
Programme
de recherche
2021-2023

Activité 2020

IRDES

Février 2021

Document provisoire

EQUIPE

DIRECTION

Directeur	Denis Raynaud Directeur comptable et financier Marc Scholler
------------------	---

ADMINISTRATIF

Secrétaire générale	Sandrine Battut
Cadre administratif	Isabelle Henri
Assistante	Khadidja Ben Larbi

RECHERCHE

Directeurs de recherche	Yann Bourgueil, Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès, Zeynep Or
Maîtres de recherche	Damien Bricard, Cécile Fournier, Pascale Lengagne, Marc Perronnin, Sylvain Pichetti, Thierry Rochereau
Chargés de recherche	Anissa Afrite, Pierre Brasseur, Quentin Cau, Guillaume Chevillard, Fanny Duchaine, Maude Espagnacq, Coralie Gandré, Charlène Le Neindre, Antoine Marsaudon, Anne Penneau, Jonas Poucineau, Aurélie Pierre, Camille Regaert
Attachés de recherche	Fabien Daniel, Sébastien Gasior, Christophe Gousset, Stéphanie Guillaume, Leila Pellet, Frédérique Ruchon, Roseline Vincent
Chercheurs associés	Isabelle Bourgeois, Magali Coldefy, Roméo Fontaine, Carine Franc, Michel Grignon, Florence Jusot, Catherine Mangeney, Noémie Morize, Yasser Moullan, Michel Naiditch, Laure Pitti, Julien Silhol, Nicolas Sirven, Thérèse Stukel, Nadia Younès
Chercheurs associés - Doctorants	Estelle Augé, Matthieu Cassou, Dédé Sika Kossi, Myriam Lescher, Christophe Loussouarn, Noémie Malléjac

APPUI A LA RECHERCHE

Documentation	Marie-Odile Safon, Véronique Suhard
Publication - communication	Suzanne Chriqui, Franck-Séverin Clérembault, Anne Evans, Damien Le Torrec, Anna Marek
Informatique - Web	Jacques Harrouin, Aude Sirvain

Programme
de Recherche
2021-2023

Activité 2020

IRDES

Février 2021

SOMMAIRE

Introduction	13
PROGRAMME DE RECHERCHE	17
1. Axe 1 - Organisation et régulation des soins et services de santé	19
2. Axe 2 - Protection Sociale, Santé et Accès aux soins	24
3. Axe 3 – Intégration et financement des secteurs de santé, médico-social et social	27
4. Analyse des systèmes de santé et comparaisons internationales	31
4.1 Participation à des réseaux internationaux	31
4.2 Participation à des projets internationaux	33
5. Outils d'observation	36
Les outils d'observation.....	36
Sur le champ médico-social : handicap et dépendance	37
Programme de travail de l'Irdes en 2021 sur les outils d'observation	37
PROJETS	39
PROJETS NOUVEAUX NON COMMENCES OU COMMENCES EN 2020	41
Quel rôle joué par l'assurance maladie privée sur les inégalités territoriales d'accès aux soins ?..	43
Code projet : AMPRINTE	43
Période de réalisation : 2020-2023	43
Coronavirus Containment Policies and Impact on the Population's Mental Health	44
Code projet : COCLICO	44
Période de réalisation : 2020-2021	44
Comparaison et changement dans le financement des aides techniques pour les personnes handicapées – une étude internationale	45
Code projet : COMPATEC	45
Période de réalisation : 2019-2021	45
CRISORG : Organisations en crise.....	47
Code projet : CRISORG	47
Période de réalisation : mars 2021-mars 2022	47
DIAB-QUALI : Recherche qualitative auprès de personnes diabétiques sur les ressources mobilisées dans la gestion de leur santé	48
Code projet : DIAB_QUALI.....	48
Période de réalisation : 2020-2022	48
Déterminants de l'entrée en invalidité	50
Code projet : ENTRINV (Code à créer).....	50
Période de réalisation : 2021-	50
Evolution Temporelle et comparaison internationale des inEgalités de couverture par une complémentaire santé	51
Code projet : ETERNEL (pas encore créé).....	51

Période de réalisation : 2021-2023	51
Conséquences des restrictions d'accès aux soins liés à la pandémie de Covid-19	
sur les personnes en situation de handicap.....	52
Code projet : HANDICOVID	52
Période de réalisation : 2021-2025	52
Effets attendus des mesures en matière de santé de la stratégie nationale de prévention	
et de lutte contre la pauvreté : une revue de la littérature.....	54
Code projet : HIPOLIT	54
Période de réalisation : 2021	54
Covid-19 Health System Response Monitor	56
Code projet : HSRM.....	56
Comprendre les MEcanismes de proDUction des inégalités Sociales et tErritoriales d'accès	
aux soins.....	57
Code projet : MEDUSE.....	57
Période de réalisation : 2021-2024	57
Evaluation des missions accompagnement santé : identifier et reconcilier avec le système	
de santé des personnes en situation de renoncement aux soins.....	58
Code projet : MIAS	58
Financement : ce projet fera l'objet d'une convention de partenariat avec la Caisse nationale de	
l'Assurance maladie (CNAM).....	58
PrOmoting evidence-bASed rEformS	59
Code projet : OASES	59
Période de réalisation :	59
Période de réalisation : phase de discussion pour l'agrément final prévu début 2021.	
Projet sur 3 ans.....	59
Les pratiques paramédicales en soins primaires en France : étude de cas sociologiques	60
Code projet : PARAMED	60
Période de réalisation : 2020	60
Efficiencie territoriale des consommations de soins des personnes âgées.....	62
Code projet : PATE.....	62
Période de réalisation : 2020-2021	62
Partnership for global Health System Resilience and Sustainability – PHSSR.....	63
Code projet : PHSSR	63
Période de réalisation : 2020-	63
Impact des aidants familiaux et de l'environnement médico-social des personnes âgées	
dépendantes à domicile sur leurs prescriptions médicamenteuses.....	64
Code projet : POLYMED.....	64
Période de réalisation : 2021-2022	64

VARIabilité des pratiques en psychiatrie à travers trois prises en charge controversées :	
Isolement, Contention et Electroconvulsivothérapie	66
Code projet : VARICEL	66
Période de réalisation : 2021-2022 (la temporalité de certaines analyses est soumise à la date de disponibilité effective des données)	66
PROJETS EN COURS	67
Analyse des parcours de soins des sujets atteints de Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés (Masa) en France : approche longitudinale	69
Code projet : ALZHEIM	69
Période de réalisation : 2018-2020	69
Accompagnement du parcours en chirurgie orthopédique : évaluation du programme – Projet Apeco.....	71
Code projet : APECO (ex REA183)	71
Période de réalisation : 2017-2022	71
Evaluation de l'expérimentation d'un accompagnement thérapeutique de proximité	74
Code projet : ATP_IDF	74
Période de réalisation : 2018-2022	74
Cancers chez les personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : des défauts de parcours de soins ?.....	76
Code projet : CANOPEE	76
Période de réalisation : 2019-2022	76
Comorbidités et parcours de soins somatiques des personnes suivies pour un trouble psychique – Projet Colchique	77
Code projet : COLCHIC.....	77
Période de réalisation : 2019-2020	77
Gérer les High-Need, High-Cost Patients : une perspective internationale.....	79
Code projet : CWF_2	79
Période de réalisation : 2018-2019	79
Disparités spatiales d'accès au médecin traitant.....	81
Code projet : DIAMANT.....	81
Période de réalisation : 2018-2022	81
Évaluation clinique et étude d'impact économique de l'intervention de Conseillers en environnement intérieur (CEI) au domicile des patients asthmatiques (Protocole « ECENVIR »), volet économique	83
Code projet : ECENVIR (ex REA226)	83
Période de réalisation : 2012-2021	83
Conséquences de la sclérose en plaques sur les parcours professionnels en France - Etude EMOJI 'Effects of Multiple Sclerosis on Occupational Trajectories'	86
Code projet : EMOJI	86
Période de réalisation : 2019-2021	86

Dispositifs d'incitation des entreprises à la prévention des risques professionnels	88
Code projet : EMPINCEN	88
Période de réalisation : 2019-2021	88
Evaluation d'expérimentations article 51 de rémunération alternative à l'acte - Projet ERA2.....	89
Code projet : ERA2	89
Période de réalisation : 2019-2023	89
Assurance santé et bien-être social : dans quelle mesure les approches <i>ex ante</i> et <i>ex post</i> diffèrent ?.....	92
Code projet : EXPOST	92
Période de réalisation : 2018-2021	92
Effets de l'organisation et du financement des soins de longue durée en France sur la qualité de prise en charge sanitaire des personnes âgées dépendantes	94
Code projet : FINEHPAD	94
Période de réalisation : 2019-2022	94
Health Systems and Policy Monitor (European Observatory)	95
Code projet : HSPM (ex REA320).....	95
Période de réalisation : 2012-	95
Etude de comparaison internationale de systèmes d'indemnités journalières	96
Code projet : IJINT	96
Période de réalisation : 2016-2021	96
Information for action – Projet INFAC.....	97
Code projet : INFAC	97
Période de réalisation : 2018-2020	97
Evaluation des expérimentations de parcours de l'Insuffisance rénale chronique (IRC) et de la mise en place du forfait prévention	98
Code projet : IRC (ex REA019)	98
Période de réalisation : 2016-2018, 2020-2023.....	98
Licenciements économiques, pertes d'emplois et santé	102
Code projet : LEPESAN	102
Période de réalisation : 2019-2023	102
Migration des médecins et impacts sur la raréfaction de l'offre de soins.....	103
Code projet : MIGRARE	103
Période de réalisation : 2017-2021	103
Mobilité géographique des médecins généralistes libéraux	105
Code projet : MOBILIS	105
Période de réalisation : 2020-2022	105
Evaluation du projet PARI (Programme d'actions pour une retraite indépendante)	107

Code projet : PARI2 (ex REA228).....	107
Période de réalisation : 2015-2021	107
Approche spatio-temporelle des parcours de soins des victimes d'Accident vasculaire cérébral (AVC).....	
Code projet : PASOVAVC (ex REA067).....	110
Période de réalisation : 2014-2023	110
Premiers Pas : Trajectoires de soins et de droits des immigrants sans titre de séjour en France. 119	
Code projet : PREPAS (ex REA208)	119
Période de réalisation : 2016-2020	119
Pratiques spatiales d'accès aux soins – volet hospitalier.....	
Code projet : PSAS.....	121
Période de réalisation : 2017-2021	121
Pratiques spatiales d'accès aux soins ambulatoires	
Code projet : PSAS.....	123
Période de réalisation : 2014-2021	123
L'Assurance complémentaire en France, évaluation de l'Ani, exploitation des données PSCE 2017.....	
Code projet: PSCEANI.....	125
Période de réalisation : 2018-2021	125
Impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel en soins primaires sur la satisfaction des usagers – Projet PSPC (Patient Satisfaction in Primary Care).....	
Code projet : PSPC (ex REA005)	127
Période de réalisation : 2019-2022	127
Dépenses de santé et restes à charge des personnes bénéficiaires d'une reconnaissance administrative de handicap : Allocation aux adultes handicapés (AAH), pension d'invalidité, rente d'incapacité	
Code projet : RACAAHPI	129
Période de réalisation : 2018-2022	129
Dépenses de santé et coût de la dépendance des personnes âgées selon différentes catégories de dépendance	
Code projet : RACDEPPA	131
Période de réalisation : 2019-2022	131
Repenser les politiques de reste à charge : approches pluridisciplinaires (projet EQUI-Rac)	
Code projet : RACZEROX	133
Période de réalisation : 2019-2021 Lancement du projet en novembre 2019.....	133
Evaluation des rémunérations collectives pour les organisations de soins pluri-professionnelles de proximité – Projet EOS	
Code projet : RAF (ex REA020)	135
Période de réalisation : 2016-2022	135

Logiques et acteurs de la rétraction de l'offre hospitalière en France	140
Code projet : RETROH	140
Période de réalisation : 2017-2021	140
Assurance des risques professionnels et tarification à l'expérience	143
Code projet : RISKPRO	143
Période de réalisation : 2014-2021	143
Raréfaction de l'Offre de Soins et Adaptation des Médecins généralistes.....	145
Code : ROSAM	145
Période de réalisation : 2019-2022	145
Evaluation des expérimentations télésurveillance médicale – Projet Etapes	147
Code projet : TELESURV	147
Période de réalisation : 2017-2022	147
Impact de la diffusion des unités neurovasculaires (DIFFUNV) sur la qualité et le recours aux soins	150
Code projet : UNVDIFF	150
Période de réalisation : 2019-2021	150
Variations des pratiques médicales et analyse de pertinence des soins	151
Code projet : VARPRTI	151
Période de réalisation : 2015-	151
Etude des inégalités spatiales d'accès aux médecins spécialistes et construction de zonages pour quelques spécialités.....	153
Code projet : ZONAGSPE	153
Période de réalisation : 2019-2021	153
PROJETS TERMINES EN COURS DE VALORISATION	155
Mesure des niveaux d'accessibilité aux soins en Ile-de-France	157
Code projet : ACCESIDF (ex REA121).....	157
Évaluer l'impact de la coopération entre médecin généraliste et infirmière dans le cadre de l'expérimentation Asalée (Action de santé libérale en équipe) - Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation (Projet DAPHNEE)	159
Code projet : ASALEE (ex REA004)	159
Période de réalisation : 2013-2020	159
Évolution des comportements à risque des adultes jeunes	165
Code projet : ECORIAJ (ex REA229).....	165
Période de réalisation : 2017-2019	165
Analyse et prévision de l'évolution de la dépense en part complémentaire des bénéficiaires de la CMU-C.....	168
Code projet : FCMU	168
Période de réalisation : 2017-2019 – prolongation de la valorisation en 2021.....	168
Etude sur les privations de liberté des personnes en situation de handicap	170

Code projet : HAND_ONU	170
Période de réalisation : 2018-2019	170
Recours aux soins en cancérologie : une approche territoriale.....	171
Code projet : INACA (ex REA064)	171
Période de réalisation : 2013-2019	171
Comparaison internationale de l'organisation de médecine spécialisée de second recours en ambulatoire	174
Code projet : MEDSPE	174
Période de réalisation : 2018-2019	174
Évaluation de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa)	176
Code projet : PAERPA (ex REA018).....	176
Période de réalisation : 2013-2019	176
Coordination des soins en psychiatrie : une approche par les réseaux.....	181
Code projet : PSYCOORD.....	181
Période de réalisation : 2018-2020	181
Santé mentale et emploi	183
Code projet : SMEC	183
Période de réalisation : 2016-2021	183
APPELS A PROJETS REPONSES EN COURS	185
OUTILS D'OBSERVATION	189
Appariements Enquête santé et protection sociale (ESPS)-Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) : Appariement 2010-2016.....	191
Code projet : APPESPS.....	191
Période de réalisation : En continu jusqu'en 2021	191
Développement d'un distancier routier pour mesurer l'accessibilité spatio-temporelle aux soins en France métropolitaine	192
Code projet : DROMA.....	192
Période de réalisation : 2015-2021	192
ENQ_EHIS/EHIS19 - Enquête européenne par interview sur la santé (EHIS)	194
Code projet : EHIS19	194
Période de réalisation : 2016-2020	194
Financement : Le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) finance un sur- échantillon dans les Quartiers prioritaires de la ville (QPV) et le Centre scientifique et technique du bâtiment finance le projet de faire reposer sa campagne nationale Logement 2 sur les participants à l'enquête santé européenne.	194
ENQUETE EXECO	195
EXercice COordonné en soins primaires face à l'épidémie de COvid 19	195
Code projet : EXECO2	195
Période de réalisation : Mars 2020 – décembre 2020	195

Faisabilité de l'identification des situations de handicap à partir des données médico-administratives – Projet FISH	197
Code projet : FISH (ex REA236)	197
Période de réalisation : 2016-2021	197
Enquête sur les bénéficiaires de prestation du handicap (Enquête Phedre)	200
Code projet : PHEDRE	200
Période de réalisation : 2016-2021	200
Enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017	202
Code projet : PSCE17	202
Période de réalisation : 2015-2020	202
DOCUMENTATION	205
ANNEXE Produits documentaires 2020	216
PUBLICATIONS ET COMMUNICATION	217
ANNEXE 1 Charte des publications et supports de communication de l'Irdes	233
ANNEXE 2 Liste des publications des chercheurs en 2020	242
ANNEXE 3 Graphiques et interviews du mois	253
ANNEXE 4 Communiqués de presse et interventions médiatiques	258
ACTIVITE 2020	262
Activité académique.....	264
Collaborations suivies avec d'autres laboratoires	264
Participation à des comités scientifiques	265
Participation à des colloques, séminaires et workshops en 2020	268
Activités éditoriales	270
Activité d'expertise - Participation à des instances	272
Conseils et commissions institutionnels et autres.....	272
Comités de pilotage, groupes de travail et d'expertise.....	274
Auditions en 2020.....	277
Sociétés savantes et réseaux	277
Implication dans l'enseignement supérieur et la formation.....	278

INTRODUCTION

L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) est un centre de recherche appliquée et pluridisciplinaire fondé en 1985. La production de connaissances scientifiques sur l'organisation du système de santé comme sur la santé, les besoins et les pratiques de ses professionnels et usagers est essentielle pour faire émerger des politiques amenant plus d'efficacité, d'équité d'accès et des soins de meilleure qualité. La proximité des chercheurs avec les acteurs du système de santé et l'expertise accumulée sur la connaissance des données de santé favorisent la pertinence, la qualité, et donc la valeur ajoutée sociale de nos analyses. Enfin, la recherche n'est rien sans la capacité à transférer ses résultats aux décideurs, aux professionnels et au public.

Les domaines d'application que l'Irdes investigate s'inscrivent dans le cadre de la recherche en économie et sur les politiques, les soins et services et les systèmes de santé, croisant les regards pluridisciplinaires de l'économie, la géographie, la sociologie, la démographie et la santé publique. La multiplication des angles d'observation s'enrichit d'analyses mixtes, qualitatives et quantitatives.

L'Irdes produit des connaissances scientifiques, c'est-à-dire des résultats obtenus grâce à des méthodologies rigoureuses, permettant d'améliorer la compréhension du système et des politiques de santé et des pratiques de ses acteurs à travers des travaux de recherche originaux, des évaluations de politiques publiques et des travaux d'expertise. L'Institut réalise des enquêtes sur la santé, la protection sociale et l'accès aux services sanitaires ou médico-sociaux, et diffuse des données à destination de la recherche et pouvant alimenter la production de connaissance par d'autres acteurs. L'institut est en outre pleinement inséré dans les communautés académiques nationales et internationales des disciplines qu'il mobilise, tant au travers de participations à des enseignements, comités de lecture, sociétés savantes, qu'en tant que lieu de formation (stage de master, thèse, post-doctorat) ou organisateur de séminaires et colloques. La qualité et l'impact des travaux de l'Irdes se mesurent en termes de publications scientifiques dans des revues à comité de lecture, dans les publications et communications grand public éditées par l'Irdes, dans l'utilisation des publications par l'administration et les décideurs publics, dans les activités d'expertise auprès des acteurs du système de soins et dans la production de données pour la recherche et de systèmes d'information innovants. Elle se mesure aussi à l'aune de la multiplicité de ses collaborations, à la fois scientifiques, institutionnelles et avec les acteurs du système de santé, et de ses projets financés à travers des appels d'offre scientifiques.

Le cadre conceptuel économique est celui de la micro-économie de la santé, de l'assurance et du travail. Ce cadre permet d'analyser comment les choix des individus interviennent dans un jeu d'acteurs complexe où les comportements stratégiques du patient, du professionnel de santé, des organisations de délivrance des soins, de l'assureur et de l'employeur peuvent être déterminants. L'évaluation économique des politiques de santé vise à mesurer les effets causaux des politiques de santé sur différents résultats relevant de l'offre ou de la demande de santé, le plus souvent en termes d'efficacité et d'équité.

La géographie de la santé aborde quant à elle l'analyse des inégalités de santé des populations et de ses déterminants en considérant dans l'espace les variables (géomorphologiques, biogéographiques, sociales, économiques, culturelles,...) supposées pertinentes par rapport à l'indicateur de santé retenu, et dans le système social, les pratiques et politiques territoriales jouant sur la géographie de cet indicateur. Les facteurs d'offre sont pris en compte dans ce qui relève d'une contrainte territoriale, intégrant des dimensions telles que la disponibilité des soins, la densité, l'éloignement de l'offre, mais aussi dans une perspective d'explication des choix individuels de recours.

La sociologie de la santé, des professions et des organisations permet d'éclairer les pratiques et les interactions entre les acteurs, usagers comme professionnels. Elle permet de comprendre les liens entre les contextes, les politiques, les pratiques des acteurs, le fonctionnement des organisations et les transformations étudiées. Il s'agit également d'explorer les enjeux auxquels répondent certaines

innovations, leur déploiement et les usages qui en sont faits par les différents acteurs, ainsi que leur transposabilité à d'autres contextes.

La production de recherche à l'Irdes s'organise autour de trois axes.

Un premier axe de recherche porte sur l'organisation et la régulation des soins et services de santé. Ces derniers y sont appréhendés sous l'angle des outils de la gouvernance territoriale ainsi que des modes d'organisation et de régulation des offreurs. Les travaux portent tant sur les soins et services délivrés à l'hôpital qu'en ambulatoire, les soins primaires ou spécialisés, que sur les parcours entre ces différents secteurs, niveaux ou spécialisations. Les projets de recherche s'articulent autour de deux grandes thématiques ; la première a trait à l'accessibilité aux soins et services de santé, et la gouvernance territoriale du système de santé ; la seconde à l'analyse des transformations et innovations dans les pratiques professionnelles, les organisations et les financements. Le plus souvent, les recherches de l'axe s'appuient sur des méthodes mixtes associant différentes disciplines comme la géographie, la sociologie et l'économie ainsi que sur des données médico-administratives, d'enquêtes, d'entretiens ou observations.

Un second axe de recherche sur la santé, l'accès aux soins et la protection sociale, interroge l'équité et l'efficacité du système de santé du point de vue de la réponse aux besoins de soins de la population. Deux grandes thématiques s'y distinguent. La première traite des inégalités d'état de santé, des comportements différenciés des acteurs ainsi que de l'équité d'accès à l'assurance et aux services de santé. La seconde étudie des dispositifs de protection sociale en santé et au travail. Les travaux de recherche de cet axe s'appuient sur des données administratives et des données d'enquêtes, les deux sources étant fréquemment associées. La production d'enquêtes et de systèmes d'information innovants est une activité historique de l'axe.

Un troisième axe de recherche porte sur l'articulation et l'intégration des services et le financement des secteurs de la santé, du médico-social et du social. Il s'intéresse en particulier à la prise en charge de personnes ayant des besoins complexes, à la fois médicaux et sociaux, comme les personnes âgées dépendantes et les personnes en situation de handicap. La prise en charge de ces populations spécifiques nécessite de faire intervenir conjointement les secteurs d'activités traditionnellement cloisonnés que sont le sanitaire, le médico-social et le social. Les projets de recherche de cet axe se développent à partir des questionnements suivants : quelles sont les conséquences de ce cloisonnement entre les trois secteurs en termes d'accès aux services, de qualité des prises en charge et d'efficacité des ressources publiques ? Quelles sont les options d'organisation et de financement permettant d'améliorer la prise en charge globale des personnes âgées et des personnes handicapées ? Quels sont les facteurs d'iniquité d'accès aux droits et aux services ?

L'année 2020 a été perturbée par l'épidémie de Covid 19 et les deux périodes de confinement en avril-mai et en novembre-décembre. Cette période complexe a entraîné des retards sur certains projets (enquête Phèdre repoussée à 2021), a rendu plus difficile le travail collectif et l'organisation de manifestations scientifiques (1 seul conseil scientifique s'est tenu en 2020). Elle a été aussi un défi pour l'organisation du travail, avec notamment l'accélération spectaculaire du télétravail.

Cette crise a aussi démontré la capacité de réactivité et d'innovation des chercheurs de l'Irdes, qui ont développé des projets nouveaux, pour contribuer à la production de connaissance permettant de mieux comprendre cette crise et si possible d'apporter un éclairage aux pouvoirs publics. L'enquête Coclico permet d'éclairer les problématiques de santé mentale et de difficulté d'accès aux soins pendant le confinement, en population générale ou auprès de personnes souffrant de maladies chroniques ou de handicaps. L'enquête Premier Pas et la post-enquête menée auprès des structures accueillant des migrants sans papiers permet de mettre en évidence la vulnérabilité particulière des sans papiers au Covid. Le projet Handi-Covid est un prolongement du projet Fish afin d'identifier dans le SNDS les personnes souffrant de handicap et d'observer les conséquences du Covid sur leur accès au soin et leur état de santé. Le projet Execo étudie les réponses apportées à l'épidémie de Covid-19 par les acteurs et organisations de soins primaires dans différents types de territoires.

Enfin, l'Irdes a eu une participation particulièrement active pour alimenter la plateforme <https://www.covid19healthsystem.org/mainpage.aspx> mise en place par le Health System Response Monitor (HSRM) à la demande de l'OMS et de la Commission européenne, pour suivre les réponses des systèmes de santé à l'épidémie de Covid-19 dans une vingtaine de pays européens.

PROGRAMME DE RECHERCHE

1. AXE 1 - ORGANISATION ET REGULATION DES SOINS ET SERVICES DE SANTE

Animateurs : Damien Bricard, Cécile Fournier, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès

Contributeurs : Anissa Afrite, Damien Bricard, Guillaume Chevillard, Laure Com-Ruelle, Fanny Duchaine, Cécile Fournier, Coralie Gandré, Charlène Le Neindre, Véronique Lucas-Gabrielli, Lucie Michel, Julien Mousquès, Zeynep Or, Sylvain Pichetti, Matti Suchier, Vincent Schlegel

Chercheurs associés : Isabelle Bourgeois (Icône Médiation Santé), Magali Coldefy, Carine Franc (Cesp-Inserm), Christophe Loussouarn (Doctorant ; Erudite-Upec), Noémie Malléjac (Doctorante, Dauphine), Dédé Sika Kossi (Doctorante, FOR, Liraes – Université de Paris), Catherine Mangeney (Ors-Idf), Noémie Morize (Cso-SciencePo) , Yasser Moullan (Ceser), Laure Pitti (Crespaa-CSU, CNRS), Julien Silhol, Thérèse Stukel (Ices), Nadia Younès (Université Paris-Saclay UVSQ, Inserm)

Dans cet axe de recherche, les soins et services de santé sont appréhendés de façon globale, sous l'angle des outils de la gouvernance territoriale ainsi que des modes d'organisation et de régulation des offreurs. Les travaux portent tant sur les soins et services délivrés à l'hôpital qu'en ambulatoire, les soins primaires ou spécialisés, ou encore les parcours entre ces secteurs, niveaux ou spécialisations des soins et services. Le plus souvent, ils s'appuient sur des méthodes mixtes associant différentes disciplines comme la géographie, la sociologie et l'économie.

L'offre de soins et services de santé en France se caractérise notamment par une contrainte accrue sur les ressources financières et des innovations technologiques toujours plus onéreuses. Concernant les ressources humaines en santé, le niveau de dotation se trouve dans la moyenne des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Mais les professionnels sont inégalement répartis sur le territoire et on observe des situations problématiques selon les professions ou spécialisations. L'organisation et la régulation sont centralisées au niveau national, avec un pilotage dual entre l'État et l'Assurance maladie, avec une déconcentration partielle au niveau régional. Les offreurs sont historiquement cloisonnés et fonctionnent en silos avec des financements très majoritairement liés à l'activité. La fragmentation des parcours de soins peut conduire à des pertes de chance en termes de qualité et de pertinence des soins et des parcours.

Au cours des dernières décennies, la demande de soins et les besoins de santé ont connu des évolutions majeures. On observe une croissance et une complexification de la demande, liées à l'allongement de l'espérance de vie et à l'augmentation des maladies chroniques et des polyopathologies dont la survenue et la prise en charge sont marquées par des inégalités sociales et territoriales. L'attente d'une approche plus globale de la santé oblige à redéfinir les rôles, la division du travail et les collaborations entre les professions et les secteurs. Le rôle accru des usagers, des patients et de leurs proches vient interroger et modifier les pratiques professionnelles et l'organisation des soins et services de santé.

Pour tenter de réduire ces écarts entre les besoins et l'offre de soins et de services de santé, les politiques développent de nouvelles approches. La territorialisation de l'organisation et de la régulation au niveau régional, initiée depuis le milieu des années 1990, continue à s'accroître, avec notamment des schémas et programmes régionaux, des dispositifs d'appui à la coordination territoriale. La structuration des soins de premier recours vise à améliorer la réponse à la demande, de même que la coordination des parcours de soins à ce niveau de recours et avec les autres niveaux. L'appui à la coordination, voire à l'intégration de l'offre de soins et de santé, comprend, d'une part, des restructurations de l'offre hospitalière et des regroupements pluriprofessionnels en soins de ville, et, d'autre part, l'articulation entre ces différents échelons. La diversification des modes de

rémunération croît de même que la volonté d'expérimenter des paiements complémentaires ou alternatifs à la rémunération individuelle à l'activité. La diffusion de l'innovation numérique s'accélère et l'on perçoit les prémices de démarches d'analyse plus systématiques des données disponibles dans les systèmes d'information.

Ces nouvelles orientations de la politique de santé sont au cœur de projets de recherches, qui s'articulent dans cet axe autour des deux grandes thématiques détaillées ci-dessous. La covid-19 constitue un choc conjoncturel pouvant à terme avoir des conséquences structurelles, que nous avons dû prendre en compte rapidement dans nombre de nos projets au cours de l'année 2020 car l'épidémie et sa gestion politique rendent visibles certaines problématiques et influencent les transformations observées. La Covid 19 a soit constitué un événement ralentissant la mise en œuvre de projets de recherche en cours ou débutant, soit conduit à modifier des projets, parfois de façon substantielle, voire à en proposer de nouveaux.

L'accessibilité aux soins et services de santé et la gouvernance territoriale du système de santé

L'accessibilité aux soins et services de santé est un enjeu majeur pour les politiques de santé du fait de l'existence de disparités spatiales de l'offre de soins, médicale ou non, et des tendances à la baisse du nombre de médecins. La genèse et les évolutions spatio-temporelles de ces disparités sont partiellement documentées, si bien que la pertinence des mesures mises en œuvre afin de les réduire est rarement évaluée ni même questionnée. Les travaux de recherche menés ont ainsi pour ambition de développer des outils de mesure plus pertinents de l'accessibilité aux soins, de décrire l'expérience des patients en matière d'accessibilité, d'analyser les disparités territoriales. Il s'agit de se pencher sur les logiques de diffusion de certaines innovations technologiques ou organisationnelles, ou de rétraction de certains pans de l'offre de soins, de mieux comprendre les déterminants de l'installation et du maintien des professionnels et, enfin, d'évaluer l'impact des politiques qui visent à en améliorer la répartition (incitations financières et organisationnelles comme les maisons de santé, ou technologiques comme la télésurveillance).

Certaines recherches visent ainsi à améliorer la pertinence des outils de mesure de l'accessibilité aux soins et, notamment, de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) dont la déclinaison est en cours pour un certain nombre de spécialités médicales dans le cadre d'une collaboration avec l'Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France (projet ZONAGSPE p. 153). Ces projets s'appuient en particulier sur un nouveau distancier routier en cours de valorisation (projet DROMA p.192).

Les disparités territoriales d'offre de soins et services de santé et leurs dynamiques sont questionnées à travers plusieurs projets. En s'appuyant sur une démarche antérieure et dans le cadre du projet ROSAM (ci-infra), une nouvelle taxonomie visera à caractériser les inégalités territoriales de l'offre de soins et services de santé, de façon large, en France, de façon dynamique et synthétique (*i.e.* typologie des évolutions dans le temps et pour les différents types d'espaces ruraux et urbains). Les parcours géographiques et le maintien des médecins généralistes libéraux (en fonction de leurs caractéristiques et de leurs lieux d'installation) sont analysés dans le projet MOBILIS (p.105). La possibilité de trouver un médecin généraliste acceptant de suivre de nouveaux patients est questionnée dans le projet DIAMANT (fiche p.81). Les différentes stratégies d'adaptation des médecins généralistes confrontés à la raréfaction de leurs confrères sur leur territoire sont par ailleurs étudiées dans le projet ROSAM (fiche p.145). Dans le cadre d'une collaboration avec l'Ordre des médecins, et à partir de leur registre historicisé, l'impact de l'arrivée de médecins à diplômes étrangers est analysé en termes d'évolution des disparités territoriales (projet MIGRARE p.103). Le phénomène des déserts médicaux est par ailleurs abordé dans une perspective européenne dans le projet OASES (fiche p. 43) afin de renforcer la capacité des Etats à mener des réformes.

La logique de diffusion spatio-temporelle d'innovations organisationnelles ou technologiques est également étudiée à partir des Maisons de santé pluriprofessionnelles (projet EOS p.135) ou de la télésurveillance médicale (projet ETAPES p.147). L'impact de ces innovations est examiné sous l'angle de la réduction des disparités territoriales d'offre de soins et services en santé. Enfin, le processus et les acteurs de la rétraction des lits d'hospitalisation initiée dans les années 1970 sont étudiés dans le cadre des soins hospitaliers de courte durée (projet RETROH p. 140), avec des extensions en cours spécifique à la chirurgie et la réanimation, en partenariat avec l'UMR 8504 Géographie-cités.

Les recherches développées dans cette thématique visent aussi à étudier le processus de territorialisation de l'organisation et de la régulation au niveau régional, à interroger en quoi cela constitue une transformation majeure et à en identifier les conséquences. Il s'agit de suivre ou d'évaluer des outils/dispositifs (programmes, schémas, dispositifs d'appui territoriaux...) ainsi que l'émergence de niveaux et d'acteurs intermédiaires, des méso-tiers organisations qui s'immiscent entre financeurs et producteurs de soins et services. Les programmes d'évaluation sur la coopération entre médecins généralistes et infirmières (projet DAPHNEE p. 159), comme ceux en développement dans le cadre des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (projet ERA2 p. 89) s'intéressent également à l'expérience qu'en ont les usagers.

Transformations et innovations dans les pratiques, les organisations et les financements

Dans cette thématique, les pratiques de soins et les services délivrés sont appréhendés au regard de leurs éventuelles transformations liées à la coopération, la coordination ou l'intégration entre les offreurs, voire à une modification des modes de rémunération.

A ce titre, la psychiatrie, de par son organisation pionnière autour d'une sectorisation, est mobilisée ici comme champ d'exploration de méthodes innovantes de révélation et d'analyse de réseaux de soins entre établissements de santé et professionnels de ville (projet PSYCOORD p. 176). D'autre part, à la suite d'une recherche objectivant la surmortalité des personnes suivies pour des troubles psychiques sévères à l'échelle nationale en France et appelant des éléments explicatifs, des premiers travaux complémentaires sont développés visant à documenter leurs éventuelles disparités de recours aux soins somatiques courants (prévention, médecine générale, soins de spécialistes courants...) (projet COLCHIQUE p.77). Une approche mixte associant démarches qualitative et quantitative est également mobilisée afin d'objectiver de potentiels défauts de prise en charge tout au long de leurs parcours de soins pour une pathologie somatique traceuse, le cancer, et de comprendre les freins et leviers (notamment liés au système de santé) de l'accès et du suivi somatique des personnes vivant avec des troubles psychiques sévères (projet CANOPEE, p. 76). Enfin, le champ de la psychiatrie demeure caractérisé par des pratiques de prise en charge qui font débat (isolement, contention, électroconvulsivothérapie...). Un nouveau projet, vise à documenter leurs variations et leurs déterminants (caractéristiques propres des individus pris en charge, caractéristiques des établissements de santé, caractéristiques de leur environnement) pour permettre une évolution adéquate des pratiques (VARICEL p. 64).

Une étude sociologique de cas est également mise en place pour analyser la division du travail entre les professionnels paramédicaux en soins primaires et la coordination entre eux et avec les autres professionnels de santé et du secteur médicosocial, dans la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques et celle des personnes âgées à risque de perte d'autonomie (projet PARAMED p.60).

Les politiques de soutien à la coopération pluriprofessionnelle, à la coordination, voire à l'intégration sous la forme de regroupements pluriprofessionnels en MSP, se poursuivent et se diversifient. Dans ce cadre, les recherches évaluatives sur l'impact de ces transformations organisationnelles ou technologiques sont étendues à l'aide d'approches mixtes qualitatives et quantitatives mobilisant les disciplines de la géographie, de la sociologie ou de l'économie. Il s'agit

de comprendre les liens entre les contextes, les pratiques des acteurs, le fonctionnement des organisations et les transformations étudiées. Ainsi sont analysés l'environnement ou le contexte au sein duquel s'inscrivent ces transformations ou innovations, les enjeux auxquels elles répondent, leur déploiement au sein des organisations et les usages qui en sont faits par les acteurs (professionnels et usagers).

Le projet Comparaison internationale de l'organisation de médecine spécialisée de second recours en ambulatoire (MEDSPE p. 170), en collaboration avec le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM, France Stratégie), a proposé, par le prisme d'une comparaison internationale (Italie, Angleterre, Allemagne, Pays-Bas et Etats-Unis), d'analyser les rôles et fonctions des spécialistes dans le champ des soins de ville, dans différents pays, leur organisation et mode de financement, mais aussi leur articulation, avec les acteurs des soins primaires et l'hôpital.

Des cadres d'analyse quasi-expérimentaux sont mis en œuvre afin d'évaluer leurs impacts étant donné la multiplicité des acteurs concernés et des dimensions d'intérêt économique en la matière : efficacité productive (activité et productivité), efficacité allocative (volume et structure du recours et des dépenses, parcours de soins et coûts d'opportunité des soins hospitaliers), qualité, pertinence et équité des soins et services rendus. Les projets de recherche évaluative sur les politiques, les projets pilotes ou les expérimentations suivantes entrent dans ce cadre :

- L'intégration et la coopération pluriprofessionnelle à travers l'expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières Asalée (projet DAPHNEE p.159) ou l'évaluation des organisations de soins de proximité pluriprofessionnelles dont les financements collectifs sont pérennisés dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel (projet EOS p. 135), en collaboration avec les équipes du CESP (Inserm) et d'Erudite (Upec) ;
- La gestion des parcours et la coordination en amont ou en aval de l'hospitalisation, avec les projets portant sur : 1) le dispositif d'Accompagnement du parcours en chirurgie orthopédique de la hanche ou du genou (projet APECO p. 69) ; 2) le déploiement de la télésurveillance médicale pour diminuer le recours à l'hospitalisation (projet ETAPES p.147) ; 3) l'impact du déploiement des unités neurovasculaires (UNV) sur la prise en charge des patients victimes d'un AVC (projet UNVDIFF p.150), ou encore 4) la typologie de l'offre médicale hospitalière et de ville ainsi que médico-sociale disponible pour prendre en charge les patients victimes d'un AVC tout au long d'un parcours parfois long allant jusqu'au handicap (PaSoV-AVC, volet offre, p. 74).
- Les innovations tarifaires et organisationnelles appuyées par la mise en place d'un fonds, comme le contrat d'intéressement sur gains d'efficacité pour des groupements d'acteurs, ou la rémunération collective forfaitaire et substitutive à l'acte en exercice pluriprofessionnel de la DSS, DGOS et de la Cnam (Incitation à la prise en charge partagée [IPEP] et Paiement en équipe de professionnels de santé [PEPS], projet ERA2 p.89) ou comme le financement de projets pilotes et la mise en place d'un forfait prévention pour améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique (projet IRC p.98).
- Les réponses apportées à l'épidémie de Covid-19 par les acteurs et organisations de soins primaires dans différents types de territoires (projet EXECO², construit à la croisée des projets EOS, ERA2 et PARAMED)
- L'expérimentation d'un dispositif co-construit de formation, de ressources et d'évaluation de la mise en place d'un Accompagnement thérapeutique de proximité par des médecins libéraux (projet ATP_IDF, p.74)

- Le projet DIAB-QUALI, recherche qualitative sociologique menée en collaboration avec Santé publique France et l'Université de La Réunion, explore également la manière dont les patients diabétiques de type 2 mobilisent les ressources disponibles dans leur environnement pour bien vivre avec cette maladie.

2. AXE 2 - PROTECTION SOCIALE, SANTE ET ACCES AUX SOINS

Animateurs : Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Pascale Lengagne, Aurélie Pierre

Contributeurs : Damien Bricard, Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Coralie Gandré, Charlene Le Neindre, Pascale Lengagne, Véronique Lucas-Gabrielli, Antoine Marsaudon, Marc Perronnin, Aurélie Pierre, Denis Raynaud, Camille Regaert

Chercheurs associés : Magali Coldefy, Carine Franc, Michel Grignon, Florence Jusot, Nicolas Sirven

L'axe Protection sociale, santé et accès aux soins a pour ambition d'éclairer les questions relatives à la santé, la protection sociale et l'accès aux soins dans une perspective d'analyse des politiques publiques en population générale ou au sein de populations spécifiques. Les travaux réalisés interrogent l'efficacité et l'équité des systèmes de protection sociale en santé. Ils comprennent des travaux d'évaluation et d'analyse de politiques publiques, des travaux de recherche appliquée, ainsi que des travaux méthodologiques. La production d'enquêtes et de systèmes d'information innovants est une activité historique de l'axe.

Les travaux de l'axe sont traversés par les problématiques d'équité. L'état de santé de l'ensemble des individus d'une société ne peut être amélioré en augmentant simplement les ressources affectées à son système de santé. En France, et dans tous les pays développés, la croissance de l'espérance de vie des cinquante dernières années s'est accompagnée, non seulement d'une augmentation de la prévalence des maladies chroniques, mais aussi d'un maintien, voire d'une augmentation, des inégalités de santé entre groupes sociaux. Les acteurs du système de santé n'en ont perçu l'importance qu'avec retard et les politiques dans et hors du système de santé n'ont pas su répondre adéquatement à cet enjeu.

Les recherches de l'axe empruntent à l'économie, la géographie, la santé publique et à la sociologie. Les approches pluridisciplinaires et mixtes, qualitatives-quantitatives, y sont particulièrement présentes.

Les objets étudiés s'expriment en termes d'état de santé et de prévention, de recours aux services de santé, d'assurance, de situation sociale, d'emploi, de conditions de travail, de carrières professionnelles, de distances aux services de santé. Le recours aux services de santé recouvre, d'une part, l'accès aux soins dans ses dimensions géographique, financière, informationnelle ou d'interaction avec l'offre de soins et, d'autre part, la consommation de soins, mesurée à travers des dépenses, des trajectoires, l'expérience du patient.

Les travaux de recherche ont un fort contenu empirique, qui s'appuie sur des données administratives et des données d'enquête, les deux sources étant fréquemment associées. Ces données sont pour une grande partie produites par les chercheurs de l'axe associés aux ingénieurs de recherche de l'Irdes, experts en méthodologie d'enquête et en traitement de larges bases de données administratives. La production de données vise à satisfaire les besoins des recherches de l'axe, mais elles sont aussi mises à disposition de la communauté de recherche.

2020 et 2021 voient l'émergence des problématiques liées à **l'épidémie de Covid** et aux politiques de confinement. Les chercheurs de l'axe 2 ont participé la production de connaissances à travers des travaux portant sur les conséquences des politiques de confinement sur la santé mentale, l'accès aux soins de la population française, et sur plusieurs groupes de populations fragiles ; les personnes atteintes de problèmes de santé nécessitant un suivi médical régulier, les personnes atteintes de maladies chroniques graves ou de handicap, enfin les personnes immigrées en situation irrégulière (projets COCLICO et Premiers pas).

Maladies chroniques, comportements de santé, et analyse des parcours de soins

Le projet ECENVIR vise à mesurer l'efficacité de l'intervention de conseillers en environnement intérieur auprès des asthmatiques à partir d'une enquête clinique appariée aux données du Système national des données de santé (SNDS) (projet ECENVIR, p.83). Une autre étude cherche à identifier les déterminants individuels et contextuels des comportements à risques considérés conjointement (projet ECORIAJ, p.165).

Une série de travaux portent sur les parcours de soins relatifs à trois pathologies. L'accident vasculaire cérébral (AVC), ses facteurs de risque et ses conséquences font l'objet d'études interrogeant, sur une décennie, les parcours de soins hospitaliers et post-phase aiguë des victimes d'AVC, les résultats en santé et les coûts, au regard de l'offre existant localement (projet PASOVAVC, p. 74). Une analyse est également menée sur les parcours de soins des sujets atteints de Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés (Masa) [projet ALZHEIM p.69]. Dans le champ de la santé mentale, faisant suite à des projets précédents sur la surmortalité des personnes suivies pour des troubles psychiques sévères en France (projet PSPC p.127) et des disparités de recours aux soins somatiques courants en comparaison de la population générale, une nouvelle recherche mixte porte sur les inégalités des parcours de soins de patients atteints de cancer (projet CANOPEE p.76).

Accès territorial aux services de santé

L'analyse des déterminants individuels de l'accès territorial aux soins porte sur les recours ambulatoires et hospitaliers. Les choix de consulter un médecin ou un établissement, en particulier quand ils ne sont pas les plus proches, sont analysés à l'aune de déterminants individuels (âge, besoin de soins, statut d'emploi des patients), de déterminants relevant de l'offre de soins (disponibilité et éloignement de l'offre), mais aussi des dépassements d'honoraires. L'analyse du recours hospitalier couvre l'ensemble des séjours réalisés en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Elle prend en compte les caractéristiques des séjours hospitaliers et des établissements de santé en accordant une attention particulière aux indicateurs de qualité et de sécurité des soins (projet PSAS, p. 121). Ces travaux seront également étudiés sous l'angle des inégalités de couverture par une complémentaire santé.

Assurance et accès aux soins

Les travaux sur l'assurance portent actuellement sur le partage entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance complémentaire privée, l'évaluation de la généralisation de la complémentaire d'entreprise, l'analyse de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), devenue Complémentaire santé solidaire (CSS), et de l'Aide médicale de l'État (AME).

Plusieurs recherches participent de l'évaluation de l'Accord national interprofessionnel (Ani) [projets PSCEANI p. 119, PSCE17 p. 197]. Ils visent à étudier les conséquences de l'expansion de l'assurance complémentaire d'entreprise et à proposer, de façon plus générale, des analyses sur le partage entre les couvertures obligatoire et complémentaire. Ces travaux s'appuient en particulier sur l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017, qui interroge un large échantillon d'établissements et de salariés sur les contrats de couverture complémentaire d'entreprise.

Un travail de prévision de l'évolution de la dépense en part complémentaire des bénéficiaires de la CMU-C porte sur les déterminants de l'évolution des coûts en part complémentaire de la CMU-C et vise à proposer un modèle de prévision de ces dépenses (projet FCMU p. 156).

L'accès aux soins des personnes précaires est traité dans une évaluation des Missions accompagnement santé de l'Assurance maladie (projet MIAS p. 43). Une recherche portant sur

la distribution sociale des restes à charge analyse leur l'impact sur le niveau de vie, l'épargne et les consommations non médicales des ménages (projet Equi-RAC).

Le projet Premiers Pas porte sur les trajectoires de soins et de droits des personnes sans titre de séjour à travers des analyses pluridisciplinaires (projet PREPAS p.119). Les travaux quantitatifs s'appuient sur l'enquête Premiers pas, réalisée auprès de personnes sans titre de séjour à Paris et dans la métropole de Bordeaux.

Santé, parcours professionnels et marché du travail

Une première série de travaux s'intéresse aux conditions de travail, aux arrêts maladie, aux dispositifs d'indemnisation des arrêts de travail et à l'assurance des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Ces travaux incluent une comparaison internationale de systèmes d'indemnités journalières (projet IJINT p.96), mais aussi l'évaluation de politiques publiques. Un ensemble de travaux portent sur l'impact des modulations des cotisations des entreprises au titre des risques professionnels sur la sinistralité et les comportements de prévention des entreprises. En particulier, l'individualisation de la tarification sur les pratiques des entreprises a-t-elle pour effet de les inciter à réduire les expositions aux risques professionnels ? Les incite-t-elle à développer des démarches préventives ? (projet RISKPRO p. 127).

Une seconde série de travaux portent sur les liens entre la santé et le marché du travail. Les effets des suppressions d'emploi sur la santé mentale des salariés et l'impact à long terme de la perte d'emploi sur la situation des individus sur le marché du travail et leur état de santé sont étudiés dans le contexte français (projet LEPESAN, p.102). Une seconde recherche porte sur la relation entre santé mentale et situation d'emploi dans le contexte de la Grande récession (projet SMEC, p. 183).

Les travaux réalisés sur la santé au travail s'appuient pour partie sur la Base Hygie. Celle-ci, construite dans une large collaboration (Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam), Assurance retraite, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) et Sécurité sociale des indépendants (SCI)), rassemble des informations sur les arrêts de travail, des données individuelles en rapport avec l'emploi occupé (salaire, ancienneté, etc.) et la trajectoire professionnelle, des données relatives à l'employeur (secteur d'activité, masse salariale, etc.) et des données de consommations médicales.

3. AXE 3 – INTEGRATION ET FINANCEMENT DES SECTEURS DE SANTE, MEDICO-SOCIAL ET SOCIAL

Animateurs : Zeynep Or, Sylvain Pichetti, Anne Penneau

Contributeurs : Damien Bricard, Pierre Brasseur, Maude Espagnacq, Coralie Gandré, Stéphanie Guillaume, Zeynep Or, Anne Penneau, Sylvain Pichetti, Camille Regaert

Chercheurs associés : Roméo Fontaine, Nicolas Sirven, Emmanuelle Leray, Emmanuel Duguet, Michel Naiditch

Le vieillissement de la population pose de nouveaux défis aux systèmes de santé et social. La prise en charge de personnes ayant des besoins à la fois médicaux et sociaux, comme les personnes âgées dépendantes et les personnes en situation de handicap, est complexe. Cette prise en charge a la particularité de faire intervenir simultanément plusieurs secteurs d'activités traditionnellement cloisonnés : le sanitaire, le médico-social et le social, et nécessite une vision globale des besoins. Face à une demande croissante en matière de soins et de besoins d'accompagnement sociaux et médico-sociaux, développer une approche globale s'avère crucial à la fois pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées qui ont des besoins d'accompagnement divers et très différents selon l'origine du trouble (moteur, sensoriel, cognitif, psychique...). L'intégration et l'organisation des soins de ces personnes doit en outre pleinement intégrer mais également protéger les aidants familiaux qui sont des acteurs centraux dans la prise en charge à domicile.

Cet axe de recherche englobe les questions d'organisation et de financement des services de santé, médico-sociaux et sociaux afin d'explorer les possibilités et les moyens d'intégration. L'intégration peut être définie comme le rapprochement, dans la gestion, des services et des ressources afin d'améliorer l'accès, la qualité, l'efficacité des services et la satisfaction des usagers. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) met l'accent sur le besoin d'encourager des approches plus holistiques et personnalisées des besoins de santé multidimensionnels. L'intégration des soins et des services sociaux requiert que les besoins de chaque individu soient évalués dans leur ensemble afin que les éléments d'information nécessaires à la prise en charge, tant médicale que sociale, soient partagés facilement entre les différents acteurs ou professionnels. Les défis sont nombreux : évaluer l'ensemble des besoins d'une personne, assurer des services cohérents, coordonner les multiples fournisseurs, assurer la continuité, soutenir les familles et les aidants, dans les limites du financement et des ressources disponibles.

Cette nécessité d'une vision globale et intégrée est au cœur des débats actuels sur l'opportunité de créer une cinquième branche de l'Assurance maladie, dite « branche autonomie » inscrite dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021. Cette cinquième branche interroge la place et le rôle historique des départements dans le financement et l'organisation de la prise en charge médico-sociale des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. L'Axe 3 de notre programme de recherche vise à alimenter une réflexion scientifique permettant d'éclairer les enjeux économiques et politiques publiques qui y sont associés. La récente crise sanitaire liée à la Covid 19 qui a frappé durement les personnes âgées les plus fragiles a mis en lumière les difficultés des établissements pour les personnes âgées dépendantes (Ehpad) et les dysfonctionnements existants dans l'articulation des soins entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Le confinement associé à cette crise a par ailleurs provoqué une désorganisation des services d'accompagnements et une réduction de l'accès aux soins, particulièrement préjudiciables pour ces populations.

Dans un contexte de croissance du nombre de personnes âgées dépendantes, mais aussi d'une reconnaissance plus grande du handicap, nous interrogeons notamment les sources et modes de financement pour étudier à la fois le coût global et l'efficacité de leur prise en charge. Nous

cherchons également à mieux comprendre l'articulation des services de santé et médico-sociaux en quantifiant l'impact de la configuration de l'offre médicale et médico-sociale sur les dépenses. Ces questions sur l'efficacité appellent de meilleures définitions et mesures de la qualité des prises en charge des personnes concernées. Pour les personnes handicapées, bien que les dispositifs soient différents, les questions de coûts et de qualité de prise en charge se posent également, tant sur la partie sanitaire que sociale.

Les projets de recherche se développent à partir des questionnements suivants : quelles sont les conséquences de ce cloisonnement entre les trois secteurs en termes d'accès aux services, de qualité des prises en charge et d'efficacité des ressources publiques ? Quelles sont les options de financement et d'organisation permettant d'améliorer la prise en charge globale des personnes âgées et des personnes handicapées ? Quels sont les risques d'iniquité d'accès aux droits et aux services ? Les projets sont rassemblés autour de deux thèmes.

Performance des modes d'organisation

Le premier champ d'étude rassemble des analyses sur la performance des secteurs sanitaires et médico-sociaux (coordination, articulation, financement). On cherche à mesurer l'efficacité allocative des ressources publiques, en interrogeant l'articulation des acteurs médicaux et sociaux pour mieux prendre en charge des personnes à besoins multisectoriels. Nous avons notamment pour objectif d'évaluer l'impact des innovations organisationnelles censées améliorer la coordination entre les trois secteurs. La recherche autour du projet d'évaluation de l'expérimentation Parcours santé des aînés (PAERPA) a permis d'identifier les variations dans la configuration de l'offre locale et différentes formes d'intégration (projet PAERPA, p. 182). Au-delà de l'évaluation de l'impact des changements organisationnels introduits dans l'expérimentation, nous avons interrogé le coût et la qualité des prises en charge des personnes âgées à différents niveaux territoriaux. Nous exploiterons ces données territoriales pour interroger l'efficacité allocative des ressources déployées dans les territoires et le degré de substitution et/ou de complémentarité entre différents types de soins et de services médico-sociaux (projet PATE, p.62). En collaboration avec le Centre hospitalier universitaire de Toulouse (Institut Préserve'âge), dans un projet analysant la prise en charge des Personnes Atteintes de Maladie d'Alzheimer (PAMA), nous analysons plus spécifiquement les déterminants des variations de parcours (et des ruptures dans les parcours) dans une approche territoriale (projet ALZEHEIM, P.69). Le projet Programme d'actions pour une retraite indépendante (Pari), mené en collaboration avec l'Université Paris Descartes (Liraes), cherche par ailleurs à étudier l'impact des interventions médico-sociales ciblées pour les personnes en situation de fragilité économique, sociale et sanitaire dans le but de prévenir la perte d'autonomie, sur la consommation médicale (projet PARI2, p.107). Le projet POLYMED a pour objectif de caractériser l'impact de l'environnement familial (aidants familiaux) et médico-social (aidants professionnels) des personnes âgées dépendantes vivant à domicile sur leurs prescriptions médicamenteuses, mesurées à la fois en termes de polymédication et de prescriptions inappropriées (projet POLYMED, p.64). Une autre thématique d'étude porte sur la performance des services et des établissements médico-sociaux, dont les financements s'inscrivent à la croisée de ces trois secteurs. Ainsi, dans le cadre d'une thèse de doctorat, nous questionnons l'organisation, l'articulation et le financement des soins de longue durée en France et son impact sur la qualité de prise en charge sanitaire des personnes âgées dépendantes en établissements d'hébergements (Ehpad) (Projet FINEHPAD, p. 94). Nous analysons également les variations des parcours de soins des personnes âgées qui ont des besoins de soins complexes dans un projet international en exploitant les données administratives de douze pays pour identifier les marges de progrès possible par des comparaisons internationales. Ce

projet, porté par l'Université de Harvard mobilise des équipes de chercheurs dans 12 pays (CWF_2, p.79).

L'équité d'accès aux droits et prestations

Le deuxième champ d'étude vise à améliorer la connaissance de l'accès aux droits des personnes qui ont des besoins sanitaires et sociaux, et les conséquences de cet accès en termes d'équité. Ces personnes peuvent potentiellement accéder à une multitude de droits et d'aides qui relèvent de sources de financement différentes (Assurance maladie, départements, Etat...), ce qui conduit à une prise en charge hétérogène et pose question en termes d'équité. Cette juxtaposition des différentes prises en charge conduit à réfléchir à un usage novateur de données administratives ou à la mise en place d'enquêtes spécifiques pour identifier les conséquences financières et sociales de ce cloisonnement. Plusieurs questions d'équité sont traitées pour les personnes en situation de handicap. La première interroge les conséquences financières en termes de restes à charge sanitaires (projets RACAAHPI p. 129 et RACDEPPA p.131), la seconde s'intéresse au parcours professionnel avant l'entrée dans le handicap, dans le cadre du projet « Déterminants de l'entrée en invalidité » (fiche p.50) tandis qu'un troisième champ s'intéresse plus spécifiquement aux conséquences de la pandémie de Covid 19 sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

A partir des données du DCIR de l'année 2016, le projet « Dépenses de santé et restes à charge des personnes bénéficiaires d'une reconnaissance administrative de handicap (AAH, pension d'invalidité, rente d'incapacité) » s'emploie à mesurer la variabilité des restes à charge sanitaires des personnes en fonction de leurs reconnaissances administratives ainsi que l'impact de la mise en place de la couverture santé solidaire sur le reste à charge des bénéficiaires de l'AAH (fiche p. 131). Cette problématique du reste à charge sera également étudiée pour les personnes âgées dépendantes à partir de l'enquête Capacités, aides et ressources des seniors (CARE) appariée aux données du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram). Cette enquête permet d'avoir différentes visions de la dépendance (bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa), types de limitations, recours aux aidants...), ce qui rend possible de proposer diverses estimations du reste à charge complet (sanitaire et médico-social), analyses qui seront conduites dans le cadre du projet « Dépenses de santé et coût de la dépendance des personnes âgées selon différentes catégories de dépendance » (projet RACDEPPA p. 131). Un prolongement de cette étude pourra porter sur le coût social de la dépendance pour ces populations.

Dans un second projet, nous cherchons à établir les déterminants du parcours professionnel conduisant à une reconnaissance administrative de handicap (invalidité ou AAH), à partir des données de la base Hygie sur les carrières professionnelles (projet p.129). Dans un premier temps, le projet EMOJI sur les conséquences de la sclérose en plaques sur le parcours professionnel a été lancé en collaboration avec l'EHESP. L'un des objectifs de ce projet est de comprendre les déterminants de la mise en invalidité d'une pathologie connue. Nous étendrons ensuite ces travaux à l'ensemble des pathologies afin de mieux comprendre comment les carrières professionnelles déterminent l'entrée en invalidité. Plusieurs facteurs sont en effet susceptibles d'influencer une entrée en invalidité plus ou moins précoce : la stabilité de la carrière professionnelle, la longueur des périodes de chômage, les caractéristiques des secteurs d'activité... Dans une seconde étape, nous comparerons les parcours conduisant à l'invalidité aux parcours suivis par les bénéficiaires de l'AAH.

Dans le cadre de la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19, la survenue de détresse psychologique et l'évolution du suivi médical et médico-social des personnes vivant avec une maladie chronique ou un handicap ont été documentées par une enquête dédiée à cette population dans le cadre d'un projet portant sur les impacts des politiques de confinement sur

la santé mentale des populations (projet COCLICO, p.44). Des perspectives de recherche, mobilisant les données du SNDS, visent à documenter les impacts à plus long terme des restrictions d'accès aux soins et services d'accompagnement des personnes vivant avec un handicap psychique ou moteur au cours de la crise sanitaire, en mobilisant un faisceau d'indicateurs complémentaires (espérance de vie, hospitalisations évitables, etc.) (Projet HANDICOVID). L'identification des populations d'intérêt dans le SNDS reposera sur la mobilisation des algorithmes du projet FISH (voir section 'Données et enquêtes').

Enfin, le projet de comparaison internationale sur l'accès aux aides techniques COMPATEC (fiche p.45) va permettre de positionner les dépenses et restes à charge liés aux aides techniques observés en France par rapport à d'autres pays comparables et de mieux comprendre pourquoi certains pays ont fait évoluer leur politiques de financement et d'accès aux aides techniques.

Données et enquêtes

Pour pouvoir étudier finement les populations handicapées ou dépendantes, des enquêtes spécifiques sont nécessaires : handicaps-incapacités-dépendance (HID), Handicap-Santé (HS), CARE. Ces enquêtes ont lieu au mieux tous les dix ans, la prochaine sera sur le terrain en 2022. En l'absence de données régulièrement actualisées sur le handicap, l'Irdes a développé une réflexion innovante pour fournir à la communauté scientifique des moyens d'identification des personnes handicapées à partir de bases de données qui n'ont pas pour vocation initiale l'étude de ces populations, telles que celles du SNDS. Le projet « Faisabilité d'identification des situations de handicap dans les données de l'Assurance maladie » (Fish) est développé pour explorer la possibilité d'identifier les personnes potentiellement handicapées à partir de leurs consommations de soins (projet FISH p.197).

L'Irdes est également co-maîtrise d'ouvrage de l'enquête « Prestation de compensation du Handicap : Exécution dans la Durée et Reste à charge » (Phedre), dont le terrain était prévu début 2020 reporté jusqu'à ce que les conditions sanitaires le permettent (projet PHEDRE p. 200). Cette enquête permettra d'évaluer la Prestation de compensation du handicap (PCH) autour de deux objectifs : la capacité des bénéficiaires à la mettre en place et la part de la prise en charge financière de la prestation dans les éléments qui sont accordés. Ce deuxième point apportera des connaissances sur le reste à charge final après prise en compte de la participation de tous les co-financeurs, information qui n'était pas disponible jusque-là. Depuis plusieurs années, des travaux pour mettre à disposition des chercheurs des données médico-administratives portant sur les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées sont en cours. Les premières bases telles que Resid-Ehpad sont déjà disponibles, d'autres sources seront prochainement mises à disposition (bases de données des *Maisons départementales des personnes handicapées* (MDPH) intégrées au SNDS, Resid-ESMS complet, ...), ce qui participera d'enrichir les projets et les problématiques de l'axe.

4. ANALYSE DES SYSTEMES DE SANTE ET COMPARAISONS INTERNATIONALES

Les systèmes de santé en France et dans les autres pays industrialisés font face à des défis similaires auxquels chacun répond différemment, avec des forces et des faiblesses distinctes. La pandémie de Covid-19 a mis à l'épreuve les systèmes de santé de nombreux pays au-delà de leurs limites, même ceux qui étaient autrefois considérés comme des pionniers en matière de santé. Il a douloureusement exposé les dysfonctionnements des systèmes de santé et les inégalités de santé qui risquent de s'aggraver du fait de la récession économique provoquée par la pandémie.

Pourtant, cette pandémie offre également une brève fenêtre d'opportunité pour agir. Elle a généré une sensibilisation sans précédent dans le monde, et mis en évidence le besoin de repenser et reconstruire les systèmes de santé plus résilients et durables. Les collaborations internationales de l'Irdes en 2020 sont marquées par le besoin de suivre les politiques de santé dans différents pays et d'identifier les mesures plus ou moins innovantes.

Dès le mois de mars, à la demande de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de la Commission européenne, un suivi des réponses des systèmes de santé à l'épidémie de Covid-19 a été mis en place par le Health System Response Monitor (HSRM) auquel l'Irdes participe depuis des années. Cette nouvelle plateforme (<https://www.covid19healthsystem.org/mainpage.aspx>) a permis de comparer les politiques de gestion de l'épidémie de Covid-19 et ses conséquences dans une vingtaine de pays européens, et est utilisée largement par de nombreuses instances internationales pour développer des recommandations (Fiche p.56). En 2020, l'Irdes s'engage également dans un nouveau partenariat pour la résilience et la soutenabilité des systèmes de santé (Partnership for Global Health System Resilience and Sustainability – PHSSR). Ce projet initié par la London School of Economics, et soutenu par le Forum économique mondial (WEF) et AstraZeneca, vise à développer des connaissances sur la durabilité et la résilience des systèmes de santé, de manière à pouvoir les mesurer dans différents contextes nationaux et élaborer des solutions en facilitant la collaboration transfrontalière et intersectorielle ainsi que l'échange international de connaissances (Fiche p. 60).

Par ailleurs, les travaux internationaux à l'Irdes, à travers des réseaux internationaux et des projets européens spécifiques, contribuent à comparer les politiques de santé et leur performance afin d'identifier des idées nouvelles et des preuves solides qui permettront d'améliorer la performance du système de santé en France. L'Irdes s'attache à contribuer pleinement aux débats sur les questions d'économie et de politiques de santé au niveau international.

4.1 Participation à des réseaux internationaux

Commonwealth Fund - La bourse Harkness

<http://www.irdes.fr/recherche/partenariats/harkness-fellowships-in-health-care-policy-and-practice/actualites.html>

L'Irdes collabore avec le Commonwealth Fund qui invite les chercheurs, cadres de l'administration de la santé, cliniciens, directeurs d'établissements de soins et d'organismes d'assurance, journalistes français, à poser leur candidature pour l'obtention d'une bourse Harkness (Harkness Fellowships in Health Care Policy and Practice). Cette bourse prestigieuse donne l'occasion de passer douze mois aux États-Unis et d'étudier les réformes et innovations du système de santé Outre-Atlantique. Deux directeurs de recherche de l'Irdes ont obtenu cette bourse. Julien Mousquès a été accueilli entre août 2015 et septembre 2016 par le Dartmouth Institute où il a étudié l'efficacité des différentes formes d'Accountable care organisations (ACO). Paul Dourgnon a été accueilli entre août 2016 et septembre 2017 par le Center for Health Policy Research à l'Université de Californie (UCLA), à Los Angeles, où il a travaillé sur la santé des migrants.

Health Systems and Policy Monitor (HSPM)

<http://www.hspm.org/mainpage.aspx>

Le réseau Health Systems and Policy Monitor (HSPM) vise à améliorer les « Evidence-Based » pour les politiques de santé. La participation au réseau HSPM implique un suivi régulier des réformes du système de santé en France et ailleurs. Ce réseau, à travers une plate-forme innovante, fournit une description détaillée des systèmes de santé de tous les pays de l'Europe élargie, ainsi que l'Australie, le Canada et les Etats-Unis. Il donne également accès à des informations à jour sur les réformes et les changements de politiques récents. L'objectif de ce réseau est d'aider les décideurs publics, les professionnels de santé et les chercheurs à suivre les réformes et les changements des systèmes de santé nationaux en Europe. Il est financé par l'Observatoire européen des systèmes de santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'Irdes participe depuis 2010 à ce dispositif qui rassemble des chercheurs pluridisciplinaires engagés dans la recherche sur les systèmes de santé (fiche p.95).

En 2020, ce réseau a été mobilisé pour développer une plate-forme de suivi des réponses des systèmes de santé à l'épidémie de Covid-19 fournissant un outil de comparaison directe par grande thématique des politiques mises en œuvre dans les différents pays.

- Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, *Health Systems and Policy Monitor Network Meeting*, La Valette (Malte), 16-17 octobre 2019, Gandré C., Or Z.
- Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, *Health Systems and Policy Monitor Network Meeting*, online, 27-30 octobre 2020, Or Z, Gandré C.

Wennberg International Collaborative

<http://www.wennbergcollaborative.org/>

L'Irdes poursuit sa collaboration sur le thème des variations des pratiques médicales avec le Wennberg International Collaborative, réseau de chercheurs américains et européens créé en 2010, visant à contribuer au développement de méthodes d'analyses pertinentes et communes au niveau international, pour évaluer la variation dans les pratiques médicales et établir leur pertinence. Ce réseau soutient la recherche des analyses et des comparaisons de variations de pratiques médicales (ainsi que leurs déterminants) tant à l'intérieur des pays (entre différents fournisseurs de soins et/ou territoires) qu'entre les pays. Le soutien de ce réseau a été essentiel pour lancer la publication de l'*Atlas des variations des pratiques médicales*¹.

La conférence annuelle en 2020 est annulée à cause de la situation sanitaire. Elle a été remplacée par une série de séminaires en ligne en décembre 2020.

¹ *Atlas des variations des pratiques médicales. Recours à dix interventions chirurgicales*. Edition 2016. Le Bail M. (DGOS), Or Z. (Irdes), Dir. Ouvrage Irdes n° 2, 2016/1.

4.2 Participation à des projets internationaux

Projets européens

La participation de l'Irdes à des projets européens émane de sollicitations de partenaires étrangers, ce qui témoigne de la reconnaissance de l'Institut en Europe et à l'international, et également de saisines par les chercheurs eux-mêmes. Les projets s'articulent autour de réseaux et projets spécifiques.

InfAct (Information for Action) [2018-2020] est une « Action coordonnée (AC) » (Joint Action) européenne pour améliorer le recueil et la production de données sur la santé (Health information). Elle rassemble une cinquantaine de partenaires dans 28 pays. La France est représentée par Santé publique France en tant qu'institution principale, en collaboration avec l'Irdes et des équipes de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) (fiche p.97).

L'Europe, par l'intermédiaire d'Eurostat, a lancé dans les Etats membres **l'enquête santé européenne (EHIS)**, devenue obligatoire à partir de 2014. L'enquête EHIS 2019 fait l'objet pour la France d'une enquête *ad hoc*, réalisée en collaboration par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé (Drees) et l'Irdes. En France, l'enquête est complétée par un module sur l'assurance complémentaire santé et appariée avec les données de consommations de l'Assurance maladie centralisées au sein du SNDS (fiche p.194).

Une **étude de comparaison internationale de systèmes d'indemnités journalières** (Allemagne, Royaume-Uni, Pays-Bas, Italie) [2016-2019] aborde la question de l'efficacité des mécanismes de régulation mis en œuvre et vise à dégager des enseignements et des pistes d'amélioration du système français (fiche p.96).

Le projet **COCLICO** (*Coronavirus Containment Policies and Impact on the Population's Mental Health*), développé dans le contexte de la mise en place de politiques de confinement pour lutter contre l'épidémie de Covid-19, vise à évaluer l'impact de ces politiques sur la santé mentale ainsi que les facteurs associés (exposition au virus, situation socio-économique, conditions matérielles du confinement, évolution du suivi médical, etc.). Des comparaisons internationales sont mises en œuvre dans le cadre d'un partenariat avec l'Université catholique de Louvain (Belgique) et d'une intégration dans le réseau international Covid-Minds Network (www.covidminds.org).

Le projet OASES est une réponse au 3^e programme sur la santé de la Commission européenne qui est en cours d'agrément. Il s'inscrit dans le cycle d'activités de la Commission européenne visant à promouvoir les travaux en matière de planification et de prévision de l'offre de soins à l'échelle européenne. Alors que tous les pays européens font face à des pénuries d'offre de soins, le projet a pour objectif de produire de la connaissance au niveau européen sur le phénomène des déserts médicaux et des mesures qui permettent de les résorber. La France est représentée par l'Ecole des Hautes Etudes en santé Publique (EHESP) comme institution principale, en collaboration avec l'Irdes (fiche p.59).

Projets internationaux

Les projets internationaux relèvent de différentes thématiques – comme l'organisation, le financement et l'accès aux systèmes de soins – lesquelles sont parfois observées à partir de populations spécifiques telles que les personnes handicapées ou les migrants.

Le projet de **comparaison internationale dans le financement des aides techniques pour les personnes handicapées (COMPATEC)** (fiche COMPATEC p.45) est un projet de recherche pluridisciplinaire qui tend, dans une première étape, à comparer les prix, le niveau des financements publics et les restes à charge de plusieurs aides techniques – fauteuils roulants, appareils auditifs et

aides visuelles-dans plusieurs pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Dans une deuxième phase, des experts institutionnels et chercheurs de plusieurs pays qui ont connu un changement récent dans leur politique de financement des aides techniques (Belgique, Royaume-Uni, Suède, Québec) seront interrogés pour connaître les motifs du changement et disposer d'éléments de bilan de la mise en place des nouvelles politiques. Le projet COMPATEC a vocation à alimenter la réflexion autour des pistes de réforme de mise à disposition et de financement des aides techniques envisageables en France, à partir des enseignements issus de ces expériences étrangères. En outre, la réalisation de ce projet permettra de constituer un réseau international de chercheurs et d'experts institutionnels sur les questions de financement des politiques de compensation du handicap.

Le projet **Comparaison internationale de l'organisation de médecine spécialisée de second recours en ambulatoire** (fiche 170), en collaboration avec le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam, France Stratégie), propose, par le prisme d'une comparaison internationale (Italie, Angleterre, Allemagne, Pays-Bas et Etats-Unis), d'analyser les rôles et fonctions des spécialistes dans le champ des soins de ville, dans différents pays, leur organisation et mode de financement, mais aussi leur articulation, voire intégration, avec les acteurs des soins primaires et l'hôpital.

Le projet **Coordination, intégration et alternative au paiement intégral à l'acte : quels enseignements tirer en France de l'expérimentation des Accountable Care Organisations aux Etats-Unis et modèles de diffusion dans d'autres pays ?** (fiche p. 170) cherche à identifier les déterminants de la performance au sein des ACO et leur impact sur différentes catégories d'indicateurs, afin d'en tirer des enseignements sur la politique française en matière d'intégration et de coordination des soins sur une base territoriale.

L'objectif du projet **Gérer les High-Need, High-Cost Patients : une perspective internationale** (fiche p.79) est d'explorer les variations dans l'utilisation des services de santé et leurs coûts pour quatre types de patients aux besoins importants. Il réunit des chercheurs de douze pays pour développer et tester des méthodes innovantes : États-Unis, Angleterre, Canada (Ontario), France, Norvège, Suède, Australie (Nouvelle-Galles du Sud), Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Allemagne, Suisse et Espagne (Aragon) et bénéficie d'un soutien du Commonwealth Fund (US) et de la Health Foundation (UK).

L'axe de recherche **Variations des pratiques médicales et analyse de pertinence des soins** (fiche p.151) vise à animer la réflexion autour de la pertinence des soins en France, à la fois par des études ciblées sur des variations de pratiques dans certains domaines (par exemple, en chirurgie du cancer du sein) et par des travaux méthodologiques sur la mesure des variations, leurs déterminants et leurs conséquences économiques. Les travaux sur la pertinence des soins à l'Irdes bénéficient de l'appui du réseau Wennberg International Collaborative (WIC), animé par l'Université de Dartmouth, pionnière en matière d'étude de la pertinence des soins aux Etats-Unis.

Le projet **Etude sur les privations de liberté des personnes en situation de handicap** (fiche p.170) s'intègre dans un projet de recherche international porté par le Centre de droit et politique du handicap de NUI Galway (Centre for Disability Law and Policy), en Irlande, et réalisé en collaboration avec la rapporteure spéciale des Nations Unies pour les droits des personnes handicapées. Il s'agit d'identifier les causes et éléments déclencheurs des admissions dans les établissements psychiatriques ou de l'institutionnalisation et d'examiner les possibles structures et interventions manquantes et participant ainsi à une privation effective de liberté en raison d'un handicap.

Depuis la directive européenne de 2005, qui a institué une reconnaissance automatique des diplômes européens, les médecins titulaires d'un diplôme européen relèvent désormais de la libre circulation et peuvent à ce titre s'installer où ils le souhaitent. Le projet **Migration des médecins**

et impacts sur la raréfaction de l'offre de soins (fiche p.103) s'intéresse au choc remarquable que constitue cette tendance récente pour la France (OCDE, 2016 ; Drees 2016).

Conçu avec Médecins du monde, le projet **Premiers Pas : Trajectoires de soins et de droits des immigrants illégaux en France** (fiche p.119) étudie les parcours d'accès aux droits et de recours aux soins des immigrants illégaux en France, à travers des analyses longitudinales et pluridisciplinaires. Un premier projet étudie les parcours de soins, d'ouverture de droits et les logiques d'appropriation de l'AME. Il s'appuie sur des approches socio-anthropologiques et économiques, en particulier à travers la réalisation d'une enquête multimodes réalisée en mars 2019 par l'Irdes. Un second projet évalue la faisabilité d'un panel administratif de ressortissants de l'AME. Dans le contexte de la crise de Covid-19, un focus a été fait sur les conséquences de la pandémie et du confinement sur les sans-papiers qui a donné lieu à un *Questions d'économie de la santé* (Marsaudon *et al.* 2020).

5. OUTILS D'OBSERVATION

Cette partie a pour objectif de mentionner la contribution de l'Irdes à la construction du système statistique d'observation. Elle fait naturellement écho à la partie précédente qui cite les projets de recherche s'appuyant notamment sur ce système d'observation.

