

---

Programme  
de Recherche  
2025-2027

---

Activité 2024

---

IRDES

---

Février 2025

# EQUIPE

## DIRECTION

---

<b>Directeur</b>	Denis Raynaud
	Directeur comptable et financier Marc Scholler

## ADMINISTRATIF

---

<b>Secrétaire générale</b>	Benjamin Lévy
<b>Cadre administratif</b>	Isabelle Henri
<b>Assistante</b>	Khadidja Ben Larbi

## RECHERCHE

---

<b>Directeurs de recherche</b>	Paul Dourgnon, Cécile Fournier, Renaud Legal, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès, Zeynep Or, Sylvain Pichetti
<b>Maîtres de recherche</b>	Guillaume Chevillard, Maude Espagnacq, Florence Francis-Oliviero, Coralie Gandré, Pascale Lengagne, Anne Penneau, Marc Perronnin, Aurélie Pierre, Thierry Rochereau
<b>Chargés de recherche</b>	Anissa Afrite, Estelle Augé, Marie Bonal, Sara Buccarelli, Matthieu Cassou, Clara Dugord, Rym Ghouma, Thomas Karnycheff, Noémie Morize, Hafsa Nafia, Alexander Parry
<b>Attachés de recherche</b>	Fabien Daniel, Emma Fix, Christophe Gousset, Stéphanie Guillaume, Camille Regaert, Roseline Vincent
<b>Chercheurs associés</b>	Isabelle Bourgeois, Damien Bricard, Magali Coldefy, Laure Com-Ruelle, Pauline Culioli, Fanny Duchaine, Magali Dumontet, Roméo Fontaine, Carine Franc, Michel Grignon, Blandine Juillard-Condat, Florence Jusot, Dédé Sika Kossi, Seda Kumru, Morgane Le Bail, Pierre Lecarpentier, Julia Legrand, Jonathan Lévy, Christophe Loussouarn, Noémie Malléjac, Catherine Mangeney, Antoine Marsaudon, Yasser Moullan, Michel Naiditch, Laure Pitti, Jonas Poucineau, Constance Prieur, Quitterie Roquebert, Anna-Veera Seppanen, Julien Silhol, Nicolas Sirven, Thérèse Stukel, Nicolas Vignier, Rémi Yin, Nadia Younès
<b>Chercheurs associés - Doctorants</b>	Julie Cartailier, Yoann Galharret, Sohela Moussaoui, Esther Toutilou-Burckard

## APPUI A LA RECHERCHE

---

<b>Documentation</b>	Rouguiyatou Ndoye, Véronique Suhard
<b>Publication - communication</b>	Franck-Séverin Clérembault, Anne Evans, Damien Le Torrec, Anna Marek
<b>Informatique - Web</b>	Jacques Harrouin, Aude Sirvain

---

Programme  
de Recherche  
2025-2027

---

Activité 2024

---

IRDES

---

Février 2025



# SOMMAIRE

Introduction .....	12
<b>PROGRAMME DE RECHERCHE .....</b>	<b>15</b>
1. Axe 1 - Organisation et régulation des soins et services de santé .....	17
2. Axe 2 - Protection Sociale, Santé et Accès aux soins.....	22
3. Axe 3 – Intégration et financement des secteurs de santé, médico-social et social .....	26
4. Analyse des systèmes de santé et comparaisons internationales .....	30
<b>PROJETS .....</b>	<b>35</b>
ANALYSES ECONOMIQUES DES ENJEUX ET EFFETS DE LA FEMINISATION DES PROFESSIONS MEDICALES .....	39
Code projet : FemProMed .....	39
ASSURANCE LOCALE ALSACE-MOSELLE .....	41
Code projet : ALAMOS .....	41
Période de réalisation : 2024-2028 .....	41
COMMUNAUTES PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTE – APPROCHES EXPLORATOIRES .....	44
CODE PROJET : CPTS .....	44
Période de réalisation : 2024-2025 .....	44
DYNAMIQUES ALTERNATIVES DANS LE TRAVAIL DE SOINS PRIMAIRES.....	45
Code projet : DYNATRAS .....	45
Période de réalisation : 2025-2028 .....	45
ESTAMPE, ENQUETE SOCIOLOGIQUE SUR LA TARIFICATION MEDICALE LIBERALE ET SES PRATIQUES .....	47
Code projet : ESTAMPE .....	47
Période de réalisation : 2024-2026 .....	47
EUROPEAN MENTAL AND PHYSICAL HEALTH INITIATIVE FOR PEOPLE WITH SEVERE MENTAL DISORDERS .....	49
Code projet : EUMIND .....	49
Période de réalisation : 2024-2027 .....	49
EVALUATION DU DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU : APPLICATION A L'ANTIBIORESISTANCE .....	51
Code projet : EVA-DPC .....	51
Période de réalisation : 2023-2026 .....	51
ÉVALUER L'INFLUENCE DES POLITIQUES DE PROTECTION DE L'ENFANCE POUR REDUIRE LES INEGALITES D'ETAT DE SANTE ET DE CONSOMMATION DE SOINS DES ENFANTS .....	52
Code projet : ÉLAN .....	52
Période de réalisation : 2024-2029 .....	52
INVESTIR DANS LA PROMOTION DE LA SANTE ET LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE. NOUVELLES APPROCHES DES POLITIQUES DE SANTE, DANS ET EN DEHORS DU SYSTEME DE SANTE, FACE AUX ENJEUX ECOLOGIQUES .....	53
Code projet : SINAPS .....	53
Période de réalisation : 2023-2025 .....	53
LA SOUTENABILITE DES PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES.....	56
Code projet : SOBRE .....	56
Période de réalisation : 2024 – .....	56

PARCOURS DE SOINS DES DEFICIENCES ASSOCIEES A LA SCLEROSE EN PLAQUES (SEP) CHEZ LES PERSONNES	
AGEES – HANDISEP .....	58
Code projet : HANDISEP	58
Période de réalisation : 2024-2025	58
RESTE A CHARGE A DOMICILE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP.....	60
Code projet : RACSYNTHESE	60
Période de réalisation : 2025-2026	60
RESTE A CHARGE ET MISE EN PLACE DES PLANS DES BENEFICIAIRES DE PRESTATION DU HANDICAP	
(A PARTIR DE L'ENQUETE PHEDRE) .....	61
Code projet : Rac_PHEBRE	61
Période de réalisation : 2023-2027	61
SCOTI : SANTE, CONDITIONS DE TRAVAIL, TRANSITIONS D'EMPLOI DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS.....	62
Code projet : SCOTI	62
Période de réalisation : 2023-2024	62
SOINS PRIMAIRES INTERNAT ET RECHERCHE SUR L'INSTALLATION DANS LES TERRITOIRES .....	63
Code projet : SPIRIT	63
Période de réalisation : 2025-	63
TRAJECTOIRES DES INFIRMIERES ENTRE LE LIBERAL ET LE SALARIAT, SANTE MENTALE ET ADDICTION .....	65
Code projet : TRAILSS	65
Période de réalisation : 2023-2024	65
APPROCHE SPATIO-TEMPORELLE DES PARCOURS DE SOINS DES VICTIMES D'ACCIDENT VASCULAIRE	
CEREBRAL (AVC) .....	69
Code projet : PasovAVC (ex Rea067)	69
Période de réalisation : 2014-2023	69
ASSURANCE, ARRETS MALADIE, ACCIDENTS DU TRAVAIL, COTISATIONS ET TARIFICATION A L'EXPERIENCE .....	78
Code projet : ACTA	78
Période de réalisation : 2014-2023	78
ASSURANCE SANTE ET BIEN-ETRE SOCIAL : DANS QUELLE MESURE LES APPROCHES EX ANTE ET EX POST	
DIFFERENT ? .....	79
Code projet : EXPOST	79
Période de réalisation : 2018-2025	79
CANCERS CHEZ LES PERSONNES SUIVIES POUR DES TROUBLES PSYCHIQUES SEVERES :	
QUELLES DIFFICULTES DANS LES PARCOURS DE SOINS ? .....	81
Code projet : CANOPEE	81
Période de réalisation : 2019-2023	81
CLASSIFICATION MULTIDATES DES TERRITOIRES DE SANTE .....	86
Code projet : CLUSTER	86
Période de réalisation : 2021-2024	86
COMPARAISON ET CHANGEMENT DANS LE FINANCEMENT DES AIDES TECHNIQUES POUR LES PERSONNES	
HANDICAPEES – UNE ETUDE INTERNATIONALE .....	88
Code projet : COMPATEC	88
Période de réalisation : 2019-2025	88

COMPARAISON INTERNATIONALE DES PARCOURS DE SOINS DES PERSONNES AYANT DES BESOINS DE SOINS MULTIPLES (HIGH-NEED, HIGH-COST PATIENTS) .....	90
Code projet : ICCONIC	90
Période de réalisation : 2018-	90
COMPRENDRE LES MECANISMES DE PRODUCTION DES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES D'ACCES AUX SOINS .....	92
Code projet : MEDUSE	92
Période de réalisation : 2021-2028	92
CONDITIONS D'ACCES AUX AIDES ET POLITIQUES PUBLIQUES DE L'AUTONOMIE. ORIGINES, IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES D'EVOLUTION DE LA SEGMENTATION PAR AGE .....	93
Code projet : KAPPA	93
Période de réalisation : 2023-2027	93
CONSEQUENCES DE LA SCLEROSE EN PLAQUES SUR LES PARCOURS PROFESSIONNELS EN FRANCE - ETUDE EMOJI : EFFECTS OF MULTIPLE SCLEROSIS ON OCCUPATIONAL TRAJECTORIES' .....	94
Code projet : EMOJI	94
Période de réalisation : 2019-2023	94
DEMOGRAPHIE, MODES D'EXERCICE ET REGULATION DE L'INSTALLATION DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES LIBERAUX EN FRANCE (DRIMK) .....	96
Code projet : DRIMK	96
Période de réalisation : 2022-2025	96
DETERMINANTS DES CHOIX DE LOCALISATION GEOGRAPHIQUE ET DE MODE D'EXERCICE DES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX .....	99
Code projet : MOBILIS	99
Période de réalisation : 2020-2025	99
DIAB-QUALI : RECHERCHE QUALITATIVE AUPRES DE PERSONNES DIABETIQUES SUR LES RESSOURCES MOBILISEES DANS LA GESTION DE LEUR SANTE .....	101
Code projet : DIAB_QUALI	101
Période de réalisation : 2020-2022 (prolongation en 2024 du fait du retard lié à l'épidémie de Covid)	101
EFFETS DE L'ORGANISATION ET DU FINANCEMENT DES SOINS DE LONGUE DUREE EN FRANCE SUR LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DES SENIORS .....	103
Code projet : FINEHPAD	103
Période de réalisation : 2019-2025	103
EFFICIENCE TERRITORIALE DES CONSOMMATIONS DE SOINS DES PERSONNES AGEES .....	105
Code projet : PATE	105
Période de réalisation : 2021-2024	105
ETUDE DES INEGALITES SPATIALES D'ACCES AUX MEDECINS SPECIALISTES ET CONSTRUCTION DE ZONAGES POUR QUELQUES SPECIALITES .....	107
Code projet : ZONAGSPE	107
Période de réalisation : 2019-2024	107
EVALUATION DES MISSIONS ACCOMPAGNEMENT SANTE (MISAS) : IDENTIFIER ET RECONCILIER AVEC LE SYSTEME DE SANTE DES PERSONNES EN SITUATION DE RENONCEMENT AUX SOINS .....	109
Code projet : MISAS	109
Période de réalisation : 2023-2026	109

EVALUATION DES EXPERIMENTATIONS DE PARCOURS DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE (IRC) ET DE LA MISE EN PLACE DU FORFAIT PREVENTION.....	111
Code projet : EFIRC (ex IRC)	111
Période de réalisation : 2016-2018, 2021-2024	111
EVALUATION D'EXPERIMENTATIONS ARTICLE 51 DE REMUNERATION ALTERNATIVE A L'ACTE - PROJET ERA2.....	115
Code projet : ERA2	115
Période de réalisation : 2019-2025	115
EVALUATION DES EXPERIMENTATIONS TELESURVEILLANCE MEDICALE – PROJET ETAPES.....	119
Code projet : TELESURV	119
Période de réalisation : 2017-2025	119
EVALUATION DES REMUNERATIONS COLLECTIVES POUR LES ORGANISATIONS DE SOINS PLURIPROFESSIONNELLES DE PROXIMITE – PROJET EOS.....	122
Code projet : RAF (ex REA020)	122
Période de réalisation : 2016-2024	122
ÉVALUATION DU PROJET PROGRAMME D' ACTIONS POUR UNE RETRAITE INDEPENDANTE (PARI) .....	127
Code projet : PARI2 (ex REA228)	127
Période de réalisation : 2015-2025	127
GYNECOLOGUES, MEDECINS GENERALISTES ET SAGES-FEMMES : EVOLUTION DE L'OFFRE, PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET ACCES AUX SOINS EN MATIERE DE SANTE SEXUELLE (GYMS) .....	130
Code projet : GYMS	130
Période de réalisation : janvier 2023-décembre 2025	130
MEDECINS FRANÇAIS : CHOIX DE SPECIALITE ET DE LOCALISATION D'EXERCICE (FRENCH MEDICAL DOCTORS: SPECIALTY AND PRACTICE LOCATION CHOICE) .....	132
Code projet : SPEMED	132
Période de réalisation : 2022-2024	132
HEALTH SYSTEMS AND POLICY MONITOR (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES) .....	134
Code projet : HSPM	134
Période de réalisation : Depuis 2012	134
HEALTH SYSTEMS IN TRANSITION (HIT) - FRANCE .....	136
PROFIL DU SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS .....	136
Code projet : HIT-2022	136
Période de réalisation : 2021-2024	136
IMPACT DE LA DIFFUSION DES UNITES NEUROVASCULAIRES ET DES TRAITEMENTS INNOVANTS SUR LA QUALITE ET LE RECOURS AUX SOINS DANS LE CAS DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (AVC) .....	138
Code projet : AVC-EVAL (ex : UNVDIFF)	138
Période de réalisation : 2019-2024	138
IMPACT DE L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET MEDICO-SOCIAL DES PERSONNES AGEES DEMENTES SURLA QUALITE DE LEURS PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES.....	141
Code projet : POLYMED	141
Période de réalisation : 2021-2025	141

