dauphine, Paris, 7 décembre 2005 (Agnès Couffinhal, Paul Dourgnon, Sandy Tubeuf).

CPAM Périgueux. Journée de travail sur « Les mesures de régulation de la répartition géographique des professionnels de santé ». *Les mesures de régulation de la répartition géographique des professionnels de santé: Etat des lieux, mise en perspective, enseignements*. Périgueux, 29 novembre 2005 (Julien Mousquès).

CRAM Bourgogne-Franche Comté. Conférence-débat pour l'anniversaire de la sécurité sociale. *La contribution de la sécurité sociale à la sécurité économique*. Besançon, 29 novembre 2005 (Georges Menahem).

Center for Health Economics. Wednesday Seminar. Income-Related Health Inequalities in France in 2002: *Comparing Trends with Alternative Health Indicators*. Health Economics Resource Center, York, UK, du 12/11/2005 au 10/12/2005 (Florence Jusot, Lise Rochaix, Sandy Tubeuf).

Huitièmes auditions de la santé. Parcours de soins, vérités et faux semblants. *Table ronde : premier bilan du parcours de soins*. Palais du Luxembourg, Paris, 4 novembre 2006 (Yann Bourgueil).

DREES-DARES-La Poste. Journée du programme Santé Travail. *Itinéraires professionnels et relations avec la santé*. DARES, Paris, 20 octobre 2005 (Florence Jusot, Myriam Khlat, Thierry Rochereau, Catherine Sermet).

URCAM Bourgogne. Journée régionale des acteurs de la gestion du risque. *La permanence des soins et l'organisation des soins primaires en europe et a canada : quels enseignements pour la France ?* Château de Pierreclos, 14 octobre 2005 (Yann Bourgueil).

Groupe Liaisons sociales. Salon Infirmier. *Rôles des infirmières et coopération avec les médecins dans les soins primaires à l'étranger : quels enseignements pour la France ?* Parc des expositions, Paris, 12 octobre 2005 (Yann Bourgueil).

INSERM (Marcel Goldberg). Séminaires EPISOC. *The role of ill-health as a precursor of unemployment in France*. Faculté Saint Antoine, Paris, 11 octobre 2005 (Florence Jusot, Myriam Khlat, Thierry Rochereau, Catherine Sermet).

Conseil Economique et Social Régional Nord Pas de calais. Audition du 10 octobre 2005. *Démographie médicale : un levier pour faire évoluer l'organisation des soins ?* Conseil régional, Lille, 10 octobre 2005 (Yann Bourgueil, Dominique Polton).

INED. Séminaire MSE. *The role of ill-health as a precursor of unemployment in France*. INED, Paris, 6 octobre 2005 (Florence Jusot, Myriam Khlat, Thierry Rochereau, Catherine Sermet).

Université Paris 10. Séminaire EconomiX. *Health and Non-employment in France*. Université Paris 10, Nanterre, 28 septembre 2005 (Florence Jusot, Myriam Khlat, Thierry Rochereau, Catherine Sermet).

SHARE. 1<sup>ère</sup> Conférence SHARE-ELSA-HRS. *Disability and labour market*. Université de Lund, Lund, Suède, 26-28 septembre 2005 (Thomas Barnay, Thierry Debrand).

Ecuity Group. Conférence IZA. *Income-Related Health Inequalities in France between 1998 and 2002: Comparing Trends with Alternative Health Indicators*. University Club, Bonn, Allemagne, 26-28 septembre 2005 (Florence Jusot, Lise Rochaix, Sandy Tubeuf).

Association internationale de la mutualité (AIM). Conférence internationale : Assureurs-maladie : de payeur à acteur ?, *Réduire les inégalités en matière de santé : intervention active des payeurs*. Prague, République Tchèque, 23 septembre 2005 (Dominique Polton).

EADI. Conférence de l'EADI - Insécurité et développement. *Inequalities in economic security and inequalities in institutional development in the countries of the Mediterranean basin*. Bonn, Allemagne, 22 septembre 2005 (Georges Menahem, Ramzi Hadji).

Fédération Hospitalière de France. 34<sup>ème</sup> congrès de la fédération internationale des hôpitaux. *Coopération des professionnels de santé : transfert de tâches et de compétences : à propos des expériences engagées en France*. Palais des congrès, Nice, 21 septembre 2005 (Yann Bourgueil).