Les outils d'observation

Le dispositif d'observation de la santé en France se composera désormais du triptyque suivant :

- **L'enquête santé européenne (EHIS)** (fiche p. 197) qui sera désormais réalisée tous les six ans. L'enquête EHIS sera appariée avec les données de consommation de soins du Sniiram-PMSI et d'autres sources administratives à préciser. L'Irdes a réalisé avec la Drees l'enquête EHIS 2019.
- **L'enquête européenne sur les conditions de vie** (SILC – SRCV pour la France) est réalisée tous les ans par l'Insee. C'est un panel rotatif renouvelé par 9^{es} tous les ans. Tous les trois ans à partir de 2017, elle intégrera un module sur la santé. Ce module pourrait être à l'avenir synchronisé avec EHIS. En 2017, SRCV propose un module sur la protection sociale pour contribuer à l'évaluation de l'Ani. Il a été construit en collaboration avec l'Irdes qui contribuera à la formation des enquêteurs.
- **L'Échantillon démographique permanent (EDP)** de l'Insee qui va être apparié avec le SNDS par la Drees.
- Le projet **Fish** (Faisabilité de l'identification des situations de handicap dans les consommations de soins) (fiche p.197) pourrait à terme se traduire par une identification des personnes handicapées dans les données administratives et, notamment, dans EDP-Sniiram.
- Des cohortes, principalement **Constance** (Inserm), viennent en complément de ce dispositif.

La protection sociale pourra être observée et étudiée au travers :

- des **enquêtes EHIS et SRCV** déjà citées ci-dessus ;
- de **l'Enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE)**, réalisée conjointement par la Drees et l'Irdes (fiche p. 197) ; elle est composée d'un volet auprès des entreprises et d'un volet auprès des salariés. La troisième vague a eu lieu en 2017. Cette nouvelle vague est appariée avec les données de DADS et du SNDS. Son objectif principal sera d'évaluer les conséquences de la généralisation de la complémentaire santé dans les entreprises suite à l'Ani 2013 ;
- en 2021, l'Irdes lancera un groupe de travail pour proposer une nouvelle édition de l'enquête PSCE en 2023 ou 2024, en portant une attention particulière aux questions de couverture complémentaire prévoyance. En effet, la question de la couverture de la prévoyance est mal connue et les travaux du HCAAM soulignent le besoin d'une réflexion plus approfondie de la politique publique sur la couverture prévoyance.
- de **l'enquête de la Drees sur les contrats les plus souscrits** ;
- de l'appariement par la Drees du Sniiram avec les données des assurances complémentaires santé au sein du Système national des données de santé (SNDS) (suite de l'expérimentation **Monaco** menée par l'Irdes).

Sur le champ médico-social : handicap et dépendance

- **Phedre : Enquête sur « la prestation de compensation du handicap : exécution dans la durée et reste à charge »**, produite conjointement par la Drees et l'Irdes (fiche p.200). Phedre vise à répondre à deux questions principales autour de la PCH :
 - Évaluer les écarts qui peuvent exister entre les plans notifiés par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et ce qui est réellement mis en place par le bénéficiaire ;
 - Mesurer le montant du reste à charge pour les bénéficiaires de la PCH.Phedre sera appariée avec les données Insee-Direction générale des finances publiques (DGFIP), ainsi que celles du Sniiram.
- Contribution de l'Irdes à **l'appariement des enquête CARE-Ménage et Institution**
Objectif : contribuer à l'élaboration d'un protocole d'extraction à la Cnam qui pourra être repris et complété à l'occasion de projets d'appariements à venir tels que celui de l'EDP.
- L'Irdes procède également à des **extractions dans le Sniiram** pour les projets Paerpa, AVC, PSY, Asalée et règlement arbitral applicables aux structures de santé.

Programme de travail de l'Irdes en 2021 sur les outils d'observation

- **ESPS** : finalisation de l'appariement avec les données de consommation de soins des années 2014 et 2015 (fiche p.191)
- **EHIS 2019** (fiche p.194) : Terrain de l'enquête
- **PSCE** (fiche p.197) : Finalisation du redressement et des pondérations des données de l'enquête collectées en 2017. Appariement avec les données du SNDS- Lancement d'un groupe de travail sur la réédition de l'enquête PSCE.
- **Phedre** (fiche p. 200) : Terrain de l'enquête décalé en 2021 à cause de l'épidémie de Covid
- Projets de recherche à partir de **CARE** : Polymédication et Fish (Faisabilité de l'Identification des Situations de Handicap dans les consommations de soins, fiche p.197)
- Par ailleurs l'Irdes collabore avec le Commonwealth Fund sur la future enquête menée en 2020 **Commonwealth Fund International Health Policy Survey**

Les projets de recherche développés par l'Irdes sont l'occasion de développer des **méthodes d'analyse originales**. Citons par exemple :

- La définition de témoins en s'appuyant sur la littérature internationale (évaluations Paerpa, Asalée, Règlement arbitral, ...)
- La définition d'indicateurs sur l'accessibilité géographique aux soins (APL et ses extensions...)
- Des analyses géographiques (Psychiatrie, Paerpa, Règlement arbitral, Variabilité des pratiques...), la construction d'un distancier (avec l'Agence de biomédecine) (fiche, p.192).
- Travaux sur les parcours de soins (AVC, Paerpa, ...), notamment dans le cadre d'un séminaire méthodologique sur les parcours de soins animé par l'Irdes
- Des mesures de la concurrence entre établissements de santé (à travers l'exemple de la cancérologie)
- De travaux visant à favoriser la complémentarité entre données administratives et enquêtes (projet Fish)

Cette dynamique d'innovation se nourrit des échanges nombreux avec d'autres équipes de recherche, françaises ou internationales. Ainsi, l'Irdes s'inscrit aussi en acteur de l'animation de la recherche en organisant plusieurs workshops internationaux chaque année, dont l'un récurrent avec l'université Paris-Dauphine.

PROJETS

PROJETS NOUVEAUX
NON COMMENCES OU COMMENCES EN 2020

Quel rôle joué par l'assurance maladie privée sur les inégalités territoriales d'accès aux soins ?

Code projet : AMPRINTE

Equipe : Aurélie Pierre (Irdes), Damien Bricard (Irdes), Véronique Lucas (Irdes), Jérôme Wittwer (Université de Bordeaux, Bordeaux Population Health, Inserm U1219)

Collaborations extérieures : Université de Bordeaux, Bordeaux Population Health, Inserm U1219

Période de réalisation : 2020-2023

Etat d'avancement : Données en cours d'extraction

Contexte et objectifs

Les chercheurs en sciences sociales ont identifié l'existence d'inégalités sociales d'accès aux soins depuis de longues années. Elles se caractérisent, à besoins de soins identiques, par des différences de recours aux soins selon la situation sociale, avec, dans le cas français, un recours aux soins plus faible aux médecins spécialistes et aux soins de prévention (Van Doorslaer et Masseria, 2004). Parallèlement, une littérature, essentiellement géographique, a révélé l'existence de disparités territoriales d'accessibilité aux soins en France, entre régions rurales et urbaines, mais également entre le centre et la périphérie des villes (Coldefy *et al.*, 2011 ; Barlet *et al.*, 2012), mettant en évidence l'ancrage social des inégalités territoriales. Les territoires les plus précaires sont ainsi ceux où l'offre de soins est la plus faible et la plus disparate (Lucas et Mangeney, 2019, Chevillard *et al.*, 2018). Les caractéristiques contextuelles du lieu de résidence des individus, tant dans leurs dimensions sociales que d'offre de soins, sont aujourd'hui souvent mobilisées, en épidémiologie et en économie, pour expliquer le recours aux soins (Chaix *et al.*, 2005, Chauvin *et al.*, 2013 ; Debrand *et al.*, 2012). Mais les effets croisés des dimensions sociales et territoriales ont été peu investigués dans la littérature, qui les étudie souvent distinctement ou bien qui appréhende le territoire comme un proxy des inégalités sociales.

Le projet Amprinte consiste à investiguer la façon dont les inégalités sociales se cumulent aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins, et à comprendre le rôle joué par la couverture complémentaire santé dans la constitution de ces inégalités. Il vise à répondre aux questions suivantes : (i) Dans quelle mesure les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins sont-elles imbriquées ? Comment la situation sociale des individus et l'accessibilité territoriale à l'offre de soins impactent-elles conjointement l'accès aux soins des individus ? (ii) Les inégalités sociales de couverture par une complémentaire santé contribuent-elles à renforcer les inégalités territoriales d'accès aux soins ? Ce projet repose sur la conception théorique et l'analyse empirique d'un modèle de demande de soins qui tient compte des coûts effectifs de déplacement pour recourir aux soins. Il s'agira, en particulier, de comprendre comment l'accessibilité territoriale aux soins impacte différemment l'accès aux soins des individus selon leur situation économique et sociale, les individus les plus précaires étant conjointement ceux qui sont les moins mobiles, les plus éloignés de l'offre de soins et les moins bien couverts par une assurance privée.

Les analyses empiriques reposeront sur l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) de 2017, représentative des salariés du secteur privé, et appariée avec les données de consommations de soins du Sniiram, et qui permet : 1/ de disposer d'informations sur les niveaux de garanties des contrats de complémentaire santé, qui ne sont jamais connus dans les enquêtes en population générale ni dans les bases de données nationales médico-administratives ; 2/ d'intégrer à l'analyse les lieux d'emploi. Des appariements supplémentaires permettront de connaître les adresses de résidence et de travail des salariés ainsi que celles des lieux d'exercice des professionnels de santé, et de calculer les distances à effectuer pour recourir au(x) professionnel(s) de santé le(s) plus proche(s) ainsi que celles réellement effectuées en cas de recours.

Coronavirus Containment Policies and Impact on the Population's Mental Health

Code projet : COCLICO

Equipe : Coralie Gandré, Magali Coldefy, Damien Bricard, Paul Dourgnon, Maude Espagnacq, Stéphanie Guillaume, Aurélie Pierre, Thierry Rochereau (Irdes)

Vincent Lorant, Pablo Nicaise, Pierre Smith (UC Louvain)

Période de réalisation : 2020-2021

Présentation du projet

Dans le cadre de la mise en place de politiques de confinement pour lutter contre l'épidémie de Covid-19, l'Irdes est le partenaire français d'une enquête visant à évaluer l'impact de ces politiques sur la santé mentale ainsi que les facteurs associés (exposition au virus, situation socio-économique, conditions matérielles du confinement, etc.). Dans ce cadre, une première enquête en ligne est menée en trois vagues auprès d'un échantillon représentatif de la population générale en sollicitant les personnes interrogées dans le cadre de l'Enquête santé européenne (EHIS). La première et la troisième vague sont centrées sur la santé mentale, tandis que la deuxième vague aborde des questions en lien avec l'évolution de la situation socio-économique des foyers et le recours et l'accès aux soins. En parallèle, l'enquête COCLICO est également diffusée en ligne auprès de personnes vivant avec une pathologie chronique ou un handicap afin de mieux documenter les problématiques propres à ces populations spécifiques, susceptibles de présenter des facteurs de vulnérabilité additionnels.

Avancement du projet

La diffusion de l'enquête est terminée, l'analyse des données de la vague 1 en population générale est finalisée et publiée. Les analyses des données des autres vagues sont en cours.

Valorisation

Publication

- Gandré C., Coldefy M., en collaboration avec Rochereau T. (2020). « [Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement. Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020](#) ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 249.

Conférences ou séminaires

- Gandré C. : « Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement ». *Journée psychiatrie et santé mentale au temps du Covid* de la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France, décembre 2020 (co-auteur : M. Coldefy).

- Gandré C. : Présentation des résultats de l'étude COCLICO dans le cadre de la web conférence « Les inégalités en période de Covid-19 : pourquoi les politiques de santé doivent-elles être adaptées aux handicaps ? », *17^e Université en santé publique de Besançon*, décembre 2020 (co-auteurs : M. Espagnacq, M. Coldefy).

- Gandré C. : « Vivre avec une maladie chronique ou un handicap pendant le confinement lié à l'épidémie de Covid-19 : détresse psychologique et facteurs associés ». *3^e Journée de l'Accompagnement et de l'action-médico-sociale du congrès français de psychiatrie*, novembre 2020 (co-auteurs : M. Espagnacq, M. Coldefy).

- Gandré C. : « Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement ». *Observatoire national du suicide*, novembre 2020 (co-auteur : M. Coldefy).

Comparaison et changement dans le financement des aides techniques pour les personnes handicapées – une étude internationale

Code projet : COMPATEC

Equipe : Pierre Brasseur, Maude Espagnacq, Sylvain Pichetti (Irdes)

Période de réalisation : 2019-2021

Un stage de six mois a permis d'entamer une première réflexion sur trois aides techniques (fauteuils roulants, appareils auditifs, télé agrandisseurs) dans huit pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Ce premier travail a été enrichi et approfondi par un docteur en sociologie à l'issue d'un contrat à durée déterminée de cinq mois (janvier 2019-mai 2019).

Financement : En mars 2020, le projet soumis à l'Institut de recherche en santé publique (Iresp) AAP2019 « Handicap et perte d'autonomie » Session 10 a été retenu et est financé pour une période de deux ans, de mars 2020 à mars 2022.

Données : Données qualitatives collectées par le biais de questionnaires envoyés à des chercheurs, des institutionnels spécialistes du financement des aides techniques dans chaque pays figurant dans le périmètre de l'étude (terrain à distance) et données issues d'interviews à venir dans chaque pays (terrain de proximité).

Contexte et objectifs

En France, de nombreuses réflexions sont en cours sur l'évolution du financement des aides techniques, certaines donnant lieu à des réformes déjà avancées et concrètes (réforme du 100 % santé en audioprothèse,...) tandis que d'autres sont encore au stade de propositions (révision du référentiel des aides techniques de la Prestation de compensation du handicap (PCH),...). Une revue de la littérature réalisée à l'Irdes au début de l'année 2019 sur trois aides techniques (fauteuil roulant, prothèse auditive, téléagrandisseur) dans six pays européens a permis de faire progresser la connaissance mais s'avère encore insuffisante car elle n'a pas permis : (1) une comparaison systématique et standardisée des pays sur la solvabilisation publique, le reste à charge pour l'utilisateur et le contrôle des prix, (2) de rendre compte des changements politiques en cours dans plusieurs pays qui ont engagé des réformes de grande ampleur.

Le projet vise dans un premier temps à positionner la France en termes de solvabilisation publique, de reste à charge pour l'utilisateur et de contrôle des prix, par rapport aux autres pays. Un deuxième aspect du projet consiste à étudier les pays qui ont connu un changement récent dans leur politique de financement des aides techniques (Belgique, Royaume-Uni, Suède, Québec) afin d'alimenter les réflexions actuelles sur le financement des aides techniques en France.

Méthodologie

La méthodologie repose sur la mise en place de deux terrains, un à distance, un autre à proximité.

Le terrain à distance visera à collecter des informations standardisées sur la solvabilisation publique, le niveau de restes à charge des usagers et le contrôle des prix pour chaque type d'aide technique (fauteuils roulants, aides auditives, aides visuelles). Pour ce faire, nous élaborerons un guide d'entretien standardisé à base de cas types (dispositif standard, dispositif spécifique) qui nous permettra de comprendre, pour une aide technique « type », la procédure à accomplir par le demandeur, le circuit administratif qui doit être suivi, la participation publique et le reste à charge de l'utilisateur.

Le terrain de proximité consistera à aller enquêter directement sur place dans trois pays qui ont changé de politique de financement des aides techniques (Belgique, Royaume-Uni, Suède), et dans

un quatrième pays (Québec) qui a une expérience importante du prêt de dispositifs recyclés. Environ dix interlocuteurs seront rencontrés par pays. Nous envisageons de privilégier les entretiens semi-directifs en français et en anglais (en fonction des pays visités) auprès des principaux acteurs du secteur. Tous les entretiens seront réalisés par un sociologue recruté pour l'étude. Dans chaque pays, les entretiens qualitatifs débiteront en partant du niveau le plus agrégé (ministère de la Santé ou du Handicap, tutelle chargée du financement global de la compensation, ...) en allant vers des acteurs institutionnels plus spécifiques chargés d'un aspect précis de la politique publique, ou des associations d'usagers.

Etat d'avancement

La revue de littérature internationale est en phase de consolidation. Un questionnaire standardisé visant à collecter des informations standardisées sur la solvabilisation publique, le niveau de reste à charge des usagers et le niveau de prix pour trois types d'aides techniques (fauteuils roulants, aides auditives, aides visuelles) est en cours d'élaboration, et sera testé au cours de l'automne 2020. Par ailleurs, nous avons commencé à nouer des contacts avec plusieurs chercheurs/institutionnels étrangers en amont de la diffusion du questionnaire.

Valorisation

Projets de publications : cette comparaison internationale donnera lieu à la publication d'un document de travail, plusieurs articles à comité de lecture...

CRISORG : Organisations en crise

Code projet : CRISORG

Equipe : Cécile Fournier (Irdes)

Collaborations extérieures : Projet porté par le Centre de sociologie des organisations (CSO), sous la responsabilité d'Olivier Borraz, accompagné de 6 autres chercheurs : Henri Bergeron, Patrick Castel, Renaud Crespin et Etienne Nouguez (chercheurs au CSO) ; Valérie November Laboratoire Techniques, Territoires et Sociétés (Latts), Audrey Vézian (UMR Triangle) ; et de deux post-doctorant.e.s.

Financement : Agence nationale de la recherche (ANR), appel à projets Covid-19

Période de réalisation : mars 2021-mars 2022

Cette recherche étudie à l'échelon national, local, et au sein du système de soins, la réaction de différentes organisations à la pandémie de Covid-19.

Elle distingue trois entrées : la prévention et la protection, l'organisation du dépistage, la prise en charge.

Elle vise à mettre au jour les capacités des organisations à se transformer ou non dans une période d'incertitude, en privilégiant une approche centrée sur l'action collective (pour analyser les formes de coopération ou de conflit qui naissent durant la gestion de la crise) et une approche cognitive (qui s'intéresse à la manière dont les acteurs font sens de la crise et légitiment leurs actions).

L'enjeu est de produire, outre des connaissances sur le fonctionnement des organisations en situation de crise, une analyse partagée avec les acteurs de la crise dans ces organisations, dans un souci de retour d'expérience et d'apprentissage collectif.

DIAB-QUALI : Recherche qualitative auprès de personnes diabétiques sur les ressources mobilisées dans la gestion de leur santé

Code projet : DIAB_QUALI

Equipe : Cécile Fournier (Irdes)

Collaborations extérieures : Sandrine Fosse, Corinne Delamaire (Santé publique France), Maryvette Balcou-Debussche, Delphine Ballet, Xavier Debussche (Université de La Réunion et Réflis), dans le cadre d'une Convention de collaboration SPF-Irdes-Université de La Réunion

Financement : Santé publique France

Période de réalisation : 2020-2022

Contexte et objectifs

Dans un contexte socio-économique en mutation, le système de santé est lui-même traversé par de nombreuses transformations (cliniques, thérapeutiques, en termes de ressources éducatives, ou encore de nouvelles technologies...), dont les effets sur la qualité des réponses apportées aux patients ne sont pas connus ou sont ambivalents. Il importe par conséquent d'être en mesure de documenter finement les inégalités de santé et d'accès aux soins auxquelles sont exposées les personnes diabétiques en fonction de leurs profils de besoins et de ressources. Il importe également de mieux comprendre le point de vue de ces personnes et leur expérience de leurs parcours de soins et des ressources qu'ils mobilisent.

L'étude qualitative DIAB-QUALI, étude ancillaire de l'étude Entred 3, vise à interroger et analyser les trajectoires de personnes diabétiques, en vue d'identifier et de comprendre les situations, les acteurs et les savoirs qui leur ont permis de « prendre du pouvoir » sur leur vie avec une maladie, en tenant compte de leurs ressources personnelles et des ressources accessibles dans leur environnement.

Méthodologie et phasage du projet

L'enquête Entred 3 (Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques), pilotée en 2019-2020 par Santé publique France auprès de 13 000 personnes diabétiques et de leurs médecins permettra, entre autres, d'explorer les liens entre certains besoins des personnes diabétiques et les ressources auxquelles elles ont accès pour gérer leur santé. Ceci pourra être mis en regard de certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques des personnes diabétiques et de leur niveau de littératie en santé, afin de mettre en évidence les inégalités sociales de santé auxquelles elles sont exposées.

L'étude Entred 3 est basée sur le tirage au sort aléatoire d'un échantillon de personnes traitées pharmacologiquement pour un diabète. En métropole, 9 000 personnes diabétiques ont été sélectionnées et se sont vues proposer une enquête téléphonique brève, puis une enquête détaillée par auto-questionnaire. Les données ainsi recueillies sont ensuite couplées à une extraction de données du Système national de données de santé ((SNDS), consommations de soins, données d'hospitalisation, données de mortalité).

En complément de cette enquête (2019-2020) en métropole, l'enquête DIAB-QUALI (2020-2022) s'intéressera, avec une approche qualitative socio-anthropologique compréhensive, aux besoins perçus par les personnes diabétiques de type 2 concernant leur santé, à la manière dont elles mobilisent leurs ressources personnelles et celles présentes dans leur environnement au fil de leur trajectoire de vie avec la maladie, ainsi qu'à leur perception de ce que ces ressources leur apportent. Cette étude repose sur l'hypothèse de liens entre les ressources disponibles, la manière dont elles sont proposées aux personnes diabétiques, leur accessibilité, l'adaptation à leurs besoins, à leurs souhaits et à leurs capacités, et enfin leurs apports perçus par les patients.

L'étude sera réalisée auprès d'un échantillon d'environ 60 personnes diabétiques de type 2 résidant dans différentes régions françaises, ayant répondu à l'enquête Entred 3 et n'ayant pas refusé de participer à une enquête complémentaire.

On s'attachera à constituer un échantillon diversifié de personnes diabétiques de type 2 en termes d'âge, de sexe, d'ancienneté de la maladie et de types de ressources disponibles, qu'il s'agisse de ressources personnelles (niveau d'éducation, ressources économiques, littératie en santé) ou de ressources liées à leur environnement social, familial, et sanitaire (offre de soins et services de santé, notamment en termes d'éducation thérapeutique, d'accompagnement téléphonique ou par des services numériques, de lieux d'information (maison du diabète), ou encore d'association de patients...). Les critères de variation de cet échantillon seront testés auprès d'un premier groupe de patients, à partir de premières hypothèses.

L'enquête qualitative reposera sur des entretiens semi-directifs approfondis, suivant deux vagues de recueil :

- Une première vague d'une vingtaine d'entretiens exploratoires sera menée en prenant appui sur la grille DLS (Diabète littératie santé), permettant d'explorer la trajectoire de vie des personnes avec le diabète, et ce qui est significatif pour elles dans leur parcours de vie et leur prise en charge. La manière dont elles ont vécu la situation sanitaire liée au Covid sera également abordée. Cette grille pourra être complétée ou réajustée après analyse lors des entretiens proposés par la suite.

- Après cette première vague d'entretiens, les résultats de l'analyse qualitative seront confrontés aux résultats de l'analyse quantitative menée sur la base de données d'Entred 3, complétée et consolidée. Ce travail permettra de consolider les profils de patients significatifs pour la sélection des entretiens restants, et de faire émerger des questions qui pourront être explorées au cours des entretiens suivants, ou lors d'analyses quantitatives affinées.

- Une deuxième vague d'une quarantaine d'entretiens sera menée auprès de patients sélectionnés selon des profils consolidés, avec pour objectif d'approfondir les premiers résultats de l'approche qualitative et d'explorer des questions nouvelles soulevées par l'analyse quantitative.

S'appuyant sur la sociologie interactionniste et la théorisation ancrée, l'analyse qualitative des entretiens retranscrits sera menée au fil du recueil, permettant d'ajuster le guide d'entretien aux résultats observés. L'analyse sera compréhensive, à la recherche du vécu des personnes et du sens qu'elles donnent à leurs pratiques, avec une approche à la fois déductive à partir des premières hypothèses soulevées mais aussi inductive, ouverte à des hypothèses émergentes et conduisant à ainsi une théorisation.

Les résultats de cette recherche, enrichis par une approche mixte, qualitative et quantitative, contribueront à orienter les actions et définir les priorités à mettre en œuvre pour prévenir le développement de nouvelles inégalités sociales de santé dans un domaine où elles sont majeures.

Déterminants de l'entrée en invalidité

Code projet : ENTRINV (Code à créer)

Equipe : Maude Espagnacq, Sylvain Pichetti, Camille Regaert (Irdes)

Période de réalisation : 2021-

Données : Base de données Hygie

Contexte et objectifs

La mise en invalidité par l'Assurance maladie est une reconnaissance administrative qui est obtenue lorsque la personne a perdu au moins les deux tiers de sa capacité à travailler. Il existe trois catégories de pension, la première dans le cas où l'activité professionnelle est encore envisageable, et les deux autres dans lesquelles cette capacité à travailler est plus rare, bien que possible. Cette pension est accordée aux personnes qui ont cotisé suffisamment pour y avoir accès : au moins 600 heures de travail dans les six derniers mois avant la mise en pension (avant une période d'arrêt maladie ou de chômage rémunéré). La mise en invalidité est un processus qui peut varier selon les situations des personnes, en effet, il faut que la situation soit « durable et stabilisée ». Néanmoins, après trois ans d'arrêt maladie, la personne doit être mise en invalidité ou reconnue comme apte au travail. Environ 750 000 personnes sont concernées par cette pension. En plus de permettre au bénéficiaire d'avoir des ressources, cette pension lui permet d'être exonéré du ticket modérateur pour tous les types de soins, dans le périmètre de la dépense remboursable. Comme nous l'avons déjà étudié, cela permet de réduire le reste à charge des bénéficiaires.

L'objectif principal de cette étude est de mieux comprendre comment les carrières professionnelles déterminent l'entrée en invalidité et au terme de quelle période cette entrée s'effectue. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'influencer une entrée en invalidité plus ou moins précoce : la stabilité de la carrière professionnelle, la longueur des périodes de chômage, les caractéristiques des secteurs d'activité,...

Méthodologie

Le projet s'appuie sur la base de données Hygie, dans laquelle il est possible de repérer les trimestres cotisés par les personnes au titre de l'invalidité ou des accidents du travail. Après avoir identifié les personnes qui sont en invalidité dans cette base et créé une variable proxy permettant d'identifier le passage en « longue maladie », nous mettrons en œuvre un modèle de survie pour comprendre les déterminants liés aux carrières professionnelles d'une entrée en invalidité.

Valorisation

Projets de publications : *Questions d'économie de la santé* et article dans une revue à comité de lecture.

Avancement

Projet reporté au deuxième semestre 2021 suite à l'obtention de l'appel à projet Emoji.

Evolution Temporelle et comparaison intERnationale des iNEgalités de couverture par une compLémentaire santé

Code projet : ETERNEL (pas encore créé)

Equipe : Aurélie Pierre (Irdes), Florence Jusot (Université Paris Dauphine, PSL, Leda-Legos, Irdes), Denis Raynaud (Irdes)

Période de réalisation : 2021-2023

État d'avancement : Non commencé

Contexte et objectif

Dans ce travail, nous nous intéressons aux inégalités sociales de couverture par une assurance privée.

Un premier volet, qui concernera la France, consistera à étudier comment les inégalités sociales de couverture par une complémentaire santé ont évolué au cours du temps en comparaison de l'évolution du taux de couverture. En effet, alors que 80 % de la population française bénéficiait d'une complémentaire santé en 1988, ce taux atteint 96 % en 2014. Pour autant, cette quasi-généralisation de la complémentaire santé en France ne dit rien des inégalités sociales de couverture qui lui sont associées. En effet, si les différentes réformes de l'assurance maladie complémentaire (Couverture maladie universelle complémentaire, Aide complémentaire santé, généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, etc.) ont permis de développer la couverture par une complémentaire santé dans l'ensemble de la population, elles ont aussi, compte tenu des différentes populations ciblées par ces réformes, induit des effets potentiellement contradictoires sur les inégalités sociales de couverture. Ce volet a pour objectif de savoir comment les inégalités sociales de couverture ont évolué au cours du temps et si elles ont bien été réduites en comparaison de ce que l'on pouvait observer dans les années 1980. Ce travail sera réalisé à partir des différentes vagues de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS), de 1988 à 2014. Nous mobiliserons aussi également les données de l'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) 2017.

Un deuxième volet concernera une comparaison internationale des inégalités sociales de couverture par une assurance santé privée. Il aura pour objectif de comparer l'ampleur des inégalités sociales de couverture selon les différents modes d'organisation du co-financement des systèmes d'assurance publique et privé des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) [complémentaire, supplémentaire, duplicatif, primaire]. Menée à partir de l'enquête Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) [vagues 1 à 7], elle concernera la population des 50 ans et plus, qui est particulièrement exposée aux problématiques d'accès à l'assurance. Une attention particulière sera portée au cas français afin d'étudier l'évolution des inégalités sociales de couverture des populations les plus âgées avant et après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise.

Conséquences des restrictions d'accès aux soins liés à la pandémie de Covid-19 sur les personnes en situation de handicap

Code projet : HANDICOVID

Equipe Irdes : Maude Espagnacq, Coralie Gandré, Fanny Duchaine, Camille Regaert

Collaborations extérieures : Université de Versailles Saint-Quentin Paris-Saclay : chercheurs en santé publique, en psychiatrie ou en médecine physique et de réadaptation (Pierre Denys, Jonathan Levy, Djamel Bensmail, Christine Passerieux, Nadia Younès, Loic Josseran, Mario Speranza)

Période de réalisation : 2021-2025

Données : SNDS 2011-2019

Contexte et objectifs

La crise sanitaire mondiale provoquée par la pandémie de Covid-19 et les confinements qu'elle implique ont eu des conséquences négatives sur le suivi médical de l'ensemble de la population française. Le premier confinement a provoqué l'arrêt ou le quasi arrêt des soins « non urgents ». Cette réduction de suivi sanitaire a sûrement été plus délétère pour les populations à besoins spécifiques comme le sont les personnes en situation de handicap, ce d'autant plus que la diminution du suivi médical a été également accompagnée d'un moindre suivi médico-social. La période inter-confinement n'a pas nécessairement permis de rattraper les retards accumulés depuis le début de l'année 2020 et un retour à la normale n'est pas à envisager à court terme. Tous ces éléments laissent penser que les risques de dégradation de l'état de santé de ces personnes sont majeurs et que, même si la mortalité immédiate n'est pas nécessairement plus élevée, le risque d'une surmortalité et d'une surmortalité à moyen et long terme est accru. Ces constats, et l'absence de données probantes sur cette thématique, ont poussé plusieurs chercheurs à mettre en place un consortium pour qu'une recherche sur ce thème voie le jour.

Le projet a pour objectif d'évaluer les conséquences de la restriction de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap pendant la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19, tant en termes d'état de santé que de risque de surmortalité à long terme.

Méthodologie

Identification des populations d'intérêt

Les populations d'intérêt (personnes souffrant de handicap psychique lié à des troubles psychiques sévères – trouble psychotique ou bipolaire – ou à des troubles du spectre de l'autisme, personnes avec une sclérose en plaques (Sep), ou une lésion médullaire) seront identifiées à partir de la cartographie des dépenses de santé de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) pour les troubles psychiques et à partir des algorithmes développés par l'Irdes dans le cadre du projet Fish pour les Sep et les lésions médullaires.

Caractérisation des restrictions d'accès aux soins

Des indicateurs de suivi seront créés à partir des consommations de soins des populations d'intérêt extraites du Système national des données de santé (SNDS) pour évaluer la diminution ou le retard des soins induits par la crise sanitaire en comparaison à la situation antérieure. Ces indicateurs seront créés à partir de la consommation de médicaments, des produits inscrits dans la Liste des produits et prestations remboursables (LPPR), du suivi médical (médecin généraliste, spécialistes...) et paramédical (infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste...), des soins spécifiques (bilans, examens...), des hospitalisations...

Caractérisation des conséquences sur l'état de santé et la mortalité

Nous évaluerons l'impact de la crise sanitaire et de ses conséquences sur l'accès aux soins (diminution ou arrêt de ces soins/consommations) sur le sur-risque d'hospitalisation « non-covid » (escarres,

infections, décompensations, hospitalisations évitables....) des populations d'intérêt en menant un suivi longitudinal à partir des données du SNDS. Sur le plus long terme, une analyse de la possible dégradation de leur état de santé (passage précoce d'un fauteuil roulant manuel à un fauteuil électrique, passage à l'Allocation aux adultes handicapés (AAH), invalidité, longue maladie...) et des conséquences sur leur mortalité (y compris en termes de causes de décès) sera réalisée.

Résultats attendus

Les résultats de ce projet permettront d'évaluer les conséquences de la restriction de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap pendant la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19, et de formuler des pistes de recommandation pour un meilleur suivi de ces personnes en période de crise.

Ce projet n'aura pas qu'une utilité à court et moyen terme, la réflexion sur le suivi des populations en situation de handicap et l'évaluation de l'impact des actes de prévention sur leurs complications évitables sont des thèmes actuellement peu étudiés. Une fois ce projet mis en œuvre, il sera possible de réaliser un suivi à long terme de ces populations, y compris en dehors de « périodes inhabituelles » pour le système de santé.

Effets attendus des mesures en matière de santé de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté : une revue de la littérature

Equipe : Paul Dourgnon, Damien Bricard, Jonas Poucineau

Code projet : HIPOLIT

Période de réalisation : 2021

Projet proposé et soutenu par France Stratégie

Objectifs de la recherche

La revue de littérature vise à éclairer l'impact des politiques de santé sur la pauvreté introduites dans la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et dans le Ségur de la santé. Elle sera centrée, d'une part, sur les politiques de réductions des restes à charges, et d'autre part, sur les politiques d'accès aux soins de santé (accès aux droits de santé et aux structures de soins), qui peuvent avoir un impact sur la sortie de la pauvreté *via* des chaînes de causalité assez distinctes.

La revue de la littérature éclairera 5 dispositions du plan ainsi que trois dispositions du Ségur de la santé :

- Garantir à chacun l'accès à une complémentaire santé ;
- Renouveler automatiquement la CMU-C pour les allocataires du Revenu de solidarité active (RSA) ;
- Créer 100 centres de santé communautaires dans les Quartier prioritaires de la politique de la ville (QPV) ;
- Accompagner le « 100 % santé » sur l'optique, les aides auditives et le dentaire ;
- Augmenter massivement les solutions d'accompagnement social renforcé : 1 450 places supplémentaires d'ici 2022 pour les Lits d'accueil médicalisé (Lam) et Lits halte soins santé (LHSS) ; 1 200 places supplémentaires pour des Appartements de coordination thérapeutique (ACT), soit une augmentation de 25 % de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) spécifique.

Et, pour ce qui relève du Ségur de la Santé :

- Renforcer en temps médicaux et paramédicaux les 400 permanences d'accès aux soins de santé prenant en charge les patients sans droit dans les hôpitaux ;
- Créer 60 centres de santé « participatifs » avec une offre adaptée aux populations de territoires défavorisés ;
- Créer 500 nouveaux LHSS pour atteindre 2 600 places d'ici 2022 offrant un accompagnement sanitaire et social aux personnes sans domicile fixe.

Le travail de recherche comportera quatre parties :

1. Une revue de la littérature scientifique française et internationale sur les liens entre santé et pauvreté et sur les effets attendus des mesures santé de la stratégie en matière de lutte contre la pauvreté, incluant un état des lieux des acquis de la recherche sur les liens entre politiques de santé et pauvreté, et sur les principaux facteurs par lesquels la situation de santé influe sur la pauvreté.
2. Une chaîne de causalités pour illustrer les effets attendus des mesures santé de la stratégie en matière de lutte contre la pauvreté.

3. Une synthèse des évaluations scientifiques sur des dispositifs proches des mesures de la Stratégie nationale de santé.
4. La production de recommandations scientifiques sur les conditions d'évaluation, le type d'indicateurs pouvant être retenus, les méthodes susceptibles d'être utilisées pour capter les effets propres des mesures, ainsi que la nature des données à recueillir.

Covid-19 Health System Response Monitor

Code projet : HSRM

Equipe : Zeynep Or, Coralie Gandré

Contexte/Objectifs

Dans le cadre du suivi des réponses des systèmes de santé à l'épidémie de Covid-19, l'IRDES anime le volet français de la nouvelle plateforme en ligne [Covid-19 Health System Response Monitor \(HSRM\)](https://www.covid19healthsystem.org/mainpage.aspx), <https://www.covid19healthsystem.org/mainpage.aspx>. Cette initiative conjointe entre l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la Commission européenne et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé permet de comparer les politiques de gestion de l'épidémie de Covid-19 et ses conséquences dans les différents pays européens.

La plateforme, actualisée plusieurs fois par mois, couvre notamment les mesures mises en place pour ralentir la transmission du virus dans la population, pour prendre en charge les patients infectés au sein du système de santé, la gouvernance de la crise ainsi que les mesures destinées à réduire l'impact économique de l'épidémie. La plateforme fournit un outil de comparaison directe par grande thématique des politiques mises en œuvre dans les différents pays pour gérer la crise liée à l'épidémie de Covid-19.

Plusieurs projets de publications de comparaisons internationales centrées sur des aspects spécifiques de gestion de la crise épidémique sont en cours de réalisation.

Publications

Quentin W., Albrecht T., Bezzina A., Bryndova L., Dimova A., Gerkens S., Kowalska-Bobko I., Mantwill S., Or Z., Rajan S., Theodorou M., Tynkkynen L.K., Waitzberg R., Winkelmann J. Adjusting (2020). "Hospital Inpatient Payment Systems for COVID-19. ". *Eurohealth*, vol. 26, n°2, 88-92.

Webb E., Hernández-Quevedo C., Scarpetti G., Edwards N., Reed S., Gandré C., Or Z., Cascini F., Winkelmann J., Kroneman M., Bernal-Delgado E., Angulo-Pueyo E., Estupiñán-Romero F., Rajan S., Chandran S. Restarting (2020). "More Routine Hospital Activities During COVID-19: Approaches from Six Countries". *Eurohealth*, vol. 26, n°2, 68-72.

Comprendre les Mécanismes de production des inégalités Sociales et territoriales d'accès aux soins

Code projet : MEDUSE

Equipe : Aurélie Pierre (Irdes), Damien Bricard (Irdes), Véronique Lucas (Irdes)

Période de réalisation : 2021-2024

Données :

Contexte et objectifs

Les caractéristiques contextuelles du lieu de résidence des individus, tant dans leurs dimensions sociales que d'offre de soins, ont été souvent mobilisées, en épidémiologie et en économie, pour expliquer le recours aux soins (Chauvin *et al.*, 2013 ; Debrand *et al.*, 2012). Toutefois, les effets croisés des dimensions sociales et territoriales ont été peu investigués dans la littérature, qui les étudie souvent distinctement ou bien qui appréhende le territoire comme un proxy des inégalités sociales (Vigneron, 2013 ; Monnet *et al.*, 2008). Il est pourtant essentiel, pour mener à bien des politiques publiques de lutte contre les inégalités d'accès aux soins, de comprendre comment les dimensions sociales et territoriales, qui conditionnent toutes deux le recours aux soins et qui sont intimement liées, impactent conjointement l'accès aux soins des populations.

Le projet Méduse ambitionne d'étudier les mécanismes de production des inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins en confrontant les caractéristiques de l'offre de soins avec celles des individus afin de répondre aux questions suivantes : dans quelle mesure les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins sont-elles imbriquées ? Comment la situation individuelle des individus vient-elle renforcer les inégalités territoriales d'accès aux soins ? Nous chercherons en particulier à étudier le lien entre les caractéristiques économiques et sociales des individus et les efforts de déplacement qu'ils doivent effectuer pour recourir aux soins (temps de trajet, coût financier, capacité de déplacement, etc.) compte tenu de leur éloignement à l'offre de soins et de la disponibilité des professionnels de santé, mais aussi compte tenu du prix des soins auxquels ils font face. Les analyses empiriques reposeront sur l'Enquête santé européenne (EHIS) 2019, représentative de la population française en population générale, appariée avec les données de consommations de soins du Sniiram. Des appariements supplémentaires permettront de connaître les adresses de résidence et de travail des salariés ainsi que celles des lieux d'exercice des professionnels de santé, et de calculer les distances à effectuer pour recourir au(x) professionnels de santé le(s) plus proche(s) ainsi que celles réellement effectuées en cas de recours.

Le projet Méduse s'inscrit dans la poursuite du projet Amprunte qui cherche à investiguer le lien entre la couverture par une complémentaire santé et l'accès territorial aux soins à partir de l'enquête Protection sociale et complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017. L'élargissement de notre problématique de recherche à la population générale de l'enquête EHIS 2019 (et non aux seuls salariés du secteur privé de PSCE 2017) nous permet d'interroger plus généralement le lien entre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins en tenant compte des populations les plus défavorisées, qui sont souvent en dehors du marché de l'emploi, et en se focalisant sur des dimensions de l'accès aux soins qui ne peuvent être abordées dans Amprunte compte tenu des données. En *sms* du recours aux soins, nous ambitionnons ainsi de traiter dans le projet Méduse les questions relatives au renoncement financier et territorial aux soins. Il s'agira de comprendre dans quelle mesure les distances d'accès aux soins et les délais d'attente peuvent conduire à renoncer à certains soins et étudier comment la dimension financière peut conduire à outrepasser ou à aggraver les barrières géographiques de l'accès aux soins. Il s'agira également de regarder comment les lieux de vie des individus ont impacté différemment le recours aux soins de la population française dans la période du confinement de la pandémie de la Covid-19, notamment pour les individus les plus défavorisés et ceux ayant des besoins de soins chroniques.

Evaluation des missions accompagnement santé : identifier et reconcilier avec le système de santé des personnes en situation de renoncement aux soins

Code projet : MIAS

Equipe : Paul Dourgnon, Florence Jusot, Antoine Marsaudon, Denis Raynaud, Nicolas Sirven

Période de réalisation : 2020-2023

Financement : ce projet fera l'objet d'une convention de partenariat avec la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM)

Données :

Contexte

Les Plateformes d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (Pfidass, devenues Missions accompagnement santé en 2020), conçues par l'Assurance maladie, et étendues progressivement dans les départements français, visent à réduire le renoncement aux soins. Les plates-formes sont développées avec des acteurs locaux autour des Caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) : Directions régionales du service médical (DRSM), Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), Centres d'examen de santé, professionnels de santé, dans des configurations qui peuvent varier d'un département à l'autre. Elles partagent les mêmes objectifs opérationnels :

1. Repérer les personnes en situation de renoncement ;
2. Les enrôler dans le programme et réaliser un bilan de leurs droits ;
3. Les accompagner dans l'accès aux soins et aux droits.

L'accompagnement proposé relève de la logique de la « prise en charge globale » et se compose d'une combinaison des différentes modalités d'aides qui peuvent inclure une demande d'aide-ménagère, de prestations, d'aides financières, l'aide à l'accès à l'assurance complémentaire ou l'ouverture de droits, et un accompagnement dans les parcours de soins.

Le programme Pfidass ne consiste pas seulement en une innovation organisationnelle. Il reflète un changement de paradigme et la volonté de passer d'une logique de guichet à une logique proactive de recherche puis de soutien des personnes les plus vulnérables. 80 230 orientations ont été réalisées en 2019 dans les Missions d'accompagnement santé.

A la suite de la généralisation du programme Pfidass, la Cnam a décidé d'évaluer quantitativement le dispositif, mais aussi d'élargir le ciblage des personnes susceptibles d'être accompagnées, en construisant un algorithme de ciblage à partir des données administratives.

Ce projet vise à estimer l'impact du dispositif sur l'accès aux soins, à la couverture santé (Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), Affections de longue durée (ALD)) des personnes participant au dispositif, à partir de données administratives. Il vise aussi à accompagner la construction de l'algorithme de détection, lequel pourra éventuellement être utilisé pour construire des groupes témoins pour l'évaluation.

Un premier volet propose une expertise du ciblage basé sur les données administratives. Un second volet s'appuyant sur les données déjà colligées sur les participants, avant et après leur enrôlement, analysera le processus de recrutement en termes de sélection des assurés et d'évolution de l'accès aux soins. Un troisième volet visera à proposer une évaluation causale des effets du programme basée sur une approche cas-témoins.

PrOmoting evidence-bASed rEforms

Code projet : OASES

Période de réalisation :

Equipe : Guillaume Chevillard, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès (Irdes)

Collaboration extérieure : Ecole des Hautes Etudes en santé Publique (Nicolas Sirven, Fei Gao, Cindy Padilla), Observatoire de la santé d'Ile de France (Catherine Mangeney), Université de La Réunion, Centre d'économie et de management de l'Océan Indien (Yasser Moulin), Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (Italie - responsable du projet : Paolo Michelutti), melweis University (Hongrie), Inhwettd (Chypre), Universitatea Babeş Bolyai (Roumanie), Agentia Nationala Pentru Sanatate Publica (Moldavie), Terveyden Ja Hyvinvoinnin laitos (Finlande)

Financement : Commission européenne (Programme 2020 du 3ème Programme sur la santé)

Période de réalisation : phase de discussion pour l'agrément final prévu début 2021. Projet sur 3 ans.

Contexte et objectifs

Tous les pays européens font face à des pénuries d'offre de soins particulièrement importantes pour certaines professions et certains types de territoires, notamment ruraux. A ce titre, l'urgence sanitaire actuelle souligne l'intérêt stratégique d'une bonne répartition géographique du personnel de santé et d'une bonne combinaison de compétences en fonction des caractéristiques spécifiques des territoires et de sa population.

Depuis 2012, la Commission Européenne encourage les activités en matière de planification et de prévision du personnel de santé à l'échelle de l'Union Européenne afin d'aider les pays à travailler ensemble sur ces questions. Ce projet s'inscrit dans ce cycle en réponse à l'appel d'offre du 3^{ème} programme sur la santé de la Commission européenne. L'objectif est de produire de la connaissance au niveau européen sur le phénomène des déserts médicaux et des mesures qui permettent de les résorber pour renforcer la capacité des Etats à mener des réformes.

Phasage du projet et méthodologie

Le projet s'articule en plusieurs phases : a) la définition d'une méthodologie et d'outils de mesure des déserts médicaux applicables dans différents contextes b) la mise en œuvre des méthodes et outils de mesure dans des sites pilotes sélectionnés des 7 pays européens ; c) l'analyse des actions correctrices et l'évaluation de leur impact dans chaque site pilote; d) la transposition à plus grande échelle des méthodes et des actions politiques au niveau de l'UE.

L'équipe française du projet (EHESP et IRDES) est responsable de la première tâche visant à proposer la méthodologie de mesures des déserts médicaux sur le champ des soins primaires et des soins hospitaliers. Elle s'appuiera pour ce faire sur des travaux déjà menés à l'IRDES et à l'EHESP pour proposer des outils plus ou moins perfectionnés en fonction des données disponibles et des spécificités des pays en matière d'organisation des soins. L'Irdes apportera aussi son expertise sur d'autres dimensions du projet, notamment sur l'analyse de la littérature sur les "déserts médicaux" (causes, réponses des pouvoirs publics et impacts des "déserts médicaux" sur les populations).

Les pratiques paramédicales en soins primaires en France : étude de cas sociologiques

Code projet : PARAMED

Equipe : Lucie Michel, Cécile Fournier, Matti Suchier

Financement : France Stratégie

Période de réalisation : 2020

Contexte et objectifs

Ce projet de recherche s'inscrit dans le cadre d'une réflexion sur les ressources humaines en santé, conduite par le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam). Il s'intéresse à la division du travail entre les professionnels de santé paramédicaux dans la prise en charge des patients en soins primaires, tout particulièrement les personnes atteintes de pathologies chroniques et les personnes âgées en perte d'autonomie, en vue de favoriser leur maintien à domicile. Il s'agit d'étudier les activités et les tâches des infirmières libérales ou salariées travaillant en soins primaires, ainsi que celles des aides-soignantes à domicile. L'étude devait partir de l'analyse du travail *in situ* de ces deux types de professionnels paramédicaux, ainsi que de leurs interactions avec les professionnels de l'aide à domicile, les pharmaciens, les assistantes sociales, les kinésithérapeutes et les médecins, cette liste n'étant pas limitative. Cependant la crise de la Covid-19 nous a obligé à reconsidérer le périmètre de l'enquête pour ne se concentrer que sur la perception des infirmières, aides-soignantes et aides à domicile. La crise de la Covid-19 ne nous permettant plus de nous déplacer sur le terrain pour une durée indéterminée, nous avons dû revoir notre méthodologie ainsi que les objectifs de l'étude.

Dès lors, cette étude se propose donc de :

- Comprendre et analyser les processus de professionnalisation des infirmières, aides-soignantes et aides à domicile dans le contexte particulier des soins primaires.
 - À travers une analyse de la littérature sociologique, (se référer à la revue de littérature)
- Éclairer par le prisme de leur propre vécu et perception la réalité du travail à travers 3 thèmes principaux :
 - Les conceptions du métier
 - La division du travail au domicile et ce que le partage des tâches implique
 - Les dynamiques parfois complexes du travail collectif dans un contexte de soins visant à devenir pluriprofessionnels

Méthodes

Dans un premier temps, une revue de la littérature analytique a permis de faire l'état des lieux à la fois des études sociologiques existantes, mais aussi de comprendre comment les activités et pratiques des professionnels étudiés évoluent. Ensuite, l'enquête repose sur 30 entretiens semi-directifs réalisés, dans le contexte épidémique, par téléphone ou visio-conférence. Ces entretiens ont été menés grâce à un guide d'entretien préalablement conçu afin de systématiser un certain nombre de questions. Ce guide s'articulait autour de 6 thèmes auxquels étaient associés un ensemble de questions. Les enquêtées avec lesquelles les entretiens ont été menés, ont été sélectionnées sur un mode itératif, plusieurs entretiens ont été réalisés au sein des organisations. Les données recueillies ont été analysées et feront l'objet d'un rapport de recherche.

Calendrier

L'enquête s'est déroulée entre avril et juillet 2020 et donnera lieu à un rapport rendu au Hcaam en décembre 2020.

Efficiencia territorial de las consumiciones de cuidados de las personas mayores

Code proyecto : PATE

Equipo : Damien Bricard, Zeynep Or, Anne Penneau (Irdes)

Período de realización : 2020-2021

El inicio del proyecto está desplazado a fin 2020 después de la finalización de los trabajos de valoración del proyecto *Parcours santé des aînés* (Paerpa).

Contexto y objetivos

La configuración de la oferta de cuidados es un determinante reconocido de la utilización de los recursos y de su eficiencia a nivel local. La puesta en marcha de políticas territoriales que modifiquen la organización y el financiamiento de los cuidados para las personas mayores requiere comprender mejor los márgenes de eficiencia a nivel de los territorios. Para las personas mayores, se trata en particular de establecer el papel de la oferta de cuidados hospitalarios y de atención primaria, así como su articulación con la oferta médico-social en la determinación del nivel y de la composición de las consumiciones de cuidados.

Los análisis sobre los efectos de sustitución y de complementariedad entre los cuidados de salud y los servicios médico-sociales, y sobre la manera en que diferentes configuraciones de la oferta de cuidados afectan el rendimiento del sistema de cuidados, son muy limitados en Francia. Este proyecto tiene como primer objetivo analizar la eficiencia de los gastos de cuidados de las personas mayores, explotando las disparidades territoriales en las consumiciones hospitalarias (y comprendidas en los establecimientos de rehabilitación) y ambulatorias, teniendo en cuenta los contextos socio-económicos y de oferta de cuidados de los territorios. El segundo objetivo de este proyecto es analizar la evolución de la eficiencia territorial, caracterizando el papel del despliegue de estructuras de integración de servicios (Método de acción para la integración de servicios de ayuda y de cuidados en el campo de la autonomía (Maia), Coordinación territorial de apoyo (CTA) de Paerpa, etc.), así como de la oferta médico-social.

Metodología

Nos movilizaremos en este proyecto los datos recogidos para la evaluación de las experimentaciones Paerpa en 12 regiones, para las personas de 65 años y más. Se trata en un primer momento de un análisis de los gastos de seguro de enfermedad (datos del DCIR asociados a los cuatro Programas de medicalización de los sistemas de información (PMSI) a nivel del zonaje final de los Maia sobre los territorios). Nos vamos a utilizar modelos estocásticos (o modelos de regresión multinivel con efectos aleatorios) para medir la eficiencia de los recursos empleados para alcanzar objetivos de calidad. Completaremos estos análisis, en un segundo momento, analizando la evolución de los gastos para medir el impacto de la puesta en marcha progresiva de estructuras de integración (Maia, Paerpa) y de la oferta médico-social sobre los territorios.

Partnership for global Health System Resilience and Sustainability – PHSSR

Code projet : PHSSR

Equipe : Zeynep Or, Coralie Gandré, Damien Bricard

Collaboration : <https://www.weforum.org/phssr>

Période de réalisation : 2020-

Contexte et objectifs

La pandémie de la Covid-19 a été un révélateur des difficultés de la plupart des systèmes de santé et un accélérateur/catalyseur de solutions nouvelles. La collaboration *Partnership for Global Health System Resilience and Sustainability* (PHSSR), initiée par la London School of Economics (LSE) avec le soutien du Forum économique mondial (WEF) et AstraZeneca, vise à identifier des solutions pour améliorer la soutenabilité et la résilience des systèmes de santé (<https://www.weforum.org/phssr>). Au départ du projet, un constat partagé : la nécessité de renforcer les systèmes de santé pour réduire l'impact négatif de la pandémie sur la santé et le bien-être de la population. La crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 peut aussi être une opportunité de repenser et reconstruire les systèmes de santé.

Réalisation

L'initiative, en phase pilote, inclut 8 pays dont la France (qui est couverte par les chercheurs de l'Irdes), et a été officiellement lancée le 17 novembre 2020. Une équipe d'experts chercheurs basée à la LSE travaillent avec des équipes nationales dans chacun des pays pour développer et affiner un cadre d'analyse visant à évaluer la soutenabilité et la résilience des systèmes de santé, définies comme suit :

- La **soutenabilité** : capacité d'un système de santé à résister aux stress internes et externes (défis épidémiologiques, économiques, sociaux, politiques et environnementaux) afin de maintenir et améliorer continuellement ses fonctions et la réalisation de ses objectifs pour améliorer la santé de la population.
- La **résilience** : capacité d'un système de santé à prévenir, résister et rebondir face aux chocs à court terme afin de maintenir et d'améliorer sa performance et la réalisation de ses objectifs.

Les objectifs du travail sont :

- de développer des connaissances sur la soutenabilité et la résilience des systèmes de santé, de manière à pouvoir les mesurer dans différents contextes nationaux ;
- d'élaborer des solutions et des recommandations politiques et de soutenir la mise en œuvre de pilotes ;
- de faciliter la collaboration transfrontalière et intersectorielle en permettant l'échange international de connaissances.

Calendrier et livrables

Dans sa phase pilote, de septembre 2020 à janvier 2021, le partenariat se concentrera sur huit pays : France, Allemagne, Italie, Espagne, Royaume-Uni, Pologne, Russie et Vietnam. Un cadre d'analyse commun sera employé pour comparer la résilience et la soutenabilité des systèmes de santé de ces pays. Les résultats seront consignés dans un rapport pour chaque pays pilote, qui comprendra des études de cas et des recommandations. Ces éléments auront vocation à être partagés pour nourrir la réflexion dans les autres pays, et fournir des comparatifs et des idées de solution.

Impact des aidants familiaux et de l'environnement médico-social des personnes âgées dépendantes à domicile sur leurs prescriptions médicamenteuses

Code projet : POLYMED

Equipe : Anne Penneau, Marc Perronnin, Sylvain Pichetti

Période de réalisation : 2021-2022

Données : Enquête CARE appariée avec les données du SNDS

Contexte et objectifs

Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile sont souvent atteintes d'une ou plusieurs pathologies chroniques entraînant des besoins de soins médicaux importants, ce qui les expose à un risque de polymédication et de prescriptions inappropriées plus élevé que le reste de la population. Plusieurs études, souvent qualitatives et plus rarement quantitatives, montrent que les aidants informels qui accompagnent les personnes âgées dépendantes peuvent avoir un rôle sur leurs prescriptions de médicaments. Compte tenu de leur proximité avec les personnes âgées dépendantes, les aidants familiaux sont bien placés pour observer les effets d'une nouvelle prescription médicamenteuse, alerter le médecin traitant en cas de problème et essayer d'influencer si besoin un ajustement de la prescription. On peut par ailleurs supposer qu'une vigilance est également exercée par les aidants professionnels qui sont en contacts fréquents avec la personne âgée dépendante, vigilance qui peut éventuellement venir en appui de celle exercée par l'environnement familial, ou en substitut. De plus, le niveau d'expertise médicale mais également le niveau socio-culturel de ces aidants formels ou informels pourraient être des facteurs pouvant influencer sur l'impact qu'ils peuvent exercer sur les prescriptions médicamenteuses des personnes âgées qu'ils accompagnent.

L'objectif de notre étude est de caractériser l'impact de l'environnement familial et médico-social des personnes âgées dépendantes sur leurs prescriptions médicamenteuses, à la fois en termes de polymédication cumulative et continue, et également en termes de prescriptions inappropriées : notamment les traitements par vasodilatateurs, par benzodiazépines de durée supérieure à trois mois, les prescriptions par hypnotiques au long cours,... On peut supposer que l'impact de l'environnement familial sur la prescription de la personne âgée dépendante est influencé par plusieurs facteurs (notamment le niveau social de l'entourage familial), de même que l'environnement médico-social n'aura pas la même influence en fonction de la composition des aidants professionnels et de la fréquence des visites au domicile du patient.

Méthodologie et phasage du projet

Les données utilisées proviennent de l'enquête CARE appariée avec les données du SNDS. Les indicateurs de polymédication et de prescriptions inappropriées sont déjà construits et disponibles dans les données fines de l'enquête.

L'identification des effets respectifs des aidants familiaux et professionnels pose plusieurs difficultés : d'une part, les caractéristiques des aidants familiaux influençant la qualité des prescriptions (plus hauts niveaux d'éducation, plus grande attention à la santé...) pouvant être partagées avec la personne dépendante, l'identification de l'effet propre des aidants familiaux nécessitera en premier lieu de contrôler des caractéristiques socio-économiques et médicales de la personne dépendante et, en second lieu, si possible, de recourir à des hypothèses identifiantes (par exemple, l'intensité de l'effet des caractéristiques observées et inobservées des aidants dépendent du temps d'aide, ce qui ne serait pas le cas pour les personnes aidées). En second lieu, l'efficacité de l'aide apportée par les aidants professionnels peut dépendre de la qualité des interactions avec les aidants familiaux et la personne dépendante, il conviendra donc de croiser la quantité d'aide

professionnelle avec les caractéristiques socio-économiques des aidants familiaux et de la personne dépendante.

Une revue de littérature débutée à l'automne 2020 sera finalisée d'ici la fin de l'année. La réflexion méthodologique, qui s'appuie en partie sur cette revue de littérature, est en cours.

Valorisation prévue

Un article scientifique dans une revue à comité de lecture, un *Questions d'économie de la santé (QES)*

VARIabilité des pratiques en psychiatrie à travers trois prises en charge controversées : Isolement, Contention et Electroconvulsivothérapie

Code projet : VARICEL

Équipe Irdes : Coralie Gandré, Magali Coldefy, Stagiaire

Période de réalisation : 2021-2022 (la temporalité de certaines analyses est soumise à la date de disponibilité effective des données)

Contexte scientifique

Le champ de la psychiatrie demeure caractérisé par des pratiques controversées dont l'isolement, la contention et l'électroconvulsivothérapie (ECT). Les deux premières constituent des pratiques de dernier recours et portent atteinte aux libertés et à l'intégrité physique des personnes, tandis que la troisième divise l'opinion par son contexte historique, son mécanisme d'action encore mystérieux et ses effets secondaires difficiles à supporter. Globalement, ces trois modalités de soins constituent souvent des expériences traumatisantes pour les personnes. Des données sur leur mise en œuvre à l'échelle nationale font défaut mais leur recueil et leur remontée dans les bases de données sur l'activité des établissements de santé sont désormais obligatoires (notamment dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016). La mise à disposition de ces nouvelles données ouvre désormais de nombreuses perspectives pour mieux documenter ces prises en charge et faciliter une évolution adéquate des pratiques.

Objectifs et méthode

Dans ce contexte, le premier objectif de cette recherche est ainsi de quantifier, pour la première fois de façon exhaustive à l'échelle nationale en France, le recours à ces pratiques de prise en charge au sein des établissements de santé, les populations concernées, et l'adéquation avec les recommandations de bonnes pratiques (pour l'ECT) à partir des données de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Le second objectif de cette recherche est de décrire les variations du recours à ces prises en charge et leurs déterminants (caractéristiques propres aux individus et à leur état de santé, caractéristiques des établissements de santé et caractéristiques de leur environnement). Des modélisations multi-niveaux seront mises en œuvre pour tenir compte de la structure hiérarchique des données.

Résultats attendus

Nos résultats permettront une meilleure connaissance du recours à ces pratiques à l'échelle nationale, et de ses variations, et permettront ainsi d'établir des pistes de recommandations pour réduire les variations de pratique non justifiées par des différences de besoins entre les patients.

PROJETS EN COURS

Analyse des parcours de soins des sujets atteints de Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés (Masa) en France : approche longitudinale

Code projet : ALZHEIM

Equipe : Zeynep Or (Irdes), Anne Penneau (Irdes), Leila Pellet (Irdes), Adeline Gallini, Renoux Axel et Virginie Gardette (CHU de Toulouse, Institut Preserv'âge), Denis Ducros (ARS Occitanie) et Philippe Muller (Université de Toulouse 3, UMR 5505)

Collaborations extérieures : Centre hospitalier universitaire de Toulouse, Institut Preserv'âge ; Université de Toulouse 3, Unité mixte de recherche (UMR) 5505 ; Agence régionale de santé (ARS) Occitanie

Le projet est porté par Adeline Gallini et Virginie Gardette (coordinatrices scientifiques) l'Irdes participe notamment aux analyses des variations territoriales des parcours de soins

Financement : Convention Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) : «Appel à projets (AAP) général 2017 - Volet Services de santé » Institut de recherche en santé publique (Iresp)

Période de réalisation : 2018-2020

Contexte et objectifs

La maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés (Masa), déclarée priorité de santé publique devant ses coûts sanitaires, sociaux et économiques, représente l'une des principales causes d'incapacité et de dépendance du sujet âgé. Sa prise en charge fait l'objet de recommandations et requiert l'accompagnement tout au long du parcours de vie de l'individu. En France, avec l'évolution des dispositifs de prise en charge, dont la disponibilité reste cependant variable sur le territoire, les parcours de soins en lien avec les besoins induits par la Masa se sont complexifiés et fragmentés, augmentant le risque de rupture au sein de ce parcours, aux interfaces des nombreuses articulations à réaliser. Or, les sujets atteints de Masa vivant à domicile sont particulièrement vulnérables à ce risque de rupture de parcours. Il n'existe pas, en France, de données longitudinales décrivant le parcours de soins des patients diagnostiqués pour une Masa en population générale, dans une approche décloisonnée dépassant une vision purement ambulatoire, hospitalière ou médico-sociale, avec un effectif conséquent permettant l'analyse de variations géographiques.

Le premier objectif du projet est de décrire, entre 2012 et 2016, les parcours de soins des cas incidents de Masa âgés de 65 ans et plus, identifiés en 2012, dans les bases de données médico-économiques. Le deuxième objectif est d'étudier les déterminants des variations de parcours (et des ruptures dans les parcours) dans une approche territoriale. L'Irdes portera cette deuxième partie des analyses.

Méthodologie

Les analyses proposées s'appuient sur une cohorte de nouveaux cas de personnes âgées identifiées atteintes de Masa en 2012 dans les bases de données du Système national des données de santé (SNDS). La Masa est définie à partir d'un algorithme d'identification validé dans le SNDS. Des typologies de parcours de soins multidimensionnels, réalisées par nos collaborateurs de l'université de Toulouse, sont identifiées sur la base du recours aux soins ambulatoires, hospitaliers et du recours aux Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), à partir de méthodes d'analyse de séquences (distances d'édition) et de classification (hiérarchique ascendante, algorithme k-medioïde). En 2019, des indicateurs de parcours 'souhaitables' ou évocateurs de rupture sont identifiés et testés par les équipes de Toulouse. Nous étudierons les variabilités géographiques de ces typologies et les facteurs associés, individuels et contextuels, à l'aide de modèles de régression multiniveaux. Nous menons également des analyses complémentaires afin

d'étudier les variations territoriales d'hospitalisation et de recours aux urgences des personnes âgées atteintes de Masa et de leurs déterminants territoriaux. Nous questionnons en particulier l'impact des politiques départementales d'organisation et de financement des soins médico-sociaux sur les variations territoriales d'hospitalisation des personnes âgées atteintes de Masa.

Avancement du projet

En 2020, l'Irdes a produit des cartographies des parcours de soins des personnes atteintes de Masa en utilisant les indicateurs de parcours produits par l'université de Toulouse ainsi que des indicateurs plus classiques de parcours de soins et conduit des analyses multiniveaux des déterminants des variations territoriales. Les résultats de ces analyses seront présentés aux 42^{es} *Journées des économistes de la santé français (JESF)* en décembre 2020 et feront l'objet d'un document de travail et un article scientifique en 2021.

Accompagnement du parcours en chirurgie orthopédique : évaluation du programme – Projet Apeco

Code projet : APECO (ex REA183)

Equipe : Zeynep Or, Cécile Fournier, Noémie Mallejac (Irdes)

Financement : Protocole d'évaluation du programme d'accompagnement du parcours en chirurgie orthopédique, [Groupe Elsan](#)

Période de réalisation : 2017-2022

Période de valorisation: 2019-2023

Données :

Présentation

Le projet Accompagnement du parcours en chirurgie orthopédique (Apeco) a pour objectif d'analyser différentes formes d'organisation des parcours de soins en chirurgie orthopédique et leur impact en termes de qualité et de coût de la prise en charge globale des patients. Plus spécifiquement, il s'agit d'établir l'impact de différentes organisations de soins sur l'efficacité hospitalière, mais aussi sur l'efficacité des parcours de soins en examinant les marges de progrès possibles grâce à une meilleure coordination des acteurs.

Population concernée

Patients opérés pour une prothèse de hanche ou de genou et professionnels de santé impliqués.

Méthodologie

Le projet mobilise des méthodes mixtes :

- **L'approche qualitative** examine les modalités de mise en œuvre des programmes de réhabilitation améliorée après chirurgie et ses répercussions sur les différents acteurs (transformation des pratiques, prérequis et coordination perçue par les acteurs clés, expérience des professionnels de santé et des patients).
- **L'analyse quantitative** vise à établir l'impact de différents programmes dans les résultats observés en termes de coût pour le système de soins et de qualité du point de vue des patients. Il s'agit d'une comparaison des résultats (coût et qualité de prise en charge) chez des patients dans différentes cliniques. Ceci implique l'analyse des données de consommation en ville, à l'hôpital et en soins de suite et de réadaptation, en amont et après l'hospitalisation des personnes qui ont bénéficié d'une intervention de prothèses de genou ou de hanche.

Différents types de données sont nécessaires pour réaliser cette étude.

Données qualitatives

Des données qualitatives ont été recueillies à travers des entretiens et des observations dans trois cliniques du groupe Elsan. Dans chaque clinique ont été rencontrés : d'une part les professionnels intervenant dans l'organisation et la gestion des parcours de soins (le directeur et d'autres membres de la direction, les chirurgiens, les anesthésistes et leurs secrétaires, l'infirmière coordinatrice le cas échéant, les infirmières d'hospitalisation, les kinésithérapeutes, les agents de l'Assurance maladie en charge du programme Prado) et, d'autre part, six patients opérés.

Données déclaratives

Afin d'accéder au point de vue des patients sur la qualité de leur prise en charge, avec une mesure quantifiable, nous avons développé des questionnaires patients permettant d'une part de décrire les

résultats des soins qu'ils déclarent (PROM, *Patient Reported Outcome Measures*) et, d'autre part, de comprendre leur expérience (PREM, *Patient Reported Experience Measures*) ([Enquête Apeco](#)). Dans le cadre du projet, l'Irdes a mis en place, entre février et novembre 2018, une procédure de collecte des données des patients dans six cliniques d'Elsan (trois cliniques qui pratiquent un parcours accompagné et trois témoins). Ces questionnaires ont été proposés à tous les patients opérés pour une prothèse de hanche ou de genoux.

Données médico-administratives

Afin de suivre les parcours de soins des patients, les données de remboursement de l'Assurance maladie (Système national des données de santé - SNDS) seront mobilisées. Un appariement des données sur la qualité de prise en charge du point de vue des patients ([Enquête Apeco](#)) avec les données du SNDS est prévu pour établir, toutes choses égales par ailleurs, l'impact de différentes organisations sur la qualité et les résultats des soins.

Le protocole d'étude a obtenu l'autorisation du Comité de protection des personnes d'Ile-de-France XI, n°17041, ainsi que de la Commission nationale informatique et libertés (Cnil), n° 917193.

Avancement du projet

En 2018, l'étude a démarré avec l'enquête qualitative dans trois cliniques aux caractéristiques contrastées : deux cliniques proposant des démarches innovantes de construction de parcours en chirurgie orthopédique faisant intervenir une infirmière coordinatrice et une clinique proposant une organisation classique des parcours coordonnée par le chirurgien. L'enquête « patients » s'est déroulée au sein de six cliniques du groupe Elsan. Tous les questionnaires ont été récupérés fin 2018. Un travail d'analyse des questionnaires a été mené en 2019, pour étudier les réponses des patients. L'enquête Apeco a été appariée aux données du SNDS en mars 2020. Des premiers résultats ont été obtenus. L'analyse se poursuit pour des premières valorisations au premier semestre 2021.

Ce projet continue depuis 2019 dans le cadre d'une thèse de doctorat de Noémie Mallejac, en économie au Laboratoire d'économie de Dauphine (LEDa) financé en Ciffre par le groupe Elsan, sous la direction de Zeynep Or et de Gilles Kemoun. Il s'agit d'avancer l'analyse du parcours en amont et en aval de l'hospitalisation des patients, à partir des données du SNDS, et de réfléchir aux leviers de financement pour améliorer les parcours de soins.

Résultats

Des analyses quantitatives ont été menées à l'aide des données PMSI-MCO et PMSI-SSR de 2012 à 2016. A l'aide de régressions en double différence, nous avons étudié l'impact de la mise en place du protocole de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC). Les résultats montrent une amélioration du parcours de soins des personnes prises en charge dans les cliniques labellisées RAAC par le « centre GRACE ». Cela se traduit par une réduction de la durée de séjour, une hausse de la probabilité de sortie à domicile sans un effet sur la réadmission à 30 ou 90 jours. Ce travail est publié en 2019 dans un DT Irdes, un article scientifique a été publié au Journal d'économie et gestion de la santé (2019).

Valorisation

Publications extérieures

- [Malléjac, N., & Or, Z. \(2019\). Évaluation d'impact d'une nouvelle organisation en chirurgie orthopédique sur les parcours de soins. Journal de gestion et d'économie de la santé, \(5\), 431-465.](#)

Publications Irdes

- Malléjac N., Or Z. (Irdes), avec la participation de Fournier C. (Irdes), [Évaluation d'impact d'une nouvelle organisation en chirurgie orthopédique sur les parcours de soins](#). Document de travail n° 79, 2019/06

Séminaire-colloques scientifiques

- Séminaire méthodologique Irdes, 6 février 2020 «Analyse d'impact de l'organisation hospitalière en chirurgie orthopédique sur les parcours de soins » Malléjac N., Or Z., Kemoun G.
- *Fall Meeting Wennberg International Collaborative*, 2-4 octobre 2019 «The impact of variations in orthopaedic surgery practices on health care costs and care pathways»
- *Journées EMOIS 2019*, Nancy, 14-15 mars 2019, «Évaluation d'impact d'une nouvelle organisation des soins à l'hôpital sur les parcours de soins », Mallejac N. (co-auteur Or Z.)
- Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris (Cresppa), *Séminaire Santé, inégalités sociales et rapports de domination*, Paris, 3 février 2019, « Introduire des infirmières dans l'organisation des parcours de soins pour réduire les inégalités de prise en charge ? Croisement de deux recherches en soins primaires et en chirurgie orthopédique », Fournier C.
- *Mardi de l'Irdes*, 29 janvier 2019, « Évaluation d'impact d'une nouvelle organisation des soins en chirurgie orthopédique sur les parcours de soins », Malléjac N., Or Z.

Evaluation de l'expérimentation d'un accompagnement thérapeutique de proximité

Code projet : ATP_IDF

Equipe : Cécile Fournier, Julien Mousquès, Lucie Michel (Irdes), Matti Suchier

Collaborations extérieures : Convention cadre de partenariat 2018-2022 entre l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) médecins libéraux Ile-de-France, l'Agence régionale de santé Ile-de-France (ARS), le Pôle ressources Ile-de-France en Education thérapeutique du patient (Pôle ETP) et l'Irdes.

Financement : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) 2018-2022 au titre du Fonds d'intervention régional (Fir)

Période de réalisation : 2018-2022

Contexte et objectifs

Les programmes réglementaires d'éducation thérapeutique du patient (ETP) visent explicitement l'exercice pluridisciplinaire. Ce dernier mode d'exercice n'étant à ce jour pas majoritaire, la question de la mise en œuvre de démarches éducatives en médecine de ville dans le cadre de l'exercice traditionnel reste un enjeu majeur. L'ARS, l'URPS et le Pôle Ressources en éducation thérapeutique du patient d'Ile-de-France se proposent d'expérimenter un accompagnement thérapeutique de proximité (ATP) par des médecins libéraux franciliens généralistes et spécialistes. Le projet vise à favoriser le développement et l'intégration par les médecins libéraux de pratiques éducatives dans leurs organisations de soins et, partant, à favoriser l'accès des patients à ces pratiques.

L'expérimentation vise, d'une part, à analyser les besoins d'appui des médecins dans le champ des pratiques éducatives et, d'autre part, à les accompagner dans le renforcement de leurs pratiques éducatives, au moyen d'un dispositif spécifique d'appui (apprentissage et mise à disposition de ressources). Ce projet a pour objectif d'évaluer l'impact de l'expérimentation d'ATP en termes de transformations des pratiques des médecins, voire de bénéfices pour les patients à terme.

Méthodologie et phasage du projet

L'évaluation du dispositif s'appuie sur une méthode mixte associant des démarches qualitatives inductives et qualitatives-quantitatives (enquête par questionnaire). Les objectifs de l'évaluation consistent à :

- 1) comprendre les pratiques courantes des médecins en matière d'ETP (i.e. connaissances, compétences, attitudes et pratiques) ainsi que les barrières et leviers à leur mise en œuvre ; le tout avant l'entrée dans le programme ;
- 2) observer et décrire les actions entreprises par le Pôle ETP pour accompagner les médecins libéraux dans le renforcement d'une démarche d'accompagnement thérapeutique et ainsi identifier les hypothèses pouvant expliquer une modification des pratiques des médecins ;
- 3) explorer les usages du dispositif d'appui par les médecins, et recueillir leur expérience de l'expérimentation ;
- 4) mesurer l'impact du dispositif d'accompagnement thérapeutique sur la modification des pratiques professionnelles d'ATP à différentes périodes au niveau des médecins.

La population d'étude est constituée de médecins libéraux exerçant en Île-de-France et volontaires pour participer au dispositif. L'entrée dans le dispositif est réalisée par vague. Parmi 90 médecins volontaires, 36 ont été enrôlés dans la première vague (2nd semestre 2018), dont 3 abandons, et 37 dans la vague 2 (second semestre 2019). Les médecins de la vague 1 ont suivi depuis un an

différentes étapes d'accompagnement et éducatives mises en œuvre par le pôle ETP d'île-de-France avec l'appui de patient experts (site collaboratif, vidéo, séminaire, focus group, mise en situation, webinaire etc.).

L'évaluation s'appuie sur une méthode mixte associant des démarches qualitatives inductives, qualitatives-quantitatives (enquête par questionnaires).

L'approche sociologique qualitative vise à :

- Analyser des pratiques éducatives des médecins participants au début de l'expérimentation à partir de questionnaires ouverts liés à des vignettes cliniques ainsi qu'à l'observation des échanges au cours des séminaires et sur la plateforme.
- Analyser les besoins exprimés, les apprentissages et les changements de représentations et de pratiques des médecins participants grâce à des observations et aux enregistrements des interactions au cours des séminaires et webinaires. Les documents produits lors des séminaires, postés sur la plateforme et retours des médecins seront aussi analysés.
- Analyser le dispositif d'accompagnement en utilisant les observations et enregistrements des interactions au cours des séminaires et webinaires, mais aussi les ressources partagées et ressources nouvelles produites.

Un volet supplémentaire d'observation de consultations sera mis en œuvre en 2021.

Les données quantitatives s'appuient sur deux types de recueil. Un questionnaire en ligne sur les caractéristiques des médecins, de leur exercice ainsi que sur leur expérience de l'ETP en général et spécifiquement relativement à l'expérimentation d'ATP. Ce dernier a été administré auprès des médecins de la première vague et le terrain de la deuxième vague est en cours. Un second recueil porte sur la mesure des pratiques éducatives ou de l'engagement du patient et de la décision partagée. Notre questionnaire sur la perception des médecins de leur pratique en matière d'accompagnement thérapeutique et de décision partagée s'inspire du SDM-Q-DOC dans sa version française. Les modifications principales apportées relèvent d'une série de séances pour un patient donné et ayant donné lieu à la mise en œuvre d'une démarche éducative. Les modalités de réponses reposent sur une échelle de Likert en 6 modalités.

Les analyses pour les médecins de la vague 1 sont finalisées, celles pour les médecins de la vague 2 et 3 (en cours de déploiement) sont en cours.