LA SOUTENABILITE ENVIRONNEMENTALE DES SYSTEMES DE SANTE .....	143
UNE REVUE DE LITTERATURE SUR L'EMPREINTE ECOLOGIQUE DU SYSTEME DE SANTE POUR REDUIRE SON IMPACT : VERS UN CADRE D'ACTION EN FRANCE .....	143
Code projet : SYSSANTE	143
Période de réalisation : 2021 –	143
LES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES : CARACTERISATION, IMPACTS SUR L'OFFRE ET LEVIERS DE REGULATION.....	145
Code projet : DECILE	145
Période de réalisation : 2023-2025.	145
LIENS ENTRE TRAJECTOIRES D'EMPLOI, CONSOMMATION DE SOINS, SANTE ET MORTALITE (LEMMA) .....	147
Code projet : LEMMA	147
Période de réalisation : 2022-2025	147
LITERAS : LICENCIEMENTS ECONOMIQUES, TRANSITIONS SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL ET SANTE .....	148
Code projet : LITERAS	148
Période de réalisation : 2019-2024	148
MAILLAGES SANITAIRES EN FRANCE : PROPOSITION D'UN OUTIL EN LIGNE POUR SUIVRE LEURS EVOLUTIONS DANS LE TEMPS .....	149
Code projet : CAMAILLEU	149
Période de réalisation : 2022 - 2023	149
MIGRATION DES MEDECINS ET IMPACTS SUR LA RAREFACTION DE L'OFFRE DE SOINS .....	150
Code projet : MIGRARE	150
Période de réalisation : 2017-2024	150
MODELE DE SOINS COLLABORATIFS EN SANTE MENTALE : UNE EVALUATION DE L'IMPLEMENTATION D'UN PILOTE DANS QUATRE MAISONS DE SANTE .....	153
Code projet : MOSAIQUE	153
Période de réalisation : 2022-2025	153
MUTUALISATION ET SEGMENTATION DES RISQUES SUR LE MARCHÉ DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ : DES CONTRATS INDIVIDUELS AUX CONTRATS COLLECTIFS - HOW IS SOLIDARITY ORGANIZED AND EVOLVED OVER TIME IN PRICING OF PRIVATE HEALTH INSURANCE IN FRANCE? .....	155
Code projet : MUSEUM	155
Période de réalisation : 2023-2026	155
PANORAMA DES VULNERABILITES SOCIO-ECONOMIQUES DES RECORANTS AUX SOINS DE SANTE MENTALE .....	157
Code projet : PANAMA	157
Période de réalisation : 2022-2025	157
PARTNERSHIP FOR GLOBAL HEALTH SYSTEM RESILIENCE AND SUSTAINABILITY – PHSSR .....	158
Code projet : PHSSR	158
Période de réalisation : 2020-2025	158
PROCESSUS D'EMERGENCE ET D'IMPLANTATION DE LA PRATIQUE AVANCEE INFIRMIERE SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS .....	160
Code projet : PEIPA	160
Période de réalisation : 2022-2027	160

PREMIERS PAS : TRAJECTOIRES DE SOINS ET DE DROITS DES IMMIGRANTS SANS TITRE DE SEJOUR EN FRANCE .....	161
Code projet : PREPAS (ex REA208)	161
Période de réalisation : 2016-2024	161
PROMOTING EVIDENCE-BASED REFORMS .....	165
Code projet : OASES	165
Période de réalisation : 2021-2024	165
QUEL EST LE ROLE JOUE PAR L'ASSURANCE MALADIE PRIVEE SUR LES INEGALITES TERRITORIALES D'ACCES AUX SOINS ? .....	167
Code projet : AMPRINTE	167
Période de réalisation : 2020-2028	167
RAREFACTION DE L'OFFRE DE SOINS ET ADAPTATION DES MEDECINS GENERALISTES.....	169
Code projet : ROSAM	169
Période de réalisation : 2019-2023	169
RECHERCHE - PROJET PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE D'ENTREPRISE (PSCE) 2024 .....	171
Code projet : RPSCE24	171
Période de réalisation : 2021-2028	171
RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION EN PSYCHIATRIE, ANALYSE DES VARIATION ENTRE ETABLISSEMENTS ET FACTEURS ASSOCIES A L'ECHELLE NATIONALE .....	173
Code Projet : RICOCHET	173
Période de réalisation : 2023-2025	173
REPENSER LES POLITIQUES DE RESTES A CHARGE : APPROCHES PLURIDISCIPLINAIRES (PROJET EQUI-RAC) .....	176
Code projet : RACZEROX	176
Période de réalisation : 2019-2024 (lancement du projet en novembre 2019)	176
SANTE MENTALE, MAINTIEN EN EMPLOI, SALAIRES ET ENTREE DANS L'INVALIDITE .....	178
Code projet : SMETANA	178
Période de réalisation : 2016-2022	178
VARIATIONS DES PRATIQUES MEDICALES ET ANALYSE DE PERTINENCE DES SOINS .....	179
Code projet : VARPETI	179
Période de réalisation : 2015-	179
COMPARAISON DES DEPENSES DE SANTE EN FRANCE ET EN ALLEMAGNE .....	183
Code projet : DEPENSAT	183
Période de réalisation : 2022-2024	183
ÉVALUATION CLINIQUE ET ETUDE D'IMPACT ECONOMIQUE DE L'INTERVENTION DE CONSEILLERS EN ENVIRONNEMENT INTERIEUR (CEI) AU DOMICILE DES PATIENTS ASTHMATIQUES (PROTOCOLE « ECENVIR »), VOLET ECONOMIQUE.....	185
Code projet : ECENVIR (ex REA226)	185
Période de réalisation : 2012-2022	185
ÉVALUATION DE L'EXPERIMENTATION D'UN ACCOMPAGNEMENT THERAPEUTIQUE DE PROXIMITE.....	189
Code projet : ATP_IDF	189
Période de réalisation : 2018-2022	189
ÉVALUER L'IMPACT DE LA COOPERATION ENTRE MEDECIN GENERALISTE ET INFIRMIERE DANS LE CADRE DE L'EXPERIMENTATION ASALEE (ACTION DE SANTE LIBERALE EN EQUIPE) - DOCTOR AND ADVANCED PUBLIC HEALTH NURSE EXPERIMENT EVALUATION (PROJET DAPHNEE) .....	193

Code projet : ASALEE (ex REA004)	193
Période de réalisation : 2013-2020	193
ÉVOLUTION DES COMPORTEMENTS A RISQUE DES ADULTES JEUNES .....	199
Code projet : ECORIAJ (ex Rea229)	199
Période de réalisation : 2017-2022	199
CONSEQUENCES DES RESTRICTIONS D'ACCES AUX SOINS LIEES A LA PANDEMIE DE COVID-19	
SUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP.....	209
Code projet : HANDICOVID	209
Période de réalisation : 2021-2025	209
ENQUETE SUR LES BENEFICIAIRES DE PRESTATION DU HANDICAP (ENQUETE PHEDRE).....	213
Code projet : PHEDRE	213
Période de réalisation : 2016-2023	213
ENQUETE TESSA SUR LA SANTE ET L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE DES TRAVAILLEURS DU SEXE /	
PERSONNES EN SITUATION DE PROSTITUTION, EXERÇANT SUR INTERNET EN FRANCE .....	215
Code Projet : TESSA (ex LAPSUS)	215
Période de réalisation : 2021-2026	215
FAISABILITE DE L'IDENTIFICATION DES SITUATIONS DE HANDICAP A PARTIR DES DONNEES MEDICO-	
ADMINISTRATIVES – PROJET FISH PROLONGE EN REALISATION D'IDENTIFICATION DES PERSONNES	
EN SITUATION DE HANDICAP – PROJET RISH .....	217
Code projet : FISH (ex REA236) devient RISH en 2023	217
Période de réalisation : 2016-2025	217
<b>DOCUMENTATION .....</b>	<b>221</b>
<b>PUBLICATIONS ET COMMUNICATION .....</b>	<b>231</b>
ANNEXE 1 .....	249
ANNEXE 2 .....	259
ANNEXE 3 .....	266
ANNEXE 4 .....	269
ANNEXE 5 .....	272
<b>ACTIVITE 2024 .....</b>	<b>275</b>
Activité académique.....	277
Collaborations suivies avec d'autres laboratoires	277
Participation à des comités scientifiques	279
Participation à des colloques, séminaires et workshops en 2024	281
Activités éditoriales	289
Activité d'expertise - Participation à des instances .....	290
Conseils et commissions institutionnels et autres	290
Comités de pilotage, groupes de travail et d'expertise	290
Auditions en 2024	293
Sociétés savantes et réseaux	294
Implication dans l'enseignement supérieur et la formation.....	295

## 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 contribuant à davantage d'efficacité, d'équité d'accès et de 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 de l'Irdes 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, ainsi que 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, qui contribuent également à 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 à travers des participations à des enseignements, comités de lecture, sociétés savantes, qu'en tant que lieu de formation (stage de master, thèse, post-doctorat) ou organisateur de séminaires et colloques. La qualité et l'impact des travaux de l'Irdes se mesurent en termes de publications scientifiques dans des revues à comité de lecture, dans les publications et communications « grand public » éditées par l'Irdes, dans l'utilisation des publications par l'administration et les décideurs publics, dans les activités d'expertise auprès des acteurs du système de soins et dans la production de données pour la recherche et de systèmes d'information innovants. Elle se mesure aussi à l'aune de la multiplicité de ses collaborations, à la fois scientifiques, institutionnelles et avec les acteurs du système de santé, et de ses projets financés à travers des appels d'offre scientifiques.

Le transfert de connaissances à destination des décideurs publics, des acteurs du système de soins et, plus largement, des citoyens intéressés par nos travaux, s'appuie principalement sur la publication mensuelle *Questions d'économie de la santé*, qui existe depuis 1998 et dont la dernière édition de l'année 2024 porte le numéro 295. Il s'appuie aussi depuis décembre 2023 sur un nouveau support audio, les podcasts de l'Irdes, suivant un rythme trimestriel. Ces podcasts sont l'occasion de donner la parole aux chercheurs de l'Irdes sur une thématique précise, et permettent, en s'appuyant sur les travaux de l'Irdes et plus largement sur la littérature scientifique, d'apporter des éclairages sur des questions de politique publique. Les quatre premiers numéros ont ainsi porté sur l'Aide médicale de l'Etat, les médecins à diplôme étranger, les centres de santé, et enfin sur la réforme 100% santé en audiologie.

L'activité de recherche de l'Irdes se structure autour de trois axes thématiques et d'un axe international.

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 ?

Un quatrième axe de recherche s'appuie sur la comparaison internationale des systèmes de santé, qui offre un outil précieux aux chercheurs et aux décideurs publics pour évaluer la performance de leur système, les pays industrialisés faisant face à des défis similaires auxquels chacun répond différemment. La recherche internationale à l'Irdes, à travers des collaborations diverses et des projets spécifiques, vise à comparer les politiques de santé 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 français. Les travaux de l'Irdes s'attachent à contribuer pleinement aux débats sur les questions d'économie et de politiques de santé au niveau international.



# **PROGRAMME DE RECHERCHE**



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

**Animateurs** : Cécile Fournier, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès

**Contributeurs** : Anissa Afrite, Estelle Augé, Marie Bonal, Guillaume Chevillard, Matthieu Cassou, Cécile Fournier, Coralie Gandré, Rym Ghouma, Véronique Lucas-Gabrielli, Noémie Morize, Julien Mousquès, Zeynep Or, Sylvain Pichetti

**Chercheurs associés et/ou collaborateurs** : Isabelle Bourgeois (Icône Médiation Santé, Université Dauphine), Damien Bricard (Université de Montpellier, MRE), Magali Coldefy, Fanny Duchaine (Université de Strasbourg), Alice d'Esteve de Pradel (EHESP), Magali Dumontet (Université Paris Nanterre, EconomiX), Carine Franc (Cesp-Inserm), Laure Com-Ruelle, Julia Legrand (Dysolab), Christophe Loussouarn (DREES), Noémie Malléjac (EHESP), Dédé Sika Kossi (FOR, Liraes – Université de Paris), Catherine Mangeney, Lucie Michel, Yasser Moullan (Ceser), Laure Pitti (Université Paris 13, CNRS), Quitterie Roquebert (Université de Strasbourg, BETA), Anna-Veera Seppanen (Inserm, RESS UMR1153, équipe Epopé), Julien Silhol, Thérèse Stukel (Ices), Nadia Younès (Université Paris-Saclay UVSQ, Inserm)

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

L'offre de soins et services de santé en France se caractérise notamment par une contrainte accrue sur les ressources financières et des innovations technologiques toujours plus onéreuses. Concernant les ressources humaines en santé, le niveau de dotation en médecins se raréfie à un rythme accéléré alors que celui des paramédicaux s'améliore. En outre, 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, et 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, 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 vient interroger et modifier les pratiques professionnelles et l'organisation des soins et services de santé.

Pour tenter de réduire ces écarts entre les besoins et l'offre de soins et de services de santé, les politiques prennent de nouvelles formes. 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, et des dispositifs d'appui à la coordination territoriale. La structuration des soins de premiers 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 recherche, qui s'articulent dans cet axe autour des deux grandes thématiques détaillées ci-dessous.

