
Programme de recherche 2023-2024

Activité 2022

IRDES

Février 2023

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	Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Véronique Lucas-Gabrielli, Renaud Legal, Julien Mousquès, Zeynep Or
Maîtres de recherche	Damien Bricard, Cécile Fournier, Coralie Gandré, Pascale Lengagne, Marc Perronnin, Sylvain Pichetti, Thierry Rochereau
Chargés de recherche	Anissa Afrite, Estelle Augé, Marie Bonal, Matthieu Cassou, Guillaume Chevillard, Alice d'Estève de Pradel, Maude Espagnacq, Julia Legrand, Charlène Le Neindre, Antoine Marsaudon, Sarah Minery, Anne Penneau, Aurélie Pierre, Vincent Schlegel, Anna-Veera Seppanen
Attachés de recherche	Fabien Daniel, Christophe Gousset, Stéphanie Guillaume, Camille Regaert, Frédérique Ruchon, Roseline Vincent
Chercheurs associés	Isabelle Bourgeois, Magali Coldefy, Roméo Fontaine, Carine Franc, Michel Grignon, Florence Jusot, Morgane Le Bail, Pierre Lecarpentier, Christophe Loussouarn, Noémie Malléjac, Catherine Mangeney, Yasser Moullan, Michel Naiditch, Laure Pitti, Constance Prieur, Julien Silhol, Nicolas Sirven, Thérèse Stukel, Nicolas Vignier, Nadia Younès
Chercheurs associés - Doctorants	Julie Cartailier, Fanny Duchaine, Dédé Sika Kossi, Noémie Morize, Sohela Moussaoui, Jonas Poucineau

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 2023-2024

Activité 2022

IRDES

Février 2023

SOMMAIRE

Introduction	15
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	28
4. Analyse des systèmes de santé et comparaisons internationales	32
4.1 Participation à des réseaux internationaux	32
4.2 Projets internationaux	34
5. Outils d’observation	36
Les outils d’observation	36
Sur le champ médico-social : handicap et dépendance	36
Programme de travail de l’Irdes en 2022 sur les outils d’observation	37
PROJETS	39
PROJETS NOUVEAUX NON COMMENCES OU COMMENCES EN 2022	41
Classification multitudes des territoires-de santé	43
Code projet : CLUSTER	43
Période de réalisation : 2021-2023	43
Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne	45
Code projet : DEPENSAT	45
Période de réalisation : 2022 – 2023	45
Comparaison internationale des inégalités sociales de couverture par une assurance privée	47
Code projet : INTERPRISE (International Comparisons of Social Inequalities in Private Health Insurance Coverage) (EX ETERNEL)	47
Période de réalisation : 2023-2025	47
Conditions d’accès aux aides et politiques publiques de l’autonomie. Origines, implications et perspectives d’évolution de la segmentation par âge	48
Code projet : KAPPA	48
Période de réalisation : 2023-2027	48
Démographie, modes d’exercice et régulation de l’installation des masseurs-kinésithérapeutes libéraux en France (DRIMK)	49
Code projet : DRIMK	49
Période de réalisation : 2022-2025	49
Evaluation des Missions Accompagnement Santé (MisAS) identifier et réconcilier avec le système de santé des personnes en situation de renoncement aux soins	51
Code projet : MisAS	51
Période de réalisation : 2023-2026	51

French Medical Doctors: Specialty and Practice Location Choice	52
Code projet : SPEMED	52
Gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes : évolution de l'offre, pratiques professionnelles et accès aux soins en matière de santé sexuelle (Gyms).....	54
Code projet : GYMS	54
Période de réalisation : Janvier 2023- décembre 2025.....	54
La soutenabilité environnementale des systèmes de santé	55
- Une revue de littérature sur l'empreinte écologique du système de santé pour réduire son impact : Vers un cadre d'action en France.....	55
Code projet : SYSSANTE.....	55
Période de réalisation : 2021 – 2022	55
Les dépassements d'honoraires : Caractérisation, impacts sur l'offre et leviers de régulation	56
Code projet : DECILE.....	56
Période de réalisation : 2023-2025.	56
Liens entre trajectoires d'emploi, consommation de soins, santé et mortalité (Lemma).....	58
Code projet : LEMMA	58
Période de réalisation : 2022-2025	58
Modèle de soins collaboratifs en santé mentale : une évaluation de l'implémentation d'un pilote dans quatre maisons de santé.....	59
Code projet : MOSAIQUE	59
Période de réalisation : 2022-2024	59
Mutualisation et segmentation des risques sur le marché de la complémentaire santé : des contrats individuels aux contrats collectifs	61
Code projet : MUSEUM	61
Période de réalisation : 2022-2024	61
Panorama des vulnérabilités socio-économiques des recourants aux soins de santé mentale.....	62
Code projet : PANAMA.....	62
Période de réalisation : 2022-2024	62
Processus d'émergence et d'implantation de la pratique avancée infirmière sur le territoire français	63
Code projet : PEIPA	63
Période de réalisation : 2022-2027	63
Recherche - Projet Protection Sociale Complémentaire d'Entreprise 2024.....	64
Code projet : RPSCE24.....	64
Période de réalisation : 2021-2028	64
Troubles mentaux, idées suicidaires, troubles addictifs et choix de migration parmi les populations vulnérables résidant au Liban pendant la pandémie de Covid-19	66
Code projet : MIRABEL	66
Période de réalisation : 2022-2024	66
SCOTI : Santé, conditions de travail, transitions d'emploi des travailleurs indépendants	67
Code projet : SCOTI	67

Période de réalisation : 2023-2024	67
PROJETS EN COURS.....	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
Approche spatio-temporelle des parcours de soins des victimes d'Accident vasculaire	
cérébral (AVC)	75
Code projet : PasovAVC (ex Rea067).....	75
Période de réalisation : 2014-2023	75
Assurance, arrêts maladie, accidents du travail, cotisations et tarification à l'expérience.....	84
Code projet : ACTA	84
Période de réalisation : 2014-2023	84
Assurance santé et bien-être social : dans quelle mesure les approches <i>ex ante</i> et <i>ex post</i>	
diffèrent ?	86
Code projet : EXPOST	86
Période de réalisation : 2018-2023	86
L'Assurance complémentaire en France, évaluation de l'Ani, exploitation des données	
PSCE 2017.....	88
Code projet : PSCEANI	88
Période de réalisation : 2018-2021	88
Cancers chez les personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : des défauts	
de parcours de soins ?	90
Code projet : CANOPEE	90
Période de réalisation : 2019-2023	90
Comparaison et changement dans le financement des aides techniques pour les personnes	
handicapées – une étude internationale	92
Code projet : COMPATEC	92
Période de réalisation : 2019-2023	92
Comprendre les mécanismes de production des inégalités sociales et territoriales d'accès	
aux soins	94
Code projet : MEDUSE.....	94
Période de réalisation : 2021-2024	94
Conséquences de la sclérose en plaques sur les parcours professionnels en France -	
Etude Emoji : Effects of Multiple Sclerosis on Occupational Trajectories'	95
Code projet : EMOJI	95
Période de réalisation : 2019-2023	95
Coronavirus Containment Policies and Impact on the Population's Mental Health	97
Code projet : COCLICO	97
Période de réalisation : 2020-2021	97

Covid-19 Health System Response Monitor	99
Code projet : HSRM.....	99
Dépenses de santé et coût de la dépendance des personnes âgées selon différentes catégories de dépendance.....	100
Code projet : RACDEPPA	100
Période de réalisation : 2019-2022	100
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	102
Code projet : RACAAHPI.....	102
Période de réalisation : 2018-2023	102
Diab-quali : Recherche qualitative auprès de personnes diabétiques sur les ressources mobilisées dans la gestion de leur santé	104
Code projet : DIAB_QUALI.....	104
Période de réalisation : 2020-2022 (prolongation en 2023 du fait du retard lié à l'épidémie de Covid)	104
Disparités spatiales d'accès au médecin traitant.....	106
Code projet : DIAMANT.....	106
Période de réalisation : 2018-2022	106
Effets de l'organisation et du financement des soins de longue durée en France sur la qualité de prise en charge des seniors	108
Code projet : FINEHPAD	108
Période de réalisation : 2019-2024	108
Efficience territoriale des consommations de soins des personnes âgées.....	110
Code projet : PATE.....	110
Période de réalisation : 2021-2023	110
Crisorg : Organisations en crise.....	111
Code projet : CRISORG	111
Période de réalisation : mars 2021-août 2022.....	111
Etude des inégalités spatiales d'accès aux médecins spécialistes et construction de zonages pour quelques spécialités.....	112
Code projet : ZONAGSPE	112
Période de réalisation : 2019-2024	112
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.....	114
Code projet : ECENVIR (ex REA226)	114
Période de réalisation : 2012-2022	114
Evaluation d'expérimentations article 51 de rémunération alternative à l'acte - Projet ERA2.....	118
Code projet : ERA2	118
Période de réalisation : 2019-2023	118

Evaluation de l'expérimentation d'un accompagnement thérapeutique de proximité	122
Code projet : ATP_IDF	122
Période de réalisation : 2018-2022	122
Evaluation des expérimentations de parcours de l'Insuffisance rénale chronique (IRC) et de la mise en place du forfait prévention	126
Code projet : EFIRC (ex IRC)	126
Période de réalisation : 2016-2018, 2021-2023	126
Evaluation des expérimentations télésurveillance médicale – Projet Etapes	129
Code projet : TELESURV.....	129
Période de réalisation : 2017-2022	129
Evaluation des rémunérations collectives pour les organisations de soins pluriprofessionnelles de proximité – Projet EOS	131
Code projet : RAF (ex REA020)	131
Période de réalisation : 2016-2022	131
Évaluation du projet Programme d'actions pour une retraite indépendante (Pari)	136
Code projet : PARI2 (ex REA228).....	136
Période de réalisation : 2015-2024	136
Gérer les patients qui ont des besoins de soins importants : une perspective internationale	139
Code projet : CWF_2	139
Période de réalisation : 2018-2021	139
Health Systems and Policy Monitor (European Observatory on Health Systems and Policies)	141
Code projet : HSPM (ex REA320).....	141
Période de réalisation : 2012-	141
Health Systems in Transition (HiT) - France	143
Profil du système de santé français	143
Code projet : HIT-2022	143
Impact de l'environnement familial et médico-social des personnes âgées démentes sur la qualité de leurs prescriptions médicamenteuses	144
Code projet : POLYMED.....	144
Période de réalisation : 2021-2023	144
Impact de la diffusion des unités neurovasculaires et des traitements innovants sur la qualité et le recours aux soins dans le cas de l'Accident vasculaire cérébral (AVC)	146
Code projet : AVC-EVAL (ex : UNVDIFF)	146
Période de réalisation : 2019-2023	146
Impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel en soins primaires sur la satisfaction des usagers – Projet PSPC (Patient Satisfaction in Primary Care).....	149
Code projet : PSPC (ex REA005)	149
Période de réalisation : 2019-2022	149
Information for action – Projet INFACT.....	151
Code projet : INFACT	151

Période de réalisation : 2018-2020	151
LITERAS : Licenciements économiques, transitions sur le marché du travail et santé	152
Code projet : LITERAS	152
Période de réalisation : 2019-2024	152
Logiques et acteurs de la rétraction de l'offre hospitalière en France	153
Code projet : RETROH	153
Période de réalisation : 2017-2021	153
Migration des médecins et impacts sur la raréfaction de l'offre de soins.....	156
Code projet : MIGRARE	156
Période de réalisation : 2017-2023	156
Déterminants des choix de localisation géographique et de mode d'exercice des médecins généralistes libéraux	158
Code projet : MOBILIS	158
Période de réalisation : 2020-2024	158
Partnership for Global Health System Resilience and Sustainability – PHSSR	160
Code projet : PHSSR	160
Période de réalisation : 2020-2022	160
Pratiques spatiales d'accès aux soins – volet hospitalier.....	162
Code projet : PSAS.....	162
Période de réalisation : 2017-2021	162
Pratiques spatiales d'accès aux soins ambulatoires	164
Code projet : PSAS.....	164
Période de réalisation : 2014-2021	164
Premiers Pas : trajectoires de soins et de droits des immigrants sans titre de séjour en France .	166
Code projet : PREPAS (ex REA208)	166
Période de réalisation : 2016-2023	166
PrOmoting evidence-bASed rEformsS	169
Code projet : OASES	169
Période de réalisation : 2021-2024	169
Quel rôle joué par l'assurance maladie privée sur les inégalités territoriales d'accès aux soins ?	171
Code projet : AMPRINTE	171
Période de réalisation : 2020-2024	171
Raréfaction de l'offre de soins et adaptation des médecins généralistes	173
Code : ROSAM	173
Période de réalisation : 2019-2023	173
Repenser les politiques de reste à charge : approches pluridisciplinaires (projet EQUI-Rac)	176
Code projet : RACZEROX	176
Période de réalisation : 2019-2023 Lancement du projet en novembre 2019.....	176
Santé mentale, maintien en emploi, salaires et entrée dans l'invalidité.....	178

Code projet : SMETANA	178
Période de réalisation : 2016-2022	178
Systèmes d'indemnités journalières et dispositifs d'activation : Une comparaison internationale.....	179
Code projet : IJINT	179
Période de réalisation : 2016-2023	179
Variabilité des pratiques en psychiatrie à travers trois prises en charge controversées : isolement, contention et électroconvulsivothérapie.....	180
Code projet : VARICEL	180
Période de réalisation : 2021-2023	180
Variations des pratiques médicales et analyse de pertinence des soins	182
Code projet : VARPETI	182
Période de réalisation : 2015-	182
PROJETS TERMINES EN COURS DE VALORISATION	185
Comorbidités et parcours de soins somatiques des personnes suivies pour un trouble psychique – Projet Colchic	187
Code projet : COLCHIC.....	187
Période de réalisation : 2019-2020	187
Comparaison internationale de l'organisation de médecine spécialisée de second recours en ambulatoire	189
Code projet : MEDSPE	189
Période de réalisation : 2018-2020	189
Évaluation de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa)	192
Code projet : PAERPA (ex REA018).....	192
Période de réalisation : 2013-2019	192
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).....	197
Code projet : ASALEE (ex REA004)	197
Période de réalisation : 2013-2020	197
Évolution des comportements à risque des adultes jeunes	203
Code projet : ECORIAJ (ex Rea229)	203
Période de réalisation : 2017-2022	203
Les pratiques paramédicales en soins primaires en France : étude de cas sociologiques	206
Code projet : PARAMED	206
Période de réalisation : 2020-2021	206
Mesure des niveaux d'accessibilité aux soins en Ile-de-France	208
Code projet : ACCESIDF (ex REA121).....	208
Projet terminé, en cours de valorisation.....	208
Recours aux soins en cancérologie : une approche territoriale.....	210

Code projet : INACA (ex REA064)	210
Période de réalisation : 2013-2019	210
APPELS A PROJETS REPONSES EN COURS	213
OUTILS D'OBSERVATION	217
Enquête sur la Santé et l'Utilisation des Services de Santé des Travailleurs du Sexe exerçant sur Internet en France.....	219
Code Projet : LAPSUS.....	219
Période de réalisation	219
Enquête Execo	221
Exercice Coordonné en soins primaires face à l'épidémie de Covid 19.....	221
Code projet : Execo2	221
Période de réalisation : Mars 2020-mars 2022	221
Conséquences des restrictions d'accès aux soins liés à la pandémie de Covid-19 sur les personnes en situation de handicap.....	223
Code projet : HANDICOVID	223
Période de réalisation : 2021-2025	223
Les Infirmières de pratique avancée (IPA) en soins primaires : enjeux et pratiques à partir d'études de cas en Ile de France	226
Code projet : IPASoP	226
Période de réalisation : 2022-2023	226
Enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017.....	228
Code projet : PSCE17	228
Période de réalisation : 2015-2023	228
Enquête sur les bénéficiaires de prestation du handicap (Enquête Phedre).....	231
Code projet : PHEDRE.....	231
Période de réalisation : 2016-2023	231
Faisabilité de l'identification des situations de handicap à partir des données médico- administratives – Projet Fish.....	233
Code projet : FISH (ex REA236)	233
Période de réalisation : 2016-2025	233
Développement d'un distancier routier pour mesurer l'accessibilité spatio-temporelle aux soins en France métropolitaine.....	236
Code projet : DROMA.....	236
Période de réalisation : 2015-2021	236
DOCUMENTATION	239
ANNEXE Produits documentaires 2022.....	250
PUBLICATIONS ET COMMUNICATION	251
ANNEXE 1 Charte des publications et supports de communication de l'Irdes	266
ANNEXE 2 Liste des publications des chercheurs en 2022.....	275
ANNEXE 3 Graphiques et interviews du mois	284

ANNEXE 4 Communiqués de presse et interventions médiatiques.....	288
ANNEXE 5 Liste des Mardis de l'Irdes (15 dont 12 ouverts 3 internes)	292
ACTIVITE 2022	295
Activité académique	297
Collaborations suivies avec d'autres laboratoires	297
Participation à des comités scientifiques	298
Participation à des colloques, séminaires et workshops en 2022	301
Activités éditoriales	305
Activité d'expertise - Participation à des instances	306
Conseils et commissions institutionnels et autres	306
Comités de pilotage, groupes de travail et d'expertise	308
Auditions en 2022	311
Sociétés savantes et réseaux	311
Implication dans l'enseignement supérieur et la formation.....	313

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 grands publics édités 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 ?

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, Estelle Augé, Marie Bonal, Damien Bricard, Guillaume Chevillard, Matthieu Cassou, Laure Com-Ruelle, Fanny Duchaine, Cécile Fournier, Coralie Gandré, Renaud Legal, Julia Legrand, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès, Zeynep Or, Sylvain Pichetti, Anna-Veera Seppanen, Vincent Schlegel

Chercheurs associés : Isabelle Bourgeois (Icône Médiation Santé), Magali Coldefy, Carine Franc (Cesp-Inserm), Yoann Galharret (Erudite Upec), Christophe Loussouarn (Université Paris Dauphine), Noémie Malléjac (EHESP), 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 (Insee), 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 pratiques et 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, sur les soins primaires ou spécialisés, ou encore sur 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 par 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, au-delà de la délivrance de soins curatifs, intégrant notamment la prévention et la promotion de la santé, oblige à redéfinir les rôles, la division du travail et les collaborations entre les professions de santé, entre les niveaux de soins (premier et second recours), voire entre les secteurs (sanitaire, médico-social et social). Le rôle accru des usagers, des patients et de leurs proches (cf. Patients experts) 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 professionnels et 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 premier niveau de recours et au-delà. 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 pris en compte rapidement dans nombre de nos projets dès 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 questionnée, alors que les impacts de ces mesures ne sont pas systématiquement évalués.

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. 112).

Les disparités territoriales d'offre de soins et services de santé et leurs dynamiques sont aussi questionnées à travers plusieurs projets. En s'appuyant sur une démarche antérieure, 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) dans le projet CLUSTER (fiche p. 43). Cette typologie constitue également une source importante pour d'autres projets s'intéressant à l'évolution de l'accessibilité aux soins (e.g. ROSAM, MIGRARE). Les parcours géographiques et le maintien des médecins généralistes libéraux ou des masseurs-kinésithérapeutes (en fonction de leurs caractéristiques et de leurs lieux d'installation et d'exercice) sont analysés dans les projets MOBILIS (p.158), en partenariat avec l'Ordre des médecins, et DRIMK (p.49), en partenariat avec l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. On s'intéresse aussi pour les médecins au lien entre le choix

du poste d'interne (spécialité et université de formation) et le choix de localisation d'exercice sont étudiés dans le projet SPEMED (fiche p. 51) en partenariat avec l'Université Paris-Nanterre. 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.173). 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.156). Enfin, le phénomène des déserts médicaux est par ailleurs abordé dans une perspective européenne dans le projet OASES (fiche p.162) afin de renforcer la capacité des Etats à mener des réformes.

Les mesures mises en œuvre pour améliorer la répartition géographique sont aussi interrogées relativement à leur impact en termes d'installation et de maintien, qu'il s'agisse de mesure en lien avec les incitations financières et/ou les limitations à l'installation (ROSAM, p.173, DRIMK, p.49, EOS, p.131) les modes d'exercice et la coopération pluriprofessionnel (Daphnee EOS, p.197), les migrations (MIGRARE, p.156).

La logique de diffusion spatio-temporelle d'innovations organisationnelles ou technologiques est également étudiée à partir des Maisons de santé pluriprofessionnelles (projet EOS p.131), de la télésurveillance médicale (projet ETAPES p.129) ou encore des unités neurovasculaires (UNV) pour la prise en charge des patients victimes d'un AVC (projet AVC-EVAL p. 146). L'impact de ces innovations est examiné sous l'angle de la réduction des disparités territoriales d'offre de soins et services en santé.

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. Il s'agit aussi sur cette thématique d'analyser les réponses apportées à l'épidémie de Covid-19 par les acteurs et organisations de soins, primaires d'une part, dans différents types de territoires (projet EXECO2 p.221), et au-delà dans le cadre d'un projet porté par le Centre de sociologie des organisations (CSO) de SciencePo (projet CRISORG p.111) permettant d'étudier l'articulation entre les réponses au niveau national, régional et local.

Enfin, les programmes d'évaluation sur la coopération entre médecins généralistes et infirmières (projet DAPHNEE p. 197), comme ceux en développement dans le cadre des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (projet ERA2 p.118) 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 en propre ou au regard de leurs éventuelles transformations, parfois consécutives de politique, d'intervention, de pilote ou d'expérimentation, en lien avec les thématiques de la coopération, de la coordination ou de l'intégration entre les offreurs, voire avec une modification des modes de rémunération. Aussi, des cadres d'analyse mobilisant des méthodes mixtes, qualitatives et quantitatives, dont des *designs* quasi-expérimentaux, peuvent être mis en œuvre afin d'évaluer les processus d'implémentation et les impacts de ces transformations. Etant donné la multiplicité des acteurs concernés et des dimensions d'intérêts en la matière, sont le plus souvent investigués : les pratiques et processus d'implémentation et l'expérience des acteurs ; l'efficacité productive (activité et productivité), l'efficacité allocative (volume et structure du recours et des dépenses, les parcours

de soins et coûts d'opportunité des soins hospitaliers), la qualité, la pertinence et l'équité des soins et services rendus.

Le champ de la psychiatrie demeure caractérisé par des pratiques de prise en charge qui font débat (isolement, contention, électroconvulsivothérapie, soins sans consentement...). Un 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. 176).

Les politiques de soutien aux modifications des rôles et de la division du travail entre médecins et autres professionnels, et/ou au développement de pratiques avancées, mais aussi à la coordination voire à l'intégration sous la forme de regroupements pluriprofessionnels en ESP, MSP, CDS et CPTS, 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. Il s'agit en particulier d'étudier 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). Sont ainsi analysées les modifications de rôles et d'activité, voire le développement de pratiques avancées, d'une part chez les généralistes et les infirmières, dans le cadre d'un projet de soins collaboratifs pour des patients souffrant de troubles psychiques en collaboration avec le Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP) CESP-Université de Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ) et le Centre hospitalier (CH) de Versailles (projet Mosaïque), dans le cadre du dispositif expérimental Action de santé libérale en équipe (Asalée), pour des patients souffrant de pathologie chronique ou porteurs de risques (projet DAPHNEE p. 197), dans celui du déploiement des infirmières de pratiques avancées (PEIPA, p.63 et IPASoP, p.219), d'autre part entre gynécologues, médecins généralistes et sage-femmes en collaboration avec l'université de Strasbourg (GYMS, p.54), et enfin entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes, avec le projet DRIMK en collaboration avec le laboratoire Erudite (Upec). Sont aussi analysés l'intégration et la coopération pluriprofessionnelle au travers de l'analyse des impacts des MSP bénéficiaires de financements collectifs dans le cadre d'un accord conventionnel interprofessionnel (projet EOS p. 129 et DRIMK p.49), 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 est étudiée avec les projets portant sur : 1) le dispositif d'Accompagnement du parcours en chirurgie orthopédique de la hanche ou du genou (projet APECO p.71) ; 2) le déploiement de la télésurveillance médicale pour diminuer le recours à l'hospitalisation (projet ETAPES p.129) ; 3) l'impact du déploiement des Unités neurovasculaires (UNV) et des traitements innovants sur la prise en charge des patients victimes d'un AVC (projet AVC-EVAL p.146).

La question de la place du patient est analysée plus directement dans le cadre de travaux sur une 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.122). 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.

Dans le cadre d'une thèse de doctorat en économie (de Noémie Mallejac), financé par un CIFRE, l'Irdes également investi comment les innovations de services à l'hôpital impactent-elles les

différents agents économiques qui sont les patients, les fournisseurs de soins et les tiers-payeurs ? En identifiant les protocoles de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) comme innovation de service, cette thèse permis de Cette question m'amène à traiter un ensemble de nouvelles questions. Comment peut-on évaluer la valeur des innovations de service en santé ? Comment peut-on mesurer les répercussions des innovations de service sur les dépenses publiques de santé ? Comment prendre en compte le point de vue des patients ? Quel est l'impact des innovations de service sur la performance globale de l'hôpital qui l'adopte ?

Enfin, la régulation ou les innovations tarifaires et organisationnelles sont aussi étudiées, sous différentes formes, qu'il s'agisse des dépassements et leur place croissante dans les honoraires (DECILE, p.56) de la mise en place d'un fonds, comme le contrat d'intéressement sur gains d'efficience pour des groupements d'acteurs, ou la rémunération collective forfaitaire et substitutive à l'acte en exercice pluriprofessionnel de la Direction de la Sécurité sociale (DSS), Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) [Incitation à la prise en charge partagée (IPEP) et Paiement en équipe de professionnels de santé (PEPS), projet ERA2 p.118], étudiés en partenariat avec le Centre de sociologie des organisations (CSO) de Sciences Po et le Center de recherches sociologiques et politiques de Paris (Cresppa-CSU), ou 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 EFIRC p.126).

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

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

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

Chercheurs associés : Magali Coldefy, Carine Franc, Michel Grignon, Florence Jusot, Nicolas Sirven, Sohela Moussaoui, Constance Prieur, Nicolas Vignier.

En France comme dans les autres pays développés, la croissance de l'espérance de vie des cinquante dernières années s'est accompagnée d'une augmentation de la prévalence des maladies chroniques mais aussi d'un maintien, voire d'une augmentation des inégalités sociales de santé et d'accès aux soins. Les acteurs du système de santé n'en ont perçu l'importance qu'avec retard et les politiques de santé comme les autres politiques publiques n'ont pas su répondre efficacement à cet enjeu.

L'état de santé de l'ensemble des individus d'une société ne peut être amélioré seulement en augmentant les ressources affectées à son système de santé. Les inégalités de santé et d'accès aux soins entre groupes sociaux ont de multiples causes, en partie situées hors du champ strict de la santé et des soins : position relative dans la structure sociale, inégalités des conditions de vie et de travail, hétérogénéité des comportements de santé et des comportements à risque, inégalités de couverture... Le plus souvent, ces effets s'additionnent durant le cycle de vie des individus, creusant davantage les inégalités initiales.

L'axe Protection sociale, santé et accès aux soins a pour ambition d'éclairer les politiques publiques de santé en améliorant la compréhension de ces phénomènes, qu'il s'agisse des inégalités sociales d'état de santé, de l'équité d'accès aux soins, de l'équité d'accès à la couverture santé et prévoyance, enfin de l'équité du financement du système de santé. Les travaux réalisés recouvrent des travaux de recherche appliquée, des évaluations de politiques publiques et des travaux méthodologiques. La production d'enquêtes et de systèmes d'information innovants est une activité historique de l'axe. Les travaux de recherche conduits dans le cadre de cet axe recourent souvent à des approches pluridisciplinaires (économie, géographie, sociologie, santé publique...). Les approches mixtes associant approches quantitatives et qualitatives sont particulièrement mobilisées.

Les travaux quantitatifs mobilisent des données administratives (SNDS, EDP santé, base Hygie), des données d'enquêtes auprès des ménages (EHIS, ESPS, enquête budget des familles, SHARE...) et, le cas échéant, leur appariement avec le SNDS. Certains s'appuient sur des enquêtes originales réalisées par l'IRDES auprès des individus comme l'enquête « COCLICO » ou l'enquête « Premiers pas » ou auprès des entreprises comme l'enquête PSCE. Ils bénéficient de l'appui des ingénieurs de recherche de l'Irdes, experts en méthodologie d'enquête et en traitement de larges bases de données administratives.

PROTECTION SOCIALE

Dans le champ de la protection sociale, les travaux de recherche portent sur l'équité et l'efficacité des dispositifs de prise en charge des différents risques santé (risque santé, incapacité-invalidité, décès ou dépendance) pour lesquels plusieurs financeurs interviennent : assurance publique, assurances privées, employeurs et ménages.

Inégalités de couverture complémentaire santé

Les inégalités de couverture complémentaire sont au cœur des analyses d'équité d'accès aux soins comme des réflexions sur la répartition entre public et privé dans le financement des soins. Les inégalités de couverture sont étudiées au sein de la population française et dans le cadre de comparaisons internationales. Le projet ETERNEL vise à comparer les inégalités de couverture en

Europe en comparant le rôle joué par l'assurance privée dans la formation des inégalités d'accès aux soins. Les travaux d'évaluation de la réforme de l'Ani de 2016 qui a renforcé la couverture d'entreprise en France (PSCE17, PSCEANI) sont également conduits, en particulier, sous l'angle des inégalités de couverture. Les dispositifs destinés aux ménages modestes (CMUC puis ACS, récemment remplacés par la C2S, AME) sont aussi régulièrement étudiés (voir section populations vulnérables). Sur le champ de l'assurance santé, le projet de recherche EXPOST compare les approches normatives ex ante ou ex post de la mesure de l'impact de politiques assurantielles sur le bien-être social.

Couverture des arrêts maladie et des accidents du travail

Le projet ACTA (p. 84) contribue aux travaux de recherche et d'évaluation sur l'indemnisation des arrêts de travail pour maladie, les paramètres des systèmes d'assurance de l'incapacité de travail/invalidité et les mécanismes de tarification. Il étudie l'effet de l'indemnisation sur les comportements d'absence pour maladie, le présentisme, la situation des individus sur le marché du travail et l'entrée en invalidité. Il étudie l'impact de la tarification à l'expérience de l'assurance des accidents du travail sur les incitations des employeurs à réduire la fréquence et la durée des arrêts de travail des individus, à améliorer les conditions de travail des salariés et favoriser leur maintien en emploi. Une partie du projet est en outre consacrée à l'étude de l'effet du temps partiel thérapeutique sur le maintien en emploi et la santé des individus. Une comparaison internationale de l'indemnisation des arrêts maladie est réalisée dans le cadre du projet IJINT (p. 179).

Prévoyance complémentaire d'entreprise

Les risques dans le champ de la prévoyance –incapacité, invalidité, dépendance, décès— sont des risques lourds. Les régimes de base de sécurité sociale garantissent une couverture partielle de ces risques, qui peut être améliorée par des dispositifs collectifs d'entreprise. La prévoyance comporte de nombreuses zones d'ombre : niveaux d'indemnisation et de primes, participation de l'employeur, périmètres de mutualisation, barrières d'accès... Afin de renforcer les connaissances et d'approfondir les travaux de recherches et d'évaluation sur la prévoyance complémentaire d'entreprise, l'IRDES réalisera en 2024, avec le soutien de la Drees, une nouvelle édition de l'enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise auprès des employeurs du secteur privé centrée sur l'assurance prévoyance.

SANTE

Les travaux de l'axe 2 relatifs à l'état de santé de la population portent sur les inégalités de santé, sur les liens entre marché du travail et état de santé et sur la santé mentale.

Inégalités de santé

Les inégalités de santé entre groupes sociaux ont de multiples causes : position relative dans la structure sociale, inégalités des conditions de vie et de travail, hétérogénéité des modes de vie, comportements de santé, recours différencié au système de santé. Ces causes se cumulent entre elles mais aussi au cours de la vie, creusant encore davantage les inégalités initiales. Les travaux de cet axe contribuent à éclairer les causes et l'ampleur des inégalités sociales de santé. Ainsi, le projet ECORIAJ (p.203) vise à identifier les déterminants individuels et contextuels des comportements à risques.

Marché du travail et état de santé

Les projets LEMMA (p.58) et LITERAS (p.152). examinent l'impact de la perte d'emploi sur la santé mentale et physique des individus. Les effets des licenciements économiques sur la santé, la consommation de soins et les arrêts de travail des salariés encore en emploi LITERAS (p.152). Le projet de recherche SCOTI (p.67) examine les effets des transitions entre salariat et travail indépendants sur la santé. Le projet SMETANA (p.176) étudie les effets des troubles psychiques

sévères sur le statut d'emploi des individus, le salaire, les transitions sur le marché du travail et l'entrée dans les dispositifs d'invalidité.

Santé mentale

La santé mentale, qu'il s'agisse de la situation des personnes souffrant de troubles mentaux, mais aussi du rôle de la santé mentale (stress psychosocial, dépression) dans les mécanismes de construction des inégalités sociales de santé est au cœur de plusieurs travaux de l'axe. Faisant suite à des projets précédents sur la surmortalité des personnes suivies pour des troubles psychiques sévères en France (projet PSPC p.149) 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 entre les patients suivis pour troubles psychiques sévères et les autres patients atteints de cancer (projet CANOPEE p.90). Les projets LITERAS et SMETANA analysent les liens entre santé mentale et marché du travail (cf. supra).

RECOURS AUX SOINS

L'IRDES possède une expertise historique dans l'analyse du recours aux soins, du renoncement aux soins et des déterminants de dépenses de santé des individus et les restes à charge en santé. Les travaux mobilisent des données médico-administratives (SNDS, EDP santé, base Hygie), des données d'enquêtes auprès des ménages (EHIS, ESPS, enquête Budget des familles, SHARE...) et, le cas échéant, leur appariement avec les bases administratives de l'assurance maladie, en particulier le SNDS.

Accès territorial aux services de santé

Le rôle du territoire de vie et des distances d'accès à l'offre de soins sur le recours aux soins des individus a fait l'objet de plusieurs travaux à l'IRDES. Les projets actuels visent à prendre en compte simultanément, à l'échelle d'un territoire, les déterminants de l'accès aux soins relevant de l'offre de soins et des déterminants individuels (situation économique et sociale et couverture complémentaire). Les projets AMPRINTE et MEDUSE ont ainsi pour objectif de comprendre comment l'accessibilité territoriale aux soins – définie conjointement par la présence géographique d'une offre de soins sur un territoire et par le prix des soins – impacte différemment l'accès aux soins des individus selon leur situation économique et sociale. Le projet DECILE vise à dresser une cartographie fine de l'accessibilité aux soins de spécialistes dans les territoires, en mettant en regard dans chaque territoire l'offre disponible et les tarifs avec les caractéristiques sociodémographiques de la population.

Consommations de soins et dépenses de santé

Plusieurs travaux interrogent l'équité verticale du financement en analysant notamment le poids des restes à charge dans les revenus des ménages et leur impact sur la consommation d'autres types de biens. Le projet EQUIRAC (p.176) analyse la distribution sociale des restes à charge, en particulier les restes à charge catastrophiques, et leur impact sur le niveau de vie, l'épargne et les consommations non médicales des ménages. Un second travail porte sur la contribution du reste à charge à l'équité dans le financement des soins chez les personnes âgées en Europe.

Analyse des parcours de soins

L'analyse des parcours de soins, de leur variabilité et des dispositifs destinés à en accroître l'efficacité, fait aussi partie des thèmes d'étude de l'axe. Le projet PASOVAVC (p.75) vise ainsi à analyser sur une période de 10 ans la variabilité des parcours de soins des victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC) en fonction du type d'AVC et de l'offre locale. Le projet ECENVIR (p.114) vise à mesurer l'efficacité de l'intervention de conseillers en environnement intérieur (CEI) auprès des asthmatiques à partir d'une enquête clinique à type d'essai randomisé à deux bras appariés aux données du Système national des données de santé (SNDS).

POPULATIONS VULNERABLES

D'autres travaux adoptent un angle populationnel, analysant la couverture, l'état de santé, le recours aux soins et les parcours de soins de certaines populations vulnérables : personnes précaires, sans papiers, réfugiés, immigrants, travailleurs du sexe...

Dans le contexte de pandémie de COVID-19, l'IRDES a réalisé une enquête pour appréhender les conséquences des politiques de confinement sur la santé mentale et l'accès aux soins : l'enquête COCLICO (p.97) est une enquête en population générale avec un focus spécifique sur les malades chroniques et les personnes en situation de handicap.

Le projet MISAS (p.51) évalue les effets des Missions accompagnement santé, mises en place par l'Assurance maladie au niveau des CPAM, sur l'accès aux soins des personnes précaires en situation de renoncement aux soins.

L'enquête Premiers Pas porte sur les personnes immigrées en situation irrégulière et plus particulièrement sur l'accès à l'Aide Médicale de l'Etat (AME). Elle a été réalisée auprès de personnes sans titre de séjour à Paris et dans la métropole de Bordeaux. Le projet MIRABEL (p.66) porte sur les personnes réfugiées au Liban. Il analysera l'état de santé, en particulier la santé mentale, les décisions de migration et les décisions de planification familiale de personnes d'origine syrienne et palestinienne résidant au Liban, à partir d'une enquête qui sera réalisée en 2023 dans des camps de réfugiés syriens et palestiniens.

Une enquête LAPSUS (p.219) réalisée auprès de travailleurs du sexe exerçant à partir d'Internet et portant sur la santé, les comportements de santé, l'accès à l'assurance et l'usage de services de santé, est également projetée, pour un terrain fin 2023.

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

Animateurs : Zeynep Or, Sylvain Pichetti, Anne Penneau

Contributeurs :

Estelle Augé, Damien Bricard, Alice d'Estève de Pradel, Fanny Duchaine, Maude Espagnacq, Coralie Gandré, Stéphanie Guillaume, Zeynep Or, Anne Penneau, Marc Perronnin, 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 sur la création d'une cinquième branche de l'Assurance maladie, dite « branche autonomie » inscrite dans le Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) de 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 de politiques publiques qui y sont associés. La crise sanitaire liée à la Covid 19, qui a frappé durement les personnes âgées les plus fragiles, a mis en lumière les difficultés des Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et les dysfonctionnements existant 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'accompagnement 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 a permis d'identifier les variations dans la configuration de l'offre locale et différentes formes d'intégration (projet PAERPA, p. 192). 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 ou de complémentarité entre différents types de soins et de services médico-sociaux (projet PATE, p. 110). Le projet Programme d'actions pour une retraite indépendante (PARI), mené en collaboration avec l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) 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. 136). 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 démentes vivant à domicile ou en établissements sur leurs prescriptions médicamenteuses, mesurées à la fois en termes de polymédication et de prescriptions inappropriées (projet POLYMED, p. 143). 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 Ehpad (Projet FINEHPAD, p. 108). 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. 139).

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. 102 et RACDEPPA p. 100), la seconde s'intéresse au parcours professionnel avant l'entrée dans le handicap, dans le cadre du projet « Déterminants de l'entrée en invalidité » 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 portant sur la période 2014-2018, le projet « 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) » 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 l'aide complémentaire santé sur le reste à charge des bénéficiaires de l'AAH (fiche p. 102). Cette première étude sera complétée en 2022 par une analyse des bénéficiaires de l'AAH qui n'ont pas de couverture complémentaire et qui optent pour la Complémentaire santé solidaire (CSS). L'étude détaillera les caractéristiques des nouveaux entrants dans le dispositif et évaluera les modifications de leurs profils de consommation de soins. 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. 100). Un prolongement de cette étude pourra porter sur le coût social de la dépendance pour ces populations.

Dans le projet EMOJI conduit en collaboration avec l'EHESP, nous interrogeons les conséquences de la sclérose en plaques sur le parcours professionnel et l'entrée en invalidité à partir des données sur les carrières professionnelles de la base Hygie. L'un des objectifs de ce projet est de comprendre les déterminants de la mise en invalidité d'une pathologie connue. 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 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. 97). 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').

Le projet COMPATEC de comparaison internationale sur l'accès aux aides techniques (fiche p. 92) va permettre de positionner les dépenses et restes à charge liés aux aides techniques observés en France par rapport à d'autres pays comparables (Belgique, Royaume-Uni, Suède, Québec) et de mieux comprendre pourquoi certains pays ont fait évoluer leurs politiques de financement et d'accès aux aides techniques.

Enfin, l'Irdes a intégré, avec neuf autres équipes de recherche (dont l'Institut national d'études démographiques-Ined, *leader* du projet), le consortium Kappa qui a déposé un projet portant sur la thématique « Conditions d'accès aux aides et politiques publiques de l'autonomie. Origines, implications et perspectives d'évolution de la segmentation par âge » dans le cadre du Programme prioritaire de recherche (PPR) autonomie (fin 2021). Si le projet est retenu pour financement, il démarrera début 2022.

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. 233).

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) (projet PHEDRE p. 231). En 2022, la dernière phase de l'enquête portera sur les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) tandis que les données seront apurées et les pondérations calculées. 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 MDPH intégrées au SNDS, Resid-ESMS (Etablissements et services médico-sociaux) complet, ...), ce qui participera d'enrichir les projets et les problématiques de l'axe.

.

4. ANALYSE DES SYSTEMES DE SANTE ET COMPARAISONS INTERNATIONALES

Animateurs : Coralie Gandré, Zeynep Or

Contributeurs : Damien Bricard, Guillaume Chevillard, Paul Dourgnon, Pascale Lengagne, Véronique Lucas Sarah Minery, Julien Mousquès, Anne Penneau, Sylvain Pichetti, Aurélie Pierre, Jonas Poucineau, Anna Veera Seppanen

Chercheurs associés : Florence Jusot, Yasser Moullan, Nicolas Sirven

La comparaison internationale des systèmes de santé offre un outil précieux aux chercheurs et aux décideurs publics pour évaluer la performance de leur système, comprendre les facteurs de réussite et parvenir à l'améliorer en continu. Les systèmes de santé en France et dans d'autres pays industrialisés font face à des défis similaires auxquels chacun répond différemment, avec ses forces et faiblesses distinctes. Les projets internationaux à l'Irdes, à travers des collaborations et des projets 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, la soutenabilité et la résilience 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. Les collaborations internationales en 2022, comme en 2021, sont marquées par le besoin de suivre les politiques de santé dans différents pays et d'identifier les mesures les plus innovantes.

La pandémie de Covid-19 a mis à l'épreuve les systèmes de santé, et douloureusement exposé leurs dysfonctionnements et leurs coûts en termes économique et social. Néanmoins, en parallèle, cette pandémie a généré une sensibilisation sans précédent dans le monde, et mis en évidence le besoin de repenser et reconstruire des systèmes de santé plus résilients et soutenables. Depuis mars 2020, 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 réseau *Health Systems and Policy Monitor* (HSPM) auquel l'Irdes participe depuis plus de quinze ans (Fiche p.141). Cette plateforme, baptisée *Health System Response Monitor* (HSRM) qui a permis de comparer les **politiques de gestion de la pandémie de Covid-19** et ses conséquences dans une vingtaine de pays européens a été largement utilisée par de nombreuses instances internationales. Depuis 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 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 (Fiche p. 114). Un aspect important de la soutenabilité des systèmes de santé est son impact sur l'environnement, car les activités du système de santé ont des effets non négligeables sur l'environnement et contribuent au changement climatique. Outre la réduction de l'empreinte écologique, la soutenabilité environnementale du système de santé implique d'améliorer simultanément l'efficacité du système de santé et le bien-être sociétal et environnemental. Depuis 2022, l'Irdes a pour objectif d'explorer ce sujet pour contribuer à l'élaboration d'un cadre d'action holistique pour le système de santé français à travers deux revues de littérature (fiche, p.55).

4.1 Participation à des réseaux internationaux

Health Systems and Policy Monitor (HSPM)

<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor>

Covid-19 Health System Response Monitor (HSRM)

<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/hsrm/overview>

Le réseau européen *Health Systems and Policy Monitor* (HSPM) vise à améliorer les politiques de santé par des comparaisons internationales. La participation au réseau HSPM implique un suivi régulier des réformes du système de santé en France et ailleurs. Ce réseau, à travers une plateforme innovante, fournit une description détaillée des systèmes de santé de tous les pays d'Europe mais également en Australie, au Canada et aux 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. 99).

- En 2021, l'Irdes a été sollicité par l'Observatoire européen pour mettre à jour le profil *France Health Systems in Transition* – HiT (systèmes de santé en transition) qui fournit, avec une présentation standardisée, une vue d'ensemble du système de santé et des réformes en cours dans chaque pays. La publication est prévue au premier trimestre 2023 (fiche, p.143).

Lors de la pandémie de Covid-19, la plateforme de suivi des réponses des systèmes de santé (<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/hsrm/>), développée dans le cadre du réseau *Health Systems and Policy Monitor*, a été beaucoup utilisée par les décideurs publiques et chercheurs européens pour comparer les politiques mises en œuvre dans les différents pays. Cette plateforme est intégrée dans la plateforme régulière du HSPM en 2022.