Valorisation

- *8^e congrès du Collège des humanités médicales (Colhum) : Recherche en santé, formation des soignants : agir dans les révolutions en cours*, Paris, 27-28 juin 2019, « L'éducation thérapeutique, un espace de négociation où se reconfigurent les savoirs et les rôles », Cécile Fournier, Aurélien Troisoefus

Cancers chez les personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : des défauts de parcours de soins ?

Code projet : CANOPEE

Équipe Irdes : Coralie Gandré (Irdes), Magali Coldefy (Irdes), Camille Regaert (Irdes)

Collaborations extérieures : Anne Vega (Université de Nanterre), Delphine Moreau et Ibtissem Ben Dridi (EHESP), Sylvie Morel (Université de Nantes), Nabil Hallouche et Aurélien Troisoefus (GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences)

Financement : Institut national du cancer, Appel à projets « Projets libres de recherche en sciences humaines et sociales, Épidémiologie et santé publique » 2019

Période de réalisation : 2019-2022

Contexte scientifique

La surmortalité par cancer des individus suivis pour des troubles mentaux sévères a été récemment objectivée en France, suggérant que cette population est confrontée à des inégalités de santé. Les facteurs liés aux comportements individuels sont les plus fréquemment mis en avant pour expliquer ce phénomène. Bien que leur rôle doive être davantage exploré, il est nécessaire de considérer le rôle d'autres facteurs : ceux liés aux professionnels et au système de santé.

Objectifs et méthode

Notre objectif est de mieux caractériser les défauts de parcours de soins pour cancer chez les individus suivis pour troubles mentaux sévères afin d'identifier des leviers pour réduire leur occurrence en mobilisant une méthode mixte. L'approche quantitative vise à mieux préciser les hypothèses quant aux facteurs de surmortalité par cancer (dépistage tardif, soins non optimaux...). Elle mobilise ainsi les données du Système national des données de santé (SNDS) pour décrire et comparer, d'une part, l'incidence du cancer, la mortalité par cancer et les actions de prévention et de dépistage entre les individus suivis pour troubles mentaux sévères et la population générale, et d'autre part, les parcours de soins pour cancer entre les patients avec ou sans troubles mentaux sévères à l'échelle nationale. L'approche qualitative repose sur des entretiens semi-dirigés avec des patients, leurs proches et des professionnels de santé afin de documenter les freins et leviers à la prise en charge du cancer chez les patients avec troubles mentaux sévères. Ils seront complétés par des focus groups avec des usagers des services de santé mentale pour garantir l'aspect participatif de la recherche.

Résultats attendus

Si nos résultats montrent des inégalités de santé pour les individus suivis pour troubles mentaux sévères souffrant de cancer, ils permettront d'apporter des éléments probants pour sensibiliser les différentes parties prenantes et concevoir des interventions pour réduire ces inégalités ainsi qu'améliorer la prise en charge et la qualité de vie de ces individus.

Comorbidités et parcours de soins somatiques des personnes suivies pour un trouble psychique – Projet Colchique

Code projet : COLCHIC

Equipe : Magali Coldefy, Coralie Gandré (Irdes)

Financement : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam), appel à projets 2018 « Parcours de vie, parcours de soins » ; Fédération pour la recherche sur le cerveau (FRC)

Période de réalisation : 2019-2020

Contexte et objectifs

Nous avons récemment mis en évidence une forte réduction de l'espérance de vie chez les personnes suivies pour des troubles psychiques sévères ainsi qu'une mortalité prématurée quadruplée (projet PSYDC). Des travaux complémentaires sont nécessaires pour tenter d'apporter des éléments explicatifs à ces constats, en se centrant sur les facteurs modifiables sur lesquels il est possible d'agir à court terme par des politiques dédiées pour réduire cette surmortalité. Le projet Colchique repose sur l'hypothèse qu'il existe des défauts de prise en charge somatique (plus faible consommation de soins, délais plus importants au repérage, moindres actions de prévention et de dépistage, etc.) chez les individus suivis pour des troubles psychiques. En s'appuyant sur ces hypothèses, les objectifs du projet sont triples : 1/ comparer le recours aux soins courants et aux actions de prévention et dépistage des personnes suivies pour des troubles psychiques par rapport à la population générale ; 2/ décrire les comorbidités somatiques de ces personnes ; 3/ comparer les parcours de soins pour ces troubles somatiques selon que les individus qui en sont atteints sont ou non également suivis pour des troubles psychiques et identifier, le cas échéant, des inégalités dans l'accès aux soins somatiques recommandés pour les personnes suivies pour des troubles psychiques.

Méthodologie et phasage du projet

Le projet Colchique mobilise les données du Système national des données de santé (SNDS). Le SNDS comporte notamment une cartographie médicalisée des bénéficiaires du Régime général et des sections locales mutualistes en fonction de certaines pathologies, conditions ou traitements fréquents, graves, ou coûteux. Parmi l'ensemble de ces bénéficiaires, 13 grandes catégories non exclusives de pathologies ont été créées. Elles incluent une catégorie propre aux maladies psychiatriques (déclinées en sous-groupes, dont les troubles psychotiques et bipolaires). Les algorithmes qui définissent ces catégories de pathologies reposent sur les causes d'hospitalisation, les affections de longue durée et la prescription de médicaments ou actes dits traceurs car quasi-spécifiques à la prise en charge de certaines maladies, sur une période allant parfois jusqu'à cinq ans. Les données de la cartographie de l'année 2014 seront tout d'abord mobilisées pour identifier les personnes suivies pour des troubles psychiques sévères (ici limités aux troubles psychotiques et bipolaires). La cartographie sera également mobilisée pour décrire les comorbidités somatiques pour lesquelles sont suivies les personnes vivant avec ces troubles. Enfin, nous comparerons leur consommation de soins courants à celle de la population générale (témoins sans trouble psychique sévère présentant les mêmes caractéristiques socio-démographiques telles qu'elles sont disponibles dans la base utilisée) à travers la construction de certains indicateurs de parcours de soins identifiables *via* les données mobilisées : existence d'un médecin traitant et fréquence des consultations, consommation de soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques, réalisation de certains actes courants de dépistage ou vaccination et réalisation de bilans somatiques recommandés dans le cadre de leur suivi. A partir des résultats statistiques qui seront mis en évidence, la dernière phase du projet visera à proposer des pistes d'amélioration du parcours de soins somatique des personnes vivant avec des troubles psychiques sévères. Ces préconisations

seront co-construites avec un groupe de professionnels de santé (psychiatres et somaticiens) et usagers des services de santé mentale (personnes directement concernées et proches).

Avancement du projet

Les analyses sont terminées. Les premières valorisations des résultats ont eu lieu en 2020 (publication scientifique internationale et publication de l'Irdes). Les dernières valorisations à destination des personnes directement concernées sont en cours.

Valorisation

Publications

- Gandré C., Coldefy M. (2020). « [Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère](#) ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 250, septembre.

- Gandré C., Coldefy M. (2019). « [Disparities in the Use of General Somatic Care among Individuals Treated for Severe Mental Disorders and the General Population in France](#) ». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, n° 10, 1-17.

Conférences ou séminaires

- Gandré C. : « [Recours aux soins somatiques courants des personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : comparaison avec la population générale](#) ». *Congrès national EMOIS*, Paris, mars 2020 (co-auteur : M. Coldefy).

- Gandré C. : « [Comorbidités somatiques en psychiatrie : données nationales sur la surmortalité et les parcours de soins](#) ». *Cycle de conférences de la Fondation FondaMental*, Créteil, janvier 2020 (co-auteur : M. Coldefy).

- Gandré C. : « [Mortalité et parcours de soins somatiques des personnes suivies pour des troubles psychiques sévères et persistants](#) ». *Journée annuelle de psychiatrie Région Centre Val de Loire*, Blois, décembre 2019 (co-auteur : M. Coldefy).

Gérer les High-Need, High-Cost Patients : une perspective internationale

Code projet : CWF_2

Equipe : Zeynep Or, Anne Penneau

Période de réalisation : 2018-2019

Contexte et objectifs

L'un des principaux défis auxquels sont confrontés de nombreux systèmes de santé consiste à concevoir les prises en charge d'un nombre réduit de patients dont les besoins et le coût des soins sont élevés. Il s'agit d'un groupe de patients cliniquement diversifié, incluant des personnes vivant avec des limitations fonctionnelles extrêmes, des personnes ayant des problèmes de santé comportementale persistants, des personnes souffrant de multiples maladies chroniques complexes. Bien que proportionnellement peu nombreuses dans l'ensemble de la population, ces personnes représentent souvent une part importante des dépenses médicales à travers les systèmes de santé. Il existe cependant peu de données comparables sur ces patients au niveau international, et pas davantage sur leurs modes d'utilisation des soins et leurs coûts dans l'ensemble des systèmes de santé.

Les comparaisons internationales permettent d'appréhender de façon unique l'efficacité des services proposés dans des domaines spécifiques, dans différents pays. Quelques projets européens ont démontré, en utilisant des données individuelles, les différences existant entre les systèmes de santé européens au niveau de l'intensité des soins fournis, du panier couvert par les services publics, des résultats et des coûts pour les patients similaires. Ces études portent fréquemment sur des affections courantes telles que les infarctus du myocarde aigus ou les accidents vasculaires cérébraux, mais se limitent souvent à la comparaison de soins hospitaliers.

L'objectif de ce projet est d'explorer les variations dans l'utilisation et les coûts des services de santé pour quatre types de patients aux besoins importants.

Méthodologie

Nous utilisons des données de remboursement des patients (ou équivalentes) appariées, dans la mesure du possible, afin d'étudier l'ensemble du parcours de soins : services de soins primaires, services spécialisés, soins hospitaliers de courte et longue durée.

Le projet réunit des chercheurs de douze pays : États-Unis, Angleterre, Canada (Ontario), France, Norvège, Suède, Australie (Nouvelle-Galles du Sud), Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Allemagne, Suisse et Espagne (Aragon) et bénéficie d'un soutien du Commonwealth Fund.

Avancement du projet

Les premières analyses ont été présentées à la conférence internationale de l'PIHEA, en juillet 2019. Ces résultats ont montré la pertinence de ce type d'analyse riche d'enseignement. Cependant, pour assurer la comparabilité des résultats entre les pays, un plus grand investissement théorique et méthodologique est nécessaire. Plusieurs pistes de financement sont considérées pour financer cette recherche. L'Irdes a déposé en septembre 2019, une réponse à un appel à projets ORA (Open Research Area), avec trois partenaires (LSE, Londres; University of Duisburg-Essen, et University of Toronto).

Valorisation

Communication

- *International Health Economics Association (IHEA)*, Basel 2019 Congress: New Heights in Health Economics, Bâle, Suisse, 13-17 juillet 2019 :
 - Organised Panel: « International comparison of High-Need, High-Cost Patients: what can we learn about health system performance? », Papanicolas I. (LSE), Figueroa J. (Harvard Medical School), Or Z. (Irdes), Blankart R. (University of Bern)
 - « Variations in Care and Outcomes of Hip Fracture Patients across 12 Countries », Or Z.

Disparités spatiales d'accès au médecin traitant

Code projet : DIAMANT

Equipe : Géraldine Bloy (EA 7467 LEDi), Raphaëlle Delpéch (Université Paris-Saclay), Charlène Le Neindre (Irdes), Laurent Rigal (UMR 1018 Cesp-Inserm)

Collaborations extérieures : Laboratoire d'économie de Dijon (EA 7467 LEDi) ; Université Paris-Saclay ; Unité mixte de recherche 1018 Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations - Institut national de la santé et de la recherche médicale (UMR 1018 Cesp-Inserm)

Période de réalisation : 2018-2022

Contexte et objectifs

Le médecin traitant (MT), dans plus de 99 % des cas un généraliste, est un acteur central du système de soins français. Il dispense la plupart des soins courants, se déplace au besoin au domicile de ses patients et constitue parfois le seul médecin accessible. La loi Hôpital, patients, santé et territoires lui a donné pour mission d'assurer la prévention ainsi que la coordination de la prise en charge médicale. Il joue un rôle de filtre (notamment financier) vis-à-vis du reste du système de soins en orientant, si nécessaire, les patients vers les autres professionnels de santé. Enfin, il a été montré que des difficultés d'accès à ce professionnel étaient associées à des issues de santé défavorables (comme des cancers diagnostiqués à des stades plus évolués). Trouver un MT apparaît donc comme une étape essentielle de la prise en charge et du parcours de soins de qualité et efficaces des individus.

En dépit du vieillissement de la population et de la croissance des pathologies chroniques, l'offre de soins en médecine générale devrait progressivement décroître. Le nombre de généralistes devrait en effet diminuer, tout comme leur offre de consultations du fait d'importants départs à la retraite des généralistes les plus âgés qui seront remplacés par des praticiens ayant un temps de travail globalement inférieur (nouvelles aspirations, féminisation de la profession). Une augmentation des disparités spatiales d'accès au MT, déjà perçues dans certaines zones du territoire, y compris parmi les plus urbanisées, est donc annoncée. Ce projet de recherche vise à analyser l'accès spatial (réel et non potentiel) au MT, c'est-à-dire la possibilité de trouver un médecin généraliste acceptant de suivre de nouveaux patients à son cabinet ou à domicile, en particulier dans la région Ile-de-France.

Partant de l'hypothèse principale que le niveau d'accès au MT n'est pas spatialement homogène pour tous et que les facteurs inhérents à cet accès peuvent différer selon le profil des zones considérées, plusieurs objectifs sont poursuivis par ce projet de recherche. Il s'agit d'abord d'objectiver et d'analyser l'accès spatial au MT en fonction des caractéristiques des médecins et de leurs lieux d'installation en Ile-de-France, puis d'identifier, dans une démarche prospective, des propositions d'allocation de nouveaux praticiens afin de réduire les disparités spatiales constatées et, enfin, d'étudier la possibilité de généraliser nos résultats à d'autres espaces.

Méthodologie

Ce projet de recherche combine différentes sources de données. Un premier recueil d'informations réalisé auprès de l'ensemble des médecins généralistes franciliens est enrichi par des données administratives décrivant ces professionnels et leurs territoires d'exercice. Les analyses s'appuient sur des méthodes à la fois quantitatives (modèles hiérarchique, de régression géographiquement pondérée, de localisation-affectation) et qualitatives (entretiens semi-directifs auprès de citoyens et de professionnels).

Avancement du projet

2018-2019 : définition du projet, collecte de données, démarches auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), réponse à l'Appel à projets Général 2018 de l'Institut de recherche en santé publique (Iresp)

2020 : réponse à l'Appel à projets générique 2020 de l'Agence nationale de la recherche (ANR), poursuite des démarches Cnil, premières analyses quantitatives des données collectées

Valorisation

Séminaires-colloques scientifiques

- *18^e congrès national de CNGE Collège Académique*, Tours, France, 21-23 novembre 2018, « Accès au médecin traitant au cabinet et à domicile à Paris et sa petite couronne », Delpéch R.
- *12^e Congrès Médecine générale France (CMGF)*, Paris, France, 05-07 avril 2018, « Accès au médecin traitant en cabinet et à domicile dans Paris et sa petite couronne », Delpéch R.

Séminaire Irdes

- *Réunion de recherche Irdes*, 3 octobre 2019, « Présentation du projet sur les DIsparités spatiales d'Accès au Médecin traitANT (DIAMANT) », Le Neindre C.

Évaluation clinique et étude d'impact économique de l'intervention de Conseillers en environnement intérieur (CEI) au domicile des patients asthmatiques (Protocole « ECENVIR »), volet économique

Code projet : ECENVIR (ex REA226)

Equipe : Laure Com-Ruelle, Christophe Gousset, un statisticien-économètre (Irdes)

Collaborations extérieures : Centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes : Pr. Jean Pierre Gangneux, Pr Emmanuel Oger, Alain Renault, Violaine Benoit, Jeff Morcet ; Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) : Dr. Pierre Le Cann

Financement : Outre les financements du ministère de l'Environnement et de la Direction générale de la santé (DGS) du ministère de la Santé, cette étude a aussi obtenu un financement dans le cadre du PHRC national 2012. À ce titre, l'investigateur principal devient le CHU de Rennes et l'Irdes a fait acte de candidature par le biais des marchés publics en répondant à l'appel à projets lancé en 2013.

Période de réalisation : 2012-2021

La durée totale initiale de cet essai était de 54 mois à partir du début des inclusions mais des analyses intermédiaires peuvent être réalisées. La période d'inclusion des patients ayant été prolongée jusqu'au 31/12/2017, l'intervention de l'Irdes a été décalée d'autant pour pouvoir extraire les données de l'ensemble des patients inclus du Système national des données de santé (SNDS), puis les analyser.

Le test d'appariement probabiliste avec le Datamart de Consommation Inter-Régime (DCIR) ayant été négatif, l'appariement doit être basé sur le Nir crypté. Ceci a exigé l'élaboration d'un décret en Conseil d'État, procédure longue et lourde mais qui a abouti à sa publication le 21/04/2017.

Données

Les données individuelles provenant de deux sources sont appariées entre elles : d'une part, les données cliniques recueillies au cours d'une enquête d'observation et utiles à l'analyse des données administratives et, d'autre part, les données de consommation médicale extraites du SNDS. Pour chaque patient inclus dans l'essai, l'extraction est calée individuellement sur les dates d'inclusion (au cours d'une consultation externe hospitalière) et de dernière visite de CEI et couvre la période des 24 mois en amont de la date d'inclusion, accolée aux 12 (à 14) mois de la période d'observation et prolongée de 12 mois en aval de la date de dernière visite de CEI, totalisant 48 à 50 mois selon le cas.

Contexte et objectifs

L'asthme est une des maladies respiratoires chroniques les plus fréquentes et dont les conséquences peuvent être graves. Dans ce contexte, la prévention est un outil dans le contrôle de l'amélioration de l'asthme. Plusieurs études internationales et françaises ont montré l'impact positif de l'intervention des CEI au domicile de personnes souffrant de maladies respiratoires ou allergiques liées à l'air intérieur.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'efficacité de l'intervention des CEI sur le contrôle de l'asthme à 12 mois, en tenant compte de la pression thérapeutique. Le volet économique vise à réaliser une évaluation d'impact économique de cette intervention des CEI. Le bénéfice économique attendu peut être observé du point de vue de l'Assurance maladie seule ou étendu au point de vue sociétal (absentéisme, etc.). Si l'intervention d'un CEI est coût-efficace sur le contrôle de l'asthme, il est pertinent de l'intégrer dans le parcours de soins du patient asthmatique avec une prise en charge par l'Assurance maladie.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude de soins courants sous forme d'un essai de type « essai comparatif dans la communauté », interventionnelle prospective, contrôlée et randomisée, prévu initialement à trois bras, en ouvert avec évaluation du critère de jugement principal en aveugle, multicentrique, nationale. Les trois bras sont : un groupe Intervention (visite du CEI au début et à la fin de l'étude) et deux groupes comparateurs, un « contrôle » (visite du CEI en début d'étude mais sans conseil prodigué) et un « témoin » (sans visite de CEI au début), tous deux recevant une visite de CEI à la fin de l'étude. Les difficultés d'inclusion ont ramené cet essai à deux bras, le groupe « contrôle » a été abandonné, faute d'un nombre suffisant de patients.

Les sujets âgés de 6 à 44 ans sont inclus ou exclus selon des critères cliniques et d'environnement de vie précis. La randomisation sera stratifiée sur 3 variables : l'âge (en trois classes : enfants de 6 à 12 ans, adolescents de 12 à 18 ans et adultes de 18 à 45 ans), le centre hospitalier et la localisation du domicile (à la ville ou à la campagne).

Le volet économique s'appuie principalement sur les données de remboursement des consommations médicales par l'Assurance maladie, éclairé par certaines données cliniques issue de l'enquête. Le repérage dans le DCIR des patients inclus dans l'étude ECENVIR ne peut se faire que *via* leurs consultations externes en établissement de santé (ES) public. Celles-ci sont inscrites uniquement dans le *Programme de médicalisation des systèmes d'information* (PMSI) lui-même apparié secondairement au DCIR, soit une fois par an, avec un délai d'au moins six mois après la fin d'une année civile, parfois un peu plus. Nous devons tenir compte de ce décalage des remontées du PMSI dans le SNDS dans l'agenda prévisionnel. Il était prévu initialement une extraction des données du SNDS en plusieurs temps, de façon à tester la méthode d'apurement des bases et mettre au point certains algorithmes d'analyse et de calcul. Cependant, des difficultés du côté de l'Assurance maladie n'ont pas permis ces premières extractions et l'Irdes est contraint d'effectuer l'ensemble des opérations et des analyses en les concentrant sur l'année 2021, sous la condition toutefois de recevoir les données fin 202 ou tout début 2021.

Objectif : il s'agit d'apprécier l'impact économique de l'intervention des CEI au domicile des patients asthmatiques et d'évaluer ainsi, dans le groupe intervention par rapport aux groupes comparateurs, l'évolution de la consommation de soins des patients (ambulatoires et hospitaliers) et les trajectoires ou parcours de soins. Parmi les données issues du DCIR, on distinguera les dépenses de soins médicaux directement liées à l'asthme de celles qui ne lui sont pas liées, sachant que la maladie asthmatique pèse sur l'état de santé général. Outre les dépenses globales et par type de soins, les dépenses relatives, induites par les hospitalisations, les consultations médicales partiellement et/ou totalement liées à l'asthme et les traitements médicamenteux, seront particulièrement étudiées.

Avancement du projet

2013 : Le protocole a été finalisé et l'étude a obtenu les avis positifs du CPP et du CCTIRS.

2014 : La Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) ayant donné un avis positif en mars, les inclusions n'ont commencé qu'à l'automne 2014 (T4 2014).

2015-2016 : Le Comité scientifique a décidé à deux reprises d'étendre les inclusions de patients *in fine* jusqu'au 31/12/2017, du fait de la difficulté à obtenir le nombre suffisant de patients inclus pour les analyses. Ceci repousse les extractions du SNDS dans le temps.

La difficulté d'inclusion des patients a également conduit le Comité scientifique à ramener le nombre de bras à deux : un groupe « intervention » et un « groupe comparateur ».

- 2016 : Préparation du décret en Conseil d'État avec l'aide de la DGS et soumission à la Cnil.
- 2017 : Accord du Conseil d'Etat concrétisé par un décret publié le 21 avril 2017 pour intégrer le NIR afin de permettre les extractions du DCIR
(<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034455660&dateTexte=20181024>).
- Inclusion de patients prolongée jusqu'au 31/21/2017
- A partir de fin 2018 : à partir d'une première extraction de données du SNDS, il était prévu de préparer les premières extractions du SNDS, d'apurer les premières bases de données, de mettre au point les algorithmes d'attribution des consommations médicales à l'asthme et de préparer des programmes de calcul des dépenses de soins par poste ;
- Extractions du SNDS, apurement des bases, calculs des dépenses;
- 2020 : Avril : Choix des variables issues de l'enquête clinique utiles à l'analyse économique ;
- Octobre : Conseil scientifique avec exposé des résultats des analyses cliniques (efficacité du dispositif CEI) ;
- Novembre-décembre : mise au point de la convention quadripartite par la Cnam et préparation des extractions du SNDS
- 2021 : Extraction en un temps et transfert à l'Irdes des données du SNDS par la Cnam et, en parallèle, des données cliniques par le CHU de Rennes
- Apurement des bases, calculs des dépenses ;
- Appariement avec les données cliniques de l'enquête CEI ;
- Analyse de l'impact économique de l'intervention de CEI ;
- Rédaction de publications prévues en fin d'année : un Rapport final ; un *Questions d'économie de la santé* ; *soumission d'un article scientifique*.

Conséquences de la sclérose en plaques sur les parcours professionnels en France - Etude EMOJI 'Effects of Multiple Sclerosis on Occupational Trajectories'

Code projet : EMOJI

Equipe : Pierre Brasseur, Maude Espagnacq, Sylvain Pichetti, Camille Regaert, (Irdes), Emmanuelle Leray, Alice Guilleux (EHESP)

Collaboration extérieure : Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)

Financement : Ce projet bénéficie d'un financement de la Fondation pour l'aide à la recherche sur la sclérose en plaques (Arsep) obtenu dans le cadre de l'appel à projets 2018 « Approche personnalisée, éthique, sociologique et économique de la Sclérose en plaques (Sep) par la recherche ».

Période de réalisation : 2019-2021

Données :

Contexte et objectifs

La Sclérose en plaques (Sep) est une maladie qui débute souvent entre 20 ans et 40 ans, touche deux à trois femmes pour un homme et réduit l'espérance de vie de 6-7 ans. En France, on dénombre 100 000 cas (80 % de 20-64 ans). La survenue d'une maladie chronique handicapante à cet âge a nécessairement des implications sur la vie professionnelle. Or, le peu d'études disponibles sont essentiellement descriptives sur des échantillons non aléatoires.

Objectifs scientifiques

1. Quantifier l'impact de Sep sur le parcours professionnel à court et moyen termes (1 à 15 ans post Affection de longue durée (ALD)) ;
2. Mesurer les effets de la Sep sur le parcours professionnel selon différentes caractéristiques que sont le sexe et l'âge des malades et leur niveau de salaire à leur entrée sur le marché du travail ;
3. Analyser la sortie du marché de l'emploi par la reconnaissance en « invalidité » accordée par l'Assurance maladie.

Méthodologie

Le projet EMOJI repose sur l'utilisation de méthodes mixtes qui associent méthodes quantitatives et qualitatives. Seront d'abord conduites (1) une étude cas-témoins pour mesurer l'effet de la Sep sur les parcours professionnels en comparaison à un groupe contrôle non Sep (EHESP) et une étude longitudinale pour étudier les parcours qui mènent à l'invalidité (Irdes). Puis, une vingtaine d'entretiens seront réalisés pour comprendre les trajectoires de quelques individus et ainsi identifier d'éventuels obstacles au maintien dans l'emploi (Irdes).

L'analyse se fera sur la base Hygie qui est un appariement de données issues de la Caisse nationale d'assurance vieillesse et de la Caisse nationale de l'Assurance maladie, se rapportant exclusivement au secteur privé. Une interrogation de la base a identifié 1 681 personnes avec une ALD Sep en 2014. Le début de la Sep n'étant pas renseigné, la date d'admission en ALD Sep sera utilisée en date d'origine pour les analyses. Il y aura cinq événements d'intérêt : emploi stable, emploi instable, chômage, inactivité, maladie. Dans l'étude cas-témoins, nous effectuerons d'abord la différence entre la situation professionnelle (selon les cinq événements) d'un cas avant et après la Sep pour mesurer l'effet de la Sep et éliminer les effets de l'hétérogénéité individuelle inobservable. Puis, la même différence sera effectuée chez les témoins pour mesurer les effets liés à la période. Enfin, nous procéderons à la différence des différences afin de mesurer l'effet de la Sep sur la situation professionnelle, en ayant neutralisé les effets individuels et temporels. Dans l'objectif 3, nous étudierons si les personnes ayant une ALD Sep ont un processus spécifique de mise en invalidité

(durées plus longues de mise en invalidité, passage ou non par la longue maladie...) et analyserons les conséquences sur leur revenu. Il existe trois catégories de pensions d'invalidité : la première qui reconnaît une réduction de la capacité à travailler à temps plein et les deux autres qui considèrent que la personne n'est plus apte à travailler. Le niveau de la pension est fixé en fonction de la catégorie de la pension et du salaire reçu auparavant. Ainsi, il sera possible d'observer si la mise en invalidité sert à maintenir les personnes dans l'emploi en complétant leur salaire et d'étudier les déterminants d'une mise en invalidité qui exclut de l'emploi.

Avancement

2019 : - Préparation dossier Cerees (avis favorable 4 avril 2019) et Dossier Cnil (accord 23 juillet 2019 n° 919146)

- Analyses préliminaires sur l'invalidité
- Revue de littérature pour la partie qualitative

2020 : Analyses statistiques sur l'année et terrain qualitatif second semestre

2020-21 : Analyses qualitatives

Valorisation

42^{es} Journées des économistes de la santé français (JESF) 2020 : communication sur la rationalité économique de l'acceptation de l'invalidité pour les salariés ep.

Le parcours professionnel des patients atteints de sclérose en plaques à partir des données de la base nationale Hygie (2020). Guilleux A., Regaert C., Espagnacq M., Pichetti S., Sermet C., Leray E. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 68, suppl. 2, 09, S65.

Projets de publications : *Questions d'économie de la santé* et articles à comité de lecture.

Dispositifs d'incitation des entreprises à la prévention des risques professionnels

Code projet : EMPINCEN

Equipe : Pascale Lengagne (Irdes), Quentin Cau (Irdes), Paul Dourgnon (Irdes), Denis Raynaud (Irdes)

Période de réalisation : 2019-2021

Avancement du projet : Réalisation du projet en cours

Contexte et objectifs

Ce projet s'inscrit dans le cadre des recherches sur les incitations des entreprises à réduire les risques professionnels. Il étudie le dispositif des aides financières simplifiées (AFS) accordées par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) aux entreprises de moins de 50 salariés pour la mise en place de mesures de prévention de l'exposition des salariés à des risques professionnels. La présente étude a pour objectif d'analyser le dispositif afin d'apporter des éléments de réponses sur son efficacité.

Evaluation d'expérimentations article 51 de rémunération alternative à l'acte - Projet ERA2

Code projet : ERA2

Equipe : Anissa Afrite, Damien Bricard, Guillaume Chevillard, Cécile Fournier, Lucie Michel, Noémie Morize (CSO-Science Po, Irdes), Julien Mousquès, Carine Franc (CESP, Inserm UMR 1018, Irdes), Anne Laure Samson (Lem UMR 9221, Université de Lille), Laure Pitti (Crespaa-Csu UMR 7217, Université Paris 8)

Collaborations extérieures : Centre de sociologie des organisations de SciencePo (CSO) ; Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (Cesp) Inserm UMR 1018 ; Université de Lille - Lille Economie Management (Lem) UMR 9221 ; Centre de Recherches Sociologiques et Politiques de Paris - Cultures et sociétés urbaines (Crespaa-Csu) UMR 7217/Université Paris 8

Période de réalisation : 2019-2023

Données :

Contexte et objectifs

Le ministère de la Santé, dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé et au travers de l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2018, a introduit la possibilité de déroger de façon expérimentale aux règles tarifaires et de financements de droit commun ou à des dispositions organisationnelles, pour une durée maximale de cinq ans (2019-2023). Un Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS), piloté par une gouvernance spécifique, a été mis en place. Deux grandes modalités d'expérimentation sont prévues : celles ayant une visée nationale et portées par l'intermédiaire d'une direction centrale du ministère de la Santé, une Agence régionale de santé (ARS), ou l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), et celles ayant une visée loco-régionale et portées par l'intermédiaire d'une ARS.

Dans ce cadre, le ministère des Solidarités et de la Santé (DSS, DGOS) et la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) ont lancé conjointement, en mai 2018, trois appels à manifestation d'intérêt (Ami) afin de soutenir l'émergence de projets d'expérimentation d'initiative nationale. Après une sélection de candidats volontaires et une phase de co-conception, trois types d'expérimentations ont été définies : 1) l'expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée (Ipep), c'est-à-dire des contrats d'intéressement sur les éventuels gains d'efficacité à partir d'indicateurs cibles de qualité et de dépense à destination de groupements d'acteurs de ville et hospitaliers pour une population couverte donnée ; 2) l'expérimentation d'un paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé en ville (Peps)), c'est-à-dire rémunération collective en exercice pluriprofessionnel, forfaitaire et substitutif de la rémunération à l'acte, pour des populations, professionnels et actes donnés ; 3) l'expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales (EDS). Les trois Ami ont permis l'élaboration de cahiers des charges au début de l'été 2019.

Une évaluation systématique de tous les projets d'expérimentations entrant dans le dispositif des articles 51 est prévue par la loi (article L. 162-31-1 du code de la Sécurité sociale). S'agissant plus particulièrement des évaluations des expérimentations d'incitation à une prise en charge partagée (Ipep) et de paiement en équipe de professionnels de santé (Peps), celles-ci ont été confiées à l'Irdes, qui portera ces évaluations en collaboration avec d'autres partenaires académiques.

Les expérimentations Ipep et Peps ont pour ambition première de décloisonner la prise en charge des patients et d'optimiser les parcours de santé, d'améliorer la qualité et la pertinence de la prise en charge comme l'efficacité des dépenses, mais aussi d'améliorer l'accès aux soins. Elles visent également à améliorer les conditions de travail des professionnels en favorisant notamment le travail en équipe, avec dans Peps, un focus sur l'équipe constituée par les médecins généralistes (MG) et les infirmières (IDE). Pour ce faire, ces expérimentations s'appuient sur des organisations

innovantes et font appel à des modes de financement dérogatoires aux modes de tarification de droit commun, introduisant des paiements alternatifs ou complémentaires à la rémunération à l'activité. Les enjeux de l'évaluation sont relatifs à l'analyse des différents types d'impacts de ces expérimentations (en termes de pratiques, d'organisation, de qualité, de coûts, etc.) et aux enseignements qui pourront être tirés en matière de reproductibilité, d'extension, voire de généralisation (ou changement d'échelle).

Méthodologie et phasage du projet

Des enjeux techniques sont associés à l'évaluation de Peps et Ipep, en ce sens que de nombreuses caractéristiques propres aux expérimentations ainsi qu'à leur mise en œuvre conditionnent le *design* des opérations de recherche et de l'évaluation que nous proposons. Il s'agit d'expérimentations menées par des volontaires (biais de participation) parmi lesquels nombreux sont ceux qui ont déjà participé à d'autres expérimentations auparavant ou bénéficient d'autres dispositifs en parallèle. L'évaluation doit prendre en considération la phase de co-construction de l'expérimentation entre promoteurs et porteurs de projet. Elle doit également tenir compte de la logique adaptative de ces expérimentations, qui présente à la fois un caractère exploratoire puisque ne s'appuyant sur aucun dispositif similaire ou préexistant, et un degré de complexité lié à des modifications conjointes des organisations et des modes de rémunération.

Comme bon nombre de politiques publiques, les interventions ou dispositifs Peps et Ipep sont par nature exploratoires et complexes, expérimentales et co-construites. Par ailleurs, elles s'adressent à des sites, groupements et acteurs aux environnements et motivations diverses, si bien que la trajectoire même de telles politiques est incertaine. C'est pourquoi, l'évaluation s'appuiera sur une démarche formative ou de développement, d'une part, et compréhensive, d'autre part, et s'intéressera tout autant à son contexte qu'à sa mise en œuvre et à ses effets.

La démarche évaluative est formative ou « de développement » en ce sens que l'équipe d'évaluation, comme cela a été le cas dans la phase de co-construction, a des échanges réguliers avec les sites expérimentateurs et les promoteurs. Ces échanges permettent aux évaluateurs de tenir compte des enjeux et de la nature même de la démarche expérimentale, de sa construction progressive, et aux acteurs, promoteurs et expérimentateurs d'utiliser la démarche évaluative et les résultats intermédiaires afin d'adapter et modifier le dispositif. Ces échanges permettront également de renforcer la validité externe des enseignements intermédiaires puis finaux qui seront tirés de la démarche évaluative.

La démarche de recherche évaluative est « compréhensive ». Il s'agit, d'une part, de partir du point de vue des acteurs, de leur expérience et du sens qu'ils donnent à leurs pratiques et, d'autre part, de mesurer ce qui a été produit par l'intervention, mais aussi de comprendre comment et pourquoi. Cela conduit notamment à analyser les relations de causalité existantes entre les différentes composantes de l'intervention, et dans les dispositifs Peps et Ipep, à analyser pour chacun la pertinence entre les objectifs globaux et les problèmes identifiés en termes de changement organisationnel ; la cohérence entre les objectifs opérationnels et spécifiques de chaque site pluri-professionnel et les ressources mobilisées ; l'efficacité au regard des résultats observés et des objectifs inscrits dans le cahier des charges ; ou encore l'efficacité au regard des réalisations et des ressources mobilisées.

L'évaluation s'appuie ainsi sur une méthode mixte associant plusieurs registres et démarches de recherche évaluative, mobilisant les disciplines de la géographie, de la sociologie et de l'économie afin :

- d'appréhender les enjeux auxquels les expérimentations répondent (enjeux stratégiques) et les contextes au sein desquels les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les Centres de santé (CDS) s'inscrivent (enjeux contextuels) ;
- de décrire les pratiques professionnelles, les organisations et leur fonctionnement (structure, processus) et les transformations à l'œuvre, les modes d'engagement des acteurs, les interactions et les usages des dispositifs par les acteurs (implantation) ;
- de qualifier les moyens mis en œuvre et les mécanismes causaux à l'œuvre en lien avec l'expérimentation ou non (analyse logique) ;
- de mesurer les impacts (effets).

Le programme de recherche associe plusieurs types d'approches : des démarches qualitatives compréhensives (fondées sur des observations et entretiens avec les acteurs depuis la phase de co-construction et d'élaboration du cahier des charges jusqu'au déploiement de l'expérimentation sur plusieurs années), des démarches quantitatives exploratoires (enquêtes répétées auprès des MSP et CDS par questionnaire), des démarches quantitatives confirmatoires, ainsi que des *designs* quasi-expérimentaux de mesure d'impacts à partir de données médico-administratives (Système national des données de santé-SNDS) ou constituées dans le cadre de l'expérimentation (plateforme, enquêtes expérience des patients, enquêtes auprès des groupements ou professionnels de santé) relatives aux patients-assurés-bénéficiaires et aux professionnels de santé.

La phase de co-construction de l'expérimentation s'est terminée avant l'été 2019. L'expérimentation est entrée dans sa phase de mise en œuvre depuis lors.

L'année 2019 a été principalement consacrée aux démarches qualitatives de nature sociologique. L'objectif a consisté à reconstruire l'histoire des dispositifs expérimentaux Peps et Ipep, et d'analyser leur co-construction ainsi que la sélection des groupements. Ce travail a reposé sur l'analyse des documents qui accompagnent ce projet depuis le début, et sur des entretiens menés en 2019 et 2020 avec des membres des équipes nationales projet de Peps et Ipep, des acteurs régionaux ayant participé à la co-construction des cahiers des charges et des membres des groupements expérimentateurs.

En parallèle les démarches juridiques et réglementaires relatives à l'accès aux données du SNDS et de la plateforme sont en cours de mises en œuvre ainsi que la conception des terrains d'enquête 2021 auprès des sites, équipes et groupements.

Assurance santé et bien-être social : dans quelle mesure les approches *ex ante* et *ex post* différent ?

Code projet : EXPOST

Equipe : Aurélie Pierre (Irdes), Florence Jusot (Université Paris-Dauphine, PSL Research University, Leda-Legos, Irdes), Denis Raynaud (Irdes), Carine Franc (CESP, Inserm UMR 1018, Irdes)

Collaborations extérieures : Université Paris-Dauphine ; Université de recherche Paris-Sciences-et-Lettres (PSL) ; Laboratoire d'économie de Dauphine (Leda)-Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé (Legos), Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP), Inserm UMR 1018

Période de réalisation : 2018-2021

Etat d'avancement : Valorisation (Ecriture d'un article pour une revue à comité de lecture)

Contexte et objectifs

Deux approches normatives sont discutées dans la littérature pour évaluer le bien-être social dans le cadre de situations risquées (Fleurbaey, 2008, 2010) : l'approche *ex ante* et l'approche *ex post*. L'approche *ex ante* cherche à mesurer le bien-être des individus avant que le risque ne survienne (Harsanyi, 1953, 1955). Elle considère l'ensemble des opportunités auxquelles les individus font face et respecte les préférences individuelles en matière de risque (en plus de celles en matière de revenu ou d'un autre résultat d'intérêt). L'approche *ex post* mesure le bien-être social lorsque toute incertitude est résolue. Contrairement à l'approche *ex ante*, elle ne suppose pas que les individus sont à même de penser en termes de probabilités ou qu'ils puissent évaluer une situation avant que le risque ne survienne. Elle ne prend donc pas en compte les préférences individuelles face au risque dans la mesure du bien-être social, qu'elle considère biaisées ou ignorantes. Elle prend mieux en considération en revanche les états de nature les plus malchanceux (comme les restes à charge catastrophiques, par exemple), ce qui compte particulièrement lorsqu'un régulateur est averse aux inégalités.

Les travaux de recherche qui évaluent l'impact des réformes assurantielles sur le bien-être social se basent essentiellement sur une approche *ex ante* afin de tenir compte des préférences des individus vis-à-vis du risque et de considérer la valeur intrinsèque de l'assurance. Toutefois, pour certains économistes du bien-être, et notamment pour Fleurbaey (2008, 2010), cela ne suffit pas à justifier une approche *ex ante* en assurance santé. Notre travail propose de comparer et de discuter les différences empiriques à considérer une approche *ex ante* ou *ex post* et à introduire une aversion à l'inégalité du régulateur dans la mesure du bien-être social pour l'évaluation des politiques d'assurance santé.

Méthodologie

Pour mesurer les différences empiriques du bien-être social en assurance santé, nous considérons une réforme récente de la complémentaire santé en France : la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, qui oblige depuis le 1^{er} janvier 2016 tous les employeurs du secteur privé à offrir et à financer partiellement une complémentaire santé d'entreprise à l'ensemble de leurs salariés. Nous construisons une situation contrefactuelle de la réforme à partir des données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de 2012 appariées avec les données nationales administratives de consommations de soins du Sniiram, qui permet de connaître les préférences subjectives des individus vis-à-vis du risque et renseigne sur la couverture assurantielle et les dépenses de santé des individus.

Valorisation

Séminaires-colloques scientifiques

Internationaux

- « Health insurance and social welfare: To what extent the *ex ante* and the *ex post* approaches differ? An empirical case based on a French employer mandate », Franc C., Jusot F., Pierre A., Raynaud D. :
- 5th Irdes-Dauphine Workshop on Applied Health Economics and Policy Evaluation, Paris, 20-21 juin 2019 (Pierre A.)
- 5th *EuHEA PhD Student-Supervisor and Early Career Researcher Conference*, Catania (Italie), 5-7 septembre 2018 (Pierre A.)
- *EUHEA Conference 2018: Shaping the Future: The Role of Health Economics*, session *Health insurance, use of care and welfare*, Maastricht University, Pays-Bas, 11-14 juillet 2018 (Pierre A.)

Nationaux

- « Health insurance and social welfare: To what extent the *ex-ante* and the *ex-post* approaches differ? An empirical case based on a French employer mandate », Franc C., Jusot F., Pierre A., Raynaud D. :
- *Séminaire Cémoi*, Octobre 2020, Université de la Réunion (Jusot F.)
- *Congrès de l'AFSE*, Orléans, Juin 2019 (Jusot F.)
- *Mardi de l'Irdes*, Paris, 30 avril 2019, Discutant : Thébaut C. (Université de Limoges, OMIJ, IAE) (Pierre A.)
- *Quatrième conférence AFSE - DG Trésor : Évaluation des Politiques Publiques*, Paris, 13 décembre 2018 (Pierre A.)
- *40^e Journée des Economistes de la Santé Français (JESF)*, Paris, 6-7 décembre 2018 (Pierre A.)
- *Journée de la Chaire Santé*, Paris, 30 mars 2018 (Jusot F.)

Effets de l'organisation et du financement des soins de longue durée en France sur la qualité de prise en charge sanitaire des personnes âgées dépendantes

Code projet : FINEHPAD

Equipe : Zeynep Or, Anne Penneau (Irdes)

Collaboration extérieure : Thèse à l'université Paris Dauphine

Période de réalisation : 2019-2022

Données : Données Résid-Ehpad appariées aux données du SNDS 2014-2019 (en attente), données administrative de la CNSA (Etat réalisé des recettes et des dépenses -ERRD 2019), enquête nationale auprès des Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) 2015, enquête bientraitance 2015.

Contexte et objectifs

Face au vieillissement de la population qui engendre une augmentation de la demande dans le secteur médico-social, les politiques publiques ont connu d'importantes transformations ces dernières années. Réguler les financements des établissements médico-sociaux tout en améliorant leur qualité de prise en charge est un enjeu politique majeur. L'objet de la thèse est de questionner l'organisation, l'articulation et le financement des soins de longue durée en France et leur impact sur la qualité de prise en charge sanitaire des personnes âgées dépendantes.

Méthodologie et phasage du projet

Les deux premières parties de la thèse questionnent l'impact des modalités d'organisation et d'articulation des soins entre les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), l'hôpital et la ville sur la qualité de prise en charge sanitaire des résidents en Ehpad. Une première partie examine l'articulation et l'organisation des soins entre l'hôpital et l'Ehpad par l'évaluation du dispositif d'Hospitalisation à domicile (HAD) en Ehpad qui, par l'intervention d'une équipe mobile hospitalière dans l'Ehpad, modifie et questionne l'organisation et l'articulation des soins existant avec les hôpitaux. Le rôle du médecin traitant dans la prise en charge sanitaire des résidents en Ehpad sera examiné dans un second temps par l'analyse des variations de prise en charge médicale des résidents en fonction des caractéristiques des médecins traitants, en contrôlant des caractéristiques de l'Ehpad.

Les deux dernières parties de la thèse questionnent l'impact des variations de financement de la prise en charge médico-sociale sur la consommation hospitalière des personnes âgées dépendantes. Ainsi, la troisième partie de la thèse analyse le lien entre le financement des Ehpad et la qualité de prise en charge sanitaire dans ces établissements, approchée par les taux d'hospitalisations et les visites aux urgences des résidents. Enfin, la quatrième partie de la thèse examine l'impact des disparités départementales de financements médico-sociaux sur les hospitalisations des personnes âgées.

Health Systems and Policy Monitor (European Observatory)

Code projet : HSPM (ex REA320)

Equipe : Zeynep Or, Coralie Gandré (Irdes)

Collaboration : http://www.hspm.org/hspm_members.aspx

Période de réalisation : 2012-

Contexte et objectifs

Le réseau Health Systems and Policy Monitor (HSPM) vise à améliorer les « Evidence-Based » pour les politiques de santé. La plate-forme innovante fournit une description détaillée des systèmes de santé (Pays d'Europe, Australie, Canada, Etats-Unis) et des informations à jour sur les réformes et les changements politiques récents. Elle vise à aider les décideurs publics, professionnels de santé et chercheurs à suivre les réformes et les changements des systèmes de santé nationaux en Europe.

La plateforme HSPM :

- permet de consulter en ligne les Health Systems in Transition (HiT) publiés par l'Observatoire, avec une navigation simple à travers une présentation standardisée des systèmes de santé ;
- permet la comparaison des systèmes de santé grâce à un moteur de comparaison qui rassemble les informations (sur un sujet) de différents rapports de HIT ;
- fournit des dépêches plus ou moins longues sur les réformes en cours, afin que les utilisateurs puissent identifier et comprendre les changements dans les politiques de santé de différents pays.

L'Irdes continuera à alimenter la page France de l'Observatoire.

Réalisation

Health Policy Monitor est soutenu par l'Observatoire européen des politiques et systèmes de santé depuis 2012. Une réunion annuelle de tous les membres permet de discuter les réformes récentes et développer des projets de collaboration entre les différentes équipes de recherche.

Les fiches synthèse sur des réformes du système de santé produites par l'Irdes nourrissent en continu le HIT français (*Health Systems in Transition*, France), une référence majeure sur le système de santé français. Ces synthèses sont accessibles sur le site Internet de l'Observatoire européen des politiques et systèmes de santé : <http://www.hspm.org>

En 2020

Animation du volet français de la nouvelle plateforme en ligne [Covid-19 Health System Response Monitor \(HSRM\)](#) (fiche p. **Erreur ! Signet non défini.**).

Valorisation

- Gandré C., Rosenberg S., Coldefy M., Or Z. (2019), Experimenting Locally with a Stepped-Care Approach for the Treatment of Mild to Moderate Mental Disorders in France: Challenges and Opportunities. *Health Policy*
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851019301903>

Etude de comparaison internationale de systèmes d'indemnités journalières

Code projet : IJINT

Equipe : Pascale Lengagne, Jonas Poucineau (Irdes), Marion Del Sol (Université Rennes I, Iode), Denis Raynaud (Irdes)

Collaboration extérieure : Université Rennes I, Institut de l'Ouest : droit et Europe (Iode)

Financement : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et Direction de la Sécurité sociale (DSS).

Période de réalisation : 2016-2021

Contexte et objectifs

Les dépenses d'indemnités journalières présentent depuis quelques années une forte progression en France. À partir d'un travail approfondi de comparaison de systèmes dans différents pays, ce projet de recherche aborde la question de l'efficacité des mécanismes de régulation mis en œuvre. L'analyse vise à dégager des enseignements et des pistes d'amélioration du système français. Les pays étudiés sont l'Allemagne, le Royaume-Uni, les Pays-Bas et l'Italie. Il s'agit notamment d'analyser les systèmes selon plusieurs dimensions : l'organisation, l'encadrement juridique, l'existence de conventions sectorielles ou de branches, le périmètre et les niveaux d'indemnisation, les caractéristiques des populations couvertes, les modes de financement, les outils de contrôle et de régulation en vigueur et l'efficacité des systèmes.

Valorisation

Séminaires-colloques scientifiques

- Conference "From Welfare to Social Investment States: The Privatization of Work-Related Risk Control Sickness Insurance and Integration Policies." Rotterdam, September 2019. The Privatization Experience. Lessons from Germany, the United Kingdom and the Netherlands, Lengagne P. and J. Poucineau
- *55^{es} Journées Santé Travail du Cisme : Contribution des SSTI à la Santé globale*, Paris, 16-17 octobre 2018, « Arrêt de travail pour maladie et politiques de maintien en emploi : Allemagne, Royaume-Uni, Pays-Bas et France », Del Sol M., Lengagne P.
- Présentation aux partenaires sociaux, dans le cadre de la mission d'expertise relative à la prise en charge des arrêts de travail visant à ouvrir le débat avec les partenaires sociaux et les prescripteurs pour élaborer un diagnostic partagé et formuler des propositions pour mieux agir sur les causes, améliorer la régulation du dispositif, et faire évoluer le cadre d'indemnisation et de contrôle.

Information for action – Projet INFACT

Code projet : INFACT

Equipe : Zeynep Or

Collaboration extérieure : Santé Publique France, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)

Financement : Commission européenne, dans le cadre du projet H2020, Information for action (Infact), Grant Agreement n° 804553

Période de réalisation : 2018-2020

Contexte et objectifs

InfAct (Information for Action) est une « Action Coordonnée (AC) » (Joint Action) européenne pour améliorer le recueil et la production de données sur la santé (Health information). L'information sur la santé est fondamentale pour éclairer les politiques nationales de santé, orienter les décisions d'investissement et évaluer l'efficacité de différentes approches pour améliorer la santé de la population. Un système d'information européen sur la santé, propice et actualisé, est aussi essentiel pour définir les programmes et les politiques à l'échelle européenne. Le principal résultat attendu de l'AC est la mise en place d'une infrastructure durable de données de santé au niveau européen, grâce à l'amélioration de la disponibilité de données comparables, fiables et pertinentes en matière d'état de la santé et de la performance du système de santé.

L'AC InfAct a été créée à la suite du projet BRIDGE qui avait pour vocation de bâtir des réseaux et des partenariats européens autour du recueil et de la production de données sur la santé (<http://www.bridge-health.eu>). InfAct rassemble une cinquantaine de partenaires dans 28 pays. La France est représentée par Santé publique France comme institution principale, en collaboration avec l'Irdes et des équipes de l'Inserm.

L'Irdes participe principalement aux "Work package 9 et 10". Le WP 9, mené par Santé publique France, vise à améliorer l'utilisation potentielle de nouvelles bases de données pour une meilleure 1) surveillance de la santé publique 2) recherche épidémiologique 3) capacité de suivi de la performance des systèmes de santé. Au-delà de l'identification de nouvelles sources de données, les deux WP cherchent à développer des méthodes innovantes pour améliorer la qualité des données et des indicateurs de santé et améliorer la transférabilité des informations et des données pour la politique de santé publique en Europe.

Etat d'avancement du projet

Le projet a commencé en 2018, avec une réunion à Bruxelles. Différents work packages développent leur programme de travail en 2018. L'Irdes collabore avec Santé Publique France dans le WP9. En 2019, nous avons contribué aux études des cas innovants en termes d'exploration des données de santé.

- *WP9 Working meeting*, 27 février 2019, « Innovation in health information for public health policy development », Or Z.
- Première réunion de travail WP10, à Zagreb, 24-25 mai 2018
- *Kick off meeting*, Luxembourg, 7 mars 2018

Evaluation des expérimentations de parcours de l'Insuffisance rénale chronique (IRC) et de la mise en place du forfait prévention

Code projet : IRC (ex REA019)

Equipe : Damien Bricard, Denis Raynaud (Irdes)

Collaborations extérieures : Sahar Bayat, Maxime Raffray et Antoine Campéon, École des hautes études en santé publique (EHESP)

Les travaux seront aussi menés avec l'appui de l'Agence de la biomédecine (ABM) et la collaboration de Cécile Couchoud.

Période de réalisation : 2016-2018, 2020-2023

Contexte et objectifs

La Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2014 a prévu la mise en place d'expérimentations visant à améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique dans six régions. L'objet de ces expérimentations est « d'organiser le parcours de soins de la prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique ainsi que la coordination des acteurs intervenant dans cette prise en charge et leur rémunération ».

Les expérimentations portent sur deux segments du parcours des patients insuffisants rénaux chroniques :

- a. 1^{er} segment au stade de pré-suppléance (à partir du stade III b jusqu'à l'arrivée en suppléance) avec un premier sous-segment : pour préserver la fonction rénale (information sur la maladie, Education thérapeutique du patient (ETP), suivi...) et un 2^e sous-segment en cas d'aggravation : pour préparer l'arrivée en suppléance en favorisant des parcours efficaces (information sur le traitement de l'IRCT, choix du patient, ETP, concertation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle pour l'orientation thérapeutique la plus adaptée au patient, soins...);
- b. 2^e segment au stade de suppléance : afin de mettre en place des parcours favorisant l'accès à la liste d'attente et à la greffe (bilan pré-greffe), développer la dialyse de proximité (domicile ou proche du domicile) et limiter les ruptures de parcours (aux phases d'aggravation, de perte d'autonomie...).

Le projet de loi initial prévoyait des dérogations forfaitaires pour expérimenter un forfait prévention et une modification du financement de la dialyse mais le contenu des expérimentations a évolué pour conserver uniquement un financement des projets pilotes dans les territoires retenus. Les expérimentations ont ainsi débuté fin 2017-début 2018 selon les régions et se poursuivent jusqu'en 2020.

Le forfait maladie rénale chronique, mis en place par le décret du 23 septembre 2019, a pris le relais sur les segments 4 et 5 de la maladie rénale chronique avant la suppléance. Ce forfait est régi par trois textes et est généralisé à l'ensemble du territoire. Le décret du 23 septembre 2019 permet la valorisation de forfaits relatifs à cette prise en charge et établit les éléments permettant de déterminer les établissements éligibles à ces forfaits, le calcul de leurs montants ainsi que les modalités de versement desdits forfaits.

L'évaluation nationale des expérimentations article 43 inscrite dans la loi a été suspendue et décalée du fait du retard pris par les expérimentations. Un nouveau protocole d'évaluation a été rédigé fin 2020 afin d'inclure dans l'évaluation une description des changements liés à la mise en place des forfaits et de mesurer les effets de ces deux dispositifs distincts mais complémentaires.

Nous proposons ainsi deux volets dans cette évaluation. Un premier volet de l'évaluation portera sur les expérimentations régionales qui se terminent et un second volet visera plus précisément les effets de la mise en place du forfait Maladie rénale chronique (MRC). Le premier volet sera porté par l'Irdes avec l'appui de l'EHESP et le second par l'EHESP avec l'appui de l'Irdes.

1) Evaluation des expérimentations menées au titre de l'article 43 de la LFSS

Les enjeux de l'évaluation nationale sont relatifs à l'analyse des impacts et aux enseignements qui pourront être tirés en matière de faisabilité et de reproductibilité, d'extension, voire de généralisation des dispositifs proposés pour l'article 43 LFSS 2014. L'évaluation de ces expérimentations est complexe du fait de l'hétérogénéité des projets et des territoires pilotes. L'analyse des projets met en évidence l'absence de dispositifs communs à l'ensemble des territoires et une diversité des actions proposées par les territoires qui rendra difficile l'évaluation nationale de ces expérimentations.

Pour tenir compte de ces enjeux, nous proposons de mener une démarche d'évaluation mixte qualitative et quantitative. L'évaluation qualitative consistera en un bilan qualitatif et s'intéressera tout d'abord à documenter le contenu et le déploiement des projets pour mieux comprendre la spécificité des actions mises en œuvre dans les territoires dans le cadre des expérimentations (sont-ils entièrement financés par l'expérimentation ?), ainsi que l'historique des actions et des projets (passés et futurs) des territoires qui ne sont pas financés par l'expérimentation mais qui pourraient influencer les résultats. Nous nous interrogerons sur les facteurs de succès et d'échecs des différents projets ainsi que sur leur reproductibilité à plus grande échelle et à d'autres contextes.

L'évaluation quantitative aura pour objectif de déterminer les impacts sur les parcours de soins mesurés par des indicateurs de consommation et de recours aux soins.

2) Etude de la mise en place progressive du forfait MRC *via* la consommation de soins et le retour des acteurs concernés

Cette étude se décompose en deux grands axes :

- Une étude de l'évolution de la consommation de soins des malades rénaux chroniques suite à la mise en place du forfait MRC. Cet objectif général se décline en plusieurs objectifs spécifiques. Nous décrirons tout d'abord la consommation de soins annuelle 2019-2022 des patients MRC non traités par suppléance (identifiés *via* un algorithme de repérage des patients MRC à partir des données du Système national des données de santé (SNDS) puis nous comparerons la consommation de soins annuelle des patients MRC avant et après la mise en place des forfaits MRC (celle de l'année 2019 avec celles des années 2020, 2021 et 2022). Enfin, nous identifierons les facteurs associés aux conditions de démarrage de la dialyse (démarrage en urgence, voies d'abord...) chez les patients MRC ayant démarré la dialyse en 2019-2022.
- Un travail de recherche qualitatif qui étudie la mise en place du forfait à l'échelle des acteurs du terrain et qui complète l'étude quantitative portant sur la consommation de soins. Il s'agira d'abord de décrire les changements d'organisation induits par l'introduction du forfait et opérés dans les centres de dialyses et équipes de néphrologie ainsi que les changements de pratiques des professionnels de santé (par exemple, le temps diététicien permet-il au néphrologue de consacrer plus de temps au projet de suppléance avec le patient ?) et de comprendre comment ces changements varient selon le statut juridique des établissements. Ceci permettra d'identifier les contraintes, obstacles et leviers à la mise en place du forfait et de proposer des correctifs ou améliorations. En outre, et de façon complémentaire, nous analyserons la manière dont les professionnels du terrain perçoivent et ont accueilli ce nouveau mode de financement : comment ils s'en sont saisis, ce que cela

a changé dans leur pratique quotidienne, comment se sont négociées les affectations des recettes du forfait dans les établissements?

L'introduction de la forfaitisation vise l'amélioration du suivi et de l'accompagnement des malades rénaux chroniques. Il est donc essentiel de s'intéresser également au point de vue des malades et, notamment, la manière dont sont vécus les éventuels changements d'organisation dans leur prise en charge, par exemple s'agissant de l'addition d'interlocuteurs, éventuellement nouveaux, dans leur parcours de soins (l'addition de l'infirmier de coordination avec le médecin généraliste notamment). De plus, il s'agira d'identifier dans quelle mesure les malades tirent profit (ou non) de la pluridisciplinarité promue par le nouveau mode de financement.

Avancement du projet

Réalisations en 2017 :

- Préparation du protocole de l'évaluation : étude de la faisabilité de différentes stratégies d'identification de la population cible pour la pré-suppléance
- Élaboration de l'atlas : conception de la charte graphique et de la maquette, identification des indicateurs, recueil et traitement statistique des données, réalisation des cartes, rédaction

Réalisations 2018 :

- Publication de l'atlas en co-édition avec l'Agence de la biomédecine
- Définition des indicateurs de processus et de résultats

Réalisation 2019:

- Projet suspendu dans l'attente de la validation d'un nouveau protocole d'évaluation et d'une nouvelle convention avec la DGOS

Réalisation 2020 :

- Rédaction d'un nouveau protocole d'évaluation intégrant un volet incluant une évaluation quantitative et qualitative sur les conséquences de la mise en place du forfait MRC en collaboration avec l'EHESP

Programme 2021:

- Premier volet : Expérimentations régionales article 43

Début 2021 : Début des travaux quantitatifs et qualitatifs

- Second volet : Mise en place des forfaits prévention

Fin 2021 : Début de l'analyse qualitative et démarches administratives pour l'accès aux données

Valorisation

Publication Irdes

- [Atlas de l'insuffisance rénale chronique terminale en France](#), Le Neindre C., Bricard D., Sermet C. (Irdes), Bayer F., Couchoud C., Lassalle M. (ABM), Coédition Irdes-ABM, Ouvrage n° 4 série Atlas - Octobre 2018

Séminaires-colloques scientifiques

- *Conférence de la communauté francophone Esri – SIG 2016*, Versailles, 5-6 octobre 2016, « Évaluation des expérimentations sur l'insuffisance rénale chronique : élaboration d'un atlas décrivant la situation initiale dans les territoires », Le Neindre C., Leblais M.

Licenciements économiques, pertes d'emplois et santé

Code projet : LEPESAN

Equipe : Pascale Lengagne (Irdes), Christine Le Clainche (Université de Lille, Lem)

Collaboration extérieure : Université de Lille, Lille Economie Management (Lem)

Financement : une partie du projet fait l'objet d'un financement du projet ANR JobSustain coordonnée par Eve Caroli (Université Paris-Dauphine).

Période de réalisation : 2019-2023

Etat d'avancement du projet : réalisation des analyses et valorisation.

Contexte et objectifs

Ce projet de recherche s'inscrit dans le cadre des recherches sur les relations entre la santé et le marché du travail. La question de l'impact des licenciements économiques et des suppressions d'emploi sur la santé a fait l'objet d'un nombre restreint de travaux dans le contexte français. Notre projet s'appuie sur des données d'enquête et administratives sur les trajectoires d'emploi et les consommations médicales des individus.

Une première étude analyse l'influence des plans de licenciement collectif sur les consommations de médicaments psychotropes (Le Clainche et Lengagne, 2019).

Valorisation

Publication Irdes

- Le Clainche C., Lengagne P. (2019). "Effects of Mass Layoffs on Mental Health". Working Paper Irdes, n°78.

Séminaires-colloques scientifiques

- EALE 2019
- *40^e Journées des économistes de la santé français (JESF 2018)*, Paris, 6-7 décembre 2018
- *Séminaire de recherche de l'Irdes*, 30 novembre 2018

Migration des médecins et impacts sur la raréfaction de l'offre de soins

Code projet : MIGRARE

Equipe : Guillaume Chevillard, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès (Irdes), Yasser Moullan (Université de La Réunion, Cemoi)

Collaborations extérieures : Université de La Réunion, Centre d'économie et de management de l'Océan Indien (Cemoi) ; Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom)

Période de réalisation : 2017-2021

Données : Registre historicisé du Conseil national de l'Ordre des médecins

Contexte et objectifs

La France, comme de nombreux pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) [Ono et *al.*, 2014 ; OECD, 2016], est confrontée à des problèmes de raréfaction et de répartition inégale de la ressource humaine en santé. Parmi les leviers classiquement mobilisés dans les pays de l'OCDE pour résoudre ces problèmes, la France s'est initialement appuyée sur l'augmentation du nombre de médecins en formation jusqu'à supprimer récemment le *numerus clausus*. D'autres politiques se sont développées autour des incitations financières à l'installation dans certaines zones - peu couronnées de succès jusqu'à présent (Cardoux et Daudigny, 2017). Plus récemment, la France a ajouté à son arsenal : (1) la régionalisation du *numerus clausus*, sans impact notable ce jour ; (2) l'encouragement à des départs en retraite plus tardifs ; (3) l'amélioration des conditions d'exercice, notamment en faveur d'un exercice moins isolé (exercice en groupe, voire télémédecine) avec des résultats encourageants s'agissant du regroupement pluri professionnel ; (4) l'obligation de stage pour les étudiants en médecine dans une zone sous dotée.

Le recours à des médecins diplômés à l'étranger, plus ou moins associé aux mesures réglementant l'accès à l'exercice de la médecine dans certains secteurs (hôpital *vs* ambulatoire), ou lieu d'installation, est de plus en plus utilisé dans de nombreux pays développés comme un levier permettant de résoudre des problèmes de raréfaction et de répartition des médecins (Y. Moullan et X. Chojnicki, 2017 ; OCDE, 2016, 2019 ; Siyam et Dal Proz, 2014). Pour autant, il s'avère que la France a longtemps fait figure d'exception, avec notamment au début des années 2000, un recours modeste aux médecins diplômés à l'étranger comparativement à d'autres pays de l'OCDE. L'évolution de la libre circulation et de l'installation des médecins à l'échelle mondiale ou infra européenne ont changé sensiblement la donne en ce qui concerne la France. Depuis la directive européenne de 2005, qui a institué une reconnaissance automatique des diplômes européens, les médecins titulaires d'un diplôme européen relèvent désormais de la libre circulation et peuvent à ce titre s'installer où ils le souhaitent. Bien qu'en valeur absolue la France reste éloignée de la moyenne des pays de l'OCDE en matière d'installation de médecins à diplôme étranger, cette tendance récente constitue un choc remarquable pour la France (OCDE, 2016, 2019 ; Drees 2016), ce qui mérite d'y prêter une attention particulière.

Les questions de l'impact de l'arrivée en France de médecins à diplôme étranger en matière d'installation, de maintien, voire de trajectoire professionnelle (changement de mode et de lieu d'exercice) restent entièrement posées. Les médecins diplômés à l'étranger nouvellement installés venant essentiellement renforcer les effectifs de médecins spécialistes, quel est l'impact sur la répartition territoriale de l'offre de soins en ambulatoire, en médecine générale et, plus spécifiquement, dans les espaces à fort déséquilibre entre l'offre et la demande ?

Méthodologie

Grâce au concours du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) et de son registre historicisé, cette recherche constituera la première étude d'impact à mesurer les conséquences de l'arrivée de médecins à diplôme étranger sur l'évolution des inégalités territoriales d'offre de soins. Cette étude sera riche d'enseignements en termes d'évaluation des politiques d'immigration et ouvrira le champ de recherche dans ce domaine actuellement contraint par l'accès aux données.

Avancement du projet

2019 : travail sur les bases de données (protocole d'extraction, tests), statistiques descriptives (implantations et primo-installation des généralistes) et premières modélisations statistiques.

2020 : Modélisations et analyses

Valorisation

Séminaires-colloques scientifiques

- *Journées d'étude sur les Dispositifs et initiatives d'installation de personnes en migration dans les campagnes*, Poitiers, 22-23 mai 2019, « Les médecins généralistes diplômés à l'étranger viennent-ils davantage s'installer dans les marges rurales ? », Chevillard G.
- Commission santé du Comité national français de géographie (CNFG), *Rencontres de géographie de la santé*, Lyon, 14-15 juin 2018, « Médecins diplômés à l'étranger et inégalités territoriales d'offres de soins : profils, trajectoires et impacts », Chevillard G., Lucas-Gabrielli V.
- *Collège des économistes de la santé, 42^{es} Journées des économistes de la santé français (JESF)*, « Quelle contribution des médecins diplômés à l'étranger sur la réduction des inégalités de répartition géographique en médecine générale ? 2-4 décembre 2020, Julien Mousquès.

Mobilité géographique des médecins généralistes libéraux

Code projet : MOBILIS

Equipe : Guillaume Chevillard, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès (Irdes)

Collaboration extérieure : Julien Silhol (Insee)

Période de réalisation : 2020-2022

Données : Dossier CESREES accepté en septembre 2020. Démarche avec la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) puis la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) en cours.

Contexte et objectifs

En France, l'accessibilité aux soins est un enjeu majeur des politiques de santé du fait de l'existence de disparités spatiales de l'offre de soins et des tendances à la baisse du nombre de médecins. Selon les projections récentes, l'offre de soins libérale pourrait diminuer de 30 % jusqu'en 2027 et toucherait particulièrement les médecins généralistes, risquant ainsi d'accroître les disparités spatiales existantes.

Pour y faire face, l'Etat et l'Assurance maladie ont mis en place, depuis le milieu des années 2000, plusieurs mesures pour favoriser l'installation de médecins généralistes et leur maintien dans les territoires les moins dotés (e.g. aides financières et améliorations des conditions d'exercice), avec l'objectif de maximiser les flux vers ces territoires et de minimiser les flux sortants de ceux-ci.

Alors qu'un certain nombre de recherches ont été réalisées sur les facteurs qui président à l'installation des médecins généralistes dans des espaces donnés, la question de leur mobilité géographique au cours de leur carrière – spécifiquement, quels médecins bougent, vers où et à quelle fréquence ? – reste inexplorée en France. La compréhension de ces processus de mobilité est importante pour mettre en évidence les dynamiques territoriales en termes d'installation et de maintien de médecins généralistes dans des territoires donnés, notamment en début de carrière.

Méthodologie et phasage du projet

Pour cela, nous proposons d'analyser les parcours géographiques des médecins généralistes libéraux à partir des données de l'Assurance maladie provenant de trois environnements différents (AMOS, GEOLOC_PS et DA_PRA_R de 2004 à 2017 pour, d'une part, quantifier la mobilité géographique des médecins sur la période et pour chaque année et, d'autre part, qualifier ces déplacements (de quels territoires vers quels territoires) et le profil des médecins associés aux différents types de déplacements. Nous travaillerons dans un premier temps et principalement sur une approche en termes de flux. Des approches individuelles à partir de modèles de durée pourront ensuite être mises en œuvre si elles semblent opportunes.

Une table individuelle longitudinale des médecins généralistes libéraux (2011 à 2020) sera créée avec le code communal de chaque année et les caractéristiques correspondantes (zonage en aires urbaines, densité du territoire de vie). Cela nécessite au préalable d'apparier notre table avec le fichier DA_PRA_R afin de suivre chaque individu dans le temps et dans l'espace (accord Cnil).

A partir de ces données, nous serons en mesure de qualifier :

- la nature des flux des médecins généralistes sur la période (types de zones depuis lesquelles et vers lesquelles les médecins émigrent) ;
- les caractéristiques de zones selon la durée de maintien des médecins généralistes et le taux de *turn-over*.

Ces premiers éléments descriptifs serviront ensuite à qualifier, voire modéliser, le maintien dans les territoires (modèles de durée), mais aussi à identifier s'ils contribuent à accroître ou réduire les inégalités territoriales d'offres de soins.

Dans le cadre d'un autre projet faisant l'objet d'un appel à projets de l'Institut de recherche en santé publique (Iresp) – en collaboration avec l'École d'économie (AMSE) de l'Université d'Aix-Marseille, l'Observatoire régional de santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS Paca), le laboratoire Erudite de l'université Paris Est Créteil –, intitulé ROSAM (Raréfaction de l'offre de soins et adaptations des médecins généralistes) et à partir des données du Panel 4 d'Observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de médecins appariés à des données en provenance du Système national des données de santé (SNDS) ou des référentiels professionnels (Snir-PS, DA_PRA_R, FINPS...), il sera possible d'estimer les probabilités de s'installer ou de se maintenir dans certains types de territoires selon les caractéristiques approfondies des médecins ou de leur exercice.

Evaluation du projet PARI (Programme d'actions pour une retraite indépendante)

Code projet : PARI2 (ex REA228)

Equipe : Paul Dourgnon (Irdes), Zeynep Or (Irdes), Estelle Augé (Liraes, EHESP, Irdes), Nicolas Sirven (EHESP, Irdes)

Collaboration extérieure : Université Paris Descartes, Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche Appliquée en Economie de la Santé (Liraes), Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)

Financement : Sécurité sociale des travailleurs indépendants (ex RSI) et obtention de la thèse financée et préparée dans le cadre du réseau doctoral en santé publique animé par l'EHESP d'Estelle Augé sous la direction de Nicolas Sirven.

Période de réalisation : 2015-2021

2015-2016 pour la première phase ; 2017-2021 pour la seconde phase.

Contexte

Le 1^{er} janvier 2016, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de la population (ASV) est entrée en vigueur. Cette loi a deux objectifs principaux : la prévention du processus de perte d'autonomie et l'accompagnement des personnes âgées dépendantes ainsi que de leurs aidants informels. Si les questions de financement occupent majoritairement les débats publics, les questions de dépendance en amont du processus de perte d'autonomie n'en demeurent pas moins stratégiques. Depuis, l'entrée en vigueur de cette loi, les régimes de protection sociale s'accordent pour déployer une action sociale coordonnée autour des dispositifs des risques liés au vieillissement.

Le programme PARI (Programme d'actions pour une retraite indépendante), mis en œuvre par le Régime social des indépendants, s'adresse aux cotisants artisans et commerçants âgés de 60 à 79 ans. L'objectif de PARI est de réaliser une analyse diagnostique des situations individuelles visant à détecter les situations de fragilité économique, sociale et de santé et à prévenir la perte d'autonomie en apportant des solutions coordonnées, adaptées à chaque cas de figure. Il s'agit d'une approche innovante de ciblage des risques individuels et de prise en charge pluridisciplinaire de la personne, associant social et médical sous la forme d'un parcours individualisé.

Ce programme repose sur un dispositif de croisement des données individuelles (IMS-Individuelles, Médicales, Sociales). Un algorithme permet d'obtenir un score PARI prenant les valeurs 1, 2, 3 ou 4 en fonction croissante du degré de perte d'autonomie. Les individus ayant un score de 3 sont considérés comme la population cible (PARI = 3). Un courrier leur est adressé contenant un questionnaire afin de compléter les données déjà compilées pour l'individu et de mieux identifier les besoins personnels. Après traitement des informations fournies par les volontaires et suivant les cas, des solutions individualisées sont proposées sur la base d'une offre globale de services.

Objectifs et premiers résultats

L'efficacité du projet PARI repose donc, en premier lieu, sur la capacité de repérage des besoins individuels. Le premier objectif de l'évaluation portée par l'Irdes en 2015/16 a donc concerné l'efficacité du ciblage. Il s'agissait d'estimer dans quelle mesure les « individus cibles », ceux pour lesquels on pense pouvoir prévenir la perte d'autonomie grâce à une offre de services adaptés, étaient bien identifiés à partir de l'outil diagnostique développé dans le cadre du projet PARI. Les premiers résultats de cette évaluation ont montré que le dispositif de ciblage du projet permet de repérer des besoins sociaux jusqu'alors non révélés.

Ces travaux se sont poursuivis par une première étape d'analyse de l'efficacité des mesures sanitaires et sociales mises en œuvre dans le cadre du programme PARI, lors de la phase expérimentale (2014-2016). Au cours de cette phase, 10 caisses régionales se sont portées volontaires pour expérimenter le programme. Les autres (18 caisses), dans lesquelles les individus éligibles n'ont pas été traités, forment le groupe de contrôle. Une approche en double-différences a permis d'estimer l'effet causal moyen du traitement sur l'accès aux soins de ville et le montant des dépenses ambulatoires. Les résultats montrent une amélioration du recours aux soins des populations traitées, sans avoir d'effet statistiquement significatif sur le montant des dépenses. Le programme permet aux individus, surtout les hommes, de reprendre contact avec le système de santé et l'effet concerne le recours à des soins potentiellement liés à la perte d'autonomie (prothèse, matériel médical et pharmacie). Le programme PARI apparaît comme un exemple réussi de politique de prévention de la perte d'autonomie au cours de l'expérimentation.

Le RSI a ensuite accepté de procéder à une véritable expérience aléatoire en 2017 lors d'une phase de généralisation du programme (2016-2018) à l'ensemble des caisses du régime. Cette seconde étape devrait permettre de tester l'impact du programme PARI dans des conditions de « laboratoire », c'est à dire en s'affranchissant de toute hypothèse sur les comportements des caisses s'étant auto-sélectionnées pour mener la phase de test. De plus, un appariement des données du RSI avec les données du SNDS (Sniiram-PMSI) vient d'être autorisé par la Cnil afin d'affiner les résultats de l'étude par un nombre plus important d'indicateurs de parcours de soins, notamment ceux relatifs au recours à l'hôpital, comme dans le cadre de l'évaluation Paerpa (Or *et al.*, 2018). Une approche mixte est aussi envisagée, c'est-à-dire une approche à la fois qualitative et quantitative. L'enquête qualitative a débuté en mars 2019 par des entretiens auprès des acteurs de la mise en place du programme PARI de différentes caisses régionales du RSI, afin de dégager le caractère innovant du projet.

Deux livrables sont attendus : une évaluation de l'efficacité du traitement dans la phase expérimentale et une analyse du traitement dans la phase de généralisation.

Par ailleurs, compte tenu de la spécificité des travailleurs indépendants, des objectifs intermédiaires ont été envisagés. Le premier a consisté à tester empiriquement l'hypothèse d'un coût d'opportunité à se soigner (ou coût de renoncement) pour les travailleurs indépendants à différents âges de la vie. Un comportement de renoncement ou de report de la consommation de soins serait à l'origine d'une dégradation plus forte de l'état de santé et occasionnerait une perte importante de santé, même si, au final, les indépendants conservent en moyenne un meilleur état de santé à cause de l'effet de sélection initial. Les premiers résultats indiquent qu'il y a un effet de rattrapage et que l'hypothèse d'un coût d'opportunité chez les travailleurs indépendants s'illustre par un niveau plus faible de consommation de soins de ville en début de carrière. Cette consommation augmente progressivement avec l'âge pour finalement rejoindre les niveaux atteints par les non-indépendants. Le second objectif consiste à mieux comprendre les déterminants individuels de l'adhésion au programme PARI. Il s'agit d'identifier quelles sont les caractéristiques observables (âge, sexe, etc.) de cette population d'éligibles traités PARI 3 par rapport aux individus qui ne retournent pas l'auto-questionnaire (les éligibles non traités).