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

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

Certaines recherches visent ainsi à travailler sur les 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, avec une attention particulière pour la dimension financière de l'accessibilité (projet DECILE 145). Cette dernière dimension fait aussi l'objet d'une enquête sociologique visant à décrire les pratiques tarifaires de médecins et à analyser les déterminants sociaux de ces pratiques, tant du côté des médecins que des patients (projet ESTAMPE P. 47).

Les disparités territoriales d'offre de soins et services de santé et leurs dynamiques sont questionnées à travers plusieurs projets, de même que les mesures mises en œuvre pour lutter contre ces disparités, et leur impact en termes d'installation et de maintien en exercice. 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. 86). Cette typologie sera utilisée par d'autres projets s'intéressant à l'évolution de l'accessibilité aux soins (e.g. MIGRARE, p. 150) et a vocation à en nourrir d'autres. Les parcours géographiques et le maintien des médecins généralistes libéraux (en fonction de leurs caractéristiques et de leurs lieux d'installation) sont analysés dans le projet MOBILIS (fiche p. 99), ainsi que le rôle des incitations financières, et enfin celui spécifique de leurs lieux de stage d'internat sur leurs choix de lieux d'exercice (projet SPIRIT, p. 63). Le lien entre les caractéristiques individuelles des étudiants en médecine et le choix du poste d'interne (spécialité et subdivision de formation) et le choix de localisation d'exercice sont étudiés dans le projet SPEMED (fiche p. 132) 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 étudiées dans le projet ROSAM (fiche p.167). 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. 150). Le phénomène des déserts médicaux est par ailleurs abordé dans une perspective européenne dans le projet OASES (fiche p.165) afin de renforcer la capacité des Etats à mener des réformes.

L'impact de la localisation des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et des mesures couplant zonages, limitations à l'installation dans les zones sur-denses et incitations financières dans les zones sous-denses sont analysés pour les masseurs-kinésithérapeutes, après avoir été étudiés dans le passé pour les infirmières (DRINK, p.96).

Le suivi gynécologique des femmes et son évolution depuis l'extension des compétences des sages-femmes est étudié dans le projet GYMS (fiche p.107) avec une attention particulière pour l'évolution de l'accessibilité territoriale à ces soins.

Les conditions de travail et la santé mentale des professionnels sont aussi considérées, à travers l'analyse de la façon dont elles s'expliquent et sont influencées, chez les infirmiers, par des transitions entre un exercice salarié à l'hôpital et un travail indépendant en libéral (TRAILSS, p.63).

Par ailleurs, la question de l'impact de la féminisation est abordée au travers de l'analyse de l'attractivité des différentes spécialités médicales, des différences de genre en termes d'intensité d'offre de travail et des relations médecin-patient (FemProMED, p.39).

La logique de diffusion spatio-temporelle d'innovations organisationnelles ou technologiques est également étudiée à partir des cas des Maisons de santé pluriprofessionnelles (projet EOS p.122) de la télésurveillance médicale (projet ETAPES p.119) ou encore des unités neurovasculaires pour la prise en charge des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral (projet AVC-EVAL p.138). L'impact de ces innovations est examiné sous l'angle de la réduction des disparités territoriales d'offre de soins et services en santé.

Enfin, un éclairage particulier est mis sur certaines dynamiques alternatives d'organisation et de travail en soins primaires, à partir de l'étude du cas des structures de "soins coordonnés participatives" (SECPa), financées entre 2021 et 2024 dans le cadre des expérimentations Article 51 : le projet DYNATRAS (p.44), financé par l'Iresp, vise à saisir les transformations des organisations, des pratiques professionnelles, des logiques d'intégration territoriale de ces équipes et les modalités de participation des usagers et habitants qui s'y déploient, ainsi que leurs conditions de possibilité. Il vise, d'autre part, à analyser les ajustements de pratiques dans ces structures de soins coordonnés participatives au fil du temps et leurs effets tant sur l'offre de soins que sur l'accès aux soins.

## **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 à des politiques, des interventions, des projets pilotes ou des expérimentations, en lien avec les thématiques de la coopération, de la coordination ou de l'intégration entre les offreurs, voire à 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'intérêt à examiner, les projets étudient le plus souvent les 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, parcours de soins et coûts d'opportunité des soins hospitaliers), la qualité, la pertinence et l'équité des soins et services rendus.

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. En France, une première

étude des variations des pratiques hospitalières a montré que la propension à pratiquer des interventions chirurgicales varie considérablement d'un département à l'autre (*cf.* Atlas 2016). Ces variations soulèvent des problématiques thérapeutiques et économiques lorsqu'elles ne sont pas justifiées par les besoins des patients. Depuis cette publication, de nombreuses initiatives ont modifié le financement et l'organisation des soins hospitaliers. En 2024, dans le cadre d'une collaboration avec la DGOS et la Drees, l'Irdes a fait un état des lieux de l'évolution des pratiques chirurgicales dans le temps, en questionnant les variations des taux de recours et des processus de soins avec de nouveaux indicateurs (Fiche VARPERTI, p.179). En 2024, ce projet s'intéressera aux déterminants de ces variations de pratiques ainsi qu'à leurs liens avec les financements hospitaliers. Le champ de la psychiatrie est également particulièrement sujet aux variations de pratiques médicales (persistance de différentes écoles de pensées, disponibilité limitée de recommandations de bonnes pratiques...) et 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 entre établissements et leurs déterminants (caractéristiques propres des individus pris en charge, caractéristiques des établissements de santé, caractéristiques de leur environnement mesurées sur leur zone d'intervention) pour permettre une évolution adéquate des pratiques, avec un focus actuel sur les pratiques d'isolement et de contention mécanique pour lesquelles des données à l'échelle nationale ont été récemment mises à disposition (RICOCHET p.173). Le champ de la psychiatrie se caractérise également par son cloisonnement, requérant un changement de paradigme vers des prises en charge plus intégrées. Le développement de nouveaux modèles organisationnels d'intégration des soins de santé mentale et physique fondés sur des données probantes pour les personnes avec des troubles psychiques sévères fait l'objet du projet européen EU-MIND (p.49).

L'impact du Développement professionnel continu (DPC) des médecins sur leurs pratiques reste encore mal connu en France. Le projet EVADPC ambitionne de l'évaluer en réalisant une comparaison des pratiques des professionnels de santé ayant suivi le DPC *versus* ceux qui n'ont pas suivi le DPC sur le triennal précédent (2020-2022), d'abord spécifiquement sur le thème de l'antibiorésistance mais aussi sur d'autres thématiques par la suite (projet EVADPC, p.51).

Les politiques de soutien à la coopération pluriprofessionnelle, à la coordination, voire à l'intégration sous la forme de regroupements pluriprofessionnels en MSP, se poursuivent et se diversifient. Dans ce cadre, les recherches évaluatives sur l'impact de ces transformations organisationnelles ou technologiques sont étendues à l'aide d'approches mixtes qualitatives et quantitatives mobilisant les disciplines de la géographie, de la sociologie ou de l'économie. Il s'agit de comprendre les liens entre les contextes, les pratiques des acteurs, le fonctionnement des organisations et les transformations étudiées. Ainsi sont analysés l'environnement ou le contexte au sein duquel s'inscrivent ces transformations ou innovations, les enjeux auxquels elles répondent, leur déploiement au sein des organisations et les usages qui en sont faits par les acteurs (professionnels et usagers). Sont notamment analysés l'intégration et la coopération pluriprofessionnelle à travers des expérimentations de coopération entre généralistes et infirmières, d'une part dans le cadre d'un projet de soins collaboratifs en soins primaires pour des patients souffrant de troubles psychiques, en collaboration avec le CESP-UVSQ et le CH de Versailles (projet MOSAÏQUE, p. 153), au travers de l'analyse des impacts des MSP bénéficiaires de financements collectifs dans le cadre d'un accord conventionnel interprofessionnel (projet EOS p.122 en collaboration avec les équipes du CESP (Inserm) et d'Erudite (Upec). Un autre projet en collaboration avec l'AP-HP s'intéresse aux facteurs qui influencent la mise en œuvre effective de la pratique avancée infirmière en France en soins primaires et en établissement de santé (projet PEIPA p. 160). La coopération entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre de la mise en place de l'accès direct en MSP est également analysée dans le projet DRINK , p.96) Enfin, des travaux exploratoires sont conduits sur les Communautés professionnelles territoriales de santé, en s'intéressant tant aux dynamiques de création et de déploiement territorial

de ces dispositifs, qu'aux transformations de pratiques professionnelles et de gouvernance territoriale en jeu (CPTS, p.44).

Plusieurs projets cités plus haut portant sur la diffusion d'organisations innovantes s'intéressent parallèlement à la gestion des parcours des patients et aux pratiques de coordination en amont ou en aval d'une hospitalisation, concernant d'une part le déploiement de la télésurveillance médicale pour diminuer le recours à l'hospitalisation (projet ETAPES p.119), et d'autre part l'impact du déploiement des unités neurovasculaires et des traitements innovants sur la prise en charge des patients victimes d'un AVC (projet AVC-EVAL p.138). De plus, le projet DIAB-QUALI (p.99), mené en collaboration avec Santé publique France et l'Université de La Réunion, s'intéresse à l'expérience des patients diabétiques de type 2, en mobilisant une approche qualitative sociologique, pour comprendre la manière dont ils mobilisent les ressources disponibles dans leur environnement pour bien vivre avec cette maladie.

Enfin, des innovations tarifaires et organisationnelles prenant différentes formes sont aussi étudiées. Il peut s'agir de la mise en place d'un fonds, comme le contrat d'intéressement sur gains d'efficacité pour des groupements d'acteurs (Incitation à la prise en charge partagée (IPEP)), ou d'une rémunération collective forfaitaire et substitutive à l'acte en exercice pluriprofessionnel (Paiement en équipe de professionnels de santé (PEPS), tels que déployés dans le cadre des expérimentations permises par l'Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018, pilotées par la DSS, la DGOS et la Cnam, évalués dans le projet ERA2 (p.111). Il peut également s'agir du financement de projets pilotes et de 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, évalués dans le projet EFIRC (p.111).

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

**Animateurs** : Paul Dourgnon, Renaud Legal, Pascale Lengagne, Aurélie Pierre

**Contributeurs** : Estelle Augé, Damien Bricard, Paul Dourgnon, Clara Dugord, Coralie Gandré, Renaud Legal, Pascale Lengagne, Véronique Lucas-Gabrielli, Marc Perronnin, Aurélie Pierre, Denis Raynaud.

**Chercheurs associés** : Magali Coldefy, Laure Com-Ruelle, Carine Franc, Michel Grignon, Florence Jusot, Antoine Marsaudon, Sohela Moussaoui, Constance Prieur, Nicolas Sirven, Nicolas Vignier, Jérôme Wittwer.

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 « Premiers pas » réalisée en 2019, l'enquête « TESSA » réalisée en 2025 ; ou auprès des entreprises comme l'enquête PSCE réalisée en 2025 également. 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. 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. Le projet ALAMOS porte sur le régime local d'Alsace-Moselle et évalue les effets redistributifs du régime sur les assurés, ses impacts financiers sur les employeurs, son impact sur les choix de couverture et sur le recours et la consommation de soins de ses assurés.

### **Couverture des arrêts maladie et des accidents du travail**

Le projet ACTA (p. 78) 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.

### **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 2025, une nouvelle édition de l'enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise auprès des employeurs du secteur privé, centrée sur l'assurance prévoyance (projet PSCE24, p. 171).

## **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 sociale, inégalités des conditions de vie et de travail, comportements de santé, couverture santé, accès et recours différenciés 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.199) vise à identifier les déterminants individuels et contextuels des comportements à risques. Une large revue de littérature vise à décrire les nouvelles approches des politiques de santé, dans et en dehors du système de santé, visant à investir dans la promotion de la santé et les déterminants sociaux de la santé, dans un contexte marqué par la montée des enjeux écologiques (SINAPS p. 53).

### **Marché du travail et état de santé**

Les projets LEMMA (p. 147) et LITERAS (p.141) examinent l'impact de la perte d'emploi sur la santé mentale et physique des individus. Le projet SMETANA (p.169) 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 et sur leurs disparités de recours aux soins somatiques courants en comparaison de la population générale, une recherche mixte porte sur les inégalités des parcours de soins de patients atteints de cancer entre les patients également suivis pour troubles psychiques sévères et les autres patients atteints de cancer (projet CANOPEE p. 81). En outre, un projet mobilisant les données de l'EDP-Santé, en collaboration avec la Drees (projet PANAMA, p. 157) vise à finement documenter les éventuelles vulnérabilités socio-économiques des recourants aux soins de santé mentale, pour mieux les prendre en compte dans l'étude des inégalités de parcours de soins.

## **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 (p. 167) et MEDUSE (p. 90) 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 (p. 145) 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 étudient le poids des restes à charge dans les revenus des ménages. 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. Un des volets du projet DECILE analyse le cumul des dépassements d'honoraires à l'occasion de 4 épisodes de soins : l'accouchement, l'opération du cristallin, la prothèse totale de hanche et la coloscopie. Un autre volet de ce projet étudie le poids des dépassements d'honoraires supportés par les habitants des communes défavorisées.

## **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...

Le projet MISAS (p.109) 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.

L'enquête TESSA (p.215) 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, sera réalisée en 2024.