Partnership for global Health System Resilience and Sustainability – PHSSR

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

La pandémie de 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. Dans une phase pilote, de septembre 2020 à janvier 2021, l'Irdes (avec sept autres groupes de chercheurs dans sept pays) a testé un cadre d'analyse commun pour étudier la résilience et la soutenabilité du système de santé français (fiche, p.114). En 2021/22, ce partenariat est élargi pour intégrer plus d'un vingtaine de pays et d'autres financeurs (Philips, KPMG).

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, pour sa part, 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.

European Health Policy Group (EHPG)

<https://www.ehpg.org/>

L'European Health Policy Group (EHPG) ou Groupe européen de politiques de santé est un réseau collégial comptant une centaine de personnes et visant à inciter des échanges et débats internationaux et interdisciplinaires. Les membres du réseau se réunissent périodiquement en « petits groupes » d'une quarantaine de personnes. Constitué tant de chercheurs renommés que d'étudiants en doctorat, européens, américains, israéliens ou canadiens, issus de disciplines variées (économistes, politologues, médecins, sociologues, etc.), l'un des objectifs essentiels de l'EHPG est de stimuler les collaborations entre auteurs de différents horizons. Les réunions sont organisées autour de thèmes prédéfinis et les articles qui y sont présentés et discutés font souvent l'objet d'un numéro spécial d'une revue académique. Zeynep Or fait partie du comité scientifique et d'organisation depuis 2012. En 2022, une réunion présentielle est organisée à Londres (avec London School of Economics) pour fêter le 21^{ème} anniversaire de l'EHPG. Les papiers présentés dans cette réunion seront unis dans un numéro spécial de *Health Economics Policy and Law* en 2023. Zeynep Or est un des éditeurs invités de ce numéro spécial.

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 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 2022 a eu lieu en présentiel en juin à Luzernes en Suisse en partenariat avec le Swiss School of Public Health.

4.2 Projets internationaux

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 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 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

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.

hautes études en santé publique (EHESP) en tant qu'institution principale, en collaboration avec l'Irdes (fiche p.162).

Le projet de **comparaison internationale dans le financement des aides techniques pour les personnes handicapées (COMPATEC)** (fiche COMPATEC p.92) 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 qui ont connu un changement récent de leur politique de financement des aides techniques (Belgique, Royaume-Uni, Suède, Québec). Dans une deuxième phase, des experts institutionnels et chercheurs de ces pays seront interrogés dans le cadre de voyages d'étude pour connaître les motifs du changement et disposer d'éléments de bilan de la mise en place des nouvelles politiques. Les premiers voyages d'étude auront lieu début 2022 et le rapport final sera rendu à l'été 2023. 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.

La comparaison internationale des dépenses publiques est employée régulièrement dans les pays qui penchent sur les conditions d'un retour progressif à l'équilibre des comptes sociaux. En tenant compte des enseignements du passé (la crise financière de 2008-2009) le Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale (HCFiPS) estime qu'il ne faut pas exclure a priori de recourir aux prélèvements obligatoires mais Les marges de manœuvre en la matière semblent toutefois limitées, compte tenu du taux déjà élevé des prélèvements obligatoires lorsqu'on compare la France aux principales économies européennes. Ces comparaisons doivent néanmoins être interprétées avec précaution, compte tenu de la définition même du taux de prélèvement obligatoire et des différences en matière d'organisation et de financement de la protection sociale selon les pays. Dans ce cadre, l'Irdes collabore avec le HCFiPS qui penche sur l'exemple de l'Allemagne, dont le taux de PO est sensiblement inférieur à la France. Cette recherche propose, une **comparaison des dépenses de santé en Allemagne et en France** afin d'analyser leur composition et déterminants. Pour cela nous proposons de réaliser une comparaison ne visant pas à décrire tous les composants du système Allemagne mais plutôt à identifier des paramètres clés qui peuvent impacter les dépenses. (Fiche p.45)

L'objectif du projet **Gérer les patients qui ont des besoins complexes de soins : une perspective internationale** (fiche p.139) 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). Les premiers résultats de ces travaux innovants ont été publiés dans un numéro spécial de la revue *Health Service Research* en 2021. Il est prévu de faire un deuxième numéro spécial en 2023 en proposant de nouvelles thématiques et en intégrant les questions d'équité d'accès aux soins.

Le projet **La soutenabilité environnementale des systèmes de santé**, en collaboration avec le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam, France Stratégie), propose deux revues de littérature pour identifier les principales sources de pollution et les principaux domaines du système de santé, qui contribuent à l'empreinte écologique, et les principales interventions et dispositifs pour atteindre les objectifs environnementaux. L'objectif final est de proposer un cadre d'action et une stratégie de mise en œuvre identifiant les domaines prioritaires et les actions efficaces pour réduire l'empreinte environnementale du système de santé français (fiche, p.55). Les résultats préliminaires ont été présentés le 8 décembre 2022 au HCAAM dans un séminaire d'Anne-Marie Brocas.

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 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.233) 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. 228) ; 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.231). 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 2022 sur les outils d'observation

- **PSCE** (fiche p.228) : 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. 231) : 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.233)

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.236).
- 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 2022

Classification multitudes des territoires-de santé

Code projet : CLUSTER

Période de réalisation : 2021-2023

Contexte

La France est structurée par de profondes inégalités territoriales propres au peuplement, à l'économie, à l'accès aux services et aux emplois, à la qualité de vie ou bien encore à l'état de santé des populations. Dans certains territoires, ces inégalités se cumulent et évoluent à travers le temps en fonction, notamment, de l'attractivité des territoires et de leur dynamique démographique ou de l'impact de politiques publiques visant à résorber les inégalités territoriales. Parmi ces inégalités, celles concernant l'accessibilité aux soins des populations occupent une place centrale dans le débat public depuis plusieurs années. On constate ainsi que dans de nombreux territoires, l'offre de soins n'est pas suffisante pour répondre aux besoins de la population. Cela se concrétise en particulier par des difficultés à s'inscrire auprès d'un médecin traitant, à trouver une place de soins non programmée, par des délais d'attente excessifs ou encore par des distances aux services importantes. En fonction des situations locales, ces difficultés peuvent aussi s'additionner pour d'autres services de santé de proximité comme les infirmières libérales, les pharmacies, ou encore les urgences.

Les études françaises sur le sujet abordent l'accessibilité aux soins au travers d'indicateurs spécifiques pour la qualifier à un moment donné, d'indicateurs synthétiques d'offre reposant sur un panier d'offre, ou d'analyses de l'évolution d'une offre de soins (e.g. médecins généralistes, lits d'hôpitaux) à travers le temps. D'autres approches, sous forme de typologies, analysent les territoires en inscrivant l'offre de soins parmi un ensemble d'indicateurs, notamment pour cibler les territoires qui cumulent des fragilités.

Objectifs

Dans le prolongement de ces différents travaux, le projet Cluster a pour objectif d'analyser les inégalités territoriales d'accessibilité aux soins pour l'ensemble de la France, d'un point de vue synthétique (typologie) et d'un point de vue dynamique (description des trajectoires des territoires). Plus précisément, ce projet vise à actualiser et reconsidérer les constats établis avec la typologie socio-sanitaire des espaces français à l'échelle des territoires de vie (Chevallard et Mousquès, 2018). Il s'en distingue concernant : (i) la couverture spatiale (Départements d'outre-mer-Dom inclus) ; (ii) La dimension temporelle et ses enseignements en termes de trajectoires des territoires. L'intégration de la dimension temporelle a pour objectif de quantifier et de qualifier les dynamiques (sociales, sanitaires, etc.) et les mécanismes sous-jacents qui sont à l'œuvre pour participer à la compréhension d'une situation observée à un moment donné en un lieu donné (iii) Les dimensions (offre de soins, caractéristiques de la population et structure des territoires) et les indicateurs utilisés. Cette partie de l'analyse a pour objectif de questionner de nouveau les indicateurs sélectionnés dans la précédente typologie dans la perspective, d'une part, d'améliorer la qualification des dimensions et, d'autre part, de proposer des indicateurs supplémentaires pertinents pour la description des dynamiques temporelles. Cette étape reposera sur une revue de littérature et l'exploration des bases de données mobilisables permettant de définir le cadre spatio-temporel de l'analyse et les indicateurs de la typologie. Dans l'analyse de l'offre de soins, nous nous concentrerons en particulier sur les services de santé de proximité.

Méthode envisagée

La réflexion méthodologique doit questionner la possibilité de définir une ou des typologies des territoires français selon une dimension temporelle - tout en associant ces dernières aux méthodes

d'analyses de données multidimensionnelles généralement mobilisées pour la définition des typologies - et en tenant compte des contraintes de disponibilité des données.

Ainsi, il s'agit de déterminer comment tenir compte de la dimension temporelle associée aux reconfigurations territoriales sur la période d'étude, tant du point de vue d'une unité de temps que de son rôle dans l'analyse. Il est possible de l'intégrer au travers de la tendance d'évolution observée sur une période pour les différents indicateurs mobilisés et ainsi définir une typologie des « trajectoires temporelles de reconfigurations territoriales potentielles ». Ce qui permettrait *in fine* de regrouper les territoires de vie comme des unités géographiques présentant des trajectoires similaires en matière de reconfigurations territoriales et de les caractériser selon les indicateurs et les tendances associées. L'utilisation de la dimension temporelle pour décrire la dynamique d'évolution des différents territoires de vie sur la période d'étude peut offrir, en *sus* d'une typologie statique à différents points du temps, la possibilité de caractériser les processus sous-jacents aux reconfigurations des territoires de vie et des déterminants de leurs trajectoires au travers des différentes classes de la typologie.

Sources de données

Les données récoltées pour ce travail couvrent trois dimensions identifiées dans les précédents travaux et jugées indispensable dans la compréhension des inégalités socio-sanitaires et de leur genèse : l'offre de soins, les caractéristiques des populations et la structure des territoires. Les indicateurs utilisés seront enrichis pour compléter ces dimensions en étoffant par exemple l'attractivité des territoires (climat), mais aussi la dynamique socio-sanitaire des territoires (indicateurs d'évolution). L'ensemble des indicateurs seront ensuite choisis de manière pragmatique selon les différentes contraintes existantes jouant sur leur disponibilité. Sachant que nous cherchons à être le plus précis possible dans la description des territoires et de leurs dynamiques en ayant des indicateurs disponibles pour l'ensemble de la France, à l'échelle des territoires de vie santé, avec une profondeur historique d'au moins dix ans pour une partie des indicateurs, à partir d'indicateurs disponibles en libre accès ou dans le cadre d'accords de mises à disposition spécifiques (Caisse nationale de l'assurance maladie-Cnam, Institut national de la statistique et des études économiques-Insee, *Institut national de la santé et de la recherche médicale*-Inserm, Mutualité sociale agricole-MSA, ministère de la Santé).

Résultats attendus et retombées scientifiques

Le projet Cluster prévoit l'élaboration d'une ou plusieurs typologies spatiales. Cette classification des territoires servira aussi à alimenter la réflexion sur plusieurs projets en cours (Rosam, Mobilis, Raf, Era2, Oases) ou à venir, visant à étudier l'accessibilité ou l'accès aux soins. Dans le même temps, il s'agit aussi d'apporter des éléments de connaissance spécifiques pour des partenaires intéressés par ces analyses territoriales et, en particulier, la MSA. L'intérêt principal de ces typologies sera de décrire les inégalités territoriales, les processus sous-jacents et de mettre en évidence les territoires qui cumulent des difficultés. Un autre intérêt est de définir des groupes de territoires « similaires » pour étudier, par exemple, les pratiques des professionnels de santé en tenant compte des caractéristiques du territoire, ou pour comparer des territoires homogènes ayant bénéficié ou non d'une politique visant à améliorer l'accessibilité aux soins.

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

Code projet : DEPENSAF

Équipe : Zeynep Or, Sarah Minery (Irdes)

Collaborations extérieures : Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS), Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam), Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

Financement : Commissariat général à la stratégie et à la prospective (France Stratégie)

Période de réalisation : 2022 – 2023

Contexte et objectifs

La comparaison internationale des dépenses publiques est faite régulièrement dans les pays qui se penchent sur les conditions d'un retour progressif à l'équilibre des comptes sociaux. En tenant compte des enseignements du passé, notamment de la crise financière de 2008-2009, le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS) estime qu'il ne faut pas exclure a priori de recourir aux prélèvements obligatoires. Les marges de manœuvre en la matière semblent toutefois limitées, compte tenu du taux déjà élevé des prélèvements obligatoires lorsque l'on compare la France aux principales économies européennes. Ces comparaisons doivent néanmoins être interprétées avec précaution, compte tenu de la définition même du taux de prélèvement obligatoire et des différences en matière d'organisation et de financement de la protection sociale selon les pays.

Dans ce cadre-là, l'Irdes collabore avec le HCFiPS qui se penche plus particulièrement sur l'exemple de l'Allemagne, dont le taux de prélèvements obligatoires est sensiblement inférieur à la France. En termes de dépenses, l'Allemagne consacrait à la santé la part du PIB la plus élevée en Europe en 2019 (11,6 %), suivie par la France (11,2 %). Rapportée en dollar par habitant, la dépense publique de santé en France est de 25 % inférieure à celle de l'Allemagne (près de 4 400 dollars en parité de pouvoir d'achat en France, contre 5 500 en Allemagne). Pourtant, les dépenses hospitalières sont beaucoup plus élevées en France qu'en Allemagne à population comparable. Comment expliquer ces écarts de dépenses entre les deux pays ?

Ce projet propose une comparaison des dépenses de santé en Allemagne et en France, afin d'analyser leur composition et leurs déterminants. Pour cela, cette comparaison ne vise pas à décrire l'ensemble des composantes du système de santé allemand, mais plutôt à identifier les paramètres clés qui peuvent impacter les dépenses de santé en Allemagne.

Méthodologie

Ce projet s'appuiera sur les théories et connaissances empiriques en économie de la santé dans une approche collaborative en mobilisant les chercheurs allemands à travers nos divers réseaux, notamment de l'Université de Technologie de Berlin (TUB) et du Centre d'économie de Hambourg en Allemagne. Sur des questions plus spécifiques, nous pourrions également mobiliser des experts ou acteurs du terrain identifiés à travers nos réseaux internationaux.

Pour assurer un recueil systématique des informations et données nécessaires en Allemagne et en France, le projet vise à élaborer un questionnaire permettant de recueillir des données détaillées sur différentes dimensions à étudier. Pour cela, le projet prévoit, tout d'abord, d'effectuer une revue de littérature, notamment internationale, et de développer un cadre d'analyse comparatif des

dépenses de santé en Allemagne et en France. Le questionnaire sera partagé avec différents experts des deux pays, afin d'obtenir des informations à la fois quantitative et qualitative. Des entretiens seront menés avec des experts en fonction des questions spécifiques qui auront besoin d'une analyse plus fine. Dans le cadre de ce projet, l'Irdes va également collaborer avec l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) qui fournira des éléments quantitatifs détaillés à partir des comptes de la santé.

Calendrier

Le projet se déroule d'octobre 2022 à septembre 2023 dans l'optique d'une remise du rapport final au HCFiPS en novembre 2023. Une publication scientifique et un QES Irdes sont prévus pour 2024.

Comparaison internationale des inégalités sociales de couverture par une assurance privée

Code projet : INTERPRISE (International Comparisons of Social Inequalities in Private Health Insurance Coverage) (EX ETERNEL)

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

Période de réalisation : 2023-2025

Contexte

Dans tous les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), un système public de financement des soins (fourni par un système de santé national financé par l'impôt dans les pays historiquement beveridgien ou par un système d'assurance sociale dans les pays historiquement bismarckien comme en France) co-existe avec un système d'assurance privée. En effet, du fait des contraintes budgétaires publiques, du poids croissant des dépenses de santé dans le produit intérieur brut, mais aussi de la volonté de laisser la possibilité, pour les individus, de choisir librement un niveau d'assurance optimal au regard de leurs préférences, l'assurance maladie publique est toujours partielle, couvrant soit un panier limité de soins, soit une population particulière ou bien encore en laissant à la charge des assurés des copaiements sur l'ensemble des soins (OCDE, 2017). Mais l'assurance maladie privée peut aussi conduire, compte tenu du contexte concurrentiel du marché de l'assurance et de la sélection des risques pratiquée par les assureurs, à des inégalités importantes de niveaux de couverture et donc, *in fine*, à des inégalités d'accès aux soins et d'état de santé. Le partage public/privé du financement des soins de santé, qui s'organise différemment dans chaque pays, répond donc à des arbitrages complexes mêlant des principes de solidarité et des réalités économiques de contraintes budgétaires des financements publics.

Le projet Eternel s'intéresse aux inégalités sociales de couverture par une assurance privée. Il a pour objectif de comparer l'ampleur des inégalités sociales de couverture par une assurance privée et des inégalités sociales d'accès aux soins selon les différents modes d'organisation du partage public/privé de l'assurance maladie que l'on peut observer en Europe (complémentaire, supplémentaire, duplicatif). Il sera mené à partir de l'enquête Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) [vagues 6 et 9], qui interroge les individus de 50 ans et plus résidant en Europe sur leur état de santé, leurs besoins de soins, leurs recours aux soins, leur situation économique et sociale et leur couverture santé. Bien qu'étant une population restreinte, les individus de 50 ans et plus sont particulièrement exposés aux difficultés d'accès à l'assurance privée, notamment parmi les plus précaires, qui peuvent faire face à des primes d'assurance très élevées compte tenu de l'ajustement des primes à l'âge ou aux besoins de soins des individus.

Conditions d'accès aux aides et politiques publiques de l'autonomie. Origines, implications et perspectives d'évolution de la segmentation par âge

Code projet : KAPPA

Equipe Irdes : Sylvain Pichetti, Maude Espagnacq, Anne Penneau

Période de réalisation : 2023-2027

Données : Prestation de compensation du handicap : exécution dans la durée et reste à charge (Phedre), [Capacité, aides et ressources](#) (Care), Remontée individuelles de l'Allocation personnalisée d'autonomie, de la prestation de compensation du handicap et de l'Aide sociale à l'hébergement (Ri Apa-PCH-ASH)

Contexte et objectifs

Le consortium de recherche KAPPA

L'Irdes est intégré au consortium de recherche Kappa coordonné autour de l'Institut national d'études démographique (Ined) et qui regroupe quatre établissements d'enseignement supérieur et de recherche (Université de Grenoble, Université de Lille, Ecole des hautes études en santé publique-EHESP, Université Paris-Est Créteil), cinq instituts, fondations/associations (Ecole d'économie de Paris, Irdes, Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles-Una, Handeo, Association hautevilloise pour la recherche et l'étude en kinésithérapie) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Le consortium Kappa a pour vocation d'éclairer la question de la segmentation par âge des politiques d'aide à l'autonomie. Plus précisément, trois questions de recherche seront explorées, visant à interroger les origines, implications et perspectives d'évolution de la segmentation par âge des politiques d'aide à l'autonomie, en mettant à profit les compétences pluridisciplinaires et multithématiques du consortium.

Implication de l'Irdes dans le consortium Kappa

L'Irdes se focalisera sur l'impact de la segmentation des politiques d'aide à l'autonomie sur les dépenses de soins et les restes à charge des personnes à partir des données d'enquêtes de Phedre et de Care ainsi que des données administratives (RI APA-PCH-ASH).

Avancement

Le projet débute en janvier 2023.

Valorisation

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

Démographie, modes d'exercice et régulation de l'installation des masseurs-kinésithérapeutes libéraux en France (DRIMK)

Code projet : DRIMK

Equipe : Julien Mousquès, Yoann Galharret (UPEC-Erudite), Yann Videau (UPEC-Erudite)

Collaborations extérieures : Convention cadre de partenariat Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK) et Irdes.

Financement : Bourse Ecole Doctorale « Organisations, Marchés, Institutions » (UPEC)

Période de réalisation : 2022-2025

Contexte et objectifs

La question de l'accès aux soins de premier recours est centrale aujourd'hui en France. On estime que 29 % de la population française réside dans une commune présentant des difficultés d'accès aux soins de premiers recours et que 44 % rencontrent spécifiquement une difficulté d'accès aux masseurs-kinésithérapeutes (MK), auxiliaires médicaux délivrant des soins de premiers recours jusqu'au domicile du patient. Ce sont le plus souvent des territoires dans lesquels résident des populations présentant des états de santé moins favorables et des besoins de soins importants. Du fait d'une répartition des MK très corrélée à celle des médecins généralistes (MG), d'un attrait très marqué pour le Sud, les littoraux méditerranéen et atlantique ou les espaces frontaliers, et pour l'exercice dans les villes centres et couronnes favorisées, les inégalités de répartition sont importantes.

Pour autant, au niveau macro-économique, l'évolution des densités des auxiliaires médicaux est beaucoup plus favorable que celles des MG. En effet, le nombre de MK exerçant en France a augmenté de plus de 60 % en 20 ans classant ainsi la France au 9ème rang européen avec une densité moyenne de 127 MK pour 100 000 habitants en 2020. Ces dynamiques opposées entre MG et MK constituent une opportunité en matière de modification des missions et des rôles respectifs en favorisant, au-delà des complémentarités, les substitutions des MG par les MK pour certains soins et services.

Ces dynamiques mettent en lumière le rôle que pourraient jouer les MK et poussent d'une part à s'intéresser aux choix de localisation de ces derniers ainsi qu'à leurs déterminants et aux politiques limitative et incitatives qui les concernent, mais également à la nature de la relation MG-MK (complémentarité et substitution) dépendante autant de l'implantation des MK sur un territoire que de leurs modes et structures d'exercices.

En effet, l'exercice libéral des MK s'inscrit dans un cadre conventionnel avec l'Assurance maladie, restructuré en 2007, visant notamment à améliorer la répartition géographique des MK dans un contexte originel de liberté d'installation. Ainsi le renouveau de la politique conventionnelle a pour objectif, d'une part, de limiter l'installation des MK dans les zones sur-denses et d'autre part, à travers la mise en place d'incitations financières, de favoriser l'exercice dans les zones sous-denses (à l'instar de ce qui a été mis en œuvre pour les infirmiers libéraux). L'analyse de l'installation des professionnels de santé sur un territoire ne peut être observée uniquement sous le prisme de la politique conventionnelle actuelle. S'agissant des MK, une étude, conduite en Île-de-France, met en avant que le choix d'installation semble davantage répondre à des préférences non liées au métier et à son contenu. La dynamique d'amélioration des conditions d'exercice et de meilleure conciliation entre vie privée et vie professionnelle, commune aux autres professions de santé, se traduit par le caractère attractif de l'exercice regroupé pour les MK. Plus de 40 % des MK exercent à ce jour en groupe, et ils sont présents dans près de 50% des 1852 Maisons de santé

pluriprofessionnelles (MSP) aujourd'hui ouvertes et dont la croissance est exponentielle depuis la fin des années 2000. Or, ce mode d'exercice pourrait influencer l'accès aux soins primaires, d'une part car les MSP sont majoritairement localisées dans les espaces sous dotés, et peuvent attirer et retenir les MK dans les marges rurales (logique de marge extensive), et d'autre part via une modification du rythme des consultations et/ou du nombre de patients pris en charge dans la file active des MG comme des MK (logique de marge intensive). En effet, sans accroître l'amplitude horaire d'exercice des professionnels, l'exercice en MSP permettrait d'accroître les files actives respectives des MG et MK. Pour le MG, cela passerait par un gain de temps médical, réalloué à l'exercice professionnel, permis par une meilleure complémentarité, voire des substitutions de tâches, entre MG et MK. Pour le MK, cela s'accompagnerait par une intensité plus accrue de l'activité voire une diminution de la fréquence de consultations par patient.

L'exercice en MSP pourrait également permettre d'améliorer la qualité des soins et services rendus, en encourageant les coopérations et complémentarités entre professionnels de santé notamment par la mise en place de financements complémentaires, voire substitutifs, au paiement à l'acte. De plus, dans la continuité des expérimentations nationales mises en place depuis 2020 pour l'entorse externe de cheville et la lombalgie aiguë, l'essor de ce mode d'exercice pluriprofessionnel coordonné a permis, dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2022, d'ouvrir la voie à une expérimentation de l'accès direct aux MK dans six départements, initiant ainsi un processus d'intégration verticale entre MK et MG (logique de complémentarité et substitution entre activité des MG et des MK).

Matériel et méthode

Ce projet s'articule autour de trois thématiques qui traitent de l'interaction complexe entre les choix individuels d'installation, les modes d'exercices et les politiques mises en œuvre pour réguler l'installation et l'activité des MK :

- Une première aura pour objectif d'identifier les principaux facteurs influençant les choix d'installation des MK.
- Une seconde étape approfondira le travail précédent en proposant une estimation de l'effet causal sur la localisation géographique de l'activité et l'évolution de la densité de MK par territoire de vie-santé (TVS), de l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) et des politiques conventionnelles de limitation/incitation à l'exercice dans les espaces considérés comme sur- et sous-dotés.
- Une troisième étape prolongera les analyses précédentes en s'intéressant à l'effet des protocoles de collaboration en accès direct dans le cadre de structures de soins de premiers recours pluriprofessionnels sur l'activité des MK, voire des MG.

Le matériel permettant la mise en œuvre de ces travaux nécessite la constitution de bases de données originales en panel à partir des informations individuelles d'inscriptions au tableau du Conseil national de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes, de leur appariement à des enquêtes ad hoc permettant d'aller plus loin quant à la caractérisation des individus et de leur choix (mode d'exercice et localisation), ainsi qu'à des données d'extraction de registre des MSP de la Direction générale de l'offre de soins, ou de registres de mise en application des décrets relatifs aux zonages conventionnels.

Valorisation

Evaluation des Missions Accompagnement Santé (MisAS) identifier et réconcilier avec le système de santé des personnes en situation de renoncement aux soins

Code projet : MisAS

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

Période de réalisation : 2023-2026

Financement : Ce projet fera l'objet d'une convention de partenariat avec la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam, DDO-Disas)

Données : Données de consommations de soins de l'Assurance maladie et des plateformes Misas

Contexte

Les Plateformes d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (Pfidass, devenues Missions accompagnement santé Misas en 2020), conçues par l'Assurance maladie, et étendues progressivement dans les départements français, visent à réduire le renoncement aux soins. Les plateformes 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'exams 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 Misas 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 Misas, l'Assurance maladie 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), Complémentaire santé solidaire (CSS), 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.

Une approche sociologique portant à la fois sur les intervenants des plateformes et sur les patients viendra compléter le volet d'évaluation qui permettra, d'une part, de mettre en regard les modalités d'organisation des plateformes et les résultats, et, d'autre part, de mieux comprendre les motifs de renoncement aux soins et de refus ou d'abandon du programme par les patients.

French Medical Doctors: Specialty and Practice Location Choice

Médecins français : choix de spécialité et de localisation d'exercice

Code projet : SPEMED

Projet Agence régionale de santé (ANR) piloté par **Magali Dumontet** (Université de Nanterre), 2022-2024

Equipe : Noémi Berlin (Université Paris Nanterre, Economix), Guillaume Chevillard (Irdes), Johanna Etner (Université Paris Nanterre, Economix), Yann Renisio (Sciences Po, Centre de recherche sur les inégalités sociales-Cris), Anne-Laure Samson (Université Paris Dauphine-PSL, Leda-Legos), Jonathan Sicsic (Université Paris Cité, Liraes), Messaoud Zouikri (Université Paris Nanterre, Economix)

Contexte scientifique

Depuis des années, les pouvoirs publics de nombreux pays font face à deux problèmes récurrents dans l'organisation et la planification des ressources médicales : des spécialités médicales qui sont moins attractives pour les étudiants et une inégale répartition géographique des médecins à l'origine de zones sous-dotées. La France n'est pas épargnée par ces enjeux. La régulation de la main-d'œuvre médicale apparaît alors cruciale car cela soulève des inquiétudes sur l'équité et l'efficacité du système de santé.

La régulation en France doit tenir compte de profonds changements dans la profession médicale (féminisation, aspirations à un meilleur équilibre entre vie professionnelle et personnelle) ainsi que des besoins croissants de la population qui ont tendance à accentuer la raréfaction actuelle de l'offre de soins et la pression sur les médecins en exercice.

Jusqu'en 2020, deux outils de régulation ont prévalu en France pour fixer le nombre de médecins exerçant par spécialité. D'abord le *numerus clausus* instauré en 1971, qui définit le nombre annuel d'étudiants autorisés à poursuivre la 2^e année de médecine, puis, depuis 2004, les Epreuves classantes nationales (ECN) qui ont lieu à la fin de la 6^e année d'étude et qui permettent aux étudiants de choisir leur poste d'interne (spécialité (parmi 44) et leur lieu de formation (parmi 28) en fonction de leur classement. Ainsi les étudiants n'obtiennent pas forcément leur spécialité ou leur lieu de formation préférés. Une fois le classement connu (début juillet), la période de simulation des vœux sur l'application Céline commence. Les étudiants peuvent indiquer chaque jour leurs préférences pour les postes d'internat (spécialité + lieu de formation). Cette période s'achève en septembre et le choix final est réalisé dans un amphithéâtre virtuel où chaque étudiant, en fonction de son classement, choisit de manière séquentielle son poste d'interne.

Le nombre de postes par spécialité médicale est défini chaque année par le gouvernement, sur la base des besoins de chaque région. C'est à l'heure actuelle le seul outil pour réguler la distribution géographique des médecins. Pour autant, les médecins sont libres de s'installer où ils le souhaitent à la fin de leurs études, contrairement à d'autres professions comme les infirmières ou les masseurs-kinésithérapeutes.

Selon leur classement, des étudiants peuvent être amenés à choisir une région nouvelle si leur spécialité préférée n'est pas disponible dans leur région d'origine. Cela arrive pour près de 40 % des étudiants chaque année et pourrait expliquer pourquoi, après la formation de spécialité, près de 30 % des médecins libéraux ne s'installent pas dans leur région d'origine. À cet égard, la définition de quotas par spécialité et région pour la formation médicale peut être considérée comme un outil sous-optimal pour répartir les médecins entre les régions.

Objectifs

L'objectif de ce projet est d'évaluer le rôle de la régulation actuelle de la formation médicale, *via* les ECN, sur le choix (i) de la spécialité et (ii) du lieu d'installation des médecins. Nous nous concentrerons sur les décisions à deux périodes : celle pendant les études médicales (choix de la spécialité et de la région de formation) et celle après la formation du choix du lieu d'exercice. Plus précisément, nous souhaitons évaluer si les ECN sont un outil de régulation efficace pour assurer une distribution adéquate des médecins de chaque spécialité sur le territoire national. Sinon, existe-t-il une autre politique ou un ensemble d'instruments qui seraient plus efficaces pour atteindre cet objectif ? Ces questions doivent trouver une réponse compte tenu de l'évolution de la main-d'œuvre médicale que nous observons actuellement.

Ce projet comprend trois parties qui s'articulent entre elles. La première partie cherchera à illustrer comment se construisent les choix de spécialités des étudiants de médecine. La deuxième partie déterminera les facteurs du choix de la spécialité et de la région, et la troisième partie analysera les choix de localisation des médecins.

Perspectives, retombées attendues

Le projet vise à étudier la régulation des effectifs médicaux et ses conséquences sur la répartition géographique des médecins. L'ambition scientifique de ce projet est d'apporter de nouveaux éclairages pour répondre à la préoccupation majeure des inégalités géographiques dans le système de santé qui créent des difficultés d'accès aux soins dans certaines zones. Comme décrit dans la section (Aspects de l'état de l'art et de l'innovation), notre projet de recherche a le potentiel d'apporter plusieurs contributions à la littérature en économie. La diffusion dans les milieux académiques prendra plusieurs formes : nombreuses présentations dans des conférences scientifiques en France et à l'étranger, organisation d'un atelier réunissant des experts internationaux du domaine, soumissions à des revues de premier plan en économie et sociologie de la santé et du comportement, et participation à des groupes de travail et séminaires (groupe de travail d'économie comportementale de Nanterre, groupe de travail Liraes (Université de Paris Cité), groupe de travail Legos (Université Dauphine), séminaire de Lille, etc.

Un autre aspect de la proposition est que certains projets futurs pourraient être réalisés avec la base de données construite dans le WP2 (par exemple, évaluation de la nouvelle réforme des études médicales (2019) qui utilisera en 2023-2014 pour les postes de résidence affectation d'un nouvel algorithme basé sur plusieurs critères ex., il tiendra compte du portefeuille des étudiants en médecine pour l'attribution des postes de résidence).

Etat d'avancement :

Printemps 2022 : réalisation de l'enquête en ligne auprès des étudiants passant les ECNi.

Été 2022, début de l'analyse de l'enquête.

Gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes : évolution de l'offre, pratiques professionnelles et accès aux soins en matière de santé sexuelle (Gyms)

Code projet : GYMS

Porteuse de projet : Quitterie Roquebert (BETA, Université de Strasbourg), roquebert@unistra.fr

Equipe : Guillaume Chevillard (Irdes), Magali Dumontet (EconomiX, Université de Nanterre), Carine Franc (Inserm), Ruggero Iori (EMA, Université de Cergy), Béatrice Jacques (Centre Emile Durkheim, Université de Bordeaux), Véronique Lucas-Gabrielli (Irdes), Julien Mousquès (Irdes/EHESP), Jonathan Siscic (Liraes, Université de Paris), Sandrine Voillequin (Université de Strasbourg)

Financement : Agence nationale de la recherche Jeunes chercheuses, jeunes chercheurs (ANR JCJC) –

Période de réalisation : Janvier 2023- décembre 2025

Contexte et objectifs

La santé sexuelle des femmes est depuis plusieurs décennies une priorité des politiques de santé. Ces politiques visent à améliorer l'accès à la prévention, à l'information et aux traitements en matière de santé sexuelle. En France, les difficultés d'accès aux soins en santé sexuelle restent importantes, avec un fort renoncement aux soins et un effet marqué des caractéristiques socio-économiques des femmes sur leur état de santé et leur recours aux professionnels de santé. Plusieurs professionnels de santé peuvent intervenir en matière de santé sexuelle : les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes. Depuis le début des années 2000, les caractéristiques de cette offre ont évolué, notamment du fait de l'évolution de la démographie médicale (baisse du nombre de gynécologues) et de la régulation de l'offre. Sur cette période, les compétences des sages-femmes ont été notablement étendues pour leur permettre d'intervenir dans le domaine gynécologique en dehors du contexte de la grossesse.

Ce projet vise à évaluer les effets de ces évolutions de l'offre en matière de santé sexuelle sur les pratiques des professionnels et le parcours de soin des patientes. Dans un premier temps, on décrira les différentes configurations d'offre existantes selon les territoires en prenant en compte la diversité des professionnels de santé (Axe 1). Dans un second temps, on analysera l'évolution des activités des professionnels (volume d'activité, type d'actes et coopération avec d'autres professionnels) selon le type de territoire où ils exercent (Axe 2). Enfin, on analysera le lien entre l'évolution de l'offre sur les différents territoires et le parcours de soins (accès, choix du praticien) des patientes (Axe 3). Dans chaque axe, on s'appuie sur une approche qualitative (entretiens) et sur une approche quantitative, en mobilisant les compétences de notre équipe pluridisciplinaire (économie, géographie, maïeutique, sociologie).

L'équipe de l'Irdes sera en charge du premier *workpackage* et recrutera un ingénieur d'étude pour 18 mois. Il s'agira de décrire l'offre de santé sexuelle (médecins généralistes, sage-femmes, gynécologues), et son évolution à travers le temps, au niveau des territoires de vie, non seulement en termes de professionnels de santé disponibles mais aussi en tenant compte de leur activité en termes de suivi de santé sexuelle. Ceci à partir d'analyses multivariées (e.g. typologie, typologie multivariate, indice composite).

La soutenabilité environnementale des systèmes de santé

- Une revue de littérature sur l'empreinte écologique du système de santé pour réduire son impact : Vers un cadre d'action en France

Code projet : SYSSANTE

Équipe : Zeynep Or, Anna-Veera Seppanen

Collaboration : Haut autorité pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)

Période de réalisation : 2021 – 2022

Financement : Le projet est soutenu par un financement de la France Stratégie.

Contexte

Le système de santé est essentiel à l'amélioration et au maintien de la santé et du bien-être de la société et un des facteurs clés du développement économique. Cependant, les activités du système de santé ont également des effets non négligeables sur l'environnement et contribuent au changement climatique. Elles sont responsables d'entre 3 % à 10 % du total des émissions nationales de gaz à effet de serre - une contribution qui pourrait tripler d'ici 2050, compte tenu du vieillissement de la population et des besoins de soins qui continuent à croître.

Une littérature de plus en plus abondante est disponible pour comprendre les stratégies de transformation des systèmes de santé ; plusieurs études ont montré qu'il était possible de privilégier et d'améliorer simultanément la santé et l'environnement, ainsi que de réaliser des économies importantes. Par conséquent, la transition environnementale du système de santé est considérée comme une nécessité. Outre la réduction de l'empreinte écologique, la soutenabilité environnementale du système de santé implique d'améliorer simultanément le bien-être sociétal et environnemental. Cependant, ce sujet a été peu développé dans les stratégies visant à faire évoluer le système de santé en France.

Objectifs et réalisation

Ce projet vise à contribuer à l'élaboration d'un cadre d'action holistique pour améliorer la soutenabilité environnementale du système de santé français, basé sur deux revues de littérature complémentaires. Pour cela, une stratégie itérative a été adoptée :

1. Dans un premier temps, nous avons mené une revue de littérature pour identifier les principales sources de pollution et les principaux secteurs du système de santé qui contribuent à l'empreinte écologique dans les pays industrialisés.
2. Ensuite, nous avons mené une revue « *scoping* » pour identifier les principales interventions visant à réduire l'impact environnemental des systèmes de santé dans les pays industrialisés évaluées dans la littérature scientifique et la littérature grise.
3. Nous avons enfin synthétisé les résultats de ces deux revues, identifié les acteurs principaux en environnement et système de santé en France, et proposé un cadre d'action et une stratégie de mise en œuvre identifiant les domaines prioritaires et les actions efficaces pour réduire l'empreinte environnementale du système de santé français.

Calendrier et livrables

L'étude, qui s'est déroulée de janvier à fin décembre 2022, a donné lieu à un rapport rendu au Hcaam. Deux publications Irdes sont prévues : le rapport ainsi qu'un *Questions d'économie de la santé* (Irdes), et, par ailleurs, une publication académique est également envisagée.

Les dépassements d'honoraires : Caractérisation, impacts sur l'offre et leviers de régulation

Code projet : DECILE

Equipe : Marie Bonnal, Renaud Legal, Véronique Lucas-Gabrielli (Irdes), avec l'appui de Mathieu Cassou, Guillaume Chevillard, Aurélie Pierre, Julien Mousquès et Denis Raynaud (Irdes).

Soutien financier : France Stratégie/HCAAM.

Période de réalisation : 2023-2025.

Données : Données du SNDS (accès permanent de l'Irdes) et données de l'appariement CNAM-DGFIP réalisé par la Drees.

Contexte et objectifs

Les dépassements d'honoraires (DH) sont aussi anciens que l'Assurance maladie, mais ils ont pris une acuité particulière à la suite de la convention de 1980 créant le secteur 2. Le phénomène est fortement dynamique et ces dernières décennies ont été jalonnées par un certain nombre de dispositifs de régulation visant à en freiner le développement : gel du secteur 2 (1990), secteur optionnel/option de coordination élargie (2004-2012), contrat d'accès aux soins (2012-2016), option pratique tarifaire maîtrisée (depuis 2016), le fait le plus marquant ayant été le gel du secteur 2 de 1990.

Cet historique témoigne de la difficulté des pouvoirs publics à développer une doctrine claire sur le sujet et, par conséquent, à trouver les modes de régulation propres à satisfaire les objectifs visés.

En effet, les DH ont un caractère ambivalent. D'un côté, ils apportent aux professionnels des revenus plus élevés que ceux assurés par les tarifs conventionnels sans augmenter la pression sur les financements publics. Ils peuvent aussi être associé à un surcroît de qualité que le patient est prêt à payer, mais que la solidarité nationale ne peut pas offrir.

De l'autre côté, ils posent un certain nombre de difficultés :

En matière d'offre de soins, les DH ont pu contribuer à freiner une répartition plus égalitaire des médecins sur le territoire métropolitain (Igas, 2007). Ils peuvent conduire les médecins à réduire leur activité², et donc à réduire la quantité totale de soins délivrés. Dans le champ hospitalier, en creusant les écarts de rémunérations entre l'hôpital public et le secteur privé, ils participent sans doute - aux côtés d'autres facteurs - aux problèmes d'attractivité de l'hôpital public.

Du côté des assurés, les DH peuvent alourdir dans des proportions importantes les restes à charge des personnes non ou faiblement couvertes et ainsi occasionner pour ces personnes du renoncement ou du non-recours aux soins.

Au regard de ces enjeux, force est de constater que la connaissance du phénomène reste à renforcer. En effet, les travaux sur les dépassements d'honoraires sont rares et pour certains anciens. Bellamy et Samson (2010) étudient sur les déterminants du choix du secteur de conventionnement et du niveau des DH. Les mêmes auteurs (2012) évaluent *ex ante* l'impact des effets du secteur optionnel. Dormont et Péron (2016) analysent les effets potentiellement inflationnistes de la prise en charge des DH par les complémentaires santé. Choné, Coudin et Pla (2019) estiment l'effet de la concurrence sur l'offre de travail des ophtalmologistes, pédiatres et gynécologues.

Ce projet de recherche se propose de faire un état des lieux des pratiques de dépassement en France (effectifs, montant des dépassements, types de soins) et des solutions envisageables pour les réduire. Pour éclairer les comportements du côté de l'offre, le projet analysera les facteurs explicatifs du recours aux dépassements de la part des médecins spécialistes : caractéristiques

² Dans des modèles théoriques d'arbitrage travail-loisir, ce sera le cas lorsque les effets-revenu l'emportent sur les effets-substitution.

sociodémographiques des médecins, caractéristiques des patients, faible valorisation de certains actes, influence du lieu d'installation, arbitrage travail/loisirs, revenu cible...Une perspective longitudinale pourra être adoptée afin de mettre en lumière les effets de génération (installation, type d'activité, pratique des dépassements, exercice mono ou pluriprofessionnels, revenus) à l'œuvre dans la dynamique du phénomène.

Du côté des usagers du système de santé et des patients, le projet de recherche s'attachera à mesurer l'impact des dépassements d'honoraires dans l'accès aux soins de la population selon les territoires, notamment en fonction de l'offre disponible à l'échelle locale et des caractéristiques sociodémographiques de la population. Ces travaux prolongeront les travaux historiques de l'Irdes sur l'accessibilité géographique aux soins. Ils mobiliseront les travaux méthodologiques récents de l'Irdes et de l'ORS Ile-de-France visant à élaborer des indicateurs pertinents pour appréhender l'accessibilité géographique aux soins spécialistes, en intégrant à la caractérisation de l'offre une dimension tarifaire.

Méthodologie et phasage du projet :

Le projet mobilisera différentes sources de données :

Les données du Système national des données de santé (SNDS) pour l'analyse de l'activité médicale, des déterminants des dépassements d'honoraires des médecins et l'implantation géographique des spécialistes ;

Une exploitation secondaire des données extraites par la Cnam à la demande de l'Irdes dans le cadre du projet zonage spé (voir fiche ZONAGSPE) pour l'analyse géographique de l'accessibilité aux soins de la population selon les territoires, notamment en fonction de l'offre disponible à l'échelle locale et des caractéristiques sociodémographiques de la population ;

Les données de l'appariement Cnam-DGFIP pour l'analyse des déterminants du choix du secteur de conventionnement et pour analyser finement le poids des dépassements dans les revenus des médecins.

Ce projet débutera en janvier 2023. Un rapport final sera remis au HCAAM en décembre 2024. Les travaux se poursuivront au-delà pour approfondir certaines questions et en traiter de nouvelles, apparues au fil du projet.

Liens entre trajectoires d'emploi, consommation de soins, santé et mortalité (Lemma)

Code projet : LEMMA

Equipe : Pascale Lengagne (Irdes), Aurélie Pierre (Irdes), Laure Com-Ruelle (Irdes) et Roseline Vincent (Irdes).

Période de réalisation : 2022-2025

Contexte et objectifs

Les inégalités sociales de santé sont importantes en France. Elles se traduisent notamment par des écarts élevés d'espérance de vie entre groupes socio-économiques. La réalisation de travaux étudiant les déterminants socio-économiques de la santé et, inversement, l'impact de la santé sur le statut socio-économique des individus, à partir de données d'enquête et de données administratives, est une clé de réussite pour la conception de mesures efficaces d'amélioration de la santé et de réduction des inégalités sociales de santé. Ce projet de recherche s'inscrit dans le cadre de ces travaux et de la littérature sur les liens entre la santé et le marché du travail.