Valorisation

Publication Irdes

- Sirven N. (Liraes (EA 4470), Université Paris Descartes, et Irdes) [2017], [Une première étape de l'évaluation du projet Pari de la Sécurité sociale pour les indépendants : est-il possible de repérer le risque de fragilité chez les personnes âgées à partir de données administratives ?](#) *Questions d'économie de la santé* n° 224, 2017/03

Conférences et séminaires

- Association française de science économique (AFSE) et Direction générale du trésor, *5^{ème} Conférence évaluation des politiques publiques*, Paris, 12 décembre 2019, « Improving access to care for self-employed in France : the PARI initiative », Augé E. (Liraes (EA 4470) Université Paris Descartes ; Irdes), Sirven N. (EHESP; Irdes)
- « 'Must-trade and Catch-up': Do the self-employed under-invest in their health? », Augé E. (Liraes (EA 4470) Université Paris Descartes ; Irdes), Sirven N. (EHESP; Irdes) :
 - Collège des économistes de la santé français, *Journée des économistes de la santé français (JESF)*, Poitiers, 5-6 décembre 2019
 - Caisse des dépôts, Institut des politiques publiques, Université Paris 1, *Séminaire scientifique sur la retraite et le vieillissement*, Paris, 7-8 novembre 2019
 - Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal – IRSPUM, *Conférence scientifique*, 23 avril 2019

Séminaire Irdes

- *Mardis de l'Irdes*, 18 juin 2019, « L'effet du projet Programme d'action pour une retraite indépendante (Pari) sur la consommation de soins. Une analyse en doubles différences à partir d'une expérimentation », Augé E. (Liraes (EA 4470) Université Paris Descartes ; Réseau doctoral en santé publique animé par l'EHESP ; Irdes), Sirven N. (Liraes (EA 4470) Université Paris Descartes ; Irdes)
- *Mardis de l'Irdes*, 21 février 2017, « Peut-on repérer les personnes âgées fragiles à partir des données des régimes de sécurité sociale ? », Sirven N. (Liraes, Irdes)

Approche spatio-temporelle des parcours de soins des victimes d'Accident vasculaire cérébral (AVC)

Code projet : PASOVAVC (ex REA067)

Equipe : Laure Com-Ruelle, Damien Bricard, *Mathias Debals-Gonthier (ISP)*, *Camille Léandre (ISP)*, *Nelly Le Guen*, Charlène Le Neindre, Véronique Lucas-Gabrielli, *Clément Nestrigue (Irdes)*, Dédé Sika Kossi (FOR)

En 2020, les personnes dont les noms apparaissent en italique ne participent plus au projet.

Collaboration extérieure : Fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild (FOR)

Période de réalisation : 2014-2023

- 2014-2015 : affinement du projet dans ses différentes phases ; revue de littérature ; première analyse des séjours en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour phase aiguë d'AVC à partir du seul Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI)-MCO de l'année 2012 dans l'attente des premières extractions du Système national des données de santé (SNDS)
- 2016-2018 : première phase d'exploitation des cohortes de patients victimes d'AVC entre 2010 et 2014 (contemporaines du Plan AVC 2010-2014)
- 2019-2023 : analyses longitudinales pour suivre l'évolution des parcours de soins à distance du Plan AVC, par le biais de l'analyse des cohortes de 2015 à 2019

Les travaux menés par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) sur ce thème sont articulés avec ceux menés par la Direction de la stratégie, des études et des statistiques (DSES) de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam-correspondant : Dr Philippe Tuppin) ainsi que ceux de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees-correspondant : Dr Christine de Perretti) et de Santé Publique France (Valérie Olié). Les travaux s'appuient sur un groupe de suivi composé d'experts, associant des personnes d'ARS intéressées et des personnes référentes sur le parcours de soins des victimes d'AVC (représentant différents types de professionnels impliqués et les patients).

Les différentes phases du projet prévues initialement ont dû être décalées progressivement du fait des délais d'obtention des accords de l'Institut des données de santé (IDS) et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) obtenus mi-2015, ainsi que des délais d'extraction des données requises du Système national inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram-SNDS), obtenues en mars 2016.

Données :

Les données mobilisées sont, d'une part, les données individuelles de santé et de consommation médicale relatives aux patients victimes d'AVC, issues du SNDS (DCIR apparié aux différents PMSI). Le champ inclut l'ensemble des patients hospitalisés en court séjour (MCO) pour un AVC ou un Accident ischémique transitoire (AIT) survenu au cours des années 2010 à 2019. La profondeur des informations comprend les 24 mois précédant l'inclusion (inclusion = jour d'entrée en MCO) et les 24 mois suivants.

D'autre part, des données agrégées décrivent, d'un côté, l'offre de soins locale dans un niveau suffisamment fin pour appréhender les filières de prise en charge neuro-vasculaire notamment (dont données de la Statistique annuelle des établissements de santé-SAE) et, d'un autre côté, le niveau socio-économique correspondant au lieu de résidence du patient (données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) concernant la commune et, si possible, de l'Ilot regroupé pour l'information statistique (Iris) en guise d'approche de celui des patients et de leur lieu de vie.

Contexte et objectifs

Avec une prévalence de 1,6 % de la population adulte et près de 800 000 cas avec un antécédent, les AVC constituent un enjeu de santé publique en France du fait des conséquences majeures, tant au plan médical que territorial et économique. Ils représentent une cause très importante de mortalité (32 000 décès en 2008, soit 6,1 % de l'ensemble des décès) et d'invalidité, avec des disparités géographiques qui demeurent importantes. La rapidité de leur prise en charge a un impact majeur sur le pronostic. Les chances de récupération dépendent de la capacité du système de santé à fournir le bon soin au bon moment, non seulement lors de la phase aiguë de la maladie, mais aussi dans les phases de réadaptation ou de suivi à domicile et en amont (prévention primaire). L'amélioration de la prise en charge des AVC représente donc un enjeu important pour réduire leur fréquence, leur gravité et leur coût. C'est pourquoi la prise en charge de l'AVC fait l'objet, depuis plusieurs années, de réflexions ayant abouti au lancement, en avril 2010, d'un Plan d'actions national « Accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 ». Il vise à améliorer la prévention et l'information de la population, à mettre en œuvre sur l'ensemble du territoire des filières de prise en charge et les systèmes d'information adaptés, à assurer l'information, la formation et la réflexion des professionnels de santé, à promouvoir la recherche et à veiller aux équilibres démographiques. Ce plan a permis le déploiement des unités neuro-vasculaires de prise en charge aiguë et les efforts doivent se poursuivre vers l'amélioration de l'aval.

Cette étude vise à analyser de façon exploratoire les parcours de soins des personnes victimes d'un AVC au plan national, mais avec une perspective territoriale, ce qui nécessite de disposer de données géocodées sur plusieurs années. L'ambition est bien d'étudier l'ensemble du parcours, de l'amont de l'AVC au suivi de long terme. L'analyse consiste à interroger la « performance » des parcours de soins distingués en 3 segments (pré-hospitalier, hospitalier et post-hospitalier), mesurée au moyen d'indicateurs de résultats (mortalité, complications, séquelles), de processus (traitements, séquence optimale de soins...) et de coûts, au regard de l'offre existant localement (Unité neuro-vasculaire/UNV, praticiens, etc.), des caractéristiques de la population ainsi que des recommandations de bonnes pratiques et des objectifs du Plan national d'actions AVC 2010-2014 et des réflexions ultérieures.

L'objectif principal est de reconstituer les trajectoires de soins, d'analyser les filières actuelles de prise en charge des AVC et AIT au plan national, et en comparant selon les territoires, et de proposer une typologie des parcours de soins relativement à l'organisation spatiale de la filière. Les objectifs secondaires sont de comprendre les facteurs de gain ou de perte de chance pour le patient, d'analyser l'évolution de ces parcours et filières dans le temps, et d'en déterminer les facteurs d'amélioration, de connaître les coûts associés aux différents parcours et, enfin, de construire des territoires de recours ville-hôpital ou réseaux de soins, à partir des flux de patients, dans le but de comparer l'efficacité longitudinale des soins.

Méthodologie et phasage du projet

Le programme de recherche comprend une phase quantitative et potentiellement une phase qualitative, réparties en quatre modules :

- Revue de littérature

Elle porte sur tous les aspects attenants à la problématique de la prise en charge des patients victimes d'AVC : contexte, recommandations de bonnes pratiques, textes réglementaires, articles scientifiques français et internationaux, littérature grise, etc.

- Analyse des parcours des soins des personnes victimes d'un AVC

La méthode comprend la constitution de cohortes exhaustives de victimes d'AVC survenus au cours d'une période définie (cas incidents les années 2010 à 2019). Ces cohortes sont basées sur un mode défini d'inclusion des patients (primo-hospitalisation en MCO pour un AVC inaugural

ou un AIT). Leurs parcours de soins, y compris les aspects économiques, sont observés les deux années en amont (facteurs de risque) et les deux années d'aval (au total cinq années civiles dont 24 mois retenus en amont et 24 mois en aval de l'inclusion), en distinguant 3 segments (pré-hospitalier, hospitalier et post-hospitalier). L'analyse de leurs consommations médicales sert à la construction d'une typologie des parcours de soins (à partir des données individuelles de consommation de soins ambulatoires et hospitaliers) par le biais d'analyses de séquences de soins.

Les variables décrivant l'offre de soins permettent la construction d'une typologie graduée de l'offre spécifique neuro-vasculaire couvrant l'ensemble du parcours de soins et donc l'ensemble des secteurs médical, médico-social et social. Les caractéristiques des populations locales servent en guise d'approche de celles des patients et de leur lieu de vie.

L'analyse descriptive des parcours de soins est complétée par des analyses explicatives à l'aide de modélisations multivariées cherchant à comprendre comment et avec quelle intensité les caractéristiques individuelles, celles de l'offre de soins et celles de la population locale peuvent influencer sur les types de prise en charge (en termes de procédures et de parcours) et, *in fine*, sur les résultats de soins (guérison, séquelles, décès) et sur les coûts selon différents points de vue (Assurance maladie, social). L'approche proposée intègre les éventuelles comorbidités et leur prise en charge.

- Construction de réseaux de soins à partir des flux de patients

Cette approche complémentaire est basée sur le fait que les médecins ont tendance à former des réseaux multidisciplinaires informels fondés sur le partage des patients et de l'information. En se basant sur les flux existants de patients à partir de données empiriques issues des données administratives de santé, il s'agit d'identifier ces réseaux et de mesurer la qualité des soins qu'ils produisent et les ressources utilisées (coûts), dans le but de caractériser leur efficacité longitudinale pour la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques : quels sont les réseaux qui offrent une plus haute qualité, à plus faible coût, et quels sont les facteurs qui contribuent à leur efficacité ?

- Enquête qualitative

Une analyse qualitative et la confrontation au terrain pourront éventuellement être menées dans un deuxième temps.

En effet, malgré l'analyse quantitative fouillée, certains points resteront manquants (soins qui ne sont pas identifiables dans les données disponibles, certaines questions, non résolues par les seules données médico-administratives (SAE, DCIR, PMSI...), resteront en suspens et certaines hypothèses ne seront pas étayées. Les résultats et hypothèses soulevées par l'analyse quantitative serviront de base à la phase qualitative dont l'objectif sera de compléter le diagnostic régional en interrogeant les acteurs de terrain (Agences régionales de santé (ARS), hospitaliers).

La méthode comprendra des entretiens semi-dirigés et/ou des focus groupes, et recueillera des informations complémentaires dans le but de combler certains manques. Les questionnements seront discutés avec la Cnam et précisés après l'obtention des premiers résultats de la phase quantitative.

Avancement du projet

2014 : Mise au point du protocole, dépôt dossiers IDS et Cnil ; début de la bibliographie.

2015 : Obtention des accords IDS et Cnil ; dans l'attente, poursuite de la bibliographie et abord du parcours de soins des victimes d'AVC par le biais d'une analyse de l'influence de l'offre de soins sur la durée de la prise en charge aiguë des victimes d'AVC à partir du seul PMSI-MCO de l'année 2012.

2016 : Début des travaux à partir de la première extraction des données du SNDS parvenues en mars. Réalisation d'une phase quantitative à partir de la cohorte de victimes d'AVC hospitalisées la plus récente et complète, *i.e.* 2012 (intégrant le suivi des patients 24 mois en amont et 24 mois en aval de la survenue de l'AVC).

- Apurement et préparation des premières bases de données reçues correspondant aux cohortes complètes 2010 à 2012 ; calculs d'indicateurs et premiers résultats descriptifs exploratoires avec cadrage national et disparités régionales.
- Mise à jour et complément de l'étude des déterminants de la durée de séjour en MCO à partir des données du SNDS : sélection des seuls primo-AVC par exclusion des patients avec antécédents d'AVC dans les 24 mois en amont du premier épisode d'AVC 2012 ; enrichissement des modélisations.
- Début de l'analyse du parcours de soins au cours de la période des trois mois suivant la sortie du premier épisode aigu d'AVC ; la méthode choisie fait appel à l'analyse de séquences ; contexte : élaboration du PRADO-AVC par la Cnam.
- Début de construction d'une typologie de l'offre de soins spécifique neuro-vasculaire : recueil des données utiles, élaboration d'indicateurs s'étendant au secteur médico-social intervenant en aval de l'AVC et choix des plus pertinents pour la construction d'une première typologie de l'offre de soins d'aval du MCO.
- Diffusion des résultats quantitatifs disponibles : présentation des deux premières études en colloques internationaux (Hambourg et Brasilia).
- Réunion du groupe d'experts pour discussion de ces résultats et de la suite des travaux.

2017 : Poursuite des travaux

- Mise à jour de la revue de littérature
- Réception, apurement et préparation des bases de données suivantes reçues correspondant à la cohorte complète 2013 et calculs des indicateurs attendus.
- Décision, à la suite des diverses présentations en colloques et séminaires et sur avis des experts, d'affiner l'ensemble des résultats et analyses en dissociant totalement les AVC des AIT pour une meilleure lisibilité des résultats et reprise des analyses suivantes pour s'y conformer :
 - o premiers aspects descriptifs de la phase aiguë hospitalière en MCO ;
 - o déterminants de la durée de séjour en MCO ;
 - o analyse du parcours de soins au cours des trois mois suivant la sortie du MCO.
- Poursuite des analyses exploratoires du parcours de soins sur la cohorte 2012 en complétant notamment le parcours de soins intégral et en intégrant des variables médicales plus fines.
- Travaux de repérage des facteurs de risque de l'AVC notamment et estimation de leur prévalence en amont de la survenue du primo-AVC grâce à un stage d'autonomisation d'un interne de santé publique qui en a fait son sujet de thèse d'exercice de médecine spécialisée en Santé publique et médecine sociale (soutenue en octobre 2017).
- Abord des aspects longitudinaux par l'exploitation des cohortes complètes disponibles concernant les primo-AVC survenus de 2010 à 2013 (période du plan national AVC 2010-2014).

2018 : Poursuite des travaux quantitatifs longitudinaux en intégrant les cohortes successives disponibles.

- Réception, apurement et préparation des bases de données suivantes reçues correspondant à la cohorte complète 2014 et calculs des indicateurs attendants ;
- Finalisation des premiers résultats descriptifs de la cohorte complète 2012 et évaluation de l'évolution de certains indicateurs de 2010 à 2014 (cohorte 2014 complète intégrée en 2018) ; publication du *Questions d'économie de la santé* correspondant (publication en septembre) ;
- Rédaction d'un *Questions d'économie de la santé* et d'un rapport sur les facteurs de risque ;
- Préparation d'un *Questions d'économie de la santé* sur les déterminants de la durée de séjour en MCO ;
- Rédaction d'un article destiné aux JESF (pré-DT) sur le parcours de soins en phase post-aiguë ;
- Poursuite des analyses en vue de la construction d'une typologie de l'offre de soins spécifique pour AVC.

2019 : Poursuite des travaux quantitatifs longitudinaux en intégrant les cohortes successives disponibles.

- Réception des bases de données suivantes reçues correspondant à la cohorte complète 2015 ;
- Finalisation d'un *Questions d'économie de la santé* sur les déterminants de la durée de séjour en MCO (publication en juin) ;
- Rédaction d'un *Document de travail* sur l'analyse séquentielle du parcours de soins en phase post-aiguë (publication en septembre) ;
- Suspension de la finalisation des résultats portant sur la construction d'une typologie de l'offre de soins spécifique pour AVC par non-disponibilité du chercheur concerné ; elle reprendra en 2021 pour finalisation et mise à jour sur données plus récentes ;
- Début d'analyse de l'impact de la diffusion des UNV sur la qualité et le recours aux soins et sur les dépenses de santé à moyen et long terme (*cf.* fiche projet spécifique « Impact de la diffusion des UNV sur la qualité et le recours aux soins », p. **Erreur ! Signet non défini.**).

2020 :

- Réception, des bases de données suivantes reçues correspondant à la cohorte complète 2016 ;
- Suspension de l'apurement, de la préparation des bases et des calculs des indicateurs attendants pour les cohortes complètes 2015 et 2016 par manque de ressources humaines dédiées ; report en \geq 2021.
- Poursuite de l'analyse de l'impact de la diffusion des UNV sur la qualité et le recours aux soins et sur les dépenses de santé à moyen et long terme (*cf.* fiche projet spécifique « Impact de la diffusion des UNV sur la qualité et le recours aux soins », p. **Erreur ! Signet non défini.**)

Perspectives :

Poursuite de l'intégration des cohortes suivantes selon la disponibilité des données ; analyse de l'évolution des parcours de soins AVC au regard de celle de l'offre de soins et publications, notamment :

\geq 2021 :

- Réception, apurement et préparation des bases de données 2016 et 2017 et les suivantes reçues correspondant aux cohortes complètes 2017 à 2019, et calculs des indicateurs attendants.
- Enrichissement des bases du SNDS : avec les données du Capi-D (causes de décès), avec Résid-Ehpad (précision du parcours médico-social), avec les DADS (impact économique sur les carrières...).

Potentiellement, en fonction des ressources humaines dédiées :

- Evaluation de la qualité des soins : construction d'indicateurs *ad hoc* et analyse.
- Construction de réseaux de soins à partir des flux de patients (cf. programme initial).
- Elaboration d'une phase qualitative auprès d'acteurs régionaux et réalisation d'une enquête comportant des entretiens semi-dirigés et/ou des focus groupes, puis analyse des données recueillies (cf. programme initial).

Au-delà : impact de la crise sanitaire liée à la Covid-19

- La crise sanitaire liée à la Covid-19 a largement impacté la prise en charge des AVC et AIT avec une chute des hospitalisations d'environ la moitié, comme pour les infarctus du myocarde, exposant les patients, par faute ou retard de traitement, à de lourdes séquelles en termes de handicaps et à des décès évitables. Il serait opportun de prolonger la constitution de ces cohortes d'AVC/AIT et de les suivre à moyen terme afin d'en mesurer les conséquences. Parallèlement et de façon complémentaire, en plus de ces cohortes de patients hospitalisés en MCO, il serait opportun de réfléchir à un outil d'observation des patients non hospitalisés suffisamment tôt et notamment, à cet égard, d'analyser l'apport, la pertinence et la qualité des certificats de décès.

Valorisation

Publications Irdes

Document de travail

- Nestrigue C., Com-Ruelle L., Bricard D. (2019). « [Analyse séquentielle et déterminants des parcours de soins en phase post-aiguë d'un Accident vasculaire cérébral \(AVC\)](#) ». Irdes, *Document de travail* n° 82, 10.

Questions d'économie de la santé

- Nestrigue C., Bricard D., Debals-Gonthier M., Com-Ruelle L. (Irdes) [2019]. « [Influence des modalités de prises en charge de l'Accident vasculaire cérébral \(AVC\) sur la durée d'hospitalisation](#) ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 242, 06.

[Version anglaise : [The influence of the patient care management on the duration of hospitalization stay for stroke](#)]

- Léandre C. (Irdes ; AP-HP), Com-Ruelle L. (Irdes) [2019]. « [Les facteurs de risque des patients hospitalisés pour un premier épisode d'accident vasculaire cérébral en France](#) ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 240, 03.

[Version anglaise : [The Risk Factors in Patients Hospitalized for a First Episode of Stroke in France](#)]

- Com-Ruelle L., Nestrigue C. (Irdes), en collaboration avec Le Guen N., Bricard D., Le Neindre C., Lucas-Gabrielli V. (Irdes) [2018]. « [Parcours de soins des personnes hospitalisées pour un accident vasculaire cérébral. Premiers résultats](#) ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 234, 07.

[Version anglaise : [Care Pathways of Patients Hospitalised for Stroke: Initial Findings](#)]

Document de travail

- Nestrigue C., [Com-Ruelle L.](#), [Bricard D.](#) (Irdes) [2019]. « [Analyse séquentielle et déterminants des parcours de soins en phase post-aiguë d'un Accident vasculaire cérébral \(AVC\)](#) ». Irdes, *Document de travail* n° 82, 10.

Rapport

- Léandre C. Irdes ; AP-HP, Com-Ruelle L. (Irdes), en collaboration avec Bricard D., Le Guen N., Le Neindre C. et Nestrigue C. (Irdes) [2019]. « [Repérer les facteurs de risque des](#)

[patients hospitalisés pour un premier épisode d'accident vasculaire cérébral \(AVC\) et analyser les déterminants de sa gravité : l'apport des bases médico-administratives](#) » Rapport de l'Irdes n° 570, 03.

Questions d'économie de la santé à paraître

- « Typologie de l'offre de soins spécifique pour AVC », Le Neindre C., Com-Ruelle L., Lucas-Gabrielli V.

[et Version anglaise]

Séminaire-colloques scientifiques

Internationaux

- Association latine pour l'analyse des systèmes de santé (Alass), *XXX^e Congrès CALASS 2019 : Cultures et transformation des systèmes de santé*, Montréal, Canada, 22-24 août 2019, « Déterminants des différents parcours de soins en phase post-aiguë des patients victimes d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) », poster, auteurs : Nestrigue C., Com-Ruelle L., Bricard D., présentation : Poucineau J.
- Association latine pour l'analyse des systèmes de santé (Alass), *XXVIII^e Congrès CALASS 2017*, Liège (Belgique), 7-9 septembre 2017 :
 - « Accident Vasculaire Cérébral : facteurs de risque et gravité d'un premier épisode en phase aiguë », Com-Ruelle L., Léandre C.
 - « L'apport des bases médico-administratives de l'Assurance maladie pour étudier l'épidémiologie, évaluer la qualité des soins et la performance du système de soins : l'exemple du parcours de soins des victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) en France », Com-Ruelle L.
- *European Health Economics Association (EuHEA) Conference 2016*, Hambourg (Allemagne), 13-16 juillet 2016 : « Care Pathways of Patients Hospitalized for Stroke Using a Sequence Analysis », Présentation : Bricard D., Auteurs : Nestrigue C., Com-Ruelle L., Bricard D., Le Guen N.
- Association latine pour l'analyse des systèmes de santé (Alass), *XXVII^e Congrès CALASS 2016*, Brasilia (Brésil), 21-23 juillet 2016 :
 - « Analyse séquentielle du parcours de soins des patients hospitalisés victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC) », Présentation : Nestrigue C., Auteurs : Nestrigue C., Com-Ruelle L., Bricard B., Le Guen N.
 - « Le parcours de soins des victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC) : facteurs déterminants de la durée de la prise en charge aiguë », Présentation : Nestrigue C., Auteurs : Nestrigue C., Bricard D., Debals-Gonthier M., Com-Ruelle L.

Nationaux

- *41^{es} Journées des Économistes de la santé français (JESF)*, Poitiers, 4-6 décembre 2019, « Dépenses de santé et parcours de soins en ville : l'exemple de l'accident vasculaire cérébral en France », Kossi D. S., Bricard D.
- *Journée nationale des référents ARS & animateurs de Filière AVC*, 13 novembre 2019, Issy-les-Moulineaux, « Dépenses de santé et parcours de soins en ville : l'exemple de l'accident vasculaire cérébral en France », Kossi D. S., Bricard D.

- *32^e Journées EMOIS 2019*, Nancy, 14-15 mars 2019, « Déterminants des parcours de rééducation des patients victimes d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) », Nestrigue C., Com-Ruelle L., Bricard D., (poster).
- *40^e Journées des économistes de la santé français (JESF)*, Paris, 6-7 décembre 2018, « Déterminants des parcours de soins des patients victimes d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) en phase post-aiguë », Nestrigue C., Com-Ruelle L., Bricard D.
- *6^e Journée nationale des référents ARS & animateurs de « Filière AVC »* (23^{es} Journées de la Société française neuro-vasculaire), Paris, 14 novembre 2018 :
 - « Parcours de soins des victimes d'un primo-AVC : premiers résultats d'une étude à partir du SNDS », Communication, Com-Ruelle L., Nestrigue C., Bricard D.
 - « Parcours de soins post-phase aiguë des primo-AVC et leurs déterminants : une étude à partir du SNDS », Poster, Nestrigue C., Com-Ruelle L., Bricard D.
- *Biographie Santé 2018 : Parcours de vie et santé : Apport des méthodes biographiques en santé publique*, Paris, 18-19 octobre 2018, Institut de Recherche pour le Développement, France, « Intérêts des méthodes d'analyse séquentielle pour comprendre le parcours de soins des victimes d'AVC », Nestrigue C., Com-Ruelle L., Bricard D.
- *Journées ADELFO EMOIS 2018*, Montpellier, 29-30 mars 2018 :
 - « L'apport du SNDS pour l'étude du parcours de soins des victimes d'un primo-épisode d'accident vasculaire cérébral (AVC) », Com-Ruelle L.
 - « L'apport du SNDS dans le repérage des facteurs de risque associés à la survenue d'un primo-épisode d'accident vasculaire cérébral (AVC) », Com-Ruelle L., Leandre C.
- *Séminaire ReDSiam*, Paris, 8 janvier 2018, « L'apport des bases médico-administratives dans le repérage des facteurs de risque associés à la survenue d'un premier Accident vasculaire cérébral (AVC) », Léandre C. Com-Ruelle L.
- *Sig 2017 – La conférence francophone Sig Esri*, Aubervilliers, 11-12 octobre 2017, « L'offre de prise en charge médicale et médico-sociale des patients victimes d'un AVC en France », Le Neindre C., Com-Ruelle L., Lucas-Gabriell V.
- *Journées EMOIS 2017*, Nancy, 23-24 mars 2017 :
 - « Analyse séquentielle du parcours de soins des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC) », Nestrigue C., Bricard D., Le Guen N., Com-Ruelle L. (communication orale).
 - « Analyse séquentielle du parcours de soins des patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral (AVC) », Poster, Nestrigue C., Com-Ruelle L., Bricard D., Le Guen N.

Présentation à la Cnam

- *Cnam*, 26 mars 2018, « Approche spatio-temporelle des parcours de soins des victimes d'Accident vasculaire cérébral (AVC), synthèse des résultats actuels », Com-Ruelle L., Nestrigue C., Bricard D.

Séminaires Irdes

- *Séminaire Irdes*, 16 mars 2018, « Approche spatio-temporelle des parcours de soins des victimes d'Accident vasculaire cérébral (AVC), synthèse des résultats actuels », Com-Ruelle L., Nestrigue C., Bricard D., Le Guen N., Léandre C., Le Neindre C., Lucas-Gabrielli V.

- *Mardis de l'Irdes*, 12 septembre 2017, « Repérer les facteurs de risque associés à la survenue d'un premier Accident vasculaire cérébral (AVC) et analyser les déterminants de sa gravité : l'apport des bases médico-administratives », Léandre C., Com-Ruelle L.
- *Mardis de l'Irdes*, 25 avril 2017, « Le parcours de soins des victimes d'Accidents vasculaires cérébraux (AVC) : facteurs déterminants de la durée de la prise en charge aiguë », Bricard D., Com-Ruelle L., Nestrigue C.
- *Séminaire méthodologique Irdes*, 21 avril 2017, « Analyse séquentielle du parcours de soins des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC) », Nestrigue C., Bricard D., Le Guen N., Com-Ruelle L.

Thèses et mémoires

- Thèse d'exercice de médecine : spécialité « Santé publique et médecine sociale », « *Le parcours de soins des victimes d'Accident Vasculaire Cérébral : l'apport des bases médico-administratives dans le repérage des facteurs de risque et dans l'analyse des éléments déterminants de la gravité lors d'un premier épisode en phase aiguë* », Camille Léandre (ISP), soutenue le 10 octobre 2017, Université Paris 13 (Bobigny), Président du jury Pr Pierre Lombrail, Directeur de thèse Dr Laure Com-Ruelle, 2013 pages, rapport n° 570 issu de cette thèse paru en 2019/03
- Mémoire de Master 2 d'économie de la santé (Université Dauphine) de Mathias Debals-Gonthier (ISP), « *Influence de l'offre de soins sur la durée de la prise en charge aiguë chez les victimes d'AVC* », Source PMSI, soutenu le 23 septembre 2015, 69 pages

Premiers Pas : Trajectoires de soins et de droits des immigrants sans titre de séjour en France

Code projet : PREPAS (ex REA208)

Equipe : Paul Dourgnon (Irdes), Stéphanie Guillaume (Irdes), Florence Jusot (Université Paris Dauphine-PSL, Leda-Legos, Irdes), Laurence Kotobi (Faculté d'anthropologie sociale, ethnologie, Bordeaux), Sabine Méléze (Irdes), Jérôme Wittwer (Isped)

Collaboration extérieure : Université Paris Dauphine-PSL, Leda-Legos ; les chercheurs du consortium appartiennent à trois établissements (Université de Bordeaux, Université Paris-Dauphine et Irdes) et recouvrent les disciplines de l'économie et de l'anthropologie. Médecins du monde et l'Institut régional du travail social Aquitaine participent également au projet et apportent une double expertise scientifique et d'acteurs de terrain. Le coordinateur scientifique est Jérôme Wittwer (Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement - Isped)

Financement : Appel à projets Agence nationale de la recherche (ANR) générique 2015

Période de réalisation : 2016-2020

Début de réalisation au troisième trimestre 2016, terrain de l'enquête au premier trimestre 2019

Données : Enquête Premiers pas

Contexte et objectifs

Le projet Premiers pas étudie les parcours d'accès aux droits et de recours aux soins des immigrants illégaux en France, à travers des analyses longitudinales et pluridisciplinaires. Il évaluera l'accès réel aux soins et aux droits de santé des immigrants illégaux en France. Il étudiera les facteurs expliquant le recours à l'Aide médicale de l'État (AME), aux centres de soins associatifs, à l'offre de soins publique ou à d'autres soignants. Il décrira les dynamiques des parcours en termes d'assurance et de recours aux soins et explorera le rôle des acteurs publics, associatifs et informels. Un premier projet étudie les parcours de soins, d'ouverture de droits et les logiques d'appropriation de l'AME. Il s'appuie sur des approches socio-anthropologiques et économiques, en particulier à travers la réalisation d'une enquête multimodes réalisée de mars à avril 2019. Un second projet évalue la faisabilité d'un panel administratif de ressortissants de l'AME. Le projet, conçu avec Médecins du monde, est pensé pour être directement utile à l'action publique et aux acteurs du secteur sanitaire et social.

Valorisation

Publications Irdes

Jusot F. (Université Paris Dauphine-PSL, Leda-Legos, Irdes), Dourgnon P. (Irdes), Wittwer J. [Université de Bordeaux, Bordeaux Population Health (Inserm U 1219), Equipe Emos], Sarhiri J. (Irdes) (2019). « Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 245, – novembre.

Dourgnon P. (Irdes), Guillaume S. (Irdes), Jusot F. (Université Paris Dauphine-PSL, Leda-Legos, Irdes), Wittwer J. [Université de Bordeaux, Bordeaux Population Health (Inserm U 1219), Equipe Emos] (2019). « Etudier l'accès à l'Aide médicale de l'État. L'enquête premiers pas ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 244, novembre.

Wittwer J. [Université de Bordeaux, Bordeaux Population Health (Inserm U 1219), Equipe Emos], Raynaud D. (Irdes), Dourgnon P. (Irdes), Jusot F. (Université Paris Dauphine-PSL, Leda-Legos, Irdes) [2019]. « Protéger la santé des personnes étrangères en situation irrégulière en France. L'Aide

médicale de l'État, une politique d'accès aux soins mal connue ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 243, novembre.

Publication dans une revue à comité de lecture

Dourgnon P., Das P. (2018). "Consequences of Recent Anti-immigration Policy". *Jama Internal Medicine*, vol 177, 2017/10, 1535. 2017/10
<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/articleabstract/2656245?redirect=true>

Séminaires et colloques scientifiques internationaux

Foundation for International Studies on Social Security (FISS), *26th International Research Seminar on Issues in Social Security*, Sigtuna, Suède, 10-11 juin 2019, "Access to Health Care and Insurance of Undocumented Immigrants in France. First Results from an Innovative Survey", Dourgnon P., Jusot F., Wittwer J.

UCLA Center for Health Policy Research Seminar, Los Angeles, USA, 21 février 2018, "Addressing Undocumented Immigrants' Health Care Needs through Safety Net systems in California", Dourgnon P. ■

Congrès de l'International Health Economics Association (IHEA): "Revolutions in the Economics of Health Systems", in Boston Congress 2017, Boston (USA), 8-11 juillet 2017 : Communication orale : "Migration, Health and Health Systems: Frameworks and Data Needs to Impact Policy", Jusot F., Wittwer J., Dourgnon P.

Organisation de session : "Migration, Health and Health Systems: Frameworks and Data Needs to Impact Policy", Chair: Dourgnon P. Séminaire Irdes.

Journée du conseil scientifique de l'Irdes, 29 mai 2018 : "Acculturation Pathways in Health: A Study of Overweight among North African Immigrants in France and Spain", Moullan Y. (University of Reunion Island, University of Oxford and Irdes), Dourgnon P. (Irdes), Discussion : Jusot F. (Université Paris-Dauphine).

Séminaires scientifiques nationaux

Journée atelier sur l'accès aux soins organisée par l'équipe SHARE-France

Présentation des premiers résultats d'une étude portant sur les sans-papiers et leur risque de développer une forme grave de Covid-19. Antoine Marsaudon, Paul Dourgnon, Florence Jusot et Jérôme Wittwer.

Pratiques spatiales d'accès aux soins – volet hospitalier

Code projet : PSAS

Equipe : Charlène Le Neindre (Irdes), Myriam Lescher-Cluzel (Liraes, Irdes), Nicolas Sirven (EHESP, Irdes)

Collaboration extérieure : Laboratoire interdisciplinaire de recherche appliquée en économie de la santé (Liraes) ; Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)

Période de réalisation : 2017-2021

Données : l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de 2012 et de 2014 appariée avec les données sur l'hospitalisation en médecine, chirurgie ou obstétrique de 2011 à 2014 (PMSI-MCO)

Contexte et objectifs

Ce travail de recherche traite du choix d'un établissement de santé par les patients lors d'une hospitalisation programmée pour des soins de courte durée. Nous proposons ainsi, à partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de 2012 et de 2014 appariée avec les données sur l'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique de 2011 à 2014 (PMSI-MCO), d'avancer dans la compréhension des facteurs explicatifs qui conduisent le patient à choisir un établissement plus éloigné que celui disposant de l'offre adaptée au traitement de sa pathologie le plus proche, faisant prévaloir un autre choix que celui de la commodité géographique. Le but de ce travail est double. Il s'agit tout d'abord d'estimer l'intensité du contournement de l'établissement approprié le plus proche. Ensuite, il est question d'identifier les facteurs sous-jacents relevant des caractéristiques individuelles des patients (âge, statut d'emploi, etc.), des séjours hospitaliers (à temps complet ou partiel, etc.) et des établissements de santé dans lesquels ils se sont déroulés (établissement public ou privé, etc.), en accordant une attention particulière à la qualité et à la sécurité des soins appréciées à partir de différents indicateurs (lutte contre les maladies nosocomiales, évaluation de la douleur, etc.) définis par la Haute Autorité de santé (HAS). Les données de l'ESPS de 2012 et de 2014 permettent également d'explorer des critères davantage subjectifs tels que la recommandation des médecins ou la réputation de l'établissement. Ce travail devrait permettre de progresser dans la spécification de l'ensemble des dimensions intervenant dans le choix d'un établissement de santé et, par conséquent, de mieux comprendre les pratiques spatiales d'accès aux soins hospitaliers qui en découlent.

Méthodologie

Modélisation économétrique ; ESPS de l'Irdes appariée aux données du PMSI-MCO de l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) ; données Scope Santé de la HAS concernant la qualité et la sécurité des soins, de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la Drees décrivant les hôpitaux et les cliniques et de l'Insee qualifiant le type d'environnement dans lequel les patients résident

Calendrier de réalisation

2017-2019 : constitution de la base et analyse des données.

2020-2021 : soutenance de la thèse de Myriam Lescher-Cluzel, 29 septembre 2020 : « Qualité des soins à l'hôpital, concurrence entre établissements et choix des patients en information imparfaite » ; poursuite des analyses et valorisation.

Valorisation

Séminaires-colloques scientifiques

Internationaux

- 6th EuHEA PhD Student-Supervisor and Early Career Researcher Conference, Porto, Portugal, 4-6 septembre 2019, “Does quality of care matter for French patients?”, Lescher M., Le Neindre C. and Sirven N.
- International Health Economics Association (iHEA), *Basel 2019 Congress: New Heights in Health Economics*, Bâle, Suisse, 13-17 juillet 2019, « Planned Hospitalizations – Does Quality of Care Matter for French Patients? » Lescher M., Le Neindre C. and Sirven N.
- *EuHEA Conference 2018: Shaping the Future: The Role of Health Economics*, Session Access to health care, Maastricht University, Pays-Bas, 11-14 juillet 2018, « Going far for quality - Why do French patients bypass the nearest appropriate hospital? », Lescher M., Le Neindre C. and Sirven N.

Nationaux

- 2^{èmes} rencontres de géographie de la santé, Rennes, France, 04-05 février 2021, « Pourquoi les patients contournent-ils l'établissement hospitalier le plus proche ? Le rôle de la qualité des soins », Lescher-Cluzel M. et Le Neindre C.
- 41^{èmes} Journées des Économistes de la Santé Français, Poitiers, 5-6 décembre 2019, « La préférence pour la qualité des soins joue-t-elle dans le choix hospitalier ? », Lescher M., Le Neindre C. and Sirven N.
- *SIG 2019 - Conférence Francophone Esri, Aubervilliers*, 16-17 octobre 2019, « Choisir un lieu d'hospitalisation en France : entre proximité géographique, qualité des soins et autres facteurs », Le Neindre C. et Lescher M.
- Réseau doctoral de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), *Séminaire Interdisciplinaire (SID): Inégalités Géographiques d'Accès aux Soins en France*, Paris, 13 juin 2019, - « Pratiques spatiales d'accès aux soins : la qualité hospitalière importe-t-elle pour les patients ? », Lescher M., Le Neindre C. et Sirven N.
- *SIG 2018 - Conférence de la communauté francophone Esri, Aubervilliers*, 10-11 octobre 2018, « Pourquoi les patients français contournent-ils l'hôpital le plus proche lors d'un séjour programmé ? », Le Neindre C., Lescher M. et Sirven N.

Irdes

- *Séminaire de recherche*, 15 septembre 2020, « Choisir un lieu d'hospitalisation en France : entre proximité géographique, qualité des soins et autres facteurs », Lescher-Cluzel M. et Le Neindre C.

Pratiques spatiales d'accès aux soins ambulatoires

Code projet : PSAS

Equipe : Aurélie Pierre (Irdes), Véronique Lucas-Gabrielli (Irdes), Laure Com-Ruelle (Irdes)

Période de réalisation : 2014-2021

Etat d'avancement : Valorisation (Ecriture d'un article pour une revue à comité de lecture)

Contexte et objectifs

La question de l'accessibilité territoriale aux soins fait l'objet de nombreux travaux dans la littérature, sous l'angle notamment de l'organisation de la délivrance des soins et de la régulation de l'offre. Un pan de la littérature s'intéresse également aux recours aux soins des individus pour comprendre et étudier l'ampleur des inégalités d'accès aux soins induites par l'absence, le manque de disponibilité des professionnels de santé et/ou l'éloignement à une offre de soins (Chaix *et al.*, 2005 ; Santos *et al.*, 2013 ; Godager, 2012 ; Monnet *et al.*, 2008). Ils révèlent ainsi que la proximité est un critère déterminant du recours aux soins, notamment pour les soins de premiers recours et de prévention, mais que l'offre de soins la plus proche est également souvent contournée (Barlet *et al.*, 2012 ; Pilkington, 2012). L'analyse du recours effectif aux soins mêle en effet des dimensions complexes relatives à l'implantation de l'offre de soins sur le territoire et aux caractéristiques individuelles des patients comme leurs besoins de soins, leur revenu, le temps qu'ils consacrent à leur santé, leurs préférences en matière de recours et de déplacement, leur capacités à se déplacer, etc. L'importance de la proximité de l'offre de soins diffère ainsi selon les individus (Victoor *et al.*, 2012 ; Nemet et Bailey, 2000), du fait d'une capacité plus ou moins importante à se déplacer et/ou d'une disposition plus ou moins grande à effectuer des temps de trajets longs pour recourir aux soins.

Dans ce travail, nous proposons d'étudier l'impact de l'inégale répartition de l'offre de soins sur le territoire sur l'accès aux soins de ville des individus en cherchant à : 1/ distinguer les effets induits par l'accessibilité territoriale à l'offre de soins de ceux associés aux caractéristiques individuelles des individus ; 2/ analyser la propension des individus à se déplacer pour recourir aux soins selon leurs caractéristiques individuelles et au-delà de l'offre de soins la plus proche.

Méthodologie

Notre travail exploite les données des Enquêtes santé et protection sociale (ESPS) 2012 et 2014 appariées avec les données de consommations de soins du Sniiram, à partir desquelles un investissement important a été mené afin de calculer les distances effectives de recours aux soins ainsi que les distances théoriques à l'offre de soins la plus proche. Ces distances ont en premier lieu été calculées à un niveau communal, puis à un niveau infra-communal. Nous avons également recueilli et construit des indicateurs d'accessibilité territoriale aux soins pour les années les plus proches de l'enquête et, notamment, les indicateurs de l'Accessibilité potentielle localisée (APL).

Les analyses empiriques consistent à étudier, à l'aide de statistiques descriptives et de modélisations économétriques, les déterminants du recours aux soins et des distances parcourues par les patients (totales et supplémentaires par rapport à l'offre de soins la plus proche) pour accéder aux soins en prenant en compte leurs caractéristiques individuelles (âge, sexe, revenu, etc.) et des indicateurs d'accessibilité territoriale de l'offre de soins (APL, type de zonage en aire urbaine, distances d'accès au(x) professionnel(s) de santé le(s) plus proche(s)).

Calendrier de réalisation

2014-2015 : Exploitation des modules sur l'accessibilité territoriale aux soins ESPS 2012 et 2014 ; Géocodage et calcul des distances au niveau communal.

2016 : Publication d'un rapport Irdes et d'un *Question d'économie de la santé*

2016-2020 : Valorisation, exploitation des données à un niveau infracommunal, écriture d'un article.

Valorisation

Publications Irdes

- Lucas-Gabrielli V., Pierre A., Com-Ruelle L. (2016). « Pratiques spatiales d'accès aux soins », Rapport Irdes n° 564, 2016/10
- Com-Ruelle L., Lucas-Gabrielli V., Pierre A. Avec la collaboration de Coldefy M. (2016). « [Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins](#) », *Questions d'économie de la santé* n° 219. 2016/06

Séminaires-colloques scientifiques

Internationaux

- « Understanding Access to Ambulatory Care in France: How Do Patient Characteristics and Spatial Accessibility Interact? », Lucas-Gabrielli V., Pierre A., Coldefy M. et Com-Ruelle L.
- International Medical Geography Symposium (IMGS 2015), Vancouver (Canada), 5-10 juillet 2015 (Lucas-Gabrielli V.)

Nationaux

- « Distances and Access to Outpatient Health Care », Pierre A., Lucas-Gabrielli V., Com-Ruelle L.
 - *Workshop Fair West Irdes*, Paris, 15 janvier 2016 (Pierre A.)
- « Distances parcourues par les patients et contraintes d'accès en matière de recours aux soins ambulatoires », Pierre A., Lucas-Gabrielli V., Com-Ruelle L., Coldefy M.
 - *36^e Journées des économistes de la santé français*, Bordeaux, 4-5 décembre 2014 (Pierre A.)
- « Pratiques spatiales d'accès aux soins », Lucas-Gabrielli V., Pierre A., Coldefy M., Com-Ruelle L.
 - *Mardis de l'Irdes*, Paris, 18 mars 2014 (Pierre A.)

L'Assurance complémentaire en France, évaluation de l'Ani, exploitation des données PSCE 2017

Code projet: PSCEANI

Equipe : Paul Dourgnon (Irdes), Florence Jusot (Université Paris Dauphine-PSL, Leda-Legos, Irdes), Marc Perronnin (Irdes), Aurélie Pierre (Irdes) Collaborations extérieures : Université Paris Dauphine

Financement : L'enquête PSCE fait l'objet de financements de la Fédération française de l'Assurance (FFA), du Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) et de la Mutualité française

Période de réalisation : 2018-2021

Données : Enquêtes Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2009 et 2017 ; Système nationale des données de santé (SNDS)

Contexte et objectifs

L'Accord national interprofessionnel (Ani) signé en 2013 stipule que les employeurs du secteur privé ont, depuis le 1^{er} janvier 2016, obligation de proposer et de financer partiellement une complémentaire santé à tous leurs salariés. Le projet PSCE-ANI vise à étudier les conséquences de l'expansion de l'assurance complémentaire d'entreprise et à proposer, de façon plus générale, des analyses sur le partage entre les couvertures obligatoire et complémentaire en France. Il s'appuiera en particulier sur les données de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) réalisée par l'Irdes et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) qui, en 2017, interroge un large échantillon d'établissements et des salariés sur les contrats de couverture complémentaire. Les premiers travaux de l'Irdes et de la Drees ont montré que l'Ani avait réduit fortement les inégalités d'accès à la couverture d'entreprise (Lapinte, Perronnin, 2018). Toutefois, cette évolution n'indique pas que les inégalités de couverture complémentaire aient diminué d'autant. L'étude interroge l'effet de l'Ani sur les gradients sociaux de couverture complémentaire. Elle explore en particulier l'évolution de la situation des salariés précaires, que l'Ani visait explicitement à protéger davantage. Elle s'appuie pour cela sur les données des enquêtes PSCE 2009 et 2017, qui proposent deux points d'observation des contrats d'entreprise, avant et après la réforme. Les conséquences de la réforme seront notamment analysées en termes de :

- expansion effective de la complémentaire santé dans la population salariée ;
- contenu, qualité, prix des contrats entreprise et leur distribution parmi les catégories de salariés et d'entreprises ;
- accès à la complémentaire des personnes restant sans complémentaire privée ou publique (source : Enquête santé et protection sociale-Enquête santé européenne (ESPS-EHIS)) ;
- accès à la couverture prévoyance.

Après la publication d'un rapport présentant l'ensemble des résultats de l'enquête PSCE à l'automne 2019, l'Irdes publiera des études plus ciblées. L'appariement des données de l'enquête avec les données du Système nationale des données de santé (SNDS) sera réalisé en 2020, après réception de l'accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) et signature d'une convention avec la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam). Enfin, l'exploitation de l'enquête sur la couverture prévoyance permettra d'éclairer ce pan assez méconnu de la protection sociale complémentaire afin d'identifier les questions qui restent à creuser, dans l'optique de réfléchir à une évolution de l'enquête PSCE en vue d'une réédition future.

Irdes – Programme de recherche 2020-2022 – Activité 2019 p. 80 Février 2020

Valorisation

Publication Irdes

Perronnin M. (Irdes), Raynaud D. (Irdes) [2020]. « La couverture complémentaire collective : des modalités de mise en œuvre variables selon les entreprises. Résultats de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017 ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 251, novembre.

Perronnin M. (Irdes) [2019]. « L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017 ». Rapport de l'Irdes n° 572, novembre.

Lapinte A. (Drees), Perronnin M. (Irdes) [2018]. « 96 % des salariés ont accès à une assurance complémentaire santé d'entreprise en 2017 ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 236, juillet-août.

Impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel en soins primaires sur la satisfaction des usagers – Projet PSPC (Patient Satisfaction in Primary Care)

Code projet : PSPC (ex REA005)

Equipe : Stéphanie Guillaume et Frédérique Ruchon, responsable du terrain d'enquête (Irdes), Julien Mousquès, responsable de l'analyse économique, de la gestion de données et des statistiques (Irdes), Tiphany Bouchez (FFMPS), Stéphane Fernandez-Curiel (Ciss), Matthieu Schuers (Maison de Santé de Neufchâtel-en-Bray), Martine Séné Bourgeois (Ciss), Frédéric Villebrun (FNCS)

Collaborations extérieures : Maison de santé de Neufchâtel-en-Bray (établissement-coordonnateur) ; Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) ; Fédération nationale des centres de santé (FNCS) ; Collectif interassociatif sur la santé (Ciss)

Financement : Ce projet est financé dans le cadre d'un appel à projets Programme de recherche sur la performance du système des soins (Preps) de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) sur la période 2019-2022

Période de réalisation : 2019-2022

Contexte et objectifs

La dynamique actuelle autour des soins de premier recours est notamment portée par le regroupement pluriprofessionnel, notamment en maisons (MSP) ou centres de santé (CDS).

Cette dynamique est soutenue depuis 2008 par un ensemble de politiques publiques, dont celle des Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR 2010-2014) qui se généralisent pour la période 2015-2019. L'inscription dans le droit commun s'est concrétisée par un accord interprofessionnel sur les soins de proximité (ACI) en 2015. Parallèlement, une attention croissante est portée à l'expérience des patients. Ainsi, si la mesure de la performance des soins de premier recours comporte classiquement l'évaluation de la qualité des soins et services rendus ou de leur efficacité, elle se doit d'inclure également la mesure de dimensions plus subjectives telles que la satisfaction des patients. Or, l'impact du regroupement pluriprofessionnel en premier recours reste à ce jour, en France, très peu documenté concernant l'expérience des patients.

Si la valeur absolue de la mesure de la satisfaction des patients a peu d'intérêt sur le plan scientifique, car les scores de satisfaction habituellement recueillis sont généralement très élevés, la mesure différentielle de la satisfaction apporte des informations pertinentes. Trois niveaux de comparaison peuvent être retenus : (1) une comparaison entre dimensions de satisfaction identifiées *a priori* ; (2) une comparaison entre cas et témoins ; (3) une comparaison chronologique, mesurant la dynamique des taux de satisfaction dans le temps.

La comparaison entre cas et témoins se base sur l'expérience concrète des professionnels et des patients dans des contextes différents. Ainsi, nous souhaitons étudier l'impact du regroupement pluriprofessionnel de premier recours sur la satisfaction des patients, en comparant celle des cas constitués de patients fréquentant habituellement un CDS, une MSP ou un Pôle de santé (PDS), à celle de témoins constitués de patients fréquentant habituellement des professionnels travaillant de manière isolée ou en groupe monoprofessionnel.

La comparaison chronologique permet de documenter l'impact d'un phénomène et de fournir des hypothèses explicatives plus contributives qu'une analyse transversale. Ainsi, auprès d'une même population de patients potentiels, la documentation de leur satisfaction avant et après ouverture d'un CDS, d'une MSP ou d'un PDS, permettrait de mesurer en quoi l'implantation de cette nouvelle structure a modifié leur expérience du soin de premier recours.

Au total, afin d'évaluer l'impact du regroupement des professionnels de premier recours, nous posons dans cette recherche les deux hypothèses suivantes : la première est que l'exercice en groupe

pluriprofessionnel des médecins généralistes (*versus* isolé) influence de manière positive la satisfaction globale des patients quant aux soins de médecine générale délivrés. La seconde est que cet effet n'est pas homogène sur l'ensemble des dimensions de la satisfaction.

Méthodologie et phasage du projet

Le *design* est celui d'une comparaison de la satisfaction entre des cas, la patientèle des maisons, pôles et centres de santé, et des témoins, la patientèle ayant recours à des cabinets de médecine générale « classiques », de groupes monoprofessionnels ou individuels. L'étude sera une enquête transversale par sondage téléphonique unique, pour la majeure partie de l'échantillon ; un sous-échantillon est destiné à être interrogé deux fois pour une mesure avant/après ouverture d'une maison de santé sur leur territoire de résidence. L'unité statistique est le patient recourant habituellement à un médecin généraliste exerçant soit dans une structure regroupée pluriprofessionnelle (cas), soit en exercice classique monoprofessionnel (témoin).

Nous utilisons un questionnaire développé par Magali Martin-Huret, sous la direction de Thomas Cartier, dont la faisabilité a été testée par Emilie Thouny. Il s'inspire de trois principaux outils : GPAQ/GPAS pour « General Practice Assessment Questionnaire » ou « Survey » ; EUROPEP, European Project on Patient Evaluation of General Practice Care ; Questionnaire de satisfaction en consultation externe à l'Assistance publique des hôpitaux de Paris. Cet outil reprend les thématiques classiques des instruments de mesure de la satisfaction des patients en soins primaires (relation médecin/malade notamment) tout en essayant de dégager les particularités propres à l'exercice pluriprofessionnel : coordination interne à la structure, coordination externe, continuité des soins interprofessionnelle, horaires et modalités d'ouverture.

L'année 2015 a été consacrée à la validation des qualités métrologiques du questionnaire. Il en ressort que le questionnaire initial est performant, avec une bonne discrimination entre les différentes dimensions et entre chaque question à l'intérieur des dimensions, à quelques exceptions près. Ce travail de validation statistique a guidé les différentes étapes de révision du questionnaire avec notre groupe d'experts pour aboutir à la version finale actuelle.

L'année 2016 a été consacrée aux demandes de données permettant de travailler sur le plan de sondage et l'échantillonnage, préalables à la prise de contact avec les sociétés d'enquête pour la réalisation du terrain.

Il a été par ailleurs décidé de rapprocher cette opération de recherche et le plan de sondage d'une autre recherche conduite sur les MSP dans le cadre de l'évaluation du règlement arbitral. Cela nous a conduit interrompre ce projet puis le relancer sur la période 2019-2022 pour un terrain d'enquête planifié au second semestre 2020 et reporté à 2021 en raison de la crise covid-19.

Valorisation

- Odzo-Dimi A. « Analyses de données en vue de la validation du questionnaire satisfaction des patients en soins de santé de premier recours », Master 2 « méthodologie et statistiques en recherche biomédicale », Université Paris XI (2014-2015)
- DGOS, Colloque *Organiser, moderniser, innover : quelles avancées pour les patients ?*, Paris, 16 octobre 2015, « Promouvoir la recherche en soins primaires - Focus sur les perspectives dans ce domaine – Le projet PSPC », Cartier T.

Dépenses de santé et restes à charge des personnes bénéficiaires d'une reconnaissance administrative de handicap : Allocation aux adultes handicapés (AAH), pension d'invalidité, rente d'incapacité

Code projet : RACAAHPI

Equipe : Sylvain Pichetti, Maude Espagnacq(Irdes)

Période de réalisation : 2018-2022

Données : Système national des données de santé-Datamart de consommation inter régime (SNDS-DCIR) 2016 et SNDS-DCIR 2018-2020

Contexte et objectifs

Pour les bénéficiaires d'une reconnaissance administrative de handicap liée à l'incapacité de travailler, la participation de l'Assurance maladie obligatoire aux dépenses de santé garantit à l'assuré une protection plus ou moins étendue. Au contraire des titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité qui bénéficient d'une prise en charge intégrale de leurs dépenses de santé – dans les limites des tarifs de remboursement de la Sécurité sociale –, les bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) sont considérés comme des assurés de droit commun et ne peuvent compter que sur le dispositif des Affections de longue durée (ALD) – lorsqu'ils y sont éligibles – pour bénéficier d'une prise en charge à 100 % des dépenses de soins en lien avec leur pathologie exonérante, ou sur la Couverture maladie universelle (CMU) ou l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) lorsque leurs conditions de ressources les rendent éligibles à ces dispositifs.

Ce projet se décline en trois volets.

L'objectif de la première étude est d'analyser sur des données de 2016 la variabilité des dépenses et des restes à charge après intervention de l'Assurance maladie obligatoire des bénéficiaires de l'AAH selon qu'ils bénéficient ou non d'une exonération du ticket modérateur (ALD, CMU-C, ACS, pas d'exonération), et de comparer ces données avec les dépenses et les restes à charge des bénéficiaires de pensions d'invalidité et de rentes d'incapacité. Cette première étude permettra également de mesurer le niveau de reste à charge des bénéficiaires de l'AAH avant la généralisation de la Complémentaire santé solidaire (CSS) [active depuis le 1^{er} novembre 2019], dispositif auquel sont théoriquement éligibles tous les bénéficiaires de l'AAH.

Une deuxième étude sera réalisée en 2021 qui évaluera l'impact de la mise en place de la CSS pour les bénéficiaires de l'AAH, qui y sont largement éligibles. Avant la mise en place de ce nouveau dispositif qui fusionne CMU et ACS, seuls 4 bénéficiaires de l'AAH sur 10 recouraient à l'ACS. L'analyse évaluera la variation de reste à charge qui résulte de l'entrée dans le nouveau dispositif, ainsi que l'évolution de la structure de la consommation de soins qui résulte de l'entrée dans le nouveau régime de prise en charge (notamment quelle évolution des postes de soins dentaires et de soins de médecins spécialistes, auxquels recourent moins souvent les bénéficiaires de l'AAH).

Une troisième étude (2022) implique d'étudier les dépenses et restes à charge sur des données du DCIR en panel, collectées sur plusieurs années, afin de voir si les restes à charge endossés en début de période, variables selon les types de reconnaissance administrative, sont susceptibles de peser sur l'accès aux soins des assurés au cours des périodes suivantes.

Méthodologie et phasage du projet

Notre étude est réalisée à partir des données des bénéficiaires de l'Assurance maladie (Datamart de consommation inter régime-DCIR) exhaustives de l'année 2016, qui permet d'identifier les bénéficiaires de pensions d'invalidité ou de rentes d'incapacité ainsi que les bénéficiaires de l'AAH. Outre les consommations de ville, les données permettent d'accéder à l'intégralité des dépenses liées aux hospitalisations, qu'elles se déroulent en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) (Programme de médicalisation des systèmes d'information-PMSI MCO), en soins de suite et de réadaptation (PMSI SSR) ou en établissement psychiatrique (PMSI PSY).

S'agissant des bénéficiaires de l'AAH, plusieurs catégories seront distinguées selon qu'ils peuvent bénéficier d'une couverture intégrale de leur ticket modérateur (lorsqu'ils sont éligibles à la CMU ou à l'ACS), ou d'une couverture à 100 % pour le seul périmètre de leur ALD exonérante, ou encore selon qu'ils sont considérés comme des assurés de droit commun, lorsque ni leur état de santé ni leur niveau de ressources ne leur permettent de prétendre aux deux catégories précédentes.

Les données de l'année 2016 seront mobilisées pour la première partie du projet. Les comparaisons de dépenses et de restes à charge en fonction des motifs de reconnaissance administrative seront réalisées à la fois en niveau et en structure de la consommation.

Pour la seconde partie du projet, nous constituerons un panel de bénéficiaires de chaque reconnaissance administrative de handicap (AAH, pension d'invalidité, rente d'incapacité) suivis sur plusieurs années, et nous collecterons les données relatives à leurs consommations de soins et de restes à charge sur la période étudiée.

Avancement

Un premier article est en cours de finalisation sur les résultats portant sur les données de l'année 2016.

Valorisation

Projets de publications

« Allocation aux adultes handicapés : pathologies et recours aux soins des bénéficiaires en 2017 »

Dorian Verboux, Martine Thomas, Nadine Colinot, Maude Espagnacq, Sylvain Pichetti, Sophie Chevalier, Cécile Landais, Annie Fouard, Christelle Gastaldi-Ménager, Antoine Rachas, en collaboration avec la Cnam, soumis à la revue *Santé Publique* début novembre 2020

Questions d'économie de la santé et article dans une revue à comité de lecture.

Séminaires-colloques scientifiques

Internationaux

EUHEA Conference 2020 (Oslo) "Inequity among Healthcare Out-of-pocket Payments for Disabled People in France", communication retenue dans la session "Equity in Health and Health Care" (Sylvain Pichetti et Maude Espagnacq) mais pas de présentation compte tenu d'une conférence virtuelle resserrée principalement autour de la thématique de la Covid 19, le 9 juillet 2020.

Nationaux

41^{es} Journées des économistes de la santé français (5-6 décembre 2019, Poitiers)

Dépenses de santé et coût de la dépendance des personnes âgées selon différentes catégories de dépendance

Code projet : RACDEPPA

Equipe : Maude Espagnacq, Sylvain Pichetti, Camille Regaert. (Irdes)

Période de réalisation : 2019-2022

Le démarrage du projet est prévu au 2^e semestre 2019

Données : Capacité aide et ressources des seniors (Care), Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram), Handicap Santé ménages (HSM), Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB)

Contexte et objectifs

Le coût de la dépendance est une question étudiée depuis près d'une décennie. Des estimations ont été réalisées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) : en 2010, entre 26 et 34 milliards d'euros ont été dépensés par la nation. Les estimations sont larges selon les critères retenus, et le coût pour l'individu est peu étudié. L'enquête Capacité aide et ressources des seniors (Care) ménages () de 2015 a été appariée aux données du Sniiram et sera appariée aux données des départements et aux revenus sociaux et fiscaux. Elle va donc permettre d'estimer le coût de la dépendance pour la société mais également pour les personnes dépendantes. Ce projet s'inscrit dans la continuité de travaux de l'Irdes, basés sur l'enquête Handicap Santé Ménages (HSM) et l'Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB), qui portent exclusivement sur les restes à charge sanitaires des personnes handicapées.

Ce projet permettra d'estimer le coût sanitaire de la dépendance pour l'Assurance maladie, en distinguant plusieurs approches de la dépendance, et le reste à charge pour le bénéficiaire. Cela permettra d'analyser la variabilité de la dépense et du reste à charge, tant en niveau qu'en structure, selon les différentes catégories de dépendance. Comme dans nos travaux précédents sur les personnes ayant recours à l'aide humaine, les restes à charge extrêmes seront étudiés de façon spécifique.

Dans un second temps, l'enquête Care appariée aux données des Conseils départementaux permettra de compléter à la fois les dépenses de la nation au titre de la dépendance et le coût pour l'individu (le ticket modérateur variant selon les revenus du bénéficiaire) et d'estimer ainsi le reste à charge total du bénéficiaire (au titre du soin et du maintien à domicile). L'avantage de l'enquête Care est qu'elle permet d'estimer ces dépenses y compris pour les personnes qui ne recourent pas aux dispositifs existants pour limiter leur reste à charge. A plus long terme, quand les données de revenus fiscaux et sociaux seront disponibles, une estimation des taux d'effort pourra être réalisée.

Méthodologie

Une première étape de réflexion portera sur la manière d'appréhender la dépendance en confrontant différentes approches (Aggir, Katz, système de mesure de l'autonomie fonctionnelle-Smaf-, recours à des aidants...). Une réflexion sera également menée sur les données de l'Assurance maladie pour identifier les actes potentiellement traceurs de la dépendance (toilette réalisée par une infirmière, actes de surveillance, usage d'aides techniques,...), à l'instar de la réflexion en cours dans le cadre du projet Fish (Faisabilité de l'identification des situations de handicap) sur les personnes de moins de 70 ans à risque de handicap.

Les populations une fois identifiées, nous analyserons les distributions de dépenses et de restes à charge ainsi que leur concentration.

Par ailleurs, nous chercherons à appairer les individus repérés dans la première étape comme dépendants à des individus non dépendants à partir de caractéristiques comparables, afin d'estimer le coût de la dépendance filtré du coût du grand âge.

Avancement :

2019 : Passage au Cerees (avis favorable) : en attente de l'autorisation de la Cnil

2020 : Convention Drees/Irdes accès aux données détaillées

2021 : Analyses

Valorisation

Projets de publications : *Questions d'économie de la santé* et articles à comité de lecture.

Pour plus d'informations

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/personnes-agees/article/les-enquetes-capacites-aides-et-ressources-des-seniors-care>

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux données collectées dans le cadre de cet appariement. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès, de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé directement auprès de la Drees, Il peut être contacté soit par mail : Drees-Care@sante.gouv.fr. Pour toute information concernant l'utilisation de vos données vous pouvez contacter le délégué à la protection personnelle de l'Irdes : dpo@irdes.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Cnil.

Repenser les politiques de reste à charge : approches pluridisciplinaires (projet EQUI-Rac)

Code projet : RACZEROX

Equipe : Damien Bricard (Irdes), Paul Dourgnon (Irdes), Florence Jusot (Université Paris Dauphine-PSL, Leda-Legos, Irdes), Antoine Marsaudon.

Collaborations extérieures : Karine Chevreul (Épidémiologie clinique, évaluation économique appliquées aux populations vulnérables (Eceve), UMR-S 1123) ; Lise Rochaix (Hospinnomics) ; Université Paris Dauphine

Financement : Appel d'offre Institut de recherche en santé publique (Iresp) 2018

Période de réalisation : 2019-2021 Lancement du projet en novembre 2019

Données : Données appariées combinant données médico-administratives Programme médicalisé des systèmes d'information en Médecine, chirurgie, obstétrique (PMSI-MCO), données de facturation et données écologiques Irdes ; enquêtes Budget des Familles et le panel Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe

Contexte

La France est le pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) où la part des restes à charge (Rac) supportés par les usagers dans la dépense totale de santé est en moyenne la plus faible. Pourtant, les taux de renoncements financiers aux soins y sont parmi les plus élevés. La littérature montre clairement que la régulation de la demande de soins à travers la participation financière des assurés, telle qu'elle est organisée dans le système de santé français, ne permet ni un accès aux soins ni une distribution de l'effort financier des assurés équitables. Aujourd'hui, la question des restes à charge revient au cœur des problématiques de politique publique, en particulier dans le cadre de la réforme annoncée de la couverture complémentaire (Rac Zéro), mais aussi de l'orientation du système vers la médecine de parcours. Notre projet entend apporter un complément d'analyse substantiel aux débats actuels sur le Rac à partir d'approches pluridisciplinaires. Il portera une attention particulière aux Rac hospitaliers, dont la distribution sociale reste très peu documentée.

Objectifs et méthode

Trois work packages (WP) portent sur les conséquences économiques des dépenses de santé pour les ménages (WP1), l'effet de la situation sociale sur le niveau des Rac hospitaliers avant et après complémentaire (WP2) et, enfin, sur la construction et l'analyse de scénarios de réforme des Rac (WP3).

- Le WP1, réalisé par l'Irdes, vise à tester l'hypothèse selon laquelle les dépenses de santé ont pour les personnes qui les supportent et leurs ménages, un impact significatif sur leur situation économique et sur les choix économiques non médicaux au niveau du ménage. Il étudiera la distribution sociale des Rac catastrophiques, leurs conséquences économiques sur les décisions de consommation au sein du ménage et, enfin, examinera les conséquences des Rac sur le patrimoine des ménages âgés.
- L'objectif du WP2, réalisé par Eceve, est d'étudier l'impact de la précarité sur le Rac hospitalier après prise en charge des assurances obligatoire et complémentaires des patients hospitalisés en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).
- Le WP3, dont est en charge Hospinnomics, s'attache à l'analyse de scénarios de réforme en combinant simulations et réflexion normative. Il propose une analyse économique

prospective des effets de scénarios de réforme des Rac et, de façon complémentaire, une étude philosophique des fondements des Rac et des axes de réforme.

Méthodes

Les travaux sur le Rac hospitalier proposés s'appuieront sur des données appariées combinant données médico-administratives PMSI – MCO, données de facturation et données écologiques Irdes – Programme de recherche 2020-2022 – Activité 2019 64 Février 2020 socio-économiques.

Les travaux en population générale s'appuieront sur les enquêtes Budget des familles et le panel Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Les méthodes utilisées seront celles de la modélisation statistique et de la micro-simulation. Les approches quantitatives de l'économie et de la santé publique seront complétées par des approches relevant de la philosophie du droit.

Perspectives

Ces travaux permettront d'apporter des éléments essentiels pour la conception de nouvelles politiques sur le Rac et, de plus, apporteront un éclairage unique sur le reste à charge hospitalier. Nous porterons une attention particulière à la diffusion de nos résultats dans la sphère de la décision publique, aux usagers et acteurs du monde de la santé. Ce projet a obtenu un financement de l'Institut de recherche en santé publique (Iresp) à son appel à projets de 2018, volet Services de santé.

Valorisation

- Heinzlief O., Molinier G., Van Hille B., Radoszycki L., Dourgnon P., Longin J. [2020], Economic Burden of the Out-of-Pocket Expenses for People with Multiple Sclerosis in France. *PharmacoEconomics Open*. [On line: 2020/02/12, 1-11](#)

Evaluation des rémunérations collectives pour les organisations de soins pluri-professionnelles de proximité – Projet EOS

Code projet : RAF (ex REA020)

Ancien titre du projet : Evaluation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité

Equipe : Anissa Afrite, Isabelle Bourgeois (Icône médiation santé, Irdes), Matthieu Cassou (CESP, Inserm UMR 1018), Guillaume Chevillard, Fabien Daniel, Cécile Fournier, Carine Franc (CESP, Inserm UMR 1018, Irdes), Christophe Loussouarn (UPEC/Erudite), Julien Mousquès, Frédérique Ruchon (Irdes)

Collaborations extérieures : UPEC/Erudite ; Icône médiation santé ; Inserm UMR 1018

Ce projet fait l'objet d'une convention de partenariat scientifique avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et le CépiDc-Inserm

Evaluation confiée à l'Irdes par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam).

Période de réalisation : 2016-2022

Contexte et objectifs

On assiste depuis plus de quinze ans à une succession de réformes qui visent à restructurer l'offre de soins primaires et qui s'appuient notamment sur le développement de l'exercice regroupé pluriprofessionnel. Un accompagnement et un soutien ont été apportés à ce modèle d'exercice dans le cadre de l'expérimentation de nouvelles modalités de rémunération (ENMR 2010-2014), inscrite dans la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2009. L'inscription dans le droit commun s'est concrétisée par un accord interprofessionnel sur les soins de proximité (ACI) en 2015. Cet accord prévoit des engagements socles et optionnels. Leur mise en œuvre conditionne l'éligibilité de la maison de santé et a un impact direct sur le montant des rémunérations complémentaires perçues, comprenant une part fixe et une part variable. La part fixe dépend du respect des différents engagements de la structure, quels que soient l'importance et le profil de sa patientèle. La part variable dépend de l'atteinte d'objectifs complémentaires ainsi que de la taille et du profil de la patientèle.

C'est dans ce cadre que cette évaluation prend place. Elle permettra de dépasser les limites des évaluations précédentes des ENMR en matière de permanence et reproductibilité des effets et des dimensions couvertes quant à l'estimation de la valeur ajoutée des MSP, mais aussi de tenir compte du nouveau cadre contractuel et des enjeux en matière de généralisation.

Méthodologie et phasage du projet

Notre programme de recherche évaluative tient compte des constats suivants : (1) La nécessité de resituer chaque structure pluriprofessionnelle dans son environnement territorial, dans sa dynamique propre, mais aussi dans les politiques territoriales de santé en lien avec les inégalités sociales d'accès aux soins ; (2) Le caractère non substitutif des nouvelles modalités de rémunération collective et de l'existence d'autres instruments d'incitation, d'accompagnement et de soutien à l'exercice en structure de santé pluriprofessionnelle de proximité ; (3) La pertinence en matière d'évaluation de l'impact à croiser les perspectives (patient, professionnels et société) et les dimensions (qualité et pertinence des soins pour les patients, recours/parcours/dépenses des patients, activité/productivité/revenus des professionnels) ; (4) Les trois catégories de structures de santé pluriprofessionnelles et leur hétérogénéité : celles entrées dans les nouvelles modalités de rémunération collective après avoir participé aux ENMR, celles entrées sans avoir participé aux ENMR, celles n'y participant pas.

C'est pourquoi nous proposons d'adopter un cadre général d'évaluation mixte, associant différentes disciplines académiques au sein de l'Irdes ou en collaboration avec d'autres équipes (géographie, sociologie, santé publique, économie), démarches (exploratoires, qualitatives et quantitatives) et échelles d'analyses (micro et méso). Le matériel des analyses qualitatives repose ainsi sur des données d'entretiens, celui des analyses quantitatives sur les sources de données suivantes : (1) suivi du règlement arbitral (DPROF/Cnamts) et données extraites du SNIR-PS et du Système national des données de santé (SNDS) pour les professionnels exerçant en MSP et leurs patients ; (2) Observatoire des recompositions (DGOS/ATIH) ; (3) Appariement déclarations fiscales, activité et honoraires (Cnamts-DGfip-Drees) 2008-2011-2014 ; (4) Enquêtes *ad hoc* complémentaires planifiées pour 2020 auprès de sites et de professionnels.

Le calendrier des opérations, la mise en œuvre et les résultats intermédiaires et finaux de ce programme de recherche font l'objet de présentations biennuelles dans le cadre du Comité paritaire national (CPN) en charge du suivi de l'ACI.

Les années 2017-2019 ont été consacrées aux :

(1) Analyses géographiques, descriptives et exploratoires, qui ont permis d'une part de proposer une typologie des territoires de vie en matière d'offre/demande/spatialité (Chevillard et Mousquès, 2018), de décrire l'implantation géographique et spatiale des structures selon cette typologie, majoritairement dans les zones ayant des besoins plus importants, et enfin d'en mesurer l'impact en matière d'évolution de l'offre de soins primaires sur les territoires concernés, qui s'avère positif et significatif sur la densité de médecins généralistes (Chevillard *et al.*, 2019)

(2) Analyses qualitatives à partir d'entretiens au niveau « micro » auprès des professionnels d'un échantillon de structures de santé pluriprofessionnelles et au niveau « méso ». Des entretiens auprès des organismes avec lesquels les structures contractualisent ou qui les soutiennent ont permis d'étudier à la fois les dynamiques d'engagement dans le travail pluriprofessionnel et les transformations induites par les nouvelles modalités de rémunération, mais aussi par d'autres dynamiques de soutien territorial ou régional à l'exercice pluriprofessionnel (Fournier *et al.*, 2019).

Les années 2018-2020 ont aussi été consacrées, dans l'attente des données de l'Assurance maladie sur les MSP spécifiquement, à l'analyse de l'impact de l'exercice en MSP sur l'activité et les revenus à partir des données de l'appariement des données d'activité, d'honoraires et de déclarations fiscales (DGfip). Ce travail, qui montre un impact positif et significatif de l'enrôlement de médecins généralistes en MSP sur les revenus qui s'explique notamment par l'augmentation de l'activité en termes de patients vus.

L'année 2019-2020 a été également consacrée, d'une part, à la conception d'une enquête sur la structure, l'organisation et le fonctionnement des MSP (les questionnaires sont prêts et les démarches pour la réalisation des terrains d'enquêtes vont débiter), et, d'autre part, à la finalisation des démarches d'accès aux données auprès de la Cnam.

En parallèle, la conception des indicateurs en lien avec les dimensions d'analyse pour la mesure de l'impact des structures de santé pluriprofessionnelles de proximité et de leurs nouvelles modalités de rémunération collective a été finalisée. Les indicateurs portent sur : l'activité, la productivité et les honoraires/revenus (avec une attention particulière aux généralistes mais des extensions au-delà) ; l'efficacité des pratiques ; les recours et les parcours de soins (ambulatoire, ambulatoire-hôpital), en lien direct avec les thématiques et populations concernées par les protocoles de suivi des patients et les réunions de concertation ; les recours-parcours-dépenses de soins.

Les données de l'Assurance maladie (SNDS) sur les MSP pour la période 2013-2018 ont été réceptionnées en juin 2020. Elles seront complétées par des données sur des échantillons témoins de médecins et pour la fin de l'année en 2020.