ICSBHS. 6<sup>ème</sup> conférence internationale sur les fondements scientifiques des services de santé : améliorer la santé en faisant progresser les services de santé. Etablir le lien entre recherche politique et actions. *Poster : Assessing the effects of a GP computer reminder on the dietetic management of type 2 diabetic patients: a before and after study with control group*. Hotel Fairmont, Montréal, Canada (Québec), 18-20 septembre 2005 (Julien Mousquès, Catherine Sermet).

AFSE. 54<sup>ème</sup> Congrès. *Une analyse microéconométrique de la cessation de l'activité : l'effet de la santé*. La Sorbonne, Paris, 15-16 septembre 2005 (Thomas Barnay).

AES - EURISCO-LEGOS. XXV<sup>èmes</sup> Journées de l'Association d'Economie Sociale - L'économie du vieillissement. *Une tentative d'évaluation de la redistribution intragénérationnelle*. Université Paris Dauphine, Paris, 8-9 septembre 2005 (Thomas Barnay).

AES - EURISCO-LEGOS. XXV<sup>èmes</sup> Journées de l'Association d'Economie Sociale - L'économie du vieillissement. *Santé et vieillissement*. Université Paris Dauphine, Paris, 8 septembre 2005 (Dominique Polton).

IUSSP. XXV<sup>ème</sup> congrès international de la population. *The role of ill-health as a precursor of unemployment in France*. Centre Vinci, Tours, 23 juillet 2005 (Florence Jusot, Myriam Khlat, Thierry Rochereau, Catherine Sermet).

IUSSP. XXV<sup>ème</sup> congrès international de la population. *Mesurer la santé : construction d'un indicateur cardinal d'état de santé*. Centre Vinci, Tours, 22 juillet 2005 (Marc Perronnin, Lise Rochaix, Sandy Tubeuf).

IHEA. V<sup>ème</sup> congrès de l'International Health Economics Association. Barcelone, Espagne, 10-13 juillet 2005 :

Communications orales :

*Does free supplemental health insurance help the poor to access health care? evidence from France* (Marc Perronnin).

*Income Inequalities in Health in France : Cause or Effect?* Pompeu Fabra (Pierre-Emmanuel Couralet, Florence Jusot, Pascale Lengagne).

*The role of ill-health as a precursor of unemployment in France.* Pompeu Fabra (Florence Jusot, Myriam Khlat, Thierry Rochereau, Catherine Sermet).

*Is decentralisation good for your health?* Pompeu Fabra (Dominique Polton, Zeynep Or).

*Measures to improve patterns of practice and their impact on general practitioners in France.* Pompeu Fabra (Karine Chevreul, Julien Mousquès, Valérie Paris).

*Medical practice variability in french primary care: Antibiotics prescriptions for acute rhinopharyngitis.* Pompeu Fabra (Julien Mousquès, Thomas Renaud, Olivier Scemama).

Posters :

*Changes in Inequalities in the utilization of Ambulatory Care over the Last Decade in France.* Pompeu Fabra (Agnès Couffinhal, Paul Dourgnon, Sandy Tubeuf).

*The determinants of drug pricing in France.* Pompeu Fabra (Valérie Paris, Nathalie Grandfils).

*Self-assessed versus 'objective' health status indicators: exploring causality and correcting for potential biases.* Pompeu Fabra (Lise Rochaix, A. Trannoy, Sandy Tubeuf).

Eurodurg. Medication Use in Europe : which quality for whom? *Evolution of Antibiotic Prescription in France during the ten Last years.* University of Ulster, Coleraine, Irlande, 30-juin-05 (Nathalie Grandfils, Catherine Sermet).

Association « Démocratie et République », en collaboration avec l'Association des médecins français à diplôme extracommunautaire (AMFDEC). Médecins à diplômes extracommunautaires en France : une situation inadmissible face à des besoins hospitaliers insatisfaits. *Table ronde : Quel état des lieux des services hospitaliers français ?* Assemblée nationale, Paris, 24 juin 2005 (Dominique Polton).

URML Ile-de-France. Colloque « Offre de soins de proximité - Aménagement du territoire et offre de soins ambulatoires en Ile-de-France ». *Démographie médicale en Ile-de-France : le désert médical pour tous ?* BNF, Paris, 23 juin 2005 (Dominique Polton).