Les travaux empiriques s'appuyant sur des données longitudinales, permettant le suivi sur plusieurs années à la fois d'indicateurs de santé et de leur situation sur le marché du travail, et s'appuyant sur des échantillons de grande taille, sont peu nombreux. Il n'existe pas de travaux de cette nature réalisés à partir de données françaises. A partir des données de l'Echantillon démographique permanent (EDP)-santé (Drees), le projet de recherche, Lemma, examine la question des liens entre les transitions sur le marché du travail des individus et leur santé et étudie l'impact de parcours heurtés – marqués par une perte d'emploi entraînant du chômage de courte ou longue durée – sur la santé, la consommation de soins, et le risque de décès.

Modèle de soins collaboratifs en santé mentale : une évaluation de l'implémentation d'un pilote dans quatre maisons de santé

Code projet : MOSAIQUE

Équipe Irdes : Julien Mousquès, Coralie Gandré, avec la collaboration de Pauline Boué

Investigatrice principale : Nadia Younès (CH Versailles, CESP-Université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, chercheure associée Irdes)

Collaborations : Irène Bogicevic (Université Paris VIII Vincennes-Saint Denis), Pauline Boué (Université Paris-Saclay), Pascal Clerc (MSP les Mureaux, Université Versailles-Saint Quentin), Valéry Clouet (CH de Versailles), Johanna Couvreur (Institut Montaigne), Milena Kostova (Université Paris VIII Vincennes-Saint Denis), Angèle Malâtre-Lansac (Institut Montaigne), Christine Passerieux (CH de Versailles).

Financement : Appel à projets (AAP) de recherche en soins primaires interrégional (Resp-Ir) de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Période de réalisation : 2022-2024

Contexte scientifique

Les troubles psychiques fréquents (troubles anxieux et de l'humeur) concernent une part importante de la patientèle des soins primaires mais restent pourtant insuffisamment dépistés et soignés. Améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins pour ces troubles passe par une meilleure coordination entre la médecine générale, l'acteur principal *de facto* de ces soins, et les soins spécialisés, qui doit être soutenue par la mise en place d'innovations organisationnelles.

Le modèle de soins collaboratifs développé à l'Université de Washington aux États-Unis propose d'améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles psychiques les plus fréquents. Il s'appuie sur une équipe de soins coordonnée (un médecin généraliste, un infirmier de coordination à ses côtés et un psychiatre à distance) ; une approche populationnelle avec dépistage et revues de cas hebdomadaires entre l'infirmier et le psychiatre à l'aide d'un registre digital ; des soins fondés sur des preuves scientifiques incluant des psychothérapies structurées dispensées par des psychologues ; et un suivi de l'état de santé des patients à travers l'utilisation d'échelles validées.

Une centaine d'essais contrôlés randomisés a démontré l'efficacité et l'efficacité du modèle des soins collaboratifs aux États-Unis. En revanche, la possibilité d'implémentation de ces soins reste encore à explorer dans le contexte français et en tenant compte de dimensions complémentaires (pénétrance, acceptabilité, adoption, faisabilité, fidélité, coût, durabilité).

Une première implémentation en France est mise en place depuis septembre 2021 à l'initiative de l'Institut Montaigne en tant que promoteur dans le département des Yvelines sur quatre sites de taille, d'organisation et d'environnements différents : les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) des Mureaux ou de la Celle-Saint-Cloud, la maison médicale de Chevreuse et des médecins généralistes en pratique isolée à Versailles. La fonction d'infirmiers de coordination est assurée par des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) avec une expérience significative en psychiatrie.

Objectifs et méthode

Le projet de recherche, piloté et mis en œuvre par un consortium pluridisciplinaire (économie, médecine, santé publique, psychologie, science politique) et pluriprofessionnel (psychiatre, Infirmier.ère.s de pratique avancée (IPA) santé mentale, psychologue), vise à documenter la possibilité d'implémentation en France de ce modèle des soins collaboratifs validé à l'étranger, la spécificité du modèle français basé sur un.e IDE expérimenté.e en psychiatrie (alors qu'aux États-Unis il peut également s'agir d'un.e travailleur.euse social.e ou d'un.e psychologue), les barrières à cette implémentation et le coût.

Une méthode mixte associant démarches qualitative et quantitative sera utilisée dans le cadre d'une étude observationnelle descriptive et comparative selon un *design* intra-site avec des évaluations pendant et en *post*-implémentation. Deux populations sont concernées par la recherche : les professionnels impliqués dans le dispositif des soins collaboratifs et les patients à qui des soins collaboratifs ont été proposés par leur médecin généraliste et acceptant de participer à la recherche. Le volet qualitatif s'appuiera sur des entretiens ou focus groupes auprès d'échantillons raisonnés de professionnels et de patients inclus dans les soins collaboratifs (à plusieurs étapes de la recherche). Le volet quantitatif s'appuiera sur l'exploitation des données du registre des soins collaboratifs complété par les IDE (indicateurs de participation des patients et des professionnels de santé et d'orientation vers les soins spécialisés, profil des soins collaboratifs délivrés, profil des évolutions cliniques...), et d'enquêtes quantitatives, certaines répétées pour mesurer les évolutions en avant/après auprès des acteurs (patients et professionnels) selon l'intensité de l'implémentation. Le coût de l'intervention par patient bénéficiaire, par maison de santé et en global sera également documenté.

Résultats attendus

L'analyse de l'implémentation du modèle de soins collaboratifs dans le contexte des soins de premiers recours répond à de forts enjeux en France. Ce projet vise ainsi à alimenter la décision quant à l'opportunité de soutenir le développement de ce modèle qui propose de nouvelles formes de coopération et de coordination pour la prise en charge des troubles psychiques fréquents en soins primaires et en pratique courante et d'en identifier les obstacles en vue d'une éventuelle extension, voire généralisation.

Etat d'avancement

L'intervention est financée pour 32 mois par le Fonds Erié et la Fondation du Roi Baudouin Fiop, permettant le financement des IDE, du temps de psychiatres, de psychologues, de l'accompagnement par l'équipe de l'Université de Washington (ayant conçu le modèle originel), du dossier patient informatisé (registre) et d'un chef de projet.

L'intervention s'est déroulée au sein de 4 sites depuis septembre 2021. Un site a quitté le pilote expérimental. On estime à 365 le nombre de patients inclus, soit en moyenne 80 par IDE.

La recherche évaluative est financée sur la base d'un AAP de recherche en soins primaires interrégional (Resp-Ir) de la DGOS pour la période 2022-2024. La première année a été notamment consacrée à la mise en place des procédures réglementaires et juridiques. Le registre des données est opérationnel, la demande de CPP a été soumise et obtenue. En termes de recherche, cette première année s'est concentrée sur l'analyse du dispositif, en s'appuyant sur des entretiens auprès de professionnels des sites pilotes, des promoteurs et porteurs du projet, et enfin auprès de patients. Ceci afin d'appréhender le modèle de soins collaboratifs mis en œuvre, les modalités de mises en œuvre, et la façon dont le dispositif est perçu par les patients.

Mutualisation et segmentation des risques sur le marché de la complémentaire santé : des contrats individuels aux contrats collectifs

Code projet : MUSEUM

Equipe : Aurélie Pierre (Irdes), Tom Buchmueller (University of Michigan), Isma Bouchara (Université Paris-Est-Créteil)

Période de réalisation : 2022-2024

Données : Enquêtes Organismes complémentaires (OC) de 2013, 2014, 2016 et 2019 ; enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) de 2017

Etat d'avancement : En cours de réalisation

Contexte et objectifs

Dans un contexte de quasi-généralisation de la couverture santé par une complémentaire en France, et de réformes structurantes cherchant à déployer la complémentaire santé d'entreprise, la question de la segmentation des risques santé entre les marchés individuel et collectif de la complémentaire santé et plus généralement la façon dont la mutualisation des risques entre les bien-portants et les malades est organisée sur le marché de la complémentaire santé est au cœur des problématiques d'accès à l'assurance.

Le projet Museum a pour objectif d'étudier l'ampleur de la segmentation des risques entre les marchés individuel et collectif de la complémentaire santé et de chercher à comprendre comment cette segmentation des risques a évolué au cours de la dernière décennie et quelles en ont été les conséquences sur les primes payées par les assurés des contrats individuels et collectifs. Une attention particulière sera portée aux périodes pré et post réforme de l'Accord national interprofessionnel (Ani) de 2016 qui, en introduisant une obligation de couverture d'entreprise pour tous les salariés du secteur privé, a conduit à basculer de nombreux assurés d'âge actif des contrats individuels vers les contrats collectifs, et à renforcer *de facto* la segmentation des risques entre les marchés individuel et collectif de la complémentaire santé. Nous chercherons à étudier dans quelle mesure ce changement a contribué à augmenter les primes des contrats individuels et à renforcer la tarification de ces contrats à l'âge des assurés, qui, sur le marché individuel, sont plus souvent précaires et fragiles que les assurés des contrats collectifs alors même que les contrats individuels sont plus chers et moins couvrants, du fait de l'impossibilité pour les assurés de négocier les caractéristiques des contrats, de l'absence de participation financière des employeurs et d'un *pool* d'assurés avec un risque santé plus dégradé en moyenne que sur le marché collectif.

Le projet repose sur l'exploitation de plusieurs vagues de l'enquête Organismes complémentaires (OC) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) qui interrogent les organismes de complémentaire santé sur les caractéristiques des contrats les plus souscrits, et, notamment, sur les montants de prime, la façon dont ces primes sont ajustées au risque des assurés et à leur structure d'âge. Il s'agira d'exploiter les années d'enquêtes de 2013, 2014, 2016 et 2019 qui, en interrogeant directement les organismes de complémentaire santé, permettent de recueillir de façon fiable les primes et les garanties des contrats les plus souscrits, de les associer à la structure d'âge des assurés et de savoir dans quelle mesure et comment la prime d'un contrat est mutualisée entre les assurés (selon leur âge et donc leur risque santé, leur composition familiale, leur revenu, etc.). Une partie de notre travail sera consacrée à la construction d'indicateurs homogènes dans le temps et à l'analyse de la façon dont l'enquête peut être utilisée pour étudier cette segmentation des risques. Les analyses et les rapports réalisés par la Drees à partir de ces enquêtes, qui apportent des premiers éléments d'analyse, seront ici mobilisés. Nous exploiterons également l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) de 2017, qui permettra de comparer les caractéristiques des contrats collectifs les plus souscrits des enquêtes OC avec une enquête représentative de l'ensemble des contrats d'entreprise souscrits.

Panorama des vulnérabilités socio-économiques des recourants aux soins de santé mentale

Code projet : PANAMA

Équipe : Coralie Gandré (Irdes), Jean-Baptiste Hazo (Drees)

Période de réalisation : 2022-2024

Contexte et objectifs du projet

La corrélation entre vulnérabilité socio-économique et présence de troubles psychiques est connue mais constitue pourtant une inégalité de santé insuffisamment étudiée dans la littérature scientifique. En France, peu de données exhaustives sont disponibles. Si les inégalités de santé auxquelles sont confrontées les personnes suivies pour des troubles psychiques commencent à être documentées à l'échelle nationale à partir des données du Système national des données de santé (SNDS), notamment leur surmortalité et leur moindre accès aux soins somatiques courants (projets Colchique et Canopée), le poids des inégalités sociales dans ces inégalités reste peu connu. En effet, les informations socio-économiques disponibles dans les bases médico-administratives demeurent frustes (statut Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), indicateur de défavorisation sociale uniquement disponible à la commune de résidence...).

L'Echantillon démographique permanent (EDP)-Santé permettrait d'apporter des informations complémentaires pour caractériser plus finement les caractéristiques socio-économiques des personnes recourant aux soins de santé mentale (identifiées à partir des données de consommation de soins issues du SNDS), en comparaison à la population générale, et, à terme, d'isoler l'effet propre de la présence d'un trouble psychique sur les inégalités de recours aux soins après ajustement sur la situation socio-économique.

Le projet visera donc à identifier dans l'EDP-Santé les personnes recourant aux soins de santé mentale, à décrire leur statut socio-économique selon l'âge, le sexe et le type de trouble psychique et à le comparer à celui de la population générale dans une approche préliminaire descriptive.

Ce faisant, nous étudierions la faisabilité d'études longitudinales subséquentes cherchant notamment à évaluer les inégalités de recours aux soins des personnes vivant avec un trouble psychique en comparaison à la population générale après ajustement sur leur situation socio-économique, l'impact du diagnostic d'un trouble psychique sur la dégradation de la situation socio-économique ainsi que la causalité inverse : l'impact d'une situation socio-économique difficile sur la survenue d'un trouble psychique.

Processus d'émergence et d'implantation de la pratique avancée infirmière sur le territoire français

Code projet : PEIPA

Projet PREPS 2021. Investigateur coordonnateur : Julie Devictor. Responsable scientifique : Anne Leclercq (AP-HP. Nord).

Equipe : Delphine Bachelet (AH-HP), Naima Beldjoudi (AP-HP), Julie Devictor (AP-HP), Philippine Eloy (AP-HP), Anne Leclercq (AH-HP), Véronique Lucas-Gabrielli (Irdes), Nsuni Met (EHESP Arènes/CNRS/UMR 605/AP-HP), Julien Mousquès (Irdes).

Période de réalisation : 2022-2027

Contexte

La mise en place de la pratique avancée infirmière constitue un enjeu de santé publique face au vieillissement de la population, à la prévalence accrue des pathologies chroniques et de la multimorbidité. Les parcours de soins des patients sont de plus en plus complexes et nécessitent une coordination entre de multiples acteurs de la ville et l'hôpital, notamment avec le développement des soins ambulatoires. Ces activités nécessitent des accompagnements longs, difficilement réalisables dans un contexte de raréfaction et de répartition inégale de la ressource humaine en santé, notamment médicale. Grâce à un suivi réalisé par des infirmières en pratique avancée (IPA), effectué en alternance des consultations médicales, du temps médical devrait être libéré. De plus, les IPA, nouveaux acteurs en soins primaires, pourraient contribuer à développer des activités de promotion et d'éducation à la santé et de prévention, notamment auprès des populations avec des facteurs de risque, ou « d'aller vers » des populations isolées ou en situation de précarité.

Objectifs

L'objectif principal de ce projet est de décrire et comprendre les facteurs qui influencent la mise en œuvre effective de la pratique avancée infirmière en France en soins primaires et en établissement de santé. Il s'agit plus précisément de :

Décrire la typologie des IPA diplômés sur le territoire et des infirmiers étudiants en pratique avancée (IEPA), et cartographier l'offre universitaire.

Analyser le rôle et les missions des IPA dans les différents secteurs d'activité, observer les interactions de travail des IPA avec les professionnels de santé et les patients.

Cartographier le déploiement des IPA sur le territoire selon différentes logiques de diffusion : spatiales, sociologiques ou liées à la réglementation.

Proposer des dimensions d'impact de la pratique avancée à mesurer en matière de qualité des soins et services rendus pour les patients (dépistage, prévention, suivi), d'efficacité des parcours de soins (recours médicaux, spécialisés et hospitaliers) et de productivité des professionnels en collaboration (médecins et IPA) selon les modes d'exercice.

Méthode

Recherche longitudinale, observationnelle, avec une approche mixte qualitative (par entretien et observation) et quantitative (par questionnaire), pluridisciplinaire, auprès des IPA déjà diplômées et de trois promotions consécutives d'étudiants en pratique avancée, qui seront suivis annuellement au cours de leur implantation en tant qu'IPA jusqu'à la dernière année de l'étude.

Recherche - Projet Protection Sociale Complémentaire d'Entreprise 2024

Code projet : RPSCE24

Equipe : Pascale Lengagne (Irdes), Marc Perronnin (Irdes), Aurélie Pierre (Irdes), Thierry Rochereau (Irdes), Paul Dourgnon (Irdes), Denis Raynaud (Irdes)

Période de réalisation : 2021-2028

Etat d'avancement du projet : Réalisation.

Contexte et objectifs du projet de recherche

La prévoyance en santé représente un enjeu important au regard des conséquences économiques auxquelles les individus et les ménages peuvent avoir à faire face en cas d'incapacité de travail temporaire, d'invalidité, ou de décès. En France, les régimes de sécurité sociale de base laissent une large place à des dispositifs de prévoyance complémentaires (collectifs ou individuels), leur conférant ainsi un rôle de protection sociale essentiel. Ces dispositifs complémentaires ne couvrent cependant pas la population dans son ensemble. Ils sont souvent attachés à l'emploi et leur accès peut être restreint du fait d'une sélection des risques à l'entrée et du fait de primes d'assurance tarifées au risque. Les propositions formulées par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) relatives à la prévoyance complémentaire visent à encourager le développement de ces dispositifs pour l'ensemble des salariés du secteur privé par la voie de la négociation collective de branche, afin d'étendre l'accès à ces dispositifs, corriger les inégalités sociales de couverture, et permettre aux entreprises, quelle que soit leur taille ou leur secteur d'activité, de mettre en place des dispositifs collectifs de prévoyance en santé.

Notre projet de recherche *Protection Sociale Complémentaire d'Entreprise 2024* contribuera aux réflexions sur les voies de réforme du système actuel. La connaissance sur les dispositifs de prévoyance en santé est limitée. Les éditions précédentes de l'enquête PSCE, qui portaient sur la couverture complémentaire santé d'entreprise des salariés du secteur privé, ne permettaient pas d'étudier ces dispositifs de façon détaillée et étaient restreintes au champ des établissements et des salariés du secteur privé. Le projet RPSCE24 porte sur les salariés du secteur privé ainsi que ceux de la fonction publique, les indépendants, les individus au chômage et inactifs. Il étudiera notamment les inégalités d'accès à la prévoyance en santé et les barrières d'accès à ces dispositifs, et visera à évaluer l'impact de réformes du système. Ce projet permettra également de réaliser de nouveaux travaux sur la couverture complémentaire collective des soins de santé, dans le prolongement de ceux réalisés à partir de l'enquête PSCE 2017

Données, méthodologie et calendrier

Des travaux préalables s'appuieront sur les données de l'enquête PSCE réalisée en 2017 sur la couverture complémentaire santé d'entreprise des salariés des établissements du secteur privé. Ces données offrent quelques informations sur les dispositifs collectifs de prévoyance en santé des salariés du secteur privé. Une nouvelle enquête sera conduite en 2024 auprès des établissements et salariés du secteur privé et des trois fonctions publiques, ainsi qu'auprès des indépendants et des individus sortis de l'emploi. Les travaux de recherche et d'évaluation s'appuieront sur ces enquêtes appariées aux données issues des Déclarations Sociales Nominatives (DSN) et du Système nationale des données de santé (SNDS).

2022 : Préparation du plan de sondage et des questionnaires de l'enquête PSCE 2024, préparation du pilote ; Réunions du *Comité de suivi et de pilotage* et des *Groupes de travail* ; Réalisation de premiers travaux d'évaluation ; Journée de recherche (présentations de travaux français et internationaux).

2023 : Réunions du *Comité de suivi et de pilotage* et des *Groupes de travail* ; Enquête Pilote ; Dossiers CNIL-CESREES, Comité du Label, Comité du secret statistique ; Journée de recherche (présentations de travaux français et internationaux).

2024 : Enquête principale PSCE 2024 : mise sur le terrain programmée de février à novembre 2024.

2024-2028 : Travaux de préparation des données ; Réalisation des travaux de recherche et d'évaluation.

Troubles mentaux, idées suicidaires, troubles addictifs et choix de migration parmi les populations vulnérables résidant au Liban pendant la pandémie de Covid-19

Mental disorders, suicidal ideation, substance abuse and emigration choices in vulnerable populations residing in Lebanon during the Covid-19 pandemic and economic crisis

Code projet : MIRABEL

Equipe : Paul Dourgnon, Coralie Gandré, Florence Jusot, Antoine Marsaudon, Maya Tannoury (Irdes), Jérôme Wittwer (Université de Bordeaux) ; Samar Karout, Rania Itani, Lina Karout, Mohamad Kassab (Beirut Arab University)

Période de réalisation : 2022-2024

En cours de réalisation

Financement : Ce projet a été sélectionné dans le cadre de l'Appel à projets « Action-Liban 2021 » (Agence nationale de la recherche-ANR, Centre national de la recherche scientifique-CNRS Liban, *Agence française de développement-AFD*).

Présentation du projet

Dans un contexte de pandémie de Covid-19, mais aussi d'explosion de la pauvreté, d'instabilité politique locale et de conflits dans les pays voisins, et enfin de crise financière d'ampleur historique, le Liban est aujourd'hui le pays qui accueille le plus grand nombre de réfugiés *per capita* dans le monde, mais aussi qui connaît les taux d'émigration parmi les plus élevés. L'accumulation de crises à laquelle fait face ce pays actuellement et le manque de perspectives sont susceptibles de fortement impacter la santé mentale de l'ensemble de la population et d'encourager des comportements migratoires.

Ce projet se situe à l'intersection de ces deux problématiques qui seront traitées à partir de données d'enquête réalisée auprès de réfugiés syriens, de réfugiés palestiniens. L'objectif sera de suivre l'état de santé mentale de ces sous-populations, mais aussi de recueillir les aspirations migratoires puis les migrations effectives, en étudiant en quoi la santé, et en particulier la santé mentale, peut déterminer les décisions migratoires, et en quoi ces migrations peuvent impacter en retour les différentes dimensions de la santé.

Le projet s'appuiera sur un outil d'enquête innovant mêlant recueil en face à face, par téléphone et sur internet, et réinterrogeant les participants y compris ceux qui auront émigré. Il s'appuie sur un consortium libanais et français pluridisciplinaire qui combinera l'expertise clinique et épidémiologique du partenaire libanais et l'expérience d'équipes de recherche françaises sur les politiques de santé mentale, la santé des migrants, et les enquêtes auprès de migrants (projet Premiers pas).

SCOTI : Santé, conditions de travail, transitions d'emploi des travailleurs indépendants

Code projet : SCOTI

Equipe : Estelle Augé (Irdes) et Pascale Lengagne (Irdes)

Période de réalisation : 2023-2024

Etat d'avancement du projet : Réalisation des analyses

Contexte et objectifs

Le projet étudie les liens entre la santé, les conditions de travail et les transitions d'emploi des travailleurs indépendants. Le projet mobilisera en outre les données des enquêtes Conditions de travail et Risques Psychosociaux (2013, 2016 et 2019).

Fiche en cours. A compléter.

PROJETS EN COURS

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

Code projet : APECO (ex REA183)

Equipe : Zeynep Or, Cécile Fournier, Noémie Malléjac (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 : Données du SNDS (2012-2021) et exploitation de l'enquête PROM-PREM (2018) appariée aux données du SNDS

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 et sont en cours de valorisation.

Ce projet continue depuis 2019 dans le cadre d'une thèse de doctorat en économie de Noémie Mallejac au Laboratoire d'économie de Dauphine (LEDa), financé dans le cadre d'un contrat CIFRE par le groupe Elsan, sous la direction de Zeynep Or (LEDa) et de Gilles Kemoun (U. de Poitiers). Cette thèse examine l'impact des innovations développées dans les hôpitaux sur l'efficacité du système de santé en se concentrant sur les protocoles de récupération améliorée après chirurgie (Raac), et en mobilisant des données administratives et d'enquête inédites. La question de recherche principale s'intitule : « Comment les innovations de services à l'hôpital impactent-elles les différents agents économiques qui sont les patients, les fournisseurs de soins et les tiers-payeurs ? » Cette question a amené à traiter un ensemble de nouvelles questions. Comment peut-on évaluer la valeur des innovations de service en santé ? Comment peut-on mesurer les répercussions des innovations de service sur les dépenses publiques de santé ? Comment prendre en compte le point de vue des patients ? Quel est l'impact des innovations de service sur la performance globale de l'hôpital qui l'adopte ?

La thèse a été soutenue le 25 novembre 2022 à l'Université de Paris Dauphine. Le jury était composé de Hélène Huber-Yahi (Examinatrice, Maîtresse de conférences, Paris 1-PSE), Lise Rochaix (rapporteuse, Professeure des Universités, Paris 1-PSE), Nicolas Sirven (rapporteur, EHESP) et Jérôme Wittwer (Président du jury, Professeur des Universités, U. de Bordeaux).

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 l'association 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).

En ce qui concerne l'impact de la Raac sur les dépenses de santé du parcours de soins des patients du point de vue du tiers-payeur (l'Assurance maladie), celle-ci entraîne une réduction totale de 2 % environ, notamment tirée par une baisse des dépenses postopératoires. Afin d'obtenir une estimation causale, une approche en doubles-différences précédée de la construction d'un contrôle synthétique a été employée. Cette baisse ne s'est pas effectuée au détriment de la qualité des soins mesurée par des indicateurs hospitaliers (absence d'effet significatif sur le taux de réadmission à 30 jours pour toutes causes, sur le taux de complications à un an, et le taux de reprise de prothèse à un an).

L'enquête Proms-Premis menée en 2018 a également été exploitée pour analyser les indicateurs de qualité des soins reportés par les patients. Les analyses descriptives montrent que les patients ayant bénéficié des protocoles Raac présentent de meilleurs scores de santé avant la chirurgie, ont de plus hauts niveaux de diplôme et sont plus jeunes. Les résultats des estimations reportent qu'en contrôlant pour ces caractéristiques, ces patients obtiennent également de meilleurs résultats de santé (EQ-5D, niveau de douleur) et des scores de résultats liés à la mobilité de la hanche et du genou (HOOS et KOOS). Ces patients déclarent également participer plus activement à leurs soins et bénéficier d'un meilleur soutien de la part des prestataires de soins après l'intervention. Afin de prendre en compte le risque de sélection des patients, une méthode en variable instrumentale a été utilisée.

Enfin, à la suite de la crise du Covid-19, la thèse s'est resituée sur la question de la résilience des hôpitaux dans la gestion de la crise et de la continuité des soins des patients atteints d'un cancer digestif en comparant les pratiques antérieures des hôpitaux vis-à-vis de la Raac. Ces analyses se sont appuyées sur deux modélisations complémentaires : un modèle multiniveau et un modèle de panel à effets fixes (*interrupted time series*). Les résultats montrent que les hôpitaux qui ont été le plus investis dans les protocoles de Raac avant la pandémie (c'est-à-dire les hôpitaux avec plus de 20 % des séjours chirurgicaux en cancer digestif codés Raac avant la pandémie) ont repris leur activité chirurgicale plus rapidement, toutes choses égales par ailleurs (différence moyenne entre 2020 et 2019 plus haute en volume de séjours). En d'autres termes, les hôpitaux ayant une pratique de la Raac ont subi une baisse moins forte en volumes de séjour entre 2019 et 2020. En ce qui concerne l'évolution des tendances, les hôpitaux pratiquant antérieurement la Raac ont une tendance à la hausse plus forte après le retard lié au confinement strict de mars 2020. Il y a donc une association positive entre aptitude à innover et résilience organisationnelle.

L'ensemble des travaux inclus dans la thèse sont en cours de valorisation.

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), « [Evaluation d'impact d'une nouvelle organisation en chirurgie orthopédique sur les parcours de soins](#) ». *Document de travail* n° 79, 2019/06

Séminaire-colloques scientifiques

- EUHEA PhD-Supervisor Conference, 28-31 août 2022 “Does service innovation in hospitals reduce total healthcare expenditure?”
- Journées Doctorales du LIRAES, 25 mars 2021 “Impact of enhanced recovery protocols on patient-reported outcomes and experience measures: first results from France”
- Séminaire LEDa-Legos , 14 janvier 2021, “Impact of enhanced recovery protocols on patient-reported outcomes and experience measures: first results from France”
- Mardi de l'Irdes, 30 novembre 2020, “Impact of enhanced recovery protocols on patient-reported outcomes and experience measures: first results from France”
- 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.

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*, Charlene Le Neindre, Véronique Lucas-Gabrielli, *Clément Nestrigue (Irdes)*, Dédé Sika Kossi (FOR), Manon Despau (stagiaire)

En 2021, 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 complètes 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 (Gip-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'Agences régionales de santé (ARS) intéressées (Dr France Woimant, neurologue) 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 (Datamart de consommation inter-régime (DCIR) apparié aux différents PMSI). Le champ inclut l'ensemble des patients hospitalisés en court séjour (MCO) pour un primo-AVC ou un primo-Accident ischémique transitoire (AIT) survenu au cours des années 2010 à 2019. Le primo-AVC et le primo-AIT sont définis comme sans antécédent d'AVC ou d'AIT au cours des 24 mois précédents. 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 les 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,

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 visait 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 neurovasculaires (UNV) de prise en charge aiguë et les efforts se poursuivent vers l'amélioration de l'aval.

Cette étude vise à analyser de façon exploratoire les parcours de soins des personnes victimes d'un primo-AVC ou AIT 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 trois 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 (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 attachant 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 trois 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 (ARS, hospitaliers).

La méthode comprendra des entretiens semi-dirigés 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'un primo-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 attenants ;
- 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 *Journées des économistes de la santé français* (JESF) [pré-Documents de travail-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.

- 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. 146).

2020 :

- Suspension de l'apurement, de la préparation des bases et des calculs des indicateurs attenants pour les cohortes complètes 2015 et 2016 par manque de ressources humaines dédiées ; report en ≥ 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 UNVDIFF « Impact de la diffusion des UNV sur la qualité et le recours aux soins », p. 146).

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 :

2022 :

La Cnam ayant suspendu l'extraction des cohortes 2015 à 2019 à l'occasion d'une restructuration de ses services dédiés, il est envisagé d'extraire à nouveau l'ensemble des cohortes 2010 à 2019 en un seul temps afin d'assurer leur comparabilité.

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 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.

A paraître :

Document de travail ou Rapport à paraître

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

Questions d'économie de la santé à paraître

- « Typologie de l'offre de soins spécifique pour AVC », Le Neindre C., Despaux M., 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*, Brasília (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^e 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 Adelf 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

- Mémoire de Master 1 de Géographie, Aménagement, environnement et développement (GAED), Parcours Carthagéo (Université de Paris, UFR GHES), « L'accessibilité spatiale à l'offre de soins - Analyse territoriale de l'offre médicale, médico-sociale et sociale susceptible de rentrer dans la prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral en France », Manon Despaux, soutenu le 5 juillet 2021, 95 pages.
- 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.

Assurance, arrêts maladie, accidents du travail, cotisations et tarification à l'expérience

Code projet : ACTA

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

Période de réalisation : 2014-2023

Contexte et objectifs

Ce projet vise à contribuer aux travaux de recherche et d'évaluation sur les arrêts de travail pour maladie et accidents du travail, les paramètres des systèmes d'indemnisation de l'incapacité de travail et le financement de ces systèmes. Nous étudions l'impact de la tarification à l'expérience appliquée en matière d'assurance des accidents du travail sur les incitations des employeurs à réduire la fréquence et la durée des arrêts de travail des individus. L'étude vise de plus à étudier les mécanismes intervenant dans cette relation et mesurer l'impact de la tarification incitative sur le maintien en emploi et sur les salaires. Nous examinons également l'hétérogénéité des effets selon les caractéristiques des individus, des établissements et selon les contextes locaux.

Séminaire et colloques scientifiques

Cycle de formation de l'Institut des hautes études de protection sociale (IHEPS), 2022, « Recentrer la protection sociale vers les jeunes générations et la prévention : injonctions contradictoires ou vrais enjeux ? ».

Cycle de formation de l'IHEPS, Mars 2021, « Santé au travail, invalidité, prévoyance collective : comment articuler prévention et compensation ? ».

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 ».

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 ? ».

26th *European Association of Labour Economists (EALE) Conference*, 18- 20 September 2014, Ljubljana (Slovénie).

Valorisation

Pascale Lengagne (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.

Pascale Lengagne (2017). « Inciter les entreprises à améliorer la santé au travail ». *Regards* (EN3S), n° 51, 06, 51-61.

Pascale Lengagne, Anissa Afrite (2016). « Tarification à l'expérience, incidence des troubles musculo-squelettiques et arrêts de travail ». *Questions d'économie de la santé* n° 215, 02.

Pascale Lengagne, Anissa Afrite (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

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

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

Code projet : EXPOST

Equipe : Aurélien 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 : 2018-2023

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 Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (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 du Laboratoire interdisciplinaire de recherche appliquée en économie de la santé (Liraes) de l'Université de Paris, Juin 2022

Séminaire du Centre d'économie et de management de l'océan indien (Cémoi), Octobre 2020, Université de la Réunion (Jusot F.)

Congrès de l'Association française de science économique (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 – Direction générale du Trésor : Évaluation des politiques publiques, Paris, 13 décembre 2018 (Pierre A.)

40^e Journée des économistes de la santé français (JESF), Paris, 6-7 décembre 2018 (Pierre A.)

Journée de la Chaire Santé, Paris, 30 mars 2018 (Jusot F.)

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.

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

Code projet : CANOPEE

Équipe Irdes : Coralie Gandré, Magali Coldefy, Fabien Daniel, Anna-Veera Seppanen

Collaborations extérieures : Delphine Moreau et Ibtissem Ben Dridi (EHESP), Sylvie Morel et Anne Vega (Université de Nantes), Nabil Hallouche et Aurélien Troisoef (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 : 2019-2023

Contexte scientifique

La surmortalité par cancer des individus suivis pour des troubles psychiques 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 difficultés dans les parcours de soins pour cancer chez les individus suivis pour troubles psychiques sévères (troubles psychotiques et bipolaires) 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 les parcours de soins du cancer et la mortalité par cancer entre les individus suivis ou non pour Troubles mentaux sévères (TMS) à l'échelle nationale en s'appuyant sur les indicateurs de qualité et de sécurité des soins développés par l'Institut national du cancer (Inca). L'approche qualitative repose sur des entretiens exploratoires et *focus groups* avec des usagers des services de santé mentale pour garantir l'aspect participatif de la recherche, suivis d'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 personnes suivies pour des troubles psychiques sévères.

Résultats attendus

Si nos résultats montrent des inégalités de santé pour les individus suivis pour troubles psychiques 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 que pour améliorer la prise en charge et la qualité de vie de ces individus. Le projet Canopée s'inscrit pleinement dans la nouvelle Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 qui compte parmi ses priorités la réduction des inégalités par une approche pragmatique et adaptée aux différentes populations concernées (passage d'une approche générale de la lutte contre les inégalités à une approche ciblée par groupe de populations vulnérables). Les populations cibles incluent les populations en situation de handicap, parmi lesquelles figurent les personnes vivant avec un handicap psychique lié à un trouble psychique sévère.

Avancement du projet

Les analyses finales du projet sont en cours et des premières publications seront bientôt disponibles.

Valorisation

- Communications écrites

Publications scientifiques

- Gandré C., Moreau D., Coldefy M., Ben Dridi I. & Morel S. (2022). « Surmortalité des personnes vivant avec un trouble psychique : enseignements de la littérature et perspectives ». *Santé publique*. Sous presse.

Communications à destination des professionnels de santé et des usagers

- Les patients psy face au cancer. Santé mentale. 2020. <https://www.santementale.fr/actualites/les-patients-psy-face-au-cancer.html>
- Hallouche N. : « Le parcours de soin d'une personne présentant des troubles psychiatriques et étant atteinte de cancer est-il semblable à celui de la population générale ? » Site du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences. <https://www.ghu-paris.fr/fr/actualites/le-parcours-de-soin-dune-personne-presentant-des-troubles-psychiatriques-et-etant>
- Communications orales
- Gandré C., Moreau D., Ben Dridi I., Seppanen A-V, Coldefy M., Morel S. : « Avoir des troubles psychiques et un cancer : les obstacles rencontrés dans les parcours de soin. Colloque les inégalités socio-territoriales de prise en charge des patients atteints de cancer en France », Saint-Denis, novembre.
- Gandré C., Moreau D. : « L'espérance de vie des personnes souffrant de troubles psychiques sévères et persistants : pourquoi pose-t-elle question ? 20^e congrès Soins somatiques et douleur en santé mentale, Paris, juin 2022.
- Gandré C., Moreau D. : « Soins somatiques en psychiatrie : le constat d'une discrimination ou le souci de la liberté individuelle ? Les points de vue d'une spécialiste en santé publique et d'une sociologue ». *Séminaire du Centre d'éthique clinique de l'AP-HP*, février 2022.
- Moreau D. : « Accès aux soins somatiques pour les personnes vivant avec des troubles psychiques. Présentation du projet de recherche Canopee sur les parcours de soin en cancérologie ». *Journée régionale : Les organisations et pratiques innovantes en santé mentale*, 24 septembre 2020, Vannes.

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

Code projet : COMPATEC

Equipe : Alice d'Estève de Pradel, Maude Espagnacq, Sylvain Pichetti (Irdes)

Période de réalisation : 2019-2023

Un stage de six mois a permis d'entamer une première réflexion sur trois aides techniques (fauteuils roulants, appareils auditifs, téléagrandisseurs) 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 : un calendrier repoussé à cause de la pandémie de Covid-19

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) a été finalisé et est en cours d'envoi dans les pays qui feront l'objet des voyages d'étude. Par ailleurs, nous avons commencé à nouer des contacts avec plusieurs chercheurs/institutionnels étrangers en amont de la diffusion du questionnaire.

La pandémie de Covid 19 nous a contraint à repousser le calendrier initialement prévu pour les voyages d'étude et donc l'envoi des questionnaires à distance également. Nous avons sollicité un report de la date de rendu du rapport d'un an, qui a été accordé.

Calendrier des voyages d'étude

Un premier voyage d'étude a eu lieu en Belgique du 15 au 24 février 2022.

Un deuxième voyage d'étude a eu lieu en Suède du 9 au 22 octobre 2022.

Le dernier voyage d'étude, organisé au Royaume-Uni, aura lieu en janvier 2023.

Valorisation

Projets de publications : cette comparaison internationale donnera lieu à la publication d'un rapport final qui sera remis à l'Iresp en juin 2023. Plusieurs articles seront soumis à des revues à comité de lecture et plusieurs QES seront rédigés pour relayer les résultats de l'étude COMPATEC.

Comprendre les mécanismes de production des inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins

Code projet : MEDUSE

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

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

Données : l'Enquête santé européenne (EHIS) 2019 ; Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) ; Protection sociale et complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017.

Période de réalisation : 2021-2024

Etat d'avancement : En cours de démarches administratives et juridiques auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) et des producteurs de données

Contexte et objectifs

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 Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (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) professionnel(s) 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 *sus* 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 d'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.

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 : Maude Espagnacq, Stéphanie Guillaume, Sylvain Pichetti, Camille Regaert, (Irdes), Emmanuelle Leray (EHESP), Emmanuel Duguet (Upec)

Collaboration extérieure : Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) ; Université Paris Est-Créteil (Upec)

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 : 2019-2023

Données : Base Hygie et entretiens qualitatifs

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 six à sept 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 (un à quinze 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 (Cnav) et de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam), 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 du dossier pour le Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé (Cerees) [avis favorable 4 avril 2019] et Dossier pour la Commission nationale de l'informatique et des libertés (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 et quantitatives

2022-23 : Publications

Valorisation

« Approche de l'impact de la sclérose en plaques sur les parcours professionnels à partir d'une méthode mixte », *Mardi de l'Irdes*, 21 novembre 2021

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.

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

Présentation au Conseil scientifique de l'Irdes du 15 juin 2022.

A paraître : *Questions d'économie de la santé* sur les difficultés de maintien dans l'emploi à la suite d'une sclérose en plaques; *Rapport Arsep*.

Projets de publications : articles à comité de lecture (soumission en cours).

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, 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.

Valorisation

Publications

- Gandré C. (2022). « Détresse psychologique et syndromes dépressifs en population générale française au cours du premier confinement consécutif à la pandémie de Covid-19 ». Cinquième rapport de l'Observatoire national du suicide.
- Gandré C. Hazo JB (2021). « Covid-19 : une pandémie de troubles psychiques ? ». *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*.
- Gandré C., Espagnacq M., Coldefy M. en collaboration avec L. Radoszycki et D. Testa (2021). « Facteurs de vulnérabilité à la survenue de détresse psychologique pendant le premier confinement lié à la Covid-19 : la situation des personnes vivant avec une maladie chronique ou un handicap ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 255.
- 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., Smith P., Nicaise P., Lorant V. "Psychological distress in the general population and associated factors during the first wave of the Covid-19 pandemic in Belgium and France: a longitudinal study". *14th Conference of the European Network for Mental Health Service Evaluation (ENMESH)*. Tel Aviv, Israël, juin 2022.
- Gandré C. : "Covid-19 and Mental Health: Common Challenges and Policy Responses". *Webinar de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé*, novembre 2021.
- Gandré C. : « Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement ». *Demi-journée psychiatrie et santé mentale en période de Covid-19* de la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France, juin 2021 (co-auteure : 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).

Auditions

Mission d'information sur la santé mentale face à l'épidémie de covid-19 de la Commission des affaires sociales du Sénat, Juin 2021 (C. Gandré et M. Coldefy).

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 publications de comparaisons internationales centrées sur des aspects spécifiques de gestion de la pandémie ont été réalisées en 2020-2021.

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. (2020). Adjusting 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. (2020). Restarting More Routine Hospital Activities During COVID-19: Approaches from Six Countries. *Eurohealth*, vol. 26, n°2, 68-72.

Waitzberg R., Gerkens S., Dimova A., Bryndová L., Vrangbæk K., Jervelund S.S., Okkels Birk H., Rajan S., Habicht T., Tynkkynen L.K., Keskimäki I., Or Z., Gandré C., et al. (2021). Balancing Financial Incentives During COVID-19: a Comparison of Provider Payment Adjustments Across 20 Countries. *Health Policy*.

Schmidt A.E., Merkur S., Haindl A., Gerkens S., **Gandré C., Or Z.**, Groenewegen P., Kroneman M., De Jong J., Albrecht T., Vracko P., Mantwill S., Hernández-Quevedo C., Quentin W., Webb E., Winkelmann J. (2021). Tackling the COVID-19 Pandemic : Initial Responses in 2020 in Selected Social Health Insurance Countries in Europe. *Health Policy*.

Rajan S., Khunti K., Alwan N., Steves C., MacDermott N., Morsella A., Angulo E., Winkelmann J., Bryndová L., Fronteira I., **Gandré C., Or Z.**, et al. (2021). In the Wake of the Pandemic: Preparing for Long COVID. *European Observatory Policy Briefs 39*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

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

Code projet : RACDEPPA

Equipe : Maude Espagnacq, Sylvain Pichetti, (Irdes)

Stage : Eva De Almeida (avril-octobre 2021)

Période de réalisation : 2019-2022

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 en France. 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 Comité d'expertise pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé (Cerees) [avis favorable] : en attente de l'autorisation de la Commission nationale informatique et libertés (Cnil)

2020 : Convention Drees/Irdes accès aux données détaillées

2021 : Analyses

2022 : Publications

Valorisation

Recours à l'aide professionnelle des personnes âgées dépendantes à domicile : quels sont les profils les plus à risque de restes à charge catastrophiques ? / S. Pichetti, E. De Almeida & M. Espagnacq, 44^{es} Journées des économistes de la santé français (JESF), 7-9 décembre 2022, Lille.

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, 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.

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 : 2018-2023

Données : Système national des données de santé-Datamart de consommation inter régime (SNDS-DCIR) 2014-2018 pour la première étude puis données DCIR 2018-2022 pour la seconde.

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 deux volets.

L'objectif de la première étude est d'analyser sur des données 2014-2018 les dépenses de santé et les restes à charge d'un échantillon de bénéficiaires de l'AAH qui restent pendant cinq ans dans le dispositif sans jamais bénéficier d'une couverture complémentaire. L'objectif est d'étudier la variabilité des profils de consommation de soins de ces bénéficiaires afin de repérer ceux qui gagneraient à bénéficier de la couverture complémentaire octroyée par l'ACS devenue Complémentaire santé solidaire (CSS).

Une deuxième étude sera réalisée en 2023 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 médecins spécialistes, auxquels recourent moins souvent les bénéficiaires de l'AAH).

Méthodologie et phasage du projet

Notre première étude est réalisée à partir des données des bénéficiaires de l'Assurance maladie (Datamart de consommation inter régime-DCIR) exhaustives des années 2014-2018, 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).

Pour la seconde partie du projet, nous constituerons un panel de bénéficiaires de l'AAH sur plusieurs années (avant et après la mise en place du dispositif de la CSS intervenue en novembre 2019) 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 la première étude, basée sur des données de panel (2014-2018).

Valorisation

Projets de publications

Un premier QES « Profils de consommation de soins et couverture complémentaire des bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) » a été publié en septembre 2022.

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.

5th Transforming Care Conference 24-26 Juin 2021 (On-line conference) “When is it rational for French adults with disabilities to opt for a publicly subsidized complementary health insurance?” Sylvain Pichetti et Maude Espagnacq.