### 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, Julie Cartailier, Fabien Daniel, Maude Espagnacq, Coralie Gandré, Emma Fix, Stéphanie Guillaume, Blandine Juillard-Condat, Hafsa Nafia, Zeynep Or, Anne Penneau, Marc Perronnin, Sylvain Pichetti, Camille Regaert, Esther Touitou-Burckard

**Chercheurs associés :** Roméo Fontaine, Emmanuelle Leray ; Nicolas Sirven, Fanny Duchaine, Jonas Poucineau, Jonathan Levy, Rémi Yin, Nadia Younès

Le vieillissement de la population, avec la hausse des maladies chroniques, pose de nouveaux défis aux systèmes de santé et social. L'accompagnement de personnes ayant des besoins à la fois médicaux et sociaux, comme les personnes en situation de perte d'autonomie ou en situation de handicap et les personnes qui ont des problèmes somatiques, est complexe. Cet accompagnement doit 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.

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 des services, des ressources et des financements afin d'améliorer l'accès, la qualité, l'efficacité des services et la satisfaction des usagers. Les aidants familiaux sont également devenus des acteurs centraux dans l'accompagnement à domicile. 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. Cela requiert que les besoins de chaque individu soient évalués dans leur ensemble afin que les éléments d'information nécessaires à l'accompagnement et aux soins, tant médicaux que sociaux, 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 au 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.

Dans un contexte de croissance du nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie, mais aussi d'une reconnaissance plus grande du handicap, ainsi que d'une augmentation de la prévalence des pathologies invalidantes, nous interrogeons notamment les sources et modes de financement pour étudier à la fois le coût global et l'efficacité de leur accompagnement sanitaire et médico-social. 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 de santé. Ces questions sur l'efficacité appellent de meilleures définitions et mesures de la qualité des soins et d'accompagnement des personnes concernées. Pour les personnes handicapées, bien que les dispositifs soient différents, les questions de coûts et de qualité des soins et de l'accompagnement 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 l'accompagnement global des personnes en situation de perte d'autonomie et de handicap ? 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**

La première thématique rassemble des analyses sur la performance des secteurs de santé et médico-sociaux cherchant à mesurer l'efficacité allocative des ressources publiques en interrogeant l'articulation des acteurs médicaux et sociaux, afin de mieux prendre en charge des personnes à besoins multisectoriels.

Un premier champ d'analyse est la performance des établissements médico-sociaux, dont les financements s'inscrivent à la croisée de ces trois secteurs. Ainsi, nous questionnons l'organisation, l'articulation et le financement des soins de longue durée en France et leur impact sur la qualité de l'accompagnement sanitaire des personnes âgées résidant en Ehpad (Projet FINEHPAD, p.103).

Nous analysons également les dépenses de santé au niveau territorial pour interroger l'efficacité allocative des ressources déployées dans les territoires et le degré de substitution ou de complémentarité entre les soins et services de santé et médico-sociaux pour les personnes âgées (projet PATE, p.105). Le projet Programme d'actions pour une retraite indépendante (PARI), mené en collaboration avec l'École des hautes études en santé publique (EHESP) a cherché 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.127). Le projet POLYMED a pour objectif de caractériser l'impact de l'environnement familial (aidants familiaux) et médico-social (aidants professionnels) des personnes âgées atteintes de maladies neurodégénératives et/ou en situation de perte d'autonomie 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. 136). Le projet DEPRESCRIPTION cherche par ailleurs à identifier les interventions efficaces pour réduire les prescriptions inappropriées - une préoccupation importante pour les personnes âgées - comme une démarche de qualité et de soutenabilité (projet DEPRESCRIPTION p. 56).

L'analyse des variations des pratiques et des parcours de soins des personnes qui ont des besoins chroniques multiples dans le cadre d'une collaboration internationale est aussi une manière efficace d'identifier les marges de progrès possible par des comparaisons internationales. Ce projet, porté par l'Université de Harvard mobilise des équipes de chercheurs de 12 pays (ICCONIC p. 90). Le projet de recherche interdisciplinaire EUMIND (p. 49), qui mobilise des équipes issues de six pays européens (Danemark, Finlande, France, Italie, Pologne, Suède) a pour objectif d'identifier les modèles de soins intégrés les plus efficaces et les plus adaptés aux personnes vivant avec un trouble psychique sévère et persistant. La majorité de nos travaux concerne des adultes en situation de perte d'autonomie ou de handicap. Cependant, d'autres populations présentent également des besoins d'accompagnement multisectoriels, notamment les enfants en situation de handicap et ceux suivis par les services de protection de l'enfance. Au-delà des personnes en situation de perte

d'autonomie ou de handicap, les projets de cet axe s'intéressent également à d'autres populations qui ont des besoins d'accompagnement multisectoriels, notamment les personnes qui ont des besoins somatiques.

Le projet de recherche ELAN vise à évaluer l'impact des politiques de protection de l'enfance sur la réduction des inégalités en matière de santé et de consommation de soins chez les enfants, pour examiner l'influence de ces politiques et leurs interactions avec les secteurs sanitaire et médico-social (projet ELAN, p. 51).

### **L'équité d'accès aux droits et prestations**

De nombreux projets visent 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 sont financés par différentes institutions (Assurance maladie, départements, Etat,...), ce qui peut conduire à des inégalités d'accès aux soins et à l'accompagnement. Cette juxtaposition de différents secteurs conduit à réfléchir à un usage novateur des 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. Une première interrogation porte sur l'impact de la segmentation des politiques publiques de l'autonomie sur le recours à l'aide humaine, les restes à charge et les taux d'effort des bénéficiaires de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) à partir de l'enquête Phedre, et des personnes âgées en situation de perte d'autonomie (en particulier celles bénéficiaires de l'APA) en s'appuyant notamment sur les données de l'enquête Care (Projet KAPPA p. 93). Ce projet spécifiquement traité à l'Irdes s'insère dans un programme de recherche plus vaste porté par le consortium de recherche interdisciplinaire KAPPA regroupant des économistes, sociologues, historiens, démographes, épidémiologistes et statisticiens issus de neuf établissements de recherche ainsi que trois associations du secteur médico-social.

Un autre projet, réalisé également dans le cadre du consortium KAPPA, a pour objectif d'identifier les spécificités des parcours de soins avant l'entrée en institution pour les adultes en situation de perte d'autonomie et de handicap à partir des données Resid-ESMS (projet KAPPA, p. 93).

L'accessibilité financière aux soins des personnes en situation de handicap est une thématique de recherche ancrée à l'Irdes depuis de nombreuses années. L'enquête Phedre permet de mener un travail spécifique sur le reste à charge des aides techniques et sur la mise en place effective des plans d'aide (Projet PHEDRE\_RAC).

A partir de fin 2025, nous nous appuyerons sur un corpus d'études réalisées à l'Irdes au cours des dernières années et sur les nouveaux résultats issus des recherches en cours (KAPPA, PHEDRE\_RAC) pour réaliser une synthèse des connaissances sur les restes à charge à domicile des personnes en situation de handicap et des personnes âgées (projet RACSYNTHESE, p. 60).

Une autre question autour de l'équité s'intéresse plus spécifiquement aux conséquences de la pandémie de Covid-19 sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

Une recherche, mobilisant les données du Système national des données de santé (SNDS), vise à documenter les impacts à 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 repose en partie sur la mobilisation des algorithmes du projet FISH (voir section 'Données et enquêtes'). Dans la continuité des travaux sur la Sclérose en plaques-SEP (Emoji et Handicovid) et dans le cadre d'un post doctorat, un travail sur le vieillissement des personnes avec une SEP sera mené (Handi-SEP p. 56).

Le projet COMPATEC de comparaison internationale sur l'accès aux aides techniques (fiche p. 88) permet de positionner les dépenses publiques et restes à charge liés aux aides techniques observés en France par rapport à d'autres pays comparables (Belgique, Royaume-Uni et Suède) et de mieux comprendre pourquoi certains pays ont fait évoluer leurs politiques de financement et d'accès aux aides techniques.

### **Données et enquêtes**

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 RISH p. 215), devenu Rish pour « Réalisation d'identification des situations de handicap » en 2023 grâce au financement d'experts par le Health Data Hub (HdH). Un autre algorithme mobilisant les données du SNDS est actuellement développé dans le projet ELAN, qui bénéficie également d'un financement du Health Data Hub, et qui vise à identifier des enfants ayant vécu des situations d'adversité durant l'enfance à partir des données du SNDS et de l'EDP Santé (projet ELAN, p. 51).

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. 213). Une première version de l'appariement de l'enquête Phedre avec les données du SNDS a été mise à disposition en juin 2024. 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.

Nous exploitons également d'autres sources de données telles que les données Resid-ESMS, ainsi que d'autres à venir (bases de données des MDPH intégrées au SNDS, enquête appariée au SNDS, enquêtes Autonomie Ménage et Institutions, Prison, Aide sociale), ce qui permet d'enrichir les projets et les problématiques de l'axe.

## 4. ANALYSE DES SYSTEMES DE SANTE ET COMPARAISONS INTERNATIONALES

**Animateurs :** Zeynep Or, Coralie Gandré

**Contributeurs :** Damien Bricard, Guillaume Chevillard, Paul Dourgnon, Pascale Lengagne, Véronique Lucas, Julien Mousquès, Alexander Parry, Anne Penneau, Sylvain Pichetti, Aurélie Pierre

**Chercheurs associés :** Julie Cartailier, Florence Jusot, Yasser Moullan, Anna Veera Seppanen

Le système de santé français, à l'instar de nombreux autres dans les pays industrialisés, se trouve confronté à des défis majeurs : le vieillissement de la population, les effets du réchauffement climatique et le coût croissant de la médecine personnalisée, dans un contexte où les finances publiques sont de plus en plus sollicitées. La question de la soutenabilité et de la résilience des systèmes de santé devient cruciale, notamment après la crise sanitaire du Covid-19. Sans indicateurs fiables pour évaluer leur résilience et leur soutenabilité, ces systèmes peinent à identifier et corriger leurs faiblesses. Dans ce cadre, la comparaison internationale se révèle être un levier essentiel pour les chercheurs et les décideurs publics, leur permettant non seulement d'évaluer la performance de leurs systèmes, mais aussi de comprendre les facteurs de succès et d'engager une amélioration continue.

Les projets sur les systèmes de santé à l'Irdes, à travers des collaborations et des projets internationaux, 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. En 2024, les collaborations internationales sont axées sur l'urgence d'identifier rapidement des mesures et des politiques novatrices pour renforcer la soutenabilité financière et environnementale des systèmes de santé.

La pandémie de Covid-19 a mis en évidence le besoin de repenser et reconstruire des systèmes de santé plus résilients et soutenables. Le réseau *Health Systems and Policy Monitor (HSPM)* auquel l'Irdes participe depuis plus de quinze ans, 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 en Europe principalement. Ce réseau soutenu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Commission européenne a été très actif pour suivre les politiques de santé et leurs conséquences pendant la pandémie de Covid-19 dans une vingtaine de pays européens. En 2024, l'Irdes s'est engagé avec le réseau HSPM pour d'un part identifier les politiques visant à renforcer la soutenabilité du système de santé et d'autre part démontrer comment les systèmes de santé contribuent aux objectifs de développement durable (HSPM, p.134). L'Irdes aussi a mis à jour en 2023-2024, le HIT France (Systèmes de santé en transition) une référence majeure présentant la vue d'ensemble du système de santé avec une présentation standardisée à travers les pays (HIT, p.136).

L'Irdes s'engage également dans un partenariat pour **la résilience et la soutenabilité des systèmes de santé (Partnership for global Health System Resilience and Sustainability-PHSSR)** depuis 2020. Ce partenariat, initié par la London School of Economics (LSE) avec le soutien du Forum économique mondial (WEF) et AstraZeneca, vise à développer des connaissances sur la soutenabilité et la résilience des systèmes de santé, de manière à pouvoir les mesurer dans différents contextes nationaux et à élaborer des solutions en facilitant la collaboration transfrontalière et intersectorielle. L'Irdes s'est engagé en 2024 dans la deuxième phase du projet visant à établir les forces et les faiblesses du système de santé français pour prendre en charge les maladies chroniques (PHSSR, p. 158).

Un aspect essentiel de la soutenabilité des systèmes de santé est l'impact de ses activités sur l'environnement, qui contribuent au changement climatique. La relation entre le changement climatique et les systèmes de santé est bidirectionnelle : les systèmes de santé doivent s'adapter pour répondre à l'évolution des besoins causée par le changement des conditions climatiques mais réduire en même temps leur empreinte environnementale pour atténuer leur effet sur le climat. La réduction de l'empreinte écologique et la soutenabilité environnementale du système de santé implique aussi d'améliorer simultanément son efficacité et de réduire les soins à faible valeur (*low-value care*). Depuis 2022, l'Irdes travaille sur ce sujet pour contribuer à l'élaboration d'un cadre d'action holistique pour le système de santé français à travers des revues de littérature et des travaux théoriques (SYSANTE, p.141).

Dans le cadre de ses travaux sur la soutenabilité du système de santé, l'Irdes s'intéresse aussi à la question de la pertinence des prescriptions médicamenteuses. En 2024, en collaboration avec des chercheurs de l'EHESP et de Sciences Po, une revue de littérature a été entamée pour identifier les interventions efficaces de « déprescription », définie comme le processus de réduction ou d'arrêt des médicaments qui pourraient nuire au patient ou ne plus lui être utiles (SOBRE, p. 56). Ce projet, qui va se poursuivre par des analyses quantitatives en 2025, vise à moyen terme à créer une communauté d'acteurs travaillant sur la réduction des soins à faible valeur pour assurer la soutenabilité du système de santé. Dans ce cadre, plusieurs travaux sont lancés en 2025 pour questionner la pertinence des prescriptions hospitalières. Il s'agit à la fois de décrire la variation et la pertinence des pratiques de prescription par des indicateurs originaux, tels que le taux de prescription dans des indications hors AMM, et l'efficacité de prescription en prenant en compte les prix d'achat, et de questionner l'impact du mode de financement des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation sur les pratiques de prescription (SOBRE, p. 56).