Direction de la Sécurité Sociale. Les modes d'organisation des professionnels de santé face à l'exigence de permanence des soins. *Comparaisons internationales sur la médecine de groupe, l'importance des relations confraternelles et les réseaux de professionnels de santé dans le domaine des soins primaires.* Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Paris, 23 juin 2005 (Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousquès).

DREES - IRDES. Organisation et animation de la Journée d'étude : Rôles des infirmières et coopération avec les médecins dans les soins primaires à l'étranger. Quels enseignements pour la France ? *Rôles des infirmières et coopération avec les médecins dans les soins primaires à l'étranger : quels enseignements pour la France ?* Société nationale d'horticulture de France (SNHF), Paris, 16 juin 2005 (Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousquès).

DREES - IRDES. Journée d'étude : Rôles des infirmières et coopération avec les médecins dans les soins primaires à l'étranger. Quels enseignements pour la France ? *Présidente de l'après-midi et animatrice de la table ronde avec les intervenants.* Société nationale d'horticulture de France (SNHF), Paris, 16 juin 2005 (Dominique Polton).

Pays et Quartiers d'Aquitaine. Santé, région et territoires. *Démographie et organisation des soins : introduction.* Captieux, 15 juin 2005 (Julien Mousquès).

Pays et Quartiers d'Aquitaine. Santé, région et territoires. *Favoriser le maintien et l'installation de professionnels de santé sur les territoires fragiles : introduction.* Captieux, 15 juin 2005 (Julien Mousquès).

Fédération Hospitalière de France. Hôpital 2020. Séminaire « Exercice de prospective pour l'hôpital ». *L'évolution de l'offre de soins dans les pays européens. Existe-t-il un ou des modèles alternatifs ? Comment ces modèles alternatifs se sont-ils installés.* Hôtel Scipion, Paris, 14 juin 2005 (Dominique Polton).

INSEAD. Healthcare2020.forum - Innovations in Paying for Healthcare in Europe. *What are the costs and benefits of co-payment plans?* INSEAD, Fontainebleau, 11 juin 2005 (Dominique Polton).

DREES. Séminaire « 3S ». *Le développement des services de soins hospitaliers à domicile : Australie, Royaume-Uni, Canada.* Paris, 7 juin 2005 (Laure Com-Ruelle).

CNAMTS. Journées des statisticiens. *De quoi souffre-t'on ? Description de la morbidité déclarée en 2002-2003.* Paris, 4 juin 2005 (Laurence Auvray, Catherine Sermet).

Aon Conseil & Courtage. Les régimes complémentaires des entreprises face à la réforme de l'Assurance maladie : quelles perspectives ? *La crise de la couverture santé en Europe : les différentes réponses apportées. Etat sur les réformes de santé en Europe.* Paris, 2 juin 2005 (Dominique Polton).

Union Nationale des Médecins Spécialistes Confédérés. 3èmes Assises de la médecine spécialisée. *Comment s'articule, aujourd'hui, l'équilibre entre l'assurance publique et les assurances complémentaires dans les systèmes de santé des pays industrialisés.* Relais du Bois de Boulogne, Paris, 1er juin 2005 (Dominique Polton).

Colloque annuel de l'Ecole normale supérieure. *Les pratiques gestionnaires des soignants.* Campus Jourdan, Paris, 1er juin 2005 (Nicolas Belorgey).

Société Française de Statistique. Colloque francophone sur les sondages. *Les indicateurs de santé et d'activité sont-ils comparables dans les enquêtes santé européennes ?* Université de Laval, Québec, Canada, 24-27 mai 2005 (Thomas Barnay, Florence Jusot, Thierry Rochereau, Catherine Sermet).

Société Française de Statistique. Colloque francophone sur les sondages. *La qualité du recueil par carnet de soins : une analyse des différences entre recueil prospectif des consommations de soins et sources administratives.* Université de Laval, Québec, Canada, 24-27 mai 2005 (Paul Dourgnon, Thomas Renaud).

30ème congrès fédération santé sociaux CFDT. *Les enjeux du système de santé - atelier sur la territorialisation.* Palais des congrès, Clermont-Ferrand, 25 mai 2005 (Yann Bourgueil).