Valorisation

Publication Irdes

- Chevillard G., Mousquès J. (2020). « [Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ?](#) ». *Questions d'économie de la santé* n° 247 - Mars 2020
- Chevillard G., Mousquès J. (Irdes). « Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français ». Irdes, DT n° 76. 2019/01

Publications dans des revues à comité de lecture

- Cassou M., Mousquès J., Franc C. (2020). General Practitioners' Income and Activity: The Impact of Multi-professional Group Practice in France. *The European Journal of Health Economics*.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-020-01226-4>
- Fournier C. (2019). « Travailler en équipe en s'ajustant aux politiques : un double défi dans la durée pour les professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles ». *Journal de Gestion et d'Économie de la Santé*, vol 37, n° 1, 72-91.
- Chevillard G., Mousquès J., Lucas-Gabrielli V., Rican S. (2019). “Has the Diffusion of Primary Care Teams in France Improved Attraction and Retention of General Practitioners in Rural Areas?”, *Health Policy*, Online: 08/03. (Catégorie 2 - CNRS) - (Cat. A - HCERES)
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016885101930048X>
- Chevillard G., Mousquès J. (2018). « Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français ». *Cybergeo : European Journal of Geography, Espace, Société, Territoire*. Article 873, en ligne le 21/11.
<https://journals.openedition.org/cybergeo/29737>

Publications dans une revue à comité de rédaction

- Chevillard G. (2018). « Des maisons de santé pluriprofessionnelles. Une réponse parmi d'autres aux « déserts médicaux » in *Prendre soin des urbains* (Dossier), *Revue Urbanisme*, n° 410, 10, 54-54.
<https://www.urbanisme.fr/prendre-soin-des-urbains/dossier-410/201#article1318>
- Bourgeois I., Fournier C. (2020). « Contractualiser avec l'Assurance maladie : un chantier parmi d'autres pour les équipes des maisons de santé pluriprofessionnelles ». *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2020/01-03, 167-193.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-167.htm>

Autres Publications

- Fournier C. (2019). « Exercer en maison de santé, c'est vivre un choc culturel lié à plusieurs déplacements dans sa pratique professionnelle ». In *Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ? Synthèse du séminaire pluridisciplinaire* coordonné par la Chaire santé de Sciences Po en 2018, sous la dir. de Bergeron H. & Moyal A., 07, 21-26.
- Fournier C. (2020). « Travailler en équipe en maison de santé : un questionnement éthique renouvelé ». *La Santé en action*, n° 453, 09, 35-38.
<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/travailler-en-equipe-en-maison-de-sante-un-questionnement-ethique-renouvele>

- Tiffany Lacamoire. « La coordination au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles, une construction fragile », sous la direction de Cécile Fournier et Isabelle Bourgeois, Master 2 de santé publique - Spécialité recherche - Parcours « organisation des soins et systèmes de santé », Université Paris XI (2016-2017)

Séminaire-colloques scientifiques

Internationaux

- *American Association of Geographers (AAG) Annual Meeting*, Washinton, USA, 3-7 avril 2019, “Evaluation of the Impact of Primary Care Team on General Practitioner Density between 2004 and 2017 in France Underserved Areas” », Chevillard G.
- *2019 student-supervisor conference, European Health Economic Association (Eubea)*, 4-6 September 2019 Porto, Portugal, “General Practitioners’ Income and Activity: The Impact of Multi-professional Group Practice in France”, Cassou M.
- *17^e congrès de l’European Society for Health and Medical Sociology (ESHMS): Old Tensions, Emerging Paradoxes in Health Rights, Knowledge and Trust*, Lisbonne, Portugal, 7-8 juin 2018, “The Role of General Practitioners as Institutional Entrepreneurs in Different Types of Innovations in France”, Fournier C.
- *4^e colloque international du Collège international des sciences du territoire (CIST) : Représenter les territoires*, Rouen, 22-23 mars 2018, « Accessibilité aux médecins généralistes en France : les méandres de la construction des zones sous-dotées », Chevillard G., Lucas-Gabrielli V.
- *17th International Medical Geography Symposium (IMGS 2017)*, Angers, 2-7 juillet 2017, “Underserved Areas in France: Effectiveness of Measures to Attract and Retain General Practitioners”, Chevillard G.

Nationaux

- *5^e colloque international du Cist*, Aubervilliers, 18-20 novembre 2020, “Territorial Disparities Evolution of Self-employed Nurses in France: What Is the Impact of Public Policies ?” Duchaine F. (Chevillard G. et Mousquès J. co-auteurs).
- *42^e Journées des économistes de la santé français*, visio-conférence, du 2 au 3 décembre 2020, “GPs’ Medical Activity Patterns and Income: What Are the Impacts of Vertical Integration through Primary Care Teams in the Medium-term?” M. Cassou (J. Mousquès, C. Franc. Co-auteurs).
- *41^e es Journées des économistes de la santé français*, Université de Poitiers, du 4 au 6 décembre 2019, “General Practitioners’ Income and Activity: The Impact of Multiprofessional Group Practice in »rance”, M. Cassou (J. Mousquès, C. Franc. Co-auteurs).
- *8^e Congrès de l’Association française de sociologie (AFS) : Classer, déclasser, reclasser*, Aix en Provence, 27-30 août 2019, « Classer pour soigner ? Pratiques (inter)professionnelles de classement dans le monde de la santé » : introduction à la semi-plénière, Fournier C.
- *8^e Journées nationales nationales de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS)*, Dijon, 29-30 mars 2019, Table ronde « Se projeter dans le pluripro », Bourgeois I., Ateliers : Fournier C., Mousquès J.
- *55^e colloque de l’Association de science régionale de langue française (ASRDLF) : Les acteurs économiques et la régionalisation*, Caen, 4-6 juillet 2018, « Evaluation nationale de l’impact des maisons de santé sur l’évolution de la densité de médecins généralistes libéraux entre 2004 et 2015 », Chevillard G. (Mousquès J. co-auteur).

- Espace populations sociétés (EPS), *Espaces, populations, sociétés... en mouvements*, Lille, 28-29 mars 2018, « Les zones sous-dotées en médecins généralistes libéraux : des territoires à (ré)aménager pour maintenir l'accessibilité aux soins », Chevillard G., Mousquès J.
- *17^e Journées nationales de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS)* : « Avançons ensemble dans la Révolution des soins primaires », Nantes, 9-10 mars 2018 Fournier C. et Mousquès J.
- *6^e Journées nationales de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS)*, Lyon, 17-18 mars 2017, « MSP/CPTS *versus* PCMH/ACO aux Etats-Unis », Mousquès J.

Logiques et acteurs de la rétraction de l'offre hospitalière en France

Code projet : RETROH

Equipe : Sophie Baudet-Michel (UMR 8504 Géographie-cités), Benoit Conti (Ifsttar), Charlene Le Neindre (Irdes), Timothée Giraud, Nicolas Lambert et Ronan Ysebaert (UMS RIATE, CNRS), Hugues Pecout (FR Cist, CNRS)

Collaborations extérieures : Unité mixte de recherche 8504 Géographie-cités (UMR 8504 Géographie-cités) ; Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux (Ifsttar) ; Unité mixte de service Réseau interdisciplinaire pour l'aménagement, l'observation et la cohésion des territoires européens (UMS RIATE, CNRS) ; Fédération de recherche Collège international des sciences territoriales (FR Cist, CNRS)

Période de réalisation : 2017-2021

Contexte et objectifs

L'UMR 8504 Géographie-cités mène le programme de recherche « Rétraction » visant à analyser les enjeux de la rétraction des services et commerces dans les villes petites et moyennes en France à travers une double entrée : d'une part, celle des logiques spatiales, économiques, sociales, politiques, etc. et, d'autre part, celle des acteurs intervenant dans ce processus. La notion de « rétraction », considérée comme une reconfiguration marquée par l'idée de « rétrécissement » ou de « décroissance », est questionnée par ce programme dans la continuité des travaux menés sur les *shrinking cities*. Les enjeux sont scientifiques par le biais de l'émergence du thème de la rétraction des services et commerces dans les recherches françaises en géographie et en aménagement, mais relèvent aussi de l'actualité des réformes territoriales en France.

Ce programme de recherche implique une quinzaine de chercheurs et enseignants-chercheurs de différentes institutions et bénéficie de plusieurs financements (Commissariat général à l'égalité des territoires, Caisse des dépôts et consignation, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, Laboratoire d'excellence « Dynamiques Territoriales et Spatiales »). Il se compose de trois axes de recherche menés en parallèle portant respectivement sur une revue de la littérature sur la revitalisation commerciale des centres-villes, une enquête de terrain dans trois villes moyennes et un travail sur la mesure de la rétraction et son analyse. Ce dernier axe comporte trois volets : le premier sur les commerces, le second sur les services hospitaliers et le troisième sur les tribunaux.

Le volet s'intéressant aux logiques et acteurs de la rétraction de l'offre hospitalière en France fait l'objet d'une convention de collaboration avec l'Irdes. Le mouvement de rationalisation et de redéploiement de la carte des services publics sur le territoire français n'a en effet pas épargné l'offre hospitalière. Ce projet de recherche vise à documenter ce phénomène.

Plus précisément, il s'agit d'étudier l'évolution de la géographie des lits d'hospitalisation pour des soins de courte durée dans le système des villes françaises dans le temps. Ce travail tente ainsi d'éclairer plusieurs questionnements. Comment s'organise dans l'espace urbain français le retrait des lits d'hospitalisation initié dans les années 1970 ? Les villes et les régions, mais aussi les secteurs public et privé et les trois groupes de disciplines de soins de court séjour que sont la médecine, la chirurgie et la gynécologie-obstétrique sont-ils tous affectés, avec la même intensité et au même rythme ? Les évolutions de l'organisation du système urbain (conjuguant des phénomènes de métropolisation et de périurbanisation) se combinent-elles aux évolutions à l'œuvre à l'hôpital (réformes, virage ambulatoire, etc.) pour modifier la répartition interurbaine des capacités de soins de courte durée ? Ainsi, quelles logiques démographiques, de localisation, d'équipement en autres services de soins, etc. permettent d'expliquer ce retrait ? Au final, celui-ci creuse-t-il les inégalités territoriales d'accès aux soins ? Ces premières explorations permettent d'identifier d'autres pistes de recherche à envisager ultérieurement.

Méthodologie

L'évaluation de la rétraction de l'offre hospitalière en France s'appuie notamment sur l'exploitation des données longitudinales de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), enquête menée annuellement par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) auprès de tous les établissements de santé de France recensant, entre autres, les capacités d'accueil par groupe de disciplines d'équipement. Une mise en regard de ce type d'offre de soins avec le recours par les patients à cette offre est envisagée à l'aide des données médico-administratives sur l'hospitalisation (PMSI-MCO). Des indicateurs de rétraction sont élaborés à différents niveaux géographiques afin d'explorer ce phénomène et de tenter d'identifier ses facteurs explicatifs suivant une démarche quantitative.

Avancement du projet

2017-2018 : projet débuté à l'automne 2017 ; revue de littérature ; constitution de la base de données ; analyses quantitatives.

2019-2021 : valorisation des premières analyses sur la MCO et approfondissement du cas spécifique de la chirurgie.

Valorisation

Publications

Conti B., Baudet-Michel S. et Le Neindre C. (2020). « Envisager la rétraction d'un équipement dans le système urbain français : le cas des lits d'hospitalisation en court séjour », *Géographie, Economie, Société*, vol. 22, n° 2020/1, pp. 5-33

Conti B., Baudet-Michel S., Le Neindre C., Guérois M. et Pavard A. (2019). « La rétraction de l'offre de soins hospitaliers dans le système urbain français : une analyse par les lits d'hospitalisation de court séjour », pp. 136-192, in : Baudet-Michel S. (coord.), *La rétraction des services et commerces dans les villes petites et moyennes : modalités et logiques à l'échelle interurbaine*, rapport de recherche pour la Caisse des dépôts et consignation et le Commissariat général à l'égalité des territoires, 208 p.

Séminaires-colloques scientifiques

Internationaux

- 5^e colloque international du Cist « Population, Temps, Territoires », Paris-Aubervilliers, France, 18-20 novembre, « La transformation des équipements hospitaliers se fait-elle au détriment des villes petites et moyennes ? », Baudet-Michel S., Chantal A.-C., Conti B. et Le Neindre C. (2020)
- Séminaire franco-allemand du LabEx Dynamite "Small and Medium Size Cities", Paris, France, 5 juillet 2019, "Shrinking Public Services: Small and Medium Size Cities at Stake", Baudet-Michel S., Chourraqui J., Conti B., Giraud N., Le Neindre C., Toutin G.
- 2018 IGU Urban Commission Annual Meeting: Urban Challenges in a Complex World - Key Factors for Urban Growth and Decline, Montréal, Canada, 12-17 août 2018, « Reconfiguration of Hospital Supply (Establishment and Bed) Since the Early 2000s in France: Are Shrinking Cities More at Stake », Conti B., Baudet-Michel S., Le Neindre C., Guérois M., and Pavard A.
- 55^e colloque de l'Association de science régionale de langue française (ASRDLF) : Les acteurs économiques et la régionalisation, Caen, France, 4-6 juillet 2018, « Rétraction de l'offre de soins dans l'espace urbain français, 2000-2015 : une analyse par l'évolution des lits et les places d'hospitalisation », Conti B., Le Neindre C., Baudet-Michel S. et Guérois M.

- *Annual meeting of Society for the Advancement of Socio-Economics (SASE), mini-conference: State Transformations, Spatial Austerity and the Globalization of Urban Decline: in Search of Alternative Urban Policies*, Kyoto, Japon, 23-25 juin 2018, « Reconfiguration of Hospital's Locations Since the Early 2000s in France: Are Shrinking Cities More at Stake? », Baudet-Michel S., Conti B., Le Neindre C., Guérois M. and Pavard A.

Nationaux

- *Séminaire commun aux Labex futurs urbains et dynamite « Services, collectivités et territoires face à l'austérité »*, Marne-la-Vallée, France, 10 octobre 2019, « La rétraction des services de soins et de justice : mesurer la diminution et la disparition », Baudet-Michel S., Chouraqui J., Conti B., Giraud N., Le Neindre C.
- *Séminaire de restitution de la recherche « Commerces, services de soins et de justice : quels processus de rétraction dans les villes petites et moyennes »*, Paris, France, 8 juillet 2019, « Résultats de la recherche concernant les services de soins hospitaliers et de justice », Baudet-Michel S., Chouraqui J., Conti B., Giraud N., Le Neindre C., Toutin G.
- *Séminaire de l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS) « Politiques publiques et territoires. La fabrique des nouvelles inégalités socio-spatiales »*, Paris, France, 15 avril 2019, « Conséquences de la rétraction de l'offre de soins hospitaliers dans le système urbain français depuis 2000 », Baudet-Michel S., Conti B., Le Neindre C.
- *Séminaire de l'EHESS*, Paris, France, 23 novembre 2018, « La rétraction de l'offre de soins hospitaliers dans le système urbain français depuis 2000 : une analyse par les lits de court séjour », Baudet-Michel S., Conti B. et Le Neindre C.
- Réseau Sociologie politique, Association française de sociologie (AFS), *Journées d'études : Les cartes de l'action publique : réformes, légitimations, conflits*, Paris, 5-6 avril 2018, « Évolution de l'offre hospitalière dans l'espace urbain français : une analyse par le processus de rétraction », Baudet-Michel S., Conti B., Guérois M., Le Neindre C., Pavard A.
- *Séminaire inter-équipes PARIS/CRIA de l'UMR 8504 Géographie-cités*, Paris, France, 16 février 2018, « Logiques de la rétraction de l'offre hospitalière en France depuis 2000 », Baudet-Michel S., Conti B., Le Neindre C., Guérois M. et Pavard A.
- *Séminaire « Rétraction »*, Paris, 10 janvier 2018, « L'évolution de l'offre de soins hospitalière (lits-établissements) depuis 2000 », Conti B., Le Neindre C., Guérois M., Pavard A., Baudet-Michel S.

Séminaire Irdes

- *Mardi de l'Irdes*, 6 février 2018, « Logiques de la rétraction de l'offre hospitalière en France depuis 2000 », Le Neindre C., Conti B., Baudet-Michel S., Fol S., Guérois M., Pavard A. et Quéva C.

Assurance des risques professionnels et tarification à l'expérience

Code projet : RISKPRO

Equipe : Pascale Lengagne (Irdes), Denis Raynaud (Irdes)

Période de réalisation : 2014-2021

Contexte et objectifs

L'assurance des risques professionnels des travailleurs salariés du Régime général est financée par les entreprises sur la base de cotisations modulées selon leurs sinistralités passées (pour les entreprises de plus de 20 salariés). Ce projet s'inscrit dans le cadre des travaux de recherche sur la tarification à l'expérience (*Experience rating*) dans l'assurance des risques professionnels et ses effets incitatifs. A partir de données françaises, nous étudions les effets de cette individualisation sur les arrêts de travail liés à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

Valorisation

Publications Irdes

- Lengagne P. (2018). « Dans les petites entreprises, la tarification à l'expérience contribue à diminuer les accidents du travail ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 231, 03.
- Lengagne P. (2017). « Inciter les entreprises à améliorer la santé au travail ». *Regards* (EN3S), n° 51, 06, 51-61.
- Lengagne P., Afrite A. (2016). « Tarification à l'expérience, incidence des troubles musculo-squelettiques et arrêts de travail ». *Questions d'économie de la santé* n° 215, 02.
- Lengagne P., Afrite A. (2015). « Experience Rating, Incidence of Musculoskeletal Disorders and Related Absences. Results from a Natural Experiment/Tarification à l'expérience, incidence des troubles musculo-squelettiques et arrêts de travail ». Irdes. Document de travail n° 69, 10

Publication dans une revue à comité de lecture

- Lengagne P. (2015). « Experience Rating and Work-related Health and Safety ». *Journal of Labor Research*, 2015, DOI: 10.1007/s12122-015-9216-x

Séminaire-colloques scientifiques

Internationaux

- Association française de science économique (AFSE), *66^e Annual Congress of the French Economic Association*, Nice, 19-21 juin 2017, « Experience Rating and Workplace Safety in Small and Medium-sized Firms ».
- *Workshop Irdes: Health and Labour Policy Evaluation*, 1^{er}-3 février 2017, Paris, « Experience Rating and Work-Related Health in Small and Medium-Sized Firms ».
- *European Association of Labour Economists (EALE) Conference*, September 2016, Ghent (Belgique).
- *Conférence AFSE-DG Trésor : Évaluation des politiques publiques*, Paris, 17 décembre 2015, « Experience Rating, Musculoskeletal Disorders Incidence and Related Absences: Results from a Natural Experiment ».
- *2nd EuHEA PhD Student-Supervisor Conference*, Paris, 2-4 septembre 2015, « Workers Compensation Insurance: Experience Rating, Firms' Practices and Musculoskeletal Disorders ».

- *International Health Economics Association (IHEA 2015) - De Gustibus Disputandum Non Est! Health Economics and Nutrition*, Milan (Italie), 12-15 juillet 2015, “Workers’ Compensation Insurance: Influence of Experience Rating on Firms’ Practices and Musculoskeletal Disorders Incidence”.
- *International Conference Globalization, Working Conditions and Health*, Bordeaux, 25-26 juin 2015, “Workers Compensation Insurance: Experience Rating, Firms’ Practices and Musculoskeletal Disorders”.
- *26th European Association of Labour Economists (EALE) Conference*, 18- 20 September 2014, Ljubljana (Slovénie).

Nationaux

- *37^e Journées des économistes de la santé français (JESF)*, Dijon, 3-4 décembre 2015, « Réforme de l’assurance des risques professionnels en 2012 en France : Quelles avancées pour la santé et sécurité au travail ? ».

Raréfaction de l'Offre de Soins et Adaptation des Médecins généralistes

Code : ROSAM

Equipe : Guillaume Chevillard, Julien Mousquès, Véronique Lucas-Gabrielli

Collaboration extérieure : Bruno Ventelou, AMSE, Université d'Aix Marseille (coordonnateur du projet), Pierre Verger (ORS Paca), Yann Videau (Erudite, Univ Paris-Est-Créteil), Sandrine Juin (Erudite), Christophe Loussouarn (Erudite), Julien Silhol (AMSE), Eva Mitalian (ORS Paca), Anna Zaytseva (AMSE), Alain Paraponaris (AMSE), Stephen Bazén (AMSE).

Financement : Appel à projets Iresp, AAP Général 2018 Recherches sur les services de santé

Période de réalisation : 2019-2022

Données : Dossier CESREES accepté en septembre 2020. Démarche avec la CNAM puis la CNIL en cours, en lien avec la Drees pour l'appariement des données du Panel 4 de médecins généralistes.

Contexte

Selon des projections récentes, l'offre de soins libérale pourrait diminuer de 30 % jusqu'en 2027, étendant ainsi les poches de sous-densité médicale à des portions larges du territoire français. Le projet s'intéresse aux différentes formes d'adaptations que les médecins généralistes de ville mettent en œuvre lorsque, sur leur territoire, ils sont confrontés à la raréfaction de leurs confrères. Une des questions centrales sera d'estimer les risques de « mal-adaptation », pour lesquels la trajectoire d'ajustement choisie par le médecin s'avère socialement sous-optimale, pour lui-même, pour ses patients, et pour la population de sa zone d'exercice. Une autre question importante traitée par la recherche sera d'étudier une forme d'adaptation particulière, promue par les pouvoirs publics : celle du regroupement en maison de santé et notamment sa forme pluri-professionnelle.

Méthodes

La constitution d'un matériel empirique original sera permise par la collaboration entre Aix-Marseille-Sciences Economiques, l'IRDES, l'Observatoire Régional de la Santé PACA et le ministère de la santé (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – DREES). Nous partirons d'une base de données constituées d'enquêtes répétées auprès d'un échantillon représentatif d'un panel de médecins généralistes sur la période 2018-2021 : le 4ème Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale. Ces données nous permettent de caractériser les médecins généralistes relativement à leurs caractéristiques socio-démographiques, leur lieu et mode d'exercice, l'organisation de leur cabinet — et notamment l'exercice en MSP—, leur activité et pratique —notamment à l'occasion de la crise du covid—, ainsi que leurs attitudes et perceptions concernant différents sujets. Nous ajouterons des données appariées à ces médecins, notamment écologiques (repérées sur leur situation géographique), mais aussi sur leur activité ou les caractéristiques de leur patientèle à partir des données de l'Assurance maladie.

La qualification de la raréfaction de l'offre de soins sera abordée de manière transversale à partir des zones définies en 2017 grâce à l'indicateur APL et de manière longitudinale à partir des tendances d'évolution de la densité de médecins généralistes libéraux depuis 2004 et sous forme de typologie dynamique. Ces éléments de contexte viendront enrichir avec d'autres indicateurs géographiques (réseaux, infrastructure locales, etc.) les données disponibles sur les médecins du

panel pour qualifier leur territoire d'exercice, y compris de façon dynamique : quels territoires sont touchés par la raréfaction ? Quelles logiques spatiales ressortent (e.g. rétraction ou concentration de l'offre) ? Quelles sont les différentes dynamiques de raréfaction (brutale, progressive, alternée) et comment se situent elles par rapport aux dynamiques plus larges d'évolution de l'offre médicale ?

Des études des cas de sous-densité médicale seront menées par l'équipe de l'ORS PACA en se focalisant sur leurs associations possibles avec les comportements d'offre de travail des médecins (y compris le choix 'amont' de l'installation), avec des stratégies de réorganisation des cabinets, ou avec des pratiques médicales spécifiques impactant la qualité des soins offerts aux patients (en dépassant les indicateurs de la ROSP).

Nous nous intéresserons ensuite aux dispositifs d'accompagnement, généralement mis en place par les pouvoirs publics. L'enjeu de cette partie sera de proposer des éléments d'appréciation des stratégies d'adaptation, par exemple le regroupement en MSP. Nous recourrons le plus souvent à des analyses économétriques (design quasi expérimental, avec prise en compte des problèmes d'auto-sélection dans les programmes) : modèles de choix imbriqués, modèles de durée.

Etat d'avancement

Un séminaire de lancement a eu lieu en décembre 2019 à Marseille. Des réflexions méthodologiques sur la mesure de la raréfaction de l'offre de soins ont été présentées par l'équipe de l'Irdes.

Été 2020 : rédaction du dossier CESREES pour l'accès aux données de l'Assurance maladie et leur appariement avec le panel 4 des médecins généralistes.

Septembre à Novembre 2020 : Avis favorable du CESREES et préparation du dossier CNIL en collaboration avec l'Assurance maladie.

Valorisation

- Chaput H., Monziols M., Ventelou B., Zaytseva A., Chevillard G., Mousquès J. et al. [2020], « [Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale](#) », *Études et Résultats* (Drees), n°1140, 2020/01

Evaluation des expérimentations télésurveillance médicale – Projet Etapes

Code projet : TELESURV

Equipe : Julien Mousquès, Cécile Fournier, Lucie Michel (Irdes)

Collaborations extérieures : Université de Bordeaux - Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped), Inserm U1219, Equipe EVA-TSN ; Bureau d'étude Article 25

Financement : Ce projet est financé dans le cadre de financements annuels de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la Direction de la Sécurité sociale (DSS)

Période de réalisation : 2017-2022

Données :

Contexte et objectifs

Le déploiement et la diffusion du recours à la télémédecine, pratique médicale à distance utilisant des technologies de l'information et de la télécommunication, sont l'un des objectifs prioritaires du gouvernement dans le cadre de la stratégie nationale de santé. La télémédecine constituerait un important vecteur d'amélioration de l'accès aux soins et d'amélioration de l'efficacité. Cinq types d'actes médicaux relevant de la télémédecine sont identifiés : téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance médicale, téléassistance et régulation médicale. La télésurveillance a plus précisément pour objet de « permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. » (Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine). Elle induit un suivi d'indicateurs cliniques ou biocliniques à distance.

La Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2014 a instauré une expérimentation pour quatre ans de télémédecine dans neuf régions-pilotes : le programme Etapes (Expérimentation de télémédecine pour l'amélioration du parcours en santé). Celui-ci a ensuite été prolongé d'un an et généralisé à toutes les régions par la LFSS pour 2017. En 2018, à la suite de l'entrée dans le droit commun des tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, des téléconsultations et télé expertises et leur sortie du cadre expérimental, le programme Etapes a été prorogé jusqu'en 2022 en raison des particularités de la télésurveillance. Les prestations de télésurveillance Etapes doivent comprendre obligatoirement, sur prescription médicale, l'association : d'une télésurveillance médicale, de la fourniture d'une solution technique déclarée comme dispositif médical, et d'une prestation d'accompagnement thérapeutique. Une rémunération sur une base forfaitaire complétée par une prime de performance est prévue pour le médecin effectuant la télésurveillance, le professionnel de santé effectuant l'accompagnement thérapeutique du patient, ainsi qu'à l'industriel fournissant la solution technique.

Dans le cadre de cette préfiguration, 5 cahiers des charges successifs ont été publiés par arrêtés en 2016 et 2017 et révisés en 2018, afin de déterminer les modalités de mise en œuvre des expérimentations de télémédecine : l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale, l'insuffisance respiratoire, le diabète et les prothèses cardiaques implantables.

Cette recherche propose d'évaluer l'impact des expérimentations de télésurveillance, en collaboration avec l'équipe EVA-TSN de l'Isped, dans le cadre du programme Etapes piloté par la DGOS et la DSS, visant à faciliter le déploiement de la télémédecine sur la période 2017-2022, sous la supervision et la validation de la Haute Autorité de santé (HAS).

Méthodologie et phasage du projet

Le protocole d'évaluation a fait l'objet d'une présentation et d'un avis du collège de la HAS en 2017 et d'une présentation au sein du comité national télémédecine de février 2018. Les spécificités de la télésurveillance telle qu'elle est mise en œuvre en France, les objectifs et enjeux comme les résultats de la littérature scientifique, nous invitent à proposer un programme d'évaluation qui prenne en compte : la diffusion, le déploiement et la mise en œuvre dans la perspective de la qualifier et d'en identifier les barrières et leviers ; les usages des dispositifs par l'ensemble des acteurs et utilisateurs ; l'impact selon différentes dimensions et catégorie d'acteurs. Pour ce faire nous proposons un programme de recherche évaluative s'appuyant sur les trois grands principes suivant : (1) tenir compte des dimensions contextuelles et organisationnelles (macro et méso), i.e. des dispositifs et des environnements dans lesquels ils prennent place ; (2) associer des approches qualitatives et quantitatives de collecte et d'analyse des données ; (3) analyser les impacts selon le point de vue de plusieurs acteurs et parties prenantes.

Notre programme s'articule autour de deux grandes phases et selon six grandes étapes de travail.

Une première phase (2017-2019), dite initiale, a pour objet d'analyser la réalité du déploiement et de la diffusion des expérimentations de télésurveillance, de qualifier la nature des services aux patients ainsi que les conditions de mise en œuvre. Elle permet d'identifier d'éventuels barrières et leviers, mais également la faisabilité des évaluations qualitatives et quantitatives de l'impact qui doivent suivre, cette dernière nécessitant la constitution de contrefactuels adaptés à la diffusion. Cette phase se décompose en 3 étapes : 1) qualifier les dispositifs de télésurveillance par la réalisation des monographies détaillées de chaque dispositif ; 2) qualifier la nature du déploiement au niveau macro et méso par une cartographie de la diffusion sur le territoire et la compréhension des logiques d'acteurs ; 3) analyser le déploiement au niveau micro afin de qualifier le niveau d'activité et d'usage des bénéficiaires et des professionnels utilisateurs. Cette étape nécessite d'avoir accès à des données transmises, d'une part, par les fournisseurs de solutions techniques, et, d'autre part, par la DGOS et l'Assurance maladie. Les résultats intermédiaires de la première phase ont été présentés dans un rapport à destination du parlement en décembre 2019.

Une seconde phase (2020-2022), en cours, a pour objet l'analyse des usages et des impacts de la télésurveillance. Dans un premier temps, nous analysons les attentes, représentations et perceptions des bénéficiaires et des acteurs du dispositif de télésurveillance. Ce travail permet d'identifier et de hiérarchiser les dimensions de résultats les plus importantes, et de clarifier les hypothèses d'imputabilité, de causalité, les canaux de transmission, entre la mise en œuvre des dispositifs et les résultats attendus (étapes 4 et 5). Une synthèse de ce travail sera présentée en décembre 2020.

Dans un second temps, notre objectif sera de mesurer l'ampleur des effets, selon une démarche évaluative avec contrefactuel, et notamment ceux en matière de recours aux soins, parcours et dépense pour l'Assurance maladie (étape 6) en distinguant ce qui relève des actes et prestations de télésurveillance du reste de la dépense.

Valorisation

Séminaire-colloques scientifiques

- *Ateliers de Giens - XXXV^{es} Rencontres nationales de pharmacologie et de recherche clinique, pour l'innovation et l'évaluation des technologies de santé*, Giens, 6-7 octobre 2019, Table ronde : Santé et économie : Télésurveillance et expérimentations Etapes : modèle organisationnel et financement après 2021, Lucie Michel.
- Juliette Vandendriessche. *Expérimentations en télésurveillance médicale - Analyse qualitative de l'usage et de la perception des patients selon différents dispositifs techniques*, Mémoire de recherche, Master 2 Recherche en Santé Publique - Parcours « Organisations et systèmes de santé », septembre 2019, dirigé par Lucie Michel et Julien Mousquès.

- Julien Mousquès, Lucie Michel, Jérôme Wittwer, Emmanuelle Fourneyron. *Evaluation des expérimentations de télésurveillance du programme national Etapes - Rapport intermédiaire à destination du Parlement, décembre 2019*

Impact de la diffusion des unités neurovasculaires (DIFFUNV) sur la qualité et le recours aux soins

Code projet : UNVDIFF

Equipe : Damien Bricard (Irdes), Dédé Sika Kossi (For, Université de Paris Liraes)

Collaboration extérieure : Fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild (For)

Période de réalisation : 2019-2021

Contexte et objectifs

Le plan Accidents vasculaires cérébraux (AVC) [2010-2014] a permis le déploiement des Unités neurovasculaires (UNV) sur le territoire afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Plusieurs études ont montré que ce déploiement s'est accompagné d'une amélioration de l'accès à une prise en charge spécialisée (imagerie et actes salvateurs) ainsi qu'une baisse de la mortalité hospitalière. En revanche, l'impact de la diffusion des UNV sur les parcours de soins à court et moyen termes n'a pas été étudié.

L'objectif de ce projet est de mesurer l'impact de la diffusion des UNV sur des indicateurs de recours et de qualité des soins ainsi que sur les dépenses de santé l'année suivant l'AVC.

Méthodologie

La méthode proposée est en deux étapes. Il s'agit tout d'abord de caractériser les territoires pour lesquels il y a eu, au cours de la période, une amélioration de l'accessibilité aux UNV. L'impact sera ensuite mesuré par comparaison dans le temps à des territoires témoins pour lesquels l'accessibilité aux UNV n'a pas évolué.

Les données mobilisées pour ce projet seront les cohortes des patients hospitalisés pour un primo-AVC entre 2010 et 2014 pour lesquels les données de consommations de soins du Datamart de consommation inter-régime (DCIR) appariées aux quatre PMSI ont été extraites.

Les analyses seront étendues aux données de la cohorte 2017.

Un projet d'appariement à des données cliniques récoltées par la For est en cours de conception.

Travaux préalables

Dans le cadre du projet de thèse de Dédé Sika Kossi et dans le prolongement du projet PASOVAVC, nous reconstruisons les parcours de soins de la première année suivant l'AVC à l'aide d'indicateurs trimestriels (dépenses par poste, réadmission à l'hôpital, décès) afin de mieux comprendre la dynamique d'évolution des dépenses de santé au cours de la période et les déterminants de ces dépenses, en particulier le type de parcours de rééducation et le passage en UNV.

Valorisation

- Dépenses de santé et parcours de soins en ville : l'exemple de l'accident vasculaire cérébral en France. Dédé Sika Kossi, Damien Bricard. *Journée nationale des référents ARS & Animateurs de Filière AVC* – Mercredi 13 Novembre 2019, Issy-les-Moulineaux
- Dépenses de santé et parcours de soins en ville : l'exemple de l'accident vasculaire cérébral en France. Dédé Sika Kossi, Damien Bricard. 41^{es} Journées des économistes de la santé français du 4 au 6 décembre 2019 à Poitiers
- Déterminants des dépenses de santé post-phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral en France. Dédé Sika Kossi, Damien Bricard. Congrès Adelf Emois, 12 et 13 mars 2020 à Paris

Variations des pratiques médicales et analyse de pertinence des soins

Code projet : VARPRTI

Equipe : Zeynep Or

Collaborations extérieures : Les travaux sur la pertinence de soins à l'Irdes bénéficient de l'appui d'un réseau international de chercheurs, de professionnels de santé et de décideurs publics, Wennberg International Collaborative (WIC), animé par l'Université de Dartmouth, pionnière en matière d'étude de la pertinence des soins aux Etats-Unis.

L'Irdes collabore également sur ce sujet avec le groupe de travail « Pertinence des Soins », animé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam).

Période de réalisation : 2015-

Contexte et objectifs

Les études provenant de nombreux pays montrent que les patients qui ont des pathologies similaires sont soignés de façon très différente selon leur lieu d'habitation. Les fortes variations de consommation de soins pour certains actes ou certaines hospitalisations, entre régions et entre territoires, ne peuvent être expliquées en totalité par les seules caractéristiques de la population (âge et sexe) ou par des facteurs de risques épidémiologiques connus. Or, ces variations de pratiques médicales posent un problème thérapeutique et économique lorsqu'elles ne sont pas justifiées par le besoin des patients. Elles soulèvent la question de la qualité des soins consommés, de l'équité d'accès aux soins et de l'efficacité dans l'allocation de ressources limitées.

Afin de réduire ces variations de pratiques, les travaux délivrés visant à améliorer la pertinence des soins sont essentiels. Ils contribueront pleinement à assurer la qualité des pratiques médicales.

Cet axe de recherche vise à animer la réflexion autour de la pertinence des soins en France, à la fois par des études ciblées sur des variations de pratiques dans certains domaines (par exemple, en chirurgie de cancer du sein) et par des travaux méthodologiques sur la mesure des variations, leurs déterminants et leurs conséquences économiques.

En 2019, Zeynep Or a organisé une session invitée dans la conférence annuelle de recherche de WIC avec l'objectif d'alimenter la réflexion sur les méthodes d'analyse des conséquences économiques des variations de pratiques médicales.

Valorisation

Publications

- Le Bail M. (DGOS), Or Z. (Irdes), Dirs. (2016) [Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à dix interventions chirurgicales](#), p. 45-48
- Or Z., LeBail M. (2015), Pour un atlas des variations de pratiques en France, [Actualité et Dossier en Santé Publique, n° 92 septembre 2015](#)
- Or Z (Dir) (2015), Équipe scientifique : Bourgueil Y., Combes J.-B., Lecomte C., Le Guen N., Le Neindre C., Penneau A., [Atlas des territoires pilotes Paerpa. Situation 2012](#), Ouvrage Irdes n° 1, 2015/06, 126 pages.

Séminaires-colloques scientifiques internationaux

- *Wennberg International Collaborative Fall Meeting 2019*, Oxford (GB), 2-4 octobre 2019 :
 - « The Economics of Medical Practice Variations », Grytten J., Or Z.

- « The Impact of Variations in Orthopedic Surgery Practices on Health Care Costs and Care Pathways », Mallejac N.

 - *Pourquoi et comment réduire les variations de pratiques médicales ? Des pistes pour améliorer la pertinence des soins*, Séminaire international organisé par l'Irdes (Zeynep Or), en partenariat avec Hospinnomics (Lise Rochaix), Paris, Hôtel Scipion, le 5 septembre 2018
 - Wennberg International Collaborative Research Conference, Oxford (GB), 11-13 septembre 2017, « A Multilevel Analysis of the Determinants of Emergency Care Visits by the Elderly » Or Z, Penneau A.
 - Wennberg International Collaborative Research Conference, Oxford (GB), 12-14 septembre 2016, « Influence of Institutional Design of Health Systems on Practice Variation: Reflections from a Comparison of Germany and France », Or Z., Von Stillfried D.
- Wennberg International Collaborative Spring Policy Meeting, Pisa, Scuola Superiore Sant'Anna, 14-15 avril 2016 « Avoidable Variations in Elderly Healthcare the French Experience », Or Z.

Etude des inégalités spatiales d'accès aux médecins spécialistes et construction de zonages pour quelques spécialités

Code projet : ZONAGSPE

Equipe : Véronique Lucas-Gabrielli, Laure Com-Ruelle, Fanny Duchaine, Abdoulaye Gueye, Christophe Gousset (Irdes)

Collaboration extérieure : Catherine Mangeney, Observatoire régional de la santé d'Ilede France (ORS IdF)

Financement : Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam)

Période de réalisation : 2019-2021

Données : Dossier CESREES accepté en novembre 2019, accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) reçu en juin 2020, démarche avec la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) en cours.

Contexte et objectifs

L'un des enjeux majeurs des politiques de santé des pays développés consiste à garantir à la population l'accessibilité aux soins sur l'ensemble de leur territoire dans le respect des conditions de qualité et de sécurité. La France, comme de nombreux pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), est confrontée à des problèmes de raréfaction et de répartition inégale de la ressource humaine en santé. Même si la densité médicale moyenne en France est aujourd'hui équivalente à celle de l'ensemble des pays de l'OCDE, les projections de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) prévoient une baisse de la densité médicale jusqu'en 2025. Celle-ci concernerait plus particulièrement l'offre de soins en médecine libérale et surtout les médecins généralistes (Bachelet *et al.* 2017). A cette baisse des densités médicales s'ajoutent de fortes disparités géographiques entre et au sein des régions françaises. Les pouvoirs publics tentent de les réduire en déployant un certain nombre de mesures pour inciter les professionnels de santé à exercer dans des zones identifiées comme insuffisamment dotées en offre de soin. L'identification de ces zones est un enjeu majeur et une gageure car le plus grand obstacle à l'utilisation du concept d'accessibilité réside dans la difficulté de le traduire sous forme d'indicateurs opérationnels.

Aujourd'hui, pour mesurer l'accessibilité spatiale aux soins, la méthode du « Two-step floating catchment area » (2SFCA) ou ses dérivées fait l'objet d'une convergence d'intérêt dans la littérature géographique internationale et nationale. Déclinée par la Drees et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) pour la construction d'un indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) au niveau communal et appliquée aux médecins généralistes libéraux, cette méthodologie a servi de socle, en 2017, au cadre réglementaire permettant la définition, par les Agences régionales de santé (ARS), des zonages déficitaires en médecins généralistes. En complément de ce cadrage national, des possibilités de dérogation ont été introduites par décret pour quatre ARS afin de tenir compte de spécificités locales non prises en compte dans l'indicateur national.

En tirant les leçons du dispositif mis en place pour les médecins généralistes, des travaux de diagnostic des inégalités spatiales d'accès aux médecins spécialistes libéraux sont conduits. Ils sont centrés sur un nombre restreint de spécialités (ophtalmologie, cardiologie et dermatologie) pour lesquelles les enjeux en termes de répartition territoriale et de dynamique démographique sont particulièrement importants sur le champ de la médecine spécialisée « de ville ». L'objectif est aussi de dessiner les contours d'une méthodologie générique, permettant une déclinaison de cet exercice dans un cadre reproductible ou à tout le moins adaptable à d'autres spécialités médicales. A charge ensuite à un groupe de travail plus institutionnel d'en faire une lecture « politique publique » afin

de dégager des normes permettant de positionner le curseur des zones où l'accessibilité à l'offre sera jugée insuffisante et nécessitera une action correctrice des pouvoirs publics.

Avancée du projet :

Remise d'un rapport intermédiaire au Hcaam en juillet 2020.

PROJETS TERMINES EN COURS DE VALORISATION

Mesure des niveaux d'accessibilité aux soins en Ile-de-France

Code projet : ACCESIDF (ex REA121)

Equipe : Véronique Lucas-Gabrielli (Irdes)

Collaborations extérieures : Catherine Mangeney (Observatoire régional de santé d'Ile-de-France) ; Caisse primaire d'assurance maladie du Val-d'Oise

Projet terminé, en cours de valorisation

Contexte et objectifs

L'un des enjeux majeurs des politiques de santé des pays développés consiste à garantir à la population une égale accessibilité aux soins sur leur territoire. La France, comme de nombreux pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), est confrontée à des problèmes de raréfaction et de répartition inégale de la ressource humaine en santé. L'identification de ces inégalités pose la question de leur objectivation par des mesures d'accessibilité spatiale permettant de qualifier la situation des territoires.

La méthode du « Two-step floating catchment area » (2SFCA) fait l'objet d'une convergence d'intérêt dans la littérature géographique internationale et s'est imposée dans le paysage institutionnel français puisque son adaptation (Accessibilité potentielle localisée (APL)) au contexte français sert de socle à la définition des zonages déficitaires en médecins généralistes institués en 2017-2018 dans l'ensemble des régions françaises.

Au niveau international, les derniers travaux de recherche questionnent les différentes dimensions de l'accessibilité pour en perfectionner les concepts (notamment Delamater, 2013 ; Mao et Nekorchuk, 2013 ; Luo, 2014 ; Langford et al., 2016). Ces progrès ainsi que la mise à disposition en France de nouvelles bases de données volumineuses (« big data ») permettent d'envisager de nouveaux développements.

Nous proposons ici différentes pistes d'amélioration de l'indicateur APL en nous concentrant sur l'Ile-de-France. Elles sont explorées sur la base de scénarios permettant de mesurer la sensibilité des résultats aux nouvelles hypothèses testées : une échelle géographique d'observation plus fine, la prise en compte de la dimension sociale dans la mesure des besoins de soins, l'intégration des pratiques de mobilité différenciées en fonction des types d'espace et une nouvelle approche des interactions spatiales entre l'offre et la demande.

Il en ressort que le changement de l'échelle d'observation tend à diminuer globalement les niveaux médians d'accessibilité tout en mettant en évidence des disparités infra-communales notables. D'autre part, les hypothèses de quantification de l'offre et de besoins de soins, de même que les pratiques de mobilité, impactent très sensiblement les résultats et ce, de manière différenciée selon les départements et selon les territoires. L'innovation méthodologique consistant à tenir compte du fonctionnement régional systémique (la probabilité de recours aux médecins dépend à la fois de sa proximité et de sa disponibilité, cette dernière étant dépendante – par effet de chaîne – du nombre de patients qui potentiellement pourraient y avoir recours, etc.) est celle qui modifie le plus les résultats.

Méthodologie

La méthodologie proposée a pu être mise en œuvre grâce à la mobilisation (accord Cnil) de données de différents partenaires : la caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam, activité médicale), la Caisse primaire d'assurance maladie Cnam du Val-d'Oise (flux réels de consommation de soins), l'Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Ile-de-France (IAU ÎdF) et IDF Mobilités (matrices de distances-temps à pied en transport en commun), l'Agence de la

biomédecine en collaboration avec l'Irdes (matrices en voiture particulière (cf. fiche-projet DROMA).

Valorisation

Publications Irdes

- Lucas-Gabrielli V. (Irdes), Mangeney C. (ORS Île-de-France) [2020]. « [Comment enrichir la mesure des inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins généralistes ? Illustration en Ile-de-France](#) ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 246, janvier.
- Lucas-Gabrielli V. (Irdes), Mangeney C. (ORS Île-de-France) [2019]. « [L'accessibilité aux médecins généralistes en Île-de-France : méthodologie de mesures des inégalités infra-communales](#). Irdes, Document de travail n° 80, Juillet, publié également sous forme de rapport de l'ORS Île-de-France.

Publication dans une revue à comité de lecture

- Lucas-Gabrielli V., Mangeney C. (2019). « Comment améliorer les mesures d'accessibilité aux soins pour mieux cibler les zones sous-denses ? ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, On line 11/01/2019, 1-8.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762018314834>

Autre revue

- Lucas-Gabrielli V., Mangeney C. (2014). « Quelle mesure de l'accessibilité spatiale aux soins ? » *Les Cahiers de l'IAU Ile-de-France*, « Territoires, incubateurs de santé ? », n° 170-171, 2014/09, 92-93.
- Mangeney C., Lucas-Gabrielli V. (2020). *Proposition(s) pour mesurer l'accessibilité aux soins de premier recours*, in Bariol-Mathais B. (Dir.), Paris : Gallimard, Collection : Points Fnau - Alternative n° 11, 2020/05, Gallimard.
- Article en cours, revue visée Cybergéo

Séminaires-colloques scientifiques

Internationaux

- *21st ECTQG - European Colloquium on Theoretical and Quantitative Geography*, Mondorf les Bains (Luxembourg), 5-9 septembre 2019, Lucas-Gabrielli V. Mangeney C.
- *4^e colloque international du Collège international des sciences du territoire (CIST) : Représenter les territoires*, Rouen, 22-23 mars 2018, « Les enjeux des mesures d'accessibilité spatiale pour cibler les territoires déficitaires en offre de soins », Lucas-Gabrielli V., Mangeney C.
- *17th International Medical Geography Symposium (IMGS 2017)*, Angers, 2-7 juillet 2017, « How to measure infra-communal accessibility to primary care in France? The case of Paris area », Le Neindre C., Lucas-Gabrielli V.

Nationaux

14^e séminaire annuel de l'observation urbaine : L'accès aux services et aux équipements : des méthodes pour observer et décider, Paris, 21 novembre 2016, « L'accessibilité infra communale à l'offre de soins de proximité », Lucas-Gabrielli V., Mangeney C.

Évaluer l'impact de la coopération entre médecin généraliste et infirmière dans le cadre de l'expérimentation Asalée (Action de santé libérale en équipe) - Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation (Projet DAPHNEE)

Code projet : ASALEE (ex REA004)

Equipe : Anissa Afrite, Fabien Daniel, Cécile Fournier, Julie Gilles de La Londe (DMG-Paris Diderot), Christophe Loussouarn (Erudite, UPEC), Julien Mousquès, Isabelle Bourgeois (Icône médiation santé, Irdes), Carine Franc (CESP-Inserm, Irdes)

Collaborations extérieures : Icône médiation santé ; Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (Cesp), Inserm UMR 1018 ; Département de médecine générale, Faculté de médecine de l'Université Paris-Diderot,

Période de réalisation : 2013-2020

Evaluation confiée à l'Irdes par la Direction de la sécurité sociale (DSS) du ministère de la Santé et la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam).

Contexte et objectifs

Le contexte actuel de la délivrance des soins et services de santé est caractérisé par le besoin d'améliorer la qualité des prises en charge en soins primaires à travers de nouveaux services, en particulier préventifs et éducatifs, qui doivent permettre de lier *cure* et *care* et d'articuler approches individuelles et populationnelles. Cela nécessite le développement d'offres collaboratives pluri- ou inter-professionnelles, facilement accessibles aux patients, pour lesquelles une délégation de tâches entre les médecins et les autres professionnels, notamment entre médecins généralistes et infirmières, apparaît intéressante. Dans le même temps, les dynamiques relatives à l'évolution à la baisse de l'offre de travail des médecins généralistes constituent une pression évidente à l'émergence de ces collaborations.

C'est dans ce contexte que s'est développée l'expérimentation Asalée, d'abord à un niveau local entre 2004 et 2008 (départemental puis régional), puis avec le soutien de la DSS à partir de 2008, avec une extension à plusieurs régions à partir de 2008 et au niveau national à partir de 2012. Asalée est une expérimentation de coopération entre médecins généralistes (MG) et infirmières (IDE) qui porte sur deux actes de dépistages (troubles cognitifs et broncho-pneumopathie chronique obstructive du patient tabagique), deux suivis de pathologies chroniques (diabète et risque cardiovasculaire) et la prescription/réalisation d'actes dérogatoires (électrocardiogramme, spirométrie, examen du pied - monofilament). Le financement des actions d'Asalée relève aujourd'hui du collège des financeurs. On recensait dans Asalée, au 31 juillet 2015, 835 généralistes (MG) et 237 infirmières (IDE).

Méthodologie et phasage du projet

L'évaluation d'Asalée s'inscrit dans un programme de recherches mixtes associant des démarches qualitatives et quantitatives. Le programme vise, d'une part, à analyser les modalités concrètes de mise en œuvre ou implémentation du dispositif Asalée, i.e. son fonctionnement, les services rendus et la manière dont il est investi et vécu par les acteurs qui y participent, son organisation et, d'autre part, à évaluer son impact sur différentes dimensions relatives à l'efficacité (productive et allocative) et la qualité des soins et services rendus et, enfin, à contribuer à préciser l'opportunité et les conditions d'une pérennisation et/ou généralisation de ce dispositif dans un environnement législatif en santé en évolution (infirmières de pratique avancée, assistants médicaux).

Les impacts sont mesurés relativement à la situation initiale (avant la mise en œuvre d'Asalée) et comparativement à un contrefactuel (l'exercice traditionnel en médecine générale i.e. sans Asalée), à terme sur la période 2010-2017. Ceci, tout en sachant que le dispositif Asalée associe 1) la

substitution d'une partie de l'activité des médecins généralistes vers les infirmier(ère)s en termes de dépistage des cancers et d'actes dérogatoires correspondant à quatre protocoles, et 2) la complémentarité entre le travail du médecin et celui de l'infirmière en matière d'éducation thérapeutique.

Une pré-étape qualitative, réalisée en 2014-2015, a d'abord permis l'étude de la figure de « l'infirmière », notamment au travers de l'analyse de la formation, ainsi qu'une première analyse de la mise en place du dispositif Asalée.

La première phase qualitative a permis d'analyser le déploiement d'Asalée et de réaliser et tester (notamment à partir de focus groupes) auprès des MG et des IDE le questionnaire utilisé dans la phase descriptive et exploratoire. Cette dernière a permis de décrire de façon fine la mise en œuvre et le fonctionnement d'Asalée et de synthétiser, au travers d'une première typologie en 4 classes, les différentes appropriations du cadre par les professionnels, ainsi que l'intensité de la coopération selon les paires de MG-IDE.

La seconde phase qualitative, qui s'est poursuivie jusqu'en novembre 2016, est constituée par des entretiens, des observations et des réunions de restitution pour analyser, d'une part, au niveau macro, la gouvernance interne d'Asalée et son insertion dans le système de santé et, d'autre part au niveau micro, les dispositifs locaux des paires de MG-IDE dans leur environnement.

L'analyse quantitative, qui a débuté au second semestre 2015, se poursuit jusqu'à fin 2020. L'objectif consiste à estimer l'impact causal d'Asalée. Elle s'appuie sur une démarche quasi-expérimentale comparant des cas Asalée (MG-IDE et patients) à des témoins (MG et patients) constitués par appariement exact, avant et après l'entrée des MG-patients dans Asalée, à partir des données de l'Assurance maladie et du programme Asalée, sur la période 2010-2017. Les analyses à partir de données de panel sont réalisées à différents niveaux (file active, patientèle ou patients inclus dans les protocoles, généralistes, régulateur), et selon différentes perspectives d'impact : temps de travail, activité et productivité des généralistes, recours et dépenses de soins des patients, qualité des soins et services rendus (indicateurs de processus et de résultats), notamment pour les patients diabétiques.

Les analyses et valorisations concernant l'impact sur l'activité sont finalisées. Celles sur l'impact en termes de recours et de parcours de soins, de qualité et de pertinence des soins pour les patients diabétiques sont en cours de finalisation pour la fin de l'année 2020 et le premier trimestre 2021.

Résultats

Les analyses qualitatives, descriptives et exploratoires, mettent en évidence que le dispositif Asalée constitue à plusieurs titres une innovation organisationnelle. Pour autant, il apparaît également que la mise en œuvre du dispositif Asalée demande du temps et ne s'opère pas de façon homogène entre les binômes de médecin généralistes et d'infirmières. Aussi ne semble-t-il pas possible d'identifier précisément l'effet propre des changements organisationnels et structurels mis en œuvre de ceux relevant des incitations économiques constituées par le financement plafonné d'ETP infirmiers (formation et salaire), de frais de structure et de paiement à la coordination des médecins généralistes.

Les analyses de l'impact du dispositif Asalée tiennent donc compte, à la fois du contexte de l'implantation socio-éco-démographique des cabinets expérimentant le dispositif, mais aussi de la variabilité de la mise en œuvre du point de vue organisationnel et structurel selon les binômes. Elles mettent en évidence que les MG Asalée, sans modifier profondément le nombre de jours travaillés, ont probablement délégué une partie de leur activité aux infirmières consécutivement à leur entrée dans l'expérimentation. Cela a probablement permis d'économiser un peu de temps au cours d'une journée de travail, qui se traduit par une augmentation de la réponse à la demande de patients occasionnels (file active) et/ou de patients inscrits médecin traitant.

La qualité des soins pour les diabétiques s'améliore de façon importante et significative. L'analyse des gains en termes de recours ambulatoires ou à l'hôpital sont en cours de finalisation.

Valorisation

Publications dans des revues à comité de lecture

- Mousquès J., Gilles de La Londe J. "How do type 2 diabetic patients benefit of quality of care from GPs-Nurses team working? A Case-control design and difference-in-differences estimation based on a French experiment". Soumission en cours, *BMJ*
- Loussouarn C., Franc C. Videau Y., Mousquès J. "Can General Practitioners be more Productive? The Impact of Teamwork and Cooperation with Nurses on GPs' Activity, Health Economics", accepté avec révision mineure, à paraître
- Loussouarn C., Franc C. Videau Y., Mousquès J. (2019). « Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins ». *Revue d'économie politique* vol. 129, n° 4, 489-524, 2019/07-08

Publications Irdes

Questions d'économie de la santé

- Loussouarn C. (Erudite, Upec, Irdes), Franc C. (CESP, Inserm UMR 1018, Irdes), Videau Y. (Erudite, Upec), Mousquès J. (Irdes) [2019]. « [La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? L'impact du dispositif Asalée](#) ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 241, 04
- Afrite A. (Irdes), Franc C. (CESP, Inserm UMR 1018, Irdes) et Mousquès J. (Irdes) [2019]. « [Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes](#) ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 239, 02
- Fournier C. (Irdes), Bourgeois I. (Icône Médiation Santé, Irdes), Naiditch M. (Irdes) [2018]. « [Action de santé libérale en équipe \(Asalée\) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires](#) ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 232, 04

Documents de travail

- Loussouarn C., Franc C., Videau Y., Mousquès J. (2019). « [Coopérer pour travailler plus : évaluation de l'expérimentation d'infirmière de pratique avancée Asalée sur l'activité du médecin généraliste](#) ». Irdes, Document de travail n° 77, avril

Soumis à *Revue économie politique*, accepté avec révision.

Publications dans une revue à comité de rédaction

- Fournier C., Mousquès J. (2019). « Construction et impact d'une coopération entre médecins généralistes et infirmières : le dispositif Asalée ». In « Soins de proximité : quels organisations ? (Dossier) », *ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique)*, n° 107, 2019/06, 31-33.

Autres publications

- Gilles de la Londe J. « Etude de l'impact du dispositif Asalée sur la qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 », sous la direction de Mousquès J, Master 2 de santé publique - Spécialité recherche - Parcours « organisation des soins et systèmes de santé », Université Paris XI (2015-2016)
- Menini T., « Evaluation de l'expérimentation de coopération entre médecin généralistes et infirmières Asalée : analyse de la perception des médecins généralistes des apports pour leurs

pratiques », Master 2 de santé publique - Spécialité recherche - Parcours « organisation des soins et systèmes de santé », Université Paris XI (2014-2015)

- Evaluation Asalée : Evaluation de l'expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières Asalée - Rapport intermédiaire - Novembre 2015
- Evaluation Asalée : Daphnee - Evaluation de l'expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières Asalée -Protocole d'évaluation et de recherche – Juillet 2015
- Simondon A., « L'infirmière « déléguée à la santé publique Asalée » : analyse de la figure infirmière construite au sein d'une organisation innovante en soins primaires », Master 2 de santé publique - Spécialité recherche - Parcours « organisation des soins et systèmes de santé », Université Paris XI (2013-2014)

Séminaires- colloques scientifiques

Internationaux

- *2019 student-supervisor conference, European Health Economic Association (Eubea), 4-6 September 2019 Porto, Portugal*, « General Practitioner in Asalee are they more technically efficient: the context of the experimentation of nurse cooperation », Loussouarn C.
- International Health Economics Association (IHEA), *Basel 2019 Congress: New Heights in Health Economics*, Bâle, Suisse, 13-17 juillet 2019, « How Productive and Allocative Efficiency in General Practice Could Be Improved by Cooperation with Nurses: Learnings from a Mixed-Method Design to Evaluate a Teamwork Pilot in France », Mousquès J.
- *5th EuHEA PhD Student-Supervisor and Early Career Researcher Conference*, Catania (Italie), 5-7 septembre 2018, « Cooperate more to work more: how does cooperation with a nurse impact general practitioner's activity? », Loussouarn C.
- *EUHEA Conference 2018: Shaping the Future: The Role of Health Economics, Session Efficiency in Healthcare Access*, Maastricht University, Pays-Bas, 11-14 juillet 2018 :
 - « The impact of team working between GPs and nurses on GPs' productive efficiency - Evidence from a pilot in France », Loussouarn C. (co-auteurs : Franc C., Mousquès J., Videau Y.)
 - « How do type 2 diabetic patients benefit from GPs-Nurses team working ? Evidence from a natural experiment in General Practice in France », Mousquès J.
- *85^{ème} congrès de l'European General Practice Research Network (EGPRN)*, Dublin-Irlande, 19-22 Octobre 2017, « The Daphnee project (Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation): focus on the quality of care delivered to diabetic patients », Julie Gilles de La Londe, Julien Mousquès
- *Congrès de l'International Health Economics Association (IHEA) in Boston Congress 2017* « Revolutions in the Economics of Health Systems », Boston (USA), 8-11 juillet 2017, « The impact of team working between GPs and Nurses on quality of care and services delivered for chronic patients - Evidence from a natural experiment in General Practitioner Practice in France », Afrite A.
- *International Health Economics Association Congress (IHEA 2015)*, Milan (Italie), 12-15 juillet 2015, « Evaluation of the Impact on Efficiency and Care Quality of a French Natural Experiment of Team Work between Nurses and General Practitioners in Primary Care », Mousquès J.

Nationaux

- *Mardi de l'Irdes*, Paris 4 juin 2019, General Practitioners' income and activity: the impact of Multi-professional Group Practice in France. Cassou M. (CESP, Inserm), Mousquès J. (Irdes, CESP), Franc C. (CESP-Inserm UMR 1018, Irdes)
- *3^e Journée doctorale du LIRAES*, Paris, Université Paris Descartes, 22 mars 2019 « Efficiency analysis and its determinants in the context of the experimentation of the general practitioner-nurse cooperation », Loussouarn C. (doctorant Erudite, Université Paris-Est Créteil) ; co-auteurs : Mousquès J. (Irdes), Pelissier A. (LEDi), Videau Y. (Erudite, Upec)
- Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris (Cresppa) *Santé, Inégalités sociales et rapports de domination*. Paris, 3 février 2019, « Introduire des infirmières dans l'organisation des parcours de soins pour réduire les inégalités de prise en charge ? Croisement de deux recherches en soins primaires et en chirurgie orthopédique », Fournier C.
- *40^e Journées des Économistes de la Santé Français (JESF)*, Paris, 6-7 décembre 2018 :
 - « Impact de la coopération entre médecins et infirmiers sur le recours aux soins et la consommation des patients », Afrite A., Mousquès J., Franc C.
 - « Analyse de l'efficacité et de ses déterminants dans le cadre de l'expérimentation de la coopération médecin généraliste-infirmier », Loussouarn C., Mousquès J., Pelissier A., Videau Y.
- *39^{èmes} Journées des économistes de la santé français (JESF)*, Marseille, 30 novembre-1er décembre 2017 « The impact of team working between GPs and nurses on GPs' productive efficiency and income - Evidence from a natural experiment in general practice in France », Mousquès J., Loussouarn C., Afrite A., Videau Y., Franc C.
- *7^e congrès de l'Association française de sociologie, Sociologie des pouvoirs, pouvoirs de la sociologie*, Amiens, 3-6 juillet 2017, « Dans Asalée, le patron, c'est le patient ! Quand le pouvoir du patient dépend du pouvoir de l'infirmière dans la relation patient-infirmière-médecin », Fournier C.
- Université de Rouen, *Décloisonner le suivi et le soin des personnes en situation de handicap et/ou atteintes de pathologies chroniques : les parcours de vie coordonnés*, Rouen, 12-13 juin 2017, « Dans le dispositif Asalée, le patient, c'est le patron : les recompositions des coopérations à l'œuvre entre patient diabétique, infirmière de santé publique et médecin généraliste », Fournier C.
- *Journées des économistes de la santé français (JESF)*, Lyon, 1-2 décembre 2016, « Impact de l'exercice pluriprofessionnel sur la composition du temps de travail des infirmières impliquées dans un protocole de coopération entre médecins généralistes et infirmières », Franc C., Afrite A., Mousquès J.

Séminaires Irdes

- *Mardis de l'Irdes*, 12 septembre 2017, « Impact du dispositif de coopération médecin-infirmier Asalée sur la qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 », Mousquès J. (Irdes), Gilles de La Londe J. (Département de MG, Université Paris 7)
- Séminaire de recherche du conseil scientifique du 30 mai 2017
 - « Impact de la coopération médecins généralistes/infirmières dans l'expérimentation Asalée sur l'efficacité productive des médecins généralistes »
Auteurs : Julien Mousquès, Carine Franc, Anissa Afrite, Christophe Loussouarn, Yann Videau
Discussion : Agnès Couffinhal

- « Asalée, un dispositif pour permettre au patient d'être « actif » au sein d'une « équipe » médecin infirmière en soins primaires : vers un changement de paradigme soignant ? »

Auteurs : Cécile Fournier, Isabelle Bourgeois, Michel Naiditch

Discussion : Daniel Benamouzig et Pierre Lombrail

Évolution des comportements à risque des adultes jeunes

Code projet : ECORIAJ (ex REA229)

Equipe : Laure Com-Ruelle, Jonas Poucineau (Irdes)

Période de réalisation : 2017-2019

Données

Les données mobilisées sont issues de l'enquête Santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes, opus 2014, intégrant l'Enquête santé européenne (EHIS). Elles proviennent de différents questionnaires renseignant les caractéristiques sociodémographiques et de santé. L'appariement de cette enquête au Système national des données de santé (SNDS : (DCIR et PMSI) fournit les informations de consommation médicale.

Cette recherche est intégrée au sein d'une réflexion pluridisciplinaire menée autour de l'alcoolisation des jeunes adultes qui devrait aboutir à un ouvrage commun ayant pour but d'analyser les comportements des jeunes adultes et leur évolution - population peu étudiée qui, pourtant, est désormais celle chez qui survient la transition des comportements de l'adolescence vers l'âge adulte. Des analyses diverses seront menées à partir de méthodes tant quantitatives que qualitatives dans le but de comprendre les modes de consommation d'alcool principalement, de proposer des axes de réflexion en matière de prévention, de considérer les actions menées et leur généralisation possible.

L'Irdes propose un apport à partir des données d'ESPS (ESPS 2002 et ESPS/EHIS 2014) permettant d'observer la consommation d'alcool et de tabac de cette tranche de population, d'en suivre l'évolution de 2002 à 2014 et d'en analyser les déterminants.

Contexte et objectifs

Les conditions de vie des 18-30 ans (ceux du début du XXI^e siècle sont parfois appelés génération Y) ont été profondément modifiées ces dernières décennies, révélant une diversification et une prolongation des études ainsi qu'un retard de l'intégration professionnelle et affective. Ils ont grandi sur fond de crise économique (difficultés d'insertion sur le marché de l'emploi), sociale (confrontation à la précarité, qu'ils soient étudiants ou professionnels) et affective (pas de sexualité sans protection contre le Sida, installation en couple plus tardive que pour leurs aînés), autant de problèmes auxquels ils doivent apprendre à s'adapter.

Comment se situe dans ce contexte leur consommation d'alcool ? En quoi est-elle différente de celle des adolescents (12-18 ans) et des adultes plus âgés (30-40 ans) ? Quel rôle leur mode de vie a-t-il sur cette consommation ? Quelle prévention mener pour éviter les dommages liés aux facteurs de risque ?

Outre la consommation d'alcool, quels sont les autres comportements à risque pour la santé des adultes jeunes ? Notamment en termes de consommation de tabac, de nutrition et de pratique d'activités physiques et sportives (APS). Ceux-ci peuvent avoir des conséquences pour leur santé actuelle et future.

L'objectif principal de cette étude est de décrire la consommation d'alcool des jeunes adultes de 18 à 30 ans, en lien avec leur consommation de tabac notamment, et d'en dessiner l'évolution depuis une douzaine d'années. Il s'agira également d'en comprendre les déterminants afin de pouvoir apporter des pistes en matière de prévention.

Le second objectif est d'étudier la prévalence des différents comportements à risque pour la santé et leur conjonction éventuelle, et d'en comprendre également les déterminants. La connaissance

des facteurs comportementaux de risques pour la santé ou, à l'opposé, des facteurs protecteurs, est cruciale pour le choix tant de politiques publiques de prévention en santé efficaces que de prise en charge individuelle médicale ou, plus largement, collectives de santé.

Méthodologie et phasage du projet

Via les divers opus de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS), l'Irdes dispose de données permettant de décrire la consommation d'alcool et de tabac depuis 2002 et qui lui ont déjà permis d'analyser l'évolution de la consommation d'alcool de l'ensemble de la population adulte interrogée entre 2002 et 2010. Nous disposons aussi des éléments relatifs à leur consommation de fruits et légumes et leur pratique d'activités physiques et sportives. Il s'agira ici de focaliser sur cette génération sensible chez laquelle se produit la transition des comportements entre l'adolescence et l'adulte mûr, transition qui semble devenue plus tardive au fil du temps.

Une analyse descriptive des comportements en matière de facteurs de risque alcool et tabac selon des tests validés et de leur évolution de 2002 à 2014 (années disponibles) sera réalisée. La prévalence des différents profils de consommation d'alcoolisation et, en particulier, celle des profils à risque ponctuel et à risque chronique, sera déclinée selon le sexe et par âge, mais aussi selon les caractéristiques socioéconomiques classiques présentes dans l'ESPS/EHIS. Puis une analyse de la consommation de fruits et légumes et des activités physiques et sportives, recueillies également dans l'ESPS-EHIS 2014, avec construction d'indicateurs synthétiques, sera également menée au regard des recommandations de santé.

Une typologie de l'ensemble de ces comportements à risque pour la santé sera réalisée par le biais d'une analyse factorielle des correspondances suivie d'une classification hiérarchique ascendante.

Afin d'en comprendre les déterminants et d'en mesurer les effets propres, cette typologie sera suivie par une analyse explicative des classes établies, au regard de la situation sociale (sexe, âge, résidence, CSP, activité, revenus, protection sociale, situation familiale, aversion au risque, difficultés rencontrées au cours de la vie...) et de l'état de santé général (IMC, maladies, consommation médicale) de cette population. Il s'agira d'identifier tant les facteurs de risque des comportements délétères que les facteurs protecteurs.

Les sources sont donc d'abord l'enquête ESPS-EHIS 2014 pour l'année la plus récente disponible et les enquêtes ESPS de 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012, appariées aux données du SNDS (DCIR et PMSI).

Avancement du projet

2017 : Préparation des bases de données ; construction des profils d'alcoolisation selon des tests validés (AUDIT-C) ; Calcul des prévalences des différents modes d'alcoolisation.

2018 : Premières analyses descriptives affinées sur l'année 2014 ; Evolution des prévalences des modes d'alcoolisation à risque (ponctuel et chronique) de 2002 à 2014 ; Diffusion des résultats de l'analyse descriptive : communication orale en journée scientifique et rédaction d'un chapitre d'ouvrage collectif.

2019 : Publication d'un chapitre d'ouvrage collectif pluridisciplinaire sur les jeunes face à l'alcool ; Analyse descriptive des autres comportements à risque pour la santé et construction d'une première typologie des quatre comportements conjugués, en utilisant les variables spécifiques d'EHIS 2014 appariées aux données du SNDS ; Communication en congrès international.

2020 : Seconde typologie des comportements conjugués et Analyse explicative (modélisations) ; Rédaction d'un mémoire de Master 2 intégrant ces résultats.

2021 : Publication prévue d'un *Questions d'économie de la santé* sur les comportements conjugués à risques pour la santé.

Valorisation

Publications d'un chapitre d'ouvrage extérieur

- Profils de consommation d'alcool des adultes jeunes au XXI^e siècle. Nouvelles questions et nouvelles données pour la France. Com-Ruelle L., Choquet M. In : [Les jeunes face à l'alcool](#), Choquet M., Moreau C. Toulouse : Editions Erès, Coll. La vie devant eux, 23/05/2019, 115-152. Editions ERES, PE n° 2103 2019/05

Séminaire-colloques scientifiques

- Séminaire « Les Mardis de l'Irdes », Paris, 2 février 2020, « [Facteurs de risque comportementaux vis-à-vis de la santé des adultes jeunes \(18-30 ans\) en France en 2014](#) », Com-Ruelle L., Poucineau J.
- CALASS 2019 (XXX^e Congrès de l'Alas) : Cultures et transformation des systèmes de santé, Montréal, Canada, 22-24 août 2019, « [Facteurs de risque comportementaux vis-à-vis de la santé des adultes jeunes \(18-30 ans\) en France en 2014](#) », Com-Ruelle L., Poucineau J.
- CALASS 2018 (XXIX^e Congrès de l'Alas) : L'innovation et les Systèmes de Santé, Lyon, 6-8 septembre 2018, « [Profils de consommation d'alcool des adultes jeunes en France en 2014 et évolution de 2002 à 2014](#) », Com-Ruelle L., Celant N., Nestrigue C.

Analyse et prévision de l'évolution de la dépense en part complémentaire des bénéficiaires de la CMU-C

Code projet : FCMU

Equipe : Benoît Carré (Irdes puis Cnam), Marc Perronnin (Irdes)

Financement : Convention Fonds CMU-C, appel à projets de recherche du 30 juin 2017

Période de réalisation : 2017-2019 – prolongation de la valorisation en 2021

Contexte et objectifs

Depuis le 1^{er} janvier 2000, la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) permet aux ménages les plus pauvres de disposer d'une complémentaire santé gratuite, couvrant intégralement et sans avance de frais les dépenses de santé du panier de soins de l'Assurance maladie. Les bénéficiaires peuvent faire gérer la CMU-C par une Caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) ou un organisme de complémentaire santé. Le gestionnaire est remboursé de ses dépenses au titre de la CMU-C, dans la limite d'un plafond de 400 euros par an. Les ressources finançant la CMU-C sont centralisées et redistribuées par le Fonds-CMU. Depuis 2009, elles proviennent exclusivement, ou quasi-exclusivement, de la taxe dite « de solidarité additionnelle », prélevée sur les contrats d'assurance complémentaire santé.

La problématique porte ici sur l'évolution dans le temps des coûts liés aux remboursements de la part complémentaire CMU-C. Le Fonds CMU suit ces évolutions et publie depuis 2009 un rapport sur ce sujet². Jusqu'en 2012, les coûts moyens en part complémentaire évoluaient à la hausse, à un taux proche de celui de l'Ondam pour les soins de ville. Depuis 2012, ces coûts décroissent de manière persistante. Dans le même temps, la dépense courante dans le champ de la Consommation de soins et de bien médicaux (CSBM) et financée par les organismes complémentaires d'assurance maladie - hors CMU - continuait à progresser entre 2012 et 2013, passant de 383 euros à 389 euros, et restait stable à 388 euros entre 2013 et 2014 (Eco-santé - Drees, Comptes de la santé). L'enjeu de ce projet est de comprendre cette dynamique et de fournir un outil de prévision à court terme (un ou deux ans) de ces dépenses, à partir des coûts agrégés remontés par les organismes gestionnaires du dispositif.

L'analyse a pour but d'une part de tester différentes hypothèses concernant les causes de rupture dans l'évolution des dépenses en part complémentaire CMU-C et, d'autre part, d'estimer des modèles de prévision de ces dépenses à l'horizon d'un an.

Méthodologie et phasage du projet

Une première phase de l'étude consiste à comprendre l'évolution des dépenses en part complémentaire. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette baisse des coûts :

- Un effet de composition, lié à l'entrée massive de nouveaux bénéficiaires, consommant moins de soins que les anciens
- Une baisse des dépenses sur une catégorie de la population surreprésentée parmi les bénéficiaires de la CMU-C (par exemple les jeunes).
- Une baisse affectant uniquement les bénéficiaires de la CMU-C (liée par exemple à une augmentation des refus de soins).

Dans un premier temps, nous cherchons à répondre à ces hypothèses en analysant à un niveau individuel la dynamique de la dépense reconnue selon le statut des individus au regard de la CMU-

² *La première édition traitait des coûts en 2007 et 2008*

C et en distinguant le fait de recourir au moins une fois aux soins et la dépense en cas de recours. Les données utilisées sont les consommations médicales issues du SNDS des individus de l'échantillon maître Enquête santé et protection sociale (ESPS), sur la période janvier 2011-décembre 2014. Un groupe témoin constitué d'individus n'ayant jamais eu la CMU-C entre 2010 et 2014 et ayant la même structure d'âge en 2010 que l'échantillon des bénéficiaires de la CMU-C a également été sélectionné à titre de comparaison.

Dans un second temps, à partir des séries macro-économiques de coûts moyens fournies par le Fonds-CMU, nous nous proposons d'estimer un modèle de prévision à un niveau national au moyen de modèles de séries temporelles de type ARMA. Les coûts estimés par poste sont agrégés de manière à obtenir une prévision du coût total.

Résultats

La diminution des dépenses CMU-C résulte principalement d'une diminution de la probabilité de recourir aux soins et, plus marginalement, d'une diminution de la dépense reconnue des consommateurs. Ces baisses sont persistantes à une correction de l'effet des variables socio-démographiques et médicales, et affectent de la même manière, toutes choses égales par ailleurs, les bénéficiaires de la CMU-C et les témoins. C'est l'entrée massive de nouveaux bénéficiaires à partir du 1^{er} juillet 2013, suite au relèvement du seuil de revenu donnant le droit à la CMU-C, qui explique la baisse plus marquée du recours chez les bénéficiaires de la CMU-C. En effet, Ces nouveaux entrants se caractérisent par un niveau de recours, toutes choses égales par ailleurs, nettement plus faible que ceux entrés antérieurement à la CMU-C.

Les estimations sur données macro-économiques permettent d'obtenir une bonne qualité de la prévision du coût total en part complémentaire. Au niveau des postes, cette qualité de prévision apparaît très bonne ou bonne pour la biologie, les honoraires dentaires et l'orthodontie, les soins d'auxiliaires et les prothèses dentaires. En revanche, pour les prothèses auditives, elle ne suit que très imparfaitement la courbe des coûts réalisés. Cela n'a qu'un très faible impact sur la prévision de coût total, étant donné la faiblesse des valeurs prises par les dépenses moyennes sur ce poste, en comparaison de la dépense totale.

Valorisation

- Ce projet a fait l'objet d'une présentation au conseil de surveillance du Fonds-CMU, à l'Assemblée nationale, en juin et en décembre 2018 et d'un encadré dans le rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de septembre 2018.
- Ce projet a fait l'objet d'un article présenté et discuté durant les 41^{es} Journées des économistes de la santé à Poitiers (4 – 6 décembre 2019). Il est prévu de parfaire et de soumettre cet article dans une revue qu'il reste à déterminer.
- Un *Questions d'économie de la santé* sera rédigé en 2020 -2021 pour présenter les résultats des analyses sur données micro-économiques. Ce travail pourra également faire l'objet d'une publication scientifique.

Publication Irdes

- Carré B., Perronnin M. (2018). « [Évolution de la dépense en part de complémentaire santé des bénéficiaires de la CMU-C : analyse et prévision](#) ». Co-édition Irdes / Fonds CMU-C. Irdes, Rapport n° 569, 2018/11.

Séminaire Irdes

- *Mardis de l'Irdes*, 23 octobre 2018, « Comment expliquer la baisse du coût moyen de la part de complémentaire santé des bénéficiaires de la CMU-C ? Une analyse sur données du SNDS », Carré B., Perronnin M.