L'Irdes poursuit en parallèle sa collaboration sur le thème des **variations des pratiques médicales** avec le **Wennberg International Collaborative** (<http://www.wennbergcollaborative.org>), visant à contribuer au développement de méthodes d'analyses, au niveau international, pour évaluer la variation dans les pratiques médicales et améliorer leur pertinence. Ce réseau soutient la recherche sur l'analyse et la comparaison des variations de pratiques médicales et de leurs déterminants. Le soutien de ce réseau a été important pour réaliser la publication de l'*Atlas des variations des pratiques médicales* publié en 2024 (VARPERTI, p.179).

**International Collaborative on Costs, Outcomes, and Needs in Care – ICCONIC** est un réseau de chercheurs qui vise à développer de nouvelles approches pour comparer les coûts, l'utilisation et les résultats des populations ayant des besoins et des coûts élevés (High cost, high need-HCHN) dans différents systèmes de santé. Dans tous les systèmes, ces patients (HNHC) constituent un segment minoritaire de la population tout en représentant une part disproportionnée des dépenses de santé. Pour améliorer l'efficacité du système de santé, il est essentiel d'optimiser les soins de santé, les dépenses et les résultats pour cette population. Fondé en 2018, ICCONIC est composé de 14 partenaires d'Amérique du Nord, d'Europe et du Pacifique et de l'OCDE, qui se sont engagés à répondre à des questions cruciales sur cette population de patients, souvent sous-étudiée dans le cadre international. Bénéficiant initialement d'un soutien du Commonwealth Fund (US), les projets ICCONIC obtiennent des financements de multiples sources, telles que des agences nationales de recherche aux Etats-Unis et au Danemark, mais aussi de la Health Foundation en Angleterre (ICCONIC, p.90).

L'Irdes continue également à animer le **European Health Policy Group (EHPG)** (<https://www.ehpg.org>), un réseau collégial comptant une centaine de chercheurs. Le réseau EHPG vise à favoriser à l'échelle internationale des échanges, débats et collaborations interdisciplinaires. 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 2025, une réunion

exceptionnelle aura lieu à New York, *via* une collaboration avec Columbia University sur la place du secteur privé dans la fourniture et le financement des soins de santé. Les contributions choisies seront réunies dans un numéro spécial de *Health Economics Policy and Law*.

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 Organizations (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.

## 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, vivant avec des troubles psychiques ou les migrants.

**Le projet EU-MIND (EUropean Mental and physical health Initiative for people with severe Mental Disorders)**, financé par le partenariat 'Transforming Health and Care Systems' inclus dans le programme européen de recherche 'Horizon Europe' est une collaboration interdisciplinaire entre six pays européens (Danemark, Finlande, France, Italie, Pologne et Suède) pour identifier un modèle d'intégration des soins consensuel et fondé sur des données probantes pour les personnes vivant avec un trouble psychique sévère dans le cadre d'une approche globale de leur santé (voir fiche p.49). Sur ce thème, des collaborations ont également été entamées avec l'équipe dédiée à l'économie et aux politiques de santé au sein du département des sciences de la santé des populations de l'Université Cornell aux États-Unis pour éclairer la France à partir de l'expérience américaine (voir *Questions d'économie de la santé* n°292 – Septembre 2024).

**Le projet OASES** est une réponse au 3<sup>e</sup> 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 les mesures qui permettent de les résorber. La France est représentée par l'École des hautes études en santé publique (EHESP) en tant qu'institution principale, en collaboration avec l'Irdes (fiche p.165).

La comparaison internationale des dépenses publiques est employée régulièrement dans les pays qui explorent 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 limitées compte tenu du taux déjà élevé de prélèvements obligatoires lorsqu'on compare la France aux principales économies européennes. Dans ce cadre, l'Irdes, en collaboration avec le HCFiPS, s'est penché en 2024 sur l'exemple de l'Allemagne, dont le taux de prélèvements obligatoires est sensiblement

inférieur à la France. Cette recherche propose une **comparaison des dépenses de santé en Allemagne et en France** afin d'analyser leurs compositions et déterminants. Pour cela, nous proposons de réaliser une comparaison ne visant pas à décrire toutes les composantes du système allemand mais plutôt à identifier des paramètres clés qui peuvent impacter les dépenses (DEPENSAF, p. 183).

Le projet de **comparaison européenne dans le financement des aides techniques pour les personnes en situation de handicap** (COMPATEC) (fiche p. 88) 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 et Suède**). 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. 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. Les voyages d'étude ont eu lieu en 2022 (Belgique et Suède) et en 2023 (Royaume-Uni). **Le rapport final a été rendu en décembre 2023.**



# PROJETS



**PROJETS NOUVEAUX**  
NON COMMENCES OU COMMENCES EN 2024



## **Analyses économiques des enjeux et effets de la féminisation des professions médicales**

### **Code projet : FemProMed**

**Equipe :** Simon Drapala (Université Paris-Saclay, EDSP - CESP, Inserm UMR 1018, Carine Franc (CESP, Inserm UMR 1018, Irdes), Matthieu Cassou (Irdes)

**Financement :** Projet doctoral financé par la Drees par convention CESP-Drees

### **Contexte et objectifs**

La féminisation des professions médicales constitue une des mutations majeures de l'offre de soins en France, comme dans l'ensemble des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), ces vingt dernières années : en 2019, près de la moitié des médecins des pays de l'OCDE étaient des femmes. La progression de la part de médecins femmes a été très rapide, de 39 % en 2000 (moyenne de 37 pays de l'OCDE) à près de 49 % en 2019. En France, les tendances sont tout à fait comparables : parmi les médecins de moins de 70 ans, spécialistes et généralistes, 50 % des médecins étaient des femmes en janvier 2021 comparé à 43 % en janvier 2012 et parmi les médecins de moins de 40 ans, 62% sont des femmes (Anguis *et al.*, dossier de la Drees n°76, 2021). Cette hausse rapide s'explique par la conjonction d'une hausse du nombre de jeunes femmes s'engageant dans les études de médecine et le départ progressif à la retraite des générations de médecins les plus âgés, le plus souvent des hommes.

La féminisation des professions médicales en France intervient dans un contexte de tensions démographiques offre-demande généralisé à la plupart des spécialités de médecine de ville. Ces situations sont d'autant plus compliquées que les attentes des jeunes générations de médecins évoluent. Ces derniers valorisent davantage que leurs aînés leur vie personnelle dans leurs arbitrages sur leur offre de temps de travail et sur le choix de localisation, et privilégient l'exercice regroupé.

Ainsi, dans un contexte de manque de disponibilité de temps médical, et alors que les délais nécessaires pour un ajustement de l'offre à la demande de soins sont longs, notamment du fait des durées de formation des professionnels de santé, il est essentiel de mieux anticiper l'impact des mutations du système de soins. Cette anticipation requiert de mieux comprendre les attentes et les comportements d'offre individuelle des hommes et femmes médecins, qu'il s'agisse des volumes de soins délivrés comme de leur contenu et des modèles d'organisation du travail choisis. Les implications de la féminisation, tant en termes d'attractivité des différentes spécialités, d'intensité d'offre de travail que d'implantation territoriale, de conventionnement et pratiques tarifaires, ou de nature et qualité de l'activité, sont toutefois encore assez mal documentées et restent soumises à de nombreuses hypothèses.

Les travaux proposés dans le projet de recherche ont pour objectif d'éclairer ces différents aspects selon trois axes :

**1/** Étude de l'attractivité des différentes spécialités médicales, et plus particulièrement de celle de médecine générale, respectivement pour les femmes et hommes, et étude de ses évolutions.

**2/** Analyse des différences de genre en termes d'intensité d'offre de travail des médecins, études de leurs fondements et des éventuelles convergences ou divergences hommes-femmes dans le temps.

**3/** A partir d'une approche plus fine médecins-patients, évaluation des écarts de pratiques médicales, notamment en termes d'écarts de comportements de prescriptions, d'adressage, de coordination et de nombre de contacts par patient en lien avec la féminisation.

Les travaux mobiliseront des méthodes d'analyses quantitatives et pourront s'appuyer sur différentes données, notamment les données administratives issues de l'appariement Cnam-DGFiP qui rassemble des informations sur les revenus et l'activité des médecins, des données d'activité plus détaillées via un accès SNDS, et pourront également mobiliser des données d'enquête provenant du Panel des médecins généralistes de la Drees.

## Assurance locale Alsace-Moselle

### Code projet : ALAMOS

**Equipe :** Denis Raynaud, Renaud Legal, Marc Perronnin, Aurélie Pierre (Irdes).

**Soutien financier :** Régime Local d'Alsace-Moselle (RLAM).

### Période de réalisation : 2024-2028

**Données :** Données PSCE 2017 appariées au SNDS, données EHIS 2019 appariées au SNDS, données du SNDS (accès permanent de l'Irdes), éventuellement EDP-Santé.

### Contexte et objectifs :

Le régime local d'Alsace-Moselle est une assurance complémentaire obligatoire dérogatoire au droit commun français<sup>1</sup>. Ce régime permet une extension de la prise en charge des dépenses de santé sur le même champ d'intervention que l'assurance maladie obligatoire (AMO) du régime général. Il offre ainsi une prise en charge intégrale du ticket modérateur (TM), du forfait journalier hospitalier en cas d'hospitalisation, du forfait patient urgence et des transports sanitaires et une partie du TM dans la limite d'un reste à charge de 10 % pour les soins de ville<sup>2</sup>.

Sur le marché de la complémentaire santé, au sein duquel coexistent des contrats collectifs (proposés par les employeurs) et des contrats individuels, le régime d'Alsace Moselle correspond à un étage supplémentaire à l'AMO de base et se substitue -pour partie- à ces contrats complémentaires santé.

Les habitants de la région Alsace-Moselle ne sont pas tous couverts par ce régime. Il ne couvre pas les fonctionnaires des 3 fonctions publiques, les travailleurs indépendants (artisans, commerçants, professions libérales, etc.) et les salariés des régimes spéciaux.

Le régime est financé *via* une cotisation calculée sur l'intégralité du salaire des assurés depuis 1986<sup>3</sup>. Les employeurs ne le financent pas. Les pensions des retraités et les allocations des chômeurs font également l'objet d'une cotisation. La cotisation est déductible de l'impôt sur le revenu. C'est un régime autonome géré par les seuls représentants des organisations syndicales de salariés.

Les règles de financement et les solidarités induites par le régime local d'Alsace Moselle diffèrent de celles du Régime général et, encore plus, de celles du marché privé de la complémentaire santé et soulèvent un certain nombre de questions que ce projet se propose d'éclairer :

- Quels effets redistributifs du régime local Alsace-Moselle sur les assurés ? Quels sont les transferts financiers entre catégories de population en raison de la solidarité intergénérationnelle, intra familiale et inter professionnelle du RLAM ?
- Quel impact financier du régime local Alsace-Moselle sur les employeurs ?
- Quel risque santé laissé au marché privé de la complémentaire santé ?

---

<sup>1</sup> Historiquement, le régime est issu du rattachement de 1871 à 1918 des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle à l'Empire Allemand. Pendant cette période, la population a bénéficié du système d'assurance maladie des lois de Bismarck, qui laissait une fraction modeste des dépenses de santé aux assurés. Après la Seconde Guerre Mondiale, à la création du régime général de Sécurité sociale, la population locale s'est mobilisée pour conserver son régime particulier. Le décret du 12 juin 1946 l'a maintenu à titre provisoire. Le Régime Local a été pérennisé par une loi du 31 décembre 1991.

<sup>2</sup> à l'exception des médicaments à service médical rendu (SMR) modéré, pour lesquels le TM est de 20 % et les médicaments à SMR faibles, pour lesquels le régime n'intervient pas, laissant de facto le TM à 85 %.

<sup>3</sup> Les cotisations peuvent varier « dans la limite d'une fourchette de 0,75 % à 2,5 % », sauf cas d'excédent ou de déficit massif du fonds de réserve. Le taux de cotisation des salariés est en 2024 de 1,3 %.

- Les assurés du régime Alsace Moselle sont-ils plus souvent non couverts que les autres assurés toutes choses égales par ailleurs ? Quel est leur recours à la complémentaire santé solidaire ?
- Les déterminants du choix de couverture des assurés du RLAM sont-ils différents ?
- Le risque plus faible à couvrir sur le marché de la complémentaire santé en Alsace-Moselle conduit-il, *via* des primes plus basses, à souscrire des contrats avec des niveaux de garanties plus élevés ?
- A prise en charge équivalente des contrats de complémentaire santé, le régime Alsace Moselle permet-il un meilleur accès aux soins à ses assurés ?

Le projet de recherche s'organise selon deux volets.

**Premier volet : quels sont les effets redistributifs du régime local pour les assurés, les impacts financiers pour les employeurs ?**

**Equipe :** Renaud Legal (Irdes), recrutement extérieur.

Pour évaluer les effets redistributifs pour les assurés, des micro-simulations seront mises en œuvre. Elles permettront de caractériser les gagnants et les perdants du RLAM par rapport à la situation *contrefactuelle* sans RLAM : distribution des gains et des pertes par sous-catégories de population (retraités/salariés du privé/contractuels fonction publique/chômeurs, âge, niveau de revenu, état de santé, composition familiale). Les impacts financiers pour les employeurs seront aussi évalués à l'aide de techniques de micro-simulations.

Plusieurs jeux d'hypothèses seront considérés : comportements de couverture inchangés, efforts de financement constants. Ils pourront être affinés au fil de l'avancée du projet. Les hypothèses pourront aussi être confrontées aux enseignements de la microéconomie de l'assurance<sup>4</sup>.