Institut universitaire de gérontologie Yves Mémin. 15ème Journée de l'Institut universitaire de gérontologie Yves Mémin « L'argent et les vieux enjeux d'aujourd'hui et de demain ». *Les dépenses de santé.* Faculté de médecine Pitié-Salpêtrière, Paris, 24 mai 2005 (Julien Mousquès).

Ministère des solidarités de la santé et de la famille. Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *La coordination dans les réseaux de santé, entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles.* Ministère des Solidarités de la Santé et de la Famille, Paris, 23 - 24 mai 2005 (Yann Bourgueil).

Fondation Hygie. La santé dentaire dans une société vieillissante. *Accès aux soins et inégalités de santé bucco-dentaire.* Institut Georges Eastman, Paris, 12 mai 2005 (Thierry Rochereau).

Atelier de l'ALASS 2005 : Questions clés sur le financement des services de santé. *La tarification à l'activité en HAD en France : un incitatif à la qualité des soins,* Palma de Majorque, 5 et 6 mai 2005, (Laure Com-Ruelle).

Forum du SYNOPE. *Scénarios d'évolution des relations entre opticiens, orthoptistes et ophtalmologistes.* Paris, 18 avril 2005 (Georges Menahem).

LEGOS-EURISCO. 3<sup>ème</sup> workshop « Transferts intergénérationnels, retraite et marchés financiers ». *Ages de la retraite par catégories sociales et neutralité actuarielle : une tentative d'application en l'absence de mécanismes redistributifs*. Université Paris-Dauphine, Paris, 8 avril 2005 (Thomas Barnay).

MiRE et Institute for the Future Studies. Séminaire franco-suédois sur le vieillissement. *Demographic Trends and Health Status of the Elderly in France*. Institute For Future Studies, Stockholm, Suède, 7 avril 2005 (Catherine Sermet).

8<sup>ème</sup> Journée de l'Assurance maladie de la CANAM. Quelles nouvelles perspectives d'utilisation individuelle et collective pour les données de l'Assurance maladie ? *L'information économique de l'utilisateur sur les dépassements et autres reste à charge*. Palais du Luxembourg, Paris, 4 avril 2005 (Dominique Polton).

MEDEC. *Codage des actes et des pathologies, expériences étrangères*. Palais des congrès, Paris, 17 mars 2005 (Catherine Sermet).

Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie. Séminaire Claude Fourgeaud « Vieillissement et dépenses en santé ». *Commentaires avec Chantal Cases (DREES) des exposés de F. Lenormand et B. Dormont, M. Grignon, H. Huber*. Paris, 9 février 2005 (Dominique Polton).

INSERM (Marcel Goldberg). Séminaires EPISOC. *La mesure de la situation sociale dans l'analyse des inégalités sociales de santé : quelques réflexions issues d'une analyse de la mortalité en France*. INED, Paris, 8 février 2005 (Florence Jusot).

Les entretiens de l'IRES. Table ronde « Réformes des systèmes d'assurance maladie ». Conseil Economique et Social, Paris, 3 février 2005 (Dominique Polton).

Société Française de Néphrologie. Séminaire d'urologie et de néphrologie de la Pitié-Salpêtrière. *Perspectives pour le métier de néphrologue : le bilan des expérimentations de coopération et de transferts de tâches*. Les salons de l'aveyron, Paris, 27 janvier 2005 (Yann Bourgueil).

Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie. *Opportunities for and limits to the transfert of skills in cardiology*. Palais des Congrès, Paris, 22 janvier 2005 (Yann Bourgueil).

ISNAR. V<sup>ème</sup> congrès national de la médecine générale du XXI<sup>ème</sup> siècle. Table ronde « Médecine générale et système de soins » et participation à l'atelier « Installation : le bonheur est-il dans le pré ? ». Corum, Montpellier, 14 et 15 janvier (Yann Bourgueil).

## 2.2 Enseignements ponctuels

ENSAI 3<sup>ème</sup> année (option économie de la santé). *La réforme de l'assurance maladie en France : états des lieux, enjeux, enseignements des comparaisons internationales*. Rennes. 9 décembre 2005 (Julien Mousquès).

Master cancérologues. IFSEM. *L'économie du médicament*. Paris. 2 décembre 2005 (Catherine Sermet).