Nationaux

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

43^{es} Journées des économistes de la santé français (1-3 décembre 2021, Conférence en ligne)

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, Clara Pifaretti, Roxane Agius, (Santé publique France), Maryvette Balcou-Debussche, Delphine Ballet, Xavier Debussche, Jessica Caroupin (Université de La Réunion et Réflis), dans le cadre d'une Convention de collaboration Santé publique France (SPF)-Irdes-Université de La Réunion

Financement : Santé publique France

Période de réalisation : 2020-2022 (prolongation en 2023 du fait du retard lié à l'épidémie de Covid)

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 des 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'intéresse, 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 a été conduite 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.

L'échantillon constitué regroupe des personnes diabétiques de type 2 diverses 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 ont été testés auprès d'un premier groupe de patients, à partir de premières hypothèses.

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

- Une première vague de 30 entretiens a été menée en région Rhône Alpes et Provence, Alpes, Côte d'Azur (Paca), 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 à la Covid-19 a été également abordée.
- Après cette première vague d'entretiens (réalisés en 2020-2021), les résultats de l'analyse qualitative ont été confrontés aux résultats de l'analyse quantitative menée sur la base de données d'Entred 3, complétée et consolidée. Ce travail a permis de consolider les profils de patients significatifs pour la sélection des entretiens restants, et de faire émerger des questions à explorer au cours des entretiens suivants, ou lors d'analyses quantitatives affinées.
- Une deuxième vague d'une quarantaine d'entretiens en Bretagne et en Ile-de-France a été réalisée fin 2021-mi 2022 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 est en cours. L'analyse est 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 ainsi à une théorisation.

De premières présentations en congrès sont attendues pour la fin de l'année 2022, le rapport et les publications sont prévus en 2023.

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.

Disparités spatiales d'accès au médecin traitant

Code projet : DIAMANT

Equipe : Géraldine Bloy (EA 7467 LEDi), Raphaëlle Delpech (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 hiérarchiques, 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 », Delpech 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 », Delpech 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.

Effets de l'organisation et du financement des soins de longue durée en France sur la qualité de prise en charge des seniors

Code projet : FINEHPAD

Equipe : Anne Penneau, Zeynep Or (Irdes)

Collaboration extérieure : Thèse à l'université Paris Dauphine

Période de réalisation : 2019-2024

Données : Données Résid-Ehpad appariées aux données du Système national des données de santé (SNDS) 2014-2019 (en attente), données administratives de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (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 du projet de recherche 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 des seniors.

Méthodologie et phasage du projet

Anne Penneau a soutenu le 18 novembre 2022 à l'université de Paris Dauphine-PSL une thèse d'économie intitulée : « Investir dans le secteur médico-social pour améliorer l'efficacité des soins des seniors ». Réalisée dans le cadre de ce projet de recherche, cette thèse examine le lien entre l'offre et le financement des soins médico-sociaux avec l'efficacité du système de santé pour les seniors en France, en mobilisant des données et méthodes économétriques originales. Elle montre qu'il existe de fortes inégalités d'accessibilité à l'offre et aux financements médico-sociaux en fonction des territoires et que ces inégalités sont directement liées aux dépenses médicales des personnes atteintes de démence. Dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les soins réalisés par une équipe mobile hospitalière améliorent la qualité des soins en réduisant les transferts hospitaliers et en développant les soins palliatifs sans augmenter les coûts. Enfin, les prix d'hébergement en Ehpad sont peu liés aux indicateurs de qualité des soins. Ces résultats montrent la forte interdépendance entre le secteur médico-social et sanitaire, le besoin d'améliorer l'adéquation des financements ainsi que la mesure de la qualité.

L'année 2023 permettra de finaliser la valorisation des résultats de thèse dans des journaux à comité de lecture et la rédaction de *Questions d'économie de la santé*. Nous réaliserons également des analyses complémentaires qui permettront d'approfondir et de questionner à nouveau le lien entre qualité et efficacité des soins des seniors avec l'organisation et le financement du secteur médico-social. Un premier article abordera l'impact des variations d'accessibilité aux Ehpad non lucratifs en fonction des territoires français sur les prix d'hébergement et la qualité des établissements. Un second questionnera l'efficacité des Ehpad lucratifs et non-lucratifs. Enfin un troisième article interrogera le rôle des médecins traitants en Ehpad et leurs impacts sur les prescriptions inappropriées et les hospitalisations potentiellement évitables des résidents d'Ehpad.

Valorisation

Penneau, A. (2022). Do Mobile Hospital Teams in Residential Aged Care Facilities Increase Health Care Efficiency: An Evaluation of French Residential Care Policy. *The European Journal of Health Economics*. <https://doi.org/10.1007/s10198-022-01522-1>

Efficiencia territorial de las consumiciones de cuidados de las personas mayores

Código de proyecto : PATE

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

Período de realización : 2021-2023

El inicio del proyecto está desplazado a fin 2021 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 place de políticas territoriales modificando la organización y el financiamiento de los cuidados para las personas mayores requiere de comprender mejor los márgenes de eficiencia a nivel de los territorios. Para las personas mayores, se trata en particular de establecer el rol de la oferta de cuidados hospitalarios y de ciudad, 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 por primera vez 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.

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 tiempo de un análisis de los gastos de seguro enfermedad (Datos de Consumo Inter-Régimes (DCIR)) asociados a los cuatro Programas de medicalización de los sistemas de información (PMSI) a nivel de los territorios de vida sobre el período 2010 a 2017.

El territorio de vida estando definido según características socio-económicas, nos falta controlar la eficiencia de estas últimas, así como el estado de salud de los mayores inicial sobre el territorio, para obtener resultados comparables entre ellos. Podemos calcular la eficiencia a través de una frontera estocástica de costo de forma Cobb Douglas con un método de modelización que permite separar el score de ineficiencia técnica y el ruido estadístico. En un segundo tiempo, una vez calculada la ineficiencia por territorio de vida y según los años, nos interrogaremos sobre la relación entre ineficiencia de los gastos de salud de los mayores y ofertas de cuidados a través de un modelo multinivel. Este tipo de modelo permite descomponer la varianza aleatoria de las ineficiencias en varias unidades de análisis. Así, nuestra modelización cuestionará el vínculo entre las variaciones de las ineficiencias calculadas a nivel de los territorios de vida (nivel 1) y las políticas de organización de las ofertas sanitarias a nivel local y departamental (nivel 2). Para ello, nos habrá que controlar este impacto de la organización de los cuidados médicosociales que pueden intervenir en el recorrido de cuidados de los mayores y impactar el recurso a los cuidados.

Realización 2022 y programa 2023 :

Los cálculos de los gastos se han realizado a nivel territorio de vida entre 2010 y 2017, y las primeras modelizaciones de la ineficiencia se han probado por varios métodos. La segunda etapa de modelización multinivel de los determinantes de la ineficiencia está en curso. Un primer borrador de artículo está en curso de redacción y las primeras presentaciones de los trabajos están previstas para 2023.

Crisorg : Organisations en crise**Code projet : CRISORG**

Equipe : Cécile Fournier (Irdes), Noémie Morize (Irdes et Sciences Po)

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

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

Période de réalisation : mars 2021-août 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 visait 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'intéressait à la manière dont les acteurs font sens de la crise et légitiment leurs actions).

L'enjeu était 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.

L'enquête s'est déployée en 2021 au niveau national et dans une région, et le recueil s'est poursuivi en 2022. Elle a reposé essentiellement sur la conduite d'entretien semi-directifs (55 en région, 53 au niveau national). Des documents ont également été recueillis (retours d'expérience dans les organisations étudiées, rapports officiels, articles de presse et articles scientifiques, et littérature scientifique) afin de garder la mémoire et les traces des événements.

Un rapport a été remis à l'ANR en août 2022

La valorisation des résultats sous forme d'articles est en cours.

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

Code projet : ZONAGSPE

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

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

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

Période de réalisation : 2019-2024

Données : Dossier Comité d'expertise pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé (Cesrees) accepté en novembre 2019, accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) reçu en juin 2020.

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 du 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. Sous des hypothèses de comportements et de législation constants, la densité standardisée³ devrait ainsi baisser pour les médecins généralistes comme pour les médecins spécialistes jusqu'au début des années 2030, pour repartir à la hausse ensuite (Anguis *et al.*, 2021). A cette baisse des densités médicales s'ajoutent de fortes disparités géographiques entre les régions françaises et au sein de celles-ci. 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 soins. 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 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (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

³ La densité standardisée prend en compte les différences de consommation de soins selon l'âge.

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.

Extraction de données par la Caisse nationale de l'Assurance Maladie en cours de validation.

Valorisation :

Lucas-Gabrielli V., Mangeney C. Duchaine F., Com-Ruelle L., Gueye A. Raynaud D.(2022), Inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins spécialistes. Proposition de méthodologie pour trois spécialités, *Document de travail* Irdes n°87.

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, Léo Delbos (ISP)

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 Programme hospitalier de recherche clinique (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 : 2012-2022

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 Conseiller environnement intérieur (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 issues de l'enquête. Le repérage dans le Datamart de consommation inter régime (DCIR) des patients inclus dans l'étude Ecenvir ne peut se faire que *via* leurs consultations externes en établissement de santé 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 2020 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 *Comité de protection des personnes* (CPP) et du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (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 Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) et préparation des extractions du SNDS

2021 : Décembre, toujours en attente de la convention quadripartite et de l'extraction des données par la Cnam entraînant le report de l'analyse en 2022.

2022 : Réception le 10/01/2022 de la Convention quadripartite signée en date du 31/12/2022

Février 2022 : Réception de bases de données extraites du SNDS en un temps et transférées à l'Irdes par la Cnam et, en parallèle, des données cliniques par le CHU de Rennes

Appariement avec les données cliniques de l'enquête CEI ;

Apurement et préparation des bases de données pour les analyses ;

Calculs des dépenses, classification par postes de soins et par types de montants ;

Analyses descriptives et explicatives de l'impact économique de l'intervention d'un CEI ;

Rédaction du rapport de recherche final de l'étude économique avec remise fin décembre 2022 au CHU de Rennes qui le transmet aux ministères chargés de la santé et de l'environnement avec le rapport final de l'étude clinique ;

2023, Premier semestre : Rédaction d'un *Questions d'économie de la santé* ;
Soumission d'un article scientifique.

Valorisation

Séminaire-colloques scientifiques

- 17^e Congrès francophone d'allergologie, 19-22 avril 2022, Paris, Palais des Congrès de la Porte Maillot, [« Evaluation multicentrique et randomisée de l'impact des conseillers en environnement intérieur sur le contrôle de l'asthme : l'étude Ecnenvir »](#), Gangneux J .P., Morcet J., Ogier E., Le Cann P., Com-Ruelle L. *et al.*, Poster, 22 avril 2022
- Colloque « Indoor Air 2022 », Kuopio, Finlande, 12-16 juin 2022, « [Impact of Indoor Environment Counsellor Home Intervention on Asthma Control](#) », Le Cann P., Com-Ruelle L., Morcet J., Gangneux J.P.

Publications scientifiques

- [Évaluation multicentrique et randomisée de l'impact des conseillers en environnement intérieur sur le contrôle de l'asthme : l'étude Ecnenvir](#), Gangneux J .P., Morcet J., Ogier E., Le Cann P.,

Com-Ruelle L. *et al.*, Revue française d'allergologie, Vol. 62 - n° 3 - avril 2022, 17^e Congrès Francophone d'Allergologie, P. 330-331

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

Code projet : ERA2

Equipe : Anissa Afrite, Isabelle Bourgeois (Icones médiation santé, Dauphine, Irdes), Damien Bricard, Matthieu Cassou, Guillaume Chevillard, Cécile Fournier, Julia Legrand, 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 (Cresppa-Csu UMR 7217, Université Paris 8), Vincent Schlegel (Cresppa, Irdes)

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 (Cresppa-Csu) UMR 7217/Université Paris 8 ; Dauphine

Période de réalisation : 2019-2023

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 financement 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'efficience 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'expérimentation 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 décroïsonner 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'efficience 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'impact 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 pluriprofessionnel 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'approche : 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.

Etat d'avancement

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.

Les deux premières années ont été principalement consacrées aux suivis de l'expérimentation et 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 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. L'année 2022 a été consacrée à la suite de ces travaux avec la réalisation et l'analyse de plus de 50 entretiens avec des professionnels des organisations de santé exerçant dans les sites pilotes de nature différente : porteurs libéraux/salariés, MSP, centres de santé municipaux ou communautaires, CPTS, et établissements de santé. Les résultats de ces travaux s'échelonneront au premier semestre 2023 (conditions d'engagement des porteurs de projets salariés) puis au second semestre 2023 (pratiques professionnelles développées dans les différents types de sites pilotes).

L'année 2022 a aussi été consacrée à la rédaction du protocole cesress/Cnil pour l'accès aux données de l'Assurance maladie sur l'activité des professionnels et le parcours de leurs patients. Le recueil des données issues de groupements témoins se poursuit dans le cadre du projet RAF-ACI. Enfin, l'enquête commune par questionnaire sur les groupements expérimentateurs Peps Ipep et RAF-ACI est en cours de finalisation pour une passation dès la fin 2022.

Valorisation

Questions d'économie de la santé

Bourgeois I. (Irdes, Icone Médiation santé), Morize N. (Irdes, Centre de sociologie des organisations, Sciences Po), Fournier C. (Irdes) [2021]. « Accompagner le renouvellement de l'action publique en santé au niveau régional : des expérimentations nationales de l'article 51 qui apprennent à (dé)cadrer ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 262, 10

Morize N. (Irdes, Centre de sociologie des organisations, Sciences Po), Bourgeois I. (Irdes, Icone Médiation santé), Fournier C. (Irdes) [2021]. « Renouveler l'action publique en santé : un article (51) pour expérimenter avec les organisations de santé ». *Questions d'économie de la santé* n° 261, 09 Colloque, séminaire

Schlegel V. Des médecins entrepreneurs de la réforme des soins primaires. Une analyse des conditions d'engagement des porteurs libéraux dans les expérimentations Peps et Ipep, mardi de l'Irdes, 25 octobre 2022

Présentations scientifiques

Bourgeois I., Fournier C., Legrand J., Morize N., Pitti L., Schlegel V., « *Au cœur des expérimentations tarifaires en soins primaires, des tensions entre professionnel.les de santé et administrations autour de la problématisation des territoires* », 58^{ème} colloque ASRDLF, juin 2022

Organisation d'un séminaire de recherche sur les politiques expérimentales avec l'équipe d'évaluation d'EDS (CSO, Sciences Po ; EHESP ; Lyon II) : avril, juin, septembre, décembre 2022.

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

Code projet : ATP_IDF

Equipe : Cécile Fournier, Julien Mousquès, Vincent Schlegel (Irdes), et la collaboration de Violette Derler, Louise Luan, Lucie Michel, 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'Education 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'Agence régionale de santé (ARS), l'Union régionale des professionnels de santé (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 les pratiques professionnelles d'ATP des médecins à différentes périodes.

Il s'agit ainsi à la fois d'étudier la faisabilité de la co-construction d'un dispositif d'appui au développement de démarches éducatives en médecine libérale, et d'étudier la capacité du dispositif à faciliter l'intégration de ces démarches dans les consultations.

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 vagues. Parmi 90 médecins volontaires, 36 ont été enrôlés dans la première vague (second semestre 2018), dont 3 abandons, et 37 dans la vague 2 (second semestre 2019), et 47 pour la vague 3. Les médecins ont suivi différentes étapes éducatives et d'accompagnement et éducatives mises en œuvre par le pôle ETP d'Île-de-France avec l'appui de patient experts (séminaires, webinaires, accès à un site collaboratif, vidéos, mises en situation, etc.). En juin 2022, 57 médecins restaient inscrits dans le dispositif. Entre janvier 2019 et juin 2022, 1016 patients ont été accompagnés et 4520 séances d'ATP ont été réalisées dans le cadre de cette expérimentation, avec une moyenne de 6 séances par patient. Parmi les situations dans lesquelles les patients sont le plus fréquemment accompagnés : diabète ou autres maladies endocriniennes, maladies cardio-vasculaires, santé mentale et troubles psychiatriques, addictions, maladies respiratoires, souffrance au travail.

L'approche sociologique qualitative visait à :

- Analyser les 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 directes et indirectes (enregistrements), des interactions au cours des séminaires et webinaires. Les documents produits lors des séminaires, postés sur une plateforme dédiée, et les retours des médecins ont aussi été 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 de recherche complémentaire a été mis en œuvre en 2022, fondé sur des études de cas (couplant à chaque fois l'observation d'une consultation et deux entretiens avec le médecin et le patient concernés).

Au terme des 4 années et demie du projet, ce volet de l'étude apporte les connaissances suivantes :

- Le pilotage de l'expérimentation a reposé sur une approche partenariale, qui s'est construite et ajustée au fil de 31 comités de pilotage impliquant tous les partenaires.
- Les médecins engagés dans l'expérimentation présentent des profils particuliers, et partagent le souhait de réfléchir à la dimension relationnelle de leur pratique, afin d'améliorer le suivi de leurs patients atteints de maladies chroniques ou présentant des facteurs de risque. Les ressorts de leur engagement se distribuent entre deux pôles : 1) ceux qui souhaiteraient développer des pratiques d'accompagnement, et pour cela acquérir des connaissances et des compétences, tout en questionnant la méthode, la faisabilité et l'efficacité de ces pratiques ; et 2) ceux qui mettent déjà en œuvre une approche éducative, et souhaitent soit se perfectionner grâce aux échanges avec des confrères, soit contribuer à ce que ces pratiques soient reconnues, formalisées, et obtiennent un cadre et une rémunération.
- La co-construction d'un dispositif d'appui au développement de pratiques éducatives apparaît faisable, au prix d'un investissement (financier et en ressources humaines) très conséquent. Cette co-construction, largement nourrie par le Pôle de ressources en ETP, a mobilisé des expertises multiples en médecine, éducation thérapeutique, dans l'expérience de la maladie, en pédagogie et en animation, en graphisme, outils numériques et de communication, en politique, médiation artistique, recherche et évaluation. Elle a permis d'impliquer de différentes manières certains médecins participants, en fonction de leurs souhaits : participation à l'animation des temps de rencontre, aux discussions proposées ou à l'élaboration de supports lors des rencontres, production de témoignages, recueil de

- données pour l'évaluation... Une indemnisation des médecins a été mise en place pour la participation aux temps collectifs et la mise en œuvre de séances d'ATP avec leurs patients.
- Ce dispositif d'appui présente les caractéristiques suivantes : il offre des espaces de rencontre physiques et à distance (cette dernière modalité étant devenue la seule possible pendant toute une période du fait de l'épidémie de Covid-19), avec des méthodes d'animation multiples pour favoriser la participation des médecins ; les contenus et les méthodes d'animation sont ajustés au fur et à mesure pour répondre aux attentes des médecins et aux besoins perçus par les formateurs (allant vers davantage d'échanges de pratiques) ; des ressources cumulatives sont co-produites et mises à disposition sur une plateforme partagée.
 - Ce dispositif, utilisé de manière variable par les médecins, leur apporte un espace de réflexivité collective sur des pratiques qui les intéressent (organisation des consultations, écoute...), et un soutien social dans un contexte où leurs conditions d'exercice sont difficiles. Il fournit des supports auxquels se référer, qui marquent le chemin parcouru ensemble mais qui sont finalement peu mobilisés. Les temps d'échange apportent à une partie d'entre eux un soutien pour expérimenter des pratiques différentes, et venir en discuter. D'autres se désengagent, soit du fait d'un manque de temps ou de projets de vie ou professionnels concurrents, soit parce que le projet ne répondait pas à leurs attentes.
 - L'observation de consultations rend compte de pratiques d'ATP diverses en termes d'organisation et de ressources, diversité qui apparaît liée à des styles relationnels des médecins dépendant largement de leurs modes de socialisation. Elle montre des points communs aux démarches d'ATP, et notamment la place centrale donnée à l'écoute - particulièrement appréciée des patients - et la constitution d'un réseau d'acteurs pour contribuer à cet accompagnement individualisé.
 - Le dispositif, qui peut s'apparenter à un dispositif de contre-socialisation des médecins, conduit à des transformations de leurs représentations, qui s'avèrent plus importantes chez les médecins qui n'avaient pas de formation préalable à la dimension éducative de la pratique, et à des transformations de pratiques « en devenir » chez une petite partie des participants. Celles-ci s'orientent soit vers une démarche d'accompagnement intégrée aux consultations - qui rencontre toutefois de nombreux freins - soit vers d'autres projets, comme la pratique d'une éducation thérapeutique collective.

Les données quantitatives s'appuient sur deux types de recueil. Un premier questionnaire en ligne porte sur les caractéristiques des médecins, de leur exercice ainsi que sur leur expérience de l'ETP en général et de manière spécifique, relativement à l'expérimentation d'ATP. Un second recueil porte sur l'automesure 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 Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-Doc) dans sa version française. Les modifications principales apportées relèvent d'une série de séances pour un patient donné et ayant conduit 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 des vagues 1 à 3 sont finalisées, et ne permettent pas de mettre en évidence de transformations notables des pratiques à partir des déclarations des médecins.

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 Troisoeufs
- Derler V. Analyse des pratiques d'accompagnement en médecine libérale. Mémoire de recherche pour le Master 2 Administration de la santé, Parcours « Analyse et

management des organisations de santé » (AMOS-Paris), sous la direction de Paula Cristofalo, 2022.

- Présentations des résultats au séminaire final du projet le 27 septembre 2022
- Rapport d'étude remis aux commanditaires en décembre 2022.

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

Code projet : EFIRC (ex IRC)

Equipe : Estelle Augé, Damien Bricard, Denis Raynaud (Irdes)

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

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

Période de réalisation : 2016-2018, 2021-2023

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 (IRC) dans six régions. L'objet de ces expérimentations est « d'organiser le parcours de soins de la prise en charge des personnes atteintes d'IRC ainsi que la coordination des acteurs intervenant dans cette prise en charge et leur rémunération ». Les parcours établis, principalement basés sur les recommandations de la Haute Autorité de santé, portent sur deux segments. Un segment 1 dit de « pré-suppléance » qui vise les patients atteints d'insuffisance rénale au stade 3B jusqu'à l'arrivée en stade de suppléance. Ce segment a été divisé en deux sous-segments : un sous-segment qualifié de « prévention » ou 1A qui concerne les patients en stade 3B afin de préserver, retarder voire éviter l'entrée en suppléance ; un sous-segment 1B qui vise à préparer la suppléance des patients à des stades 4 et 5 de la maladie, non traités en suppléance. Un segment 2 dit de « suppléance » pour les patients prévalents au stade de suppléance traités par dialyse ou par greffe. Il s'agit d'évaluer la possibilité d'un recours à la greffe ainsi qu'à la dialyse à domicile pour les patients dialysés. Tandis que pour les patients vivant avec un greffon fonctionnel, un suivi de greffe respectant les bonnes pratiques a été établi.

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 s'est poursuivie 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, régi par trois textes, 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. Cette phase nous permettra aussi de construire une grille d'analyse commune permettant de regrouper les différents projets autour de dispositifs et d'objectifs communs pour préparer l'évaluation quantitative. L'évaluation quantitative aura pour objectif de déterminer les impacts des dispositifs mis en place sur les parcours de soins mesurés par des indicateurs de résultats issus du Registre Rein et des indicateurs de consommation et de recours aux soins dans le Système national des données de santé (SNDS).

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 à la suite de 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 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 étudie la mise en place du forfait à l'échelle des acteurs du terrain et 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 dialyse 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 de terrain perçoivent et ont accueilli ce nouveau mode de financement : comment ils s'en sont saisis, ce qui 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'agit d'identifier dans quelle mesure les malades tirent profit (ou non) de la pluridisciplinarité promue par le nouveau mode de financement.

Avancement du projet

Période 2016-2018

- 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. Publication de l'atlas en co-édition avec l'Agence de la biomédecine
- Définition des indicateurs de résultats
- Le projet suspendu du fait du retard pris dans les expérimentations et dans l'attente de la validation d'un nouveau protocole d'évaluation et d'une convention avec la DGOS

Période 2020-2021 :

- 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
- Octobre 2021 : début des travaux qualitatifs avec les entretiens auprès des référents des expérimentations au sein des Agences régionales de santé (ARS), puis auprès des porteurs des projets au niveau des territoires, réception des données agrégées du Registre Rein pour les analyses territoriales.

Réalisations 2022 :

- Premier volet : Fin des entretiens qualitatifs sur l'expérimentation article 43. Analyses quantitatives sur les données du Registre Rein sur la période 2010-2019. Rédaction d'un rapport intermédiaire, d'une synthèse et d'une première version d'un article de recherche.
- Second volet : Début des entretiens qualitatifs sur la mise en place du forfait prévention. Premières analyses sur les données de forfait de l'ATIH, démarches et tentatives d'appariement avec les données PMSI et SNDS.

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.

Evaluation des expérimentations télésurveillance médicale – Projet Etapes

Code projet : TELESURV

Equipe : Julien Mousquès, Lucie Michel (chercheur associé Irdes)

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

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, font partie 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 de télémédecine sur une période de quatre ans 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 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 réalisant 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, cinq 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 suivants : (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 les barrières et leviers éventuels, 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 a été présentée en novembre 2021 et va donner lieu à des valorisations début 2022.

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. Cette phase sera mise en œuvre en 2022.

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.

Evaluation des rémunérations collectives pour les organisations de soins pluriprofessionnelles de proximité – Projet EOS

Code projet : RAF (ex REA020)

Ancien titre du projet: Evaluation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles 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 Cépide-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 Maisons de santé pluriprofessionnelles (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 (patients, 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 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 également été 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

- Cassou M., Mousquès J., Franc C. (2021). « Revenu et activité des médecins généralistes : impact de l'exercice en regroupement pluriprofessionnel en France ». Irdes, DT n° 77 – juin.
- Cassou M., Mousquès J., Franc C. (2021). « Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 258, mai.
- Chevillard G., Mousquès J. (2020). « [Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ?](#) ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 247, mars.
- Chevillard G., Mousquès J. (Irdes). (2019). « Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français ». Irdes, DT n° 76, janvier.

Publications dans des revues à comité de lecture

- Chevillard, G., Mousquès, J. (2021). "Medically Underserved Areas: Are Primary Care Teams Efficient at Attracting and Retaining General Practitioners?". *Social Science & Medicine*, 287, 114358. 09/<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114358>
- 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 ». *Cybergeographie : European Journal of Geography, Espace, société, territoire*. Article 873, en ligne le 21/11.

<https://journals.openedition.org/cybergeographie/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

- *43^e Journées des économistes de la santé français*, visio-conférence, du 1 au 3 décembre 2021, « L'effet des paiements à la coordination sur l'activité et la productivité des médecins généralistes exerçant en Maisons de santé pluriprofessionnelles ? » C. Loussouarn (C. Franc, Y. Videau, J. Mousquès. Co-auteurs).
- *43^e Journées des économistes de la santé français*, visio-conférence, du 1 au 3 décembre 2021, "General Practitioner Installation and Ramp-up: Does Vertical Integration Play a Role in General Practitioner's Care Patterns and Incomes in the Early Career?" M. Cassou (J. Mousquès, C. Franc. Co-auteurs).
- *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 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 France", 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 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) : « Avancons 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.

Évaluation du projet Programme d'actions pour une retraite indépendante (Pari)

Code projet : PARI2 (ex REA228)

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

Collaboration extérieure : École des hautes études 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'École des hautes études en santé publique (EHESP) d'Estelle Augé (2018- 2021), sous la direction de Nicolas Sirven.

Période de réalisation : 2015-2024

2015-2016 pour la première phase ; 2017-2024 pour la seconde phase.

Contexte

Le Programme d'actions pour une retraite indépendante (Pari), 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 (Individuelles, médicales, sociales- Information Management System-IMS). 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. La première 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 doubles 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 autosélectionnées pour mener la phase de test. De plus, un appariement des données du RSI (comportant un ensemble de données sociales) avec les données du Système national des données de santé (SNDS) [Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie-Programme de médicalisation des systèmes d'information (Sniiram-PMI)] a été autorisé par la Commission de l'informatique et des libertés (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 Parcours santé des aînés (Paerpa) [Or *et al.*, 2018]. Une approche mixte - à la fois qualitative et quantitative - est aussi envisagée. 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 autre 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 analyser la santé des travailleurs indépendants par rapport aux employés, à différents âges de la vie en Europe. Les premiers résultats indiquent que les travailleurs indépendants sont en meilleure santé au début de leur vie active et qu'ensuite on observe, avec l'avancée en âge, une plus forte détérioration de leur état de santé par rapport aux salariés. Le second s'est efforcé de décrire et comprendre les comportements de consommation de soins des travailleurs indépendants comparativement aux salariés à différents âges, en France. Les résultats indiquent que les travailleurs indépendants consomment moins de soins durant les premières années de leur vie active, mais que leur consommation augmente progressivement avec l'âge, pour finalement rattraper les niveaux des salariés après leur départ à la retraite.

Valorisation

Publication

- Augé E., Sirven N. (2021). « Les travailleurs indépendants sous-investissent-ils dans leur santé ? »/ "Must-Trade and Catch-Up'-Do the Self-Employed Under-Invest in Their Health? ". *Economie et Statistique*, 524(1), 49-66.

Publication Irdes

- Sirven N. (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 ?](#) ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 224, 2017/03.

Conférences et séminaires

- « Travail indépendant, conditions de travail et santé en Europe : une approche par les systèmes de protection sociale », Augé E. :
 - Collège des économistes de la santé français, *Journée des économistes de la santé français (JESF)*, online, 1-3 décembre 2021.
 - Réseau doctoral en santé publique (EHESP), *12^{es} Rencontres scientifiques du réseau doctoral en santé publique de l'EHESP*, Rennes, 10-11 juin 2021.
 - Liraes, *Café recherche*, Paris, 15 Janvier 2021.

- « Improving Access to Care for Older Self-employed in France: Evaluation of the PARI Program », Augé E. (IRDES), Sirven N. (EHESP, IRDES):
 - Collège des économistes de la santé français, *Journée des économistes de la santé français (JESF)*, online, 1-3 décembre 2021.
 - Caisse des dépôts, Institut des politiques publiques, Université Paris 1, *Colloque international sur la retraite et le vieillissement*, 7-8 octobre 2021.
 - International Health Economics Association, *IHEA 2021 World Congress on Health Economics*, Online, 12-15 juillet 2021.
 - 3^{es} *Journées de microéconomie appliquée*, Annecy, 3-4 juin 2021.
 - *ADRES Doctoral Conference 2021*, online, 28-29 janvier 2021.
 - Réseau doctoral en santé publique (EHESP), *1^{ères} rencontres scientifiques du réseau doctoral en santé publique de l'EHESP*, Marseille, 3- 4 Mars 2020.
 - Association française de Science économique (AFSE), *The 69th Congress of the French Economic Association*, Online, 8-10 juin 2020.
 - Association française de science économique (AFSE) et Direction générale du trésor, *5^e Conférence évaluation des politiques publiques*, Paris, 12 décembre 2019.
- "‘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).

Gérer les patients qui ont des besoins de soins importants : une perspective internationale

Code projet : CWF_2

Equipe : Zeynep Or, Anne Penneau

Période de réalisation : 2018-2021

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 profils de patients aux besoins de soins importants.

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

Méthodologie

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 guidé par l'Université de Harvard.

En utilisant le cadre d'analyse développé par National Institute of Medicine (NAM, États-Unis), nous avons identifié des profils (vignettes) de patients qui sont représentatifs de « personnes âgées avec une multimorbidité complexe ». Dans un premier temps, nous avons défini deux vignettes du patient avec des critères démographiques et cliniques suffisamment communs entre les pays pour permettre une sélection adéquate de l'échantillon : 1) personne âgée qui est hospitalisée pour une fracture de fémur et 2) personne âgée hospitalisée pour insuffisance cardiaque qui a aussi du diabète.

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. Dans tous les pays, nous avons suivi les dépenses et l'utilisation sur cinq domaines de soins : (1) soins hospitaliers aigus, (2) soins de suite et de réadaptation, (3) soins primaires, (4) soins spécialisés, et (5) produits pharmaceutiques en ville.

Financement

Le projet est soutenu financièrement par le Commonwealth Fund aux Etats-Unis, et par le Health Foundation, en Angleterre.

Avancement du projet

Les premières analyses ont été présentées à la conférence internationale de l'*International Health Economics Association* (IHEA), en juillet 2019. Ces résultats ont montré la pertinence de ce type d'analyse riche d'enseignements. Cependant, pour assurer la comparabilité des résultats entre les pays, un plus grand investissement théorique et méthodologique a été nécessaire. Les premières analyses comparatives à partir des données collectées pour deux « vignettes » sont publiées dans un numéro spécial de *Health Service Research* d'octobre 2021. L'objectif est de suivre les analyses sur d'autres profils de patients notamment ceux qui ont besoin de soins de santé mentale.

Valorisation

- Figueroa J.F., Papanicolas I., Riley K., Abiona O., Arvin M., Atsma F., Bernal-Delgado E., Bowden N., Blankart C.R., Deeny S., Estupiñán-Romero F., Gauld R., Haywood P., Janlov N., Knight H., Lorenzoni L., Marino A., [Or Z.](#), [Penneau A.](#), et al. (2021). “International Comparison of Health Spending and Utilization Among People with Complex Multimorbidity”. *Health Services Research*, en ligne 05/08/2021.
- [Or Z.](#), Shatrov K., [Penneau A.](#), Wodchis W., Abiona O., Blankart C.R., Bowden N., Bernal-Delgado E., Knight H., Lorenzoni L., Marino A., Papanicolas I., Riley K., Pellet L., Estupiñán-Romero F., Van Gool K., Figueroa J.F. (2021). “Within and Across Country Variations in Treatment of Patients with Heart Failure and Diabetes”. *Health Services Research*, en ligne 19/08/2021.
- Wodchis W.P., [Or Z.](#), Blankart C.R., Atsma F., Janlov N., Bai Y.Q., [Penneau A.](#), Arvin M., Knight H., Riley K., Figueroa J.F., Papanicolas I. (2021). “An International Comparison of Long-Term Care Trajectories and Spending Following Hip Fracture”. *Health Services Research*, en ligne 11/08/2021.
- Papanicolas I., Riley K., Abiona O., Arvin M., Atsma F., Bernal-Delgado E., Bowden N., Blankart C.R., Deeny S., Estupiñán-Romero F., Gauld R., Haywood P., Janlov N., Knight H., Lorenzoni L., Marino A., [Or Z.](#), [Penneau A.](#) et al. (2021). “Differences in Health Outcomes for High-Need High-Cost Patients Across High-Income Countries”. *Health Services Research*, en ligne 11/08/2021.
- Papanicolas I., Figueroa J.F., Schoenfeld A.J., Riley K., Abiona O., Arvin M., Atsma F., Bernal-Delgado E., Bowden N., Blankart C.R., Deeny S., Estupiñán-Romero F., Gauld R., Haywood P., Janlov N., Knight H., Lorenzoni L., Marino A., [Or Z.](#), [Penneau A.](#), et al. (2021). “Differences in Health Care Spending and Utilization Among Older Frail Adults in High-Income Countries: ICCONIC Hip Fracture Persona”. *Health Services Research*, en ligne 14/08/2021.

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.

Health Systems and Policy Monitor (European Observatory on Health Systems and Policies)

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), animé par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), vise à soutenir le développement de politiques de santé basées sur des preuves scientifiques. Une plateforme web 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. Cette plateforme vise ainsi à aider les décideurs publics, professionnels de santé et chercheurs à suivre les réformes et les évolutions des systèmes de santé nationaux en Europe (<http://www.hspm.org>).

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 donné) issues des rapports de différents pays ;
- fournit des dépêches sur les réformes en cours, afin que les utilisateurs puissent identifier et comprendre les évolutions dans les politiques de santé de différents pays.

L'Irdes est un partenaire actif du réseau HSPM et est en charge d'alimenter la plateforme pour la France.

Réalisation

Le réseau HSPM existe depuis 2012. Une réunion annuelle de tous les membres permet de discuter des réformes récentes et de développer des projets de collaboration entre les équipes de différents pays. La dernière s'est tenue en octobre 2022 en Italie.

En 2021, l'Irdes a aussi été missionné par l'Observatoire pour actualiser le rapport HiT (voir fiche page 143.) pour la France qui sera publié au premier trimestre 2023.

En 2020/21

Lors de la pandémie de Covid-19, l'Irdes a animé le volet français d'une plateforme en ligne dédiée aux politiques de lutte contre la pandémie, dans le cadre du réseau HSPM : [Covid-19 Health System Response Monitor \(HSRM\)](#). Cette plateforme a permis de comparer les politiques de gestion de l'épidémie de Covid-19 et ses conséquences dans les différents pays européens.

Valorisation

- Or Z., Al Tayara L., Polin K., Gomez E., Cylus J., Thomson S., Habicht T., Evetovits T. (2022). *How does France's Health Sector Contribute to the Economy? European Observatory on Health Systems and Policies*; WHO Regional Office for Europe.

-Winkelmann J., Gómez Rossi J., Schwendicke F., Dimova A., Atanasova E., Habicht T., Kasekamp K., Gandré C., Or Z., et al (2022). "Exploring Variation of Coverage and Access to Dental Care for Adults in 11 European Countries: a Vignette Approach". *BMC Oral Health*.

Waitzberg R., Gerkens S., Dimova A., Bryndová L., Vrangbæk K., Jervelund S.S., Okkels Birk H., Rajan S., Habicht T., Tynkkynen L.K., Keskimäki I., [Or Z.](#), [Gandré C.](#), et al. (2021). Balancing Financial Incentives During COVID-19: a Comparison of Provider Payment Adjustments Across 20 Countries. *Health Policy*.

Schmidt A.E., Merkur S., Haindl A., Gerkens S., [Gandré C.](#), [Or Z.](#), Groenewegen P., Kroneman M., De Jong J., Albrecht T., Vracko P., Mantwill S., Hernández-Quevedo C., Quentin W., Webb E., Winkelmann J. (2021). Tackling the COVID-19 Pandemic: “Initial Responses in 2020 in Selected Social Health Insurance Countries in Europe”. *Health Policy*.

Rajan S., Khunti K., Alwan N., Steves C., MacDermott N., Morsella A., Angulo E., Winkelmann J., Bryndová L., Fronteira I., [Gandré C.](#), [Or Z.](#), et al. (2021). *In the Wake of the Pandemic: Preparing for Long COVID*. European Observatory Policy Briefs 39. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

-Marchildon G., Brammli-Greenberg S., Dayan M., De Belvis A., Gandré C., Isaksson D., Kroneman M., Neuhner-Jehle S., Sperre Saunes I., Thomas S., Vrangbæk K., Quentin W. (2021). “Achieving higher performing primary care through patient registration: A review of twelve high-income countries”. *Health Policy*.

-Polin K., Hjortland M., Maresso A., Van Ginneken E., Busse R., Quentin W., the HSPM network, [Or Z.](#), [Gandré C.](#), et al. (2021). ““Top-Three” Health Reforms in 31 High-Income Countries in 2018 and 2019: an Expert Informed Overview”. *Health Policy*.

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. (2020). [“Adjusting 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. (2020). “Restarting More Routine Hospital Activities During COVID-19: Approaches from Six Countries”. *Eurohealth*, vol. 26, n°2, 68-72.

-Waitzberg R., Schmidt A.E., Blümel M., Penneau A., Farmakas A., Ljungvall Å., Barbabella F., Augusto G.F., Marchildon G.P., Saunes I.S., Vočanec D., Miloš I., Contel J.C., Murauskiene L., Kroneman M., Tambor M., Hroboň P., Wittenberg R., Allin S., [Or Z.](#) (2020). “Mapping variability in allocation of Long-Term Care funds across payer agencies in OECD countries”. *Health Policy*.

- 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*

Health Systems in Transition (HiT) - France

Profil du système de santé français

Code projet : HIT-2022

Equipe : Zeynep Or, Coralie Gandré, Anna-Veera Seppanen (Irdes), Karine Chevreul, Morgane Michel (Inserm, Université Paris Cité).

Collaboration : Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (European Observatory on Health Systems and Policies)
<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor>

Période de réalisation : 2021 - 2023

Contexte et objectifs

Les profils *Health Systems in Transition – HIT* (systèmes de santé en transition) décrivent le fonctionnement des systèmes de santé dans les pays de la région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de certains autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Les profils fournissent, avec une présentation standardisée, une vue d'ensemble du système de santé et des réformes en cours dans chaque pays. Etant une référence majeure pour les décideurs publics, les professionnels de santé et les chercheurs, ils sont mis à jour régulièrement et publiés par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.

Le dernier HIT pour la France date de 2015. L'Observatoire européen a demandé à l'Irdes de diriger la mise à jour du rapport HIT qui sera publié au premier trimestre 2023.

Pour cette édition 2023, qui sera une référence majeure sur le système de santé français, l'Irdes fournit une analyse détaillée du système de santé français en mettant en avant les réformes et les enjeux récents.

Réalisation

La publication est soutenue et éditée par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.

Le HIT est alimenté par une revue des publications institutionnelles et de recherche sur le fonctionnement du système de santé français, par les fiches de synthèse portant sur des réformes du système de santé produites par l'Irdes dans le cadre du *Health Systems and Policy Monitor* (HSPM) (<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor>), et par d'autres publications de l'Irdes.

Calendrier

Le projet se déroule de juin 2021 à la fin de l'année 2022 dans l'optique d'une publication au premier trimestre 2023.

Valorisation

Le profil sera accessible sur le site de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé : <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/france/>

Impact de l'environnement familial et médico-social des personnes âgées démentes sur la qualité de leurs prescriptions médicamenteuses

Code projet : POLYMED

Equipe : Anne Penneau, Marc Perronnin, Sylvain Pichetti

Période de réalisation : 2021-2023

Données : Enquête [Capacité, aides et ressources](#) (Care) appariée avec les données du Système national des données de santé (SNDS)

Contexte et objectifs

La démence, qui se traduit par un affaiblissement progressif des fonctions cognitives de la personne (incluant la mémoire, le raisonnement, la prise de décision) et dont l'une des pathologies les plus répandues est la maladie d'Alzheimer, constitue un enjeu majeur de santé publique dans la plupart des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Les personnes âgées dépendantes atteintes de démence vivant à domicile ou en institution sont particulièrement fragiles. Les risques d'iatrogénie en cas de prescriptions médicamenteuses inappropriées peuvent avoir des conséquences particulièrement lourdes pour ces patients. Il existe de ce fait un enjeu important de qualité de la prescription. Dans cette étude, nous analysons le rôle joué par les aidants familiaux et les professionnels médico-sociaux intervenant à domicile ou en établissement médico-social sur les prescriptions médicamenteuses des personnes âgées démentes. Outre le fait que les aidants sont amenés à rechercher de l'information sur les traitements médicamenteux nouvellement prescrits et les effets indésirables associés aux traitements, ils se livrent souvent aussi à l'observation de l'effet du traitement sur la personne aidée, ce qui peut les amener à interagir avec les professionnels de santé prescripteurs pour demander un changement de traitement lorsqu'ils observent des effets indésirables ou inattendus associés à la prise d'un nouveau médicament. Les aidants sont donc souvent amenés à jouer un rôle d'interface entre les personnes âgées dépendantes et les professionnels de santé prescripteurs.

Notre étude a pour objectif de caractériser, d'un point de vue quantitatif à partir de l'enquête Care (2015-2016), l'impact de l'environnement familial et médico-social des personnes âgées dépendantes atteintes de démence 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 benzodiazépines de durée supérieure à trois mois, les prescriptions par hypnotiques au long cours, les traitements par vasodilatateurs, ... Nous supposons dans l'étude que l'impact de l'environnement familial sur la prescription de la personne âgée dépendante atteinte de démence est influencé par plusieurs facteurs (comme le niveau social de l'entourage familial, mais aussi la quantité de l'aide informelle fournie), de même que l'environnement médico-social n'aura pas la même influence en fonction de la composition et de la formation des aidants professionnels ainsi que de la fréquence des visites au domicile du patient.

Méthodologie et phasage du projet

Les analyses portant sur les personnes âgées démentes résidant à domicile seront réalisées à partir de l'enquête Care volets « Ménage » et « Aidants » qui ont été appariées aux données fiscales qui permettront de caractériser précisément les caractéristiques socio-économiques du ménage et aux données de consommation de soins du Système national des données de santé (SNDS) afin d'identifier les prescriptions médicamenteuses des personnes âgées. Les analyses portant sur les personnes résidant en établissements médico-sociaux seront réalisées à partir de l'enquête Care volet « institution » qui a été appariée aux données fiscales et aux données de consommation de

soins du SNDS pour caractériser comme en ménage le niveau socio-économique du ménage et mesurer des indicateurs de prescription médicamenteuse.

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.

Les premiers résultats de l'analyse sont attendus pour le premier semestre 2023.