En outre, plusieurs scénarios d'évolution du RLAM seront simulés, notamment un élargissement du champ des éligibles aux fonctionnaires des 3 fonctions publiques, élargissement du panier de soins couverts au panier du 100% santé ou au panier de soins socle de l'ANI. Pour chaque scénario, il s'agira d'apprécier l'impact financier global pour le RLAM et les effets microéconomiques de la réforme en réalisant des analyses par sous-populations des gagnants et des perdants par rapport à la situation actuelle.

Sur le plan méthodologique, un des enjeux sera de déterminer les grandeurs contrefactuelles suivantes : comment les individus/les employeurs se seraient-ils couverts sans le RLAM ? Combien le contrat de complémentaire santé aurait coûté ? Dans le cas des couvertures collectives, quel aurait été la participation de l'employeur ?

Ce volet mobilisera plusieurs sources de données : l'enquête Protection Sociale Complémentaire d'Entreprise (PSCCE) 2017 (et éventuellement 2025) appariée au SNDS, l'enquête santé européenne (*European Health Interview Survey*, EHIS) 2019 appariée au SNDS, les données du SNDS, éventuellement les données de l'EDP-Santé.

---

<sup>4</sup> Le RLAM vient modifier la richesse de l'individu : l'augmenter si la cotisation RLAM est inférieure à ce qu'aurait coûté la couverture RLAM sur le marché privé, la diminuer si la cotisation RLAM est supérieure à ce qu'aurait coûté la couverture RLAM sur le marché privé. L'effet du RLAM dépend de l'effet de cette variation de richesse sur la demande d'assurance, lequel effet dépend des préférences de l'individu en termes d'aversion au risque.

***Deuxième volet : Le régime d'assurance maladie d'Alsace-Moselle permet-il un accès aux soins plus équitable que le régime général ?***

**Equipe :** Aurélie Pierre (Irdes), Marc Perronnin (Irdes), Post doc en économie

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

**Etat d'avancement : Recrutement d'un post doc en cours**

Les assurés du régime d'Alsace Moselle bénéficient d'une prise en charge plus généreuse de leurs dépenses de santé par le système public d'assurance maladie que ceux du régime général. D'après la théorie économique, sous réserve d'un même degré d'aversion au risque (Arrow, 1963, 2001), ces assurés sont donc incités à choisir une moindre couverture complémentaire. Cela peut se traduire par le fait de moins souvent souscrire un contrat de complémentaire santé et/ou par la souscription de contrats moins couvrants. Le partage spécifique des systèmes public et privé de l'assurance maladie du régime Alsace Moselle impacte nécessairement la façon dont la mutualisation des risques est organisée entre les individus bien portants et les malades (Franc et Pierre, 2015). Le régime d'assurance maladie d'Alsace Moselle peut notamment conduire à améliorer l'accès aux soins des individus les plus modestes et/ou de ceux qui ont des besoins de soins les plus importants. L'organisation complexe du système d'assurance maladie à 2 étages et les nombreux facteurs explicatifs du recours aux soins (niveaux de couverture et prix des contrats de complémentaire santé ; existence, disponibilité et prix de l'offre de soins sur le territoire ; besoins de soins et capacité financière des individus pour y recourir) peuvent toutefois conduire à altérer ces effets potentiels. Les objectifs généraux de ce deuxième volet sont les suivants :

- i. Analyser les choix de couverture par une complémentaire santé des assurés du régime d'Alsace-Moselle par rapport aux assurés du régime général.
- ii. Evaluer l'effet du régime Alsace-Moselle sur le recours et la consommation de soins de ses assurés. Permet-il un accès aux soins plus équitable que le régime général couvrant le reste de la population française ? Comment le marché privé de l'assurance et l'inégale répartition de l'offre de soins sur le territoire peuvent-ils conduire à altérer les effets de ce régime ?

Ce volet exploitera l'Enquête Protection Sociale et Complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017 et l'Enquête santé européenne (EHIS) 2019, toutes deux appariées avec les données de consommation de soins du Système national des données de santé (SNDS).

**Phasage du projet :**

Ce projet a débuté en septembre 2024. Un rapport final sera remis au RLAM en décembre 2026. Les travaux se poursuivront au-delà pour approfondir certaines questions et en traiter de nouvelles, apparues au fil du projet.

## **Communautés professionnelles territoriales de santé – approches exploratoires**

### **Code projet : CPTS**

**Equipe :** Cécile Fournier (Irdes), Véronique Lucas (Irdes)

**Collaborations extérieures :** Isabelle Bourgeois (Université Paris-Dauphine PSL, Icone Médiation Santé, Irdes) ; Emmanuel Eliot (Université de Rouen Normandie), Anne Moyal (EHESP), Emmanuel Hay (stagiaire AP-HP), Enora Kerjean (stagiaire Sciences Po)

**Période de réalisation : 2024-2025**

### **Contexte et objectifs :**

Introduites par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ont pour vocation d'organiser l'intégration des soins ambulatoires, hospitaliers et médico-sociaux suivant une approche territoriale et populationnelle, visant notamment à dépasser l'organisation historiquement en silo du système de santé. Ce dispositif s'inscrit dans un agenda plus large de réformes ayant pour objectif d'améliorer la coordination des prises en charge.

Les approches exploratoires conduites ici viennent en complément des travaux de recherche déjà menés dans d'autres projets de l'Irdes, comme le projet Era2 (Evaluation de rémunérations alternatives à l'acte), qui a permis d'étudier des CPTS engagées dans l'expérimentation Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) entre 2019 et 2024, en s'intéressant à leur gouvernance et aux actions déployées dans ce cadre, ainsi qu'à leur évolution au fil des 5 années de l'expérimentation.

Plusieurs travaux exploratoires sont déployés :

- Réflexion dans le cadre d'un séminaire interne croisant les regards disciplinaires de la géographie et de la sociologie pour étudier les dynamiques de création et de déploiement territorial de ces dispositifs à différentes échelles, et les transformations de pratiques professionnelles et de gouvernance territoriale en jeu. Un projet de séminaire pluridisciplinaire élargi est envisagé.
- Recherche sur les conditions et modalités de délimitation des territoires des CPTS au moment de leur création (thèse d'exercice en médecine, spécialité santé publique, préparée par Emmanuel Hay)
- Recherche exploratoire sur les dynamiques de déploiement des CPTS suite à la crise Covid (projet porté par Anne Moyal, avec Patrick Castel et Henri Bergeron)
- Recherche exploratoire sur le dialogue entre les porteurs de CPTS et les représentants de l'Assurance maladie dans le cadre de la signature de l'Accord conventionnel interprofessionnel et de la négociation initiale puis annuelle des indicateurs de suivi et d'évaluation des CPTS

### **Productions :**

- Communication au congrès de l'Association française de science politique (AFSP), à Grenoble en juillet 2024 : « Le déploiement des CPTS suite à la crise du Covid-19 : entre soutien à des dynamiques locales et structuration par le haut d'une organisation territoriale ».
- Communication à la journée scientifique de la SFTG, à Paris, en octobre 2024 : « Quels territoires pour les CPTS ? Regards croisés d'une géographe et d'une sociologue »
- Projet de thèse d'exercice en médecine, spécialité santé publique, d'Emmanuel Hay (soutenance prévue en 2025).

## **Dynamiques alternatives dans le travail de soins primaires**

### **Code projet : DYNATRAS**

**Equipe** : Cécile Fournier (Irdes), Véronique Lucas-Gabrielli (Irdes), Laure Pitti (Université Sorbonne Paris Nord, Irdes), Sébastien Fleuret (Université d'Angers, UMR 6590 CNRS ESO-Angers)

**Collaborations extérieures et financement** : Institut pour la recherche en santé publique (IRES-P)

**Période de réalisation : 2025-2028**

### **Contexte et objectifs**

Ce projet prend pour objet certaines dynamiques alternatives d'organisation et de travail en soins primaires, à partir de l'étude du cas des « Structures d'exercice coordonné participatives » (Secpa), financées entre 2021 et 2024 dans le cadre des expérimentations Article 51.

En suivant, pour ces structures, le passage d'un financement expérimental vers un financement de droit commun, sur une période de trois années (2024-2028), le projet DYNATRAS est construit autour de deux axes de travail. Il vise, d'une part, à saisir les transformations des organisations, des pratiques professionnelles, des logiques d'intégration territoriale de ces équipes de soins primaires engagées dans une dynamique « participative », et les modalités de participation des usagers et habitants qui les accompagnent, ainsi qu'à en identifier et documenter les conditions de possibilité. Il vise, d'autre part, à analyser les ajustements de pratiques dans ces Secpa au fil du temps et leurs effets, tant sur l'offre de soins que sur l'accès aux soins.

Nous chercherons à comprendre de quelle manière, à quelles conditions et avec quels acteurs ces pratiques alternatives de soins primaires développées prioritairement dans des territoires urbains socialement défavorisés sont susceptibles de se construire, voire de s'étendre à de nouveaux types de territoires, notamment touchés par une offre de soins insuffisante et/ou en décroissance.

### **Méthode**

Nous déploierons une approche pluridisciplinaire, articulant sociologie et géographie sociale. La recherche reposera sur une méthodologie principalement qualitative, mobilisant plusieurs types de données, recueillies à différentes échelles. A l'échelle nationale, des entretiens sociologiques (sur les trajectoires des acteurs et leur activité) et des observations directes seront menées par les chercheuses et chercheurs de l'équipe auprès des acteurs impliqués dans les réunions dédiées au suivi de l'expérimentation et aux négociations nationales de généralisation du dispositif Secpa. A l'échelle locale, des études de cas seront conduites dans un échantillon de structures, en deux vagues : elles reposeront à la fois sur des entretiens auprès de représentants des différentes catégories professionnelles et auprès d'usagers impliqués dans les activités participatives, sur la construction de cartes mentales avec les acteurs enquêtés, et sur l'observation des réunions internes aux structures sur la mise en œuvre du dispositif. Des données géographiques quantitatives descriptives seront également rassemblées concernant les territoires d'implantation de ces structures.

L'approche sera également collaborative entre chercheurs et membres des équipes soignantes concernées, à travers l'organisation de deux journées d'échanges entre les membres de l'équipe académique et des membres des structures Secpa impliquées dans des projets étudiés. Ces réunions participatives regrouperont à Paris deux représentants de chaque structure, et seront animées comme des entretiens collectifs, permettant de partager les analyses et de les approfondir avec les personnes concernées.

Le projet bénéficiera de la mise en place d'un conseil scientifique, lui-même pluridisciplinaire et pluriprofessionnel, réunissant des acteurs de l'expérimentation et des associations de promotion de la santé, à l'échelle nationale et régionale ; des acteurs des Ateliers santé ville, centraux dans l'histoire de la participation en santé ; des universitaires ayant travaillé sur ces dynamiques de participation ; des chercheurs et des formateurs en médecine générale, en santé publique, en santé communautaire; des représentantes et représentants des différents groupes professionnels impliqués dans ces structures. Ce conseil scientifique se réunira trois fois au cours du projet.

**Calendrier :**

Le projet débutera au second trimestre 2025, pour se déployer sur trois années.

**Résultats attendus**

La connaissance des pratiques alternatives dans le travail de soins primaires, et de leurs conditions de possibilité, pourra contribuer à d'éclairer la décision publique dans un contexte délicat où le système de santé français, en pleine transformation, affronte plusieurs crises liées notamment à l'accroissement des inégalités sociales et spatiales de santé et à l'inégale répartition des professionnels de santé.

## **Estampe, Enquête Sociologique sur la Tarification Médicale libérale et ses Pratiques**

**Code projet : ESTAMPE**

**Equipe :** Cécile Fournier (Irdes), Noémie Morize (Irdes)

**Collaborations extérieures et financement :** HCAAM

**Période de réalisation : 2024-2026**

### **Contexte et objectifs :**

Le secteur 2 a été créé en 1980 au sein de la troisième convention médicale, dans un contexte où l'État et l'Assurance maladie cherchaient à maîtriser les dépenses de santé. Les médecins conventionnés en secteur 1 s'engagent à respecter les tarifs conventionnés avec l'Assurance maladie, tandis qu'en secteur 2, les médecins peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires, encadrés ou non par l'Option de pratique tarifaire maîtrisée mise en place en 2017 (Optam). Depuis la convention de 1980, la part des médecins installés en secteur 2 a connu une croissance rapide. En réintroduisant une part de liberté dans les pratiques tarifaires, le secteur 2 permet aux médecins libéraux de déterminer leurs revenus, avec pour conséquence un reste à charge, pris en charge pour partie par les assurances complémentaires et pour partie par les patients. Cependant, alors que la démographie médicale baisse et que des zones géographiques sous-dotées apparaissent, les questions d'accessibilité aux soins, y compris financière, deviennent de plus en plus cruciales afin d'assurer une équité dans la prise en charge des patients.

Cette recherche poursuit deux objectifs principaux :

- Premièrement, décrire les pratiques tarifaires de médecins de deux spécialités médicales exerçant en ville et les mécanismes de fixation de prix sous-jacents. Les médecins spécialistes installés en secteur 2 possèdent une certaine liberté dans la fixation de leurs tarifs. La profession médicale revendique un certain désintéressement dans son travail, dans l'esprit du serment d'Hippocrate à travers lequel les médecins s'engagent à fixer leurs tarifs « avec tact et mesure », en les ajustant selon ce qu'ils perçoivent des moyens des patients. En pratique, quels sont les usages de ces ajustements tarifaires par les médecins ? Comment ces derniers déterminent-ils leurs tarifs, et notamment les dépassements d'honoraires ou le montant des actes non conventionnés, et en informent-ils les patients ? Ces ajustements tarifaires s'accompagnent-ils d'un traitement différencié des patients ?
- Deuxièmement, il s'agira d'analyser les déterminants sociaux de ces pratiques tarifaires, concernant aussi bien les profils des médecins que des patients. Les études montrent que l'origine sociale, le genre ou encore la situation familiale influencent la manière dont les individus perçoivent leurs rémunérations. Les travaux menés dans le cadre du projet DECILE permettent également d'interroger les liens entre demande et offre de soin sur des territoires, en prenant en considération les profils socio-économiques des patients. Dans le cas des médecins libéraux, dans quelle mesure ces caractéristiques sociales et les contextes d'exercice influencent-ils le choix de certaines pratiques tarifaires ? Dans quelle mesure les médecins libéraux adaptent également leurs tarifs à ce qu'ils perçoivent des profils sociaux des patients ?