Etude sur les privations de liberté des personnes en situation de handicap

Code projet : HAND_ONU

Equipe : Magali Coldefy (Irdes), Marieke Podevin (Argo Santé), Stéphanie Wooley (Advocacy-France)

Collaborations extérieures : Argo Santé ; Advocacy-France ; National University of Ireland, Galway, Centre for Disability Law and Policy

Financement : National University of Ireland, Galway

Période de réalisation : 2018-2019

Contexte et objectifs

Ce projet de recherche s'intègre dans un projet de recherche international destiné à comprendre les éléments déclencheurs et causes des formes de privation de liberté touchant spécifiquement les personnes en situation de handicap telles que les hospitalisations involontaires dans des établissements psychiatriques, la diversion du système de justice pénale, l'institutionnalisation ou la privation de liberté au domicile. Portée par l'équipe de recherche du Centre de Droit et Politique du Handicap de NUI Galway (Centre for Disability Law and Policy), en Irlande, cette recherche est conduite en collaboration avec la Rapporteuse Spéciale des Nations Unies pour les droits des personnes handicapées.

L'objectif de ce projet de recherche est d'identifier les causes et éléments déclencheurs des admissions dans les établissements psychiatriques ou de l'institutionnalisation, ainsi que d'examiner les possibles structures et interventions qui manquent et participent ainsi à une privation effective de liberté en raison d'un handicap. Ce projet a également pour vocation d'identifier les bonnes pratiques en termes de soutien des personnes en situation de handicap qui contribuent à l'évitement des formes de privation de liberté spécifiques aux personnes handicapées, ainsi que de comprendre le contexte rendant possible ces bonnes pratiques.

Avancement du projet

Le rapport final a été remis à l'Université de Galway. Les résultats ont contribué à alimenter le rapport global publié en avril 2019 :

<http://www.nuigalway.ie/media/centrefordisabilitylawandpolicy/files/DoL-Report-Final.pdf>

Valorisation

Projet de publication : un *Questions d'économie de la santé* est en cours de rédaction et sera publié en 2019/2020.

Recours aux soins en cancérologie : une approche territoriale

Code projet : INACA (ex REA064)

Equipe : Zeynep Or (Irdes), Julian Bonastre (IGR, CESP-Inserm U1018), Virginie Mobillon (Upec), Emeline Rococo (IGR), Mariama Touré (Ensaï)

Collaborations extérieures : Centre de recherche en Epidémiologie et Santé des Populations (CESP), Inserm U1018 ; École nationale de la statistique et de l'analyse de l'information (Ensaï) ; Institut Gustave Roussy (IGR) ; Université Paris-Est Créteil (Upec)

Financement : Iresp, AAP « Soutien à la recherche sur les inégalités d'accès aux soins en cancérologie ». Le financement de l'Iresp a pris fin en 2015, mais nous avons continué à affiner les analyses, en améliorant notamment la mesure de la concurrence hospitalière par une modélisation du choix des patients.

Période de réalisation : 2013-2019

Contexte et objectifs

Plusieurs dispositifs de régulation de l'offre de soins peuvent influencer l'accès aux soins en cancérologie et la qualité des soins dispensés à l'hôpital. La possibilité d'offrir certains soins hospitaliers (chirurgie, chimiothérapie) est soumise à des seuils minimaux d'activité. Cet outil de planification est couplé à l'introduction de la T2A qui intensifie la concurrence entre les établissements. Ces deux politiques sont susceptibles d'être à l'origine d'une redistribution des activités en cancérologie entre les établissements et sur le territoire français, sans que l'on connaisse aujourd'hui les effets en termes de recomposition de l'offre de soins, d'accès géographique ou de qualité des soins.

L'objectif global du projet est d'étudier les conséquences de ces mesures de régulation de l'offre de soins en cancérologie en termes de qualité des prises en charge et d'accès aux soins en cancérologie et aux médicaments anti-cancéreux innovants. Les travaux effectués à l'Irdes se concentrent sur l'impact de la concurrence hospitalière sur la qualité des prises en charge hospitalières.

Méthodologie et phasage du projet

Dans un premier temps, nous avons géolocalisé les établissements pratiquant la chirurgie de cancer et la chimiothérapie sur le territoire métropolitain, afin d'étudier l'évolution de l'offre en cancérologie et la variation dans le recours à différentes pratiques. Nous avons ensuite étudié la variation de certaines pratiques chirurgicales dans la prise en charge des cancers du sein. Une analyse descriptive a été réalisée pour trois prises en charge chirurgicales : la chirurgie conservatrice (tumorectomie), la technique du ganglion sentinelle et la reconstruction mammaire immédiate après la chirurgie initiale. En 2016, nous avons également étudié les variations dans la chirurgie ambulatoire du cancer du sein. Nous avons ensuite utilisé des modèles hiérarchiques pour tester l'impact de l'intensité concurrentielle sur la qualité des prises en charge.

L'apport de ce travail est double :

- 1) on mesure la concurrence et la qualité pour un service donné (chirurgie de cancer du sein, peu travaillée dans la littérature) plutôt que pour l'ensemble de la production hospitalière ;
- 2) nous corrigeons l'endogénéité de l'indice de Herfindal par des modèles du choix des patients.

Les résultats de ce travail finalisé en 2017 font l'objet de diverses présentations en colloques. Un article est en cours de rédaction pour une publication dans une revue économique en anglais.

Résultats

Nos résultats suggèrent que la concurrence peut jouer un rôle pour inciter les établissements à investir dans la qualité (traitements moins invasifs) lorsque les incitations tarifaires sont neutres. La qualité de prise en charge médicale est plus élevée dans des établissements qui sont situés dans les zones les plus concurrentielles. Par ailleurs, à structure de marché (niveau de concurrence) égale, on note un effet très significatif de « type d'établissement » et de volume d'activité sur la qualité. En contrôlant les caractéristiques des patients, la probabilité de recevoir des traitements recommandés est significativement plus élevée dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC), dans les centres hospitaliers régionaux (CHR) et dans les établissements ayant un volume d'activité élevé.

Valorisation

Un article est en cours de soumission à l'*International Journal of Health Policy and Management* : « Impact of Competition *versus* Centralisation of hospital care on treatment quality: A multilevel analysis of breast cancer surgery in France », Or Z.

Publications Irdes

- Or Z., Mobillon V., Mazouni C., Touré M., Bonastre J. (2017), [Variation des pratiques chirurgicales dans la prise en charge des cancers du sein en France](#), *Questions d'économie de la santé* n°226, mars 2017
- Bonastre J., Mobillon V. et Or Z. (2017), [L'accès aux soins en cancérologie : évolution de l'offre entre 2005 et 2012](#), *Questions d'économie de la santé* n° 221, janvier 2017

Publications dans des revues à comité de lecture

- Or Z., Rococo E., Touré M., Bonastre J., Impact of Competition *versus* Centralisation of Hospital Care on Treatment Quality: A Multilevel Analysis of Breast Cancer Surgery in France, en cours de soumission pour *Health Economics*
- Rococo E., Mazouni C., Or Z., Mobillon V., Koon Sun Pat M., Bonastre J. (2015), Variation in Rates of Breast Cancer Surgery: A National Analysis Based on French Hospital Episode Statistics, *European Journal of Surgical Oncology*, 42 (2016) 51-58
https://www.researchgate.net/publication/284004287_Variation_in_rates_of_breast_cancer_surgery_A_national_analysis_based_on_French_Hospital_Episode_Statistics

Séminaires-colloques scientifiques internationaux

- *Congrès de l'International Health Economics Association (IHEA) in Boston Congress 2017: Revolutions in the Economics of Health Systems, Boston (USA)*, 8-11 juillet 2017, « Impact of Competition *versus* Centralization of hospital care on cancer treatment: A multilevel analysis of breast cancer surgery in France », Or Z.
- *Conférence AFSE- DG Trésor*, Paris, 15 novembre 2016, « Impact of Competition *versus* Centralisation of Hospital Care on Treatment Quality: A Multilevel Analysis of Cancer Surgery in France », Or Z.
- Paris School of Economics, *Les hôpitaux : Aperçu de la recherche en France*, Paris, 3 avril 2015, « Déterminants de la qualité de prise en charge hospitalière du cancer du sein », Or Z., Bonastre J., Rococo E.

Séminaires Irdes

- *Mardis de l'Irdes*, Paris, 18 octobre 2016, « Impact de la concurrence hospitalière sur la qualité de la prise en charge en cancérologie », Mariama Touré
- *Séminaire de recherche Irdes*, Paris, 30 mai 2016, « Impact of Competition *versus* Centralisation of hospital care on treatment quality: A multilevel analysis of cancer surgery in France »,
Auteurs : Or Z. (Irdes), Rococo E. (Institut Gustave Roussy) et Bonastre J. (Institut Gustave Roussy) ; Discussion: Philippe Choné
- *Mardis de l'Irdes*, Paris, 19 mai 2015, « Déterminants de la variation des pratiques chirurgicales dans le traitement du cancer du sein ». Bonastre J., Or Z., et Rococo E.

Comparaison internationale de l'organisation de médecine spécialisée de second recours en ambulatoire

Code projet : MEDSPE

Equipe : Zeynep Or, Lucie Michel (Irdes)

Collaboration extérieure : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie (HCAAM)

Financement : Convention de subvention France Stratégie

Période de réalisation : 2018-2019

Contexte et objectifs

La conviction qu'une meilleure articulation des trajectoires de soins des personnes entre la ville et l'hôpital, et notamment un recours plus adéquat à l'hôpital, permettra d'améliorer l'efficacité du système de soins est à l'origine des multiples réformes qui se sont succédées ces dernières années. Elle s'exprime aujourd'hui avec la notion de parcours de soins qui nécessite l'organisation d'une prise en charge globale et continue des patients au plus proche de leur lieu de vie.

Ce projet, en collaboration avec le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM, France Stratégie), s'intéresse plus spécifiquement au continuum et à la gradation des soins entre les soins primaires et secondaires, en ville et à l'hôpital. Il apparaît en effet que la France, tout en partageant des enjeux communs avec d'autres pays comparables, se distingue et se singularise sur d'autres aspects. Si l'intervention des spécialistes en dehors de l'hôpital (cabinets solo ou groupe voire cliniques privées) est commune dans la plupart des pays à système assurantiel, ce n'est pas le cas dans les systèmes nationaux de santé où les spécialistes exercent dans les départements ambulatoires de l'hôpital public ou privé, à quelques exceptions près (Danemark, Suède).

Dans ce cadre, cette recherche se propose, par le prisme d'une comparaison internationale, d'analyser les rôles et fonctions tenus par les spécialistes dans le champ des soins de ville dans différents pays, leur organisation et mode de financement, mais aussi leur articulation, voire intégration, avec les acteurs des soins primaires et l'hôpital.

Nous avons donc pour objectif de comprendre le fonctionnement des différentes organisations dans la prise en charge des pathologies spécifiques (qui fait quoi, comment) et de décrire le modèle économique derrière chaque organisation. Pour cela, nous proposons de réaliser une comparaison internationale ne visant pas à l'exhaustivité, mais plutôt à identifier des exemples d'organisations actuelles ou à étudier de façon approfondie des alternatives.

Méthodologie

Afin d'analyser l'organisation de la médecine spécialisée dans divers pays, nous réaliserons des études de cas avec l'objectif de fournir des monographies sur la prise en charge des pathologies spécifiques. La méthode d'étude de cas, largement utilisée dans les recherches qualitatives en sciences sociales, permet l'exploration et la compréhension des questions ou sujets complexes. Elle est considérée comme une méthode de recherche robuste, en particulier lorsqu'une enquête approfondie et holistique est essentielle (Yin, 1994 ; Gomm et al., 2000).

Nous mobiliserons une approche pluridisciplinaire, principalement économique et sociologique, pour mener les études dans un nombre raisonné de pays. Ces études de cas seront l'occasion d'approfondir les modes de fonctionnement, tant économiques et professionnels qu'organisationnels, par une description la plus complète possible des dispositifs observés. Afin de cadrer les analyses de cas et les questions abordées à travers les pays, nous nous concentrerons sur quelques spécialités ou pathologies majeures, leurs prises en charge présentant des enjeux importants et variés.

Avancement du projet

Le projet a démarré en mars 2018. Les exemples suivants ont été identifiés à la suite d'une revue de la littérature et des échanges ciblés avec des experts dans chaque pays :

- **Italie** : réseau de soin « autour » du pied diabétique, et réseau de soin autour de l'insuffisance cardiaque
- **Angleterre** : Service de soins respiratoires intégré (Whittington) et Service gériatrique intégré (Leeds)
- **Allemagne** : MVZ, les centres de médecine ambulatoire et Gesundes Kinzigtal programme
- **Pays-Bas** : - Les paiements à l'épisode de soins (type bundled payment) pour les soins de maternité
- **Etats-Unis**: Les départements multidisciplinaires d'oncologie à Caroline du Nord et Modèle de soins intégrés pour les patients souffrant d'insuffisance rénale

Les visites sur terrain sont réalisées entre juin 2018 et mars 2019, avec l'objectif de comprendre les modèles organisationnels et de financement pour intégrer les services de spécialistes. Les entretiens sur place ont permis de décrire de façon complète et contextualisée des dispositifs employés. Le rapport final est envoyé à l'Hcaam en décembre 2019. Une synthèse des résultats est publiée dans un QES en avril 2020. Les exemples étudiés seront aussi publiés en forme de monographie par l'Irdes. Le premier, sur les deux études de cas en Italie, est publié en juillet, quatre autres vont suivre dans le premier trimestre 2021.

Valorisation

Publication Irdes

- Michel L., Or Z. (2020), Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie, Pays-Bas). Italie : les réseaux pluridisciplinaires en Toscane. Rapport de l'Irdes n° 573, série « Etudes de cas » n° 1-1a, juillet 2020
 - Michel L., Or Z. (2020), Décloisonner les prises en charges entre soins spécialisés et soins primaires : huit expériences étrangères, *Questions d'économie de la santé* à paraître

Séminaires-colloques scientifique

- *Congress of the Swiss Sociological Association 2019*, Neufchâtel (Suisse), 10-12 septembre 2019, « Peering Into The Black Box of a Nursing Administrative Work: A Comparative Analysis of Nurses' Activities in American and French Hospitals », Michel L.

Évaluation de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa)

Code projet : PAERPA (ex REA018)

Equipe : Damien Bricard, Nelly le Guen, Zeynep Or, Anne Penneau (Irdes)

Collaborations extérieures : Université de Bordeaux, Institut de santé publique, épidémiologie et développement (Isped) - Equipe EVA-TSN ; Université de Bourgogne - Le Laboratoire d'économie de Dijon (LEDi) : Roméo Fontaine ; Université de Lorraine - Bureau d'économie théorique et appliquée (Beta) : Agnès Gramain

Période de réalisation : 2013-2019

Période de valorisation : 2020-2021

Contexte et objectifs

Inscrite dans le cadre de la loi (article 48 Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2013), la démarche Paerpa vise à expérimenter un processus de réorganisation des parcours de soins à l'échelon d'un territoire défini. Les expérimentations sont mises en œuvre dans un cadre contractuel entre les acteurs locaux, sous l'égide de l'Agence régionale de santé (ARS) et du ministère de la Santé. L'objectif général des expérimentations est « sur le plan individuel, d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et celle de leurs aidants et, sur le plan collectif, d'améliorer l'efficacité de leur prise en charge, dans une logique de parcours de soins ».

Le nombre et la diversité des acteurs, l'hétérogénéité des territoires et la variété des dimensions mobilisées dans le système d'action font des projets pilotes des expérimentations complexes. Face à cette complexité, l'évaluation nationale conçue par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) vise à :

- 1) porter un jugement global sur les résultats des projets, en tenant compte de leurs spécificités territoriales, au regard des objectifs de Paerpa au moyen de critères communs appréhendant la multiplicité des dimensions en jeu,
- 2) produire de l'information et des connaissances afin de comprendre les liens entre l'organisation des soins et des services au niveau territorial et les résultats en termes de parcours de soins des personnes âgées,
- 3) faciliter le pilotage des projets avec une aide technique aux ARS et à la Direction de la sécurité sociale (DSS) pour produire des indicateurs communs à partir des données disponibles au niveau national.

Avancement du projet

L'année 2017 a été consacrée à la publication des analyses portant sur les évolutions des indicateurs de résultats (analyses à T0) et à la modélisation de l'impact Paerpa, en affinant la méthode d'évaluation (contrôle synthétique), en collaboration avec d'autres chercheurs experts dans le domaine.

Un rapport intermédiaire et un *Questions d'économie de la santé* présentant les principales étapes et méthodes de l'évaluation d'impact, et dévoilant les premiers résultats sur les données 2015-2016, ont été publiés en 2018. En parallèle, les premières analyses d'impact des Plans personnalisés de santé (PPS) ont été réalisées. En 2018, nous avons également investi dans la valorisation des résultats de nos analyses dans des revues à comité de lecture (deux articles ont été publiés).

En 2019, nous avons terminé l'analyse d'impact des PPS (un Document de travail de l'Irdes a été publié en juillet, la rédaction d'un article est en cours). Nous avons également consolidé les résultats sur l'impact global de Paerpa en exploitant les données 2017. Un rapport final et un *Questions*

d'économie de la santé ont été publiés dans le dernier trimestre 2020. L'année 2021 sera aussi consacrée à la rédaction et à la valorisation des résultats dans des revues internationales.

Valorisation

Publications Irdes

Bricard D., Or Z., Penneau A. (2020). « Evaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa). Rapport final ». Rapport de l'Irdes n° 575, novembre.

Or Z., Bricard D., Penneau A. (2020). « Que peut-on apprendre de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) ? ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 252, novembre.

- Penneau A., Bricard D., Or Z. (2019). « [Améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées : impact des plans personnalisés de santé sur les parcours de soins](#) ». Irdes, Document de travail n° 81, 07.
- Or Z., Bricard D., Le Guen N., Penneau A. (2018). « [Evaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés \(Paerpa\). Premiers résultats](#) ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 235, 07-08
- Bricard D., Or Z., Penneau A. (2018). « [Méthodologie de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés \(Paerpa\)](#) ». Irdes, Document de travail n° 74, 06.
- Or Z., Bricard D., Le Guen N., Penneau A. (2018). « [Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés \(Paerpa\). Premiers résultats](#) ». Rapport de l'Irdes n° 567, 06.
- Bricard D., Or Z. (2018) « [Does an Early Primary Care Follow-up after Discharge Reduce Readmissions for Heart Failure Patients?](#) ». Irdes, Document de travail n° 73, 03.
- Penneau A. et Or Z. (2017). « [Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation](#) ». Irdes, Document de travail n° 72, 09.
- Or Z., Guillaume S. (2016). « [La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche qualitative exploratoire](#) ». Irdes. *Questions d'économie de la santé* n° 214, 01.
- [Atlas des territoires pilotes Paerpa. Situation 2012](#). Responsable scientifique : Or Z. Équipe scientifique : Bourguel Y., Combes J.-B., Lecomte C., Le Guen N., Le Neindre C., Penneau A., Col. Ouvrages de l'Irdes n° 1, 06, 126 pages.

Publications dans des revues à comité de lecture

- Bricard D., Or Z. (2019). "Impact of Early Primary Care Follow-up after Discharge on Hospital Readmissions". *The European Journal of Health Economics*, On line: 02/01/2019, 1-13. (Catégorie 2 - CNRS) - (Cat. A - HCERES)
<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10198-018-1022-y>
- Or Z., Penneau A. (2018). "A Multilevel Analysis of the Determinants of Emergency Care Visits by the Elderly in France". *Health Policy*, Online: 18/05/2018
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018301374>

Séminaires-colloques scientifiques

Internationaux

- International Health Economics Association (IHEA), *Basel 2019 Congress: New Heights in Health Economics*, Bâle, Suisse, 13-17 juillet 2019, « Improving Care Coordination for Frail Elderly People: Evaluation of Personalized Health Plans in France », Penneau A., Or Z.

- *19th International Conference on Integrated Care - ICIC19: A Shared Culture for Change: Evaluating and Implementing Models of Integrated People-centred Services*, San Sebastian, Espagne, 1-3 avril 2019, « The Pathway for the Elderly from 75 Years Old and Above: Experimental Implementation and Evaluation of an Integrated Model Care in France », Bricard D., Morgoci A. (Anap).
- « Evaluating Regional Pilots for Improving Care Coordination for Elderly in France », Bricard D., Penneau A., Or Z., communication présentée :
 - à l'*EUHEA Conference 2018: Shaping the Future: The Role of Health Economics*, Maastricht University, Pays-Bas, 11-14 juillet 2018, Bricard D.
 - au *4th Irdes-Dauphine Workshop on Applied Health Economics and Policy Evaluation*, Paris, 21-22 juin 2018, Bricard D.
 - au *67^e congrès de l'Association française de science économique (AFSE)*, Paris, 14-16 mai 2018, Bricard D.
- *Wennberg International Collaborative Research Conference*, Oxford (GB), 11-13 septembre 2017, « A Multilevel Analysis of the Determinants of Emergency Care Visits by the Elderly », Or Z.
- *Wennberg International Collaborative Spring Policy Meeting*, Pisa, Scuola Superiore Sant'Anna, 14-15 April 2016: « Avoidable Variations in Elderly Healthcare, the French Experience », Or Z.
- *International Health Economics Association (IHEA 2015): De Gustibus Disputandum Non Est! Health Economics and Nutrition*, Milan (Italie), 12-15 juillet 2015 :
 - Evaluation of Public Policy: Challenges and Methods (Session organisée par Z. Or, avec la participation d'E. Strumpf (McGill), M. Sutton (Manchester), J. Vall Castelló (Pompeu Fabra)
 - « Evaluating Regional Pilots for Improving Care Coordination for Elderly in France », Or Z., Penneau A.

Nationaux

- Cinquième conférence de l'Association française de science économique (AFSE) - Direction générale du Trésor : *Evaluation des politiques publiques*, Paris, 12 décembre 2019, « Améliorer le suivi des personnes âgées les plus fragiles: impact des plans personnalisés de santé sur les parcours de soins », Penneau A., Bricard D.
- Collège des économistes de la santé, *40^e Journées des Économistes de la santé français (JESF)*, Paris, 6-7 décembre 2018, « Améliorer le suivi des personnes âgées les plus fragiles: impact des plans personnalisés de santé sur les parcours de soins », Penneau A., Bricard D., Or Z.
- 1^{er} Congrès francophone *Parcours de santé, de soins des aînés*, ministère des Solidarités et de la Santé, Paris, 20-21 juin 2018, « Les premières leçons à tirer des expérimentations, les leviers pour le déploiement », Raynaud D.
- *39^e Journées des économistes de la santé français (JESF 2017)*, Marseille, 30 novembre-1^{er} décembre 2017, « Evaluation d'impact des politiques territoriales : enjeux méthodologiques et solutions à partir de l'expérimentation Paerpa », Bricard D., Le Guen N., Or Z., Penneau A.
- Isped, *Séminaire Paerpa*, Bordeaux, 13 janvier 2017, « Amélioration de la prise en charge des personnes âgées : évaluation des expérimentations Paerpa », Bricard D., Or Z.
- *Journées des économistes de la santé français (JESF)*, Lyon, 1-2 décembre 2016 :
 - « Hospital Readmissions after Heart Failure: An Analysis of the Impact of GP Follow-up among Elderly French Patients », Bricard D., Or Z.

- « Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation », Penneau A., Or Z.
- *Matinée thématique du Collège des économistes de la santé, Acteurs locaux et politiques de santé*, 17 novembre 2016, Paris : « Amélioration de la prise en charge des personnes âgées : les expérimentations Paerpa », Or Z.
- *Rencontre Paerpa*, ARS Ile-de-France, Paris, 7 juillet 2016 : « Evaluation des expérimentations Paerpa », Or Z.
- *3^e congrès francophone Parcours de santé des Paerpa*, Montpellier, 6-7 avril 2016, « L'évaluation des expérimentations Paerpa : les indicateurs de qualité de la prise en charge des personnes âgées », Raynaud D.
- MODAPA-MEDIPS, *Séminaire Handicap - Dépendance*, Paris, 24 mars 2016, « Amélioration de la prise en charge des personnes âgées : évaluation des expérimentations Paerpa », Or Z.
- *Sig 2014 - Conférence francophone Esri*, Versailles, 1-2 octobre 2014, « Utilisation des SIG par un organisme de recherche en économie de la santé », Le Neindre C., Lecomte C.
- *7^e édition des rencontres territoriales de la santé publique : Construire des dynamiques territoriales favorables à la santé : quels acteurs ? Quelles actions ? Quelles articulations ? Quelles évaluations ?* Nancy, 24-25 septembre 2014, « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa) : un bilan territorial de la consommation de soins et de l'offre sanitaire et sociale », Le Neindre C.
- *1^{er} Congrès francophone des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie*, Montpellier, 9-10 avril 2014, « L'évaluation des prototypes parcours de santé Paerpa », Bourgueil Y. et Von Lennep F.

Séminaires Irdes

- *Mardi de l'Irdes*, Paris, 19 février 2019, « Améliorer le suivi des personnes âgées les plus fragiles : impact des plans personnalisés de santé sur les parcours de soins »,
Auteurs : Penneau A., Bricard D., Or Z.
Discussion : Sirven N. (Irdes, Liraes, Université Paris Descartes)
- *Séminaire de recherche du conseil scientifique*, 11 décembre 2017, « Evaluation d'impact des politiques territoriales : enjeux méthodologiques et solutions à partir de l'expérimentation Paerpa »
Auteurs : Bricard D., Or Z., Penneau A., Le Guen N.
Discussion : Gramain A.
- *Séminaire de recherche du conseil scientifique*, 30 mai 2016, « Réadmission après hospitalisation pour insuffisance cardiaque : une analyse de l'impact du suivi par le médecin généraliste / Hospital Readmissions after Heart Failure: An Analysis of the Impact of GP Follow-up among Elderly French Patients »
Auteurs : Bricard D., Or Z.
Discussion : Dormont B.
- *Mardis de l'Irdes*, Paris, 12 avril 2016, « Les déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation chez les personnes âgées : une analyse à T0 avant les expérimentations « Parcours santé des aînés » (Paerpa) », Penneau A.
- *Mardis de l'Irdes*, Paris, 1^{er} décembre 2015, « Dimensions de la satisfaction des personnes âgées sur leur prise en charge médicale et la coordination de leurs soins : une approche qualitative exploratoire », Guillaume S., Or Z.

- *Mardis de l'Irdes*, Paris, 13 octobre 2015, « Quels indicateurs de résultats pour évaluer la coordination de la prise en charge des personnes âgées : recherche d'indicateurs pour l'analyse des projets Paerpa », Or Z., Penneau A.
- *Mardis de l'Irdes*, Paris, 14 octobre 2014, « Les expérimentations sur les parcours santé des aînés (Paerpa) : objectifs et stratégie de l'évaluation nationale », Combes J.-B., Le Neindre C., Or Z.

Coordination des soins en psychiatrie : une approche par les réseaux

Code projet : PSYCOORD

Equipe : Magali Coldefy, Coralie Gandré, et Véronique Lucas-Gabrielli (Irdes), Thérèse Stukel (ICES, Irdes), Nadia Younès, responsable scientifique, Christine Passerieux (UVSQ), Laurent Beauguitte (Université de Rouen, Idees - UMR 6266 CNRS)

Collaborations extérieures : Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES) Toronto (Canada) ; Université Versailles Saint-Quentin ; Identité et différenciation de l'espace, de l'environnement et des sociétés - UMR 6266 CNRS Idees

Au-delà des équipes directement associées au projet Iresp, le projet s'intègre dans une collaboration avec l'Agence régionale de santé (ARS) Provence-Alpes-Côte d'Azur et le laboratoire de santé publique de l'Université d'Aix-Marseille.

Financement : ARS Paca, Inserm, « Appel à projets général 2016 » Iresp « Services de santé » 2016

Période de réalisation : 2018-2020

Contexte et objectifs

Le projet PsyCoord vise à objectiver et qualifier la coopération des professionnels de santé autour de la prise en charge des troubles mentaux sévères et à l'appréhender comme un système responsable collectivement du parcours de soins des personnes et de sa qualité. Dans le champ des maladies mentales, la coopération des professionnels constitue un enjeu majeur en matière de prise en charge, à la fois entre la médecine générale et la médecine spécialisée (en ville et en établissement de santé), au sein de la médecine spécialisée (psychiatrie libérale, publique, et entre services publics) et entre les champs sanitaires et médico-sociaux. La plupart des études sur les services de santé abordent les différents acteurs séparément, indépendamment des liens qui peuvent se nouer entre eux. Or, un patient chemine entre plusieurs acteurs au cours de son parcours de soins. Un événement de soins va être la résultante de l'ensemble des interventions des différents acteurs. Le but ici est donc de raisonner en termes de réseaux et d'interactions entre ces acteurs et de mesurer l'effectivité de la coordination des soins, de l'articulation entre soins hospitaliers et soins ambulatoires, entre soins spécialisés et soins primaires, et d'analyser la place des différents acteurs professionnels dans ces réseaux. Une fois ces réseaux construits et caractérisés, le projet vise à évaluer la qualité des soins associée, envisagée comme la résultante des actions collectives des acteurs intervenant dans le parcours de soins de la personne. La psychiatrie est mobilisée ici comme champ d'exploration de méthodes innovantes de révélation et d'analyse de réseaux de soins entre professionnels. Deux groupes pathologiques qui diffèrent en termes de type de parcours seront étudiés : les troubles sévères de l'humeur et les troubles schizophréniques.

Méthodologie et phasage du projet

Ce projet a une forte dimension quantitative et s'appuie sur les données du Système national des données de santé (SNDS). Cette base permet d'identifier, pour des patients donnés, un ensemble de contacts successifs dans le temps avec des acteurs identifiables et de les documenter avec l'ensemble des actes effectués (consultations, prises en charge hospitalières). L'analyse des flux de patients entre les différents professionnels et structures permet ainsi d'objectiver leur articulation, révélant des réseaux formels ou informels de prise en charge. Des indicateurs de qualité de prise en charge seront ensuite construits à l'échelle des réseaux afin d'identifier quelles caractéristiques des réseaux sont associées à de meilleurs résultats de soins. L'approche proposée vise à évaluer les services rendus aux personnes par la coordination des actions des différents intervenants dans le parcours de soins, et non simplement par un acteur isolé. De manière exploratoire, afin de prendre en compte le point de vue des usagers des services de santé mentale dans la qualification du service rendu, les résultats issus de cette analyse seront rapprochés de données cliniques issues d'entretiens avec les personnes directement concernées et leur entourage. Ils seront par ailleurs confrontés aux

perceptions et expériences des acteurs de terrain à travers la mise en place d'un comité de suivi rassemblant usagers et proches, professionnels et décideurs de deux territoires d'étude, dont la région Paca.

Avancement du projet

La convention avec l'Iresp a été signée en octobre 2017. Un comité de suivi rassemblant usagers, professionnels de santé et producteurs de données s'est réuni pour lancer le projet. L'année 2017 a été consacrée à la prise en main des données mobilisées pour l'analyse de réseaux. Le projet a véritablement commencé en janvier 2018 avec le recrutement de Coralie Gandré. L'année 2018 a été consacrée à la revue de la littérature, la mise en forme des données pour la construction des réseaux de soins et leur construction. L'année 2019 a été consacrée à la mise en œuvre des analyses (construction des indicateurs de qualité des soins et analyses multivariées pour étudier leur lien avec les caractéristiques des réseaux de soins identifiés). L'année 2020 a été consacrée à la finalisation des analyses et à la valorisation des résultats. Le rapport de recherche final a été rendu à l'IRESP en septembre 2020.

Valorisation

Publications

- Gandré C., Beauguitte L., Lolivier A., Coldefy M. (2020). "Care Coordination for Severe Mental Health Disorders: An Analysis of Healthcare Provider Patient-sharing Networks and their Association with Quality of Care in a French Region". *BMC Health services research*, vol. 20, n° 548, 2020, 1-15.
- Gandré C. (2019). "Social Network Analysis Applied to Healthcare Data: Inventory, Discussion and Perspectives". Compte-rendu de la journée d'étude Araignée - Analyse de Réseaux Appliquée aux données de Santé. 2019. Revue *Analyse de réseaux pour les sciences sociales* (ARCS) <hal-02054253>

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02054253/document>

- Gandré C. (2018). « Analyse de réseau pour l'étude des réseaux de professionnels et d'établissements de santé (Sunbelt 2018) ». Compte rendu de deux sessions thématiques à la Sunbelt Conference 2018.2018. Revue *Analyse de réseaux pour les sciences sociales* (ARCS) <hal-01875744>

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01875744/document>

Séminaires-colloques scientifiques

- *EHPG 2019*, Londres (GB), 19-20 septembre 2019, "Care Coordination for Mental Disorders: A Network Analysis Using Exhaustive Claims Data in France", Gandré C. (co-auteurs : Beauguitte L., Lolivier A., Coldefy M.)
- European Network for Mental Health Service Evaluation (ENMESH), *The 2019 Key Conference on Mental Health Service Research*, Lisbonne, Portugal, 6-8 juin 2019, "Care Coordination in Psychiatry: A Network Analysis Using Exhaustive Claims Data in France", Gandré C. (co-auteurs : Beauguitte L., Lolivier A., Coldefy M.)
- *Journée d'études Araignée*, 28 novembre 2018, "Care coordination in Psychiatry: An Approach Using Network Analysis", Gandré C. (co-auteurs : Beauguitte L., Coldefy M.).
- *Séminaire méthodologique sur les parcours de soins*, 15 juin 2018, « La coordination des soins en psychiatrie : une approche par l'analyse de réseaux appliquée aux données de santé », Coldefy M. (Irdes), Beauguitte L. (UMR Idées), Gandré C. (Irdes)

Santé mentale et emploi

Code projet : SMEC

Equipe : Pascale Lengagne (Irdes), Coralie Gandré (Irdes), Quentin Cau (Irdes), Akissi Stéphanie Diby (LEM, Université de Lille), Camille Regaert (Irdes)

Collaboration extérieure : Université de Lille, Lille Economie Management (LEM)

Période de réalisation : 2016-2021

Etat d'avancement du projet : réalisation et valorisation des analyses.

Données : Hygie

Contexte, objectifs, méthodologie

Ce projet s'inscrit dans le cadre des travaux de recherche analysant les relations entre la santé mentale et le travail. Il étudie les effets à long terme des troubles de la santé mentale sévères sur le statut d'emploi des individus et analyse les transitions d'emploi. Nous nous appuyons sur les données Hygie.

Valorisation

Akissi S. Diby, Pascale Lengagne, Camille Regaert (2020). "Employment Vulnerability of People With Severe Mental Illness". *Health Policy*, 2020, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.10.008>.

APPELS A PROJETS
REPONSES EN COURS

- **Projet ORA (Open Research Area)**

Projet : Improving health system efficiency: Understanding drivers of cost and quality for high need high cost patients within and across healthcare systems (dépôt en septembre 2019)

Equipe : Zeynep Or, en collaboration avec London School of Economics (England), University of Duisburg-Essen (Germany), University of Toronto, Institute of Health Policy, Management and Evaluation (Canada)

- Participation en tant que partenaire à l'**ANR JCJC** porté par l'Université Paris-Nanterre

Projet : French medical doctors: specialty and practice location choices

Coordinatrice du projet : Magali Dumontet (Université Paris Nanterre)

Partenaire Irdes, équipe impliquée : Guillaume Chevillard (Irdes), Johanna Etner (Université Paris Nanterre), Sidartha Gordon (Paris Dauphine), Anne-Laure Samson (Université de Lille)

Date de dépôt du dossier : Décembre 2020

Durée du projet : 3 ans

Réponse : en 2021

- **ANR JCJC**

Projet : Quel rôle joué par l'assurance maladie privée sur les inégalités territoriales d'accès aux soins ? (Amprinte)

Coordinatrice : Aurélie Pierre

Equipe Irdes : Damien Bricard, Véronique Lucas-Gabrielli, Aurélie Pierre

Equipe partenaire : Jérôme Wittwer, Economiste, Professeur (Université de Bordeaux, Bordeaux Population Health, Inserm U1219)

Réponse : Ce projet n'a pas été retenu mais il fera l'objet d'une étude dans le programme de recherche de l'Irdes.

- **AAPG 2020 de l'ANR (instrument JCJC)**

Projet : Equité de l'accès spatial au médecin traitant en France – EquiAcces (en lien avec le projet DIAMANT)

Coordinatrice : Charlène Le Neindre

Equipe partenaire : Géraldine Bloy (EA 7467 LEDi), Raphaëlle Delpech (Université Paris-Sud), Laurent Rigal (UMR 1018 CESP-Inserm)

Durée : 36 mois

Réponse : projet retenu lors de la 1^{ère} étape de sélection mais n'a pas été retenu lors de la deuxième étape mais il fera l'objet d'une étude dans notre programme de recherche de l'Irdes.

- **Participation en tant que partenaire à l'AAP générique 2021 de l'ANR** : Les dynamiques quotidiennes des inégalités en ville

Coordinatrice du projet : Julie Vallée, directrice de recherche CNRS en géographie à l'*UMR Géographie-cités* (CNRS, Univ. Paris 1, Univ. de Paris, EHESS).

Equipe Irdes : Véronique Lucas-Gabrielli

Date de dépôt du dossier (proposition) : décembre 2020

Durée du projet : 42 mois

Réponse : juillet 2020. Ce projet n'a pas été retenu.

OUTILS D'OBSERVATION

Appariements Enquête santé et protection sociale (ESPS)-Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) : Appariement 2010-2016

Code projet : APPESPS

Equipe : Christophe Gousset, Marc Perronnin, Thierry Rochereau (Irdes)

Période de réalisation : En continu jusqu'en 2021

Données : Appariement ESPS-Sniiram 2010-2016

Contexte et objectifs

Il s'agit d'apparier des données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) avec les données de consommation de l'Assurance maladie (Datamart de consommation inter-régimes-DCIR et Programme de médication des systèmes d'information -PMSI). À partir de 2010, cet appariement est réalisé pour l'ensemble de l'échantillon ESPS pour toutes les années civiles de 2010 à 2016. L'enquête ESPS a été réalisée pour la dernière fois en 2014 mais nous avons décidé, pour la recherche, de poursuivre l'appariement de l'enquête avec les données de consommation de soins jusqu'aux consommations de l'année 2016.

Calendrier de réalisation et état d'avancement du projet

A ce jour, les données de consommation de soins appariées avec les données de l'enquête ESPS (Enquête européenne santé (EHIS)-ESPS en 2014) sont disponibles jusqu'en 2014.

En 2020, Christophe Gousset a poursuivi sa prise en main de cet appariement antérieurement mise en œuvre par Nicolas Célant et Nelly Le Guen. Il a réalisé un important travail de compréhension, de validation et de documentation de l'appariement. Ce travail, avancé mais encore en cours, représente un enjeu important, allant au-delà du contexte d'ESPS, dans la mesure où plusieurs appariements futurs (PSCE, Évaluation clinique et étude d'impact économique de l'intervention de Conseillers en environnement intérieur (CEI) au domicile des patients asthmatiques-ECENVIR...) reprendront en totalité ou en partie les choix méthodologiques et la structure de l'appariement ESPS.

A l'issue de la validation du processus d'appariement 2014, il restera à le produire pour les années 2015 et 2016. Nous programmons ce travail pour l'année 2021.

En fonction des priorités et disponibilités de temps de gestionnaire de bases de données, il serait également utile de :

- Construire un référentiel panel qui, au final, permettra de suivre la consommation de soins de tous les bénéficiaires ayant été dans l'échantillon de bénéficiaires ESPS au moins une fois sur la période 2010-2016
- Rédiger un guide à l'attention des utilisateurs des données de l'enquête ESPS appariée avec les données de consommation de soins de l'Assurance maladie
- Construire des bases de valorisation des séjours en *Soins de suite et de réadaptation* (SSR), Hospitalisation à domicile (HAD) et psychiatrie. Pour l'heure, seuls les séjours en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) sont valorisés. Des échanges ont débuté sur ce sujet avec des chercheurs ayant travaillé sur ce type de valorisation, notamment dans le cadre de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa).

Développement d'un distancier routier pour mesurer l'accessibilité spatio-temporelle aux soins en France métropolitaine

Code projet : DROMA

Equipe : Charlène Le Neindre (Irdes), Florian Bayer (Agence de la biomédecine)

Collaboration extérieure : Agence de la biomédecine

Période de réalisation : 2015-2021

Contexte et objectifs

L'accessibilité aux soins est un enjeu pour les décideurs de santé publique et d'aménagement du territoire, ainsi que pour les populations. La distance en temps de trajet entre le patient et l'offre de soins constitue une mesure de la composante spatio-temporelle de cette accessibilité. Elle permet ainsi de la caractériser, de l'analyser en tant que telle et/ou de la confronter, voire de la croiser, avec d'autres informations. Le calcul théorique de ce type de distance peut être réalisé à partir d'un Système d'information géographique (Sig) intégrant, entre autres, une modélisation du réseau routier de l'espace considéré. Les choix opérés dans cette modélisation, tant en matière de données géographiques exploitées (réseau routier, morphologie de l'espace, densité de population...) que de paramétrage de ces dernières, sont multiples. Ces choix sont notamment conditionnés par des critères relatifs à la connaissance des données géographiques existantes et des possibilités offertes par les Sig, aux modalités d'accès à ces données et au temps imparti à la modélisation. Dans le contexte français, diverses initiatives ont conduit à la modélisation de réseaux routiers hétérogènes. Ainsi, un même jeu de données patients/offre de soins peut aboutir, selon le modèle utilisé, au calcul de distances différentes et, ce faisant, impacter les résultats des analyses mobilisant ces distances.

Dans le cadre d'un partage d'expertise et de savoir-faire, l'Agence de la biomédecine (ABM) et l'Irdes travaillent à la définition d'une méthodologie de production d'un distancier routier entre points de coordonnées X et Y, en unité de longueur et en temps, adapté à la diversité des contextes spatiaux et temporels de France métropolitaine, avec l'application ArcMap d'Arcgis Desktop et son extension Network Analyst. L'objectif de cette collaboration est, en combinant apports de la littérature et expertise, de proposer une méthodologie reproductible par les établissements chargés d'une mission de service public ou de recherche, notamment en exploitant des données qui leur sont accessibles à titre gracieux : la composante routière de la BD Topo® de l'Institut national de l'information géographique et forestière, la partie française du CORINE Land Cover pilotée par le service de l'Observation et des statistiques du ministère de l'Environnement, de l'Énergie et de la Mer, ainsi que les données de population et les découpages de l'espace de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Le distancier élaboré est éprouvé à partir de jeux de données respectivement mobilisés dans les travaux de recherche sur le recours et l'accessibilité aux soins en France métropolitaine de l'ABM et de l'Irdes.

Calendrier de réalisation et état d'avancement du projet

2015-2016 :

- Exploration des caractéristiques des distanciers existants
- Identification et recueil des données géographiques utiles
- Développement d'une méthode de paramétrage des tronçons routiers en vue de leur exploitation avec Network Analyst et mise en œuvre *via* un script Python
- Construction du distancier routier entre points de coordonnées X et Y, en unité de longueur et en temps, pour mesurer l'accessibilité spatio-temporelle aux soins en France métropolitaine

2017-2019 :

- Expérimentation du paramétrage des tronçons routiers
- Ajustements et améliorations de l'outil

2020 :

- Validation de la méthodologie sur la base de retours d'expériences utilisateurs

2021 :

- Publication de la démarche

Valorisation

Séminaires-colloques scientifiques

- *Séminaire commun aux axes scientifiques « Territoires et santé » et « Information territoriale locale » de la Fédération de recherche CNRS du Collège international des sciences territoriales « Accessibilité spatiale aux soins : éclairages théoriques et méthodologiques », Paris, France, 12 juin 2019, « L'accessibilité aux soins, un enjeu géographique de santé publique : focus sur la greffe d'organes en France », Bayer F., Le Neindre C.*
- *Conférence de la communauté francophone Esri – Sig 2016, Versailles, France, 05-06 octobre 2016, « Mesurer l'accessibilité spatiale aux soins en France », Bayer F., Le Neindre C.*
- *Conférence de la communauté Esri – Sig 2015, Versailles, France, 07-08 octobre 2015, « Prendre la mesure de l'accessibilité spatiale aux soins en France », Bayer F., Le Neindre C.*

ENQ_EHIS/EHIS19 - Enquête européenne par interview sur la santé (EHIS)

Equipe : Jonas Poucineau, Thierry Rochereau

Code projet : EHIS19

Période de réalisation : 2016-2020

Données : EHIS 2019

Financement : Le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) finance un sur-échantillon dans les Quartiers prioritaires de la ville (QPV) et le Centre scientifique et technique du bâtiment finance le projet de faire reposer sa campagne nationale Logement 2 sur les participants à l'enquête santé européenne.

Contexte/Objectif

L'Europe, par l'intermédiaire d'Eurostat, a lancé auprès des Etats membres de l'Union européenne, l'Enquête européenne santé(EHIS), devenue obligatoire à partir de 2014. Le terrain de la troisième édition de l'enquête EHIS se déroule en 2019. Il fait l'objet pour la France d'une enquête *ad hoc* pilotée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la Santé.

En France, l'enquête est complétée par un module sur l'assurance complémentaire santé et sera appariée avec les données de consommations de l'Assurance maladie centralisées au sein du Système national des données de santé (SNDS).

L'Irdes est en charge de la réalisation du terrain de l'enquête en métropole qui a été confié, après appel d'offres, à la société Kantar Public.

Le terrain de l'enquête dans les départements et Régions d'outre-mer (Drom) est réalisé par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) qui, par ailleurs, conseille la Drees et l'Irdes sur les aspects méthodologiques du projet.

À partir de 2019, l'enquête EHIS sera réalisée tous les six ans.

Calendrier de réalisation et état d'avancement du projet

- Travail en cours en 2019 : Réalisation du terrain de l'enquête en métropole par la société Kantar Public.
 - Suivi du terrain métropole.
 - Test de la phase d'apurement sur les données issues de la vague de printemps de l'enquête.
 - Rédaction d'une partie du « quality report » à l'attention d'Eurostat.
 - Organisation avec la Drees des comités de pilotage.
- Programme de travail pour l'Irdes en 2020 : Post-enquête.
 - Apurement des données finales de l'enquête.
 - Rédaction de la partie « quality report » à Eurostat dont l'Irdes a la responsabilité.
 - Lancement du travail pour la publication des premiers résultats.

ENQUETE EXECO

EXercice COordonné en soins primaires face à l'épidémie de COvid 19

Code projet : EXECO2

Une enquête sociologique qualitative sur la manière dont les organisations de soins primaires font face à l'épidémie du Covid-19 en France, en lien avec leurs interlocuteurs sur les territoires

Equipe : Cécile Fournier Noémie Morize, Isabelle Bourgeois, Lucie Michel, Matti Suchier (Irdes), Laure Pitti (Cresppa)

Période de réalisation : Mars 2020 – décembre 2020

Contexte : Dans le mouvement de structuration des soins de premier recours porté par certains professionnels de santé et soutenu par l'Etat et l'Assurance maladie, l'épidémie de Covid-19 vient depuis février 2020 bouleverser les organisations et les pratiques. Elle agit comme un révélateur, mais aussi sans doute comme un accélérateur de transformations en cours, voire comme le déclencheur de nouvelles évolutions. Connaître la manière dont les organisations de soins primaires font face à cette épidémie, en lien avec leurs interlocuteurs sur les territoires considérés, est indispensable pour penser les transformations en cours. Cela permettra également de nourrir plusieurs enquêtes menées par l'Irdes sur les transformations de l'organisation des soins de premier recours : projets EOS (évaluation de l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) accessible aux maisons de santé pluriprofessionnelles) <https://www.irdes.fr/recherche/projets/evaluation-du-reglement-arbitral-applicable-aux-structures-de-sante-pluri-professionnelles-de-proximite.pdf>, ERA2 (évaluation des expérimentations articles 51) <https://www.irdes.fr/recherche/projets/evaluation-d-experimentations-article-51-de-remuneration-alternative-a-l-acte.pdf> et Paramed (compréhension des pratiques paramédicales en soins primaires)

Objectif

Face aux questions soulevées par l'épidémie, il s'agit, sur plusieurs territoires aux caractéristiques contrastées :

1) d'éclairer les réponses apportées par les acteurs impliqués dans l'organisation des soins primaires (enjeux identifiés, actions, organisations, dispositifs et outils mis en place, sources d'informations et ressources mobilisées), ainsi que les interactions entre différents groupes professionnels, équipes, institutions et secteurs, y compris l'hôpital et le secteur médico-social ;

2) de comprendre ce que les organisations existantes ont permis, et comment leurs objets et leurs fonctionnements se trouvent eux-mêmes bousculés, voire transformés par l'expérience en cours.

Ceci permettra d'apporter des connaissances complémentaires à celles provenant d'enquêtes quantitatives et qualitatives conduites par l'IRDES et par d'autres équipes de recherche auprès de différents groupes professionnels et organisations de soins primaires.

Méthode

Cette recherche s'appuie sur une étude de cas multiples, fondée sur un recueil de données par entretiens répétés.

Six équipes de soins primaires ont été prises pour point de départ. Elles ont été choisies pour la diversité de leur composition, de leur organisation (Maisons et Centres de santé participant ou non à des projets de Communautés professionnelles territoriales de **santé** (CPTS), engagé.e.s ou non dans les expérimentations article 51 nationales) et également de leur environnement (territoire rural,

semi-rural ou urbain, avec une offre de soins plus ou moins importante), dans des territoires plus ou moins touchés par l'épidémie.

Des entretiens répétés sont menés par téléphone ou en visioconférence depuis le mois de mars 2020 auprès de médecins, infirmières, pharmaciens, orthophonistes, podologues, diététiciennes, kinésithérapeutes, aides-soignantes, aides à domicile, secrétaires, chargé.e.s de mission, responsables de structures, coordinateurs.rices (de MSP, de CPTS, de Contrats locaux de santé, d'associations de permanence des soins...), exerçant en libéral, en centre de santé, à l'hôpital, en collectivité locale ou dans les institutions régionales de santé publique...

L'analyse, menée collectivement par les six chercheur.e.s, conduira d'une part à une description raisonnée de la manière dont les acteurs des territoires investigués se sont organisés au fil des phases de l'épidémie pour apporter des réponses aux besoins identifiés, et d'autre part à une approche compréhensive de ce qui, dans l'histoire des interactions entre les acteurs concernés, a conduit à ce type d'organisation des prises en charge, tout en faisant évoluer les relations entre les groupes professionnels et les institutions.

Faisabilité de l'identification des situations de handicap à partir des données médico-administratives – Projet FISH

Code projet : FISH (ex REA236)

Equipe : Maude Espagnacq, Camille Regaert, (Irdes)

Collaboration extérieure : Argo Santé, Catherine Sermet

Période de réalisation : 2016-2021

Données : Enquête Handicap Santé (HS) 2008, Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram)

Contexte et objectifs

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) souhaite explorer la possibilité de repérer les populations « en situation de handicap » au travers des données de l'Assurance maladie et, en particulier, les données de prestations de biens et services médicaux. L'objectif final de ce travail est de produire un algorithme de repérage qui sera utile dans tous les cas où les données disponibles (enquêtes, données administratives) ne permettent pas d'identifier directement les personnes en situation de handicap mais où, néanmoins, des analyses intéressantes sur ces populations pourraient être produites.

Méthodologie

Cette étude nécessite de disposer conjointement de données d'enquêtes permettant d'identifier des personnes en situation de handicap selon différentes approches (limitations fonctionnelles, restrictions d'activité, reconnaissance administrative, handicap ressenti...) et de données détaillées de l'Assurance maladie afin d'y repérer les actes ou prestations potentiellement traceurs du handicap.

L'enquête Handicap Santé (HS) de 2008 est la source la plus adaptée pour ce travail, son objectif étant de mesurer la prévalence des diverses situations de handicap. Elle comporte une interrogation approfondie sur les maladies, les déficiences, les restrictions d'activité et les limitations fonctionnelles, la vie sociale, l'équipement du logement, ainsi que sur les différentes aides humaines ou financières reçues. Cette enquête a été appariée avec les données de prestations de l'Assurance maladie de l'année précédant le terrain et les données détaillées ayant servi à réaliser cet appariement ont été conservées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). La transmission par la Drees des données brutes de l'Assurance maladie nécessite une autorisation auprès du comité du secret (autorisation obtenue le 14 octobre 2016) et de la Cnil (instruction en cours), ainsi qu'une convention entre la Drees et l'Irdes.

Cette étude sera conduite à partir de différentes définitions du handicap mobilisables dans l'enquête HS (Pichetti *et al.*, 2016 ; Espagnacq 2015, 2012 ; Haeusler, 2014 ; Mordier, 2013 ; Roussel, 2012 ; Bouvier, 2009) :

- Une définition administrative à partir des informations déclaratives sur la reconnaissance administrative du handicap (Allocation aux adultes handicapés (AAH), Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), pension d'invalidité...)
- Une ou plusieurs définitions basées sur les informations déclaratives de limitations fonctionnelles et de restrictions d'activité ;
- Une définition basée sur la question GALI du mini-module européen sur les limitations que déclarent les personnes dans les activités que les gens font habituellement (handicap ressenti).

Une première étape sera de déterminer à dire d'experts une liste d'informations du Sniiram qui, seules ou combinées, sont susceptibles d'identifier des situations de handicap.

Une seconde étape sera de vérifier, à partir des données de l'enquête HS, dans quelle mesure les informations préconisées par les experts permettent bien d'identifier des situations de handicap et d'en déduire des algorithmes permettant de repérer des populations handicapées, selon les différentes définitions du handicap préalablement retenues. Des méthodes d'analyse factorielle, telles que l'analyse discriminante, et des méthodes de régression logistiques pourront être mobilisées pour identifier, analyser et modéliser plus précisément les combinaisons d'informations permettant d'identifier le handicap et d'en inférer des algorithmes prédictifs. Des mesures de sensibilité et de spécificité et des indicateurs d'efficacité tels que les courbes de ROC (Ben-Shalom, 2016), permettront finalement de retenir les informations les plus efficaces pour repérer le handicap et de comparer des algorithmes concurrents. La sensibilité mesurera la capacité de chaque algorithme à identifier le handicap quand celui-ci est avéré par les données de l'enquête HS (taux de vrais positifs). La spécificité mesurera la capacité de chaque algorithme à identifier une absence de handicap quand celle-ci est avérée par les données de l'enquête HS (taux de vrais négatifs).

La constitution d'une liste finale de traceurs et d'un algorithme permettant d'identifier des personnes en situation de handicap fera l'objet d'allers et retours entre les experts et les statisticiens. Nous aurons également comme objectif de caractériser le plus précisément possible la population handicapée que l'algorithme ne permettra pas d'identifier, en particulier, si cela est le cas, de spécifier les types de handicaps qui ne sont pas ou mal identifiés. La limite d'âge a été fixée à 70 ans, au-delà de cet âge les polyopathologies sont nombreuses et le risque de ne pas réussir à déterminer un traceur de handicap clair est fort.

Calendrier de réalisation et état d'avancement du projet

Les différents experts ont été consultés au premier semestre 2017. Une note présentant la méthode et les enseignements de ces expertises a été réalisée début 2018 (non publiée).

L'année 2018 a été consacrée à :

- La finalisation des nomenclatures (CIM10, CCAM, LPP, etc...) permettant de déterminer si une maladie, un acte ou une prestation est traceur de limitation visuelles.
- L'algorithme sur le handicap visuel a été appliqué sur les données de l'enquête HS. L'analyse des résultats est en cours.

Les travaux se sont poursuivis en 2019 et en 2020 avec :

- La construction de l'algorithme pluriannuel sur le handicap visuel, visant à récupérer les prestations des années antérieures (acquisitions de lunettes non renouvelées tous les ans par exemple).
- La finalisation des nomenclatures (CIM10, CCAM, LPP, etc...) permettant de déterminer si une maladie, un acte ou une prestation est traceur de limitations motrices ou organiques.
- La construction de l'algorithme pluriannuel sur le handicap moteur, visant à récupérer les prestations des années antérieures (acquisitions de lunettes non renouvelées tous les ans par exemple).
- La rédaction de l'algorithme psychique, intellectuel et cognitif
- La comparaison des résultats avec l'enquête HS 2008.

Le rapport sera publié en 2021.

Valorisation

Publications Irdes

- Projet de *Questions d'économie de la santé* sur l'identification des personnes en fauteuil roulant dans le Sniiram
- Projet de *Questions d'économie de la santé* sur l'identification du degré de limitation des personnes avec une blessure médullaire dans le Sniiram
- Projet de *Questions d'économie de la santé* sur l'identification du degré de limitation des personnes avec une sclérose en plaques dans le Sniiram

Colloques et séminaires

- *Journées EMOIS 2019*, Nancy, 14-15 mars 2019, « Validation d'un algorithme de repérage des limitations visuelles dans les données du SNDS », Espagnacq M., Regaert C., Sermet C. (co-auteur Penneau A.).

Ce projet a été présenté au conseil scientifique de l'Irdes le 30 mai 2016 : « Faisabilité de l'identification des situations de handicap à partir des données médico administratives (projet FISH) », Sermet C., Espagnacq M., Penneau, A. Regaert.

Enquête sur les bénéficiaires de prestation du handicap (Enquête Phedre)

Code projet : PHEDRE

Equipe : Maude Espagnacq, Stéphanie Guillaume (Irdes), Vanessa Bellamy (Drees)

Collaboration extérieure : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé (Drees).

L'enquête Phedre (Prestation de compensation du Handicap : Exécution dans la Durée et Reste à charge) est une collaboration Drees-Irdes, soutenue par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui porte sur les bénéficiaires de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ayant eu une notification suite à une demande faite en 2012.

Période de réalisation : 2016-2021

Données :

Contexte et objectifs

L'enquête Phedre vise à répondre à deux questions principales autour de la PCH :

- Évaluer les écarts qui peuvent exister entre les plans notifiés par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et ce qui est réellement mis en place par le bénéficiaire ;
- Estimer le reste à charge financier pour le bénéficiaire des dépenses liées à chaque élément PCH.

Méthodologie et phasage du projet

Pour répondre aux objectifs, trois sources doivent être sollicitées : les données des MDPH qui notifient les plans, les Conseils départementaux (CD) qui paient la prestation et les bénéficiaires.

Cette enquête se déroulera en quatre étapes :

- Un volet par extractions de données administratives qui aura lieu à partir de fin 2016 et en 2017 (25 départements seront interrogés) :
 - Identification des personnes concernées par l'enquête à partir des bases de données des MDPH.
 - Récupération des paiements des éléments de PCH versés par le Conseil départemental, qui permettra d'identifier les personnes qui ont mis en place totalement leur plan d'aide, celles qui l'ont mis en place partiellement et celles qui ne l'ont pas du tout mis en place.
- Un volet individuel en 2019 (9 500 plans sélectionnés, 4 500 bénéficiaires visés répondant en face-à-face), constitué d'une enquête en face-à-face effectuée auprès d'un échantillon de bénéficiaires présents dans la base issue du volet administratif pour compléter les informations sur le financement de leurs aides et aménagements et recueillir leur ressenti sur le reste à charge ; un questionnaire sera également ajouté pour identifier leurs difficultés (ou non) à mettre en place leur plan d'aide ou les causes de son abandon (même partiel) ; enfin, elles seront interrogées sur leur recours à l'aide, y compris celle qui n'est pas financée au titre de la PCH.
- En 2019, un nouveau recueil de données administratives auprès des MDPH permettra d'obtenir les plans d'aides proposés et les caractéristiques individuelles des bénéficiaires de l'échantillon.
- Enfin, les données individuelles précédemment collectées seront appariées aux données de consommations de soins issues du Sniiram, afin de mesurer le niveau de recours des bénéficiaires.

Calendrier de réalisation et état d'avancement du projet

- 2016 : Élaboration du protocole de collecte, préparation des remontés administratives.
- 2017 : Extraction des données administratives (MDPH, CD), élaboration du questionnaire en face-à-face et du questionnaire MDPH, préparation des terrains (entretiens en face-à-face et questionnaire MDPH).
- 2018/19 : passages au comité du label (obtention du label avec caractère obligatoire), Cerees (avis favorable), Cnil (en cours)
- 2020 : Entretiens en face-à-face,
- 2021 : questionnaires dans les MDPH
- Apurement, pondérations
- Appariement Sniiram, publications

Enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017

Code projet : PSCE17

Equipe : Stéphanie Guillaume, Marc Perronnin, Frédérique Ruchon (Irdes), Aude Lapinte, responsable de l'enquête, Catherine Pollak (Drees)

Collaboration extérieure : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la Santé

Période de réalisation : 2015-2020

Contexte et objectifs

La protection sociale complémentaire d'entreprise joue un rôle prépondérant dans la couverture des risques liés à la maladie, à l'incapacité ou au décès, chez les salariés. Financée pour partie par l'employeur et subventionnée par les pouvoirs publics, elle est susceptible de jouer un rôle important dans l'équité du système de protection sociale en santé mais également sur l'efficacité de la demande de soins et de l'offre de travail.

L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) interroge directement les établissements sur leurs contrats d'assurance et de prévoyance complémentaire d'entreprise, permettant ainsi de recueillir des caractéristiques qui sont *a priori* peu ou pas connues des salariés, en particulier le niveau des prestations offert par le système de protection sociale complémentaire, le coût des contrats, le partage de ce coût entre employeurs et salariés et leur mode de négociation. Réalisée une première fois en 2003 auprès des seuls établissements, elle a été renouvelée en 2009 et enrichie à cette occasion d'un volet Salariés qui permet de relier les informations sur les contrats d'entreprise avec les caractéristiques individuelles des salariés en termes de situation sociodémographique, d'état de santé, de conditions de travail et de protection sociale hors du lieu de travail.

La généralisation de la couverture d'entreprise à l'ensemble des salariés du secteur privé par l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 va accroître son poids, modifiant les équilibres sur le marché de l'assurance et du travail. Dans ce contexte, disposer d'informations permettant d'évaluer ce type de couverture en termes d'équité et d'efficacité représente un enjeu crucial, ce qui motive une nouvelle édition de l'enquête PSCE. L'enquête PSCE 2017 a pour objectif premier d'évaluer les effets de l'ANI de 2013 sur l'offre de couverture, la demande de soins, le comportement des individus en termes d'offre de travail. L'offre de couverture dans les entreprises qui n'en proposaient pas auparavant et l'évolution à laquelle font face les salariés de ces établissements en termes de niveaux de garanties et de primes seront particulièrement étudiées. En interrogeant les salariés qui ont changé d'entreprise et ceux qui ont cessé temporairement ou définitivement leur activité, cette enquête permet également d'évaluer le renforcement des dispositifs de portabilité des contrats. Enfin, elle fournit des informations sur des éléments de prévoyance complémentaire, en particulier les arrêts maladie.

Caractéristiques de l'enquête

Pour cette nouvelle édition de l'enquête PSCE, menée en partenariat avec la Drees, l'Irdes est responsable du terrain, des apurements et des appariements et participe à l'ensemble des étapes en amont et en aval.

Le champ de l'enquête intègre l'ensemble des établissements employeurs de droit privé, y compris ceux de l'agriculture et des Départements d'outre mer (Dom) qui n'étaient pas pris en compte lors des précédentes enquêtes, et leurs salariés. Les deux volets de l'enquête sont couplés : les salariés interrogés sont tirés parmi les établissements échantillonnés. Au total, 10 000 établissements et 18 000 salariés ont été échantillonnés.

L'enquête avait obtenu lors du passage au Label le caractère obligatoire. La passation du volet Etablissement de l'enquête a été effectuée par téléphone et internet pour les établissements et par internet et papier pour les salariés. Un questionnaire court est passé aux salariés travaillant dans les établissements n'ayant pas répondu à l'enquête. La réalisation du terrain, sous-traitée à la société Kantar-Sofres, s'est déroulée de la mi-février à début juillet 2017. Au total, 6 122 établissements et 7 533 salariés - dont 1 300 parmi les établissements non-répondants - ont répondu à l'enquête.

Apurements - appariements

L'automne 2017 et le premier semestre de l'année 2018 ont été consacrés à l'apurement et au redressement des échantillons. Le codage des garanties des contrats de complémentaire santé d'entreprise, à partir des tableaux de garanties transmis par les établissements enquêtés, a été réalisé au deuxième semestre 2018 pour ce qui concerne la formule minimale offerte et est en cours de traitement en ce qui concerne la formule la plus souscrite.

Dès 2018, l'enquête, les volets Etablissements et Salariés avaient été appariés avec les DADS 2015. En 2020, cet appariement a été complété par les données DADS 2016 et 2017 ainsi que par une version actualisée des DADS 2015. En 2020, un dictionnaire des variables a été construit de sorte que les données (hors celles issues du SNDS) sont diffusables auprès des chercheurs, sous réserve que ceux-ci aient les autorisations adéquates. A la fin de l'année 2020 et en 2021, le volet Salariés sera apparié aux données de consommations médicales du SNDS des années 2014 à 2017.

Valorisation

Les premiers résultats de l'enquête ont fait l'objet d'une publication communes Irdes- Drees sous la forme d'un *Question d'économie de la santé-Etudes et résultats* (Lapinte, Perronin, 2018). Un rapport Irdes sur la méthodologie, le déroulement et les résultats descriptifs de l'enquête est paru en novembre 2019. Un *Question d'économie de la santé* sur les déterminants de l'offre de complémentaire santé par les entreprises est paru en novembre 2020. L'enquête a été exploitée, du côté de la Drees, dans le cadre de la rédaction de fiches du panorama sur la couverture complémentaire santé de la Drees.

Calendrier de réalisation

2015 : définition du protocole d'enquête (tirage et terrain), rencontres avec les experts du domaine de l'assurance, les experts Insee en méthodologie d'enquête et les partenaires sociaux.

2016 : poursuite du travail sur les questionnaires, en s'appuyant sur les échanges avec les chercheurs et les fédérations, et préparation de la phase test de l'enquête qui a eu lieu entre mars et mai 2016. Passage au comité du Label début juillet 2016. Echantillonnage des établissements fin 2016.

2017 : échantillonnage des salariés, terrain, apurement et redressement de l'enquête.

2018 : *Questions d'économie de la santé* sur la méthodologie et les résultats d'enquêtes, rédaction de fiches utilisant l'enquête dans le cadre du panorama sur la couverture complémentaire santé de la Drees ; passage au Cerees et à la Cnil.

2020 : publication du rapport d'enquête et premières mises à disposition des données. Publication d'un *Questions d'économie de la santé* sur l'offre de complémentaire santé par les entreprises.

2021 : appariement avec les données du SNDS.

Valorisation

Publication Irdes

- Lapinte A. (Drees), Perronnin M. (2018). « [96 % des salariés ont accès à une assurance complémentaire santé d'entreprise en 2017](#) ». *Questions d'économie de la santé* n° 236, juillet-août.
- Perronnin M. (2019). « L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017 ». Rapport Irdes n° 572, novembre.
- Perronnin, M., Raynaud D. (2020). « La couverture complémentaire d'entreprise : des modalités de mise en œuvre variables selon les entreprises ». *Questions d'économie de la santé*, n° 251, novembre.

DOCUMENTATION

Les missions de la documentation consistent, d'une part, à faciliter l'accès à l'information pour les chercheurs, en interne comme à l'externe, et, d'autre part, à enrichir et mettre à disposition son fonds documentaire spécialisé en économie de la santé et domaines corollaires. Elle met en œuvre et coordonne la politique documentaire en fonction des objectifs de recherche de l'Irdes, acquiert, gère et met à disposition des usagers les ressources documentaires : périodiques, ouvrages, bases de données, assure les recherches documentaires en interne et en externe, réalise une veille documentaire destinée aux chercheurs de l'Irdes et aux partenaires, propose des produits documentaires (Newsletters de veille et synthèses documentaires) facilitant l'accès à l'information dans le domaine de l'économie de la santé, forme les utilisateurs aux méthodologies et outils de recherche d'informations scientifiques et techniques, coopère avec des centres de documentation.

Un fonds documentaire pluridisciplinaire et d'une grande valeur historique

Les spécificités du fonds documentaire. La première spécificité du fonds documentaire de l'Irdes réside dans sa **pluridisciplinarité**. L'économie de la santé constitue la pierre angulaire du fonds, mais ce dernier s'avère aussi une référence sur l'organisation des systèmes de santé, la politique de santé, l'hôpital, la protection sociale, les théories économiques et les méthodes statistiques... en France, comme dans les pays industrialisés. Sa deuxième spécificité relève de sa valeur **historique**. A l'origine, centre de documentation de la Division d'économie médicale du Credoc, le fonds documentaire possède des documents datant des années cinquante, qui constituent aujourd'hui des ressources rares et précieuses.

Les ressources documentaires. De natures diverses, elles sont composées de collections comme l'intégralité des rapports et études de l'Irdes depuis 1954 ; des rapports officiels et recueils de statistiques sur la santé émanant des ministères, des organismes de protection sociale français et étrangers, des instituts de recherche... ; des ouvrages, thèses et rapports fondamentaux (à noter, le « Black Report 1980 » sur les inégalités de santé en Angleterre, « Free for All? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment » de JP Newhouse (1993), etc. ; des collections de périodiques, dont 30 % en langue anglo-saxonne (comme *Health Economics*, *Journal of Health Economics*) ; des working papers de centres de recherche étrangers (NBER, CHE de York, King's Fund Institute...) ; des dossiers thématiques permettant de revisiter l'actualité de la santé depuis les années 1980 ; des ressources électroniques (Econlit, portail EJS d'Ebsco) et d'une base de références bibliographiques.

Une banque de données en économie de la santé et domaines connexes

Fin 2020, la banque de données documentaire de l'Irdes comprend **75 847 références** dont 1 321 **nouvelles références** introduites cette année. L'Irdes était un membre très actif du réseau BDSP mais ce réseau a été dissous fin 2018 faute de financement pérenne. La base BDSP demeure disponible néanmoins en archives ouvertes sur le site de l'Inist³, mais n'est plus mise à jour.

En interne, la base documentaire de l'Irdes est gérée depuis 2013 *via* le logiciel Gediweb. Elle est consultable sur l'Intranet par l'ensemble des chercheurs de l'Irdes.

Des prestations documentaires et services à valeur ajoutée

La veille documentaire. Le service documentation assure une veille documentaire sur les thèmes de recherche de l'Irdes comme sur les sujets d'actualité en santé.

Cette veille s'effectue sur la plupart des ressources disponibles en économie de la santé et domaines corollaires : collections de revues, ouvrages, littérature grise, banques de données et Internet, listes

³ Inist : <https://bdsp-ebesp.inist.fr/cms/?lang=fr>

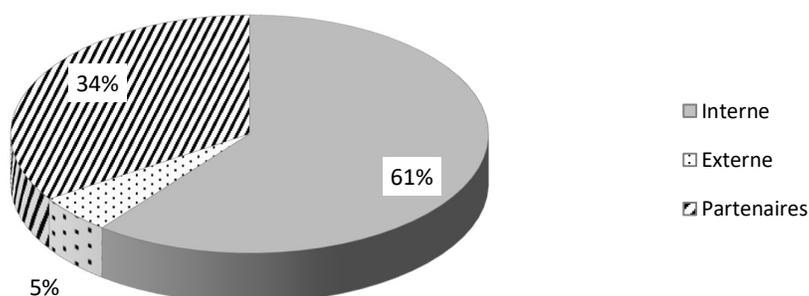
de diffusion. L'utilisation de logiciels de veille documentaire – Website-Watcher et Netvibes – permet un suivi exhaustif des sites Internet producteurs de littérature grise.

Des produits de veille. « Actualités santé et protection sociale » et « Veille scientifique en économie de la santé » compilent cette veille. Ils sont diffusés auprès des chercheurs de l'Irdes et, plus largement, auprès de nos partenaires institutionnels (Cnam, Drees, CCMSA, CNSA...). Ils sont aussi mis en ligne dans la rubrique « Ressources documentaires » du web.

La documentation réalise aussi **une veille sur les appels d'offres** dans le domaine de la santé. Ce suivi est essentiellement basé sur les principaux sites et lettres d'information qui en diffusent : <https://www.marches-publics.gouv.fr>, Iresp, Inserm, SFSP, EHESP... Les appels d'offres internationaux sont également pris en compte, notamment au travers du site mis en place par l'Union européenne (Horizon 2020) et du site du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation.

Recherche documentaire. Depuis 2016, la recherche documentaire se répartit de manière sensiblement équivalente entre recherche interne et recherche externe, mais on note toutefois en 2020 un léger fléchissement de la recherche externe. La demande externe émane principalement de nos partenaires institutionnels. Le savoir-faire de la documentation semble reconnu et apprécié. L'activité du service documentation s'est globalement accrue.

Répartition de la recherche documentaire en 2020



Évolution de la Recherche documentaire : 2015-2020

Année	Interne	Externe (yc partenaires)	Total
2015	221	164	385
2016	210	284	494
2017	215	216	431
2018	230	195	425
2019	235	189	424
2020	232	151	383

Recherche interne. La documentation répond aux demandes d'informations des chercheurs - qui sont de natures diverses : informations statistiques, informations sur des thèmes ponctuels et des bibliographies approfondies sur une thématique de recherche. **Une revue de la littérature** est

d'ailleurs réalisée pour la plupart des projets de recherche de l'Irdes. La documentation réalise les recherches bibliographiques en amont, à partir des bases internationales en santé, sciences sociales et sciences économiques (Medline, Embase, Econlit...). Une recherche sur Internet permet de compléter très utilement ces sources, et le suivi des listes Nep-Repec, Equidad et IZA (Institut of Labor Economics) permet le recensement de la littérature grise. Néanmoins, l'absence d'accès à un portail mutualisé de ressources (ISI Web of Knowledge, Scopus..) est un frein à la qualité et à la rapidité des recherches. Depuis 2015, les recherches bibliographiques sont mutualisées sur le logiciel Endnote. L'élaboration des revues de la littérature relève, pour l'instant, de l'expertise des chercheurs.

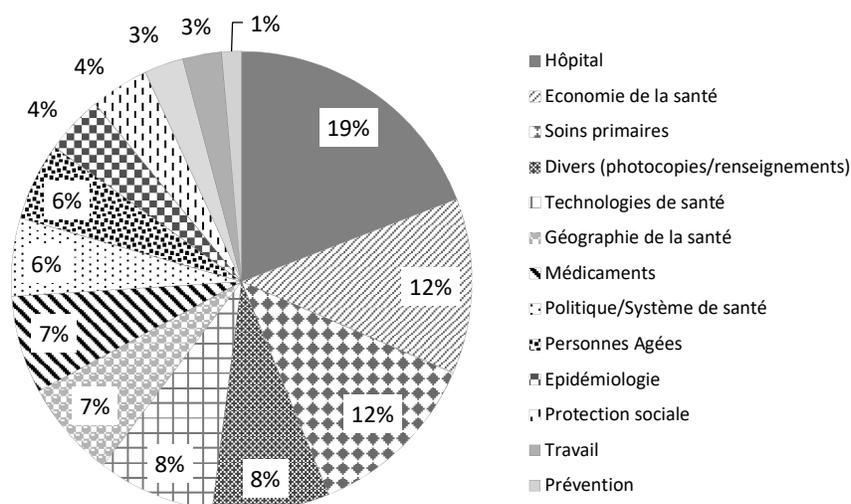
En 2020, les recherches internes ont principalement porté sur les thèmes suivants : **Organisation et régulation des soins et services de santé** : Sociologie et pratiques professionnelles des paramédicaux ; Raac ; les soins non programmés ; migration des médecins à diplôme étranger ; l'éducation thérapeutique des patients. **Protection sociale, santé et accès aux soins** : les comportements de santé des jeunes adultes. **Intégration et financement des secteurs de santé, médico-social et social** : Approche centrée sur les patients en santé mentale ; le recours aux soins somatiques chez les personnes souffrant de troubles mentaux. **Viellissement en handicap** : Fin de vie en Ehpad en France et à l'étranger ; SEP, emploi et invalidité ; hospitalisations évitables en psychiatrie. **Autres** : les méthodes mixtes de recherche qualitative et quantitative ; **veille sur la covid-19** (HSPSM, soins primaires, ensemble des thématiques de recherche de l'Irdes).

Par ailleurs, des recherches aussi approfondies qu'en interne ont été réalisées pour nos partenaires. En 2020, la documentation a été sollicitée par la Drees : les politiques de lutte contre la désertification médicale, l'institutionnalisation des personnes âgées en France et à l'étranger ; par le Haut Conseil de la santé publique : l'impact des écrans sur la santé des enfants.

Recherche externe. La documentation assure également l'information du public externe : demandes par téléphone, par mail et sur place (sur rendez-vous). Cette demande s'est modifiée ces dernières années en raison de la mise en ligne sur le web de l'Irdes des publications de l'Institution, de nombreux outils de référencement (bibliographies, sources d'information, carnets d'adresses, documents et données statistiques en ligne) et, surtout, des synthèses documentaires. Par ailleurs, les besoins changent : le public recherche moins la consultation des documents sur place, mais apprécie davantage d'être conseillé ou orienté sur les services. Malgré tout, les demandes d'informations par e-mail demeurent constantes.

En 2020, les principaux sujets de ces recherches ont porté sur l'économie de la santé, l'hôpital et les soins primaires. Les usagers sont principalement des étudiants (filères santé, sociales, économiques), des professions de santé, des chercheurs, des consultants et les administrations.