Valorisation prévue

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

Impact de la diffusion des unités neurovasculaires et des traitements innovants sur la qualité et le recours aux soins dans le cas de l'Accident vasculaire cérébral (AVC)

Code projet : AVC-EVAL (ex : UNVDIFF)

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

Collaboration extérieure : Fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild (For)

Période de réalisation : 2019-2023

Contexte et objectifs

Le plan Accidents vasculaires cérébraux (AVC) [2010-2014] a permis le déploiement des Unités neurovasculaires (UNV) sur le territoire ainsi que la création de Soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisés afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Par ailleurs, l'adoption de traitements innovants de l'AVC depuis 2015 avait également pour objectif de réduire la mortalité et la morbidité post-AVC. Plusieurs études ont montré que ces mesures se sont accompagnées d'une amélioration de l'accès à une prise en charge spécialisée (imagerie et actes salvateurs) ainsi qu'une baisse de la mortalité hospitalière et de la morbidité post-AVC. En revanche, l'impact de la diffusion des UNV sur les parcours de soins à court et moyen termes n'a pas été étudié. De même, l'efficacité des divers traitements innovants sur le plan médico-économique n'a pas été traitée dans le contexte français malgré les dépenses de santé croissantes associées à la prise en charge de l'AVC.

L'objectif de ce projet est double. Il s'agit en premier lieu de mesurer l'impact de la diffusion des UNV et du type de rééducation sur des indicateurs de recours et de qualité des soins ainsi que sur les dépenses de santé l'année suivant l'AVC. En second lieu, il s'agit d'évaluer l'efficacité des divers traitements innovants apparus en 2015 en France en étudiant leur impact sur la qualité de vie et sur les dépenses de santé à douze mois post-AVC et à l'horizon de la vie entière.

Méthodologie

Pour répondre au premier objectif, la méthode proposée s'articule en deux étapes. Dans un premier temps, nous proposons une analyse à partir de la cohorte 2012 afin de comparer l'impact du passage en UNV sur le parcours de soins (dépenses et recours aux soins, réhospitalisations et décès) à douze mois après l'AVC. Dans un second temps, nous réaliserons une analyse sur deux cohortes 2012 et 2018, ce qui nous permettra 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. Cette période est aussi marquée par la diffusion de la thrombectomie mécanique dont nous pourrions aussi apprécier et évaluer la diffusion.

Les données mobilisées pour ce projet seront les cohortes des patients hospitalisés pour un primo-AVC en 2012 et 2018 pour lesquels les données de consommations de soins du Datamart de consommation inter-régime (DCIR), appariées aux quatre PMSI, ont été extraites.

Pour répondre au deuxième objectif, une modélisation médico-économique de type Markov sera mise en œuvre dans le but de comparer différents traitements innovants sur les dimensions de coûts et d'efficacité. Ainsi, les coûts directs et indirects post-AVC seront estimés. Le critère d'efficacité principal sera la qualité de vie mesurée à partir de l'échelle EQ-5D-5L. Le ratio différentiel coût par QALY gagné sera estimé.

Les données mobilisées seront la cohorte de patients participant à l'étude ASTER2, pour lesquels les données cliniques (état de santé initiale, la prise en charge à la phase pré-AVC et à la phase aiguë, le niveau de handicap et la qualité de vie à trois et douze mois post-AVC) seront appariées aux données de consommations de soins (DCIR, PMSI MCO, PMSI SSR) à partir d'un appariement probabiliste.

ASTER2 est un projet hospitalier de recherche clinique avec un volet économique (PHRC-éco) financé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) en 2017. Cette étude clinique, multicentrique, prospective et randomisée compare deux traitements innovants de l'AVC : le *stent retriever* et l'aspiration. L'hôpital FOCH en est le principal promoteur. Le service de recherche clinique de la Fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild (For) a la charge du volet économique qu'il réalise en collaboration avec l'Irdes.

Etat d'avancement

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, passage en SSR, 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. Nous proposons plusieurs méthodes économétriques afin d'évaluer l'impact du passage en UNV pour tenir compte de la censure au cours du temps du fait du décès et de l'effet de sélection pour le passage en UNV. Les premières analyses ont été réalisées sur la cohorte 2012 et seront reproduites sur les données de 2018 dès la réception des données. Pour le second volet, l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) a été obtenue pour effectuer l'appariement des données cliniques avec le Système national des données de santé (SNDS). Nous sommes dans l'attente des données du SNDS de 2017 et 2018 pour réaliser cette analyse.

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^e 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.
- Impact du passage en UNV et du type de rééducation sur les dépenses post-phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral en France. **Dédé Sika Kossi**, Damien Bricard. Séminaire interne du Liraes, 19 mars 2021 à Paris.
- Impact of Organizational Innovation in Stroke Care on Post-acute Phase Health Expenses in France. **Dédé Sika Kossi**, Damien Bricard. 14^e Conférence européenne de santé publique, 10- 12 novembre 2021 en ligne.
- Impact du passage en UNV sur les parcours de soins et dépenses de santé après un AVC. Dédé Sika Kossi, **Damien Bricard**. Colloque L'économie de l'hôpital, 8 juillet 2021, en présentiel (Saint-Denis) et en ligne.
- Impact du passage en UNV sur les dépenses de santé post phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral en France, **Dédé Sika Kossi**, Damien Bricard, 6e journée doctorale du LIRAES, 23 mars 2022
- Impact of an organizational innovation in stroke care on post-acute phase health expenses in France, **Dédé Sika Kossi**, Damien Bricard, 9th Annual EuHEA PhD student Conference August 30th 2022 , Galway

- Impact des unités neuro-vasculaires sur les dépenses, le décès et la réhospitalisation les douze premiers mois suivant un accident vasculaire cérébral en France, **Dédé Sika Kossi**, Damien Bricard, Mardi de l'Irdes, 8 novembre 2022, discussion Sylvain Pichetti.
- Impact des unités neuro-vasculaires sur les dépenses, le décès et la réhospitalisation les douze premiers mois suivant un accident vasculaire cérébral en France, **Dédé Sika Kossi**, Damien Bricard, Journée nationale des référents ARS et animateurs de filière AVC du 16 novembre 2022.

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 de santé pluriprofessionnelles (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 à interrompre ce projet puis le relancer sur la période 2019-2022 pour un terrain d'enquête planifié au second semestre 2020 et reporté à 2022 en raison de la crise provoquée par la pandémie de 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.

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

LITERAS : Licenciements économiques, transitions sur le marché du travail et santé

Code projet : LITERAS

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

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

Période de réalisation : 2019-2024

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

Contexte et objectifs

Ce projet contribue à la littérature sur les effets des réductions d'effectifs et licenciements économiques sur les transitions sur le marché du travail et la santé des individus. Le projet étudie l'impact de la perte d'emploi et du chômage sur la santé et examine également la question des effets des licenciements sur la santé mentale et physique des salariés qui restent après une vague de licenciements, en mesurant les effets sur la consommation de soins, la consommation de médicaments psychotropes, les arrêts de travail pour maladie et accidents du travail des salariés. Nous étudions les modalités de séparations et les mécanismes de sélection des individus dans l'emploi, dans un contexte de licenciements économiques, selon leur état de santé.

Valorisation, séminaires et colloques scientifiques

European Association of Labour Economists (EALE) 2022 ; EALE 2019 ; Workshop Jobsustain 2021, 2022 ; 40^{es} Journées des économistes de la santé français (JESF) 2018 ; Séminaire de recherche de l'Irdes 2018, 2022 ; 4th IRDES-DAUPHINE Workshop on Applied Health Economics and Policy (AHEPE) 2018, 2022.

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

Le Clainche C. et Lengagne P. (2022). "Economic Layoffs and Mental Health: Evidence from French Register-survey Data". *Mimeo*.

Lengagne P. (2022). "Job Destruction, Labor Market Outcomes and Mortality". *Mimeo*.

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), Charlène 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., Chouraqui 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'Ecole 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-Miche 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.

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 : 2017-2023

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 pluriprofessionnel ; (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 (Moullan et 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

2022 : enquête exploratoire sur les logiques d'installation en marge rurale de médecins généralistes libéraux nés et diplômés à l'étranger dans le but de questionner leurs parcours migratoires et professionnels et leurs choix de lieux d'exercice. L'enquête a été réalisée sous la forme d'entretiens semi-directifs menés dans trois départements sous-dotés en médecins et avec un nombre important de médecins nés et diplômés à l'étranger en exercice : l'Aisne, l'Orne et la Nièvre. Ce travail a été mené par Nina VanKote (stage master 1 Migrations, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales et Université Panthéon Sorbonne, tuteur de stage : Guillaume Chevillard, enseignante référente : Camille Schmoll).

2022-2023 : Fin des analyses et valorisation

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^e 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.
- Chevillard G., Moullan Y., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J. Les médecins généralistes libéraux diplômés à l'étranger contribuent-ils à renforcer l'offre de soins dans les zones sous-dotées ? *Questions d'Economie de la santé à paraître*.
- Chevillard G., Moullan Y., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J., Do foreign-trained doctors contribute to reduce geographical imbalances of doctors in France? *Document de travail à paraître*.

Déterminants des choix de localisation géographique et de mode d'exercice des médecins généralistes libéraux

Code projet : MOBILIS

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

Collaboration extérieure : Julien Silhol (Insee)

Partenariat avec l'Ordre des médecins (convention de collaboration trisannuelle Cnom/Irdes)

Période de réalisation : 2020-2024

Données : Dossier Comité d'expertise pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé (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. Données du tableau de l'Ordre des médecins et enquête adossée en cours de montage (dans l'attente des avis de faisabilité réglementaire et juridique).

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.

Ce projet propose dans un premier temps d'explorer la question de la mobilité géographique des médecins au cours de leur carrière – spécifiquement, quels médecins bougent, vers où, à quelle fréquence et à quel moment de leur carrière ? 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. Cette première phase d'analyse sera complétée par une étude spécifique sur les déterminants des choix des lieux et modes d'exercice, avec une attention particulière sur les origines géographiques et sociales des médecins qui restent pour l'instant peu explorées. Ce travail sera réalisé dans le cadre de la convention partenariale avec l'Ordre des médecins.

Méthodologie et phasage du projet

Concernant la première étape, nous proposons d'analyser les parcours géographiques des médecins généralistes libéraux à partir de l'analyse conjointe :

- 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.

- Des données du tableau de l'Ordre des médecins de 2007 à 2022.

Concernant la seconde étape, une enquête auprès des médecins inscrits à l'Ordre est en prévue pour collecter en complément des données du tableau les informations nécessaires à la compréhension du choix des lieux et modes d'exercice des médecins. Les données collectées permettront de couvrir l'ensemble du spectre du parcours des médecins en tenant compte à la fois de leur origine géographique et sociale, de la période de formation et de leurs divers lieux et modes d'exercice au cours de leur carrière.

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'Ecole 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 Raréfaction de l'offre de soins et adaptations des médecins généralistes (Rosam) 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 également 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.

Dans l'attente de ces données, un travail est mené en utilisant conjointement les données du panel des non-salariés (Insee), les fichiers Sirene et les arrêtés d'affectation des internes qui permettent, sur la base d'un échantillon, d'explorer en sus un certain nombre de dimensions (événements familiaux, lieux d'étude...).

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 : 2020-2022

Contexte et objectifs

La pandémie de 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 (World Economic Forum-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 de chercheurs basés à la LSE travaille 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 :

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

Calendrier et livrables

Huit pays ont participé à la phase pilote, de septembre 2020 à janvier 2021 : France, Allemagne, Italie, Espagne, Royaume-Uni, Pologne, Russie et Vietnam. Chaque équipe a utilisé un cadre d'analyse commun pour évaluer la résilience et la soutenabilité de son système de santé. Les résultats pour chaque pays ont été publiés en anglais dans un rapport de la London School of Economics (LSE). Les analyses par pays et des comparaisons internationales ont été présentées au cours d'une conférence en ligne, organisée par la LSE et WEF, en mars 2021. En 2022, les analyses

sur le système de santé français ont été publiées sous la forme d'un Document de travail Irdes, en français. En 2021/22, ce partenariat est élargi pour intégrer plus d'une vingtaine de pays et d'autres financeurs (Philips, KPMG).

- Or Z, Gandré C. (2022). Soutenabilité et résilience du système de santé français. Document de travail de l'Irdes n°88.
- Or Z, Gandré C. (2021). "Sustainability and resilience in the French Health System". London School of Economics and Political Science, mars.

https://www3.weforum.org/docs/WEF_PHSSR_France_Report.pdf

- "Building Crisis-Resistant Healthcare Systems in a Post-COVID World"

The first virtual PHSSR Summit (15-19 March 2021)

Round table: Zeynep Or (Irdes), Prof. Alistair McGuire (Head of Department of Health Policy, LSE), Prof. Hiroaki Miyata (Keio University, Japan), Dr Kostas Athanasakis (University of West Attica, Greece), Prof Zeynep Or (IRDES, Paris, France), Prof Iwona Kowalska-Bobko (Faculty of Health Sciences, Jagiellonian University)

<https://www.weforum.org/phssr/news-and-events>

Sustainability and Resilience of the French health system,

Roundtable: Zeynep Or (Irdes), Lise Rochaix (PSE), François Crémieux (APHP), Nathalie Fourcade (HCAAM)

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'Ecole 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 : Aurélien 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, leurs 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 Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (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 *Questions 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](#) ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 219, juin.

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.)

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 : 2016-2023

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

Poursuite de la valorisation en 2023

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

Prieur C. (Irdes), Dourgnon P. (Irdes), Jusot F. (Université Paris Dauphine, PSL, Leda-Legos, Irdes), Marsaudon A. (Irdes), Wittwer J. (Université de Bordeaux, Bordeaux Population Health-Inserm U 1219, équipe Emos), Guillaume S. (Irdes). (2022). « Une personne sans titre de séjour sur six souffre de troubles de stress post-traumatique en France » *Questions d'économie de la santé* n° 266, mars.

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]. « Anticiper les conséquences de l'épidémie de la Covid-19 et des politiques de confinement pour les personnes sans titre de séjour ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 253, décembre.

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., Jusot, F., Marsaudon, A., Sarhiri, J., & Wittwer, J. (2022). "Just a Question of Time? Explaining Non-Take-up of a Public Health Insurance Program Designed for Undocumented Immigrants Living in France". *Health Economics, Policy and Law*, 1-17. doi:10.1017/S1744133122000159

Vignier N., Moussaoui S., Marsaudon A., Wittwer J., Jusot F., Dourgnon P. "Burden of Infectious Diseases Among Undocumented Migrants in France: Results of the Premiers Pas Survey". *Frontiers in Public Health*, en ligne 2022/08/04.

Dourgnon P., Das P. (2017). "Consequences of Recent Anti-immigration Policy". *Jama Internal Medicine*, vol. 1 77, 2017/10, 1535.

Séminaires et colloques scientifiques internationaux

-CHEA-CES Joint Webinar: Health Inequality, 24 nov 2022

"Access to Insurance and to Health Care of Undocumented Immigrants in France", Jusot F, Marsaudon A, Wittwer J, Dourgnon P.

- ENMESH conference 27-29 juin 2022 "Post Traumatic Stress Disorders in Undocumented Migrants in France", Dourgnon P., Prieur C.

- 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

- 44^{es} *Journées des économistes de la santé français (JESF)* 2022, 7 au 9 décembre 2022.

« L'Aide médicale de l'Etat modifie-t-elle les lieux de recours aux soins des personnes étrangères en situation irrégulière ? » Marsaudon A., Jusot F., Wittwer J., Dourgnon P.

- *Journée atelier* sur l'accès aux soins organisée par l'équipe de l'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (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 », Marsaudon A., Dourgnon P., Florence Jusot et Wittwer J..

PrOmoting evidence-bASed rEformS

Code projet : OASES

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

Collaboration extérieure : Ecole des hautes études en santé publique - structure coordinatrice pour la France (Sirven N., Marie Bonal, Gao F., Padilla C.), Observatoire de la santé d'Ile-de-France (Mangeney C.), Université de La Réunion, Centre d'économie et de management de l'Océan Indien (Moullan Y.), Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Italie - responsable du projet : Michelutti P.), Agentia Nationala Pentru Sanatate Publica (Moldavie), International network for Health Workforce Education (CY), Semmelweis Egyetem (Hongrie), Terveysten Ja Hyvinvoinnin laitot (Finlande), Universitatea Babes Bolyai (Roumanie).

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

Période de réalisation : 2021-2024

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 leur 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 Troisième 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 sept pays européens ;
- c) L'analyse des actions correctrices et l'évaluation de leur impact dans chaque site pilote.

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).

Avancement du projet

2021-2022 :

1) Mise à disposition d'un ensemble d'outils et discussions avec les autres membres du consortium pour qualifier les déserts médicaux des différents pays. La diffusion des méthodes s'est appuyée sur la production d'un guide méthodologique qui contient une bibliographie et des scripts de calcul relatifs aux deux approches complémentaires proposées par l'équipe française (indicateurs d'accessibilité aux soins plus ou moins perfectionnés et typologie spatiale incluant d'autres dimensions que l'accessibilité aux soins). Des analyses de sensibilité ont également été menées pour mettre en évidence les similarités ou divergences de diagnostics en fonction des outils de mesure.

2) Après cette première étape, chaque pays a proposé des indicateurs pour identifier et décrire les disparités dans l'accès aux soins. De nombreux pays se concentrent sur les soins primaires pour définir l'étendue du désert médical, ce qui renvoie d'un point de vue général à l'organisation des systèmes de santé basée sur le fondement des soins de santé primaires (OMS 1978, 2018). Le nombre de services est parfois plus important en incluant le domaine hospitalier. Les indicateurs utilisés pour mesurer l'accessibilité aux services de soins sont souvent ceux des densités et des distances ; les indicateurs de type XSFCA, qui combinent distance et densité, sont plus rarement utilisés. Au-delà des choix méthodologiques, de nombreux pays font valoir que le manque de données représente l'un des principaux obstacles à la définition des indicateurs les plus pertinents. Bien que la définition soit contrainte par l'organisation et la disponibilité des données et des outils dans les pays pilotes, les Etats de l'Union européenne et au-delà pourront bénéficier de l'expérience du projet en raison de la diversité des situations nationales.

Voir aussi : <https://oasesproject.eu/>

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), Roseline Vincent (Irdes)

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

Période de réalisation : 2020-2024

Etat d'avancement : En cours de démarches administratives et juridiques auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) et des producteurs de données

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 Amprunte consiste à explorer 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 Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (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.

Raréfaction de l'offre de soins et adaptation des médecins généralistes

Code : ROSAM

Projet Institut de recherche en santé publique (Iresp) piloté par Bruno Ventelou (Aix-Marseille School of Economics-AMSE)

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

Collaborations extérieures : Pierre Verger (Observatoire régional de la santé Provence, Alpes, Côte d'azur-ORS Paca), Yann Videau (Équipe de recherche sur l'utilisation des données individuelles en lien avec la théorie économique-Erudite, Université Paris-Est-Créteil-Upec), Sandrine Juin (Upec, Erudite), Christophe Loussouarn (Upec, Erudite), Julien Silhol (Aix-Marseille School of Economics-AMSE), Eva Mitilian (ORS Paca), Anna Zaytseva (AMSE), Alain Paraponaris (AMSE), Stephen Bazen (AMSE).

Financement : Appel à projets Iresp, Appel à projets (AAP) général 2018, Recherches sur les services de santé

Période de réalisation : 2019-2023

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 pluriprofessionnelle.

Méthodes

La constitution d'un matériel empirique original sera permise par la collaboration entre Aix-Marseille-Sciences économiques, l'Irdes, l'Observatoire régional de la santé Provence, Alpes, Côte d'Azur (ORS 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 quatrième 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 Maisons de santé pluriprofessionnelles (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 d'Accessibilité potentielle localisée (APL) et, de

manière longitudinale, à partir des tendances d'évolution de la densité de médecins généralistes libéraux depuis 2004 ainsi que sous la forme d'une typologie dynamique. Ces éléments de contexte viendront enrichir avec d'autres indicateurs géographiques (réseaux, infrastructures 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 en 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 Rémunération sur objectifs de santé publique-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'autosélection 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.

Septembre 2020 : Avis favorable du Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé (Cesrees) pour l'accès aux données de l'Assurance maladie et leur appariement avec le panel 4 des médecins généralistes, puis préparation du dossier Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) en collaboration avec l'Assurance maladie.

Septembre 2021 : Séminaire de rentrée à Marseille. Présentation de travaux en cours sur la raréfaction de l'offre de soins.

Été 2022 : Création d'indicateurs de *turn-over* territorial des médecins généralistes libéraux sur la période 2010-2018 à partir des données du Système national des données de santé (SNDS). Une consolidation de ces indicateurs est prévue à l'automne 2022, pour en réaliser en 2023 une exploitation spécifique (qualifier une facette de la raréfaction de l'offre médicale) et transversale (quels impacts sur les pratiques médecins).

Données : Dossier Cnil accepté en août 2022. Les données demandées pour ce projet appaireront des données de l'Assurance maladie sur l'activité des médecins, des données sur les MSP participant aux Accords conventionnels interprofessionnels (ACI) avec des données du panel 4 des médecins généralistes de la Drees. Les demandes d'extraction et de mise à disposition des données sont en cours.

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](#) ». Drees, *Etudes et Résultats*, n° 1140, 2020/01.

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 (Irdes).

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 : 2019-2023 Lancement du projet en novembre 2019

En cours de valorisation

Données : Données appariées combinant données médico-administratives Programme de médicalisation 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 économiques (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 complémentaire 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 Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) MCO, données de facturation et données écologiques Irdes – Programme de recherche 2020-2022 – Activité 2019.

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 Rac 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

Publication dans une revue à comité de lecture

Heinzle 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](#)

Séminaires scientifiques nationaux

44^{es} Journées du Collège des économistes de la santé français (JESF) 2022, 7 au 9 décembre 2022.

Bricard D., Dourgnon P., Marsaudon A. (2022). « Épargner, consommer, se soigner. Les restes à charge dans les arbitrages économiques des ménages ».

Santé mentale, maintien en emploi, salaires et entrée dans l'invalidité

Code projet : SMETANA

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 : 2016-2022

Etat d'avancement du projet : Réalisation des travaux et valorisation.

Données : Hygie, Système national des données de santé

Contexte et objectifs de la recherche

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les troubles psychiques constituent la première cause d'invalidité et d'années vécues avec invalidité, et représentent également l'une des premières causes d'arrêt de travail pour maladie. 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 des troubles psychiques sévères sur le statut d'emploi des individus, le salaire, les transitions sur le marché du travail et l'entrée dans l'invalidité, à partir de données administratives longitudinales.

Valorisation, séminaires et conférences

Quentin Cau, Coralie Gandré, Pascale Lengagne, « Major depression, employment, earnings, and disability benefit receipt : A longitudinal study »

- Séminaire de recherche Irdes, Mardi 16 novembre 2021.
- International Health Economics Association (IHEA) Congress 2021, 16 juillet 2021.

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>.

Lengagne P., Gandré C. (2022). « Troubles bipolaires et situation d'emploi : Une analyse à partir de données administratives françaises ». *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 2022-4.

Systèmes d'indemnités journalières et dispositifs d'activation : Une comparaison internationale

Code projet : IJINT

Equipe : Pascale Lengagne, Jonas Poucineau (Irdes, Ined), 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 : 2016-2023

Contexte et objectifs

Les dépenses d'indemnités journalières présentent depuis quelques années une forte progression en France. À partir d'un travail 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.

Séminaires et 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

Présentation aux partenaires sociaux dans le cadre d'une mission d'expertise sur l'indemnisation des arrêts maladie, visant à ouvrir le débat avec les partenaires sociaux et les prescripteurs afin d'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.

Valorisation

Lengagne P., Poucineau J. (2021). « Sickness Insurance and Early Activation Policies: Experiences of Germany, the United Kingdom, and the Netherlands », *Mimeo*.

Lengagne P., Del Sol M. (2018). « Comparaison internationale des dispositifs d'indemnisation journalière dispensée en cas de maladie, d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Allemagne, Royaume-Uni, Pays-Bas, Italie et France. » Rapport d'expertise remis à la DSS, la Drees et la Cnam.

Variabilité des pratiques en psychiatrie à travers trois prises en charge controversées : isolement, contention et électroconvulsivothérapie

Code projet : VARICEL

Équipe : Coralie Gandré (Irdes), Magali Coldefy (Irdes), Pierre Lecarpentier (Irdes, EPS Barthélémy Durand), Anis Ellini (ATIH), Christian Trichard (EPS Barthélémy Durand)

Collaboration avec le consortium Plaid-Care (<https://www.health-data-hub.fr/projets/plaid-care-psychiatrie-et-libertes-individuelles-etude-detablislements-caracterises-par-un>)

Période de réalisation : 2021-2023

Contexte scientifique

Le champ de la psychiatrie demeure caractérisé par des pratiques controversées dont l'isolement, la contention et l'Electroconvulsivothérapie (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 malgré une efficacité fortement démontrée sur les troubles psychiques sévères et résistants. Globalement, ces trois modalités de soins constituent souvent des expériences difficiles 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 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.

Etat d'avancement

Les travaux sur l'ECT ont fait l'objet d'un stage de master 2 en 2021 et sont valorisés. Des travaux de mise à jour des études précédentes de l'Irdes sur les soins sans consentement ont également été réalisés dans ce cadre et ont inclus des premières données nationales sur le recours à l'isolement et à la contention, pour lequel une étude des déterminants est désormais envisagée.

Valorisation

Publications

- Coldefy M., Gandré C., en collaboration avec Rallo S. (2022). « Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n°269.
- Lecarpentier P., Gandré C., Coldefy M., en collaboration avec Ellini A. (2022). « Recours à l'électroconvulsivothérapie pour les personnes hospitalisées en psychiatrie en France : premier état des lieux national ». Rapport de l'Irdes n° 585.
- Lecarpentier P., Gandré C., Coldefy M., en collaboration avec Ellini A. (2022). « Le recours à l'électroconvulsivothérapie en France : des premières données nationales qui soulignent des disparités importantes ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 267.
- Lecarpentier P., Gandré C., Coldefy M., Ellini A., Trichard C. (2022). "Use of Electroconvulsive Therapy for Individuals Receiving Inpatient Psychiatric Care on a Nationwide Scale in France: Variations Linked to Health Care Supply". *Brain Stimulation*.

Communications orales

- Lecarpentier P., Gandré C., Coldefy M., Ellini A., Trichard C. : "Use of Electroconvulsive Therapy at a Nationwide Scale in France: Variations Linked to Healthcare Supply". *13^e Congrès français de psychiatrie*, Montpellier, décembre 2021.
- Lecarpentier P., Gandré C., Coldefy M., Ellini A., Trichard C. : "Use of Electroconvulsive Therapy at a Nationwide Scale in France: Variations Linked to Healthcare Supply". *34th European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) Congress*. Lisbonne, (Portugal), octobre 2021.
- Lecarpentier P., Gandré C., Coldefy M., Ellini A. : « Recours à l'électroconvulsivothérapie en France métropolitaine : disparités et déterminants à l'échelle nationale ». *Journées neurosciences psychiatrie neurologie*. Paris, (France), 1-2 juillet 2021.

Variations des pratiques médicales et analyse de pertinence des soins

Code projet : VARPERTI

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.

**PROJETS TERMINEES
EN COURS DE VALORISATION**

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

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. 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 Colchic 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 Colchic 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 sont tout d'abord mobilisées pour identifier les personnes suivies pour des troubles psychiques sévères (ici limités aux troubles psychotiques et bipolaires). La cartographie est également mobilisée pour décrire les comorbidités somatiques pour lesquelles sont suivies les personnes vivant avec ces troubles. Enfin, nous comparons 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.

Avancement du projet

Les analyses sont terminées et les valorisations des résultats ont eu lieu récemment.

Valorisation

Publications

- 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.
- 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. (2020). Un suivi somatique insuffisant pour les personnes vivant avec un trouble psychique sévère : la preuve par les chiffres. *Blog Soepidemio*. Blog de l'Equipe de recherche en épidémiologie sociale (ERES) de l'Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique].
- Gandré C., Coldefy M. (2021). Des inégalités dans le suivi somatique des personnes vivant avec un trouble psychique sévère. Une étude issue du projet de recherche Colchique soutenu par l'Unafam. *Un autre regard*, 2021.

Conférences ou séminaires

- Gandré C., Coldefy M. Un suivi somatique insuffisant pour les personnes vivant avec un trouble psychique sévère. La preuve par les chiffres. Colloque recherche de l'Unafam. Visio-conférence, juin 2022 (co-auteur : Magali Coldefy)
- 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).

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 : 2018-2020

Période de valorisation : 2020-2021

Contexte et objectifs

Dans un contexte de demande croissante de soins liée à une population vieillissante souffrant de multiples maladies chroniques, la France, comme d'autres pays, cherche à faire progresser la coordination des soins dans les secteurs des soins primaires, hospitaliers et de longue durée. Les médecins spécialistes jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, mais jusqu'ici peu d'attention a été accordée à leurs modes d'organisation en dehors de l'hôpital, et à leur rôle dans l'amélioration de la coordination des soins centrés sur le patient.

Ce projet, subventionné par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) visait à apporter un éclairage international sur la question.

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

En collaboration avec des chercheurs et des experts de cinq pays – Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie et Pays-Bas – nous avons identifié plusieurs modèles d'organisation des soins spécialisés. Afin de comprendre l'organisation effective des soins autour de pathologies spécifiques, nous avons réalisé dans ces pays différentes études de cas entre juin 2018 et mars 2019. Celles-ci n'ont pas pour objectif de fournir une description globale des soins ambulatoires dans chaque pays. Il s'agit plutôt d'étudier les modalités d'organisation autour des parcours de soins des patients, en décrivant la coordination des rôles et des tâches entre les médecins spécialistes et les autres professionnels impliqués, ainsi que les caractéristiques innovantes et les modèles financiers sous-jacents.

Avancement du projet

Le projet a démarré en mi-2018, les terrains ont été réalisés en 2018 et 2019 dans cinq pays. 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 sont aussi publiés en forme de monographie par l'Irdes à la fois en anglais et en français.

Valorisation

Publication Irdes

Michel L., Or Z. (2021). International Comparison of Specialist Care Organization: Innovations in Five Countries. **Germany**: Interdisciplinary Ambulatory Healthcare Centers in Berlin Area (MVZs). Irdes Case Studies, 583, 2021/10

Michel L., Or Z. (2021). Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays. **Allemagne**: Des centres de soins ambulatoires interdisciplinaires à Berlin (MVZ). Etudes de cas, Irdes, 582, 2021/10

Michel L., Or Z. (2021). International Comparison of Specialist Care Organization: Innovations in Five Countries. The **United States**: Innovating Hospital Services at the University of North Carolina Medical Center. Irdes Case Studies, 581, 2021/10

Michel L., Or Z. (2021). Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays. **États-Unis** : Des services hospitaliers innovants au Centre médical de l'Université de Caroline du Nord. Etudes de cas, Irdes, 80, 2021/10

Michel L., Or Z. (2021). International Comparison of Specialist Care Organization: Innovations in Five Countries. **England**: Pioneer Integrated Care Teams in Geriatric and Respiratory Services. Irdes Case Studies, 579, 2021/07

Michel L., Or Z. (2021). Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays. **Angleterre** : des équipes pionnières de soins intégrés en gériatrie et en pneumologie. Etudes de cas, Irdes, 578, 2021/07

Michel L., Or Z. (2021). International Comparison of Specialist Care Organization: Innovations in Five Countries. Integrated Funding for Maternity Care in the **Netherlands**. Irdes Case Studies, 577, 2021/02

Michel L., Or Z. (2021). Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays. **Pays Bas** : le financement intégré des soins de maternité aux Pays-Bas. Etudes de cas, Irdes, 576, 2021/02

Michel L., Or Z. (2021). International Comparison of Specialist Care Organization: Innovations in Five Countries. **Italy**: Multidisciplinary Networks in Tuscany. Irdes Case Studies, 574, 2020/07

Michel L., Or Z. (2021). Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays. **Italie** : les réseaux pluridisciplinaires en Toscane. Etudes de cas, Irdes, 573, 2020/07

- 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). « [Évaluation 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 : Bourgueil 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.

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 interprofessionnelles, 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 Direction de la Sécurité sociale (DSS) à partir de 2008, avec une extension à plusieurs régions, et, à partir de 2012, au niveau national. Asalée est une expérimentation de coopération entre Médecins généralistes (MG) et Infirmières diplômées d'Etat (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 cardio-vasculaire) et la prescription/réalisation d'actes dérogatoires (électrocardiogramme, spirométrie, examen du pied - monofilament). Le financement des actions menées dans le cadre du dispositif Asalée relève aujourd'hui du collège des financeurs. Au 31 juillet 2015, on recensait dans Asalée 835 généralistes (MG) et 237 infirmières (IDE).

Méthodologie et phasage du projet

L'évaluation du dispositif Asalée s'inscrit dans un programme de recherches mixtes associant des démarches qualitatives et quantitatives. Celui-ci vise, d'une part, à analyser les modalités concrètes de mise en œuvre 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 à la qualité des soins et services rendus et, enfin, à contribuer à préciser l'opportunité et les conditions d'une pérennisation 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 infirmières et les infirmiers 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 du dispositif 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 de binômes MG-IDE dans leur environnement.

L'analyse quantitative, qui a débuté au second semestre 2015, s'est poursuivie 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 qualité et de pertinence des soins pour les patients diabétiques, ainsi qu'en termes de recours et parcours soins sont terminés et en cours de valorisation pour la fin 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 de ce dispositif 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 tant en intention de traiter que per protocole. Les effets sont plus importants pour les patients suivis par des binômes dont la coopération est plus intense et poussée. L'analyse des gains en termes de

recours ambulatoires ou à l'hôpital ne permet pas de mettre en évidence de différences significatives et d'importances notables.

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". Soumis, révisé et re-soumis, *IJHEM*, juin 2022
- Loussouarn C., Franc C. Videau Y., Mousquès J. (2020). "Can General Practitioners Be More Productive? The Impact of Teamwork and Cooperation with Nurses on GP Activities". *Health Economics*. 12/2020. <https://doi.org/10.1002/hec.4214>
- 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 <https://doi.org/10.3917/redp.294.0489>
-

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. (Icone 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 : évaluation 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 (Euhea), 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^{es} 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^e Journées des économistes de la santé français (JESF)*, Marseille, 30 novembre-1^{er} 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, Emmanuel Lanés, Damien Bricard

Période de réalisation : 2017-2022

Cette recherche comporte deux phases relatives à deux objectifs distincts. 1) La première est intégrée au sein d'une réflexion pluridisciplinaire menée autour de l'alcoolisation des jeunes adultes qui a abouti à un ouvrage commun ayant pour but d'analyser leurs comportements 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 ont été 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. 2) La seconde est conduite par l'Irdes et s'intéresse plus largement à la conjugaison de plusieurs comportements à risque pour la santé des adultes jeunes.

Données

Les données mobilisées sont issues essentiellement de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes, *opus* 2014, intégrant l'Enquête santé européenne (EHIS). Elles proviennent de différents questionnaires permettant d'observer la consommation d'alcool, de tabac, de fruits et légumes et des pratiques d'activités physiques et sportives (APS) de cette tranche de population en renseignant les caractéristiques sociodémographiques et de santé permettant d'en analyser les déterminants. L'appariement de cette enquête au Système national des données de santé (SNDS : Datamart de consommation inter-régime-DCIR et *Programme de médicalisation des systèmes d'information-PMSE*) fournit les informations de consommation médicale. S'ajoutent les données des *opus* d'ESPS 2002 à 2012 permettant d'en suivre l'évolution de 2002 à 2014

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 à la fois actuelle et future.

Le premier objectif 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'agit 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 en construisant des profils de comportements conjugués, 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* d'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 à leur pratique d'activités physiques et sportives. Il s'agit 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) est réalisée. La prévalence des différents profils de consommation d'alcoolisation et, en particulier, celle des profils à risque ponctuel et à risque chronique, est déclinée selon le sexe et par âge, mais aussi selon les caractéristiques socio-économiques 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, est également menée au regard des recommandations de santé.

Plusieurs typologies de l'ensemble de ces comportements à risque pour la santé sont réalisées séparément, une pour les hommes, une pour les femmes et une pour l'ensemble des deux sexes, chacune 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, ces typologies sont suivies par une analyse explicative des classes établies, au regard de la situation sociale (sexe, âge, résidence, Caractéristiques socioprofessionnelles-CSP, activité, revenus, protection sociale, situation familiale, aversion au risque, difficultés rencontrées au cours de la vie...) et de l'état de santé général (Indice de masse corporelle-IMC, maladies, consommation médicale) de cette population. Il s'agit d'identifier tant les facteurs de risque des comportements délétères que les facteurs protecteurs.

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 de la consommation d'alcool affinées sur l'année 2014 ; évolution 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 de deux typologies, une pour les hommes et une pour les femmes, des quatre comportements conjugués, en utilisant les variables spécifiques d'EHS 2014 appariées aux données du SNDS ; communications en congrès internationaux.

2020 : Troisième typologie des comportements conjugués, pour l'ensemble des deux sexes et confrontation aux typologies séparées, et analyse explicative (modélisations) ; rédaction d'un mémoire de Master 2 intégrant ces résultats.

2021-2022 : Préparation de publications Irdes : 1) un premier *Questions d'économie de la santé (QES)* sur l'alcoolisation des jeunes adultes en ayant ajouté les caractéristiques de santé ; 2) un *Document de travail Irdes (DT)* sur les comportements conjugués à risques pour la santé 3) assorti d'un second *Questions d'économie de la santé*.

Valorisation

Publications Irdes :

La consommation d'alcool des jeunes adultes : un risque global d'alcoolisation excessive bien plus élevé pour les hommes mais un risque ponctuel en augmentation pour les femmes, Com-Ruelle L., Choquet M. Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 265, 01/2022.

A venir :

- Les comportements à risques pour la santé des jeunes de 18 à 30 ans : ce qui les rassemble ou les distingue et leurs déterminants. Poucineau J., Lanés E., Bricard D., Com-Ruelle L. *Document de travail Irdes et Questions d'économie de la santé* prévus en 2022.

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'Allass)* : « 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'Allass)* : « 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.

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 : 2020-2021

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 obligés 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 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 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 trois 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 professionnel.le.s étudiée.s 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 six thèmes auxquels étaient associés un ensemble de questions. Les enquêté.e.s avec lesquel.le.s les entretiens ont été menés, ont été sélectionné.e.s 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 a donné lieu à un rapport rendu au Hcaam et mis en ligne sur le site de l'Irdes, ainsi qu'à un *Questions d'économie de la santé (QES)* :

- 1) Suchier M. et Michel L. (2021). « Pratiques paramédicales en soins primaires. Etude qualitative auprès d'infirmières, d'aides-soignantes et d'aides à domicile ». Irdes, Rapport n° 584, novembre, 110 pages.
<https://www.irdes.fr/recherche/2021/rapport-584-les-pratiques-paramedicales-en-soins-primaires.html>
- 2) Suchier M. et Michel L., avec la collaboration de Fournier C. (2021). « Des tensions entre dynamiques professionnelles et interprofessionnelles dans le travail des aides à domicile, des aides-soignantes et des infirmières en soins primaires ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n°263, novembre.
<https://www.irdes.fr/recherche/2021/qes-263-tensions-entre-dynamiques-professionnelles-et-interprofessionnelles-travail-aides-a-domicile-aides-soignantes-infirmieres.html>

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.

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) Nous mesurons 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.

APPELS A PROJETS
REPONSES EN COURS

- Réponse à l'ANR JCJC pour le projet GYMS (Novembre 2021) portée par Quitterie Roquebert (Université de Strasbourg).

Projet : Women's sexual health in France: supply changes, professional practices and healthcare use

Date de dépôt du dossier : Novembre 2020

Coordinatrice du projet : Quitterie Roquebert (Université de Strasbourg)

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

Durée du projet : 3 ans

Date de la réponse : 2023

- **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.

OUTILS D'OBSERVATION

Enquête sur la Santé et l'Utilisation des Services de Santé des Travailleurs du Sexe exerçant sur Internet en France

Code Projet : LAPSUS

Equipe : Paul Dourgnon, Stéphanie Guillaume, Florence Jusot (IRDES, Université Paris Dauphine), Antoine Marsaudon, Jérôme Wittwer (ISPED)

Collaboration extérieure : le consortium reprend la configuration retenue pour l'enquête Premiers pas, elle associe les mêmes deux acteurs académiques, Université Paris-Dauphine et Bordeaux Population Health côté recherche, et un acteur non gouvernemental central travaillant avec cette population.

Co-financement : Direction générale de la santé, Bureau Infections par le VIH, IST, hépatites et tuberculose (SP2), Sous-direction de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques.

Période de réalisation : 2023-25

Terrain de l'enquête prévu au deuxième semestre 2023

Contexte et objectifs :

La population des Travailleurs du sexe (TS) reste très mal connue. Il n'existe pas de registre exhaustif, d'enquête à visée représentative, ni de bases de données administratives, en dehors des sources du ministère de l'Intérieur qui sont issues de l'Office central pour la répression de la traite des êtres humains et qui sont davantage représentatives de l'activité des services du ministère de l'Intérieur que de la population des TS. Les estimations de la taille de la population des TS varient dans un rapport de 1 à 20, de 18 000 à 400 000 personnes. Ces écarts reflètent tant des différences d'approche que des fractures idéologiques profondes.

Plusieurs institutions ont souligné l'absence de données sur cette population, en particulier sur son état de santé, dans un contexte de changement profond des modes pratique (rue *versus* internet) et des populations elles-mêmes, en particulier selon le pays d'origine. « En l'absence d'études d'ensemble, la connaissance est en pointillée dans cet univers », note un rapport de l'Assemblée nationale de 2011. Un rapport de la Haute Autorité de santé (HAS) de 2016 souligne « un manque d'études scientifiques françaises sur les personnes en situation de prostitution et, en particulier, sur l'état de santé mentale, sur les consommations de drogues de synthèse et sur la prévalence des hépatites B et C ». Enfin, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) de 2012 pointe que « la principale et très grave lacune des données disponibles porte sur la prostitution "invisible", celle notamment qui s'appuie sur internet dont on ne connaît ni l'ampleur ni les caractéristiques. [...] Elle est d'autant plus dommageable qu'il semble probable que cette forme de prostitution soit en forte progression et appelée à progresser davantage à l'avenir ».

Les informations disponibles sur la population des TS tendent à montrer de fortes vulnérabilités tant sociales (isolement, précarité, violence subie) qu'en termes de santé et d'accès aux soins (littératie en santé, problèmes de santé spécifiques, consommations et pratiques à risque, accès à l'Aide médicale de l'Etat-AME) [Rapport HAS, 2016].

Aujourd'hui, si les TS restent largement invisibles pour la statistique publique, les modes d'exercice semblent connaître des changements durables et profonds s'orientant massivement vers une pratique sur internet. Une partie des TS travaillant dans la rue exerçant également sur internet.

Nous nous proposons de conduire une enquête à visée représentative des TS exerçant sur internet. Pour cela, nous construirons une base de sondage à partir des numéros de téléphone recueillis sur les sites d'escorts les plus fréquentés. Cette base nous permettra de construire un échantillon aléatoire que nous contacterons puis interrogerons *via* WhatsApp, internet et potentiellement d'autres applications, sur les sujets suivants :

- Caractéristiques démographiques, sociales, économiques, dont parcours migratoire pour les personnes concernées
- Caractéristiques de la pratique professionnelle
- État de santé, comportements de santé
- Couverture santé (Complémentaire santé solidaire-CSS, AME)
- Accès, recours et modes d'utilisation des services de santé

Les questionnaires seront traduits en plusieurs langues et l'interaction avec les TS s'appuiera sur un ou plusieurs acteurs associatifs intervenant dans le domaine du travail du sexe.

Enquête 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, Lucie Michel, Matti Suchier (Irdes), Laure Pitti (Cresppe), avec la collaboration d'Isabelle Bourgeois et de Vincent Schlegel

Période de réalisation : Mars 2020-mars 2022

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) <https://www.irdes.fr/recherche/enquetes/execo-exercice-coordonne-en-soins-primaires-face-epidemie-covid-19/actualites.html>

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 permet 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), engagées 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 ont été menés par téléphone ou en visioconférence entre mars et décembre 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 sept chercheur·e·s, conduit, 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.

Parmi les premières productions, figurent un *Questions d'économie de la santé (QES)* et deux articles :

- 1) Fournier C., Michel L., Morize N., Pitti L., Suchier M., avec la collaboration de Bourgeois I. et Schlegel V. (2021). « Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques de coordination territoriale ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 260, juillet-août.
<https://www.irdes.fr/recherche/2021/qes-260-les-soins-primaires-face-a-l-epidemie-de-covid-19.html>
- 2) Fournier C., Clerc P. (2021). « La construction d'une organisation territoriale des acteurs de soins primaires face à l'épidémie de Covid-19 : apports d'une étude de cas à l'échelle d'un canton ». *Revue francophone sur la santé et les territoires*. « Pandémie, crises et perspectives : lectures territoriales de la Covid-19 », en ligne, mars.
<https://journals.openedition.org/rfst/869>
- 3) Michel L., Schweyer F.-X. (2021). « La sécurité sanitaire au village. La crise du Covid-19 vue d'en bas ». *Revue française des affaires sociales* 2021/2, pages 13 à 35.