### **Méthode :**

La recherche s'appuiera sur une méthodologie qualitative, mobilisant essentiellement une quarantaine d'entretiens semi-directifs avec des médecins spécialistes exerçant en secteur 2 en ville, dans différents types de contextes d'exercice. Ces entretiens permettront de reconstituer la trajectoire professionnelle des médecins, de manière à saisir leurs motivations à l'installation en

secteur 2 ; et à détailler les pratiques quotidiennes de fixation des tarifs et les pratiques d'information des patients. Ils seront également complétés par des entretiens avec des secrétaires médicales de cabinets de médecins spécialistes : premières interlocutrices des patients, les secrétaires sont en effet à la fois témoins et actrices des pratiques tarifaires.

**Calendrier :**

Septembre 2024 à avril 2025 : revue de la littérature scientifique, livrable en avril.

Novembre 2024 à décembre 2025 : réalisation des entretiens ; livrable intermédiaire en juin 2025 puis final en septembre 2026.

## European Mental and physical health Initiative for people with severe Mental Disorders

### Code projet : EUMIND

**Équipe Irdes** : Esther Touitou-Burckard (Irdes, AP-HM), Coralie Gandré (Irdes)

**Collaborations extérieures** : Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille et Centre d'études et de recherches sur les services de santé et qualité de vie (CEReSS), Aix-Marseille Université (Pr Laurent Boyer, investigateur principal porteur du projet et son équipe) et Fondation FondaMental, équipes finlandaises (hôpital de Niuvanniemi), danoises (région du nord Danemark et hôpital d'Aalborg), suédoises (Swedish Institute for Health Economics et Institut Karolinska), polonaises (Université de Basse-Silésie), italiennes (Université de Cagliari)

**Financement** : Financement dans le cadre du partenariat « Transforming Health and Care Systems » inclus dans le programme européen de recherche « Horizon Europe ».

### Période de réalisation : 2024-2027

#### Contexte et objectifs du projet

Les personnes vivant avec des Troubles psychiques sévères et persistants (TPSP) font face à des besoins de soins complexes, y compris en termes de santé somatique. Ils s'accompagnent en effet d'une surprévalence marquée des principales pathologies chroniques, tels le diabète ou les troubles cardiovasculaires. En outre, alors que les dépenses de santé liées à la prise en charge des individus vivant avec un TPSP sont particulièrement importantes, leur espérance de vie est réduite en moyenne de quinze à vingt ans, leur taux de mortalité prématurée est sensiblement plus élevé et leur risque de décès toutes causes confondues est deux fois supérieur comparativement à la population générale, avec un écart qui s'accroît au fil du temps. Les causes identifiées sont multifactorielles et incluent des comportements de santé à risque (consommation de tabac, sédentarité...), les effets iatrogènes des médicaments psychotropes, des conditions de vie défavorables (précarité économique, isolement social...), mais également des parcours de soins somatiques inadaptés. L'accès aux soins médicaux et la qualité des prises en charge constituent ainsi des priorités essentielles à garantir pour les personnes vivant avec un TPSP. Des premières données probantes soutiennent notamment le développement de modèles de soins intégrés centrés sur ces personnes. Cependant, différents types de modèles, reposant sur des modes d'organisations et des acteurs variés, émergent en parallèle et leur mise en œuvre en vie réelle fait face à de nombreux obstacles. Dans ce contexte, le projet EUMIND a pour objectif d'identifier les modèles de soins les plus efficaces et les plus adaptés aux personnes vivant avec un TPSP, par le biais d'un consensus s'appuyant sur une revue des éléments de preuve disponibles. Par ailleurs, il vise à évaluer les différentes dimensions de la faisabilité de la mise en œuvre de ces modèles en vie réelle, dont leurs coûts, pour garantir la réussite de leur implémentation et leur pérennité.

#### Méthode

EUMIND est un projet de recherche interdisciplinaire qui mobilise des équipes issues de six pays européens (le Danemark, la Finlande, la France, l'Italie, la Pologne et la Suède) et reposant sur plusieurs étapes complémentaires : (1) une analyse actualisée et comparative de la surmortalité, de l'utilisation des services de santé et des trajectoires des soins des personnes vivant avec un TPSP sera réalisée à partir des différentes bases de données nationales afin d'identifier les lacunes à combler dans les parcours de soins ; (2) une revue de la littérature des modèles de soins intégrés existants pour les soins de santé mentale et physique, et pouvant également inclure des dimensions liées au secteur social, permettra la constitution d'une typologie de ces modèles ; (3) un consensus européen sera établi auprès d'un panel Delphi, incluant des personnes concernées et leurs proches, des professionnels de santé et des décideurs publics, relativement aux modèles de soins intégrés qu'ils considèrent comme les plus acceptables et les plus prometteurs pour la prise en charge

globale des TPSP ; (4) une analyse économique sera réalisée pour évaluer les connaissances et attitudes sociétales envers les TPSP et leur traduction en termes de disposition à payer (« *willingness to pay* ») ainsi que pour estimer l'impact financier lié à l'implémentation d'un modèle de soins intégré ; (5) des études pilotes du modèle de soins intégré faisant consensus seront mises en œuvre dans deux contextes de vie réelle pour identifier les leviers et freins à son implémentation ; (6) une attention particulière sera portée à la diffusion et au transfert des connaissances issues du projet en utilisant différents canaux par le biais d'efforts inclusifs et collaboratifs impliquant de multiples parties prenantes.

## Evaluation du Développement Professionnel Continu : application à l'antibiorésistance

**Code projet : EVA-DPC**

**Equipe :** Julien Mousquès, Sylvain Pichetti

**Financement :** Agence nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC)

**Période de réalisation : 2023-2026**

### Contexte et objectifs :

La mesure de l'impact des dispositifs de Formation médicale continue (FMC) reste une question entière et les évaluations rigoureuses ne sont pas légion (Bloom, 2005 ; Braithwaite *et al.*, 2014 ; Cervero et Gaines, 2015), notamment en raison des biais de sélection, les médecins ayant tendance à se former sur les thématiques pour lesquelles ils sont le plus à l'aise (Vandergrift *et al.*, 2019). L'hétérogénéité des effets selon les méthodes d'intervention, le « type » de FMC, est aussi discutée. Elle conduit notamment à remettre en cause des méthodes descendantes et passives (méthodes affirmatives, interrogatives) pour privilégier des méthodes encore peu utilisées, actives et expérientielles, comme l'« engagement learning » (Stephenson *et al.*, 2015), l'« active learning » (Bucklin *et al.*, 2021). La HAS recommande le recours à certaines de ces méthodes dans le cadre de la FMC, avec huit méthodes identifiées. D'autres constats comme l'importance de la répétition des sessions/expositions, et un focus sur les *outcomes*, sont également mis en avant. Une évaluation du Développement professionnel continu (DPC) en France, au travers d'une évaluation comparée de différentes périodes dans la régulation et le contrôle de sa mise en œuvre, sur des thématiques communes et s'appuyant sur des méthodes robustes, constitue ainsi un enjeu tant pour la recherche que pour les politiques de soutien au développement et à la mise en œuvre de la FMC. Le contexte de régulation de la FMC a en effet connu d'importantes inflexions au cours des quinze dernières années. Le concept de DPC s'est imposé et le pilotage de la mise en œuvre confié à l'Agence nationale du DPC (ANDPC) a été rénové en termes de régulation de l'assurance qualité des organismes de formation et des actions de formation réalisées, mais aussi d'incitations financières à la participation aux actions pour certaines professions.

### Matériel et méthode

La réalisation de l'évaluation nécessite d'apparier les identifiants des participants aux formations aux données du SNDS. L'évaluation portera sur une comparaison des pratiques des professionnels de santé ayant suivi le DPC *versus* ceux qui n'ont pas suivi le DPC sur le triennal précédent (2020-2022), et spécifiquement sur le thème de l'antibiothérapie et de l'antibiorésistance. Deux stratégies d'estimation pourront être envisagées pour l'évaluation d'impact causal en s'appuyant sur des méthodes quasi-expérimentales : 1. Une stratégie de « différence-de-différences » avec la constitution de groupes témoins comparables ; 2. Une stratégie de « variables instrumentales » avec l'identification d'une variable explicative de l'adhésion/participation des professionnels de santé au DPC. Pour les médecins généralistes, qui constituent une première cible de l'évaluation, plusieurs indicateurs de prescription d'antibiotiques seront reconstitués. Des indicateurs reconnus au niveau international sur la consommation/prescription globale et celle de seconde ligne, notamment : 1) le nombre de traitements par antibiotiques (classe ATC : J01) pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD ; 2) les prescriptions réalisées par les médecins dans les classes J01CR02, J01DD, J01DE, J01MA, ainsi que des indicateurs de durée maximale de prescription.

### Etat d'avancement

Les démarches d'accès aux données Cesrees Cnil sont planifiées pour le début de l'année 2025. L'Irdes commencera l'évaluation dès que les données de l'Assurance maladie (données appariées et anonymisées) seront disponibles.

## **Évaluer l'influence des politiques de protection de l'enfance pour réduire les inégalités d'état de santé et de consommation de soins des enfants**

**Code projet : ÉLAN**

**Equipe :** Anne Penneau (Irdes), Coralie Gandré (Irdes), Christophe Gousset (Irdes)

**Période de réalisation : 2024-2029**

**Financement :** Health Data Hub dans le cadre du programme BOAS

### **Contexte et objectifs**

Investir dans la santé et le bien-être des enfants équivaut à investir dans l'avenir de notre société. Les enfants en bonne santé ont plus de chances de devenir des adultes productifs, équilibrés et contributeurs pour notre société. La littérature existante démontre que les conditions dans lesquelles les enfants grandissent, y compris leur situation sociale et émotionnelle, ont un impact significatif sur leur santé à court et long terme. Par conséquent, investir dans les politiques sociales, en particulier relatives à la protection de l'enfance, pourrait participer à améliorer les résultats de santé et à réduire les dépenses médicales et médico-sociales liées à la détérioration future de leur santé. L'objectif du projet de recherche Élan est de tester cette hypothèse en examinant les variations de l'état de santé et de la consommation de soins des enfants associées aux disparités de mise en œuvre des politiques de protection de l'enfance en France.

Les variations en matière de politiques de protection de l'enfance entre les départements français seront étudiées en lien avec les inégalités de santé des enfants. Les politiques de protection de l'enfance (Protection maternelle et infantile-PMI et Aide sociale à l'enfance-Ase) pouvant avoir un impact plus prononcé sur les populations socialement vulnérables, notre analyse se concentrera sur les disparités d'état de santé et de consommation de soins entre les départements, en mettant l'accent sur les écarts entre les enfants vivant en dessous du seuil de pauvreté ou ayant vécu des situations d'adversité durant l'enfance, et les autres. Ensuite, nous examinerons les facteurs - en particulier les politiques de protection de l'enfance - associés à un meilleur état de santé et à une moindre utilisation et dépense de soins selon les départements. L'objectif est d'enrichir les connaissances sur les inégalités territoriales de santé des enfants, qui demeurent encore incomplètes, surtout en ce qui concerne les écarts d'état de santé et de consommation de soins entre les enfants socialement défavorisés et les autres. Nous chercherons également à identifier des enfants ayant vécu des situations d'adversité potentiellement traumatisantes durant l'enfance telles que la maltraitance, les agressions, l'abandon, la négligence, ou liées à la situation de leurs parents (troubles psychiques ou addictifs, détention, violences conjugales) dans les bases de données administratives, notamment dans le Système national des données de santé (SNDS) et l'Echantillon démographique permanent (EDP).

*In fine*, cette étude vise à développer les connaissances en France en termes de consommation de soins et d'état de santé des enfants en situation de vulnérabilité comparativement aux autres, d'étudier les disparités départementales existantes et leurs liens avec les politiques de protection de l'enfance. Elle a reçu un financement du Health Data Hub pour réaliser un algorithme permettant d'identifier des enfants ayant vécu des situations d'adversité durant l'enfance à partir des données du SNDS et de l'EDP-santé.

## **Investir dans la promotion de la santé et les déterminants sociaux de la santé. Nouvelles approches des politiques de santé, dans et en dehors du système de santé, face aux enjeux écologiques**

### **Code projet : SINAPS**

**Equipe** : Damien Bricard, Paul Dourgnon, Antoine Marsaudon, Léo Sillon, un chargé de recherche

**Financement** : projet soutenu par le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie

### **Période de réalisation : 2023-2025**

#### **Contexte**

Ce projet, qui contribue à l'axe 2 « Protection Sociale, Santé et Accès aux Soins » du programme de recherche pluriannuel de l'IRDES, s'inscrit dans la continuité de la revue de littérature « Effets attendus des mesures en matière de santé de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté » réalisée par les auteurs, en collaboration avec France Stratégie. Il s'inscrit aussi dans une filiation plus lointaine avec le projet de 2005 « Politiques de santé en Europe et inégalités sociales » (Geoffard, Dourgnon, Grignon, Jusot, Lavis, Naudin). Enfin, il se situe à la croisée des problématiques sanitaire et environnementale, connexe à la revue de littérature « soutenabilité environnementale des systèmes de santé » (IRDES, HCAAM, France Stratégie, 2021-2023, Axe 3 du programme de recherche de l'IRDES).