Répartition de la recherche documentaire par thématiques en 2020



Consultation de l'espace documentation sur le web. Ces dernières années, l'essor de l'Internet et des réseaux sociaux a considérablement bouleversé le paysage de l'information comme les pratiques documentaires. Les relations entre les professionnels de l'information et les usagers s'en sont trouvées profondément modifiées. **Les visiteurs du centre de documentation sont devenus virtuels.** C'est sur la période : **2011-2014** que la consultation de l'espace documentation du web s'envole, résultat de plusieurs facteurs : une mise à jour régulière des produits, une meilleure diffusion grâce aux média sociaux (facebook, twitter), la *Lettre d'information* de l'Irdes et l'ajout de nouvelles synthèses. Après l'infléchissement de 2015, **la consultation de l'espace documentation repart à la hausse depuis 2016.** Six nouvelles synthèses et bibliographies ont été mises en ligne en 2017, sept autres en 2018, cinq en 2019. Ce style de produit est de loin le plus consulté. **Les synthèses et bibliographies les plus téléchargées en 2019** sont : la e-santé : télésanté, santé numérique, santé connectée, les plans de réforme de l'assurance maladie en France, l'histoire des réformes hospitalières en France, les soins de santé primaires, la loi de modernisation du système de santé, l'hôpital en France, la politique du médicament en France, la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, les lois de financement de la sécurité sociale., la prise en charge des accidents du travail. On remarque cependant que la consultation des produits de veille⁴ a bondi en 2019 (109 804 contre 75 100 en 2018).

Consultation en 2020

Consultation globale : **657 213** téléchargements annuels, soit **54 767** mensuels
 Synthèses documentaires : **624 780** téléchargements annuels, soit **52 064** mensuels
 Produits de veille : **118 917** téléchargements annuels, soit **9 909** mensuels

⁴ Produits de veille : *Actualités santé et protection sociale, Veille scientifique en économie de la santé*

Évolution de la consultation de l'espace doc : 2015-2020

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Espace doc	921 087	1 108 454	1 207 842	806 344	807 568	657 213
Produits de veille (1)	82 363	88 761	82 672	75 100	109 804	118 917
Veille scientifique en Éco santé	39 567	26 581	18 396	48 745	51 244	32 433
Actualités santé	19 811	45 093	39 640	26 355	58 560	86 484
Outils d'aide à la recherche	121 749	85 512	80 801	70 470	63 360	49 589
Synthèses documentaires	860 650	1 063 243	1 164 810	757 599	756 324	624 780

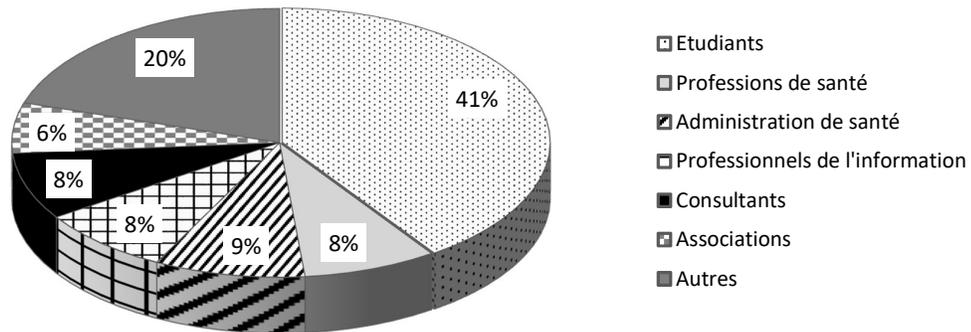
- (1) Quoi de neuf, Doc ? + Veille scientifique + Actualités santé
 (2) La parution de Quoi de neuf, Doc ? s'interrompt fin 2013. Veille scientifique (ex Doc Veille) est mis en ligne en 2013, Actualités santé (ex Doc News) en 2015.

Top 10 de la série « Bibliographies & Synthèses »

Titres de la publication	Nombre de téléchargements
La e-santé : télésanté, santé numérique et santé connectée	64 576
Historique des réformes hospitalières en France	59 679
L'économie de la santé	37 612
Les soins de santé primaires	35 298
L'hôpital en France	29 333
Les plans de réforme de l'assurance maladie	28 937
La politique du médicament en France	27 463
La santé mentale en France et à l'étranger	23 199
La loi de modernisation de notre système de santé	22 331
La géographie de la santé	20 912

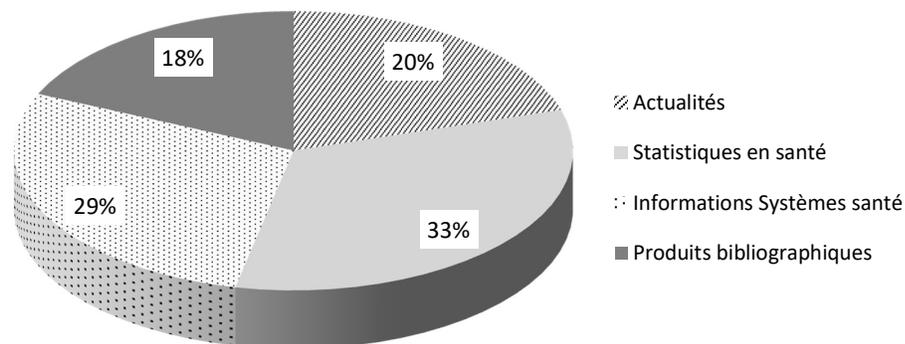
La typologie des utilisateurs de l'espace documentation : nos premiers utilisateurs appartiennent au monde universitaire : étudiants, principalement en licence et master, ainsi qu'au monde des professionnels de la santé. Viennent ensuite, à part égale, les administrations de santé et les professionnels de l'information. Les chercheurs en sciences économiques et sociales sont aussi bien représentés.

Typologie des utilisateurs



Nos usagers recherchent, en premier lieu, des données statistiques et des informations sur le système de santé français. De ce fait, les synthèses documentaires sont largement plébiscitées, car elles retracent des éléments du paysage sanitaire français. Les produits bibliographiques sont aussi fort appréciés comme les outils d'aide à la recherche : méthodologie de recherche documentaire, informations sur les sources statistiques et documentaires.

Typologie de l'information recherchée



Produits documentaires. La documentation réalise **des outils et produits documentaires** de natures et à vocation très différentes (*cf.* annexe, p. 216). Ces documents sont mis en ligne sur l'Intranet et/ou l'Internet de l'Irdes par le service web.

- **Panorama de presse thématique** : issu du dépouillement de quatre quotidiens (Le Monde, le Quotidien du Médecin, le Généraliste, Egora – Le Panorama du médecin) et de trois hebdomadaires (Concours Médical, Espace social européen, Revue du praticien), il présente l'actualité en neuf thèmes : politique de santé, protection sociale, morbidité, consommation médicale, médecine libérale, etc. Depuis 2008, il est réalisé sous un format électronique accessible sur l'Intranet de l'Irdes. Sa parution est devenue mensuelle en 2014.
- **Actualités santé et protection sociale** : à parution bi-mensuelle, ce produit de veille (anciennement intitulée Doc News) rassemble de façon thématique les résultats de la veille

documentaire sur l'actualité en santé. Elle est réalisée à partir des listes de diffusion et du suivi de sites français et étrangers.

- **Veille scientifique en économie de la santé** : à parution mensuelle, ce produit de veille (anciennement intitulé *Doc Veille*) rassemble de façon thématique les résultats de la veille documentaire en économie de la santé : articles, littérature grise, ouvrages.
- **Synthèses et bibliographies thématiques : Les bibliographies thématiques** s'apparentent à des revues de la littérature portant sur un questionnement de recherche. Elles balaient tous les axes de recherche de l'Irdes. **Neuf nouvelles bibliographies ont été réalisées en 2020** : la médecine de précision ou la médecine personnalisée ; le soutien à domicile des personnes dépendantes ou handicapées : la prise en charge des psychothérapies dans les pays de l'OCDE ; les parcours de soins pour prothèses de hanche et de genou ; l'institutionnalisation des personnes âgées dépendantes : éléments de comparaison internationale ; les soins non programmés et le recours aux urgences hospitalières dans les pays de l'OCDE ; Covid-19 : éléments de littérature scientifique ; sclérose en plaques et emploi ; les paramédicaux : sociologie et délégation de soins. **Huit bibliographies ont été mises à jour** : les enquêtes auprès des migrants ; vieillissement et santé ; la santé en France ; les restes à charge ou les dépenses catastrophiques en France ou à l'étranger ; les politiques de lutte contre la désertification médicale ; soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France et à l'étranger ; santé et travail ; projections des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE. **Une synthèse a été mise à jour** : les lois de financement de la sécurité sociale.
- **Glossaire anglais-français en économie de la santé** : une refonte en profondeur a été réalisée en 2018-2019 dans le cadre de la collaboration des services Publications/Communication-Documentation. La documentation y a intégré tous les termes du vocabulaire Mesh de Medline, utilisés lors de recherches bibliographiques effectuées depuis les années 2000. Elle a aussi réalisé un index des sigles et acronymes (Institutions et dispositifs). Ce glossaire est mis à jour annuellement.
- **Outils d'aide à la recherche** : « Recherches documentaires et statistiques », « Sources d'information et méthodes de recherche documentaire », « Ouvrages et sites de référence en statistique ».
- **Annuaire structuré des sites web et Carnet d'adresses en santé** : nouvelle version en 2019.
- **Catalogue de revues** : nouvelle version réalisée en 2017 avec entrée alphabétique.
- **Calendrier des colloques** (événements en économie de la santé...).

Autres prestations. La documentation assure **la mise à jour de plusieurs bibliographies par enquêtes** : SHARE, ESPS.

Gestion documentaire

La politique actuelle d'acquisitions privilégie les ressources électroniques sur les sources papier, pour des raisons économiques et des impératifs de stockage linéaire. Les abonnements payants aux revues ont été considérablement réduits (33 abonnements au lieu de 50). Les autres titres de revues sont reçus par échange avec les publications de l'Irdes (Presse médicale essentiellement) ou accessibles gratuitement en ligne. Les achats d'ouvrages se restreignent aux simples demandes des chercheurs. Seuls quelques ouvrages incontournables sont commandés pour assurer une mise à jour du fonds documentaire. En revanche, de nombreux articles sont téléchargés ou commandés pour les revues de la littérature.

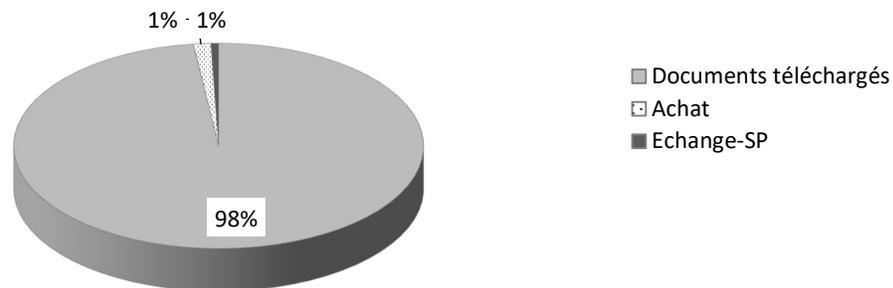
Les documents en accès libre sur Internet (rapports français officiels, rapports des centres de recherche français et étrangers) ont pris une grande importance ces dernières années. Ces documents sont archivés électroniquement dans la base documentaire, grâce au logiciel Gediweb, lors de la réalisation des notices bibliographiques. Le fonds documentaire devient donc en grande partie numérique.

Le nombre des documents analysés dans la base de données se situent annuellement autour de 1 200. Les articles commandés pour les revues de la littérature ne sont plus indexés dans la base de données Gediweb, mais archivés automatiquement dans la base Endnote Doc Veille, afin d'alléger les travaux d'indexation.

Modes d'acquisition des documents : 2015-2020

Année	Achat	Échange - Gratuit	Téléchargés	Total
2015	31	145	938	1 114
2016	54	23	675	752
2017	37	25	718	780
2018	50	26	526	602
2019	48	14	773	835
2020	16	7	1141	1164

Modes d'acquisition des documents en 2020



Collections de périodiques : 2015-2020

Année	Achat	Échanges et gratuits	Total
2015	32	48	79
2016	32	48	79
2017	32	48	79
2018	32	27 échanges	79
2019	32	27 échanges	79
2020	32	15 échanges	47

Collaborations et partenariats

La documentation participe au groupe du collectif BDSP dont l'objectif est de recréer un réseau d'information francophone en santé publique. Une solution technique a été trouvée auprès de JB Concept. Par ailleurs, le service documentation de l'Irdes participe activement à de nombreux réseaux : réseau universitaire Sudoc, Association des professionnels de l'Information (ADBS) : groupe « Médecine, santé et médicament », groupe « Nouvelles technologies de l'information », réseau Aramis.

La documentation en chiffres

126 collections de périodiques

383 recherches annuelles

Une base bibliographique de 75 847 références

2 produits de veille

49 synthèses et bibliographies thématiques

ANNEXE

Produits documentaires 2020

Veille scientifique en économie de la santé (ex Doc Veille)

Veille bibliographique thématique, mensuelle, réalisée à partir de la littérature scientifique en économie de la santé.

Actualités santé et protection sociale (ex Doc News)

Veille thématique bimensuelle sur l'actualité en santé, réalisée à partir de listes de diffusion, de revues de presse en ligne et de sites français et étrangers.

Synthèses et bibliographies thématiques

Nouveautés (9)

- La médecine de précision ou la médecine personnalisée. 2020/03.
- Le soutien à domicile des personnes dépendantes ou handicapées. 2020/03.
- La prise en charge des psychothérapies dans les pays de l'OCDE. 2020/04.
- Les parcours de soins pour prothèses de hanche et de genou. 2020/05.
- L'institutionnalisation des personnes âgées dépendantes : éléments de comparaison internationale. 2020/06.
- Les soins non programmés et le recours aux urgences hospitalières dans les pays de l'OCDE. 2020/07.
- Covid-19 : éléments de littérature scientifique. 2020/09.
- Sclérose en plaques et emploi. 2020/10.
- Les professions paramédicales : sociologie et délégation de soins. 2020/12.

Mises à jour (8)

- Vieillesse et santé. 2020/01.
- Les lois de financement de la sécurité sociale. 2020/01.
- Les restes à charge ou les dépenses catastrophiques en France et à l'étranger. 2020/02.
- Les politiques de lutte contre la désertification médicale. 2020/03.
- Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France et à l'étranger. 2020/03.
- Santé et travail. 2020/04.
- La santé en France. 2020/04.
- Projections des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE. 2020/05.

Outils documentaires / Adresses et sites utiles

Mises à jour :

- Sources d'information et méthodologie de recherche documentaire. 2020/07.
- Glossaire de termes anglo-saxon en économie de la santé : version anglo-françaises. 2020/10 (collaboration Publi/Doc).

**PUBLICATIONS
ET COMMUNICATION**

Introduction

La stratégie de publication de l'Irdes repose sur une articulation entre la publication académique et la publication de plus grande diffusion au sein des éditions de l'Irdes. Cette stratégie est liée au positionnement particulier de l'Institut, organisme de recherche appliquée et pluridisciplinaire. L'Irdes développe ainsi différents moyens pour valider les résultats des travaux de recherche qu'il produit (encadré ci-dessous) et différents supports pour en faciliter l'accès. Sa politique éditoriale s'appuie sur deux axes majeurs : d'une part, la diffusion de résultats d'études, de recherche ou d'enquêtes en matière d'économie de la santé et de protection sociale, s'adressant à un public large composé de spécialistes et de néophytes ; cette diffusion est fondée sur un support de synthèse, **Questions d'économie de la santé (QES)**, dont la lisibilité et l'accessibilité sont les principaux objectifs ; d'autre part, la mise à disposition, en premier lieu auprès de la communauté scientifique, de travaux de recherche soumis pour publication dans des revues à comités de lecture ou de rédaction ; ces prépublications, diffusées dans la série des **Documents de travail de l'Irdes**, ont pour vocation d'alimenter le débat scientifique en servant de support à des séminaires lors desquels ils sont discutés afin d'être enrichis. Les **Rapports de l'Irdes**, collection de référence, s'inscrivent dans la continuité de ces deux axes, publiant les résultats complets d'études, de recherches ou d'enquêtes. Elle accueille une nouvelle série « Etudes de cas » qui répond de façon synthétique à un questionnement en s'appuyant sur l'étude de situations sur le terrain. Cette nouvelle série des rapports de l'Irdes repose sur des entretiens avec des chercheurs et des acteurs du champ concerné. Quant à la collection des **ouvrages**, elle comprend deux séries : l'une consacrée à des atlas thématiques sur les disparités territoriales de santé (accès aux soins, pratiques médicales...), l'autre à un glossaire franco-anglais/anglo-français des termes en économie de la santé, actualisé en continu. Comme les *Questions d'économie de la santé*, cette collection d'ouvrages s'adresse à un public large et diversifié.

Tous les résultats des travaux de recherche diffusés au sein des éditions de l'Irdes suivent un processus de validation qui passe tant par des relectures de chercheurs (en interne et à l'extérieur), d'institutionnels et d'acteurs – spécialistes des sujets traités – que par des présentations-discussions lors de séminaires et colloques de recherche français et internationaux (internes et externes), ainsi qu'à l'occasion des soumissions dans des revues académiques. Les *Questions d'économie de la santé* sont, pour leur part, systématiquement présentés lors du séminaire interne pouvant réunir tous ces acteurs : « Les mardis de l'Irdes » (annexe 1 – Charte des publications, p. 233).

Ces publications, toutes en ligne dans leur version intégrale sur le site de l'Irdes, bénéficient d'une communication qui passe par deux vecteurs principaux : des **communiqués de presse** envoyés dès leur parution aux publics concernés et les lettres électroniques de l'Irdes : la première, La **Lettre d'information de l'Irdes**, est mensuelle et en français, la seconde, **Irdes Newsletter**, en anglais, est semestrielle. Envoyées à 26 500 destinataires (tous publics confondus), elles recensent les productions et interventions des chercheurs : publications Irdes et autres, séminaires et workshops, projets et partenariats français et étrangers, auditions, etc. Les annonces de parutions sont également diffusées sur les réseaux sociaux (Twitter, Facebook...). La maquette de ces deux lettres a été renouvelée en 2020 et adaptée pour être lisible sur n'importe quel type d'écran.

La diffusion des publications de l'Irdes est adaptée selon les titres. Les *Questions d'économie de la santé* sont aussi édités en version papier et gratuits tandis que la version papier des collections des Rapports de l'Irdes ou des ouvrages est payante (leur version en ligne sur le site de l'Irdes demeurant gratuite). Les Documents de travail, pour leur part, sont exclusivement diffusés en ligne gratuitement.

Un soutien est par ailleurs apporté aux chercheurs pour faciliter la valorisation et la dissémination de leurs travaux de recherche : outre les titres de l'Irdes mis à leur disposition ainsi qu'une aide à la

traduction en anglais, un appui logistique pour la réalisation de séminaires et colloques leur est fourni ainsi que les supports de communication nécessaires (affiches, programmes, page web...).

Année 2020 et perspectives 2020-2022

La dissémination et la valorisation des travaux des chercheurs dans la sphère académique et à l'international sont parmi les axes qui ont connu en 2020 un fort développement. Cela se traduit par la production d'articles, en particulier en anglais dans des revues internationales (annexe 2, p. 242), l'enrichissement des contenus en anglais sur le site de l'Irdes, l'alimentation en continu du glossaire anglais-français, français-anglais des termes en économie de la santé, l'actualisation de l'Irdes-Dauphine Workshop on Applied Health Economics and Policy Evaluation, le développement de réseaux internationaux,... et l'abondement du fichier des destinataires scientifiques tant français qu'étrangers.

Outre les séminaires externes auxquels participent les chercheurs, des séminaires de recherche réguliers sont animés par l'Irdes – Séminaire mensuel des mardis de l'Irdes, séminaire de recherche, séminaire de méthodologie des parcours de soins, le workshop international annuel : Irdes-Dauphine Workshop on Applied Health Economics and Policy Evaluation (AHEPE), – et d'autres, ponctuels. Au-delà des échanges qu'ils favorisent entre chercheurs français et internationaux, l'objectif de ces séminaires est de stimuler et préciser les processus d'élaboration et de validation des articles visant la publication dans des revues académiques afin de renforcer la robustesse scientifique des travaux de l'Irdes. Ces articles ont *in fine* pour vocation d'alimenter les collections internes des documents de travail et *Questions d'économie de la santé* (annexe 2, p. 242), notamment, en assurant une importante diffusion et donc visibilité aux travaux de l'Irdes.

Concernant les publications, il s'agit de continuer à développer la rédaction d'articles scientifiques et leur corolaire les collections de l'Irdes. En répondant au besoin de connaissance accru en matière d'organisation des soins et d'accès aux soins de populations fragiles dû à la pandémie de Covid-19, ces dernières ont connu un regain de dynamisme en 2020. Des ouvrages sont aussi en projet, notamment un ouvrage sur les pratiques coopératives et participatives en santé et un autre de comparaisons internationales sur les approches méthodologiques des mesures de la variation des pratiques médicales.

Concernant la communication, la dynamique pour mieux valoriser le positionnement de l'Irdes tant du point de vue de la recherche que de l'aide à la décision publique se poursuit, à travers notamment la structuration et l'alimentation de nouvelles rubriques du site de l'Irdes : Valorisation (à partir de thématiques phares traitées à l'Irdes), Projets, Partenariats, Réseaux, et également l'enrichissement des pages anglaises...

Par ailleurs, à la suite de la redéfinition des axes de recherche de l'Irdes, de nouveaux supports sont en projet pour améliorer la visibilité de l'Institut : une plaquette de l'Irdes ainsi qu'une synthèse de son programme de travail, tous deux en français et en anglais. Une cohérence visuelle sur l'ensemble des titres nécessitera l'évolution de leur maquette.

Les publications de l'Irdes...

Les résultats des études et recherches de l'Irdes sont diffusés à partir de quatre titres (annexes 1 et 2, p. 233 et 242) :



Questions d'économie de la santé (QES), en versions française et anglaise. Ce support de synthèse (8 pages maximum) est publié à raison d'une dizaine de numéros par an. D'une grande lisibilité, il traite de l'actualité de la recherche en économie de la santé. *Questions d'économie de la santé* est une première étape de lecture vers des documents plus approfondis (documents de travail, articles scientifiques...). Destiné à un large public, il est principalement diffusé au format électronique par des communiqués de presse ou les lettres d'information française et anglaise.

Nombre de correspondants au format électronique :

En 2020 : 26 500 / 2019 : 26 000 / 2018 : 27 000 / 2017 : 27 000 / 2016 : 25 800 / 2015 : 24 520

Nombre d'abonnés au format papier :

En 2020 : 282 / 2019 : 272 / 2018 : 298 / 2017 : 337 / 2016 : 319 / 2015 : 319

Nombre de téléchargements par mois :

En 2020 : non disponibles (n.d.) / 2019 : 40 476 / 2018 : 36 410 / 2017 : 39 563 / 2016 : 46 489 / 2015 : 55 857



Documents de travail (DT). Lancée en 2007, en langue française ou anglaise, cette série de pré-articles scientifiques présente à la discussion un état de la réflexion sur une problématique de recherche. Les DT sont soumis pour publication dans une revue scientifique.

Des communiqués de presse sont systématiquement envoyés à parution d'un DT, avec pour cible les sphères scientifiques et institutionnelles, soit en 2020, près de 9 500 correspondants à la version électronique, 1 000 de plus qu'en 2019.

Nombre de correspondants au format électronique:

En 2020 : 9 446 / 2019 : 8 500 / 2018 : 8 453 / 2017 : 4 794 / 2016 : 4 077 / 2015 : 3 517

Nombre de téléchargements en moyenne par mois :

En 2020 : n.d./2019 : 27 640 / 2018 : 12 641 / 2017 : 13 819 / 2016 : 20 463 / 2015 : 23 239



Un troisième titre, une collection sans périodicité, s'inscrit dans la continuité des deux précédents :

Rapports de l'Irdes. Cette collection de référence, datant de 1985, propose les résultats complets d'études, de recherche ou d'enquêtes, ou encore des actes de séminaires ou de colloques. Elle est tirée entre 150 et 200 exemplaires selon les numéros. Elle a accueilli en 2020 une nouvelle série « Etudes de cas » qui répond de façon synthétique à un questionnement en s'appuyant sur l'étude de situations sur le terrain et à partir d'entretiens avec des chercheurs et des acteurs du champ concerné.

Nombre de téléchargements par mois :

En 2020 : n.d./ 2019 : 31 688 / 2018 : 22 373 / 2017 : 26 721 / 2016 : 40 655 / 2015 : 83 810



Les ouvrages de l'Irdes

Série Atlas, destinés à un large public, offrent une représentation spatiale, synthétique, d'une thématique au moyen de cartes et graphiques commentés.

Nombre d'exemplaires papiers : **150**

[Série Glossaire](#). Cette nouvelle édition en ligne du **Glossaire franco-anglais des termes, concepts et sigles en économie de la santé est augmentée du Glossaire anglo-français paru en 2020**. Outre l'abondement des termes à partir de revues anglo-saxonnes spécialisées, ces éditions s'appuient sur les traductions des synthèses de l'Irdes, *Questions d'économie de la santé*, des articles publiés dans des revues extérieures et des mots-clés du thesaurus MeSH (Medline). Elles s'enrichissent également d'un volet thématique qui classe les termes traduits selon les disciplines convoquées (économie, sociologie, géographie...). La version du glossaire anglais-français est à paraître en 2019. Il est mis à jour en continu.

Nombre de téléchargements par mois de la collection des ouvrages de l'Irdes :

En 2020 : 24 570 (cf. Atlas de la santé mentale) / 2019 : 3 560 / 2018 : 22 309 (Atlas IRCT et Glossaire) / 2017 : 3 511 / 2016 : 12 005 / 2015 : 357 119 téléchargements pour l'Atlas Paerpa.

Les nombres de correspondants au format électronique des titres de l'Irdes et les téléchargements de 2015-2020

	2015	2016*	2017	2018	2019	2020
Questions d'économie de la santé						
Nombre de...						26 500
Correspondants au format électronique	24 520	25 800	27 000	27 000	26 000	
Abonnés au format papier	319	319	337	298	272	282
Téléchargements en moyenne par mois	55 857	46 489	39 563	36 410	40 476	n.d.
Documents de travail						
Nombre de...						9 446
Correspondants au format électronique	3 517	4 077	4 794	8 453	8 500	
Téléchargements en moyenne par mois	23 239	20 463	13 819	12 641	27 640	n.d.
Rapports de l'Irdes						
Nombre de...					26 000	26 500
Correspondants au format électronique	24 520	25 800	27 000	27 000		
Achats version papier	17	11				
Téléchargements en moyenne par mois	83 810	40 655	26 721	22 373	31 688	n.d.
Ouvrages de l'Irdes, Série Atlas						
Achats version papier						11
Téléchargements en moyenne par mois	357 191	12 005	3 511	22 309	3 560	24 570*

* Au 31 novembre 2020.

➤ Perspectives

- **Publications.** A l'occasion de différents séminaires et colloques, mais aussi des enquêtes en cours, réalisées ou co-réalisées par l'Irdes – comme par exemple les enquêtes Premiers pas, COCLICO, Exexo, Enquête santé européenne (EHIS-ESPS), enquête Prestation de compensation du handicap : exécution dans la durée du reste à charge (Phedre), enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), ... - nombre de publications ont déjà été publiées, ou sont en cours, sous forme de DT, d'articles scientifiques ainsi que de *QES* et de *Rapports Irdes*.
- **Communication-diffusion.** Les maquettes de nos titres évolueront accompagnant l'évolution de l'identité visuelle de l'Irdes et les nouvelles orientations du Programme de recherche.

L'accent est mis sur l'enrichissement du fichier des destinataires de nos publications dans le champ de la recherche française et internationale, à l'occasion notamment des séminaires, colloques et workshops.

➤ ... et celles publiées par les chercheurs de l'Irdes à l'étranger

➤ Publications internes et externes des chercheurs de l'Irdes - 2015-2020

Publications internes							Publications externes					
Thèses ou mémoires	Rapports Irdes	Ouvrages Irdes	Documents de travail	Questions d'économie de la santé		Revue scientifique		Revue institutionnelles ou professionnelles		Rapports Documents de travail ou Chapitres		
				En français	En anglais	Articles à comité de lecture	Articles à comité de rédaction	Articles avec comité de rédaction	Articles sans comité de rédaction	Publications		
										Scientifiques	Institutionnelles	
2020	3	1	-	8	6	37	3	1	2	13	-	
2019	1	3	2	7	4	12	3	2	2	8	3	
2018	1	3	3	10	7	16	6	5	1	7	1	
2017	-	1	-	2	8	8	13	6	5	-	3	2
2016	-	3	1	2	8	4	15	2	1	-	13	3
2015	-	3	1	5	8	8	12		1	1	4	8

Les chercheurs de l'Irdes ont une importante production en termes d'articles publiés dans des revues scientifiques extérieures, mais aussi de chapitres d'ouvrages sur un spectre de titres assez large qui renvoie à la pluridisciplinarité de l'équipe (annexe 2, p. 242).

En 2020, 56 articles ou chapitres d'ouvrages (hors publications Irdes) ont été publiés par les chercheurs de l'Irdes (tableau ci-dessus), dont 40 dans des publications à comité de lecture ou de rédaction (tableau ci-dessous), soit :

soit :

▪ **37 articles publiés dans des revues à comité de lecture, dont 13 classées en section 37** (tableaux ci-dessous) :

- 1 dans *Journal of Health Economics* (Catégorie 1 CNRS) – (Cat. A Hcéres)
- 2 dans *Revue Française de Socio-Économie* (Catégorie 4 CNRS) – (Cat. C Hcéres)
- 1 dans *Social Science and Medicine* (Catégorie 1 CNRS) – (Cat. A Hcéres)
- 1 dans *European Journal of Health Economics* (Catégorie 2 CNRS) – (Cat. A Hcéres)
- 1 dans *Economie et statistique* (Catégorie 3 CNRS) – (Cat. B Hcéres)
- 2 dans *European Journal of Public Health* (Catégorie 3 CNRS) – (Cat. B Hcéres)
- 1 dans *Géographie, économie, société* (Catégorie 4 CNRS) – (Cat. C Hcéres)
- 2 dans *Health Economics* (Catégorie 1 CNRS) – (Cat. A Hcéres)
- 1 dans *Health Policy* (Catégorie 2 CNRS) – (Cat. A Hcéres)
- 1 dans *BMC Health Services Research* (Catégorie 3 CNRS) – (Cat. B Hcéres)

- **Nombre de publications dans des revues classées en économie et gestion (section 37) 2015-2020**

	A (AERES) (Hcéres)	Cat. 1 (CNRS)	B (AERES) (Hcéres)	Cat. 2 (CNRS)	C (AERES) (Hcéres)	Cat. 3 (CNRS)	Cat. 4 (CNRS)	TOTAL (AERES) (Hcéres)	TOTAL (CNRS)
2020	4	2	4	2	2	4	2	11	11
2019	5		3	5	1	3	1	9	9
2018	3	1	3	2	1	3	1	7	7
2017	2	-	1	2	2	1	2	5	5
2016	2	1	2	1	0	2	0	4	4
2015	2	0	5	2	1	5	1	8	8
TOTAL	9	2	14	7	4	14	4	42	42

▪ **37 articles publiés dans une revue à comité de lecture** (tableau ci-dessous)

Revues à comité de lecture dans lesquelles les chercheurs de l'Irdes ont publié de 2015 à 2020

Revues à comité de lecture	Catégorisation		Nombre d'articles par revue					
	CNRS	Hcéres	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Acta Psychiatrica Scandinavica				1				
Anthropologie & Santé								1
Archives of Physical Medicine and Rehabilitation					1			
Archives of Public Health								1
BMC Health Services Research	Cat. 3	Cat. B						1
BMC Proceedings								1
BMC Public Health						1		1
BMJ Open					1			1
Community Dentistry and Oral Epidemiology								1
Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity								1
Economie et Statistique	Cat. 3	Cat. B	4	1				1
European Journal of Clinical Pharmacology					1			
European Journal of geography - Cybergeog						1		
European Journal of Public Health	Cat. 3	Cat. B				2	1	2
European Journal of Health Economics	Cat. 2	Cat. A					1	1

European Journal of Surgical Oncology (EJSO)				1				
Exercer			1					
Expert Review of Clinical Pharmacology			1					
Frontiers in pharmacology				1	1			
Gabi Journal - Generics and Biosimilars Initiative Journal			1					
Géographie, économie, société,	Cat. 4	Cat. C						1
Global Health Research and Policy					1			
Global Journal of Health Science					1			
Health Economics	Cat. 1	Cat. A		1				2
Health Policy	Cat. 2	Cat. A	1		2	1	2	1
Health Promotion International			1					
Health Services and Delivery Research						1		
International Journal of Environmental Research and public Health				1	1	1		2
International Journal of Epidemiology								1
International Journal of Health Policy and Management				1				2
Jama Internal Medicine						1		
Journal de gestion et d'économie de la santé	Cat. 4	Cat. C					1	1
Journal of Health Economics								1
Journal of Labor Research	Cat. 4	Cat. C	1					
Labour	Cat. 3	Cat. B					1	
Medical Care Research and Review	Cat. 3	Cat. B				1		
Médecine/Sciences						1		
Midwifery								1
Nicotine & Tobacco Research							1	
Patient Preference and Adherence								1
Pharmacoeconomics	Cat. 2	Cat. A	1					
PharmacoEconomics Open								1
Population Research and Policy Review	Cat. 4	Cat. C			1			
Primary Health Care Research & Development								1
Review of Social Economy	Cat. 3	Cat. B		1				
Revue d'économie politique	Cat. 2	Cat. A					2	
Revue d'économie régionale et urbaine	Cat. 3	Cat. B	1					
Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique				1	1		2	1
Revue Economique	Cat. 2	Cat. A		1		1		
Revue Française d'Economie	Cat. 3	Cat. B			1		1	
Revue Française des Affaires Sociales				3	1			5
Revue Française de Socio-Économie	Cat. 4	Cat. C						2
Santé publique							3	1
Sciences sociales et santé	Cat. 4	Cat. C			1	1		
Social Science & Medicine	Cat. 1	Cat. A					1	1
Soins				2				

▪ **3 articles publiés dans une revue à comité de rédaction** (tableau ci-dessous)

Reuves à comité de rédaction dans lesquelles les chercheurs de l'Irdes ont publié de 2015 à 2020

Reuves Comité de rédaction	Catégorisation		Nombre d'articles par revue					
	CNRS	Hcéres	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Analyse de réseaux pour les sciences sociales						1	1	
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire				1	1			
BMJ Open					1			
L'Espace géographique						1		
Espace populations sociétés				1				
Eurohealth								2
IUSSP's Online News Magazine					1			

Médecine						1		
Patient Preference and adherence							1	
Praxis : Revue suisse de la médecine					1			
Retraite et société							1	
Revue francophone sur la santé et les territoires					2			1
Revue médicale suisse						1		
Revue urbanisme						1		
Rhizome			1					
Les tribunes de la santé						1		

▪ **1 article publié dans une revue institutionnelle à comité de rédaction**

Revue Comité de rédaction	Catégorisation		Nombre d'articles par revue					
	CNRS	Hcéres	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Actualités et Dossier en Santé Publique			1		1	4	2	
Gérontologie et société								1

▪ **2 articles publiés dans une revue institutionnelle sans comité de rédaction**

Revue Comité de rédaction	Catégorisation		Nombre d'articles par revue					
	CNRS	Hcéres	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Etudes et résultats								1
Lettre du Collège des économistes de la santé							1	
La Santé en action								1
Santé mentale				1			1	

- 13 rapports, documents de travail et chapitres d'ouvrages (Annexe 2).

Les traductions

Les *QES* sont systématiquement traduits et publiés sur le site anglais de l'Irdes et une aide à la traduction est proposée aux chercheurs à travers, notamment, les révisions de l'*American Journal Expert* afin de soutenir la rédaction en anglais, notamment des documents de travail.

En 2020, comme les années précédentes, une vingtaine de traductions ont été réalisées, pour un tiers les traductions en anglais des *QES*, un tiers pour des révisions d'articles rédigés en anglais et un tiers pour des traductions diverses (questionnaires d'enquêtes, présentations à des colloques ou documentation dans une autre langue que l'anglais, etc.).

	Publications en français			Publications en anglais			
	Irdes	Extérieures	TOTAL	Irdes	Extérieures	TOTAL	
2020	11	29	40	7	27	34	74
2019	18	18	36	6	11	17	53
2018	19	26	45	8	10	18	63
2017	10	16	26	9	13	22	48
2016	14	23	37	5	11	16	53
2015	16	11	27	9	15	24	51

Les supports de communication

Les supports de communication comprennent, à l'Irdes, les lettres électroniques française et anglaise intitulées respectivement *Lettre d'information de l'Irdes* et *Irdes Newsletter* ainsi que les communiqués de presse (annexes 1 p. 233 et 4 p. [258255](#)).

Lettre d'information de l'Irdes et Irdes Newsletter



Cette lettre électronique, mensuelle, est un support d'information rapide sur les dernières actualités de l'Irdes en matière de publications, de séminaires et colloques, de bases de données, de documentation, mais aussi en termes d'information en économie de la santé (rubriques « Vu sur d'autres sites, et « autres colloques »).

Les rubriques « Le graphique du mois » et « Trois questions à... » sont reprises en une du site de l'Irdes (annexe 3 p. [253252](#)).

L'Irdes Newsletter, pour sa part semestrielle, reprend en partie ces informations.

En 2020, les lettres électroniques de l'Irdes poursuivent leur développement, envoyées gratuitement à 26 500 correspondants, contre 26 000 en 2019, 27 000 en 2018 et 2017, 25 800 en 2016, 24 520 en 2015. Après une inflexion du nombre de correspondants en 2017 - consécutive à l'actualisation du fichier suite à l'intégration de la RGPD, celui-ci est à nouveau en hausse.

La lettre électronique en anglais est un support essentiel pour toucher la communauté scientifique internationale (créée en 2015).

Nombre moyen d'ouverture des lettres

La Lettre d'information de l'Irdes est ouverte par, en moyenne, environ 10 000 destinataires par mois en 2020.

Les communiqués de presse (annexe 4 p. [258255](#))



Les communiqués de presse ont une identité visuelle adaptée à chaque événement selon un code couleur : rouge pour les *Questions d'économie de la santé*, bleu pour les Documents de travail, bleu-vert pour les rapports, etc.

Ils sont systématiquement diffusés à chaque parution d'un titre, à l'occasion des manifestations, nouveautés des bases de données. Leur nombre varie entre 13 et 20 par an selon les actualités et événements : 12 en 2020, 13 en 2019, 18 en 2018, 9 en 2017, 13 en 2016, 17 en 2015, 21, soit un ou deux par mois. Ces envois entretiennent les liens avec nos partenaires institutionnels et de recherche ainsi qu'avec la presse.

➤ Perspectives

L'évolution des maquettes des titres après celle qui a eu lieu en 2020 concernant les deux lettres d'information.

Les actions de communication

A l'occasion des séminaires, workshops et colloques, l'équipe Communication et web conçoit et réalise différents supports : logos, sites et pages web, maquettes des programmes, affiches, dossiers participants, etc.

Elle assure la valorisation et la diffusion de l'information au moyen des différents supports qu'elle conçoit, rédige et diffuse : site web, réseaux sociaux, lettres d'information en français et en anglais, communiqués de presse... et coordonne la logistique de différentes manifestations.

Les Séminaires, workshops et colloques organisés ou co-organisés par l'Irdes

En 2020, le séminaire international sur l'évaluation des politiques publiques co-organisé avec l'université Paris Dauphine a eu lieu :

6th Irdes-Dauphine Workshop on Applied Health Economics and Policy Evaluation

Colloque co-organisé avec la chaire Santé Dauphine, Paris 19^e, 18-19 juin 2020.

<https://www.irdes.fr/english/conferences-and-workshops/6th-irdes-dauphine-workshop-on-applied-health-economics-and-policy-evaluation/presentation.html>

Ce workshop international qui couvre des thématiques diverses - les inégalités sociales de santé, l'utilisation des services de santé, l'assurance santé, l'offre et l'organisation des soins ainsi que les méthodes d'analyses économétriques - participe de la dynamique de la recherche à l'Irdes et de son inscription à l'international tout en assurant une visibilité de l'Institut en France comme à l'étranger.

Séminaire méthodologique sur les parcours de soins

Créé en 2016, ce séminaire a pour objectif de réunir des chercheurs et chargés d'études afin d'échanger sur les méthodes statistiques et économétriques mobilisables pour l'étude des parcours de soins. Deux ont eu lieu en 2020 :

6 février 2020

- Méthodologie d'élaboration d'un modèle de financement à l'épisode de soins : ville et hôpital. Exemple de la prothèse de hanche

Auteurs : Marie-Caroline Clément, Hyacinthe Kankeu Tchewonpi, Nathalie Rigollot (ATIH)

- Analyse d'impact de l'organisation hospitalière en chirurgie orthopédique sur les parcours de soins

Auteurs : Noémie Mallejac (LEDa-Legos, Université Paris Dauphine – PSL ; Elsan, Irdes), Zeynep Or (Irdes)

- **Le séminaire des mardis de l'Irdes**

- Les « mardis de l'Irdes » sont des séminaires où sont présentés des travaux de recherche finalisés ou en cours. Ils répondent à deux objectifs : présenter et discuter les travaux effectués par les chercheurs de l'Irdes, valoriser et échanger sur les travaux réalisés des équipes de recherches extérieures à l'Irdes. Ils sont ouverts aux personnes extérieures (chercheurs, administrations, professionnels de santé, etc.). Leur durée est d'une heure et demie, soit jusqu'à 45 minutes d'exposé et 45 minutes de discussion. Ils sont coordonnés par Pascale Lengagne, Anne Penneau, et Aurélie Pierre (chercheurs à l'Irdes).

- **5 « Mardis de l'Irdes » en 2020**, 12 en 2019, 8 en 2018, 12 en 2017, 13 en 2016, 15 en 2015. Les séminaires, s'inscrivant dans le processus de validation scientifique des publications, sont mensuels.

➤ Perspectives

- Le Workshop **on Applied Health Economics and Policy Evaluation** est annualisé créant ainsi un rendez-vous régulier mieux identifié et plusieurs journées d'études sont déjà prévues en 2020.
- **Les retombées presse** (annexe 4, p. [258255](#))
- **En 2020**, le nombre de citations dans la presse écrite et web s'élève à 326, 481 en 2019, 466 en 2018, 538 en 2017 et 438 en 2016.

En presse écrite, où ce sont surtout les titres de la presse quotidienne (régionale (30) et nationale (20) qui reprennent les travaux des chercheurs de l'Irdes, suivis par la presse spécialisées (politique, économique et sociale, syndicale... cf. tableau ci-dessous), il faut noter en 2020 une augmentation des reprises par les agences de presse. En presse web, ce sont les portails d'information générale des quotidiens, hebdomadaires, mensuels nationaux et régionaux qui recensent le plus les travaux de l'Irdes, suivis par les portails spécialisés (Protection sociale, santé, politique et économie...).

Les thématiques les plus récurrentes en 2020 ont été : la santé mentale, l'accès à l'Aide médicale de l'Etat (AME) des étrangers sans papiers, les déserts médicaux, la coopération médecins-infirmières (Asalée), l'accès aux soins et les restes à charge des personnes handicapées, l'enquête santé européenne (EHIS), la complémentaire santé collective (cf. enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise-PSCE), etc.

PRESSE ECRITE	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Agence de presse et de veille	1	3	3	6	9	18
Presse médicale	152	140	109	145	141	138
Presse quotidienne nationale	13	12	14	10	20	7
Presse quotidienne régionale	41	18	27	27	30	17
Autre presse écrite hors domaine santé	6	4	8	7	10	9
Presse politique, syndicale, économique et sociale	95	51	65	71	26	39
PRESSE RADIO/TV						
Radio-TV	2	1	4	4	8	4
PRESSE INTERNET						
Politique, Syndicaliste, Économique et sociale	52	25	41	48	19	23
Quotidiens ou hebdomadaires nationaux	7	31	18	10	12	11
Quotidiens ou hebdomadaires régionaux	53	24	93	13	164	13
Presse étrangère	-	1		3		2
Spécialisés ou portails d'informations	110	128	156	122	42	45
TOTAL	532	438	538	466	481	326

Les interventions des chercheurs dans les médias en 2020

En 2020, les chercheurs ont massivement répondu à des interviews de la presse écrite (29) et internet (13) (cf. tableau ci-dessous et annexe 4 p. [258255](#)).

Les principales thématiques sur lesquelles les chercheurs ont été sollicités sont globalement les mêmes qu'en presse écrite (voir ci-dessus).

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Presse écrite	13	20	7	11	5	29
Radio/TV	2	-	-	2	6	1
Presse Internet	3	9	4	6	3	13
TOTAL	18	29	11	19	14	43

Le site Internet et les réseaux sociaux

Vitrine de l'Irdes depuis 1995, le site de l'Irdes www.irdes.fr (en français et en anglais) intègre les dernières évolutions technique permettant une utilisation optimale sur l'ensemble des outils modernes de navigation en respectant les normes du Responsive Design (manière de concevoir un site de façon à ce qu'il s'adapte d'une façon « souple » à tous les supports : ordinateur, tablette et smartphone).

Une présentation attractive et instinctive simplifie la navigation ainsi que les recherches sur le site. Utilisation d'images, blocs, menus, onglets, caractères plus gros, classement de l'information, couleurs différentes des rubriques, repères visuels...

La répartition des ressources du site en six groupes : Irdes, Actualités, Publications, Recherche, Données, Documentation permet un accès rapide et intuitif aux différentes informations. Cette organisation de l'information permet d'optimiser, faciliter, la navigation des internautes. La mise à jour quotidienne du site par l'équipe Web, alimentées par les nouveautés : dernières publications, communications sur les colloques, séminaires, projets et partenariats permet de maintenir un lien permanent avec les internautes.

L'augmentation régulière des abonnements à nos réseaux sociaux *via* les comptes Twitter, LinkedIn et Facebook prouve l'intérêt croissant des professionnels pour nos productions et publications. L'Irdes touche un large public et bénéficie d'une communication plus directe et interactive avec les membres de la communauté scientifique, les journalistes et les étudiants. Ces technologies s'ajoutent aux fils RSS.

En suivant au plus près les recommandations de Google sur les méthodes et techniques de référencement, nous nous assurons d'une visibilité optimale de l'Irdes et de nos publications auprès des Internaute. La mise en ligne des documents au format ePub (en plus du html et du pdf) est, elle aussi, liée à cet objectif : couvrir un maximum de formats pour rendre nos publications le plus facilement « consultables » sur l'ensemble des supports électroniques du marché.

Éléments clés du site :

- 8 000 pages web
- 2 000 pdf
- 200 ePub
- 2 millions de téléchargements / an (Pdf & ePub)
 - 7 500 followers Twitter <http://twitter.com/irdes>
 - 1 300 abonnés LinkedIn <https://www.linkedin.com/company/irdes>
 - 1 200 abonnés Facebook <https://www.facebook.com/irdes.fr>

Organisation des équipes Publications-Communication et Web

L'équipe Publications-Communication

Edition, communication externe, rédaction, traduction, conception maquette, fabrication, diffusion

Relations presse

5 personnes, 4 ETP

L'équipe Web

2 personnes, 1,1 équivalent temps plein

ANNEXE 1

Charte des publications et supports de communication de l'Irdes

- Introduction : La politique éditoriale et de communication de l'Irdes
- Les titres de l'Irdes : Concept éditorial, processus éditorial, gabarit et diffusion
- Les supports de communication : Site et lettres électroniques de l'Irdes (en français et en anglais), communiqués de presse
- Réaliser des co-éditions avec l'Irdes
- Annexe : Clés pour rédiger un *Questions d'économie de la santé*

Introduction :

la politique éditoriale et de communication de l'Irdes

L'Irdes développe différents supports pour faciliter l'accès à l'information qu'il produit. Sa politique éditoriale repose sur deux axes majeurs : d'une part, la diffusion de résultats d'études, de recherche ou d'enquêtes en matière d'économie de la santé et de protection sociale s'adressant à un public large, composé de spécialistes et de néophytes. Cette diffusion s'appuie sur un 8 pages maximum de synthèse [Questions d'économie de la santé](#), dont la lisibilité et l'accessibilité sont les principaux objectifs. D'autre part, la mise à disposition, en premier lieu auprès de la communauté scientifique, de travaux de recherche soumis pour publication dans des revues à comités de lecture. Ces prépublications, diffusées dans la série des [Documents de travail de l'Irdes](#), ont pour vocation d'alimenter le débat scientifique en servant de support à des séminaires lors desquels ils sont discutés afin d'être enrichis. [Les Rapports de l'Irdes](#), collection de référence, depuis 1985, s'inscrivent dans la continuité de ces deux axes, publiant les résultats complets d'études, de recherche ou d'enquêtes. Quant à la nouvelle collection des [ouvrages](#), elle accueille une première série consacrée à des atlas thématiques sur les disparités territoriales de santé (accès aux soins, pratiques médicales...) qui, comme les *QES*, s'adresse à un public large et diversifié.

Ces publications, toutes en ligne dans leur version intégrale sur le site de l'Irdes, bénéficient d'une communication qui passe par deux vecteurs principaux : [des communiqués de presse](#) envoyés dès leur parution aux publics concernés et les lettres électroniques de l'Irdes : la première, La [Lettre d'information de l'Irdes](#), est mensuelle et en français. La seconde, [Irdes Newsletter](#), est semestrielle et en anglais. Envoyées à 26 500 destinataires (tous publics confondus). Elles recensent les productions des chercheurs : publications Irdes et autres, séminaires et workshops, projets et partenariats français et étrangers, etc.

La diffusion des publications de l'Irdes est adaptée selon les titres. [Les Questions d'économie de la santé](#) sont aussi édités en version papier et gratuits tandis que la version papier des collections des [Rapports de l'Irdes](#) ou des [ouvrages](#) est payante (leur version en ligne demeurant gratuite). [Les Documents de travail](#), pour leur part, sont exclusivement diffusés en ligne gratuitement.

L'Irdes dispose en outre d'un important [service de documentation](#), qui est aussi l'un des producteurs de la Banque de données en santé publique (BDSP). La documentation diffuse des produits documentaires sur Internet comme [Veille scientifique en économie de la santé](#), [Synthèses et bibliographies thématiques](#), des [revues de presse](#)... Elle ouvre au public l'ensemble du fonds documentaire spécialisé en économie de la santé mais également dans des disciplines connexes telles que la démographie, l'épidémiologie, la médecine, la législation sociale...

Les titres de l'Irdes : concept éditorial, processus éditorial, gabarit et diffusion

Questions d'économie de la santé

Concept éditorial

Synthèse de 4 à 8 pages en quadrichromie, d'une grande lisibilité, sur l'actualité de recherche de l'Irdes en matière d'économie de la santé et de protection sociale. Destinée à un public large, ce support est principalement diffusé au format électronique et systématiquement traduit *in extenso* en anglais.

Une dizaine de numéros est publiée par an.



Il existe plusieurs types de *Questions d'économie de la santé* (QES) :

- des premiers résultats d'enquêtes réalisées par l'Irdes ou auxquelles l'Institut collabore :
Ex. : [Les conséquences d'une tétraplégie traumatique sur la mise en couple](#). Espagnacq M. (Irdes), Ravaud J.-F. (Inserm, IFRH), *QES* n° 212, septembre 2015
[De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011](#) Coldefy M., Tartour T., en collaboration avec Nestrigue C. (Irdes), *QES* n° 205, janvier 2015
- des travaux plus méthodologiques :
Ex. : « [La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche qualitative exploratoire](#) » Guillaume S., Or Z. (Irdes), *QES* n° 214, janvier 2016
« [Mesurer la polymédication chez les personnes âgées : impact de la méthode sur la prévalence et les classes thérapeutiques](#) » Le Cossec C. (Irdes), Sermet C. (Irdes). En collaboration avec Perronnin M. (Irdes), *QES* n° 213, octobre 2015
- des synthèses thématiques effectuées à partir de données produites ou non par l'Irdes
Ex. : « [La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès](#) », *QES* n° 161, janvier 2011 ;
« [Comment pérenniser une ressource en voie de raréfaction ? Enseignements d'une comparaison des politiques d'aide aux aidants des personnes âgées dépendantes en Europe](#) », *QES* n° 176, mai 2012
- des revues de littérature sur une thématique ciblée :
Ex. : « [État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français](#) », *QES* n° 172, décembre 2012

Voir fin annexe 1 : « Clés pour rédiger un *Questions d'économie de la santé* », p. 233.

Processus éditorial

Chaque projet de *QES* est annoncé et inscrit au programme prévisionnel des publications. Il est relu par le directeur de recherche concerné qui en valide le contenu avant d'être soumis à relecture lors d'une réunion qui rassemble le(s) auteur(s), deux relecteurs choisis pour l'occasion : un chercheur spécialiste du sujet (chercheur à l'Irdes ou pas) et un « candide », le directeur de recherche concerné, le directeur de publication et l'éditrice.

Les auteurs fournissent à la rédaction le texte de leur projet en Word, les tableaux et graphiques sur Excel afin que la mise en page puisse être effectuée en interne et que les données utilisées dans les graphiques soient mises en ligne à partir du *QES*.

Gabarit et fabrication

Un *QES* se compose d'un chapô, du texte de l'article structuré par des intertitres de 2 niveaux maximum (*cf.* nombre de signes ci-dessous), d'encadrés Méthode, Source(s) et Repères (contexte dans lequel s'inscrit l'étude ou la recherche donnant lieu à cet article, commanditaires, financement...), d'une bibliographie n'excédant pas 10 références (excepté pour les *QES* synthèses de revues de littérature) et d'illustrations sous la forme de cartes, de graphiques, de tableaux et/ou de schémas dont le nombre varie en fonction du nombre de pages (voir ci-dessous le calibrage). Les illustrations sont encadrées par des mentions obligatoires : champ, source(s) et comprennent, au besoin, une note de lecture pour en faciliter la compréhension.

Calibrage

- Chapô : 800 à 1 500 signes (caractères typographiques et espaces compris)
- Pour 4 pages : 23 000 signes, soit le texte courant avec les intertitres, les encadrés, la bibliographie et les illustrations (entre 3 et 6) inclus.
- Pour 6 pages : 37 000 signes dont (pas plus de 8 illustrations)
- Pour 8 pages : 51 000 signes (pas plus d'une dizaine illustrations)

Soit par page : 2 000 signes texte courant sur la première page (hors chapô)

: 7 000 signes/ par page (tout compris = illustrations et texte)

Illustrations : 1 000 signes par graphique, jusqu'à 5 000 signes, voire

7 000 pour un grand tableau et, au minimum pour une carte format quart de page, 2 300 signes

Diffusion

Les *Questions d'économie de la santé* sont diffusés gratuitement sur le site de l'Irdes comme en version papier.

Nombre d'abonnés à la version électronique : 26 500

Nombre d'exemplaires papier : 500

Nombre d'abonnés à la version papier : 282

Gratuit

Documents de travail

Concept éditorial

Série de pré-articles scientifiques, en anglais ou en français, qui présentent à la discussion un état de la réflexion sur une problématique de recherche et sont soumis à parution dans une revue scientifique.



Dans cette collection, également, différents types de DT se distinguent :

- des DT méthodologiques :

Ex. : « [Analyse de sensibilité de l'Accessibilité potentielle localisée \(APL\)](#) », Lucas-Gabrielli V., Nestrige C., en collaboration avec Coldefy M. (Irdes), DT n° 70, février 2016

- mais aussi de résultats :

Ex. : « [Experience Rating, Incidence of Musculoskeletal Disorders and Related Absences. Results from a Natural Experiment.](#) », Lengagne P., Afrite A. (Irdes), DT n° 69, octobre 2015

- ou encore des revues de littérature sur une thématique :

Ex. : « [Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital \(T2A\). Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères](#) » Or Z., Renaud T. (Irdes), DT n° 23, mars 2009

Les DT écrits en anglais, donnant pour la majorité d'entre eux lieu à un *QES*, ne sont donc pas systématiquement traduits en français.

Processus éditorial et de validation

Chaque projet de DT est annoncé et inscrit au programme prévisionnel des publications. Le contenu d'un document de travail, tout en étant de la responsabilité de son (ses) auteur(s), est soumis à la relecture du directeur de recherche concerné, d'un spécialiste du sujet (interne ou externe). Il est discuté lors de séminaires scientifiques, enrichi, et relu avant publication par le directeur de l'Irdes. Il passe ensuite dans le circuit de fabrication-relecture à la rédaction.

Les auteurs fournissent à la rédaction le texte de leur projet en Word, les tableaux et graphiques sur Excel afin que la mise en page puisse être effectuée en interne. Selon les cas, les données utilisées dans les graphiques peuvent être mises en ligne à partir du DT.

Gabarit et fabrication

Nombre de pages et de signes : restent à la discrétion des auteurs.

Sont fournis par les auteurs à la rédaction : un résumé en français et en anglais, les codes JEL et mots-clés pour l'enregistrement sur RePec, le texte sur Word et les tableaux et graphiques sur Excel

Diffusion

Les documents de travail sont essentiellement diffusés sur Internet et systématiquement enregistrés dans la base d'archives ouvertes RePec (Research Papers in Economics).

Nombre d'abonnés à la version électronique : 9 446

Nombre d'exemplaires papier : 50

Rapports de l'Irdes

Concept éditorial

Résultats complets d'une enquête menée par l'Irdes ou réponse exhaustive à une commande sur une thématique propre à l'Irdes, la collection des rapports de l'Irdes n'a pas de périodicité ni de contrainte de volume. Elle comprend aussi une série « Actes de colloque ».

Processus éditorial et de validation

Chaque projet de Rapport est annoncé et inscrit au programme prévisionnel des publications. Il est relu par le directeur de recherche concerné, un spécialiste (interne ou externe) et le directeur de publication qui en valident le contenu. Il passe ensuite dans le circuit de fabrication-relecture à la rédaction.

Les auteurs fournissent à la rédaction le texte de leur projet en Word, les tableaux et graphiques sur Excel afin que la mise en page puisse être effectuée en interne et, qu'éventuellement, les données utilisées dans les graphiques soient mises en ligne à partir du rapport.

Diffusion

Les rapports de l'Irdes sont diffusés gratuitement sur le site de l'Irdes et payants en version papier.

Nombre d'abonnés à la version électronique : 26 500

Nombre d'exemplaires papier : 150 à 300

Prix de l'exemplaire : 20 à 40 € selon le volume (nombre de pages et illustrations)

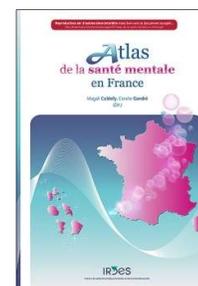
Ouvrages

Série des Atlas

Cette collection, créée en 2015, accueille des séries, l'une consacrée à des atlas thématiques, l'autre à deux glossaires des termes et expressions en économie de la santé, élaborés par les équipes Publications et Documentation de l'Irdes et actualisés en continu.

Les atlas présentent de manière illustrée par des cartes et graphiques des comparaisons territoriales en matière d'accès aux soins ou de variations des pratiques médicales, par exemple.

En général, le fruit d'une co-édition, leur processus de relecture passe par une validation d'experts territoriaux et nationaux, d'une part, le(s) directeur(s) de recherche concerné(s) et le directeur de publication à l'Irdes, d'autre part. Le processus de conception-fabrication-relecture est assuré par la rédaction.



Supports de communication

Le site de l'Irdes

Toutes les productions de l'Irdes sont en ligne sur le site qu'il s'agisse des publications, des enquêtes et bases de données, des produits documentaires, des supports de communication et de promotion comme les lettres électroniques de l'Irdes, les communiqués de presse, etc.

La lettre d'information de l'Irdes

Irdes Newsletter

La lettre électronique française est mensuelle tandis que la lettre anglaise est quadrimestrielle. Ces supports d'information rapide présentent les dernières actualités de l'Irdes en matière de publications, de séminaires et colloques, de bases de données, de partenariats, etc., de produits documentaires (Synthèses et dossiers bibliographiques thématiques, veilles thématiques...), mais aussi en termes d'information en économie de la santé (Rubriques « Vu sur d'autres sites » et « calendrier des colloques » en économie de la santé).

Les rubriques « Le graphique du mois » et « Trois questions à un chercheur » sont reprises en une du site de l'Irdes.

Les lettres d'information de l'Irdes, française et anglaise, sont envoyées gratuitement à 26 500 correspondants. Ces deux lettres électroniques signalent les réseaux sociaux auxquels l'Irdes participe : Twitter, Facebook

Les communiqués de presse

Les communiqués de presse sont systématiquement envoyés à chaque parution de publication, mise sur le terrain d'enquêtes, nouveautés des bases de données, ou encore manifestation (colloque ou workshop).

Ils sont envoyés à l'ensemble des abonnés à la lettre d'information de l'Irdes (26 500 correspondants), excepté pour les documents de travail lesquels ne sont diffusés qu'à un public de chercheurs ou d'institutionnels.

Les réseaux sociaux (Twitter, Facebook) auxquels l'Irdes participe, sont également signalés sur les communiqués de presse..



Réaliser des co-éditions avec l'Irdes

Sur les supports de l'Irdes

La publication sous double timbre est possible dans le cas d'une coproduction, les travaux et la rédaction étant élaborés par des auteurs de l'Irdes et d'une (ou plusieurs) autre(s) institution(s) qui sont alors cosignataires. Concernant les articles de synthèse (QES pour l'Irdes), chaque institution disposant d'un support conserve la maquette de son titre en signalant la co-édition à travers l'affichage des deux logos des institutions et en renvoyant au titre de l'une (ou des) autre(s) institution(s) avec leur(s) référence(s) bibliographique(s). Le contenu des deux publications est identique.

Processus éditorial, de fabrication et de diffusion

Un calendrier de conception-fabrication-validation est élaboré entre les institutions co-éditrices afin d'intégrer les processus de validation, de diffusion et de promotion des uns et des autres (voir ci-dessus pour celui de l'Irdes). Les auteurs des différentes institutions fournissent les fichiers nécessaires au maquetage sous le format adapté (Word pour le texte, Excel pour les tableaux et graphiques). Les publications sont mises en ligne simultanément grâce à un accord sur la date et l'heure de cette mise en ligne. De même, les communiqués de presse sont envoyés simultanément et signalent la co-édition.

Sur d'autres supports

La co-édition intellectuelle peut également être négociée avec des revues lors de numéros spéciaux dont la conception est en partie réalisée par des chercheurs de l'Irdes. Demande est alors faite à l'éditeur de la revue de faire apparaître le logo de l'Irdes en quatrième page de couverture.

A parution du numéro spécial de la revue, l'Irdes propose la diffusion d'un communiqué de presse mentionnant la co-édition (*cf.* logos) d'une part, et, d'autre part, la recension du numéro dans ses lettres électroniques.

Clés pour rédiger un *Questions d'économie de la santé*

"Publish or perish!"

Quelques généralités

L'écriture synthétique d'un article de vulgarisation scientifique a pour objectif une lecture rapide, intégrale ou pas. Le public visé est large, tant les spécialistes que les profanes. La rédaction doit ainsi offrir différents niveaux et accès de lecture qui permettront soit une lecture linéaire intégrale, soit une lecture discontinue, partielle. Dans tous les cas, le lecteur doit s'y retrouver. Pour ce faire, divers éléments d'informations rapides sont disponibles : les titres, le chapô*, les encadrés*, les illustrations (tableaux, graphiques, cartes, etc.), la bibliographie qui sont autant d'invitations à lire le corps du texte, plus long. Ces repères permettent au lecteur d'identifier en quelques « coups d'œil » : la problématique, les sources et données utilisées, la méthode, le contexte de production, et la « famille théorique » à laquelle se rattache l'article. Ils peuvent être lus indépendamment les uns des autres et être suffisamment porteurs de sens pour exister seuls. Ces informations synthétiques et complémentaires ne supportent pas la redondance. Par exemple, un tableau intégralement commenté dans le corps du texte n'est plus nécessaire et peut laisser place à une autre illustration apportant de nouvelles informations.

Un *Questions d'économie de la santé* est plus facile à rédiger dès lors qu'il est issu d'un article scientifique long (comme un document de travail de l'Irdes) dont la validation a déjà fait l'objet d'échanges avec d'autres chercheurs. Son ou ses auteurs ont alors le recul nécessaire pour choisir **un** angle d'analyse pertinent et dégager une problématique dans laquelle le contexte, les enjeux et perspectives sont clairs.

Le plan d'un article de vulgarisation ne correspond pas au modèle de l'article scientifique : introduction, méthodes, résultats, analyse et discussion (Imrad) mais davantage à celui d'un article de presse qui, dès l'introduction, accroche avec une problématique et des résultats pour ensuite développer l'argumentaire et conclure sur des perspectives de recherche.

La structuration du texte de l'article passe par les intertitres. Informatifs, ils servent à articuler les différentes parties du texte entre elles et mettent en valeur l'angle d'analyse développé à travers une hiérarchisation de l'information. Ils évitent les phrases de liaisons pour passer d'une partie à une autre que la rédaction d'un article long exige.

La lisibilité de l'écriture passe par la rédaction de phrases courtes et directes (sujet-verbe-complément) excluant les expressions comme « On observe que... », « On constate que... », et les digressions. Le jargon spécialisé est à proscrire. Les termes spécifiques et/ou spécialisés indispensables sont toujours définis, au mieux dans le corps du texte, éventuellement s'ils sont trop nombreux, au sein d'un encadré Définitions ou Glossaire.

Questions d'équilibre et de lecture facilitée, les notes sont à éviter ou doivent rester limitées tant en nombre (pas plus d'une par page) qu'en termes de contenu. **Les encadrés** ne sont pas multipliables à l'infini. Trop nombreux ou volumineux, ils font perdre le sens et la cohérence de l'article en l'émiettant. Un *Questions d'économie de la santé* est déjà composé d'encadrés systématiques : Repères, Méthode, Source,... (Voir ci-dessus le concept éditorial du titre et ci-dessous le paragraphe « Encadrés »).

Les principaux éléments encadrant le corps du texte

Le chapô (800 à 1 500 signes) présente la problématique, les enjeux et principaux résultats d'une recherche ou d'une étude. Il ne suit pas nécessairement l'ordre d'apparition des informations dans le texte de l'article (comme un résumé) mais sélectionne des informations clés qui, tout en donnant un aperçu d'ensemble de la manière dont est traité le sujet, aiguise l'envie de lire l'article.

L'accroche-introduction (500 à 1 000 signes). Dans les cinq premières lignes de l'introduction, l'accroche doit expliquer le contexte, les enjeux et principaux résultats. L'introduction pourra ensuite développer ce qui distingue cette contribution des travaux antérieurs et ses apports. Elle se conclura par un plan succinct de l'article.

La conclusion (1 000 à 2 000 signes) constitue davantage une ouverture sur des perspectives de recherche - au regard des limites de la recherche présentée - qu'un résumé des résultats essentiels.

** Les encadrés*

Repères (300 à 500 signes). Cet encadré positionne l'article au regard du projet de recherche ou d'étude dans lequel il s'inscrit et plus globalement dans le cadre du programme de recherche de l'Irdes. Il explique le contexte de production de l'article tout en précisant le ou les partenaires, commanditaires et financeurs du projet.

Méthode (500 à 800 signes). L'encadré Méthode définit la méthode utilisée et ses principales caractéristiques et renvoie pour une lecture approfondie à l'un ou les article(s) scientifique(s) correspondants.

Source(s) (500 à 1 500 signes). Dans l'encadré Source(s), la ou les sources de données sont décrites quantitativement et qualitativement afin de donner aux lecteurs les informations indispensables à sa compréhension des chiffres publiés.

Définitions (1 500 signes max.). Comme évoqué ci-dessus, l'encadré Définitions rassemble une série de mots et/ou d'expressions spécifiques ou techniques expliqués dans un langage courant, compréhensible par le plus grand nombre.

Un ou deux encadrés thématiques (pas plus de 1 500 signes) peuvent être ajoutés, qui font un zoom sur l'historique d'une prise en charge, comme celle de l'hospitalisation à domicile, par exemple, ou encore l'évolution de la législation en matière de protection sociale des salariés en entreprise...

Les mentions obligatoires

Les auteurs apparaissent par ordre alphabétique ou selon leur implication dans la rédaction (Géraldine Chetan et Nathan Dupond, avec la collaboration de Michel Albion). Ce choix relève des auteurs eux-mêmes. Leur affiliation (Irdes, Dares, Université Paris-Dauphine, Leda Legos...) doit être précisée.

Au besoin, quand plusieurs auteurs signent un *QES*, l'un d'entre eux est identifié et signalé comme auteur référent. C'est alors cet auteur qui sera sollicité pour répondre, notamment, à la presse.

Les tableaux, cartes et graphiques ont leur(s) source(s) et champ systématiquement renseignés. Quand leur compréhension n'est pas immédiate, un guide de lecture les accompagne.

ANNEXE 2

Liste des publications des chercheurs en 2020

EDITIONS IRDES

Liste des *Questions d'économie de la santé* publiés en 2020

- N° 253 Anticiper les conséquences de l'épidémie de la Covid-19 et des politiques de confinement pour les personnes sans titre de séjour. Marsaudon A. (Irdes), Dourgnon P. (Irdes), Jusot F. (Université Paris Dauphine, PSL, Leda-Legos, Irdes), Wittwer J. (Université de Bordeaux, Bordeaux Population Health (Inserm U 1219), Equipe Emos), 2020/12
- N° 252 [Que peut-on apprendre de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés \(Paerpa\) ?](#) Or Z., Bricard D., Penneau A. (Irdes), 2020/11
- N° 251 La couverture complémentaire collective : des modalités de mise en œuvre variables selon les entreprises. Résultats de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017. Perronnin M. (Irdes), Raynaud D. (Irdes), 2020/11
- N° 250 Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère. Coralie Gandré (Irdes), Magali Coldefy (Irdes), 2020/09
- N° 249 Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement
Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020. Coralie Gandré (Irdes), Magali Coldefy (Irdes), en collaboration avec Thierry Rochereau (Irdes), 2020/06
- N° 248 Décloisonner les prises en charge entre médecine spécialisée et soins primaires : expériences dans cinq pays. Michel L., Or Z. (Irdes), 2020/04
- N° 247 Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? Chevillard G., Mousquès J. (Irdes), 2020/03
- N° 246 Comment enrichir la mesure des inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins généralistes ? Illustration en Ile-de-France. Lucas-Gabrielli V. (Irdes), Mangeney C. (Irdes), 2020/01

Liste des *Questions d'économie de la santé* publiés en anglais en 2020

- N° 250 Less Preventive Healthcare, Fewer Specialist Consultations, and More Avoidable Hospitalisations for Individuals Treated for a Severe Mental Disorder. Coralie Gandré (Irdes), Magali Coldefy (Irdes), 2020/09 (publié en 2020/11)
- N° 249 Inequalities in the Risk of Onset of Psychological Distress During the Lockdown Linked to the Covid-19 Outbreak/Epidemic. First Results of the COCLICO Survey

Conducted between 3 and 14 April 2020. Coralie Gandré (Irdes), Magali Coldefy (Irdes), en collaboration avec Thierry Rochereau (Irdes), 2020/06 (publié en 2020/11)

- N° 246 How Can the Methods for Measuring the Spatial Inequalities of Access to General Practitioners Be Improved? Illustration in Ile-de-France. Lucas-Gabrielli V. (IRDES), Mangeney C. (ORS Ile-de-France), 2019/11 (publié en 2020/02)
- N° 245 Access to State Medical Aid by Undocumented Immigrants in France: First Findings of the 'Premiers Pas' Survey. Jusot F. (Paris-Dauphine University, PSL, Leda-Legos, IRDES), Dourgnon P. (IRDES), Wittwer J. (University of Bordeaux, Bordeaux Population Health (INSERM U1219), EMOS Team), Sarhiri J. (IRDES), 2019/11 (publié en 2020/02)
- N° 244 A Study of Undocumented Immigrants' Access to Health Coverage and Care in France: The 'Premiers Pas' Survey. Dourgnon P. (IRDES), Guillaume S. (IRDES), Jusot F. (Paris-Dauphine University, PSL, Leda-Legos, IRDES), Wittwer J. (University of Bordeaux, Bordeaux Population Health (INSERM U1219), EMOS Team), 2019/11 (publié en 2020/02)
- N° 243 Providing Healthcare Coverage to Undocumented Immigrants in France. What We Know, and What We Don't, about State Medical Aid (AME), Wittwer J. (University of Bordeaux, Bordeaux Population Health (INSERM U1219), EMOS Team), Raynaud D. (IRDES), Dourgnon P. (IRDES), Jusot F. (Paris-Dauphine University, PSL, Leda-Legos, IRDES), 2019/11 (publié en 2020/02)

Liste des Rapports publiés en 2020

575. Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) - Rapport final. Bricard D., Or Z., Penneau A. (Irdes), 2020/11

Deux premiers numéros de la série « Etudes de cas »

574. International Comparison of Specialist Care Organization: Innovations in Five Countries (England, Germany, Italy, Netherlands, United States. Italy: Multidisciplinary Networks in Tuscany. Michel L., Or Z. (Irdes), 2020/07
573. Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie, Pays-Bas). Italie : les réseaux pluridisciplinaires en Toscane. Michel L., Or Z. (Irdes), 2020/07

Liste des ouvrages publiés en 2020

- N° 7 Atlas de la santé mentale en France. Coldefy M., Gandré C., 2020/05

AUTRES EDITEURS

Liste des articles publiés dans des revues scientifiques, institutionnelles et professionnelles

43 articles ont été publiés dans diverses revues.

⇒ Revues scientifiques à comité de lecture

Le Comité de lecture, constitué en instance ou informel selon les revues, regroupe les différents lecteurs ou « referees » invités à expertiser les articles avant publication : rejet, demande de remaniement, acceptation en l'état sont autant d'avis que peut émettre un expert, spécialiste reconnu d'un champ, après lecture critique d'un manuscrit ; la nouveauté des résultats, l'intérêt de l'hypothèse, la qualité de la démonstration, la force de l'appareil critique, la forme du discours, la clarté des illustrations sont les voies d'exploration que suivent les lecteurs pour se prononcer en faveur de la publication ; les revues à « Comité de lecture » garantissent généralement un minimum de deux expertises par manuscrit, voire une troisième en cas d'avis contradictoires, assurées le plus souvent anonymement.