D'autres publications sont en cours.

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, Stéphanie Guillaume, 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 2011-2024

Contexte

Depuis le début de l'année 2020, des mesures inédites ont été mises en œuvre en France pour tenter de limiter la pandémie de Covid-19, notamment des confinements obligatoires au lieu de résidence. Bien que l'accès aux soins ait fait partie des dérogations de déplacement possibles, une forte diminution du recours au système de santé a été observée. Cette situation est susceptible d'impacter plus particulièrement les populations ayant un besoin de suivi régulier et au long cours, telles que les personnes avec un handicap lié à une pathologie invalidante. Au-delà de l'accès aux soins, les restrictions de déplacement ont possiblement réduit leur accès aux services d'accompagnement (notamment médico-sociaux) et reporté cette responsabilité sur leur entourage. Pourtant, la littérature sur ces aspects demeure fruste. Dans ce contexte, des professionnels en charge du suivi sanitaire de personnes en situation de handicap, inquiets face à la dégradation de l'état de santé de leurs patients observée sur le terrain, se sont rapprochés de l'Irdes pour développer le projet Handicovid.

Objectifs

L'objectif principal de cette recherche est d'évaluer les conséquences des restrictions d'accès aux soins et à l'accompagnement pendant la pandémie de Covid-19 chez les personnes en situation de handicap.

Cet objectif principal se décline en deux objectifs intermédiaires : 1/ la caractérisation des restrictions d'accès aux soins et à l'accompagnement pendant la crise sanitaire dans les populations d'intérêt ; 2/ l'identification des conséquences de ces restrictions sur l'état de santé au sens large, c'est-à-dire incluant perte d'autonomie et mortalité, à court et moyen terme.

Méthodes

La recherche se centre sur trois populations en situation de handicap pour lesquelles un besoin de suivi et d'accompagnement multiple et régulier est nécessaire et relève de plusieurs secteurs : personnes vivant avec une lésion médullaire, une sclérose en plaques, un trouble psychotique ou bipolaire. Ce projet s'appuie sur une expertise pluridisciplinaire et une approche participative impliquant des cliniciens à toutes les étapes du projet. Il sera mis en œuvre en mobilisant, d'une part, des données médico-administratives exhaustives sur la consommation de soins à l'échelle nationale (Système national des données de santé, SNDS), et, d'autre part, des données issues d'entretiens biographiques menés auprès des populations étudiées, dans trois régions de France différemment impactées par la pandémie. La recherche repose sur trois modules complémentaires : 1/ la quantification des restrictions d'accès aux soins des populations d'intérêt à l'échelle nationale au cours de la pandémie de Covid-19 à partir des données du SNDS en s'appuyant sur les parcours de soins pré-pandémiques ; 2/ la mise en place d'une enquête exploratoire pour interroger les

parcours d'accompagnement et comprendre leur articulation avec les parcours de soins par des entretiens reposant sur une grille biographique (Ageven), réalisés sur un échantillon de personnes issues des deux populations d'intérêt (Sep et BM), et appariés à leurs données de consommation de soins ; 3/ l'évaluation des conséquences des restrictions d'accès aux soins et à l'accompagnement sur l'état de santé à partir d'un ensemble d'indicateurs (motifs d'hospitalisation, mortalité prématurée...) construits à partir du SNDS.

Perspectives

Les résultats attendus sont de documenter les enjeux indirects d'une crise sanitaire sur les personnes en situation de handicap en permettant une meilleure compréhension des situations de restrictions d'accès aux soins et à l'accompagnement habituels de ces personnes au cours de la pandémie de Covid-19 et des conséquences sur leur état de santé. Ces résultats permettront de sensibiliser les différentes parties prenantes aux problématiques de ces populations et d'orienter les politiques publiques visant à atténuer les éventuelles pertes de chances mises en évidence, et à mettre en place des mesures de protection de ces publics dans des contextes de crise futurs (élaboration de recommandations). Par ailleurs, ce projet apportera une valeur ajoutée à la recherche par la mise en œuvre de méthodes innovantes dans le champ du handicap (identification des populations dans des bases médico-administratives à l'échelle nationale et lien avec des données d'enquêtes *ad hoc* complémentaires) qui pourront être reproduites dans le cadre d'autres travaux.

État d'avancement

2021 :

- Constitution des cohortes

Identification des indicateurs de suivi et parcours de santé.

Fin 2021-2022 :

- Démarches administratives (Commission nationale de l'informatique et des libertés-Cnil, Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé-Cesrees).

Début 2023 :

- Mise en œuvre de l'enquête biographique.

Collaborations

Des collaborations sont développées avec la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam), l'Institut national d'études démographiques et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale qui développent des travaux complémentaires sur les conséquences indirectes de la pandémie de Covid-19.

Valorisation

Levy J., Espagnacq M., Regaert C., Duchaine F., Bensmail D., Denys P. : « Identification de la population des blessés médullaires français au moyen d'un algorithme basé sur l'utilisation de codes et données de santé de l'Assurance maladie ». Congrès 2021 de la Société française de médecine physique et de réadaptation, octobre 2021.

Duchaine F., Espagnacq M., Regaert C., Ben-Smail D., Denys P., Levy J. : « Identification des personnes atteintes d'une lésion médullaire dans le Système national des données de santé », Livre des résumés présentés au Congrès Adelf-Emoi, avril 2022.

Duchaine F., Espagnacq M., Gandre C., Cordazzo P. Cliniciens du consortium HandiCovid : « L'intérêt des données du SNDS pour étudier l'impact de la pandémie sur les personnes en situation de handicap », XXI^e colloque international de l'Aidelf, Athènes, juin 2022.

Duchaine F., Espagnacq M., Regaert C., Ben-Smail D., Denys P., Levy J. : « Identification des personnes atteintes d'une lésion médullaire dans le Système national des données de santé », Congrès Adelf-Emoi 2022, Dijon. (poster).

Les Infirmières de pratique avancée (IPA) en soins primaires : enjeux et pratiques à partir d'études de cas en Ile de France

Code projet : IPASoP

Equipe : Cécile Fournier (Irdes), Vincent Schlegel (Irdes)

Collaborations extérieures et financement : Fémasif

Période de réalisation : 2022-2023

Contexte et objectifs

Les soins primaires connaissent depuis plusieurs dizaines d'années des transformations importantes largement documentées par les travaux pluridisciplinaires conduits par l'Irdes. Ces transformations concernent notamment les lieux et modes d'exercice des professionnels de santé, avec la promotion de structures d'exercice regroupé, et notamment la création de Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et le soutien croissant aux Centres de santé (CDS). Mais elles concernent aussi leurs modes de rémunération, depuis les expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) jusqu'aux expérimentations nationales « Article 51 » [Projet Era2], en passant par l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) [Projet Raf] mis en place pour les MSP et les CDS, puis pour les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). En parallèle, on assiste depuis quelques années à l'émergence de nouveaux groupes professionnels, dont l'implantation en maison de santé vient réinterroger l'organisation des soins, la division du travail et la place des missions de santé publique dans les prises en charge, que l'on pense aux assistantes médicales, aux médiatrices en santé ou encore à la segmentation croissante de la profession infirmière. Ces segments sont inégalement formalisés aujourd'hui. Certains se déploient au niveau national, comme les infirmières inscrites dans le dispositif Action de santé libérale en équipe (Asalee) [Projet DAPHNEE], tandis que d'autres existent uniquement à l'échelle locale. C'est le cas des infirmières exerçant en soins primaires avec différents statuts et intitulés de poste (infirmière de parcours, de coordination, etc.), mises en avant dans de nombreux projets d'expérimentation « Article 51 » [projet Era2]. L'émergence des infirmières de pratique avancée (IPA), inscrite dans la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 et leur intégration au sein des MSP s'inscrit dans ce cadre mouvant.

Si les IPA se déploient aujourd'hui majoritairement à l'hôpital, non sans difficultés, leur intégration ne se fait pas non plus sans heurt en médecine ambulatoire. En particulier, leur faible présence en MSP – notamment en comparaison des effectifs présents en centres de santé – pose la question du modèle économique sous-jacent. L'objectif principal de cette enquête est de documenter l'implantation des IPA en soins primaires, et plus spécifiquement en MSP. Dans ce cadre, il s'agira d'analyser les pratiques concrètes des IPA au sein de ces structures, les conditions dans lesquelles elles y exercent et les transformations de la division du travail entre les professionnels amenés à dispenser des soins primaires. En particulier, on s'attachera à étudier les effets de l'introduction des IPA - certaines exerçant aussi en tant qu'infirmière Asalee - en MSP sur les relations entre les soignants et la recomposition des frontières entre les groupes professionnels, que l'on pense aux médecins, mais aussi autres professions paramédicales exerçant en MSP (infirmières libérales, diététiciennes, etc.), voire avec des professionnels exerçant dans d'autres secteurs de soin (hôpital, structures libérales, établissements médico-sociaux). *In fine*, l'enquête devra permettre d'identifier les conditions nécessaires à l'intégration durable des IPA au sein des équipes de soins primaires, et les apports d'un exercice en MSP à la pratique des IPA, en prenant l'exercice salarié en CDS comme point de comparaison.

Méthode

L'enquête sociologique qualitative se déroulera en deux temps.

Dans la continuité du travail de thèse de médecine spécialisée en santé publique de Louise Luan réalisé à l'Irdes en 2021, une première phase exploratoire permettra de caractériser le travail des IPA franciliennes exerçant en libéral, tout en déterminant les conditions dans lesquelles elles ont été amenées à s'engager dans ce type d'exercice et les organisations de travail mises en place (réalisation de 10 à 15 entretiens). Cette phase permettra également de caractériser des configurations de pratique à approfondir dans une seconde phase de l'enquête.

La phase principale de l'étude reposera sur des études de cas au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles (3 à 4) et de centres de santé (1 à 2), de manière à objectiver les dynamiques de déploiement de leur activité et les effets de l'arrivée d'une IPA sur l'organisation et le travail pluriprofessionnel. L'enquête s'appuiera alors sur des données récoltées dans le cadre d'observations du travail des IPA, et sur des entretiens avec des membres des équipes concernées.

L'analyse des données recueillies permettra de nourrir la dynamique de soutien au développement de la pratique avancée impulsée par la Femasif. L'analyse viendra également enrichir les connaissances sur les dynamiques actuelles de la profession infirmière étudiées dans le cadre du projet Era2.

Calendrier :

Entretiens : septembre à novembre 2022

Etudes de cas : novembre 2022 à mars 2023

.

Enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017

Code projet : PSCE17

Equipe (en 2022) : Marc Perronnin, Roseline Vincent

Collaboration extérieure : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la Santé

Période de réalisation : 2015-2023

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'efficience 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 offertes 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'efficience 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 étudiés. 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'apurement de l'enquête, son redressement et le codage des garanties de la formule de base (partie collective du contrat) se sont étalés de la fin de l'année 2017 à la mi 2019. Le codage des niveaux d'indemnisation des délais de carence qui, comme les garanties de complémentaire santé, sont saisis sous la forme d'une information textuelle, a été finalisé en 2022.

Dès 2018, les volets Etablissements et Salariés avaient été appariés avec les *Déclarations annuelles de données sociales* (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 Système national des données de santé-SNDS) sont diffusables auprès des chercheurs, sous réserve que ceux-ci aient les autorisations adéquates.

Au printemps 2021, l'Irdes a reçu de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) les données SNDS des consommations médicales exécutées entre le 01/01/2014 et le 31/12/2017 de l'ensemble des salariés présents au 31/12/2015 dans les établissements échantillonnés, soit environ 570 000 individus. L'appariement de ces données avec celles de l'enquête permettront de travailler sur des thématiques telles que la tarification des contrats d'entreprise, l'effet de la complémentaire santé sur le recours aux soins. Le travail de construction des indicateurs sur le modèle de ceux de l'appariement ESPS-SNDS a commencé après vérification de la qualité des données reçues. A l'automne 2022, la construction des tables de bénéficiaires et de consommations de soins ambulatoires, est terminée et celle concernant les séjours hospitaliers en Médecine chirurgie obstétrique (MCO) est en voie de finalisation. Restent à traiter les données d'indemnités journalières. Un travail de valorisation des séjours en Soins de suite et de réadaptation - Hospitalisation à domicile et psychiatrie (SSR-HAD et Psy) pourra également être mené.

Valorisation / diffusion

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, Perronnin, 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.

Des travaux de recherche Irdes ont exploité l'enquête PSCE 2017 exclusivement (Perronnin, 2021) ou en combinaison avec d'autres sources de données (Pierre, 2022).

Les données et résultats de l'enquête ont servi à alimenter un rapport du haut comité pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam) consacré à la complémentaire santé et à la prévoyance ainsi qu'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale de l'administration (IGA) consacré à la protection sociale des fonctionnaires.

En 2021, des fichiers de production et de recherche de l'enquête non-appariée au SNDS ont été transmis aux *Archives de données issues de la statistique publique* (Adisp) pour faciliter la mise à disposition des données à la communauté des chercheurs.

Calendrier de réalisation

2015 : définition du protocole d'enquête (tirage et terrain), rencontres avec les experts du domaine de l'assurance, de l'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. Échantillonnage 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 Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé (Cerees) et à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (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.

2021-2023 : 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.
- Sous la direction de Barlet M., Gaini M., Legal R., Gonzalez L. (dir) Lapinte A., Pollak C. (coord) (Drees). « La complémentaire santé : Acteurs, bénéficiaires, garanties ». *Panoramas de la Drees, édition 2019*. Avril 2019.
- 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.
- Perronnin, M., (2021). « La participation de l'employeur à la complémentaire santé d'entreprise est-elle régressive ? ». *Communication au 43^{es} Journées des économistes de la santé français (JESF)*, décembre 2021.

Pierre, A. (2022). « Marché de la complémentaire santé, inégalités et préférences en matière de couverture : les effets observables de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise ». Irdes, *Document de travail*, à paraître en 2022.

- *La place de la complémentaire santé et prévoyance en France*, Hcaam, janvier 2021.
- D. Chaumel, L. Gratioux et F. Le Morvan (Igas) – V. Lidsky et I. Schapira (IGF) – C. Desforges (IGA). « Protection sociale complémentaire des agents publics (fonction publique d'État et territoriale) ». Rapport IGAS – IGF – IGA, juin 2019.

Enquête sur les bénéficiaires de prestation du handicap (Enquête Phedre)

Code projet : PHEDRE

Equipe : Maude Espagnacq, Stéphanie Guillaume, Frédérique Ruchon (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 Prestation de compensation du handicap : exécution dans la durée et reste à charge (Phedre) 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 à la suite d'une demande faite en 2012.

Période de réalisation : 2016-2023

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 CD, qui permettra d'identifier les personnes ayant 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), Comité d'expertise pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé (Cerees) [avis favorable], Commission nationale informatique et libertés (Cnil)
- 2020-2022 : Entretiens en face-à-face,
- 2022 : Questionnaires dans les MDPH ; Apurement, pondérations
- 2023 : Appariement Sniiram, première publication
- 2024 : appariement RFS ; publications

Bilan de la collecte :

3 791 entretiens complets en face à face

3 791 formulaires longs MDPH et 4 907 formulaires courts

Faisabilité de l'identification des situations de handicap à partir des données médico-administratives – Projet Fish

Code projet : FISH (ex REA236)

Equipe : Fabien Daniel, Maude Espagnacq, Camille Regaert, (Irdes)

Collaboration extérieure : Argo Santé, Catherine Sermet

Période de réalisation : 2016-2025

Données : Système national des données de santé (SNDS) ; Enquête Handicap Santé (HS) 2008, EHIS 2019.

Contexte et objectifs

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) souhaite explorer la possibilité de repérer les populations en situation de handicap à travers les 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

Une première étape a été de déterminer à dire d'experts les informations du SNDS qui, seules ou combinées, sont susceptibles d'identifier des situations de handicap, et de concevoir une revue de la littérature française et internationale sur la réalisation d'algorithme à partir de données médico-administratives.

A l'issue de cette phase, quatre algorithmes ont été développés selon la nature du trouble recherché : moteur ou organique ; psychique intellectuel ou cognitif (PIC) ; visuel et auditif. Un dernier algorithme identifiant les reconnaissances administratives du handicap (pension d'invalidité et allocation adulte handicapé) ou le fait d'être suivi ou hébergé dans un établissement médico-social est également réalisé. Une synthèse de ces algorithmes permettra donc d'identifier si les personnes sont à risque ou non d'avoir des limitations provoquant une situation de handicap.

Une cohorte composée de l'ensemble des personnes vivantes au 31 décembre 2019 a été constituée et leurs consommations de soins entre 2012 et 2019 ont été prise en compte.

L'objectif initial de comparer les résultats des algorithmes aux résultats issus de l'enquête Handicap santé (HS) a été abandonné du fait d'écarts de déclaratifs trop importants, notamment sur la possession d'aide technique (identifiée dans le SNDS et non déclarée dans l'enquête) et de l'impossibilité de faire passer l'algorithme complet puisqu'une seule année est disponible dans HS. Une comparaison des structures par sexe et âges des populations identifiées dans les algorithmes et dans les données d'enquêtes est réalisée sur l'enquête HS de 2008 qui est l'enquête la plus complète et sur l'enquête EHIS, plus récente (2019) qui contient des questions sur les limitations fonctionnelles moins nombreuses.

Des travaux seront menés à partir de l'enquête Prestation de compensation du handicap : exécution dans la durée et reste à charge (Phedre) qui est appariée aux données de consommation de soins de 2012 à 2022, pour valider l'identification correcte de la nature de la limitation (toutes les personnes étant handicapées dans l'enquête Phedre). Dans les années à venir, l'algorithme sera testé sur l'enquête Vie quotidienne et santé (VQS) et Autonomie où une demande d'appariement des données du SNDS sur plusieurs années sera possible.

Résultats

L'algorithme moteur et organique permet d'identifier près de 10 millions de personnes à risque de handicap suite à des limitations motrices et organiques.

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 (Cim 10, CCAM, LPP, etc...) permettant de déterminer si une maladie, un acte ou une prestation est traceuse de limitations visuelles.
- Constitution de l'algorithme dans l'EGB
- L'algorithme sur les limitations visuelles 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 (Cim 10, CCAM, LPP, etc.) permettant de déterminer si une maladie, un acte ou une prestation est traceuse de limitations motrices ou organiques.
- La construction de l'algorithme pluriannuel sur les limitations motrices, visant à récupérer les prestations des années antérieures (acquisitions de lunettes non renouvelées tous les ans, par exemple).

Les travaux ont été suspendus en 2021

En 2022

- L'algorithme psychique, intellectuel et cognitif a été développé
- L'algorithme visuel a été transposé de l'EGB au SNDS
- La publication des résultats sur l'algorithme moteur

2023 sera consacrée à :

- La mise à disposition des algorithmes moteurs, psychiques intellectuels et visuels
- La publication des résultats de l'algorithme PIC et visuel
- La finalisation de l'algorithme auditif et de l'algorithme sur les reconnaissances administratives et suivi par les Etablissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS).

Valorisation

Publications Irdes

- *Questions d'économie de la santé* sur l'identification des usagers de fauteuils roulants dans le SDNS (à paraître).
- *Questions d'économie de la santé* sur la comparaison des résultats de l'algorithme moteur aux données d'enquête (à paraître)

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-auteure Penneau A.)
- *Mardi de l'Irdes*, Paris, 6 septembre 2022, Faisabilité d'identification des personnes à risque de handicap (Fish) à partir des données du Système national des données de santé (SNDS). Méthodologie générale et résultats de l'algorithme « moteur et organique », Espagnacq M., Regaert C., Daniel F., Sermet C., Podevin M.

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 C.

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.

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, la sociologie, 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. En raison du déménagement de l'Irdes en novembre 2022, le fonds documentaire a été considérablement réduit (de 50 % environ). Il a été recentré sur les thématiques HSR (Health Services Research).

Une banque de données en économie de la santé et domaines connexes

Fin 2022, la banque de données documentaire de l'Irdes comprend **78 325 références** dont **1 152 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. Par ailleurs, la base BDSP a cessé d'être disponible en archives ouvertes sur le site de l'Inist à l'été 2022.

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. Le logiciel n'étant plus commercialisé à partir de janvier 2023, une réflexion est en cours pour une évolution vers une autre solution documentaire.

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

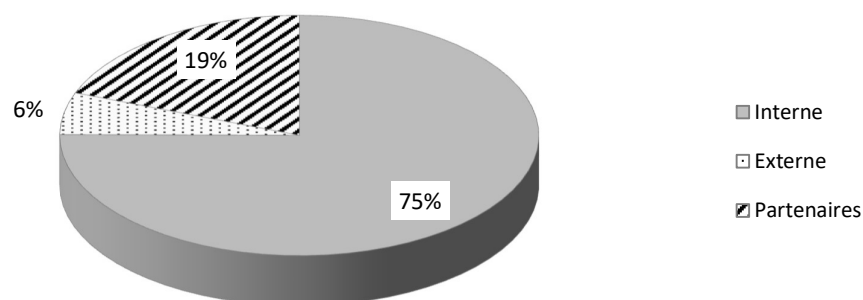
de diffusion. L'utilisation de logiciels de veille documentaire – Website-Watcher et Netvibes – permet un suivi exhaustif des sites Internet producteurs de littérature grise.

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 entre recherche interne pour les chercheurs de l'Irdes et recherche externe, notamment pour les partenaires institutionnels (Igas, Drees, HCSP...). Le savoir-faire de la documentation semble reconnu et apprécié.

Répartition de la recherche documentaire en 2022



Évolution de la Recherche documentaire : 2016-2022

Année	Interne	Externe (yc partenaires)	Total
2016	210	284	494
2017	215	216	431
2018	230	195	425
2019	235	189	424
2020	232	151	383
2021	210	129	339
2022	199	68	267

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.

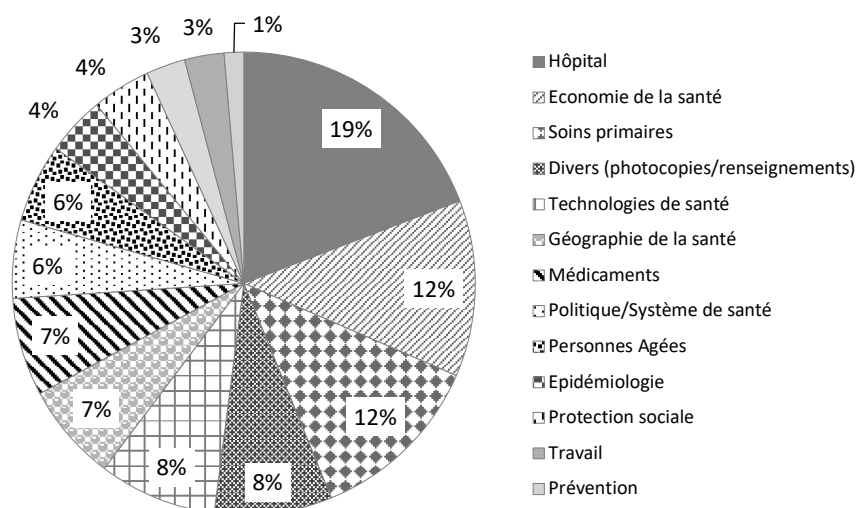
En 2022, les recherches internes ont principalement porté sur les thèmes suivants : **Organisation et régulation des soins et services de santé** : les facteurs d'installation, de maintien et de mobilité des médecins libéraux diplômés à l'étranger ; la mobilité des médecins généralistes et leur accessibilité spatiale selon la méthode E2SCA2 ; les masseurs kinésithérapeutes : disparité territoriales, mode d'exercice en groupe, efficience du mode d'accès ; l'expérience patients en soins collaboratifs pour santé mentale ; l'électroconvulsivothérapie ; les interventions de prévention santé efficace à l'intention des jeunes adultes. **Protection sociale, santé et accès aux soins** : historique du ticket modérateur et des restes à charge ; la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques sévères ; l'asthme : coût, épidémiologie, interventions au domicile des patients, approches méthodologiques. **Intégration et financement des secteurs de santé, médico-social et social** : les limitations fonctionnelles et le handicap selon le genre ; l'efficience des dépenses des personnes âgées. **Autre** ; Veille sur les centres de santé et la santé populationnelle.

Par ailleurs, des recherches aussi approfondies qu'en interne ont été réalisées pour nos partenaires. En 2022, la documentation a été sollicitée par la DGOS : les modèles anglais et espagnols relatifs aux prélèvements et greffes d'organes (organisation, coordination, formations des équipes, etc.); par le HCAAM : la soutenabilité environnementale des systèmes de santé.

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 2022, 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, et les administrations.

Répartition de la recherche documentaire par thématiques en 2022



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 réseaux sociaux (facebook, twitter), la *Lettre d'information* de l'Irdes et l'ajout de nouvelles synthèses expliquent ce phénomène. Après l'infléchissement de 2015, **la consultation de l'espace documentation repart à la hausse sur la période 2016-2019, puis s'infléchit à nouveau depuis 2020.** Les synthèses et les bibliographies thématiques demeurent de loin les documents les plus consultés ainsi que la Lettre de veille sur l'actualité.

Consultation en 2022

Consultation globale : **251 262** téléchargements annuels, soit **20 938** mensuels
 Synthèses documentaires : **233 3781** téléchargements annuels, soit **19 447** mensuels
 Produits de veille : **79 054** téléchargements annuels, soit **6 587** mensuels

Évolution de la consultation de l'espace doc : 2016-2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Espace doc	1 207 842	806 344	807 568	657 213	318 233	251 262
Produits de veille (1)	82 672	75 100	109 804	118 917	99 757	79 054
Veille scientifique en Éco santé	18 396	48 745	51 244	32 433	22 373	17 891
Actualités santé	39 640	26 355	58 560	86 484	77 384	61 163
Outils d'aide à la recherche	80 801	70 470	63 360	49 589	23 330	10 799
Synthèses documentaires	1 164 810	757 599	756 324	624 780	295 860	233 371

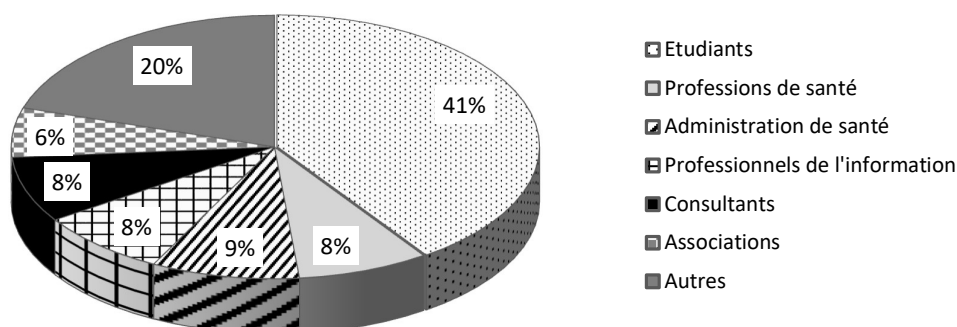
- (1) Quoi de neuf, Doc ? + Veille scientifique + Actualités santé
 (2) La parution de Quoi de neuf, Doc ? s'interrompt fin 2013. Veille scientifique (ex Doc Veille) est mis en ligne en 2013, Actualités santé (ex Doc News) en 2015.

Top 10 de la série « Bibliographies & Synthèses »

Titres de la publication	Nombre de téléchargements
La e-santé : télésanté, santé numérique et santé connectée	30 800
L'économie de la santé	16 358
Historique des réformes hospitalières en France	14 969
Les soins primaires	14 857
La santé mentale en France et dans les pays de l'OCDE	9 093
L'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap	8 024
Loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé	7 439
Le financement de la dépendance des personnes âgées	6 764
Historique de la politique du médicament en France	6 644
La politique de lutte contre l'alcoolisme en France	6 448

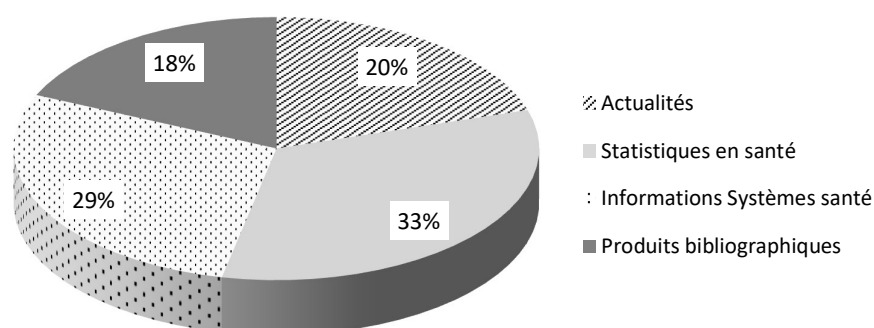
La typologie des utilisateurs de l'espace documentation : nos premiers utilisateurs appartiennent au monde universitaire : étudiants, principalement en licence et master, ainsi qu'au monde des professionnels de la santé. Viennent ensuite, à part égale, les administrations de santé et les professionnels 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. 250). 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 Pluri pro, 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 bimensuelle, 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. **Quatre nouvelles bibliographies ont été réalisées en 2022** : le dépistage organisé du cancer du sein en France et à l'étranger ; la prise en charge des cancers chez les personnes souffrant de troubles psychiques sévères ; l'électroconvulsivothérapie ; le fardeau de l'asthme. **Huit bibliographies ont été mises à jour** : l'économie de la santé ; la médecine spécialisée ; les soins de santé primaires ; la santé des migrants ; les enquêtes auprès des migrants ; le financement de la dépendance en France ; les politiques de lutte contre la désertification ; la santé en France. **Quatre synthèses ont été mises à jour** : les lois de financement de la sécurité sociale, l'historique des conventions médicales ; l'historique du ticket modérateur ; la prise en charge des accidents du travail et la médecine du travail en France.
- **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 2022.
- **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-EHIS.

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 sont au nombre de 40 titres en 2022 et sont en majorité numériques. Pour documenter la thématique sociologique, neuf nouveaux abonnements ont été souscrits en 2022. 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.

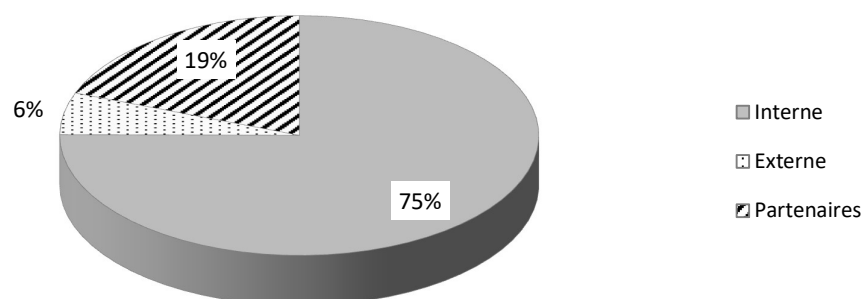
Les documents en accès libre sur Internet (rapports français officiels, rapports des centres de recherche français et étrangers) ont pris une grande importance ces dernières années. Ces documents sont archivés électroniquement dans la base documentaire, grâce au logiciel Gediweb, lors de la réalisation 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 : 2016-2022

Année	Achat	Échange - Gratuit	Téléchargés	Total
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
2021	24	0	1034	1058
2022	25	0	975	1000

Modes d'acquisition des documents en 2022



Collections de périodiques : 2016-2022

Année	Achat	Échanges et gratuits	Total
2016	32	48	79
2017	32	48	79
2018	32	27 échanges	79
2019	32	27 échanges	79
2020	32	15c	47
2021	32	15	47
2022	40	15	55

Collaborations et partenariats

La documentation de l'Irdes participe activement à de nombreux réseaux : réseau universitaire Sudoc, réseau des agences (ANSM, agence de biomédecine, Santé publique France, HAS, OFDT...), Association des professionnels de l'Information (ADBS).

La documentation en chiffres

55 collections de périodiques
267 recherches annuelles
Une base bibliographique de 78 325 références
2 produits de veille
70 synthèses et bibliographies thématiques

ANNEXE

Produits documentaires 2022

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 (5)

Le dépistage organisé du cancer du sein en France et à l'étranger. 2022/02

L'électroconvulsivothérapie. 2022/05

La prise en charge des cancers chez les personnes souffrant de troubles psychiques sévères. 2022/09

Le fardeau de l'asthme. 2022/10

La profession des masseurs-kinésithérapeutes. 2022/12

Mises à jour (12)

Les lois de financement de la sécurité sociale. 2022/01

Le financement de la dépendance en France. 2022/02

L'historique des conventions médicales. 2022/03

La médecine spécialisée/ 2022/04

Les soins de santé primaires. 2022/04

La prise en charge des accidents du travail et la médecine du travail en France. 2022/05

Les politiques de lutte contre la désertification. 2022/06

Le ticket modérateur : aspects historiques et réglementaires. 2022/07

L'économie de la santé. 2022/09

La santé des migrants. 2022/11

Les enquêtes auprès des migrants. 2022/11

La santé en France. 2022/12

Outils documentaires / Adresses et sites utiles

Mises à jour :

Carnet d'adresses en santé (versions française et anglaise). 2022/09

Recherches bibliographiques et statistiques. Sources principales. 2022/07

Glossaire franco-anglais de termes en économie de la santé. 2022/11

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 pré-publications, 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 trois séries dont une nouvelle « Sociologie », créée en juin 2022. Cette dernière accueille des ouvrages de sociologie, avec un premier opus sur les pratiques coopératives en santé ; une autre « Atlas » est consacrée à des atlas thématiques sur les disparités territoriales de santé (accès aux soins, pratiques médicales...), tandis que la dernière « Glossaire » présente 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. Elle a vocation à accueillir d'autres séries.

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. 266.).

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 27 200 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, LinkedIn...).

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 2022 et perspectives 2023-2024

La dissémination et la valorisation des travaux des chercheurs dans la sphère académique et à l'international sont parmi les axes qui poursuivent leur développement en 2022. Cela se traduit par la production d'articles, en particulier en anglais dans des revues internationales (annexe 2, p. 275), 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'annualisation de l'Irdes 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 – comme le Séminaire mensuel des mardis de l'Irdes, le workshop international annuel : Irdes 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. 275), 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. Un ouvrage est par ailleurs paru en 2022 sur les pratiques coopératives en santé inaugurant une nouvelle collection « Sociologie ». La régularité de publication des QES comme la vitalité des séminaires des Mardis de l'Irdes ont participé d'augmenter le nombre d'abonnés à notre Lettre d'information et par là-même l'accès à tous nos titres (voir la rubrique « Publications de l'Irdes »).

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...

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. 266 et 275)



Questions d'économie de la santé (QES), en versions française et anglaise. Ce support de synthèse (8 pages maximum) est mensuel. D'une grande lisibilité, il traite de l'actualité de la recherche en économie de la santé à travers le prisme de plusieurs disciplines : économie, sociologie, géographie... *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 2022 : 27 200 / En 2021 : 26 900 / En 2020 : 26 500 / 2019 : 26 000

Nombre d'abonnés au format papier :

En 2022 : 235 / En 2021 : 263 / En 2020 : 282 / 2019 : 272

Nombre de téléchargements par an⁴ :

En 2022 : 239 599 / En 2021 : 296 805 / En 2020 : 212 494



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 2021, près de 9 400 correspondants à la version électronique.

Nombre de correspondants au format électronique :

En 2022 : 9 573 / En 2021 : 9 389 (octobre 2021) / En 2020 : 9 446 / 2019 : 8 500

Nombre de téléchargements par an :

En 2022 : 71 413 / En 2021 : 87 278 / En 2020 : 75 821.



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 questionnaire 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 2022 : 87 097 / En 2021 : 124 310 / En 2020 : 129 691

⁴ En décembre 2022, les statistiques des éditions de l'Irdes - présentées par an - sont révisées comprenant les téléchargements aux formats PDF, en français et en anglais, et E-Pub.



Les ouvrages de l'Irdes

Série Sociologie, créée en juin 2022, accueille des ouvrages de sociologie, avec un premier *opus* sur les pratiques de coopération en santé.

Nombre d'exemplaires papiers : **300**



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. 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...). Il est mis à jour tous les ans.

Cumul des téléchargements de la collection complète des ouvrages :

En 2022 : 45 720/ En 2021 : 64 813/ En 2020 : 250 210 (année de parution de l'Atlas de santé mentale en France)

Les nombres de correspondants au format électronique des titres de l'Irdes et les téléchargements de 2020 à 2022

	2020	2021	2022
Questions d'économie de la santé			
Nombre de... Correspondants au format électronique	26 500	26 900	27 200
Abonnés au format papier	282	263	235
Téléchargements en moyenne par an	212 494	296 805	239 599
Documents de travail			
Nombre de... Correspondants au format électronique	9 446	9 389	9 573
Téléchargements en moyenne par an	75 821	87 278	71 413
Rapports de l'Irdes			
Nombre de... Correspondants au format électronique	26 500	26 900	27 200
Téléchargements en moyenne par an	129 691	124 310	87 097
<u>Ouvrages de l'Irdes</u>			
Nombre de... Correspondants au format électronique	26 500	26 900	27 200
Téléchargements en moyenne par an	250 210	64 813	45 720

➤ 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, Era2, 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.

➤ ... et celles publiées par les chercheurs de l'Irdes à l'extérieur

➤ Publications internes et externes des chercheurs de l'Irdes - 2016-2022

	Publications internes						Publications externes						
	Thèses ou mémoires	Rapports Irdes	Ouvrages Irdes	Documents de travail	Questions d'économie de la santé		Revue scientifique		Revue institutionnelle ou professionnelle		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		
											Scienti- fiques	Institution- nelles	
2022	-	1	1	4	9	4	24	5	5	4	5	-	62
2021	1	9	-	3	11	7	20	2	3	3	19	-	78
2020		3	1	-	8	6	37	3	1	2	13	-	74
2019	1	3	2	7	7	4	12	3	2	2	8	3	54
2018	1	3	3	3	10	7	16	6	5	1	7	1	63
2017	-	1	-	2	8	8	13	6	5	-	3	2	48
2016	-	3	1	2	8	4	15	2	1	-	13	3	52

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.275).

En 2022, 43 articles ou chapitres d'ouvrages (hors publications Irdes) ont été publiés par les chercheurs de l'Irdes (tableau ci-dessus), dont 29 dans des publications à comité de lecture ou de rédaction (tableau ci-dessous), soit :

- 24 articles publiés dans des revues à comité de lecture, dont 9 classées en section 37 (tableaux ci-dessous) :

- 1 dans *Health Economics, Policy and Law* (Catégorie 3 – CNRS) – (Cat. B – Hcéres)
- 2 dans *Health Policy* (Catégorie 2 – CNRS) – (Cat. A – Hcéres)
- 1 dans *Revue d'économie régionale & urbaine* (Catégorie 3 CNRS) – (Cat. B Hcéres)
- 2 dans *Sciences sociales et santé* (Catégorie 4 CNRS) – (Cat. C Hcéres)
- 1 dans *De Economist* (Catégorie 3 CNRS) – (Cat. B Hcéres)
- 2 dans *The European Journal of Health Economics* (Catégorie 2 CNRS) – (Cat. A Hcéres)

Nombre de publications dans des revues classées en économie et gestion (section 37) 2016-2022

	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)
2022	4	-	3	4	2	3	2	9	9
2021	11	1	2	10	-	2	-	13	13
2020	6	4	4	2	3	4	3	13	13
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

- 24 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 2016 à 2022**

Revues à comité de lecture	Catégorisation		Nombre d'articles par revue						
	CNRS	Hcéres	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
Acta Psychiatrica Scandinavica			1						
Addiction									1
Anthropologie & Santé							1		1
Archives de pédiatrie									1
Archives of Physical Medicine and Rehabilitation				1					
Archives of Public Health							1		
BMC Health Services Research	Cat. 3	Cat. B					1		
BMC Oral Health									1
BMC Primary Care									1
BMC Proceedings							1		
BMC Public Health					1		1		
BMJ Open				1			1		
Brain Stimulation									1
Community Dentistry and Oral Epidemiology							1		
De Economist	Cat. 3	Cat. B							1
Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity							1		
Economie et Statistique	Cat. 3	Cat. B	1				1	1	
European Journal of Ageing								1	
European Journal of Clinical Pharmacology				1					
European Journal of geography - Cybergeog					1				1

European Journal of Public Health	Cat. 3	Cat. B			2	1	2		
European Journal of Health Economics	Cat. 2	Cat. A				1	1		2
European Journal of Surgical Oncology (EJSO)			1						
Exercer									
Expert Review of Clinical Pharmacology									
Frontiers in Medicine									1
Frontiers in pharmacology			1	1					
Frontiers in Public Health									1
Gabi Journal - Generics and Biosimilars Initiative Journal									
Geografiska Annaler: Series B, Human Geography								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 Economics Policy and Law	Cat. 3	Cat. B						1	1
Health Policy	Cat. 2	Cat. A		2	1	2	1	5	2
Health Promotion International									
Health Services and Delivery Research					1				
Health Services Research	Cat. 2	Cat. A						5	
International Journal of Environmental Research and public Health			1	1	1		2	1	
International Journal of Epidemiology							1		
International Journal of Health Policy and Management			1				2		
Jama Internal Medicine					1				
Journal of Clinical Medicine									1
Journal de gestion et d'économie de la santé						1	1		2
Journal of Health Economics							1		
Journal of Labor Research	Cat. 4	Cat. C							
Journal of Law, Medicine & Ethics								1	
Journal of Market Access & Health Policy								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							
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	1	1
Revue Française de Socio-Économie	Cat. 4	Cat. C					2		
Santé publique					3		1		2
Sciences sociales et santé	Cat. 4	Cat. C		1	1				2
Social Science & Medicine	Cat. 1	Cat. A			1		1	1	
Soins			2						

- 5 articles publiés dans une revue à comité de rédaction (tableau ci-dessous)
 - Revues à comité de rédaction dans lesquelles les chercheurs de l'Irdes ont publié de 2016 à 2022

Revue Comité de rédaction	Catégorisation		Nombre d'articles par revue						
	CNRS	Hcéres	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
Analyse de réseaux pour les sciences sociales					1	1			
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire			1	1					
L'Espace géographique					1				
Espace populations sociétés			1						
Eurohealth							2		
Genèses									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	2	
Revue médicale suisse					1				
Revue urbanisme					1				
Rhizome									
Sociologie									1
Les tribunes de la santé					1				2

- 5 articles publiés dans une revue institutionnelle à comité de rédaction

Revue Comité de rédaction	Catégorisation		Nombre d'articles par revue						
	CNRS	Hcéres	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
Actualités et Dossier en Santé Publique				1	4	2		3	3
De Facto									1
Gérontologie et société							1		
Gestions hospitalières									1

- 4 articles publiés dans une revue institutionnelle sans comité de rédaction

Revue Sans Comité de rédaction	Catégorisation		Nombre d'articles par revue						
	CNRS	Hcéres	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
Un autre regard								1	
Cahiers français									1
Les dossiers de la Drees								1	
Etudes et résultats							1		2
Lettre du Collège des économistes de la santé						1			
La Santé en action							1	1	
Santé mentale			1			1			
Terra nova									1

- 5 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 2022, 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	
2022	15	27	42	4	16	20	62
2021	18	25	43	12	23	35	78
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

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. 266 et 4 p. 288).

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. 284).

L'Irdes Newsletter, pour sa part semestrielle, reprend en partie ces informations

En 2022 les lettres électroniques de l'Irdes poursuivent leur développement, envoyées gratuitement à 27 200 correspondants, contre 26 900 en 2021, 26 500 en 2020, 26 000 en 2019.

La lettre électronique en anglais est un support essentiel pour toucher la communauté scientifique internationale (créée en 2015).

➤ Les communiqués de presse (annexe 4 p. 288)



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 s'élève à une quinzaine par an : 10 en 2022 (au 28 octobre), 16 en 2021, 12 en 2020, 13 en 2019. 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 2022, le séminaire international sur l'évaluation des politiques publiques co-organisé avec l'université Paris Dauphine a eu lieu :**
- **8th Irdes-Dauphine Workshop on Applied Health Economics and Policy Evaluation**
- Colloque co-organisé avec la chaire Santé Dauphine, Paris 19^e, 23-24 juin 2022.
- <https://www.irdes.fr/english/conferences-and-workshops/8th-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 – dont la qualité des travaux reçus augmente avec les années, 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.
- **Le séminaire des mardis de l'Irdes (annexe 5)**
En 2022, 15 « Mardis de l'Irdes » dont 12 ouverts et 3 internes.
- 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 qui ont vocation à être publiés, ou échanger sur les travaux réalisés par des équipes de recherches extérieures à l'Irdes afin de s'enrichir mutuellement et, le cas échéant, de nouer de nouveaux partenariats. Ils sont soit ouverts aux personnes extérieures (chercheurs, étudiants, administrations, professionnels de santé, etc.) et bénéficient alors de communications sur le site et par mailings, soit réservés à l'interne. Leur durée est d'une heure et demie, soit jusqu'à 45 minutes d'exposé et 45 minutes de discussion. Après avoir été coordonnés par Pascale Lengagne, Anne Penneau, et Aurélie Pierre jusqu'à octobre 2021, ils le sont désormais par Estelle Augé, Noémie Morize et Matthieu Cassou, chercheurs à l'Irdes.