Master de Stratégie et management des industries de santé de management général hospitalier à l'ESSEC. *La consommation médicale et ses déterminants*. Décembre 2005 (Thierry Debrand).

ENSAI (3<sup>o</sup> année). *Inégalités sociales de santé*. Rennes. 21 novembre 2005 (Florence Jusot).

Master 2 Management des organisations sociales, ingénierie des politiques sociales locales. Université de Caen. Caen, Basse Normandie. Chargé de cours *en Santé et territoire* (Thomas Barnay).

1ère année étudiants étrangers. Mines de Paris. *Le secteur du médicament : aspects économiques et réglementaires*. Paris. 17 novembre 2005 (Nathalie Grandfils).

DU de Gérontologie. Université Pierre et Marie Curie, chargé de cours sur la *dépense médicale et le vieillissement*. Novembre 2005 (Thierry Debrand)

Mastère spécialisé « Economie et gestion de la santé », CNAM, *Comparaisons des systèmes de santé*. Paris. 14 octobre 2005 (karine Chevreul)

Master Sante Publique. FNG, ENSP. *Inégalités sociales de santé*. Paris. 12 octobre 2005 (Florence Jusot).

Master de Stratégie et management des industries de santé de management général hospitalier à l'ESSEC. *La consommation médicale et ses déterminants*. Octobre 2005(Thierry Debrand).

Formation continue des directeurs de caisses. EN3S. *La politique du médicament / les caractéristiques du recours au médicament*. Paris. 18 mai 2005 (Nathalie Grandfils).

MIP. ENSP. *La nouvelle loi de santé publique et Inégalités sociales de santé*. Rennes. 8 mai 2005 (Florence Jusot).

DEA-Master Analyse et Politique Economiques. PSE (DELTA). *Approche économique des inégalités sociales de santé*. Paris. 4 mai 2005 (Florence Jusot).

Formation des administrateurs, FNMF *Pratiques médicales et système d'information*. Paris. 12 avril 2005 (karine Chevreul).

Centre d'Etudes des Programmes Economiques. *Cepe-Santé - Comparaisons internationales des systèmes de santé*. Paris. 7 avril 2005 (Dominique Polton).

Administrateur de mutuelles. Paris I pour la FNMF. *La couverture complémentaire et son environnement*. Paris. 14 mars 2005 (Florence Jusot).

DU Santé publique et médecine communautaire. *Variabilité des pratiques médicales et maitrises médicalisées*. Université Rennes 1. 18 mars 2005 (karine Chevreul)

DU Santé publique et médecine communautaire. *Evaluation médico-économique*. Université Rennes 1. 18 mars 2005 (karine Chevreul).

Formation-UNAO. *Le système de santé en France : état des lieux et perspectives*. Bagnoles de l'Orne. 10 mars 2005 (Julien Mousquès).

Cepe santé. INSEE. *La mesure de l'état de santé mesure et résultats*. Paris. 8 mars 2005 (Catherine Sermet).

DESS. Université Paris I. *Approche économique des inégalités sociales de santé*. Paris. 4 mars 2005 (Florence Jusot).

Séminaire de médecine générale DCEM3. Université Paris V Cochin. *La démographie médicale : état des lieux et perspectives*. Paris. 10 février 2005 (Julien Mousquès).

Master santé publique. Université Paris V, VII, XI, Versailles, ENSP. *Module intervention et gestion en santé publique*. Saint Maurice. 3, 10 et 17 février 2005 (Yann Bourgueil).

DESS cadres des organismes du secteur social. Université Paris I. *Le système de santé français: Organisation, Planification, Financement et régulation*. Paris. 3 et 24 février 2005 (Julien Mousquès).

Formations des Elèves Directeurs d'Hôpitaux. Ecole nationale de la santé Publique. *Cours introductif - histoire et organisation de la médecine - au module "activités médicale"*. Rennes. 25 janvier 2005 (Yann Bourgueil).

DESS Management de la Santé. Université de Nantes. *La dynamique des réseaux de santé et la problématique de leur évaluation : repères théoriques*. Nantes. 20 janvier 2005 (Yann Bourgueil).

DIU coordonnateur EHPAD. *Dépenses et maîtrise de santé*. Paris. 14 janvier 2005 (Catherine Sermet).