En 2020

- Medical Brain Drain: How Many, Where and Why? Adovor E., Czaika M., Docquier F., Moullan Y. *Journal of Health Economics*, vol. 76. On line: 30/12/2020, 2021/03
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167629620310559?via%3Dihub#!> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33465558/>
(Catégorie 1 – CNRS) – (Cat. A – Hcéres)
- Can General Practitioners Be More Productive? The Impact of Teamwork and Cooperation with Nurses on GP Activities. Loussouarn C., Franc C., Videau Y., Mousquès J. *Health Economics*. On line: 09/12/2020, 1-19 <https://doi.org/10.1002/hec.4214>
(Catégorie 1 – CNRS) – (Cat. A – Hcéres)
- Adaptation of Independent Midwives to the COVID-19 Pandemic: a National Descriptive Survey. Baumann S., Gaucher L., Bourgueil Y., Saint-Lary O., Gautier S., Rousseau A. *Midwifery*, On line: 18/12/2020, 1-18 <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102918>
- La santé des enfants en France : un enjeu négligé ? Lang T., Saurel-Cubizolles M.J., Billette de Villemeur A., Groupe de travail permanent « Enfants » du HCSP : Aujard Y., Colson S., Com-Ruelle L., et al. *Santé Publique*, 2020, vol. 32, n° 4, 49-58
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique.htm>
- Collaboration of Primary Care and Public Health at the Local Level: Observational Descriptive Study of French Local Health Contracts. Kendir C., Breton E., Le Bodo Y., Bourgueil Y. *Primary Health Care Research & Development*, vol 21, n° e61, 2020/12, 1-11
<https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/article/collaboration-of-primary-care-and-public-health-at-the-local-level-observational-descriptive-study-of-french-local-health-contracts/276148B249C8C537EFE071D266EFCEA3#>
- Regards sur l'institutionnalisation des sciences sociales de la santé [Entretiens croisés avec Bloy G., Déchamp-Le Roux C., Fainzang S., Sarradon-Eck A.]. Le Clinche-Piel M., Fournier C. *Anthropologie & Santé*, n° 21, 2020/11
<https://journals.openedition.org/anthropologiesante/6543>

- How GPs Adapted their Practices and Organisations at the Beginning of COVID-19 Outbreak: a French National Observational Survey. Saint-Lary O., Gautier S., Le Breton J., Gilberg S., Frappé P., Schuers M., Bourgueil Y., Renard V. *BMJ Open*, 2020/12, vol 12, n° 10, 1-20
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33268433/>

- Introduction au dossier « Les économies de la sexualité ». Brasseur P., Finez J. *Revue Française de Socio-Économie*, n° 25, 2020/2, 15-28
<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-socio-economie-2020-2-page-15.htm>
(Catégorie 4 – CNRS) – (Cat. C – Hcéres)

- Introduction au débat « Les économies numériques de la sexualité ». Brasseur P., Finez J. *Revue Française de Socio-Économie*, n° 25, 2020/2, 141-143
<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-socio-economie-2020-2-page-141.htm>
(Catégorie 4 – CNRS) – (Cat. C – Hcéres)

- Health in Adulthood After Severe Anorexia Nervosa in Adolescence: a Study of Exposed and Unexposed Women. Chapelon E., Barry C., Hubert T., Com-Ruelle L., Duclos J., Mattar L., Falissard B., Huas C., Godart N. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, on line : 23/06/2020, 1-9
<https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-020-00940-5>

- Gender Patterns in Immigrants' Health Profiles in France: Tobacco, Alcohol, Obesity and Self-Reported Health. Khlal M., Legleye S., Bricard D. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, vol. 17, n° 23. Online : 25/11/2020, 1-10
<https://www.mdpi.com/1660-4601/17/23/8759>

- Training, Migration and Retention of Doctors: Is Ireland a Danaides' Jar? Comment on "Doctor Retention: a Cross-Sectional Study of How Ireland Has Been Losing the Battle". Chevillard G. *International Journal of Health Policy and Management*, Online : 01/11/2020, 1-2
https://www.ijhpm.com/article_3944.html

- Impact of Competition Versus Centralisation of Hospital Care on Process Quality: A Multilevel Analysis of Breast Cancer Surgery in France. Or Z., Roccoco E., Touré M., Bonastre J., *International Journal of Health Policy and Management*, Online : 30/09/2020, 1-11
https://www.ijhpm.com/article_3920.html
 - Measuring the Patient Experience of Mental Health Care: A Systematic and Critical Review of Patient-Reported Experience Measures. Fernandes S., Fond G., Zendjidjian X.Y., Baumstarck K., Lançon C., Berna F., Schurhoff F., Aouizerate B., Henry C., Etain B., Samalin L., Leboyer M., Llorca P.M., Coldefy M., Auquier P., Boyer L. *Patient Preference and Adherence*, vol 14, 2020/11, 2147–2161
<https://www.dovepress.com/measuring-the-patient-experience-of-mental-health-care-a-systematic-an-peer-reviewed-article-PPA>

- Does Ageing Alter the Contribution of Health to Subjective Well-Being? Bussière C., Sirven N., Tessier P. *Social Science and Medicine*, vol. 268, Online : 17/10/2020, 1-10
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953620306754?via%3Dihub>
(Catégorie 1 - CNRS) - (Cat. A - Hcéres)

- General Practitioners' Income and Activity: the Impact of Multi-Professional Group Practice in France. Cassou M., Mousquès J., Franc C. *European Journal of Health Economics*, on line 14 October 2020, 1-23
<https://doi.org/10.1007/s10198-020-01226-4>
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-020-01226-4>
(Catégorie 2 – CNRS) – (Cat. A – Hcéres)

- Inequality of Opportunities in Health and Death: an Investigation from Birth to Middle Age in Great Britain, Bricard D., Jusot F., Trannoy A., Tubeuf S., *International Journal of Epidemiology*, 2020, 1-10
<https://academic.oup.com/ije/advance-article/doi/10.1093/ije/dyaa130/5917737>

- Le parcours professionnel des patients atteints de sclérose en plaques à partir des données de la base nationale Hygie. Guilleux A., Regaert C., Espagnacq M., Pichetti S., Sermet C., Leray E. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 68, suppl. 2, 2020/09, S65
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0398762020303023>

- Inégalités des chances dans le recours aux soins des jeunes adultes en France, Mignon D., Jusot F. *Economie et Statistique*, n° 514-515-516, 2020, 157-175
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4511689?sommaire=4511714>
(Catégorie 3 – CNRS) – (Cat. B – Hcéres)

- Impact of fees on access to dental care: evidence from France. Bas A.C., Dourgnon, P., Azogui-Levy, S., Wittwer J. *European Journal of Public Health*, On Line: 2020/08/13
<https://academic.oup.com/eurpub/advance-article-abstract/doi/10.1093/eurpub/ckaa143/5891898>
(Catégorie 3 – CNRS) – (Cat. B – Hcéres)

- Envisager la rétraction d'un équipement dans le système urbain français : le cas des lits d'hospitalisation en court séjour. Conti B., Baudet-Michel S., Le Neindre C. *Géographie, économie, société*, vol 22, n° 1, 5-33, 2020
<https://www.cairn.info/revue-geographie-economie-societe-2020-1-page-5.htm>
(Catégorie 4 – CNRS) – (Cat. C – Hcéres)

- Use of Tobacco, Alcohol and Cannabis in Late Adolescence: Roles of Family Living Arrangement and Socioeconomic Group. Khlal M., Van Cleemput O., Bricard D. *et al.* *BMC Public Health*, 20, 1356, 2020/09, 2-9
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09476-w>

- Adherence to Medical Follow-up Recommendations Reduces Hospital Admissions: Evidence from Diabetic Patients in France. Bussière C., Sirven N., Rapp T., Sevilla-Dedieu C., *Health Economics*. On line : 21/01/2020, 1-15
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hec.3999?af=R>
(Catégorie 1 - CNRS) – (Cat. A - Hcéres)

- The Dynamics of Frailty and Change in Socio-Economic Conditions: Evidence for the 65+ in Europe. Sirven N., Dumontet M., Rapp T. *European Journal of Public Health*, On Line: 2020/05/20
<https://academic.oup.com/eurpub/advance-article-abstract/doi/10.1093/eurpub/ckaa068/5837792?redirectedFrom=fulltext>
(Catégorie 3 - CNRS) – (Cat. B - Hcéres)

- Mapping Variability in Allocation of Long-Term Care funds Acrosspayer Agencies in OECD Countries. Waitzberg R., Schmidt A.E., Blümel M., Penneau A., Farmakas A., Ljungvall A., Barbabellai F., Augusto G.F., Marchildon G.P., Sperre Saunes I., Vocanec D., Milos I., Contel J.C., Murauskienė L., Kroneman M., Tambor M., Hrobon P., Wittenberg R., Allin S., Or Z. *Health Policy*, On Line: 2020/02, 1-10
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851020300488>
(Catégorie 2 - CNRS) – (Cat. A - Hcéres)

- Innovative Use of Data Sources: a Cross-Sectional Study of Data Linkage and Artificial Intelligence Practices Across European Countries. Haneef R., Delnord M., Vernay M., Bauchet E., Gaidelyte R., Van Oyen H., Or Z., Pérez-Gómez B., Palmieri L., Achterberg P., Tjihuis M., Zaletel M., Mathis-Edenhofer S., Májek O., Haaheim H., Tolonen H., Galloway A. *Archives of Public Health*. Vol.78, n° 55, 2020/06, 1-11
<https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-020-00436-9>

- Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées - Avant-propos. Hassenteufel P., Naiditch M., Schwyer F.X. *Revue française des affaires sociales*, Dossier thématique - Les réformes de l'organisation des soins primaires, Hassenteufel P., Naiditch M., Schwyer F.X. (coord.), n° 1, 2020/01-03, 11-31
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-11.htm>

- Les maisons de santé pluriprofessionnelles : un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques. Ray M., Bourgueil Y., Sicotte C. *Revue française des affaires sociales*, Dossier

thématique - Les réformes de l'organisation des soins primaires, Hassenteufel P., Naiditch M., Schweyer F.X. (coor.), n° 1, 2020/01-03, 57-77

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-57.htm>

- Contractualiser avec l'Assurance maladie : un chantier parmi d'autres pour les équipes des maisons de santé pluriprofessionnelles. Bourgeois I., Fournier C. *Revue française des affaires sociales*, Dossier thématique - Les réformes de l'organisation des soins primaires, Hassenteufel P., Naiditch M., Schweyer F.X. (coor.), n° 1, 2020/01-03, 167-193

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-167.htm>

- Difficultés d'usage des logiciels pluriprofessionnels au sein des MSP et mode de régulation du marché des logiciels médicaux : quels liens ? Naiditch M. *Revue française des affaires sociales*, Dossier thématique - Les réformes de l'organisation des soins primaires, Hassenteufel P., Naiditch M., Schweyer F.X. (coor.), n° 1, 2020/01-03, 237-262

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-237.htm>

- Care Coordination for Severe Mental Health Disorders: an Analysis of Healthcare Provider Patient-Sharing Networks and their Association with Quality of Care in a French Region, Gandré C., Beauguitte L., Lolivier A., Coldefy M., *BMC Health Services Research*, vol 20, n° 548, 2020, 1-15

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05173-x>

(Catégorie 3 – CNRS) – (Cat. B – Hcéres)

- Disparities in the Use of General Somatic Care among Individuals Treated for Severe Mental Disorders and the General Population in France. Gandré C., Coldefy M. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020/05, vol. 17, n° 10, 1-17
<https://www.mdpi.com/1660-4601/17/10/3367#cite>

- Leveraging Implementation Science to Reduce Inequities in Children's Mental Health Care: Highlights from a Multidisciplinary International Colloquium. Stadnick N.A., Aarons G.A., Blake L., Brookman-Frazee L.I., Dourgnon P., Engell T., Jusot F., et al. *BMC Proceedings*, vol 14, suppl 2, 2020/04, 1-12
<https://bmcproc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12919-020-00184-2>

- Economic Burden of the Out-of-Pocket Expenses for People with Multiple Sclerosis in France. Heinzlef O., Molinier G., Van Hille B., Radoszycki L., Dourgnon P., Longin J. *PharmacoEconomics Open*. On line: 2020/02/12, 1-11

<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs41669-020-00199-7>

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s41669-020-00199-7.pdf>

- La pertinence de soins en France : dossier thématique. Avant-propos. Com-Ruelle L., Julienne, K. (coor.), *Revue française des affaires sociales*, n° 3, 2019/12, 5-9

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-3-page-5.htm>

- Evaluation of Children's Participation in a National Dental Programme in France. Bas AC, Azogui-Lévy S. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2019/08, vol. 47, n° 4, 291-298
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cdoe.12456>
- Évaluation d'impact d'une nouvelle organisation en chirurgie orthopédique sur les parcours de soins. Malléjac N., Or Z., *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2019/5, vol 37, n° 5, 431-465
<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2019-5-page-431.htm>

⇒ **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.

En 2020

- Les paysages thérapeutiques de deux maternités d'Ile-de-France. Clélia Gasquet-Blanchard, Alain Vaguet, Véronique Lucas -Gabrielli, Bruno Renevier, Elie Azria, *Revue francophone sur la santé et les territoires*, 2020/10, 1-26
<https://rfst.hypotheses.org/gasquet-blanchard-clelia-vaguet-alain-lucas-gabrielli-veronique-renevier-bruno-azria-elie>
- Adjusting Hospital Inpatient Payment Systems for COVID-19. Quentin W., Albrecht T., Bezzina A., Bryndova L., Dimova A., Gerkens S., Kowalska-Bobko I., Mantwill S., Or Z., Rajan S., Theodorou M., Tynkkynen L.K., Waitzberg R., Winkelmann J., *Eurohealth*, vol. 26, n°2, 2020, 88-92
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336287/Eurohealth-26-2-88-92-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Restarting More Routine Hospital Activities During COVID-19: Approaches from Six Countries. Webb E., Hernández-Quevedo C., Scarpetti G., Edwards N., Reed S., Gandré C., Or Z., Cascini F., Winkelmann J., Kroneman M., Bernal-Delgado E., Angulo-Pueyo E., Estupiñán-Romero F., Rajan S., Chandran S., *Eurohealth*, vol. 26, n°2, 2020, 68-72
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336300/Eurohealth-26-2-68-72-eng.pdf>

⇒ Revue institutionnelle à comité de rédaction

En 2020

- Restes à charge sanitaires des personnes âgées dépendantes à domicile, Penneau A., Pichetti S., Espagnacq M. *Gérontologie et société*, vol. 42, n° 162, 2020/2, 121-140
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2020-2-page-121.html#>

⇒ Revue institutionnelle sans comité de rédaction

- ⇒ **En 2020** Travailler en équipe en maison de santé : un questionnaire éthique renouvelé, Fournier C., *La santé en action*, n° 453, 2020/09, 35-38
<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/travailler-en-equipe-en-maison-de-sante-un-questionnement-ethique-renouvele>
- ⇒ Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale, Chaput H., Monziols M., Ventelou B., Zaytseva A., Chevillard G., Mousquès J. et al., *Etudes et Résultats* (Drees), n° 1140, 2020/01. 1-5
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1140.pdf>

Rapports, documents de travail ou chapitres

Un certain nombre de collaborations ont donné lieu à la publication de rapports, chapitres ou documents de travail par d'autres éditeurs (13).

⇒ Publications scientifiques

▪ Rapports

- Avis relatif au contenu du questionnaire d'autoévaluation de l'état de santé de l'enfant âgé de 6 ans à 18 ans dans le cadre de la pratique sportive. Avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Avec la contribution de Com-Ruelle L., Duché P., Dufour V., Halley des Fontaines V., Roussey M., (Groupe de travail). Paris : HCSP, 24/01/2020, en ligne le 30/09/2020, 1-26
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=918>
- Avis relatif à la gestion de l'épidémie Covid-19 et inégalités sociales de santé des enfants, leçons pour le futur. Avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Avec la contribution de Aujard Y., Brignon J.M., Claudet I., Com-Ruelle L., et al. (Groupe de travail). Paris : HCSP, 18/06/2020, en ligne le 18/08/2020, 1-19
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=896>
- Avis relatif à la santé des enfants, l'épidémie de Covid-19 et ses suites. Avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Avec la contribution de Aujard Y., Billette de Villemeur A., Claudet I., Com-Ruelle L., et al. (Groupe de travail). Paris : HCSP, 17/04/2020, en ligne le 19/06/2020, 1-24
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=860>
- Avis relatif à la fiche d'aide à la décision « Fermeture des écoles primaires » en vigilance canicule rouge. Avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Avec la contribution de Aujard Y., Billette de Villemeur A., Bodeau-Livinec F., Claudet I., Com-Ruelle L., et al.

(Groupe de travail). Paris : HCSP, 28/04/2020, en ligne le 01/06/2020, 1-19
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=844>

- Avis relatif au lien entre le tabagisme et la Covid-19. Avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Avec la contribution de Alla F., Ardwidson P., Berlin I., et al. (Groupe de travail), Berr C., Cambon L., Com-Ruelle L., et al. (Relecteurs). Paris : HCSP, 09/05/2020, en ligne le 12/05/2020, 1-8
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=818>
- Avis relatif aux données de recherche et études sur la santé et le développement global de l'enfant. Avis commun du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) et du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA). Avec la contribution de Aujard Y., Billette de Villemeur A., Colson S., Com-Ruelle L., et al. (Groupe de travail). Paris : HCSP, 15/10/2019, en ligne le 11/07/2019,1-4
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=743>
- Remédier aux déserts médicaux. Dumontet M., Chevillard G., Paris : Editions rue d'Ulm. Collection du Cepremap n° 54, 2020/09, 126 p.
<https://www.presses.ens.fr/575-a-paraitre-remedier-aux-deserts-medicaux.html>
- Santé et territoires. Bariol-Mathais B. (Dir.), Collectif avec les contributions de Chevillard G., Lucas-Gabrielli V., et al. Paris : Gallimard, Collection : Points Fnau – Alternative n° 11, 2020/05, 176 p.
<http://www.fnau.org/fr/publication/sante-et-territoires/>
<http://www.gallimard.fr/Catalogue/GALLIMARD/Alternatives/Points-Fnau-Alternatives/Sante-et-territoires>
- Analyse des données scientifiques : effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans. Rapport du Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Avec la contribution de Duché P., Billette-de-Villemeur A., Com-Ruelle L., Halley des Fontaines V., *et al.* (Groupe de travail). Paris : HCSP, 2020/01, 84p
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=744>
- Avis relatif aux effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans. Avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Avec la contribution de Duché P., Billette-de-Villemeur A., Com-Ruelle L., Halley des Fontaines V., *et al.* (Groupe de travail). Paris : HCSP, 2019/12, 21p.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=744>
- **Chapitres**
 - The Public-Private Mix in France: A Case for Two-Tier Health Care. Or Z., Pierre A. In *Is Two-Tier Health Care the Future?* Colleen M. Flood, Bryan Thomas (Eds). Ottawa : PUO, 2020/04, 237-266
<https://ruor.uottawa.ca/handle/10393/40434?mode=simple>

<https://press.uottawa.ca/is-two-tier-health-care-the-future.html>

▪ **Communications**

- Quels restes à charge en France ? (Intervention). Raynaud D. In : Renoncement aux soins, restes à charge, refus de soins : comment lever les barrières de l'accès aux soins ? Actes de la journée nationale Assurance maladie du 25 novembre 2019 - France Assos Santé, Unaf, Fnath, 2020/08, 9-10
<https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2020/08/Actes-journee-AM-25-nov-2019.pdf>

- **Ouvrages**

- Remédier aux déserts médicaux. Dumontet M., Chevillard G., Paris : Editions rue d'Ulm. Collection du Cepremap n° 54, 2020/09, 126 p.
<https://www.presses.ens.fr/575-a-paraitre-remedier-aux-deserts-medicaux.html>

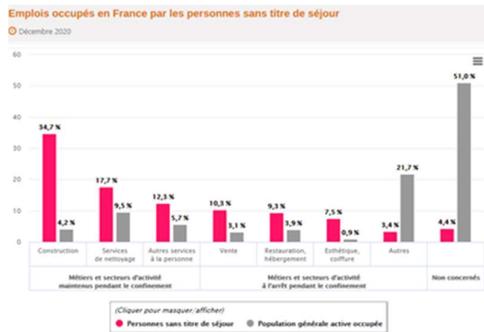
ANNEXE 3

Graphiques et interviews du mois

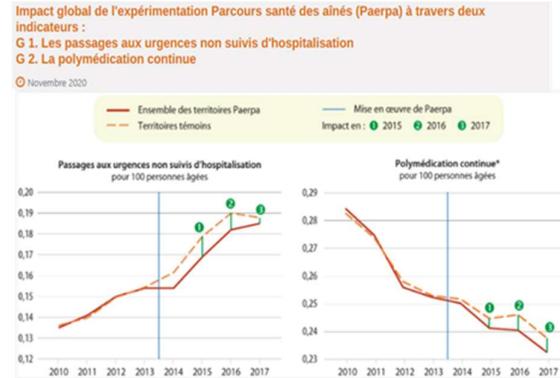
Graphiques du mois

Rubriques de la lettre d'information de l'Irdes reprises en première page du site internet de l'Irdes en 2020

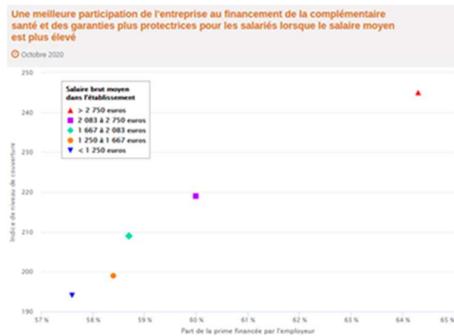
DECEMBRE 2020 : Emplois occupés en France par les personnes sans titre de séjour



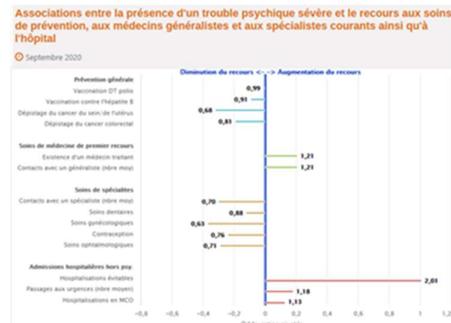
NOVEMBRE 2020 : Impact global de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) à travers deux indicateurs : G 1. Les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation G 2. La polymédication continue



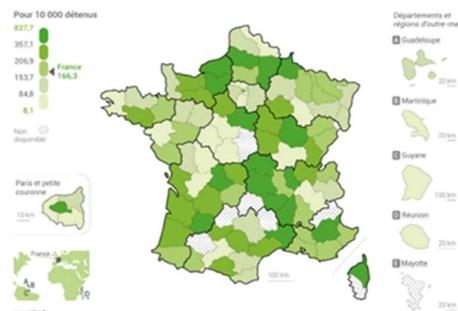
OCTOBRE 2020 : Une meilleure participation de l'entreprise au financement de la complémentaire santé et des garanties plus protectrices pour les salariés lorsque le salaire moyen est plus élevé



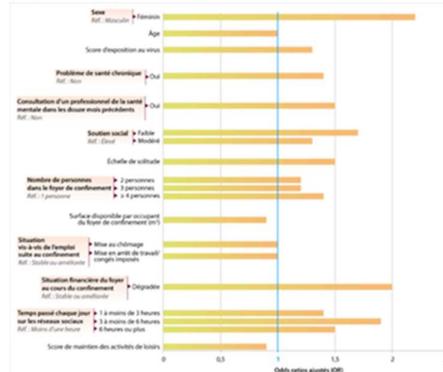
SEPTEMBRE 2020 : Associations entre la présence d'un trouble psychique sévère et le recours aux soins de prévention, aux médecins généralistes et aux spécialistes courants ainsi qu'à l'hôpital



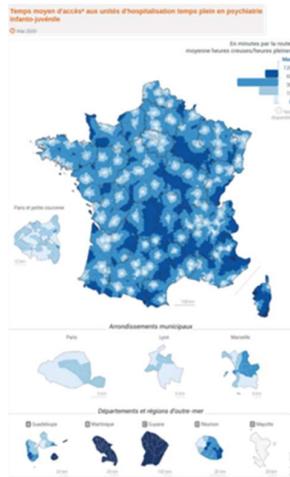
JUILLET 2020 : Taux d'hospitalisation des détenus en soins psychiatriques sans consentement en 2016



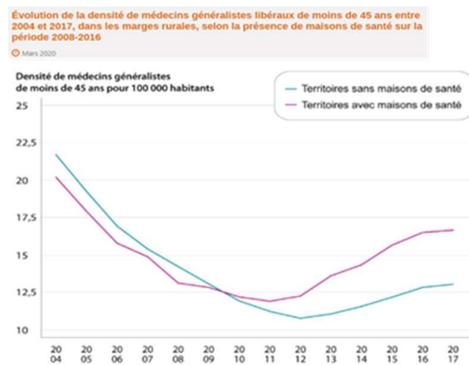
JUIN 2020 : Facteurs associés à la survenue de détresse psychologique au cours du confinement lié au Covid-19



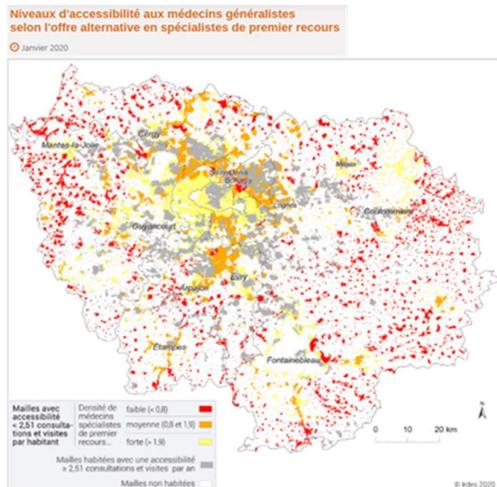
MAI 2020 : Temps moyen d'accès* aux unités d'hospitalisation temps plein en psychiatrie infantile-juvénile



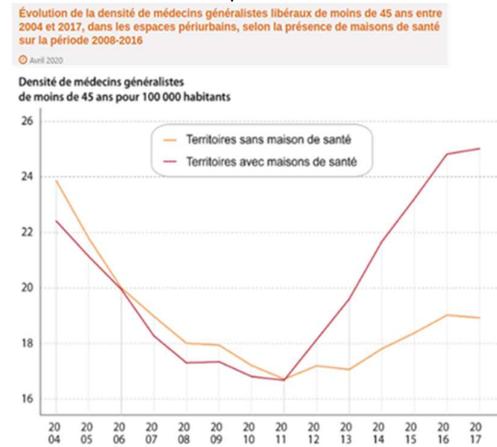
MARS 2020 : Évolution de la densité de médecins généralistes libéraux de moins de 45 ans entre 2004 et 2017, dans les marges rurales, selon la présence de maisons de santé sur la période 2008-2016



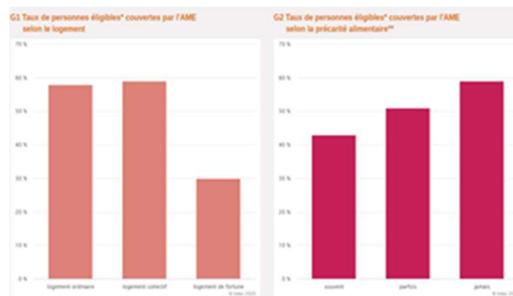
JANV 2020 : Niveaux d'accessibilité aux médecins généralistes selon l'offre alternative en spécialistes de premier recours



AVRIL 2020 : Évolution de la densité de médecins généralistes libéraux de moins de 45 ans entre 2004 et 2017, dans les espaces périurbains, selon la présence de maisons de santé sur la période 2008-2016



FEVRIER 2020 : L'accès à l'Aide médicale de l'Etat (AME) est plus faible pour les personnes sans papiers en situation de grande précarité



Liste des interviews du mois

Décembre 2020

[3 questions à... Antoine Marsaudon, Paul Dourgnon, Florence Jusot et Jérôme Wittwer](#) à l'occasion de la parution du Questions d'économie de la santé n° 253 intitulé « Anticiper les conséquences de l'épidémie de la Covid-19 et des politiques de confinement pour les personnes sans titre de séjour ».

Novembre 2020

[3 questions à... Damien Bricard, Zeynep Or, et Anne Penneau](#) à l'occasion de la parution du Questions d'économie de la santé n° 252 intitulé : « Que peut-on apprendre de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) ? » [3 questions à... Damien Bricard, Zeynep Or, et Anne Penneau](#) à l'occasion de la parution du Questions d'économie de la santé n° 252 intitulé : « Que peut-on apprendre de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) ? » Octobre 2020

[3 questions à... Marc Perronnin et Denis Raynaud](#) à l'occasion de la parution du *Questions d'économie de la santé* n° 251 intitulé : « La couverture complémentaire collective : des modalités de mise en œuvre variables selon les entreprises. Résultats de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017 »

Septembre 2020

[3 questions à... Coralie Gandré](#) à l'occasion de la parution du *Questions d'économie de la santé* n° 250 intitulé : « Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère », réalisé avec Magali Coldefy

Juillet 2020

[3 questions à... Lucie Michel et Zeynep Or](#) à l'occasion de la parution, dans une nouvelle série « Etudes de cas » des *Rapports de l'Irdes*, d'une comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée en termes d'innovations dans cinq pays, à travers un premier pays : l'Italie

Juin 2020

[3 questions à... Coralie Gandré et Magali Coldefy](#) à l'occasion de la parution du *Questions d'économie de la santé* n° 249 intitulé : « Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement. Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020 », réalisé en collaboration avec Thierry Rochereau

Mai 2020

[3 questions à... Magali Coldefy et Coralie Gandré](#) à l'occasion de la parution de *l'Atlas de la santé mentale en France* dans la collection des ouvrages de l'Irdes

Avril 2020

[3 questions à... Lucie Michel et Zeynep Or](#) à l'occasion de la parution du *Questions d'économie de la santé* n° 248 intitulé : « Décloisonner les prises en charge entre médecine spécialisée et soins primaires : expériences dans cinq pays »

Mars 2020

[3 questions à... Guillaume Chevillard et Julien Mousquès](#) à l'occasion de la parution du *Questions d'économie de la santé* n° 247 intitulé : « Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? »

Février 2020

[3 questions à... Marie-Odile Safon et Véronique Suhard](#), documentalistes à l'Irdes : « Comment fonctionne aujourd'hui la Documentation ? »

Janvier 2020

[3 questions à... Véronique Lucas-Gabrielli et Catherine Mangeney](#) à l'occasion de la parution du *Questions d'économie de la santé* n° 246 intitulé : « Comment enrichir la mesure des inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins généralistes. Illustration en Ile-de-France. »

ANNEXE 4

Communiqués de presse et interventions médiatiques

Liste des communiqués de presse

<https://www.irdes.fr/presse/communiques-de-presse.html>

- 17 dec Anticiper les conséquences de l'épidémie de la Covid-19 et des politiques de confinement pour les personnes sans titre de séjour
- 3 dec [Que peut-on apprendre de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés \(Paerpa\) ?](#)
- 9 nov La couverture complémentaire collective : des modalités de mise en œuvre variables selon les entreprises. Résultats de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017
- 1^{er} oct Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère
- 13 juil Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie, Pays-Bas). Italie : les réseaux pluridisciplinaires en Toscane.
- 22 juin Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement. Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020.
- 3 juin Atlas de la santé mentale en France.
- 7 mai Décloisonner les prises en charge entre médecine spécialisée et soins primaires : expériences dans cinq pays
- 9 avr COVID-19 Health System Response Monitor. Dans le cadre du suivi des réponses des systèmes de santé à l'épidémie de Covid-19
- 6 avr Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ?
- 3 avr Lancement de l'enquête Coclico. Une enquête internationale sur l'impact des politiques de confinement, liées à la lutte contre le Coronavirus, sur la santé mentale.
- 16 janv Comment enrichir la mesure des inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins généralistes ? Illustration en Ile-de-France

Interventions médiatiques 2020

⇒ Presse écrite (29)

Yann Bourgueil

La gazette des communes – des départements – des régions, 12 au 18 octobre 2020 – « une forte mobilisation des élus locaux »

Femme actuelle - Senior, avril 2020 – Déserts médicaux « il faut développer le travail pluridisciplinaire »

Guillaume Chevillard

Le courrier des maires et des élus locaux - Newsletter, 9 mars 2020 – « La désertification médicale est aussi un problème d'aménagement du territoire »

Repris le 13 avril 2020, le 20 avril 2020, le 27 avril 2020, le 4 mai, le 11 mai, le 25 mai et le 1^{er} juin

Guillaume Chevillard et Julien Mousquès

Le Concours médical, avril 2020 – « Des conditions de travail attractives et un meilleur équilibre de la vie personnelle et professionnelle »

Magali Coldefy et Coralie Gandré

La lettre du CGS, juillet 2020 – « L'Atlas de la santé mentale peut alimenter les diagnostics partagés des PTSM ». Atlas de la santé mentale & conclusions étude COCLICO

Magali Coldefy et Coralie Gandré

Santé mentale, juin 2020 – Tout savoir sur la santé mentale

Paul Dourgnon

Le Monde, 30 octobre 2020 – « Les données de santé un patrimoine commun qui doit servir à améliorer le bien-être de tous »

Cécile Fournier

Bulletin du Clips, octobre 2020 – « Vers un exercice plus coordonné au sein du système de santé »

Le Concours médical, janvier 2020 – Nouveaux métiers, pour quels nouveaux besoins ?

Lucie Michel et Zeynep Or

Le Concours médical, juin 2020 – « La recherche de nouvelles formes d'organisation émane principalement du terrain »

Yasser Moullan (chercheur associé)

Le Monde, 17-18 mai 2020 – « Les médecins font de plus en plus l'objet de politiques migratoires, reflétant le besoin criant qu'en ont les pays d'accueil »

Michel Naiditch

Le Monde, 26 septembre 2020 – La démocratie en santé, victime oubliée du Covid-19

Zeynep Or

La revue du praticien médecine générale, mai 2020, « Décloisonner et déconfiner durablement... »

Dernières nouvelles d'Alsace, 25 mai 2020, « La solution ne peut pas résider dans l'hôpital uniquement »

Le Dauphiné libéré, 25 mai 2020, « Repenser l'articulation entre ville et hôpital »

L'Est républicain, 25 mai 2020, « La solution passe aussi par la médecine de ville »

Le Journal de Saône et Loire, 25 mai 2020, « La solution passe aussi par la médecine de ville »

L'Alsace, 25 mai 2020, « La solution ne peut pas résider dans l'hôpital uniquement »

Le Progrès, 25 mai 2020, « La solution passe aussi par la médecine de ville »

Le républicain lorrain, 25 mai 2020, « La solution passe aussi par la médecine de ville »

Vaucluse matin, 25 mai 2020, « Repenser l'articulation entre ville et hôpital »

Vosges matin, 25 mai 2020, « La solution passe aussi par la médecine de ville »

⇒ **Presse Internet (13)**

Yann Bourgueil

www.lagazettedescommunes.com, 9 octobre 2020 – « une forte mobilisation des élus locaux »

www.sfsp.fr, 14 avril 2020 – Entretien avec Yann Bourgueil : « Après l'hôpital, ce sont les soins primaires qui se préparent à jouer leur rôle de première ligne dans la réponse à l'épidémie »

Guillaume Chevillard et Julien Mousquès

www.essentiel-sante-magazine.fr, 7 août 2020 – Les jeunes médecins attirés par les maisons de santé

Magali Coldefy

<https://soepidemio.com>, 17 novembre 2020 – Un suivi somatique insuffisant pour les personnes vivant avec un trouble psychique sévère : la preuve par les chiffres

Magali Coldefy et Coralie Gandré

<http://clsm-coms.org>, 9 juillet 2020 – « L'Atlas de la santé mentale peut alimenter les diagnostics partagés des PTSM ». Atlas de la santé mentale & conclusions étude COCLICO

Magali Coldefy et Coralie Gandré

www.santementale.fr, 2 juillet 2020 – Un atlas pour tout savoir sur la santé mentale

Paul Dourgnon

www.lemonde.fr, 29 octobre 2020 – « Les données de santé un patrimoine commun qui doit servir à améliorer le bien-être de tous »

Yasser Moullan (chercheur associé)

www.lemonde.fr, 15 mai 2020 – « Les médecins font de plus en plus l'objet de politiques migratoires, reflétant le besoin criant qu'en ont les pays d'accueil »

Michel Naiditch

www.lemonde.fr, 25 septembre 2020 – La démocratie en santé, victime oubliée du Covid-19

Zeynep Or

www.ledauphine.com, 24 mai 2020, « La solution passe aussi par la médecine de ville »

www.republicain-lorrain.fr, 24 mai 2020, « La solution passe aussi par la médecine de ville »

Denis Raynaud

www.lagazetteDESCOMMUNES.com, 13 juillet 2020 – Parcours santé des aînés : une expérimentation à effet d'entraînement « Côté résultats médico-économiques quantitatifs, l'évaluation, de l'Irdes, confirmera ceux de 2018... »

Denis Raynaud

www.Hospimedia.fr, 10 juillet 2020 – Certains outils créés dans le cadre de Paerpa sont déjà entrés dans le droit commun « Le bilan final, qui sera publié à la rentrée, confirme les résultats intermédiaires en les affinant »

⇒ **Radio – TV (1)**

Zeynep Or

www.tsfjazz.com, 1^{er} octobre 2020, L'Italie affiche désormais un rythme de nouvelles contaminations bien inférieur à celui de la France

ACTIVITE 2020

ACTIVITE ACADEMIQUE

Collaborations suivies avec d'autres laboratoires

- Damien Bricard est chercheur associé à l'*Institut national d'études démographiques (Ined)* - UR5 – Mortalité, santé et épidémiologie, depuis 2016
- Pierre Brasseur est chercheur associé au laboratoire Pacte (Sciences Po Grenoble — Université Grenoble Alpes).
- Magali Coldefy est :
 - chercheure associée au *Centre d'études et de recherche sur les services de santé et la qualité de vie* (EA 3279), Université d'Aix-Marseille, depuis 2016
 - chercheure associée à l'*UMR Géographie-cités*, Paris 1, Paris 7, CNRS, depuis 2013
 - membre du groupe « Territoires et santé » du *Collège international des sciences du territoire (Cist)*, depuis 2010
- Paul Dourgnon est :
 - chercheur associé à ECEVE (Inserm unité 1123) depuis 2018
 - chercheur associé à l'Université Paris-Dauphine, *Laboratoire d'économie de Dauphine, Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de Santé (Leda-Legos)*, depuis 2013
 - chercheur associé à *Hospinomics*, Chaire de recherche de l'École d'économie de Paris, depuis 2015
 - Faculty associate au Center for Health Policy Research, University of California Los Angeles (UCLA), depuis 2017
- Cécile Fournier est chercheure associée au *Laboratoire éducation et pratiques de santé (LEPS)*, Université Paris 13, depuis 2016
- Coralie Gandré est chercheure associée à ECEVE (Inserm unité 1123, Université Paris VII) depuis 2018
- Florence Jusot est :
 - professeure des universités en sciences économiques à l'*Université Paris-Dauphine*, membre du *Laboratoire d'économie de Dauphine, Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de Santé (Leda-Legos)*, depuis 2014
 - chercheure associée à l'*Institut national d'études démographiques (Ined)*, depuis 2014
- Charlène Le Neindre est :
 - chercheure associée, depuis 2013, à l'*UMR 8504 Géographie-cités*, (Centre national de la recherche scientifique, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, Université de Paris et École des hautes études en sciences sociales)
 - co-responsable, depuis 2017, et membre, depuis 2010, de l'axe scientifique « Territoires et santé » du *Collège international des sciences territoriales (Cist)* (fédération de recherche CNRS FR2007)
- Antoine Marsaudon, collaboration avec la Chaire de recherche Hospinomics (Paris School of Economics – Assistance Publique des Hôpitaux de Paris) sur le projet Equirac dont le porteur principal est Paul Dourgnon. Julien Mousquès est :

- chercheur associé au *Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP)*, Inserm U1018 - Equipe 1 - Economie de la santé - Recherche sur les services de santé
- chercheur accueilli (visiting scientist), au sein du Department of Health Care Policy d'Harvard Medical School, Boston, Etats-Unis, de Septembre 2019 à Juin 2020
- Zeynep Or est :
 - Professeure affiliée au Laboratoire d'économie de Dauphine (LEDA), depuis 2018
 - chercheuse associée à *Hospinomics*, Chaire de recherche de l'École d'économie de Paris, depuis 2015

Participation à des comités scientifiques

Comités scientifiques internationaux

- Damien Bricard, Sylvain Pichetti, Aurélie Pierre, Zeynep Or (Irdes) et la Chaire Santé Dauphine, sont co-organisateurs et membres du comité scientifique du *6th Workshop on Applied Health Economics and Policy Evaluation*, Paris, 18-19 juin 2020
- Pierre Brasseur, est membre du comité scientifique et d'organisation du Congrès de l'Association Française de sociologie – Lille, juillet 2021
- Julien Mousquès est membre du Conseil scientifique de la *Task Force sur la réforme du financement du système de santé*, ministère de la Santé
- Zeynep Or :
 - membre de l'*International Expert Panel for Global Health PhD Candidates* », Swiss School of Public Health, depuis 2018
 - membre du comité scientifique de l'*European Health Policy Group (EHPG)*, depuis 2010
 - membre du groupe d'experts à l'*Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE)* sur le projet « Fiscal Sustainability of Health System, depuis 2014

Comités scientifiques nationaux

- Pierre Brasseur est membre du comité est au comité scientifique de l'organisation du Colloque Socialisation sexuelle, Paris, Ined, avril 2021
- Guillaume Chevillard
 - Participation au comité scientifique des 2^{èmes} rencontres des géographes de la santé, Rennes 2020
- Magali Coldefy :
 - membre du conseil scientifique de Santé Mentale France, depuis 2017
 - membre de la commission scientifique du Centre de preuves en psychiatrie et santé mentale, depuis 2015
 - membre du comité scientifique de la Revue francophone sur la santé et les territoires (RFST), depuis 2014
 - membre du conseil scientifique du Centre Collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale, depuis 2012
- Laure Com-Ruelle :

- Membre du Comité scientifique du Congrès 2021 de la Société française de santé publique (SFSP) depuis septembre 2020
- membre nommé du conseil scientifique et d'orientation (CSO) de l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) depuis 2017
- membre du comité scientifique du *Projet « Eva TSN »* visant à évaluer le Programme Territoires de soins numériques par un consortium d'équipes de recherche pluridisciplinaires coordonné par l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped), CHU de Bordeaux, School of Public Health (Inserm U-897), depuis 2016
- membre nommée au Comité scientifique *AGGIR-PATHOS de la CNSA* et au Groupe technique correspondant, depuis 2012
- membre du conseil scientifique de *l'étude ECENVIR* sur l'intervention des conseillers en environnement intérieur (DGPR du ministère du Développement durable et DGS du ministère en charge de la Santé), depuis 2011
- Paul Dourgnon et Coralie Gandré : membres du comité scientifique de suivi du dispositif *Convergence* (projet d'insertion global pour les personnes en situation de grande précarité, avec un volet santé porté par l'association Emmaüs Défi) depuis 2019
- Cécile Fournier :
 - membre du comité scientifique du projet de recherche sur les trajectoires et rapports sociaux en périnatalité (TRASOPER), porté par les laboratoires Espaces et sociétés ESO UMR 6590, MOS - EA 7348 et CRESPPA-CSU, depuis 2019
 - membre du groupe d'échange sur le projet ÉTHÉ (Épistémologie, Éducation Thérapeutique, Éthique) : Approche épistémologique et éthique de l'éducation thérapeutique dans le champ de la maladie de Parkinson : savoirs transmis, finalités, usages, depuis 2018
 - membre du conseil scientifique de *l'Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique (Afdet)*, depuis 2009
 - membre du conseil scientifique de *l'étude Entred 2017* pilotée par Santé publique France, depuis 2016
- Florence Jusot et Sylvain Pichetti : membres du comité scientifique des *Journées des économistes de la santé français (JESF)*, depuis 2010
- Charlène Le Neindre est :
 - membre du comité scientifique des *2^{es} Rencontres de Géographie de la Santé*, Rennes, 11-12 juin 2020. Co-organisation ESO/EHESP/CIST/CNFG
 - membre du comité scientifique de la journée d'étude *Accessibilité spatiale aux soins : éclairages théoriques et méthodologiques*" (co-organisation axes « Territoires et santé » et « Information territoriale locale » du Cist), Paris, France, 12 juin 2019
- Véronique Lucas-Gabrielli :
 - membre du comité scientifique de la Maison des Sciences de l'Homme (MSH) de Paris Nord (Unité de Service et de Recherche soutenue par le CNRS et les universités Paris 8 et Paris 13)
 - membre du comité scientifique des [Rencontres en géographie de la santé](https://rdvgeosante.sciencesconf.org) qui auront lieu février 2021 (<https://rdvgeosante.sciencesconf.org>)
 - membre du conseil scientifique du projet Paris Mégarégion animé par l'UMR IDEES Normandie Université

- membre du comité scientifique de la Maison des Sciences de l'Homme (MSH) de Paris
- Sylvain Pichetti
 - membre du comité scientifique des Journées des économistes de la santé français (JESF), depuis 2010
- Zeynep Or : vice-présidente du Comité d'évaluation « Santé publique » de l'*appel à projets générique de l'ANR*, 2016/17

Participation à des colloques, séminaires et workshops en 2020

Colloques, workshops et séminaires internationaux

Colloque international du CIST, Aubervilliers, 18-21 novembre 2020. Co-animation d'une session avec Stéphane Rican, Session C : Inégalités de santé. Appréhender les logiques spatiales et temporelles des changements sanitaires, Guillaume Chevillard

Colloque Médiatiser la sexualité, Lille, 5-6 novembre 2020, « Capter l'attention, créer sa grille », Pierre Brasseur avec Jean Finez, Jingyue Xing, Jean-Marc Francony et Anne-Sophie Béliard

Interdisciplinary Workshop on Webcam Sex Platforms », Amsterdam, 18 et 19 juin 2020, « Can't see the forest for the trees ? » A mixed-methods analysis of broadcaster typology on a webcam sex platform, Pierre Brasseur avec Jean Finez, Jingyue Xing, Jean-Marc Francony et Anne-Sophie Béliard

Interdisciplinary Market Studies Workshop, Grenoble, 3-5 juin 2020, « The Fluidity Between Broadcasting and Consumption on Sex Webcam Sex Platforms » Flowing Markets, Pierre Brasseur avec Jean Finez, Jean-Marc Francony et Anne-Sophie Béliard

Séminaire de recherche international : Epistémologie, méthodologie et éthique de la recherche interdisciplinaire organisé par l'Institut la Personne en médecine, Paris le 26 février 2020 ; Bloy G., Thévenot M. « Quand les généralistes rencontrent la recherche en sciences sociales : quelle épistémologie en actes ? », discussion par Cécile Fournier

Colloques, workshops et séminaires nationaux

Mardis de l'Irdes : Paris, 15 décembre 2020, Variations territoriales d'hospitalisations des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : le rôle du financement et de l'organisation médico-sociale des départements, Anne Penneau, Zeynep Or, Leïla Pellet, Discutant : Damien Bricard

Séminaire régional organisé par l'APMSL, « *les résultats intermédiaires d'une étude en cours auprès de 6 équipes de soins primaires dans plusieurs régions françaises* », 13 octobre 2020, Cécile Fournier

Séminaire ACCORD 2020, l'enquête Exercice coordonné en soins primaires face à l'épidémie de Covid-19 (Execo²), « Les travaux de l'année COVID en soins primaires », le 27 novembre 2020 en visio-conférence, Cécile Fournier

Congrès national des internes de santé Co publique sur les thèmes des « *Expérimentations et nouvelles organisations en santé publique* », communication en visio-conférence, le 8 octobre 2020 ; Cécile Fournier

Mardis de l'Irdes : Paris, 6 octobre 2020, discussion de l'intervention de Penneau A. et Pichetti S., « Dépistage des cancers féminins des femmes en situation de handicap : résider en institution permet-il un meilleur accès ?, Pierre Brasseur

Mardis de l'Irdes, Paris, 2 février 2020, « [Facteurs de risque comportementaux vis-à-vis de la santé des adultes jeunes \(18-30 ans\) en France en 2014](#) », Laure Com-Ruelle, Jonas Poucineau

Journée atelier sur l'accès aux soins pendant la pandémie organisée par l'équipe SHARE France de l'Université Paris-Dauphine, Paris, 2 octobre 2020 :

- « *Renoncement, report et accès aux soins pendant le confinement : résultats de Coclico, post-enquête d'EHIS 2019* » Bricard D., Dourgnon P., Pierre A.

- *présentation des premiers résultats d'une étude portant sur les sans-papiers et leur risque de développer une forme grave de Covid-19*, Dourgnon P., Jusot F., Marsaudon A., Wittwer J.

Introduction à la sociologie du handicap, Sociologie de la question « genre, sexualité et handicap », juin 2020, Pierre Brasseur, invité par Isabelle Ville

Seminaire SENSE – Orange Labs, 12 mai 2020, Présentation du travail sur les clients de la cam, Pierre Brasseur, invité par Samuel Couvaoux

Séminaire Santé, inégalités sociales et rapports de domination CRESPA, Paris Pouchet, 4 mars 2020, Discussion des communications de Gabriel Girard « *Prévention du VIH et homosexualité masculine : la communauté introuvable* » et Mélanie Pérez « *Les hommes homosexuels et la PrEP. Analyse des usages socialement différenciés des pratiques préventives* », Pierre Brasseur, invité par François Boureau et Dimitry Dugeny.

Congrès ADELFF EMOIS 2020, en visio-conférence, 12-13 mars 2020 :

- « Le recours aux soins somatiques courants des personnes suivies pour des troubles psychiques sévères en France : comparaison avec la population générale », Coralie Gandré, Magali Coldefy
- « Comparaison des méthodes de repérage des personnes reconnues inaptes au travail dans les données du SNDS », Maude Espagnacq, Sylvain Pichetti
- « Déterminants des dépenses de santé post-phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral en France », Dédé Sika Kossi, Damien Bricard
- Atelier RedSIam « Groupe de travail Cardio-neuro-vasculaire », Laure Com-Ruelle
- Colloque du Collège international des sciences territoriales (CIST) novembre 2020 : organisation d'une session « La territorialisation sanitaire en question : étapes, acteurs, recompositions » avec E. Eliot (Université de Rouen)

Maison des sciences de l'Homme Paris Nord, *Séminaire « Corps » et sciences sociales*, Paris, 6 mars 2020, Présentation de l'ouvrage "La fabrique de la ménopause" de Cécile Charlap, Noémie Morize

Euro Cos Humanisme & Santé, Centre Georges Chevrier et Espace de Réflexion Ethique BFC, *Journée d'études « Responsabilité individuelle et responsabilité collective en santé »*, Dijon, 7 février 2020, « Responsabilisation financière des assurés : pour le meilleur et pour le pire ? », Denis Raynaud

Mardis de l'Irdes, Paris, 4 février 2020, « Facteurs de risque comportementaux vis-à-vis de la santé des adultes jeunes (18-30 ans) en France en 2014 (EHIS-ESPS) », Jonas Poucineau, Laure Com-Ruelle

Journée régionale de la FemasIF : Les équipes de soins coordonnées, une fabuleuse histoire du temps, Paris, 25 janvier 2020, « L'implication des usagers : illustration et retours d'expériences », Noémie Morize

Cycle de conférences de FondaMental 2019-2020, Créteil, 15 janvier 2020, « Comorbidités somatiques en psychiatrie : données nationales sur la surmortalité et les parcours de soins », Coralie Gandré,

11^e cycle de l'Institut des Hautes études de la protection sociale (IHEPS) : Territoires et protection sociale, Session 5 – L'accès à la prévention et aux soins de santé sur les territoires : quelles problématiques et quelles régulations ? Paris, 9 janvier 2020, « Quelle approche pertinente de l'accessibilité aux soins de premier recours sur les territoires, et avec quels enseignements ? », Denis Raynaud

Collège des économistes de la Santé, 42^{èmes} Journées des Economistes de la Santé Françaises Français (JESF), 2-4 décembre 2020 (en visioconférence)

- « Rationalité économique de l'entrée en invalidité pour les salariés qui ont une sclérose en plaques », Maude Espagnacq, Sylvain Pichetti, Camille Regaert, Pierre Brasseur (Irdes), Alice Guilleux, Emmanuelle Leray (EHESP)
- Impact du développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) en Ehpad sur la qualité de prise en charge sanitaire des résidents, Anne Penneau, Zeynep Or
- Variations territoriales d'hospitalisations des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : le rôle du financement et de l'organisation médico-sociale des départements, Anne Penneau, Zeynep Or, Leila Pellet

EUHEA Conference 2020 (Oslo) "Inequity among healthcare out-of-pocket payments for disabled people in France", communication retenue dans la session "Equity in Health and Health Care" (Sylvain Pichetti) mais pas de présentation compte tenu d'une conférence virtuelle resserrée principalement autour de la thématique de la Covid 19, le 9 juillet 2020

17e Université en santé publique de Besançon, Pour une santé publique plurielle, novembre 2020
Présentation des résultats de l'enquête Coclico chez les personnes vivant avec une maladie chronique ou un handicap, novembre 2020, Coralie Gandré, Maude Espagnacq, Magali Coldefy

Journée psychiatrie et santé mentale au temps du Covid de la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France, décembre 2020, Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement. Coralie Gandré, Magali Coldefy.

3^e journée de l'accompagnement et de l'action médico-sociale du Congrès français de psychiatrie, Strasbourg, novembre 2020, Vivre avec une maladie chronique ou un handicap pendant le confinement lié à l'épidémie de Covid-19 : détresse psychologique et facteurs associés, Coralie Gandré, Maude Espagnacq, Magali Coldefy.

Observatoire national du suicide, « Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement, novembre 2020, Coralie Gandré, Magali Coldefy

Activités éditoriales

Comités de rédaction ou éditoriaux

Revue Socio-logos, Rédacteur en chef de la revue Pierre Brasseur

Actualité et dossier en santé publique (ADSP), Laure Com-Ruelle, depuis 2017 :

- Membre du comité de rédaction (Ours)
- Numéro en collaboration avec le Pr Pierre Czernichow du CHU de Rouen,
 - coordinatrice du dossier « Reste à charge et santé » paru en mars 2018
 - éditorial « Reste à charge : entre souhaitable et possible »

Health Policy, Zeynep Or (rédactrice associée / Associate Editor), depuis 2012

International Journal of Environmental Research and Public Health: Special Issue: Health and Health Care Access of Vulnerable Populations, 2020 - Special Issue Editors: Dr. Stéphanie Vandentorren and Dr. Paul Dourgnon

Population, Damien Bricard, 2019

Revue d'épidémiologie et de santé publique (Resp), Cécile Fournier, depuis 2015

Revue française des affaires sociales (RFAS), Laure Com-Ruelle, depuis 2018 :

- Numéro en collaboration avec Katia Julienne (ex-DG de la HAS, DG de le DGOS),
- coordinatrice de l'appel à contribution du dossier thématique « La pertinence des soins »
 - parution RFAS N° 3 juillet-septembre 2019, La documentation Française
 - « Avant-propos », Laure Com-Ruelle et Katia Julienne

Revue francophone sur la santé et les territoires, Magali Coldefy, Véronique Lucas-Gabrielli, depuis 2014 ;

Santé éducation, Cécile Fournier, depuis 2003

Santé publique, Cécile Fournier, rédactrice adjointe en charge de la rubrique « Pratiques et organisations des services de santé », depuis 2019

Referee de revues internationales en 2020

Applied Health Economics and Health Policy, Catherine Sermet

BMC Psychiatry, Coralie Gandré

Disability and society; Alter – Revue européenne de recherche en sciences humaines, Pierre Brasseur

Economics Bulletin, Damien Bricard

European Child and Adolescent Psychiatry, Damien Bricard, Coralie Gandré

European Journal of Health Economics, Julien Mousquès

Health & Social care in the community, Coralie Gandré

Health Economics, Paul Dourgnon, Julien Mousquès

Health Policy, Damien Bricard, Anne Penneau

Health policy, Damien Bricard, Paul Dourgnon, Coralie Gandré, Pascale Lengagne, Julien Mousquès, Sylvain Pichetti

Health Science Reports, Coralie Gandré

International Journal of Health Policy and Management, Guillaume Chevillard, Coralie Gandré, Zeynep Or

International Journal of Environmental Research and Public Health, Coralie Gandré

International Journal of Information and Management, Coralie Gandré

International Journal of Law and Psychiatry, Coralie Gandré

Journal of clinical medicine, Coralie Gandré

Journal of Epidemiology and Community Health, Damien Bricard

Journal of nervous and mental disease, Coralie Gandré

Milbank Quarterly Journal, Sylvain Pichetti

Nordic Journal of Health Economics (NJHE), Zeynep Or

Patient Preference and Adherence, Coralie Gandré

Pharmacy, Coralie Gandré

Plos One, Coralie Gandré

Preventive medicine, Coralie Gandré

Psychiatric research, Coralie Gandré
Psychological medicine, Coralie Gandré
Revue européenne des migrations internationales, Véronique Lucas-Gabrielli
Sustainability, Coralie Gandré
The Lancet Psychiatry, Coralie Gandré

Referee de revues nationales en 2020

Economie et Prévision, Damien Bricard
Economie et Statistique, Paul Dourgnon
Ethnologie française, Pierre Brasseur
Genre, sexualité et société, Pierre Brasseur
Géocarrefour, Guillaume Chevillard, véronique Lucas-Gabrielli
Journal de Gestion et d'Economie, Médicale, Sylvain Pichetti
Le journal des anthropologues, Pierre Brasseur
L'Harmattan, Pierre Brasseur
Les carnets de la consommation, Pierre Brasseur
Population, Damien Bricard
Revue d'épidémiologie et de santé publique, Cécile Fournier, Coralie Gandré
Revue française d'économie, Marc Perronnin
Revue française de socio-économie, Pierre Brasseur
Revue française des Affaires sociales, Cécile Fournier, Véronique Lucas-Gabrielli, Lucie Michel
Revue francophone sur la santé et les territoires, Paul Dourgnon, Lucie Michel
Santé éducation, Cécile Fournier
Santé publique, Guillaume Chevillard, Laure Com-Ruelle, Cécile Fournier, Lucie Michel
Sciences sociales et santé, Cécile Fournier
Socio-logos, Pierre Brasseur
Sociologie, Pierre Brasseur
Travail, genre et société, Pierre Brasseur

ACTIVITE D'EXPERTISE - PARTICIPATION A DES INSTANCES

Conseils et commissions institutionnels et autres

- Association française de sociologie, Pierre Brasseur est membre du comité exécutif et du bureau
- Association Soins primaires pluriprofessionnels - innovation recherche (SPP-IR), Cécile Fournier, membre depuis 2016
- Association Sciences humaines et santé (SHS), Cécile Fournier, membre du conseil d'administration depuis 2011
- Commission d'évaluation du coût pour la branche Maladie de la sous-déclaration des AT-MP, Pascale Lengagne, membre depuis 2014

- Comité d'Expertise pour les Recherches, les Etudes et les Evaluations dans le domaine de la Santé (Cerees), Catherine Sermet, membre depuis 2017
- Haute Autorité de santé (HAS), membres de la Commission d'évaluation économique et de santé publique : Cécile Fournier et Sylvain Pichetti depuis 2018
- Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM), Denis Raynaud est membre depuis 2016 et responsable du thème « Assurance et financement » du séminaire « Régulation du système de santé »
- Haut Conseil de la santé publique (HCSP), Laure Com-Ruelle est :
 - membre de la Commission spécialisée Maladies chroniques (CS-MC), Laure Com-Ruelle, 3^e mandat depuis mars 2017
 - membre de plusieurs Groupes de Travail (GT) actifs en 2020 :
 - a) GT permanent « Pour une politique de santé de l'enfant globale et concertée » (depuis 2017/12) ;
 - b) GT permanent : « Inégalités sociales de santé (ISS) » (depuis 2020/09) ;
 - c) GT « Enfant Continuité des soins hors Covid-19 » (depuis 2020/04) ;
 - d) GT « Inégalités Sociales de Santé et Covid-19 » (2020/05-06)
 - e) GT « Covid-19, sous-groupe n°09 : Lien entre tabagisme et Covid-19 » (2020/03) ;
 - f) GT « Covid-19, confinement et santé des enfants » ;
 - g) GT « Analyse des effets sur l'enfant d'un usage classique des écrans, analyse des risques pour son développement et formulation de recommandations » (depuis 2018/10) ;
 - h) GT « Addiction aux écrans » (depuis 2020/02) ;
 - i) GT « Suppression des certificats médicaux de non contre-indication à la pratique sportive des moins de 18 ans » (2019/10-2020/01)
 - j) GT « Actualisation du contenu des examens de santé de l'enfant et des messages et outils de prévention du carnet de santé en vue de sa dématérialisation » (depuis 2020/11)
 - k) GT « Aide à la décision relative à la fermeture des écoles primaires en vigilance canicule rouge » (2020)
- Institut national d'études démographiques (Ined), Denis Raynaud est membre du conseil d'administration (personnalités nommées en qualité de personnalités choisies parmi les représentants des utilisateurs des travaux de l'institut) depuis 2017
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Cécile Fournier, membre du Comité d'interface Inserm – médecine générale depuis 2014
- Mutualité sociale agricole (MSA), Denis Raynaud est membre du Conseil d'Orientation scientifique depuis 2019.
- Observatoire national du suicide, Magali Coldefy, membre depuis 2013, l'Irdes est membre depuis 2018.

Comités de pilotage, groupes de travail et d'expertise

Comités de pilotage

- Pierre Brasseur est :
 - Membre du comité de pilotage et du comité scientifique de l'enquête *L'expérience du handicap et de l'autonomie chez les personnes concernées par le traumatisme Crânien (EXHA_TC)*, soutenue par l'IRESP/INSERM (dirigée par Anita Mediani, Université Toulouse 2).
 - *Analyses situées des tensions entre aides humaines et aides technique*, soutenue par l'IRESP, Université Toulouse 2 (dirigée par François Sicot, Véronique Feyfant, Johann Chaulet, Elizabeth Bougeois).
- Maude Espagnacq représente l'Irdes :
 - au comité de pilotage de l'évaluation des projets issus de l'Appel à projets de la CNSA sur les modes innovants de mise à disposition des aides techniques, en 2019
 - au comité de concertation de l'enquête Autonomie de la Drees (et sous-groupe VQS)
 - à la commission Données pour la recherche de la CNSA
- Cécile Fournier est membre du comité de pilotage de l'étude ENTRED 2017 de Santé publique France, depuis 2016
- Julien Mousquès est :
 - membre du *comité de pilotage sur l'évaluation du dispositif expérimenté de prise en charge de thérapies non médicamenteuses pour des troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée*, Cnam 2019
 - membre du *Comité national de pilotage des structures pluriprofessionnelles*, Cnam, 2016-17
 - membre du *Comité de pilotage du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale*, Drees, depuis 2017
- Thierry Rochereau est :
 - membre du Comité de pilotage de l'enquête européenne de santé (EHIS)
 - membre du Comité de pilotage de l'enquête PHEDRE

Referee de réponses à appels d'offres ou appels à projets

- ANR JCJC, novembre 2020, portée par Magali Dumontet (Université de Nanterre). En collaboration avec Guillaume Chevillard (Irdes), Johana Etner (Université Paris Nanterre), Sidartha Gordon (ParisDauphine), Anne-Laure Samson (Université de Lille)
- ANR JCC 2019. « French Medical Doctors : Specialty and Practice Location Choices » porté par Magali Dumontet (Université Paris-Nanterre, Leda-Legos), en partenariat avec Guillaume chevillard,(Irdes). Réponse en 2021
- AAP européen 2020, en tant que partenaire Guillaume Chevillard, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès, porteur du projet Nicolas Sirven (EHESP), Fei gao et Cindy Padilla (EHESP).
- AAP « Prévention du suicide de la Drees » 2020-2021
- AAP Iresp Handicap 2019, Cécile Fournier
- Bourse Fulbright, Paul Dourgnon
- Canceropole Auvergne-Rhône-Alpes, Emergence, Oncostarter, Guillaume Chevillard

- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), Evaluation d'expertise pour les subventions Savoir, Aurléie Pierre
- Fondation Canadienne pour l'Innovation, le Fonds des leaders John-R.-Evans (FLJE), Zeynep Or
- Fondation Européenne de la Science , Véronique Lucas-Gabrielli
- Iresp AAP Genre et autisme, Pierre Brasseur
- Iresp AAP 2019, Julien Mousquès
- Preps AAP 2019, Julien Mousquès

Groupes de travail internationaux

- Association internationale des Sociologues de Langues françaises, Pierre Brasseur est membre du Comité scientifique et d'organisation, co-créateur du groupe de travail « Sociologie du handicap », juillet 2021
- Comité d'accompagnement du projet de recherche Participate Bruxelles (2018-2020), Cécile Fournier
- Commonwealth Fund : Paul Dourgnon et Julien Mousquès sont membres de l'*International Survey Methods Working Group* depuis 2017
- *Euro-Healthy* (Shaping European Policies to Promote Health Equity), Véronique Lucas-Gabrielli est expert pour le projet European Union's Horizon 2020 Research & Innovation programme
- *Global Network on Social Capital and Health*, Paul Dourgnon est membre.
- Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Health systems and policy monitor network (HSPM), Coralie Gandré et Zeynep Or sont membres
- OCDE/OMS : Zeynep Or est membre du groupe de travail sur « Pricing Health Services », conduit conjointement par l'OMS et l'OCDE en 2018/20
- Réseau Piperska, Catherine Sermet

Groupes de travail nationaux

- Association française de sociologie, Pierre Brasseur est Responsable et membre du comité scientifique du Réseau Thématique « Recherches en sciences sociales sur la sexualité »
- Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam) : Cécile Fournier et Julien Mousquès sont membres du groupe de travail « Evaluation de l'expérimentation de prévention primaire du diabète » depuis 2016
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : Anne Penneau participe au groupe de travail sur la mesure de l'activité dans les établissements et services médico-sociaux
- Comité d'exploitation de la base Hygie (Système d'information sur les indemnités journalières), Pascale Lengagne, Denis Raynaud, Camille Regaert et Thierry Rochereau, membres
- Concertation « Grand âge et autonomie », Zeynep Or participe aux travaux de l'atelier « L'hôpital et la personne âgée », octobre 2018-janvier 2019
- Direction générale de l'offre de soins (DGOS) : Laure Com-Ruelle est membre du groupe national sur la pertinence des soins, depuis 2012
- Drees :

- Coralie Gandré est membre du sous-groupe « Handicap psychique » de l'Enquête Autonomie, 2019
- Véronique Lucas Gabrielli et Julien Mousquès sont membres de la cellule d'évaluation du plan pour un égal accès aux soins depuis 2017
- Cécile Fournier a participé au groupe de travail : Expertise collective sur l'accès aux soins de proximité dans les Yvelines, coordonnée par la Chaire Citoyenneté de Sciences Po Saint-Germain sous la direction de Patrick Hassenteufel, à destination du Conseil Départemental des Yvelines, Janvier-Décembre 2020
- EUPHA, Cécile Fournier est membre du Local Support Committee pour l'accueil du congrès européen de santé publique EUPHA 2019
- Fonds CMU, Marc Perronnin est membre du groupe de travail de l'enquête « Prix et contenu des contrats ouvrant droit à l'ACS »
- HCAAM : Julien Mousquès a participé au Séminaire régulation, « Réflexions sur la régulation des soins ambulatoires : quels rôles pour les organisations intermédiaires ? », 16 mai 2019
- Inserm, UMR 1027, Equipe Vieillesse et maladie d'Alzheimer, Clément Nestrigue Expertise et conseils sur les méthodes de parcours de soins dans le cadre d'un projet d'analyse des parcours de soins des sujets atteints de Maladie d'Alzheimer et syndrome apparentés (MASA) en France.
- Iresp, Denis Raynaud est :
 - Membre du Groupe Miroir
 - Coralie Gandré et Denis Raynaud sont membres du groupe de travail Recherche en services, interventions et politiques en santé
- Médecins du monde : Julien Mousquès a participé au groupe de travail sur le système de santé français le 14 juin 2019.
- OFDT et partenaires : Laure Com-ruelle est membre du groupe IDT (Indicateurs de tabacologie), depuis 2010
- ReDSiaM :
 - Magali Coldefy est membre du groupe de travail sur les troubles mentaux et du comportement depuis 2014, Coralie Gandré depuis 2018
 - Laure Com-Ruelle est, depuis 2014 :
 - membre du Comité de direction
 - membre du groupe de travail sur les maladies respiratoires
 - membre du groupe de travail sur les maladies cardiovasculaires
 - membre du sous-groupe de travail sur les accidents vasculaires cérébraux
 - Maude Espagnacq et Catherine Sermet coordonnent un groupe de travail sur le handicap, depuis 2018
- Santé publique France, préparation de l'étude ENTRED, Cécile Fournier est membre de deux groupes de travail sur les modules « Démarche éducative », et « Parcours », 2016-17

Auditions en 2020

Maude Espagnacq et Sylvain Pichetti ont été auditionnés le 10 février 2020 par Marie Collin de Price Waterhouse Coopers, Bernard Falliu (ministère de la santé), Jean-Michel Azanowsky dans le cadre de l'« Evaluation du Plan National de Santé Publique, volet Prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ».

Cécile Fournier, Carine Franc, Julien Mousquès, Denis Raynaud ont été auditionnés le 22 septembre par Valérie Gervais et Régis Pelissier de la mission IGAS dans le cadre des « Modèles économique des centres et maisons de santé participatifs ».

Sociétés savantes et réseaux

Internationaux

- American sociological Association, Pierre Brasseur, member
- Academy Health, Washington, USA, Paul Dourgnon, membre
- Association latine pour l'analyse des systèmes de santé (ALASS), Laure Com-Ruelle, membre
- European Public Health Association (EUPHA), Laure Com-Ruelle, membre
- European Sociological Association, Pierre Brasseur, membre
- ICCONIC, International Collaborative on Cost, Outcomes and Needs in Care, Zeynep Or, membre
- International Health Economics Association (IHEA), Paul Dourgnon, Florence Jusot, Pascale Lengagne, Julien Mousquès, Zeynep Or, Marc Perronnin, membres
- Société d'éducation thérapeutique européenne (SETE), Cécile Fournier, membre
- Wennberg International Collaborative on medical practice variation, Zeynep Or, membre
- Society for the Advancement of Socio-Economics, Pierre Brasseur, membre

Nationaux

- Association Française de sociologie, Pierre Brasseur, membre
- Association internationale des sociologues de langue française, Pierre Brasseur, membre
- Association des épidémiologistes de langue française (ADELF), Laure Com-Ruelle, membre
- Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique (Afdet), Cécile Fournier, membre
- Association française de santé publique (AFS), Cécile Fournier, co-responsable du bureau du réseau thématique RT19 « Santé, médecine, maladie et handicap »
- Collège des économistes de la santé (CES) :
 - membres : Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Pascale Lengagne, Julien Mousquès, Marc Perronnin, Sylvain Pichetti, Aurélie Pierre, Zeynep Or, Denis Raynaud,
 - membres du conseil d'administration : Florence Jusot, Julien Mousquès, Denis Raynaud.
 - Collège international des sciences du territoire (CIST) : commission « Territoires et santé » membre depuis 2010

- Comité national français de géographie (CNFG) :
 - Commission « Géographie de la santé » : Charlène Le Neindre (membre), depuis 2014, et Véronique Lucas-Gabrielli (Présidente), depuis 2015
 - Commission « Géomatique et SIG » : Charlène Le Neindre, membre depuis 2016
- Société française de santé digitale : Lucie Michel est membre
- Société française de santé publique (SFSP), Laure Com-Ruelle et Cécile Fournier, membres

Adhésions institutionnelles de l'Irdes :

Internationales

- Association latine pour l'analyse des systèmes de santé (Alass)
- European Forum for Primary Care (EFPC)
- European Health Management Association (EHMA)

Nationale

- Collège des économistes de la santé (CES)

IMPLICATION DANS L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET LA FORMATION

Année scolaire 2020-2021

- CEPE santé, Julien Mousquès, Zeynep Or, Marc Perronnin, Sylvain Pichetti
- Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) : Master management de la santé (Formation continue), Guillaume Chevillard
 - Master 2 spécialisé, intervention sur le médicament, Sylvain Pichetti
- Ecole des Hautes études en santé publique (EHESP) :
 - Master of Public Health, « Evaluation in public health », 22 octobre 2019, Lucie Michel
 - Séminaire Commun de Santé Publique – cycle de conférences 2019-2020, Denis Raynaud
- EHESP, Cycle de formation à destination de l'ARS Ile de France : « Les fondamentaux de la méthodologie en santé publique : de la construction des connaissances à l'aide à la décision », Cécile Fournier
- Ensai, UE - Economie de la santé et de la protection sociale, Filière Ingénierie statistique des territoires et de la santé, 3^e année, Rennes, Zeynep Or, Marc Perronnin, Sylvain Pichetti
- École nationale des sciences géographiques (ENSG), Charlène Le Neindre :
 - Cycle Ingénieur 1^e année, « Principes de la statistique en cartographie »
 - Mastère spécialisé Décision et systèmes d'information géolocalisée (partenariat entre l'École nationale des sciences géographiques, l'École des Ponts ParisTech et le Conservatoire national des arts et métiers), « Principes et méthodes de l'analyse spatiale »
- Université de Paris, Master 2 Management en santé, Module Recherche en services et politiques de santé, « Études des pratiques à partir des bases de données médico-administratives », Coralie Gandré

- Université de Rouen, Master Analyses territoriales en environnement et santé (Antes), Véronique Lucas-Gabrielli
- Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ), UE - Observation de la santé, Master 2 Méthode d'Intervention en Santé Publique, Cours « Inégalités sociales de santé », Damien Bricard
- Université Nanterre-Créteil, Master recherche géographie de la santé, cours Guillaume Chevillard
- Université de ParisVII, Paris : Etudes des pratiques à partir des bases de données médico-administratives, Cours dans le cadre du module Recherche en services et politiques de santé du Master 2 Management en santé, Coralie Gandré
- Université Paris-Dauphine, Master 2 Economie et gestion de la santé (EMAM), « Systèmes de santé comparés » « Economie du médicament » Sylvain Pichetti
- Université Paris-Dauphine, Master 2 4215 « Economie et Gestion du secteur médico-social », Cours d'évaluation des politiques publiques, Damien Bricard.
- Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, Master 2 « Enquête sur le handicap en France », Maude Espagnacq
- Université Paris Sud, Master 2 Recherches en santé publique, « Parcours, organisations et systèmes de santé », Cécile Fournier
- Université Paris 13, Genre et santé ? Pierre Brasseur, CM de L3 Sciences sanitaires et sociales 2019-2021
- Université Paris-Est-Créteil-Val-de-Marne, Upec :
 - Master 2 Economie de la santé – Cycle de conférences 2019-2020, Denis Raynaud
 - Master de Géographie Parcours Territoire, villes, santé, Véronique Lucas-Gabrielli.
 - Master Economie appliquée parcours Economie de la santé, Sylvain Pichetti
 - Université Paris Saclay, Master santé publique, Guillaume Chevillard
- Université Toulouse 2, Introduction à la sociologie de la sexualité, pierre Brasseur, CM – Master 2 mesh (Education à la sexualité humaine), 2019-2021
- Université Paris-Dauphine :
 - Master 2 Economie et gestion de la santé (EMAM), « Systèmes de santé comparés » Zeynep Or, « Economie du médicament » Sylvain Pichetti

Jury et encadrement de thèses ou de mémoires

Encadrement de thèses ou de mémoires en 2020

Pierre Brasseur

- Comité d'encadrement de thèse : Noémie Rimboung, "L'autonomie à l'épreuve du handicap, le handicap à l'épreuve de l'autonomie", Université Saint-Louis Bruxelles.

Damien Bricard

- Mémoire de Master 2 Ingénierie démographique et expertise des populations, Université de Picardie – Jules Verne, Amiens (2020), Emmanuel Lanés, « Profils des facteurs de risque comportementaux vis-à-vis de la santé des adultes jeunes (18-30 ans) en France en 2014 », co-encadrement avec Laure Com-Ruelle

Laure Com-Ruelle

- Mémoire Master 2 Mention Ingénierie démographique et expertise des populations, Université de Picardie – Jules Verne, UFR de Sciences sociales, Département de Sociologie, Ethnologie et Démographie, ET École Universitaire de Recherche(EUR) des Hautes Études en Démographie, Par Emmanuel LANES : « Facteurs de risque comportementaux vis-a-vis de la santé des jeunes adultes (18-30 ans) en France en 2014 », Sous la direction de : Mme Laure Hadj, de Mme le Dr Laure Com-Ruelle et M. Damien Bricard, Soutenu le 8 décembre 2020.

Paul Dourgnon

- Co-direction (direction Karine Chevreul, Eceve) de la thèse de Deborah Sebbane, « La reconnaissance de son propre trouble en santé mentale : facteurs explicatifs psychosociaux et impact sur le recours aux soins », Faculté de médecine paris Diderot paris 7, à partir de 2018

Cécile Fournier

- Co-direction avec Pierre Lombrail de la thèse de Julie Cachard., « Nouvelles organisations en soins primaires et complexité médico-sociale », Thèse de sciences en santé publique (en cours, 4^e année).
- Co-direction avec Frédéric Dugué de la thèse de Louise Bourdel, Doctorat de médecine, spécialité santé publique et médecine sociale (soutenue en novembre 2020)
- Co-encadrement avec Patrick Castel de la thèse de sociologie de Noémie Morize depuis octobre 2020

Charlène Le Neindre

- Membre du comité de pilotage de la thèse de géographie de Sara Painter réalisée en cotutelle internationale à l'Université de Rennes 2 (France) et au Centre Urbanisation Culture Société de l'Institut national de la recherche scientifique (Canada) sous la codirection de R. Séchet (Professeure à l'Université de Rennes 2, France) et d'A.-M. Séguin (Directrice de recherche à l'Institut national de la recherche scientifique, Canada) : « Les personnes souffrant de troubles psychiques depuis longtemps et vieillissant à domicile : pratiques spatiales dans les espaces du quotidien », depuis 2015-2019
- Co-encadrante de la thèse de santé publique - épidémiologie du Dr Raphaëlle Delpech réalisée à l'Université Paris-Saclay sous la direction du Pr Laurent Rigal (CESP Inserm U1018) : " Disparités spatiales d'accès au médecin traitant en Ile-de-France ", depuis 2019

Julien Mousquès

- Co-encadrant de la thèse de Christophe Loussouarn 2017-2020 : « Effets des modes de rémunération et d'organisation des soins sur l'activité des médecins généralistes en France Laboratoire Erudite, UPEC

Zeynep Or

- Encadrement du mémoire de Master 2 d'Igor Seban, mention Economie & Gestion de la Santé, Université Dauphine
- Co-encadrement avec Gilles Kemoun (laboratoire MOVE, Université de Poitiers), de la thèse de Noémie Mallejac, à l'Université Paris Dauphine
- Encadrement de la thèse en sciences économiques d'Anne Penneau, Université Dauphine, « Effets du financement sur la qualité de prise en charge dans les établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes »

- PhD advisor de Natasa Perric, Université de médecine de Vienne, « Health System Performance Measurement »

Membre de jury de thèse en 2020

Véronique Lucas-Gabrielli

- « Caractériser les déterminants pluriels de la santé en Région Pays de la Loire : construction d'indices composites pour une typologie des territoires » par Léa Potin, Université d'Angers, Ecole doctorale n°604 Sociétés temps territoires, Spécialité « Géographie Humaine », Soutenue le 22 octobre 2020, Jury : Anne-Peggy Hellequin (Rapporteuse et présidente du Jury), Véronique Lucas-Gabrielli (Rapporteuse), Emmanuel Eliot (Examineur), Sébastien Fleuret (Directeur de thèse), Philippe Apparicio (Co-directeur de thèse).

Sylvain Pichetti

- Encadrement mémoire de Juliette Courtigné, Master EMAM (Evaluation médico-économique et accès au marché), Paris Dauphine, Sylvain Pichetti

Membre de jury de thèse en 2020

Sylvain Pichetti

- Membre du jury (examineur) de thèse de Stéphane Alcénat « Assurance maladie et tests génétiques », soutenance le 21 septembre 2020, à l'Université de Besançon