➤ 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 2022.
- Les mardis de l'Irdes s'inscrivent dans le processus de validation des travaux des chercheurs, avec pour finalité leur publication.
- **Les retombées presse** (annexe 4, p. 288)

En 2022, le nombre de citations dans la presse écrite et web s'élève à 287. En presse écrite, en 2022, ce sont surtout les titres de la presse médicale (127) et la presse spécialisée (politique, économique et sociale, syndicale) (43) qui reprennent les travaux des chercheurs de l'Irdes, suivis par les agences de presse (20) et la presse Radio-TV (12) (cf. tableau ci-dessous). En presse web, ce sont les portails d'information spécialisée et la presse politique, syndicaliste, économique et sociale ainsi que les quotidiens ou hebdomadaires régionaux qui recensent le plus les travaux de l'Irdes.

Les thématiques les plus récurrentes en 2022 ont été : les déserts médicaux, la psychiatrie et la santé mentale (Soins sans consentement, troubles post-traumatiques des migrants, électroconvulsivothérapie...), la complémentaire santé, les pratiques de coopération en santé, les inégalités territoriales de répartition des infirmières libérales, etc.

PRESSE ECRITE	2022
Agence de presse et de veille	20
Presse médicale	127
Presse quotidienne nationale	7
Presse quotidienne régionale	18
Autre presse écrite hors domaine santé	2
Presse politique, syndicale, économique et sociale	36
PRESSE RADIO/TV	
Radio-TV	12
PRESSE INTERNET	
Politique, Syndicaliste, Économique et sociale	19
Quotidiens ou hebdomadaires nationaux	8
Quotidiens ou hebdomadaires régionaux	24
Presse étrangère	1
Spécialisés ou portails d'informations	43
TOTAL	317

Les interventions des chercheurs dans les médias en 2022

En 2022, les chercheurs ont davantage répondu que les années précédentes à des interviews, et ce – comme habituellement – dans la presse écrite (20) et internet (25) (cf. tableau ci-dessous et annexe 4 p. 288).

Les principales thématiques sur lesquelles les chercheurs ont été sollicités sont globalement les mêmes qu'en presse écrite (voir ci-dessus).

	2022
Presse écrite	20
Radio/TV	6
Presse Internet	25
TOTAL	51

Le site Internet irdes.fr 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 techniques permettant une utilisation optimale sur l'ensemble des outils modernes de navigation en respectant les normes du Responsive Design (manière de concevoir un site afin 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 et faciliter, la navigation des internautes. La mise à jour quotidienne du site par l'équipe Web, alimentée 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 et LinkedIn 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 clefs du site :

- 8 000 pages web
- 2 000 pdf
- 250 ePub
- 2 millions de téléchargements / an (Pdf & ePub)
 - 8 300 followers Twitter <http://twitter.com/irdes>
 - 2 300 abonnés LinkedIn <https://www.linkedin.com/company/irdes>

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

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 mensuel de 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 collection des [ouvrages](#) qui, comme les *QES*, s'adresse à un public large et diversifié, elle accueille en 2022 une nouvelle série « Sociologie », avec un premier *opus* sur les pratiques de coopération en santé. Les deux autres séries sont consacrées à des atlas thématiques sur les disparités territoriales de santé (accès aux soins, pratiques médicales...) et au Glossaire français-anglais/anglais-français des termes

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 27 200 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](#). 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

Ce mensuel de 4 à 8 pages en quadrichromie, d'une grande lisibilité, traite de l'actualité de recherche de l'Irdes en matière d'économie de la santé et de protection sociale. Destiné à un public large, ce support est principalement diffusé au format électronique et systématiquement traduit *in extenso* en anglais.



Il existe plusieurs types de *Questions d'économie de la santé* (QES), tels :

- des premiers résultats d'enquêtes qualitatives...

Ex. : [Accompagner le renouvellement de l'action publique en santé au niveau régional : des expérimentations nationales de l'article 51 qui apprennent à \(dé\)cadrer.](#)

[Bourgeois I.](#) (Irdes, Icône Médiation santé), [Morize N.](#) (Irdes, Centre de sociologie des organisations, Sciences Po), [Fournier C.](#) (Irdes)

Questions d'économie de la santé n° 262, octobre 2021

Ex. : [Renouveler l'action publique en santé : un article \(51\) pour expérimenter avec les organisations de santé.](#)

[Morize N.](#) (Irdes, Centre de sociologie des organisations, Sciences Po), [Bourgeois I.](#) (Irdes, Icône Médiation santé), [Fournier C.](#) (Irdes)

Questions d'économie de la santé n° 261, septembre 2021

... et quantitatives :

Ex. : [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)

Questions d'économie de la santé n° 251, novembre 2020

- des travaux plus méthodologiques :

Ex. : [La survenue d'un événement de santé peut-elle modifier la consommation de tabac ?](#)

[Marsaudon A.](#) (Irdes), [Rochaix L.](#) (Université Paris 1, Hospinnomics (PSE-AP-HP))

Questions d'économie de la santé n° 257, avril 2021

- des revues de littérature sur une thématique ciblée :

Ex. : [Quels effets attendre sur la pauvreté des mesures de santé introduites dans la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté ? Proposition de schéma théorique et revue des expériences françaises et étrangères.](#)

[Poucineau J.](#), [Bricard D.](#), [Dourgnon P.](#) (Irdes)

Questions d'économie de la santé n° 259, juin 2021

Voir fin annexe 1 : « Clés pour rédiger un *Questions d'économie de la santé* », p. 266.

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 : 27 200

Nombre d'exemplaires papier : 300

Nombre d'abonnés à la version papier : 235

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. : « L'accessibilité aux médecins généralistes en Île-de-France : méthodologie de mesures des inégalités infra-communales ».

Lucas-Gabrielli V. (Irdes), Mangeney C. (ORS Île-de-France), DT n° 80, juillet 2019

- mais aussi de résultats :

Ex. : « Impact de la concurrence sur la qualité des soins hospitaliers : l'exemple de la chirurgie du cancer du sein en France ».

Or Z. (Irdes), Touré M. (Irdes), Rococo E. (Union diaconale du Var, Isped), Bonastre J. (Institut Gustave Roussy, Inserm-CESP), DT n° 85, septembre 2021

- ou encore des analyses critiques de politique de santé :

Ex. : « France's Response to the Covid-19 Pandemic: Between a Rock and a Hard Place »
Or Z. (IRDES), Gandré C. (IRDES), Durand-Zaleski I. (AP-HP URC Eco, Santé Publique Hôpital Henri Mondor), Steffen M. (PACTE, Université Grenoble-Alpes, Sciences Po Grenoble, CNRS), DT n° 83, février 2021

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 : 9 573

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 : 27 200

Nombre d'exemplaires papier : 150 à 300

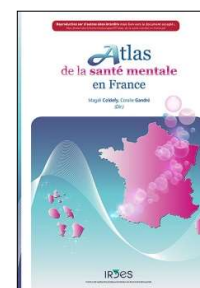
Prix de l'exemplaire : 20 à 40 € selon le volume (nombre de pages et illustrations)

Ouvrages

Séries Atlas, Glossaires, Sociologie ...

Cette collection, créée en 2015, accueille en 2022 une nouvelle série « Sociologie », avec un premier *opus* sur les pratiques de coopération en santé. Deux autres séries existent, 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 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.

Diffusion

Les Ouvrages de l'Irdes sont diffusés gratuitement sur le site de l'Irdes et payants en version papier.

Nombre d'abonnés à la version électronique : 27 200

Nombre d'exemplaires papier : 150 à 300

Prix de l'exemplaire : 20 à 40 € selon le volume (nombre de pages et illustrations)

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 semestrielle. 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 27 200 correspondants. Ces deux lettres électroniques signalent les réseaux sociaux auxquels l'Irdes participe : Twitter, Facebook, LinkedIn



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 (27 200 correspondants), excepté pour les documents de travail lesquels ne sont diffusés qu'à un public de chercheurs ou d'institutionnels.

Les réseaux sociaux (Twitter, LinkedIn) 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 2022

EDITIONS IRDES

Liste des *Questions d'économie de la santé* publiés en 2022

- N° 273 Des médecins entrepreneurs de la transformation des soins primaires. Une analyse des conditions d'engagement des porteurs libéraux dans les expérimentations Ipep et Peps). Espagnacq M., Daniel F., Regaert C., 2022/12.
- N° 272 Repérer les usagers de fauteuils roulants en France et calculer leur reste à charge à partir des données du Système national des données de santé (SNDS). Espagnacq M., Daniel F., Regaert C., 2022/10.
- N° 271 Profils de consommation de soins et couverture complémentaire des bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH). Pichetti S., Espagnacq M. (Irdes), 2022/09
- N° 270 Inégalités territoriales de répartition des infirmières libérales : quel impact des restrictions à l'installation en zones sur-denses et des incitations financières en zones sous-denses ? Duchaine F., Chevillard G., Mousquès J. (Irdes), 2022/07-08
- N° 269 Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre. Coldefy M. (Irdes), Gandré C. (Irdes, Hôpital universitaire Robert-Debré), avec la collaboration de Rallo S. (ARS Paca), 2022/06
- N° 268 L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne (EHIS). Pierre A. (Irdes), avec la collaboration de Rochereau T. (Irdes), 2022/05
- N° 267 Le recours à l'électroconvulsivothérapie en France : des premières données nationales qui soulignent des disparités importantes. Lecarpentier P. (EPS Barthélémy Durand, Irdes), Gandré C. (Irdes), Coldefy M. (Irdes) en collaboration avec Ellini A. (ATIH), 2022/04
- N° 266 Une personne sans titre de séjour sur six souffre de troubles de stress post-traumatique en France. Prieur C. (Irdes), Dourgnon P. (Irdes), Jusot F. (Université Paris Dauphine, PSL, Leda-Legos, Irdes), Marsaudon A. (Irdes), Wittwer J. (Université de Bordeaux, Bordeaux Population Health-Inserm U 1219, équipe Emos), Guillaume S. (Irdes), 2022/03
- N° 265 La consommation d'alcool des jeunes adultes : un risque global d'alcoolisation excessive bien plus élevé pour les hommes mais un risque ponctuel en augmentation pour les femmes. Com-Ruelle L. (Irdes), Choquet M. (Inserm), 2022/01

Liste des *Questions d'économie de la santé* publiés en anglais en 2022

- N° 267 The Use of Electroconvulsive Therapy in France: Initial National Findings Underline Significant Disparities. Lecarpentier P. (EPS Barthélémy Durand, IRDES), Gandré C. (IRDES), Coldefy M. (IRDES) in collaboration with Ellini A. (ATIH), 2022/04 (Publié en décembre 2022)
- N° 265 Alcohol Consumption in Young Adults: A Higher Overall Risk of Excessive Alcohol Consumption in Men and an Increasing Risk of Heavy Episodic Drinking in Women Com-Ruelle L. (IRDES), Choquet M. (INSERM) (Publié en novembre 2022)

- N° 266 In France, One out of Six Undocumented Immigrants Suffers from Post-Traumatic Stress Disorder. Prieur C. (IRDES), Dourgnon P. (IRDES), Jusot F. (Paris Dauphine University, PSL, LEDA-LEGOS, IRDES), Marsaudon A. (IRDES), Wittwer J. (University of Bordeaux, Bordeaux Population Health, EMOS-INSERM), Guillaume S. (IRDES), 2021/03 (publié en septembre 2022)
- N° 260 Primary Care Practice in Response to the Covid-19 Epidemic. Between Weakening and Strengthening of the Dynamics of Local Coordination. Fournier C. (IRDES), Michel L. (IRDES), Morize N. (IRDES, Centre de sociologie des organisations, Sciences Po), Pitti L. (IRDES, CRESPPA), Suchier M. (IRDES), with the collaboration of Bourgeois I. (IRDES, Icone Médiation santé) et Schlegel V. (IRDES), 2021/08 (publié en mars 2022)

Liste des Documents de travail publiés en 2022

- N° 89 Marché de la complémentaire santé, inégalités et préférences en matière de couverture : les effets de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. Pierre A. (Irdes), 2022/10
- N° 88 Soutenabilité et résilience du système de santé français. Or Z. (Irdes), Gandré C. (Irdes), Wharton G. (LSE), 2022/06
- N° 87 Inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins spécialistes. Proposition de méthodologie pour trois spécialités. Lucas-Gabrielli V. (Irdes), Mangeney C. (ORS Île-de-France), Duchaine F. (Irdes), Com-Ruelle L. (Irdes), Gueye A. (Irdes), Raynaud D. (Irdes), 2022/05
- N° 86 Effets attendus sur la pauvreté de huit politiques de santé introduites dans la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et dans le Ségur de la santé. Une revue de la littérature. Bricard D., Dourgnon P., Poucineau J. (Irdes), 2022/02

Liste des Rapports publiés en 2022

- 585 Recours à l'électroconvulsivothérapie pour les personnes hospitalisées en psychiatrie en France : premier état des lieux national. Lecarpentier P. (Irdes, Établissement public de santé Barthélemy Durand), Gandré C. (Irdes), Coldefy M. (Irdes) en collaboration avec Ellini A. (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation-ATIH), 2022/04

Liste des ouvrages publiés en 2022

- N° 8 Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques. Denise T. (Laboratoire lorrain de sciences sociales, Université de Lorraine), Divay S. (Université de Reims Champagne-Ardenne), Dos Santos M. (Inserm, Sesstim), Fournier C. (Irdes, Leps), Girard L. (Lir3S, UMR7366, CNRS, Université de Bourgogne), Luneau A. (médialab - Sciences Po Paris), ouvrage série Sociologie, 2022/06
- . Le processus de construction sociologique de l'objet de « coopération » à l'aune des pratiques. Propos préliminaires. Denise T., Divay S., Dos Santos M., Fournier C., Girard L., Luneau A., In Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques. Denise T., Divay S., Dos Santos M., Fournier C., Girard L., Luneau A. Ouvrage de l'Irdes n° 8, série Sociologie, 2022/06, 11-30
- . L'ordre négocié du travail d'articulation dans les maisons de santé pluriprofessionnelles. Fournier C., In Pratiques de coopération en santé. Regards

sociologiques. Denise T., Divay S., Dos Santos M., Fournier C., Girard L., Luneau A. Ouvrage de l'Irdes n° 8, série Sociologie, 2022/06, 123-138

. Devenir éducateur, rester soignant ? Permanences et reconfigurations des frontières professionnelles au sein des programmes d'éducation thérapeutique et au-delà. Schlegel V. In Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques. Denise T., Divay S., Dos Santos M., Fournier C., Girard L., Luneau A. Ouvrage de l'Irdes n° 8, série Sociologie, 2022/06, 289-301.

AUTRES EDITEURS

Liste des articles publiés dans des revues scientifiques, institutionnelles et professionnelles

38 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 2022

- Troubles bipolaires et situation d'emploi : une étude à partir de données administratives françaises, Lengagne P., Gandré C., *Revue française des affaires sociales*, n° 4, 2022, 79-105
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2022-4-page-79.htm>
- European Immigrant Health Policies, Immigrants' Health, and Immigrants' Access to Healthcare. Dourgnon P., Pourat N., Rocco L. *Health Policy*. En ligne le 23/12/2022
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851022003189>
(Catégorie 2 - CNRS) - (Cat. A - Hcéres)
- Évaluation d'impact des politiques territoriales : enjeux méthodologiques et solutions à partir de l'expérimentation Paerpa. Bricard D., Or Z., Penneau A. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2022/1, n° 7, 3-29
<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2022-1-page-3.htm>
- Why the US Spends More Treating High-Need High-Cost Patients: a Comparative Study of Pricing and Utilization of Care in Six High-Income Countries. Lorenzoni L., Marino A., Or Z., Blankart C.R., Shatrov K., Wodchis W., Janlov N., Figueroa J.F., Bowden N., Bernal-Delgado E., Papanicolas I. *Health Policy*. 2022/12
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851022003116>
(Catégorie 2 - CNRS) - (Cat. A - Hcéres)
- Dossier. La pluridisciplinarité en santé : quel bilan ? Quelles perspectives ? Akrich M., Armand-Rastano É., Bajos N., Barbot J., Beck F., Bertschy S., Cambon L., Desclaux A., Dos Santos T., Durand C., Fournier C., et al. *Sciences sociales et santé*, vol 40 n° 6, 69-106, 2022
<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2022-4-page-69.htm>
(Catégorie 4 - CNRS) - (Cat. C - Hcéres)
- Allocation aux adultes handicapés : pathologies et recours aux soins des bénéficiaires en 2017. Verbois D., Thomas M., Colinot N., Espagnacq M., Pichetti S., Chevalier S.,

Landais C., Fouard A., Gastaldi-Ménager C., Rachas A. *Santé publique*, vol 34, n° 3, 2022, 345-358

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-3-page-345.htm>

- Surmortalité des personnes vivant avec un trouble psychique : enseignements de la littérature et perspectives. Gandré C., Moreau D., Coldefy M., Ben Dridi I., Morel S. *Santé publique*, vol 34, n° 5, 2022, 613-619
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-5-page-613.htm>
- Une autonomie sous contrainte. Les usages sociaux de l'autosurveillance glycémique par les personnes atteintes de diabète. Schlegel V., *Anthropologie & Santé*. Prépublication, en ligne 21/09/2022
<http://journals.openedition.org/anthropologiesante/11995>
- Hospital Admissions and Mortality for Acute Exacerbations of COPD During the COVID-19 Pandemic: A Nationwide Study in France. Poucineau J., Delory T., Lapidus N., Hejblum G., Chouaïd C., Le Cœur S., Khlat M. *Frontiers in Medicine*, 2022/09, 1-9
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2022.995016/full>
- Do Mobile Hospital Teams in Residential Aged Care Facilities Increase Health Care Efficiency: An Evaluation of French Residential Care Policy. Penneau A., *The European Journal of Health Economics*, en ligne 22/09/2022, 1-15
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-022-01522-1>
(Catégorie 2 – CNRS) – (Cat. A – Hcéres)
- Just a Question of Time? Explaining non-Take-up of a Public Health Insurance Program Designed for Undocumented Immigrants Living in France. Dourgnon P., Jusot F., Marsaudon A., et al. *Health Economics, Policy and Law*, 2022, 1-17
<https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/just-a-question-of-time-explaining-nontakeup-of-a-public-health-insurance-program-designed-for-undocumented-immigrants-living-in-france/57CF2FC00FAE7AED7E8E02D8D394B6F3>
(Catégorie 3 – CNRS) – (Cat. B – Hcéres)
- Burden of Infectious Diseases Among Undocumented Migrants in France: Results of the Premiers Pas Survey. Vignier N., Moussaoui S., Marsaudon A., Wittwer J., Jusot F., Dourgnon P. *Frontiers in Public Health*, en ligne 2022/08/04
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9386354/>
- L'impact du zonage conventionnel sur la répartition territoriale des infirmières et infirmiers libéraux en France, Duchaine F., Chevillard G., Mousquès J. *Revue d'économie régionale & urbaine*, prépublication, 2022
<https://www.cairn.info/revue-d-economie-regionale-et-urbaine-2022-0-page-5zk.htm>
(Catégorie 3 – CNRS) – (Cat. B – Hcéres)
- Roles of Parental Smoking and Family Structure for the Explanation of Socio-Economic Inequalities in Adolescent Smoking. Legleye S., Bricard D., Khlat M. *Addiction*. En ligne 2022/08/15
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35971293/>

- Analyse et enjeux de la métropolisation des soins de cancer en France. Fayet Y., Drouet A., Lucas-Gabrielli V., Charles V. *Cybergeo : European Journal of Geography. Espace, Société, Territoire*, article 1015, mis en ligne le 24/05/2022
<https://journals.openedition.org/cybergeo/38959>

- Des dispositifs participatifs au service d'une vision extensive de la santé : la division du travail de participation au sein de maisons de santé. Morize N. *Sciences sociales et santé*. En ligne le 19/02/2022
https://www.jle.com/fr/revues/ssss/e-docs/des_dispositifs_participatifs_au_service_dune_vision_extensive_de_la_sante_la_division_du_travail_de_participation_au_sein_de_maisons_de_sante_322017/article.phtml
(Catégorie 4 - CNRS) - (Cat. C - Hcéres)

- Do Hospital Stays Modify Locus of Control? Marsaudon A., *De Economist*. 2022/03, 1-21
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10645-022-09404-w>
(Catégorie 3 - CNRS) - (Cat. B - Hcéres)

- The Challenge for General Practitioners to Keep in Touch with Vulnerable Patients During the COVID-19 Lockdown: an Observational Study in France. Bouchez T., Gautier S., Le Breton J., Bourgueil Y., Ramond-Roquin A. *BMC Primary Care*. Vol 23, n° 82, 2022/04, 1-12
<https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-022-01694-y>

- Development and Calibration of the PREMIUM Item Bank for Measuring Respect and Dignity for Patients with Severe Mental Illness. Fernandes S., Fond G., Zendjidian X., Michel P., Baumstarck K., Lançon C., Samalin L., Llorca P.M., Coldefy M., Auquier P., Boyer L., *et al. Journal of Clinical Medicine*, vol. 11, n° 6, 2022/03, 1-17
<https://www.mdpi.com/2077-0383/11/6/1644>

- L'impact de la Covid-19 sur la santé des enfants, groupe « protégé » de l'infection. Saurel-Cubizolles M.J., Aujard Y., Claudet I., Desbiolles A., Com-Ruelle L., Tilly A. L., Vandewalle H., Lang T. *Santé Publique*, 2021/6, vol. 33, n° 6, 2022, 905-909
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-6-page-905.htm>

- Exploring Variation of Coverage and Access to Dental Care for Adults in 11 European Countries: a Vignette Approach. Winkelmann J., Gómez Rossi J., Schwendicke F., Dimova A., Atanasova E., Habicht T., Kasekamp K., Gandré C., Or Z., *et al. BMC Oral Health*, vol.22, n° 65, 2022/03
<https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-022-02095-4>

- One Last Effort. Are High Out-of-Pocket Payments at the End of Life a Fatality? Bell-Aldeghi R., Sirven N., Le Guern M., Sevilla-Dedieu C. *The European Journal of Health Economics*, en ligne : 2022/01, 1-13
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-021-01401-1>
(Catégorie 2 - CNRS) - (Cat. A - Hcéres)

- Lessons from a Year of Health Crisis: The Urgent Need for a Concerted and Coordinated Health Policy for Children. Claudet I., Duché P., Aujard Y., Billette de

Villemeur A., Bodeau-Livinec F., Com-Ruelle L., Damville E., Debost E., Marchand-Tonel C., Saurel-Cubizolles M.J., Lang T. *Archives de pédiatrie*. 2021/08, vol 28, n° 6, 437-440

<https://www.em-consulte.com/article/1461247/article/lessons-from-a-year-of-health-crisis-the-urgent-ne>

- Use of Electroconvulsive Therapy for Individuals Receiving Inpatient Psychiatric Care on a Nationwide Scale in France: Variations Linked to Health Care Supply. Lecarpentier P., Gandré C., Coldefy M., Ellini A., Trichard C. *Brain Stimulation*, vol 15, n° 1, 2022/01, 201-210

[https://www.brainstimjrn.com/article/S1935-861X\(21\)00842-1/fulltext](https://www.brainstimjrn.com/article/S1935-861X(21)00842-1/fulltext)

⇒ Revues scientifiques à comité de rédaction

- ⇒ Présidé par un rédacteur en chef et composé de rédacteurs associés ou de rédacteurs en contact permanent, le comité de rédaction rassemble les compétences à la fois scientifiques et organisationnelles nécessaires à la réalisation de la revue et à l'application de la politique éditoriale, des règles de sélection et du rythme de publication définis ; la fabrication des numéros est de sa responsabilité : réuni périodiquement, ou communiquant par réseau, il est le destinataire et le premier lecteur des contributions qui lui sont soumises ou qu'il sollicite et dont il organisera les expertises à l'extérieur du Comité ; du rôle d'incitateur d'information destinée à alimenter les différentes rubriques qui composent la revue, il passe à celui d'animateur, d'interface experts-auteurs-membres des comités, puis à celui de décideur : il définit les sommaires, assure l'équilibre thématique des fascicules, programme les numéros spéciaux... ; à sa charge s'ajoutent les traductions, les indexations, la rédaction ou le contrôle des résumés des contributions... jusqu'à la parution du produit fini sous forme imprimée ou électronique, en relation avec ses partenaires techniques d'impression et/ou d'édition.

En 2022

- Le bon, le sucré et le patient : les diabétiques face à la transformation de leurs habitudes alimentaires. Schlegel V., *Sociologie*, vol. 13, n° 4, 2022/12, 381-398
<https://www.cairn.info/revue-sociologie-2022-4-page-381.htm>
- Substitution, complémentarité et travail en équipe généralistes/infirmières : impacts potentiels du « mix des compétences ». Mousquès J., *Les tribunes de la santé* n° 73, 2022/3, 47-53, 2022/10
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2022-3-page-47.htm>
- L'injonction ou l'injection ? Prescriptions de médicaments et reconfigurations contemporaines du pouvoir psychiatrique., Legrand J., *Genèses*, vol 127, n° 2, 2022/06, 11-32
<https://www.cairn.info/revue-geneses-2022-2-page-11.htm>
- La prescription médicale comme enjeu de pouvoir, Eberhart J., Legrand J., *Genèses*, vol 127, n° 2, 2022/06, 3-9
<https://www.cairn.info/revue-geneses-2022-2-page-3.htm?contenu=article>
- Après Ma santé 2022, encore de multiples défis à relever pour les soins primaires en France. Moyal A., Fournier C. *Les Tribunes de la santé*, 2022/1, n° 71, 33-45
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2022-1-page-33.htm>

⇒ **Revue institutionnelle à comité de rédaction**

⇒ **En 2022**

- ⇒ Les enjeux économiques du numérique en santé. Didier E., Jusot F., *Gestions hospitalières*, n° 617, 2022/06, 47-48
<https://gestions-hospitalieres.fr/les-enjeux-economiques-du-numerique-en-sante/>
- ⇒ Les enjeux du virage ambulatoire pour l'accessibilité aux soins dans le cadre des inégalités territoriales de santé. Lucas-Gabrielli V., Mangeney C., *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*, n° 118, 2022/06, 49-51
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=1179#82>
- ⇒ L'impact économique de la crise du Covid-19. Tribune. Jusot F., Wittwer J., Dossier « Réflexions éthiques autour du Covid-19 », *Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP)*, n° 117, 2022/03, 50-52
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1178>
- ⇒ Non, l'Aide médicale d'État n'encourage pas les migrations pour raisons de santé. Dourgnon P., Jusot F., Marsaudon A., Wittwer J., in dossier « L'Aide Médicale d'État, la fabrique d'un faux problème », Rouland B. (dir.), *De facto*, Institut convergences migrations, n° 31, 2022/02
<https://www.icmigrations.cnrs.fr/2022/02/12/defacto-031-04/>
- ⇒ Les enfants victimes de la crise sanitaire. Claudet I., Duché P., Aujard Y., Billette de Villemeur A., Bodeau-Livinec F., Com-Ruelle L., Damville E., Debost E., Marchand-Tonel C., Saurel-Cubizolles M.J., Lang T. (Groupe de travail HCSP). *ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique)* n° 116, 2021/12, 47-49
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=1177>

⇒ **Revue institutionnelle sans comité de rédaction**

En 2022

- Plus les dépenses de santé sont importantes, plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée. Cometx R., Pierre A., *Etudes et résultats (Drees)* n° 1 251, 2022/12, 1-8
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/ER1251.pdf>
- Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe. Biais M., Cassou M., Franc C., *Études et résultats (Drees)*, n° 1229, 2022/05, 1-6
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-05/ER%201229%20Conditions%20de%20Travail%20des%20MG%20BAT.pdf>
- Politiques publiques et organisation de la prise en charge de la santé mentale en France, Coldefy M., Gandré C. Dossier « *La santé mentale* », *Cahiers français*, n° 426, 2022/03-04, 28-35
<https://www.vie-publique.fr/catalogue/283899-la-sante-mentale>
- Les « déserts médicaux » dans la campagne présidentielle. Chevillard G., Mousquès J., *Terra nova* « La grande conversation 2022 », 2022/03/16, 1-6
https://tnova.fr/site/assets/files/27039/terra-nova_la-grande-conversation-2022_les-deserts-medicaux-dans-la-campagne-presidentielle_160322.pdf?9b4hb

Un certain nombre de collaborations ont donné lieu à la publication de rapports, chapitres ou documents de travail par d'autres éditeurs (5).

⇒ **Publications scientifiques**

▪ **Rapports**

- How does France's Health Sector Contribute to the Economy? Or Z., Al Tayara L., Polin K., Gomez E., Cylus J., Thomson S., Habicht T., Evetovits T. European Observatory on Health Systems and Policies ; WHO Regional Office for Europe. 1-14, 2022
<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/how-does-france-s-health-sector-contribute-to-the-economy>
- Avis relatif à l'évaluation d'impact des avis et rapports du HCSP sur les inégalités sociales et territoriales de santé, Avec la contribution de Lang T., Monnet E., Com-Ruelle L., Brignon J.M. (Groupe de travail HCSP), et al. Paris : HCPS, 2022/03, 14p.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1213>
- Approche population-centrée et partenariale en santé mentale : l'implication et le partenariat avec les usagers et la population dans la conception et le fonctionnement du système de santé comme leviers de transformation de notre système de santé mentale. Coldefy M., avec la collaboration de Maugiron P. Paris : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam), 2022/04, 173p.
https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/hcaam_-_rapport_sante_mentale_-_web.pdf

▪ **Chapitres**

- The Public/Private Healthcare Mix in France: Implications and Current Debates. Pierre A., Or Z. In The Public/Private Sector Mix in Healthcare Delivery: A Comparative Study. Palley H. (ed.). Oxford University Press, chap.5, 2022/11
<https://academic.oup.com/book/44678/chapter-abstract/378765627?redirectedFrom=fulltext>
- Géographie de la santé en France, regards rétrospectifs et actuels. Fleuret S., Hellequin A.P., Lucas-Gabrielli V., Rican S. In Fragments de Géo. Coordonné par Baron N., Cattaruzza A., Lemarchand N., Rouget N., Sepúlveda B. Collection GéoTraverses, Saint-Denis : PUV, 2022/08
<https://www.puv-editions.fr/catalogue/tous-nos-livres-et-revues/fragments-de-geo-9782379242465-0-736.html>

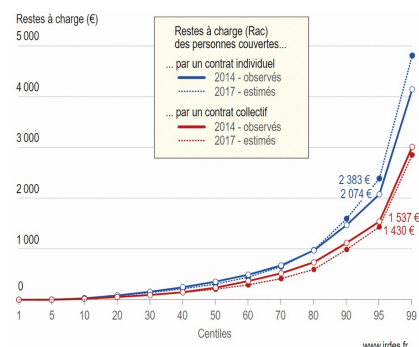
ANNEXE 3

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 2022

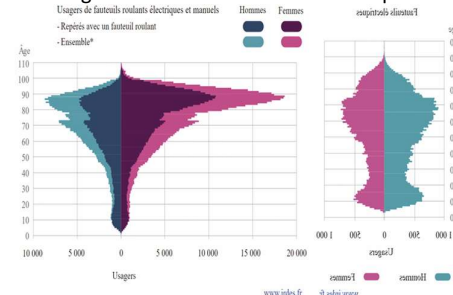
DECEMBRE 2022 : La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a aggravé l'écart de risque entre les contrats individuels et les contrats collectifs



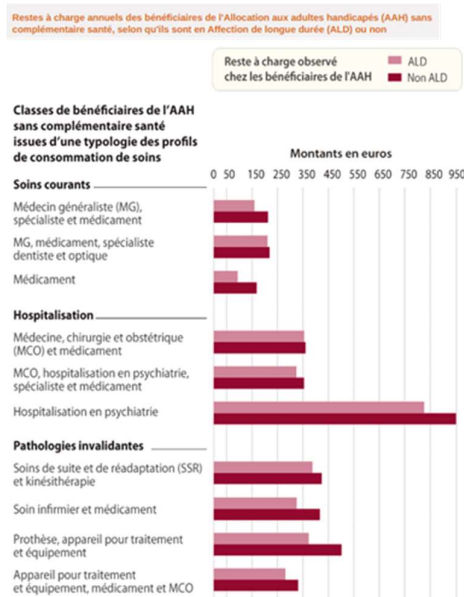
NOVEMBRE 2022 : Pyramides des âges des usagers de fauteuils roulants non temporaires en 2019

G1. Usagers repérés par l'usage direct d'un fauteuil roulant

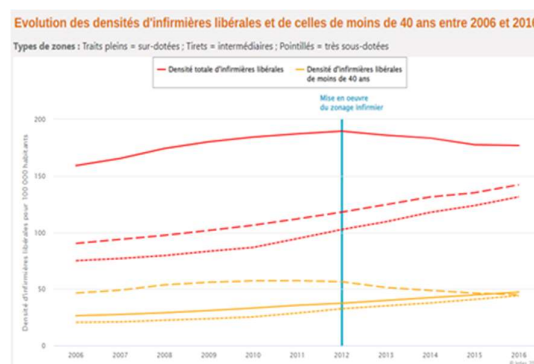
G2. Usagers de fauteuils roulants électriques



OCTOBRE 2022 : Restes à charge annuels des bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) sans complémentaire santé, selon qu'ils sont en Affection de longue durée (ALD) ou non



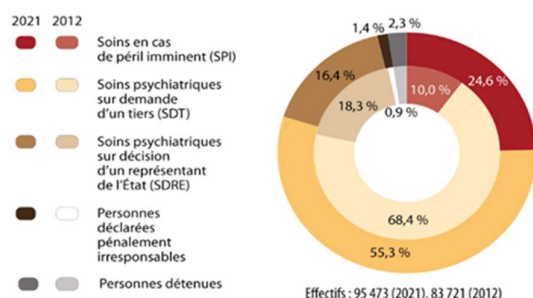
SEPTEMBRE 2022 : Evolution des densités d'infirmières libérales et de celles de moins de 40 ans entre 2006 et 2016



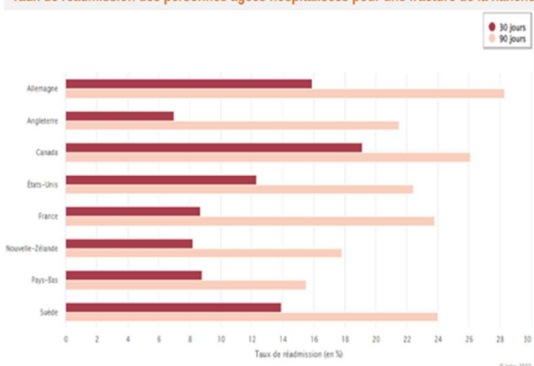
JUILLET 2022 : Évolution du recours aux différents modes légaux de soins sans consentement en psychiatrie, en France, entre 2012 et 2021

JUIN 2022 : Taux de réadmission des personnes âgées hospitalisées pour une fracture de la hanche

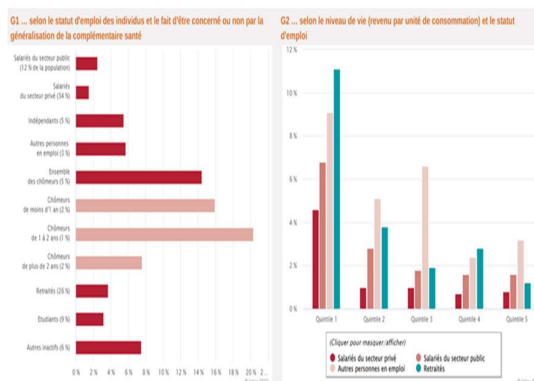
Évolution du recours aux différents modes légaux de soins sans consentement en psychiatrie, en France, entre 2012 et 2021



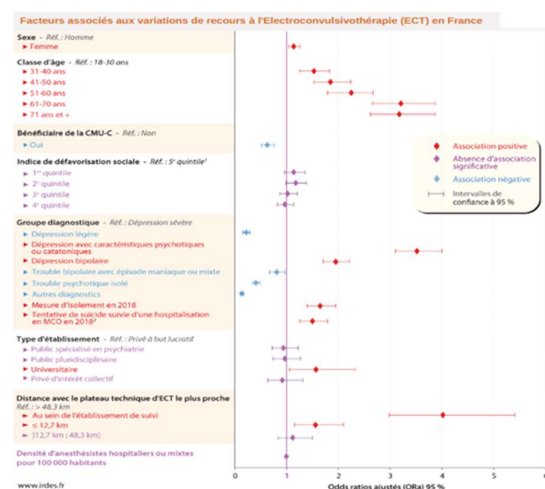
Taux de réadmission des personnes âgées hospitalisées pour une fracture de la hanche



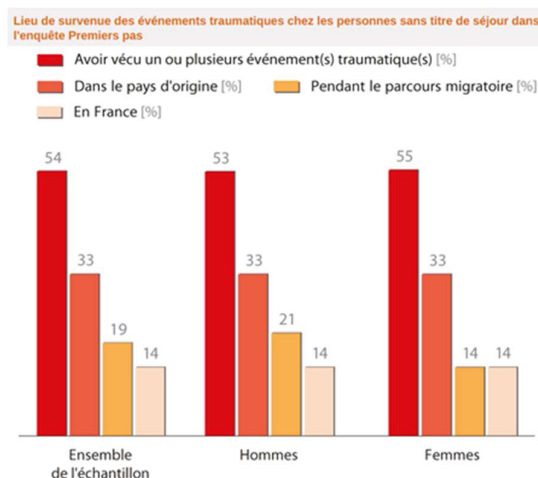
MAI 2022 : Taux de non-couverture en 2019...
... selon le statut d'emploi des individus et le fait d'être concerné ou non par la généralisation de la complémentaire santé
... selon le niveau de vie (revenu par unité de consommation) et le statut d'emploi



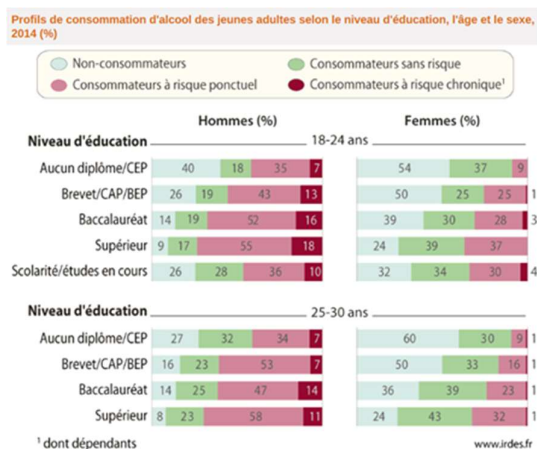
AVRIL 2022 : Facteurs associés aux variations de recours à l'Electroconvulsivothérapie (ECT) en France



MARS 2022 : Lieu de survenue des événements traumatiques chez les personnes sans titre de séjour dans l'enquête Premiers pas



JANV - FEV 2022 : Profils de consommation d'alcool des jeunes adultes selon le niveau d'éducation, l'âge et le sexe, 2014 (%)



Liste des interviews du mois

Décembre 2022

[3 questions à...](#) Vincent Schlegel à l'occasion de la parution du *Questions d'économie de la santé* n° 273 intitulé : « Des médecins entrepreneurs de la transformation des soins primaires. Une analyse des conditions d'engagement des porteurs libéraux dans les expérimentations Ipep et Peps »

Novembre 2022

[3 questions à...](#) Maude Espagnacq à l'occasion de la parution du *Questions d'économie de la santé* n° 272 intitulé : « Repérer les usagers de fauteuils roulants en France et calculer leur reste à charge à partir des données du Système national des données de santé (SNDS) de 2012 à 2019 », rédigé avec Fabien Daniel et Camille Regaert.»

Octobre 2022

[3 questions à...](#) Sylvain Pichetti et Maude Espagnacq à l'occasion de la parution du *Questions d'économie de la santé* n° 271 intitulé : « Profils de consommation de soins et couverture complémentaire des bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) »)

Septembre 2022

[3 questions à...](#) Fanny Duchaine à l'occasion de la parution du *Questions d'économie de la santé* n° 270 intitulé : « Inégalités territoriales de répartition des infirmières libérales : quel impact des restrictions à l'installation en zones sur-denses et des incitations financières en zones sous-denses ? », rédigé avec Guillaume Chevillard et Julien Mousquès.

Juillet 2022

[3 questions à...](#) Magali Coldefy et Coralie Gandré à l'occasion de la parution du *Questions d'économie de la santé* n° 269 intitulé : « Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif qui reste à atteindre », en collaboration avec Stéphanie Rallo.»

Juin 2022

[3 questions à...](#) Cécile Fournier, l'une des coordinatrices de l'ouvrage *Pratiques de coopération en santé*. Regards sociologiques, premier opus de la nouvelle série « Sociologie » des ouvrages de l'Irdes, avec Thomas Denise, Sophie Divay, Marie Dos Santos, Lucile Girard, Aymeric Luneau.

Mai 2022

[3 questions à...](#) Aurélie Pierre à l'occasion de la parution du *Questions d'économie de la santé* n° 268 intitulé : « L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne (EHIS) ».»

Avril 2022

[3 questions à...](#) Coralie Gandré, Pierre Lecarpentier et Magali Coldefy à l'occasion de la parution du *Questions d'économie de la santé* n° 267 intitulé : « Le recours à l'électroconvulsivothérapie en France : des premières données nationales qui soulignent des disparités importantes », en collaboration avec Anis Ellini.

Mars 2022

[3 questions à...](#) Constance Prieur et Paul Dourgnon à l'occasion de la parution du *Questions d'économie de la santé* n° 266 intitulé : « Une personne sans titre de séjour sur six souffre de troubles de stress post-traumatique en France », rédigé avec Florence Jusot, Antoine Marsaudon et Jérôme Wittwer

Janvier - Février 2022

[3 questions à...](#) Laure Com-Ruelle à l'occasion de la parution du *Questions d'économie de la santé* n° 265 intitulé : « La consommation d'alcool des jeunes adultes : un risque global d'alcoolisation excessive bien plus élevé pour les hommes mais un risque ponctuel en augmentation pour les femmes », réalisé avec Marie Choquet

ANNEXE 4

Communiqués de presse et interventions médiatiques

Liste des communiqués de presse

<https://www.irdes.fr/presse/communiqués-de-presse.html>

- 5 déc [Repérer les usagers de fauteuils roulants en France et calculer leur reste à charge à partir des données du Système national des données de santé \(SNDS\) de 2012 à 2019](#) 24 oct
Profils de consommation de soins et couverture complémentaire des bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH)
- 26 sept Inégalités territoriales de répartition des infirmières libérales : quel impact des restrictions à l'installation en zones sur-denses et des incitations financières en zones sous-denses ?
- 5 juillet Soutenabilité et résilience du système de santé français.
- 13 juin Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques.
- 24 mai L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne (EHIS).
- 7 avr Le recours à l'électroconvulsivothérapie en France : des premières données nationales qui soulignent des disparités importantes.
- 21 mars Une personne sans titre de séjour sur six souffre de troubles de stress post-traumatique en France.
- 17 fév Effets attendus sur la pauvreté de huit politiques de santé introduites dans la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et dans le Ségur de la santé. Une revue de la littérature.
- 10 fév La consommation d'alcool des jeunes adultes : un risque global d'alcoolisation excessive bien plus élevé pour les hommes mais un risque ponctuel en augmentation pour les femmes
- 4 janv La coopération entre médecins généralistes et infirmières améliore le suivi des patients diabétiques. L'impact du dispositif Asalée

Interventions médiatiques 2022*

⇒ Presse écrite (20)

- ⇒ Damien Bricard
- ⇒ *La gazette des communes, des départements, des régions*, 31 octobre au 6 novembre 2022 – « L'inconditionnalité de l'accueil est un point très positif, mais il manque des places »
- ⇒ Guillaume Chevillard
- ⇒ *La Provence*, 4 novembre 2022 – « ...Le développement récent des maisons de santé, regroupant médecins et paramédicaux, semble en revanche « bien fonctionner »... »
- ⇒ *Le courrier des maires et des élus locaux*, avril-mai 2022 – « Un étudiant qui a grandi en milieu rural aura plus de chance de s'y installer et d'y rester sur le long terme »
- ⇒ *Que choisir*, avril 2022 – « Les bassins les mieux pourvus sont les zones littorales et le sud de la France »
- ⇒ *L'éveil normand*, 5 janvier 2022 – « ...Déserts médicaux, la situation s'explique « principalement [par] une raréfaction de l'offre de soin... »
- ⇒ Repris par *Le Ploërmelais*, 6 janvier 2022
- ⇒ Repris par *Le Trégor*, 6 janvier 2022
- ⇒ Repris par *Le Démocrate vernonnais*, 20 janvier 2022
- ⇒ Repris par *L'Impartial*, 20 janvier 2022
- ⇒ Repris par *Pontivy journal*, 11 août 2022
- ⇒ Guillaume Chevillard et Magali Dumontet
- ⇒ *La Montagne*, 16 mars 2022 - Deux spécialistes des déserts médicaux livrent leurs constats et leurs solutions pour la Creuse « Pas de solution miracle » aux déserts
- ⇒ Cécile Fournier
- ⇒ *Le Généraliste*, 14 février 2022 – « Y a-t-il un déterminisme socio-professionnel chez les généralistes ? Il existe peu de travaux de recherche précis à ce sujet. Interrogées, Géraldine Bloy, sociologue et Cécile Fournier, chercheuse à l'Irdes... »
- ⇒ Julien Mousquès
- ⇒ *Le Quotidien du médecin*, 23 septembre 2022 – Un prêche... Dans le désert ? Le point de vue de Julien Mousquès
- ⇒ *Marianne*, 22 au 28 septembre 2022 – « L'offre et la demande ne sont pas indépendantes, a fortiori dans un système de rémunération à l'acte... »
- ⇒ *Le Généraliste*, 19 septembre 2022 – « Depuis quelques années, les forfaits se développent mais restent très minoritaires dans la rémunération des médecins français... »
- ⇒ Julien Mousquès et Guillaume Chevillard
- ⇒ *L'Express*, 7 au 13 avril 2022 – « Gagner du temps médical en répartissant mieux l'activité entre les professionnels du soin, c'est vraiment la question centrale. A l'étranger, les généralistes ont souvent des patientèles plus larges que leurs confrères français, grâce à une distribution des tâches différente entre les soignants »
- ⇒ *Concours pluripro*, mars 2022 – « Déserts médicaux » : quelles réponses d'ici 2030, et au-delà... ?
- ⇒ Zeynep Or
- ⇒ *La voix du nord*, 23 mars 2022 – La santé, un modèle à repenser
- ⇒ Repris par *Nord Eclair*, 23 mars 2022

- ⇒ *La Revue du praticien – Médecine générale*, mars 2022 – Gestion de la crise Covid : aurions-nous pu faire mieux ?