Master santé publique. Université Paris V, VII, XI, Versailles, ENSP. *Module intervention et gestion en santé publique*. Saint Maurice. 13 et 27 janvier 2005 (Yann Bourgueil).

Actualité de la protection sociale. Sciences Po. *Assurance maladie : Quelle couverture ? / Les enjeux : Quels enjeux pour les assurés ?*. Paris. 11 janvier 2005 (Dominique Polton).

Capacité de gérontologie. Interuniversitaire. *Consommations médicales du grand âge*. Paris. 6 janvier 2005 (Catherine Sermet).

DESS Santé et marketing Paris 5. *La consommation de soins et de biens médicaux*. 5 janvier 2005 (karine Chevreul).

### **2.3 Interventions médiatiques**

France Culture.Science Culture. *La résistance aux antibiotiques : inéluctable ou réversible ?* 25 mars 2005 (Catherine Sermet).





## **Glossaire**

---



ADELFF : Association des épidémiologistes de langue française  
 AIDELFF : Association internationale des démographes de langue française  
 AFSA : Association française des sociétés d'assurance  
 AFFSA : Agence française de sécurité sanitaire des aliments  
 AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé  
 ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé  
 CANAM : Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes  
 CCOMS : Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé  
 CEPS : Comité économique des produits de santé  
 CERMES : Centre d'études et de recherches médicales et sanitaires  
 CES : Collège des économistes de santé  
 CETAF : Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé  
 CIRUS CIEU : Centre interdisciplinaire de recherches urbaines et sociologiques  
 CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés  
 CNIS : Conseil national de l'information statistique  
 CNRS : Centre national de la recherche scientifique  
 COMPAQH (enquête) : Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière)  
 CREGAS : Centre de recherche en économie et gestion appliquées à la santé  
 CTIP : Centre technique des institutions de prévoyance  
 DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques  
 DGS : Direction générale de la Santé  
 DG SANCO : Direction générale Santé et protection des consommateurs  
 DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins  
 DIES : Développement, Innovation, Evaluation, Santé - Groupe d'études et de recherche  
 DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
 DREES-MIRE : DREES-Mission Recherche  
 DSS : Direction de la Sécurité sociale  
 ENSAE : Ecole nationale de la Statistique et de l'Administration économique  
 EPPM : Enquête permanente sur la prescription médicale  
 ESPS : Enquête Santé, Soins et Protection sociale  
 ESTEV : Enquête Santé, Travail Et Vieillesse  
 EUROSTAT : Office statistique des communautés européennes  
 FAQSV : Fonds d'aide à la qualité des soins de ville  
 FNMF : Fédération nationale de la mutualité française  
 FNMI : Fédération nationale de la mutualité interprofessionnelle  
 FNORS : Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé  
 GFEP : Groupe français d'épidémiologie psychiatrique  
 GIS : Groupement d'intérêt scientifique  
 GROG : Groupes régionaux d'observation de la grippe  
 HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie  
 HRS : Health and Retirement Survey  
 IDEP : Institut d'Economie publique  
 IHEA : International Health Economics Association  
 ILC : International Longevity Center  
 INCA : Institut national du cancer  
 INED : Institut national des 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  
INVS : Institut de veille sanitaire  
IREB : Institut de recherche sur les boissons  
IRES : Institut de recherches économiques et sociales  
ISQ : Institut de la statistique du Québec  
MSA : Mutualité sociale agricole  
MSSS : Ministère de la Santé et des services sociaux Québec  
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques  
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies  
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  
ORSMIP : Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées  
PSE : Paris-Jourdan Sciences Economiques  
RESP : Revue d'épidémiologie et de santé publique  
SAE : Statistique annuelle des établissements de santé  
SESSI : Service d'études des stratégies et des statistiques industrielles  
SFMG : Société française de médecine générale  
SFTG : Société de formation thérapeutique du généraliste  
SHARE : Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe  
SSHAD : Service de soins hospitaliers à domicile  
SSHRC : Social Science and Humanities Research Council  
UIESP : Union internationale pour l'étude scientifique de la population  
UNCAM : Union nationale des Caisses d'assurance maladie  
UNOCAM : Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire  
URCAM : Union régionale des caisses d'Assurance maladie  
URML : Union régionale des médecins libéraux