⇒ Presse Internet (25)

- ⇒ Damien Bricard
- ⇒ www.lagazettedescommunes.com, 4 novembre 2022 – « L'inconditionnalité de l'accueil est un point très positif, mais il manque des places »
- ⇒ Guillaume Chevillard
- ⇒ www.sudouest.fr, 3 novembre 2022 – « ...Le développement récent des maisons de santé, regroupant médecins et paramédicaux, semble en revanche « bien fonctionner » ... »
- ⇒ Repris par www.whatsupdoc-lemag.fr, 3 novembre 2022
- ⇒ www.lagazettedescommunes.com, 7 septembre 2022 – Déserts médicaux : « il y a une multitude d'initiatives qui ne sont pas évaluées »
- ⇒ www.courrierdesmaires.fr, 2 mai 2022 – « Un étudiant qui a grandi en milieu rural aura plus de chance de s'y installer et d'y rester sur le long terme »
- ⇒ angers.maville.com, 20 janvier 2022 – « ...Déserts médicaux, la situation s'explique « principalement [par] une raréfaction de l'offre de soin... »
- ⇒ Repris par labaule.maville.com, 20 janvier 2022
- ⇒ Repris par larochesurayon.maville.com, 20 janvier 2022
- ⇒ Repris par laval.maville.com, 20 janvier 2022
- ⇒ Repris par lemans.maville.com, 20 janvier 2022
- ⇒ Repris par lessablesdolonne.maville.com, 20 janvier 2022
- ⇒ Repris par saint-nazaire.maville.com, 20 janvier 2022
- ⇒ Guillaume Chevillard et Magali Dumontet
- ⇒ www.lamontagne.fr, 23 mars 2022 - Deux spécialistes des déserts médicaux livrent leur diagnostic sur la Creuse
- ⇒ Cécile Fournier
- ⇒ www.legeneraliste.fr, 14 février 2022 – « Y a-t-il un déterminisme socio-professionnel chez les généralistes ?
- ⇒ Véronique Lucas
- ⇒ www.lexpress.fr, 27 mai 2022 – « Cet écart augmente : la situation se dégrade très vite, avec une offre de soins qui souffre, car il y a plus de départs que d'arrivées de praticiens... »
- ⇒ Julien Mousquès
- ⇒ www.marianne.net, 20 octobre 2022 – « ...Cela empêchera seulement que le nombre de médecins augmente dans les zones surdenses... »
- ⇒ www.leguotidiendumedecin.fr, 23 septembre 2022 – Un prêche... Dans le désert ?
- ⇒ www.marianne.net, 23 septembre 2022 – « L'offre et la demande ne sont pas indépendantes, a fortiori dans un système de rémunération à l'acte... »
- ⇒ www.lexpress.fr, 6 avril 2022 – Podcast. Déserts médicaux : comment éviter le "crash sanitaire" qui vient ?
https://www.lexpress.fr/podcasts/podcast-deserts-medicaux-comment-eviter-le-crash-sanitaire-qui-vient_2171094.html

- ⇒ www.lexpress.fr, 21 janvier 2022 – « En 2005, la réforme du médecin traitant généralise le parcours de soins...C'est un tournant important puisque cela inscrit potentiellement les pratiques des médecins généralistes dans une logique populationnelle »
- ⇒ www.lefigaro.fr, 16 janvier 2022 – « avec les indicateurs existants, il est alors difficile de « déterminer si l'Île-de-France est un désert médical », « l'offre à l'échelle nationale sera tendue jusqu'en 2030, entre autres en raison des variations du numerus clausus »
- ⇒ Julien Mousquès et Guillaume Chevillard
- ⇒ www.lexpress.fr, 27 mai 2022 – « La sous-dotation de ces territoires en praticiens s'accroît du fait de l'augmentation de la population : plus une zone est mal lotie, plus la situation s'aggrave... »
- ⇒ www.lexpress.fr, 3 avril 2022 – « Gagner du temps médical en répartissant mieux l'activité entre les professionnels du soin, c'est vraiment la question centrale... »
- ⇒ <https://www.ces-asso.org>, 9 février 2022 – « Déserts médicaux » : quelles réponses d'ici 2030, et au-delà... ?
- ⇒ Zeynep Or
- ⇒ www.larevuedupraticien.fr, 18 février 2022 – Coûts de la pandémie : aurions-nous pu faire mieux ? Entretien avec Zeynep Or
<https://www.larevuedupraticien.fr/article/couts-de-la-pandemie-aurions-nous-pu-faire-mieux>

⇒ Radio – TV (6)

- ⇒ Guillaume Chevillard
- ⇒ *Radio France - France culture*, 20 octobre 2022 - Qui pour repeupler les déserts médicaux ? (3 citations)
<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/le-temps-du-debat/qui-pour-repeupler-les-deserts-medicaux-7861629>
- ⇒ *RCF radio*, 24 janvier 2022 - Première et deuxième partie - Guillaume Chevillard, chargé de recherche à l'Irdes, intervient pour commenter les actualités. (2 citations)
- ⇒ Laure Pitti (chercheuse associée)
- ⇒ *France culture*, 6 janvier 2022 - Selon Laure Pitti, les soignants ont des difficultés à interagir avec les patients. C'est un des points de recherche qu'elle mène notamment avec Cécile Fournier de l'Irdes
<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/les-enjeux-territoriaux/quartiers-populaires-repenser-une-medecine-sociale-7260573>

ANNEXE 5

Liste des Mardis de l'Irdes (15 dont 12 ouverts 3 internes)

Mardi du 22 novembre 2022

L'implication des professionnels de santé dans la stratégie de dépistage de Covid-19 en France métropolitaine. Mélanie Lépori Loehr. Discussion : Véronique Lucas -Gabrielli

Mardi du 8 novembre 2022

Impact des unités neuro-vasculaires sur les dépenses, le décès et la réhospitalisation les 12 premiers mois suivants un accident vasculaire cérébral en France. Sika Kossi et Damien Bricard. Discussion : Sylvain Pichetti

Mardi du 25 octobre 2022

Des médecins entrepreneurs de la réforme des soins primaires. Vincent Schlegel, Henri Bergeron

Mardi 18 octobre 2022

Revenus et activité des professionnels libéraux en Maisons de santé pluriprofessionnelles : un panorama des évaluations d'impacts pour les médecins généralistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes. Matthieu Cassou. Discussion : Damien Bricard

Mardi 4 octobre 2022

Les premiers pas des Infirmières en pratique avancée (IPA) en soins primaires. Louise Luan. Discussion Nsuni Met

Mardi du 6 septembre 2022

Faisabilité d'identification des personnes à risque de handicap (Fish). Maude Espagnacq. Discutant : Philippe Tuppin

Mardi 12 juillet 2022

La participation de l'employeur à la complémentaire santé d'entreprise est-elle régressive ? Marc Perronnin. Discussion Renaud Legal

Mardi 24 mai 2022

Estimation à partir des données du SNDS de la population des personnes en fauteuil roulant en France. Maude Espagnacq, Fabien Daniel et Camille Regaert

Mardi 26 avril 2022

Lien entre prix et qualité en Ehpad : le prix payé par les résidents reflète-t-il la qualité des soins. Anne Penneau – Discussion Matthieu Cassou

Mardi 5 avril 2022

L'injonction ou l'injection ? Prescriptions de médicaments et reconfigurations contemporaines du pouvoir psychiatrique, Julia Legrand - Discussion Coralie Gandré

Mardi 7 février 2022

L'hôpital sous pression : la concurrence en qualité est-elle efficace ? Nicolas Sirven – Discussion : Zeynep Or

Mardi 25 janvier 2022

Complementary health insurance : does the price impact the choice ? Benoît Carré - Discussion : Aurélie Pierre

Mardis de l'Irdes en interne (3)

Mardi 20 septembre 2022

Projet Accompagnement thérapeutique de proximité en Île-de-France (ATP-IDF) : observer les pratiques d'accompagnement en consultation de médecine libérale. Violette Derler. Discussion : Isabelle Bourgeois. (Séminaire interne)

Mardi 14 juin 2022

Évaluation qualitative de l'expérience du patient dans un dispositif pilote de soins primaires collaboratifs en santé mentale (Mosaïque) : premiers résultats. Pauline Boué - Discussion Julia Legrand (Séminaire interne)

Mardi 22 mars 2022

Présentation du rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie relatif à l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire. Renaud Legal - Discussion Aurélie Pierre. (Séminaire interne)

ACTIVITE 2022

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
- Guillaume Chevillard :
 - Projet ROSAM, IRESP piloté par Bruno Ventelou, Université de Marseille,
 - Projet MEDSPE, ANR piloté par Magali Dumontet, Université de Nanterre
 - Projet GYMS, ANR piloté par Quitterie Roquebert, Université de Strasbourg
 - Projet PIAFS : Construction, coordination et dépôt d'un projet pilote auprès de l'Iresp en décembre 2022 en partenariat avec 3 départements de médecine générale (Angers, Rouen, Créteil).
- Magali Coldefy est :
 - chercheuse 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
 - chercheuse 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 *Hospinnomics*, Chaire de recherche de l'Ecole 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 chercheuse associée au *Laboratoire éducation et pratiques de santé (LEPS)*, Université Paris 13, depuis 2016
- Coralie Gandré est chercheuse associée à ECEVE (UMR 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
 - chercheuse associée à l'*Institut national d'études démographiques (Ined)*, depuis 2014
- Charlène Le Neindre est :
 - chercheuse 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 Hospinnomics (Paris School of Economics – Assistance Publique des Hôpitaux de Paris) dans le cadre du 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
 - chercheure associée à *Hospinnomics*, Chaire de recherche de l'Ecole d'économie de Paris, depuis 2015
- Vincent Schlegel est :
 - Chercheur associé au sein du Cresppa-CSU

Participation à des comités scientifiques

Comités scientifiques internationaux

- 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 :
 - Member de London School of Economics, Department of Health Policy, Conseiller départementale pour les promotions académiques
 - membre du comité scientifique de l'*European Health Policy Group* (EHPG), depuis 2010
 - membre du réseau international Wennberg Collaborative (WIC)
 - membre de l'International Health Economics Association (IHEA)
 - 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

- Guillaume Chevillard
 - Participation au comité scientifique des 2^{èmes} rencontres des géographes de la santé, Nice, mai 2022.
 - Membre du comité scientifique de la revue francophone sur la santé et les territoires (RFST)
- 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 2023 de la Société française de santé publique (SFSP) depuis septembre 2022.
 - Membre nommé du conseil scientifique et d'orientation (CSO) de l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) depuis 2017
 - 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 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 d'organisation de la journée d'étude : « Accès et utilisation des données en libre accès en géographie de la population, de la santé et de la mobilité » » <https://geopdata.sciencesconf.org/resource/page/id/1>, organisée par la commission Population du Centre national français de géographie (CNFG) et les axes Territoires et santé, Information territoriale locale et Mobilités, identités et territoires du Collège international des sciences territoriales (Cist). Paris, 2 décembre 2021.
- Véronique Lucas
 - 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 Conseil scientifique du projet Paris Mégarégion animé par l'UMR IDEES Normandie Université
 - membre du Comité scientifique des rencontres en géographie de la santé <https://rdvgeosante.sciencesconf.org>.
- Sylvain Pichetti
 - membre du comité scientifique des Journées des économistes de la santé français (JESF), depuis 2006
 - membre du Conseil scientifique de l'AAP Autonomie (depuis 2021)

- membre du Conseil scientifique de l'Irdes-Dauphine Workshop on Applied Health Economics and Policy Evaluation (depuis 2020)
- Zeynep Or
 - Membre du Conseil scientifique d'Hospinomics (Chaire financée par Paris School of Economics et l'APHP)
 - Membre du Conseil scientifique de l'Irdes Workshop on Applied Health Economics and Policy Evaluation (depuis 2020)

Participation à des colloques, séminaires et workshops en 2022

Colloques, workshops et séminaires internationaux

- 2022 PHSSR Global Summit: [*Future-proofing Healthcare Systems through Data and Digitalization*](#). 22 novembre 2022. Conférence en ligne), Zeynep Or.
- Webinaire OASES, (novembre 2022) Measures to mitigate medical deserts in France, Guillaume Chevillard
- European Association of Labour Economists – EALE Conference 2022, Padoue (Italie), 9-10 septembre 2022, « Job destruction, disability and mortality » Pascale Lengagne
- 6th International Conference on Evidence-based Policy in Long-term Care. Londres (Grande-Bretagne), 7-10 septembre 2022. Participation de Anne Penneau
- The 9th Annual EuHEA PHD Conference, Galway, 29-31 Août 2022
 - Do higher accommodation prices reflect better care quality in residential aged care facilities? Anne Penneau
 - Self-employment, work conditions and health in Europe: a social protection systems approach, Estelle Augé
 - Benzodiazepine consumption in time of pandemic – Discutante : Zeynep Or
- Conférence de l'European Health Economics (EUHEA) intitulée : « Health Economics for Sustainable Welfare Systems ». Oslo (Norvège), 5-8 juillet 2022.
 - The impact of Territorial inequalities in access to long-term care providers and Funding on health care expenditure: evidence from dementia patients in France, Anne Penneau, Irdes
 - Does free health insurance for undocumented immigrants change healthcare utilization pattern? Evidence from France, Antoine Marsaudon, Irdes
 - Self-employment, work conditions and health in Europe: a social protection system approach, Estelle Augé (Irdes)
 - Impact of licensure to practice limitations and financial incentives on the geographical distribution of self-employed nurses in France, Julien Mousquès, Irdes
 - Medical activity patterns and income among General Practitioners: what are the impacts of vertical integration through Primary Care Teams in the medium term? Matthieu Cassou
- Zeynep Or participe au 21st Anniversary Meeting of the European Health Policy Group (EHPG) <https://www.ehpg.org/>. Londres, 27-28 juin 2022. <https://www.ehpg.org/post/21st-anniversary-meeting>
- 14th Conference of the European Network for Mental Health Service Evaluation (ENMESH) Tel Aviv, Israël, Juin 2022, “Psychological distress in the general population and associated factors during the first wave of the Covid-19 pandemic in Belgium and France: a longitudinal study” Gandré C., Smith P., Nicaise P., Lorant V.
- 14th Conference of the European Network for Mental Health Service Evaluation (ENMESH) Tel Aviv, Israël, Juin 2022, “Collaborative care for mental disorders in primary care in France: patient perspective”, Boué P., Mousquès J., Younès N., Gandré C., et le consortium Mosaïque.

- 8th IRDES-DAUPHINE Workshop on Applied Health Economics and Policy Evaluation. Paris, 23-24 juin 2022. Damien Bricard, Pascale Lengagne, Aurélie Pierre, Zeynep Or, Sylvain Pichetti.
- International Collaborative on Costs, Outcomes and Needs in Care (ICCONIC) Paris Meeting, 20-21 juin 2022, Participation de Zeynep Or
- Indoor Air 2022, June 12th to 16th, Kuopio, Finland, Impact of Indoor Environment Counsellor Home Intervention on Asthma, Le Cann P., Com-Ruelle L., Morcet J., Gangneux J-P., Présentation Le Cann P. <https://indoorair2022.org/>
- Wennberg International Collaborative (WIC) Spring Policy Meeting in "Smarter Health Care" Synthesis Conference intitulé : "Who cares?". Lucerne (Suisse), 11-12 avril 2022. Zeynep Or

Colloques, workshops et séminaires nationaux

- *Séminaire Master Precision Health, Lille, 12 décembre 2022*, Séminaire économie de la santé, Public policy and health economics Denis Raynaud (Irdes)
- *Journée d'études : Les droits en santé des personnes âgées. Constats et perspectives pour agir*. « Les déserts sanitaires et lieux de vie des personnes âgées » Paris, 10 décembre 2022. Guillaume Chevillard
- *8^e conférence Évaluation des politiques publiques*. Paris, 8 décembre 2022. « Effects of public sickness insurance on sickness absences » Anna Farrugia et Pascale Lengagne
- *44^{ème} Journées des économistes de la santé français* (7-9 décembre 2022, Lille)
 - Analyse de la mutualisation et de la segmentation des risques sur le marché de la complémentaire santé des contrats individuels aux contrats collectifs ; Aurélie Pierre, Isma Bouchara, Tom Buchmueller – Discutante E. Perdrix
 - Capacité d'innovation et résilience des hôpitaux : reprise de l'activité en chirurgie du cancer digestif pendant la pandémie de Covid-19 ; Noémie Mallejac, Zeynep Or – Discutante : C. Garrouste
 - L'aide Médicale d'Etat modifie-t-elle les lieux de recours aux soins des personnes étrangères en situation irrégulière ? Antoine Marsaudon, Florence Jusot, Jérôme Wittwer, Paul Dourgnon – discutante : S. Pellet
 - [L'amélioration du recours aux aides sociales : les résultats d'une expérience française auprès des travailleurs indépendants](#) ; Estelle Augé, Nicolas Sirven – discutant D. Mignon
 - [Travail indépendant, conditions de travail et santé en Europe : Une approche par les systèmes de protection sociale](#), Estelle Augé
 - Mobilité des médecins généralistes : quelle relation entre lieu de naissance, d'étude et d'exercice ? Julien Silhol, Guillaume Chevillard, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès – discutant : E. Farvaque
 - Recours à l'aide professionnelle des personnes âgées dépendantes à domicile : quels sont les profils les plus à risque de restes à charge catastrophiques ? ; Sylvain Pichetti, Eva de Almeida, Maude Espagnacq – Discutant : L. Arnault
 - Epargner, consommer, se soigner. Les restes à charge dans les arbitrages économique des ménages ; Damien Bricard, Paul Dourgnon, Antoine Marsaudon – Discutant : C. Gayet

- Evaluation d'impact d'expérimentations territoriales sur les parcours de soins des patients insuffisants rénaux chroniques ; Damien Bricard, Estelle Augé – Discutant : L. Guerin
- *Colloque Les inégalités socio-territoriales de prise en charge des patient.e.s atteint.e.s de cancer en France*, Saint-Denis, novembre 2022. « Avoir des troubles psychiques et un cancer : les obstacles rencontrés dans les parcours de soin », Gandré C. Moreau D., Ben Dridi L., SeppanenA-V., Coldefy M., Morel S.
- *Colloque Communautés, Métropoles et Santé*, novembre 2022 *Vers un renouvellement des acteurs et politiques publiques locales en santé ? Guillaume Chevillard*
- 1^{er} Congrès francophone de la pratique avancée (Cofpa). Paros, 7 octobre 2022, Cécile Fournier, Julien Mousquès
- 58e colloque de l'Association de science régionale de langue française (ASRDLF). Rennes, 29 juin-1er juillet 2022.
 - Communication avec Isabelle Bourgeois, Cécile Fournier, Julia Legrand, Noémie Morize, Laure Pitti et Vincent Schlegel
 - Organisation avec (T. Tartour) d'une session spéciale « Au-delà du paiement à l'acte. Nouveaux modes de financement et organisation des soins de santé à l'échelle territoriale.
- *20ème Congrès Soins somatiques et douleur en santé mentale*, Paris, juin 2022. « L'espérance de vie des personnes souffrant de troubles psychiques sévères et persistants : pourquoi pose-t-elle question ? » Gandré C., Moreau. D.
- Séminaire du Laboratoire interdisciplinaire de recherche appliquée en économie de la santé (Liraes) de l'Université de Paris. Paris, 17 juin 2022. Participation d'Aurélie Pierre
- *Rencontres soins somatiques et douleur en santé mentale* (Paris,13-14 juin 2022). « Santé physique et santé mentale : tissons ensemble les liens de demain ». Coralie Gandré participe <https://www.anp3sm.com/edition2018.html>.
- Colloque Recherche de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam) Paris, 8 juin 2022, « La pair-aidance, une pratique en plein essor ». Coralie Gandré
- 21es Journées Louis-André Gérard-Varet, International Conference in public Economics. Marseille, 6-8 juin 2022. « Better together? A mediation analysis of general practitioners' performance in multi professional group practice" » Anne Penneau.
- *Soirée conférence Contributions en santé mentale*, Lyon, juin 2022. Politiques publiques et organisation de la prise en charge de la santé mentale en France. Gandré C., Coldefy. M.
- *38es Journée de microéconomie appliquée (JMA)* <https://jma2022.sciencesconf.org/>. Rennes, 2-3 juin 2022 :
 - « L'effet de l'exercice en maisons de santé pluriprofessionnelles et des paiements à la coordination sur l'activité des médecins généralistes » Christophe Loussouarn.
 - « Just a question of time ? Explaining non-take-up of a public health insurance program designed for undocumented immigrants living in France », Antoine Marsaudon
 - Travail indépendant, conditions de travail et santé en Europe : une approche par les systèmes de protection sociale », Estelle Augé.

- *Colloque recherche de l'Unafam*. Visio-conférence, juin 2022. « Un suivi somatique insuffisant pour les personnes vivant avec un trouble psychique sévère. La preuve par les chiffres ». Gandré C., Coldefy M.
- *3^{es} Rencontres de géographie de la santé*. Nice, 26-29 mai 2022. Participation de Guillaume Chevillard et Véronique Lucas-Gabrielli <https://rdvgeosante.sciencesconf.org/>
- *XXI^e colloque de l'Association internationale des démographes de langue française (Aidelf) Athènes*, 24-27 mai 2022. « Démographies en crises », l'Intérêt du système national des données de santé pour étudier l'impact de la pandémie sur les parcours de prise en charge des personnes en situation de handicap en France. Fanny Duchaine (Irdes), Maude Espagnacq (Irdes), Coralie Gandré (Irdes), Philippe Cordazzo (Université de Strasbourg/SAGE, France et les Cliniciens du consortium Handicovid
- *Cycle 13 de l'Institut des hautes études de protection sociale (IHEPS) Paris*, 19 mai 2022.: « Recentrer la protection sociale vers les jeunes générations et la prévention : injonctions contradictoires ou vrais enjeux ? ». Pascale Lengagne
- 17^{ème} Congrès Francophone d'allergologie, Paris, 19-22 avril 2022-Site du CFA : <http://www.congres-allergologie.com/> Poster « Evaluation multicentrique et randomisée de l'impact des conseillers en environnement intérieur sur le contrôle de l'asthme : l'étude ECENVIR » .présenté oralement le vendredi 22/04/2022 par le Pr Jean-Pierre Gangneux(Chu de Rennes)
- Séminaire de l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (Iferiss) Toulouse, 22 avril 2022: « Effets loupe de la "crise sanitaire" ? Penser les évolutions du système de santé et des relations de soins », organisé dans le cadre du programme « Interactions soignants-patients et reconfigurations des inégalités sociales de santé » [Cécile Fournier](#)
- Cycle 13 de l'Institut des hautes études de protection sociale (IHEPS) intitulé : « Recentrer la protection sociale vers les jeunes générations et la prévention : injonctions contradictoires ou vrais enjeux ? ». Paris, 7-8 avril 2022. Laure Com-Ruelle et Denis Raynaud
- *Congrès de l'Association des épidémiologistes de langue française (Adelf) et Évaluation, management, organisation, information, santé (Emois)*. Dijon, 31 mars-1^{er} avril 2022. Fanny Duchaine
- *Quinzième édition du Congrès de la médecine générale France (CMGF)*, 24-26 mars 2022. Communication intitulée : « Une conception médicale de la santé publique dans les territoires pour réguler les soins primaires ».. [Noémie Morize](#)
- Journées EMOIS 2022 , en visio conférence les 31 mars et 1^{er} avril 2022 :
 - Session REDSIAM, « Groupe de travail Appareil cardiovasculaire », Laure Com-Ruelle.
- Quinzième édition du Congrès de la médecine générale France (CMGF), 24-26 mars 2022. Présentation d'une communication intitulée : « Une conception médicale de la santé publique dans les territoires pour réguler les soins primaires ». Noémie Morize.
- *Sixième journée doctorale du Laboratoire interdisciplinaire de recherche appliquée en économie de la santé (Liraes) de l'Université de Paris Cité*. Paris, 23 mars 2022. Participation d'Estelle Augé, Dédé Sika Kossi et Anne Penneau.
- Rencontres de AvecSanté, Lille, 11-12 mars 2022. Atelier : « Travailler en équipe - Construire une culture commune et faire tenir un collectif », et « Rémunérer l'équipe ou rémunérer le professionnel via l'équipe ? L'art.51 à l'épreuve des faits ». Cécile Fournier, Noémie Morize et Vincent Schlegel

- *Séminaire du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam)*. Paris, 10 février 2022. consacrée à la thématique des ressources humaines en santé en lien avec l'organisation des soins de proximité. Cécile Fournier et Julien Mousquès
- Séminaire du Centre d'éthique clinique de l'AP-HP, février 2022. « Soins somatiques en psychiatrie: le constat d'une discrimination ou le souci de la liberté individuelle ? Le point de vue d'une spécialiste en Santé Publique ». Gandré C.
- *Conférence sur l'avenir des complémentaires santé*, organisée par la Chaire Gouvernance et régulation de l'Université Paris-Dauphine-Université Paris Sciences et Lettres (PSL). Paris, 27 janvier 2022. Denis Raynaud
- *Congrès de l'Encéphale* Paris, 19-21 janvier 2022 : « La folie de créer », dans la session « Soins sans consentement : une bombe à retardement ». Magali Coldefy

Activités éditoriales

Comités de rédaction ou éditoriaux

Actualité et dossier en santé publique (ADSP), Laure Com-Ruelle, depuis 2017 : Membre du comité de rédaction (Ours)

Revue francophone sur la santé et les territoires, (RFST) Véronique Lucas-Gabrielli, depuis 2014 (comité scientifique)

Revue Francophone sur la santé et les territoires, Guillaume Chevillard

Santé publique, Cécile Fournier, rédactrice adjointe en charge de la rubrique « Pratiques et organisations des services de santé », depuis 2019

Editeur associé, Health Policy, Zeynep Or

Referee de revues internationales en 2022

Health Systems and Reform? Coralie Gandré

Journal of Clinical Psychology, Coralie Gandré

Pediatric reports, Coralie Gandré

Plos One, Coralie Gandré

Rural and remote Health, Guillaume Chevillard

Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, Coralie Gandré

Referee de revues nationales en 2022

Santé publique, Laure Com-Ruelle, Cécile Fournier, Vincent Schlegel

Revue française des affaires sociales (RFAS), Cécile Fournier

Revue francophone sur la santé et les territoires (RFST), *Espaces populations et sociétés*, Guillaume Chevillard

Journal de gestion et d'économie de la santé, Marc Perronnin

Sciences sociales et santé, Cécile Fournier

ACTIVITE D'EXPERTISE - PARTICIPATION A DES INSTANCES

Conseils et commissions institutionnels et autres

- 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
- 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)**
 - 1) Membre nommé : Laure COM-RUELLE, 3 mandats depuis 2007 ; fin en juin 2022 ;
 - 2) Commission spécialisée Maladies chroniques (CS-MC), Laure Com-Ruelle, 3^e mandat depuis mars 2017
 - 3) Membre de plusieurs Groupes de Travail (GT) actifs en 2022 :
 - 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, confinement et santé des enfants » ;
 - f) 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)
 - 4) Publications récentes : (ordre chronologique)
 - ✓ *Avis « Effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans (seconde partie) : de l'usage excessif à la dépendance », 2021/03/08, en ligne 2021/07/18*
 - ✓ *Rapport « Crise sanitaire de Covid-19 et inégalités sociales de santé », 2021/07/22, en ligne 2021/09/14*
 - ✓ *Avis relatif à la « Crise sanitaire de Covid-19 et inégalités sociales de santé », 2021/07/22, en ligne 2021/09/14*
 - ✓ *Rapport « Actualisation du contenu du carnet de santé de l'enfant en vue de sa dématérialisation », 2022/03/17, en ligne le 2022/05/18*
 - ✓ *Avis relatif à « L'actualisation du contenu du carnet de santé de l'enfant en vue de sa dématérialisation - Première partie sur les 20 examens obligatoires », 2022/03/17, en ligne le 2022/05/18*
 - ✓ *Avis relatif à « L'évaluation d'impact des avis et rapports du HCSP sur les inégalités sociales et territoriales de santé », 2022/03/17, en ligne 2022/06/02*

✓ *Rapport « Professionnels de santé et offre de soins pour les enfants : enjeux quantitatifs et qualitatifs », 2022/04/28, en ligne 2022/09/12*

- 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

- 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

- Réponse à l'ANR JCJC pour le projet GYMS (novembre 2021) portée par Quitterie Roquebert (Université de Strasbourg) : Women's Sexual Health in France : Supply Changes, Professional Practices and Healthcare Use. Equipe Irdes impliquée : Guillaume Chevillard, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès
- Appel à projet Programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS) de la DGOS, Coralie Gandré, (depuis 2018, membre du Jury)
- Participation en tant que partenaire à l'ANR JCJC porté par l'Université Paris-Nanterre. Date de dépôt du dossier : Novembre 2020 Coordonnatrice du projet : Magali Dumontet (Université Paris-Nanterre). Partenaire Irdes, équipe impliquée : Guillaume Chevillard (Irdes), Johana Etner (Université Paris Nanterre), Sidartha Gordon (Paris-Dauphine), Anne-Laure Samson (Université de Lille)
- 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 Iresp Handicap 2019, Cécile Fournier
- Canceropole Auvergne-Rhône-Alpes, Emergence, Oncostarter, Guillaume Chevillard
- Fondation Canadienne pour l'Innovation, le Fonds des leaders John-R.-Evans (FLJE), Zeynep Or
- Fondation Européenne de la Science, Véronique Lucas-Gabrielli

Groupes de travail internationaux

- Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Health systems and policy monitor network (HSPM), Coralie Gandré et Zeynep Or sont membres (depuis 2016)
- 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.
- Comité d'accompagnement du projet de recherche PARTICIPATE Bruxelles (2018-2022), Cécile Fournier

Zeynep Or est :

- membre du groupe de travail sur « *Price Setting and Price Regulation in Health Care Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, World Health Organisation et Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE/OMS)
- Membre du comité d'experts, *Fiscal Sustainability of Health Systems : Bridging Health and Finance Perspectives*, et Expert Group on « *Integrated Care* » Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

Groupes de travail nationaux

- 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
- Commission d'Evaluation économique et de santé publique (CEESP) de la Haute Autorité de santé, Sylvain Pichetti est membre depuis 2018
- Véronique Lucas est membre du Groupe de travail « Politique de santé globale et concertée pour l'enfant » HCSP, Décembre 2020
- Comité d'exploitation de la base Hygie (Système d'information sur les indemnités journalières), Pascale Lengagne, Denis Raynaud, Camille Regaert et Thierry Rochereau, membres
- 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
- 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
- ReDSiaM :

- 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 cardioneurovasculaires
 - membre du sous-groupe de travail sur les accidents vasculaires cérébraux
- Coralie Gandré est :
 - membre du groupe de travail sur les troubles mentaux et du comportement pour l'utilisation des données du Système national des données de santé 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
- Réseau Thématique Fondamental
- Coralie Gandré est co-animatrice de l'axe Parcours de soins et performances du Réseau (depuis 2021)

Auditions en 2022

- Guillaume Chevillard a été auditionné dans le cadre d'un Groupe de travail transpartisan sur les déserts médicaux et l'accès aux soins à l'Assemblée nationale le mercredi 7 septembre 2022.
- Damien Bricard, Cécile Fournier, Julien Mousquès, Denis Raynaud, auditionné le 27 juin 2022 par M. Frédéric CHASTENET de GÉRY, conseiller maître, Mme Isabelle BURKHARD, conseillère référendaire en service extraordinaire et Alisée Koch, stagiaire, en qualité de rapporteurs à la Cour des comptes concernant l'ouverture d'une enquête portant sur le bilan des expérimentations sur l'organisation et la tarification des soins.
- Denis Raynaud a été auditionné dans le cadre d'une enquête relative à la maîtrise médicalisée engagée par la Cour des comptes le 26 avril 2022.
- Paul Dourgnon a été auditionné sur les inégalités d'accès aux soins en France dans le cadre de la Mission d'information et d'évaluation (MIE) du Conseil de Paris. Paris, 3 février 2022.
- Guillaume Chevillard, Véronique Lucas-Gabrieli, Julien Mousquès ont participé à une audition table ronde dans le cadre de la proposition de loi d'urgence contre la désertification médicale (n°4784) par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale le 4 janvier 2022.

Sociétés savantes et réseaux

Internationaux

- 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
- 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

Nationaux

- Association des épidémiologistes de langue française (ADELF), Laure Com-Ruelle, membre
- Collège des économistes de la santé (CES) :
 - membres : Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Pascale Lengagne, Julien Mousquès, Zeynep Or, Marc Perronnin, Sylvain Pichetti, Aurélie Pierre, Denis Raynaud
 - membres du conseil d'administration : Florence Jusot, Julien Mousquès, Denis Raynaud
- Comité national français de géographie (CNFG) :
 - Commission « Géographie de la santé » : Charlene Le Neindre (membre), depuis 2014, et Véronique Lucas-Gabrieli (Présidente), depuis 2015

- 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 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)
- Médias : Revue Chut, Marianne, La montagne

IMPLICATION DANS L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET LA FORMATION

Année scolaire 2022-2023

- CEPE santé :
 - Zeynep Or, intervient dans le module « Introduction à l'économie de l'hôpital »
- Conservatoire national des arts et métiers (Cnam), Cours médicament « Economie et financement des systèmes de santé, Sylvain Pichetti.
- Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) : Master management de la santé (Formation continue), Guillaume Chevillard
- Ecole des Hautes études en santé publique (EHESP) :
 - Master 2, Promotion de la santé et prévention, La revue de littérature en santé publique : de la théorie à la pratique, Cours dans le cadre du Module Recherche bibliographique et documentaire : du systématique à l'exploratoire Coralie Gandré.
- EHESS, 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
- Kremlin Bicêtre, M2 Health Services Research (HSR), Cours médicament, Sylvain Pichetti.
- Institut des hautes études de protection sociale (IHEPS) – Intervenante du Cycle 13 de Janvier à novembre 2022 intitulé « Recentrer la protection sociale vers les jeunes générations et la prévention : injonctions contradictoires ou vrais enjeux ? » ; Session 6 du 8 avril 2022 : « L'organisation de la prévention et de la prise en charge sanitaire des enfants et des jeunes au sein du système de santé », Communication lors de la table ronde « Comment envisager et adapter messages et actions de prévention à destination des jeunes et des milieux sociaux moins favorisés ? » intitulée « Prévention à destination des jeunes et des milieux sociaux moins favorisés – Adapter les messages ? Quelles interventions efficaces ? Le point de vue du chercheur en santé publique », Laure Com-Ruelle.
- Science Po : Zeynep Or intervient dans :
 - Executive master programme « Gestion et politique de santé »,
 - Healthcare reforms in the USA and England and Comparison of Health system performance
- Science Po : Vincent Schlegel est Teaching assistant dans le cadre du cours « Sociologie des organisations ».
- Université de Lyon 1, Bron Cours dans le cadre du DU pair-aidance en santé mentale et neurodéveloppement, « Ressources territoriales en santé mentale : les cartographier pour les utiliser et développer les coopérations nécessaires à l'action du pair-aidant », Coralie Gandré.
- Université d'été francophone en santé publique. Besançon, 3-8 juillet 2022, Module soins primaires, promotion de la santé et prévention : développer des approches populationnelles », Cécile Fournier.
- 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 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 Paris Cité, Estelle Augé est chargée de cours et de TD en Evaluation des politiques publiques en 1^{ère} année de Master.
- Université Paris-Dauphine :
 - Master 2 Evaluation médico-économique et accès au marché (EMAM), Cours médicament » Sylvain Pichetti.
 - Master 2 Economie et gestion de la santé (EMAM), « Systèmes de santé comparés » Zeynep Or,
 - CM Introduction aux modèles Probit/Logit (M1 – Français), Antoine Marsaudon.
- Université Paris-Dauphine, Master 2 4215 « Economie et Gestion du secteur médico-social », Cours d'évaluation des politiques publiques, Damien Bricard.
- Université Paris-Dauphine, Zeynep Or, Florence Jusot et Sylvain Pichetti) sont co-responsables du programme « systèmes de santé comparés » dans le cadre de Master 2 Economie et gestion de la santé
- Université Paris-Dauphine : Zeynep Or est Responsable du programme « Economie et management de la qualité en santé » dans le cadre du Master 2 Economie et gestion de la santé
- Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, TD Microéconomie (M1 Anglais), Antoine Marsaudon
- Université Paris Sud, Master 2 Recherches en santé publique, « Parcours, organisations et systèmes de santé », Cécile Fournier
- Université Paris-Est-Créteil-Val-de-Marne, Upec :
 - Master 2 Economie de la santé – Cycle de conférences 2020-2021, Denis Raynaud
 - Master de Géographie Parcours Territoire, villes, santé, Véronique Lucas-Gabrielli.
 - Master Géo-santé, Guillaume Chevillard
 - Master 2 Economie de la santé, cours médicament, Sylvain Pichetti.
- Université Paris-Nanterre La Défense
 - Master de Géographie Parcours Territoire, villes, santé, Véronique Lucas-Gabrielli.
- Université Paris Saclay, Master santé publique, Guillaume Chevillard
- Université de Rouen
 - Master Analyses territoriales en environnement et santé, Véronique Lucas-Gabrielli.
- Université de Strasbourg, Licence "Sciences pour la santé" (1^e année) parcours Economie gestion, Guillaume Chevillard

Jury et encadrement de thèses ou de mémoires

Encadrement de thèses ou de mémoires en 2022

Guillaume Chevillard

- Encadrement de mémoire de Master 1 de Nina Van Kote (EHESS)

Laure Com-Ruelle :

- *Mémoires :*

- Léo Delbos : Interne de santé publique Ile-de-France, stage d'été 2022 :

- Encadrement du stage d'internat de santé publique de Léo Delbos ;
- Encadrement de son Mémoire de Master 2 en « Méthodologie et statistiques en recherche biomédicale » organisé par le Professeur Bruno Falissard et intitulé « Évaluation multicentrique et randomisée de l'impact des conseillers en environnement intérieur sur le contrôle de l'asthme : l'étude ECENVIR, volet économique », soutenu le 6 septembre 2022, 53 pages, Faculté de médecine, Université de Paris Saclay.

- *Thèses :*

- Sandrine Domecq : Chargée d'études Statistiques, Qualité & Risques – Registres cardio-neuro-vasculaire – CHU de Bordeaux, et ISPED – Université de Bordeaux ; début automne 2022 :
 - Comité de suivi de la thèse de Sandrine Domecq menée sous la direction du Dr Florence Saillour-Glénisson à l'école doctorale de Bordeaux intitulée « "Parcours de soins des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral : étude de l'hétérogénéité des méthodes d'analyse et définition d'un cadre méthodologique ».

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 (soutenue le 28 novembre 2022).
- Co-direction avec Frédéric Dugué de la thèse de Louise Luan, « Devenir infirmière en pratique avancée (IPA) en soins primaires. Enquête par entretiens sur les pratiques des premières IPA en France », Doctorat de médecine, spécialité santé publique et médecine sociale (soutenue le 2 décembre 2021).
- Co-direction *avec Patrick Castel de la thèse de sociologie de Noémie Morize (début octobre 2020).*

Coralie Gandré

- Encadrement du mémoire de Pauline Boué ; « Evaluation qualitative de l'expérience patient dans un projet pilote de soins primaires collaboratifs en santé mentale » ; Master 2 Recherche en santé publique de l'Université Paris-Saclay.

Charlène Le Neindre

- 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

- Directrice de thèse : Anne Penneau, « Investir dans le secteur médico-social pour améliorer l'efficacité des soins des seniors », thèse soutenue le 18 novembre 2022 à l'Université Paris Dauphine PSL. Le jury : Erin Strumpf Associate professor, McGill University, Rapporteur ; Thomas Rapp, Maître de conférences, Sciences Po, Rapporteur ; Brigitte Dormont, Professeure, Université Paris Dauphine-PSL Examineur ; Pierre-Gerlier, Forest, Président-directeur général, Institut national de santé publique du Québec, Examineur ; Roméo, Fontaine, Chargé de Recherche, Institut national d'études démographiques Examineur.
- Directrice de thèse : Noémie Malléjac, « L'impact des innovations hospitalières sur le système de santé : l'exemple de la réhabilitation améliorée après chirurgie », thèse soutenue le 25 novembre 2022 à l'Université Paris Dauphine PSL. Le jury : Lise, ROCHAIX, Professeure des universités, Université Paris 1, PSE, Rapporteuse ; Nicolas, SIRVEN, Professeur des universités, École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) Rapporteur ; Jérôme, WITTWER, Professeur des universités, Université de Bordeaux, Examineur ; Hélène, HUBER, Maîtresse de conférences, Université Paris 1/PSE Examinatrice ; Gilles, KEMOUN, Professeur des universités, Practicien hospitalier, Université de Poitiers Co-Directeur de thèse.

Membre de jury de thèse en 2022

Cécile Fournier, membre de jury de thèse et d'habilitations à diriger des recherches en 2021-2022

- Aline Ramond-Roquin, « Collaborations interprofessionnelles en soins primaires au service des patients et des populations », Habilitation à diriger des recherches, Université d'Angers, soutenue le 9 décembre 2021
- Charlotte Bruneau, « L'expérience patients : la construction des compétences des malades atteints d'hémopathies malignes par les dispositifs hospitaliers ». Doctorat de sociologie, Université Toulouse 3, soutenue le 8 novembre 2021
- Ophélie Guyonvarch « Le déploiement des assistants médicaux en France. Étude par entretiens d'un projet pilote vendéen et des conditions d'émergence du dispositif de soutien public », doctorat de médecine spécialisée en santé publique, sous la direction de Yann Bourgeuil et Frédéric Dugué, Sorbonne université, soutenue le 11 octobre 2022.

Coralie Gandré

- Membre du Jury du mémoire de Julie Gagnon ; "WHO QualityRights assessment of a mobile mental health unit contextualized in French national data" ; Master of public health, Ecole des hautes études en santé publique.

Denis Raynaud

- Membre du Jury de thèse de Cécile Gayet ; "Assurance et accès aux soins des personnes à bas revenus en France : trois essais en économie de la santé" ; Doctorat en Sciences économique, sous la direction de Brigitte Dormont, Université Paris Dauphine-PSL, soutenue le 16 décembre 2022.
- Membre du Jury de thèse de Benoit Carré, "L'accès aux soins et à l'assurance complémentaire des ménages pauvres : le rôle des subventions publiques", Doctorat en Sciences économiques, sous la direction de Florence Jusot, Université Paris Dauphine-PSL, soutenue le 14 octobre 2022.