#### **Objectifs**

La revue comprendra trois chapitres.

1. Efficience des politiques visant à investir dans la promotion de la santé et les déterminants sociaux de la santé

1.1. Effets sur la santé et la consommation de soins de politiques et initiatives mises en œuvre en dehors du système de santé

Cette première revue de littérature portera tout d'abord sur les résultats en santé d'une série de politiques et interventions bien choisies. Ces impacts peuvent porter tant sur l'état de santé que sur la consommation de soins. On pourra s'intéresser aux effets moyens mais aussi aux effets en distribution. Ainsi les interventions étudiées pourront avoir un effet sur l'état de santé moyen des populations, mais aussi sur sa distribution sociale, donc en termes d'équité. L'impact sur la consommation de soins se déclinera à court, moyen et long terme. Ces effets pourraient en effet apparaître partiellement antagonistes, car une amélioration de l'état de santé peut se traduire à court terme par une baisse de la demande de soins, mais à plus long terme et sur l'ensemble du cycle de vie, par une augmentation induite par un allongement de l'espérance de vie. De même, une politique améliorant l'accès aux services de santé peut, à court terme, augmenter le recours car c'est bien son objectif, tout en induisant une diminution de la consommation de soins à plus long terme, induite par une prise en charge plus précoce des problèmes de santé. Le choix des politiques étudiées dans ce chapitre n'est pas arrêté. Il fera l'objet d'une première série d'échanges avec le comité de pilotage, au cours du premier trimestre 2024.

La problématique des coûts évités fera l'objet d'un focus particulier. Elle sera tout d'abord traitée d'un point de vue méthodologique. Comment les effets décrits ci-dessus ont-ils été pris en compte dans les travaux d'évaluation ? La question des coûts évités en santé, est particulièrement mise en avant dans les débats sur les politiques de prévention, est complexe. Elle n'est pourtant pas toujours

traitée de façon convaincante dans les évaluations économiques, en particulier des politiques de prévention primaire, de dépistage ou des programmes d'extension de l'assurance santé.

Comme nous l'avons décrit ci-dessus, les politiques de prévention primaire comme la lutte contre le tabagisme sont susceptibles de réduire l'incidence des problèmes de santé qu'elles ciblent et donc les dépenses de soins qui leur sont associées. Toutefois il n'est pas certain qu'elles réduisent les consommations de soins sur le cycle de vie ni les autres dépenses socialisées, comme les transferts sociaux et les retraites, qui peuvent être corrélées à l'augmentation de l'espérance de vie des personnes ayant bénéficié de ces programmes.

Quant aux politiques d'accès aux soins, leurs objectifs premiers ne sont pas de réduire des dépenses, mais bien d'augmenter le niveau de recours de catégories de population autrement éloignées du système de santé. Leurs promoteurs mettent pourtant en avant les économies à moyen et long terme qu'elles sont susceptibles d'induire en permettant des prises en charges à des stades plus précoces des pathologies et parfois, les gains d'efficacité induits par une utilisation plus rationnelle des services de santé. Ainsi des politiques d'accès à l'assurance, qui, en réduisant le coût financier d'accès aux soins de ville, peuvent permettre une substitution du recours aux services d'urgences par un recours aux services de soins primaires et à la médecine de ville en général. Mais cette rhétorique n'est pas toujours confirmée par la recherche.

## 1.2. Approches intersectorielles et « Health in All Policies »

Les années 1970 ont vu une importante production scientifique mettant en évidence l'existence, voire la croissance des inégalités sociales de santé dans tous les pays dotés de systèmes de santé socialisés. Dès 1978, un premier cadre pour l'action publique était formalisé dans la déclaration dite d'Alma-Ata établie à l'issue de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, qui soulignait l'importance des actions dites trans-sectorielles de la santé. Les décennies suivantes ont vu de premiers programmes expérimentaux puis des politiques publiques visant explicitement à réduire les inégalités sociales de santé. Concomitamment, des objectifs de réduction des inégalités ont été assignés aux politiques de santé, tant par les gouvernements nationaux que par les organisations internationales comme l'ONU ou l'OMS.

Depuis le début des années 2000, de nombreuses politiques publiques se sont orientées vers le traitement des déterminants sociaux de la santé dans des approches dites intersectorielles ou de « Santé dans toutes les politiques ». Dans ce chapitre, nous explorerons ces approches tant du point de vue de la production académique que des institutions. En quoi ces nouvelles approches ont-elles soutenu ou été soutenues par la recherche ? En quoi ont-elles conduit à des changements réglementaires, institutionnels ou dans la conduite des politiques publiques ? Quel bilan peut-on tirer, dans les pays qui ont pratiqué, des politiques Health in all et quelles perspectives ouvrent-elles ?

## 2. Transférabilité des interventions visant à investir dans la promotion de la santé et les déterminants sociaux de la santé

Les interventions étudiées dans le chapitre précédent ont été élaborées, expérimentées et mises en œuvre dans des contextes particuliers. Ces contextes ont eu un impact sur les résultats observés. Aussi, quelles leçons est-il véritablement possible d'en tirer pour le contexte français ? La transférabilité est une limite identifiée des méthodologies de l'évaluation d'impact. Cette problématique est susceptible de se poser de façon plus aiguë à des politiques situées hors du système de santé, dont on escompte des effets en termes de santé et d'inégalités de santé. Nous identifions trois catégories de facteurs susceptibles de jouer sur la transférabilité. Le contexte institutionnel et social conditionne les enjeux environnementaux et sanitaires. Il comprend également l'organisation et la régulation du système de santé, qui conditionnent la mise en œuvre des politiques de santé et les modalités de l'action publique (mise à l'agenda, décision, évaluation). Le contexte éthique sociétal façonne les préférences collectives pour l'action publique (la santé,

l'environnement, ...), les normes de justice sociale, dont l'aversion à l'inégalité. Il est donc susceptible de jouer sur la hiérarchisation des actions publiques, sur leurs critères d'évaluation et sur leur acceptabilité. Enfin la mécanique même du dispositif (les outils sont-ils universels ? Le dispositif a-t-il été conçu pour être transférable ?) et son contexte technique (on peut penser aux systèmes d'information) contribuent directement à l'efficacité des outils de la transférabilité.

Il s'agira dans ce chapitre de comparer et discuter l'hétérogénéité des résultats des politiques d'investissement dans les déterminants sociaux de la santé, dans les pays ou régions où elles ont été mises en œuvre. Le cas échéant on pourra être amené à revenir vers leurs promoteurs, évaluateurs ou vers d'autres experts pour évoquer les problématiques de transférabilité.

Il s'agira aussi de proposer un cadre d'analyse théorique de la transférabilité des politiques dont les objectifs sont à la fois de santé publique, et environnementaux et qui, en termes de principes, visent également à la sobriété et efficacité (de la dépense publique en santé, en particulier).

3. Freins, leviers et accompagnement des interventions visant à investir dans la promotion de la santé et les déterminants sociaux de la santé

Un troisième chapitre proposera une approche orientée vers les sciences politiques. Nous proposerons une comparaison internationale du rôle des différents acteurs du cycle de l'action publique des politiques étudiées, à chaque étape de celui-ci : identification de l'enjeu, mise à l'agenda, choix des outils de l'action publique, décision collective, implémentation (en distinguant, quand cela est possible, expérimentation et généralisation). Le rôle de différents acteurs (industriels, professions de santé, politiques locaux, administration centrale, représentants des utilisateurs) dans le processus de l'action publique sera étudié, en particulier les actions de lobbying.

Nous étudierons également le rôle de la recherche dans leur justification (evidence based policy, prospective, simulation) et dans l'évaluation de ces politiques, en portant une attention particulière à la problématique/rhétorique des coûts sociaux évités. Comment la problématique des coûts évités est-elle traitée dans d'autres pays ? Fait-elle l'objet de travaux méthodologiques, d'outils de simulation, d'évaluations systématisées ?

Ces trois chapitres seront construits en cohérence avec la revue sur les enjeux écologiques qui sera réalisée en partie par Kevin Jean, laboratoire "Modélisation, épidémiologie et surveillance des risques sanitaires", MESuRS, Conservatoire National des Arts et Métiers.

Notons que la partie sur les enjeux écologiques sera réalisée par Kevin Jean, laboratoire "Modélisation, épidémiologie et surveillance des risques sanitaires", MESuRS, Conservatoire National des Arts et Métiers.

### **Avancement du projet :**

Le projet a été lancé en décembre 2023. Il fera l'objet d'un suivi dans un comité scientifique réuni par le Hcaam.

## **La soutenabilité des prescriptions médicamenteuses**

**Code projet : SOBRE**

**Équipe** : Zeynep Or, Matthias Brun (LIEPP, SciencePo), Blandine Juillard-Condat (CHU, Toulouse), Eabha Manley (EHESP)

**Collaboration** : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), LIEPP SciencePo

**Période de réalisation** : 2024 –

**Financement** : non

### **Contexte**

La France se distingue par une consommation médicamenteuse parmi les plus élevées d'Europe, atteignant 33 milliards d'euros en 2023, en hausse de 9 % par rapport à 2021. Une partie considérable de ces prescriptions est jugée inappropriée : 54 % des résidents en EHPAD et 25 % des personnes âgées en ville reçoivent des prescriptions inadéquates. Au-delà des conséquences indésirables cliniques et budgétaires, la surprescription a un impact environnemental considérable. Le secteur de la santé est responsable d'environ 8 % des émissions nationales de CO2 en France et les émissions liés aux médicaments représentent près de 50% des GES.

### **Objectifs et réalisation**

Ce projet vise à contribuer à l'élaboration d'un cadre d'action holistique pour améliorer la pertinence des prescriptions médicamenteuses en France. La pertinence des prescriptions est à la fois un enjeu de la qualité des soins et une nécessité pour assurer la soutenabilité financière et environnementale du système de santé.

Les travaux, commencés en 2024, s'articulent autour de deux thématiques de recherche :

#### **1. Pertinence des prescriptions hospitalières**

Cette thématique se décline en deux axes : les prescriptions intrahospitalières de médicaments innovants et onéreux d'une part, et les prescriptions hospitalières exécutées en ville d'autre part.

Dans les établissements de santé, depuis la mise en place de la tarification à l'activité en 2005, certains médicaments innovants et onéreux, inscrits sur une liste limitative, sont financés en sus des prestations d'hospitalisation. Ils ont représenté en 2022 70% des dépenses de médicaments dans les établissements de santé, soit une dépense de 6 milliards d'euros, en augmentation de 13% par rapport à 2021. Les médicaments inscrits sur la liste en sus cumulent plusieurs facteurs de risques de « non-pertinence » car ils sont financés « au volume » y compris dans des indications hors AMM, souvent à l'occasion d'hospitalisations de jour, elles-mêmes financées par la T2A. En tant que médicaments, ils sont susceptibles de faire l'objet d'incitations à la prescription de la part de l'industrie pharmaceutique, et/ou d'une surestimation de leur efficacité par les prescripteurs (culture médicale « more is better ») particulièrement lorsqu'ils sont utilisés dans des indications avec peu de données scientifiques (hors AMM). Dans ce contexte, nos travaux visent tout d'abord à décrire la variation et la pertinence des pratiques de prescription par des indicateurs originaux tels que le taux de prescription dans des indications hors AMM, l'efficacité de prescription en prenant en compte les prix d'achat, et le taux de prise en charge hospitalière lorsqu'il existe des alternatives accessibles en ambulatoire. Dans un deuxième temps, on vise à évaluer si le mode de financement des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation a un impact sur les pratiques de prescription. Pour cela, nous allons comparer, par médicament et par établissement, les volumes de consommation médicamenteuse avant et après des décisions d'inscription ou de radiation de médicaments sur la liste en sus.

Environ 30% des dépenses de médicaments en ville sont liées à une prescription réalisée dans un établissement de santé. A partir des données détaillées relatives aux prescriptions hospitalières

exécutées en ville nous cherchons à évaluer des indicateurs de pertinence des prescriptions, et à mesurer leur variabilité dans le temps et dans l'espace.

### **Calendrier et livrables**

Ce projet a commencé fin 2024, grâce à l'arrivée de Blandine Juillard-Condat, comme chercheuse accueillie à l'Irdes. Les analyses quantitatives de la pertinence de prescriptions commencent début 2025. Une première publication descriptive en forme de QES est visée pour cette année.

## **2. Interventions efficaces pour réduire les prescriptions inappropriées.**

**La déprescription** est définie comme le processus de réduction ou d'arrêt des médicaments qui pourraient nuire ou ne plus être utiles pour le patient. C'est une démarche édictée par un professionnel, au même titre qu'une prescription, nécessitant la prise de conscience et l'accord du patient. Bénéfique sur le plan sanitaire et environnemental, la déprescription permet ainsi de réduire ou d'arrêter la prescription de médicaments pour améliorer la santé des patients, sous la supervision d'un professionnel de santé et avec l'engagement du patient. L'introduction de politiques de déprescription est délicate, surtout lorsqu'elles reposent essentiellement sur des incitations financières. Cadrer la déprescription comme un instrument de qualité des soins et de soutenabilité environnementale, en plus de la notion budgétaire, peut favoriser son acceptation. Il est nécessaire de comprendre les attentes et d'identifier les outils pertinents autour de la déprescription

Ce projet, élaboré grâce à une collaboration avec Matthias Brun (LIEPP, SciencePO), vise à stimuler la réflexion pour identifier des outils pertinents permettant de déprescrire et élaborer des interventions contextualisées évaluables dans un esprit de recherche action.

### **Calendrier et livrables**

La première étape en 2024 était une revue de littérature internationale pour identifier les interventions efficaces de déprescription, et pour comparer leurs caractéristiques et leur impact. Une journée de travail est organisée au LIEPP SciencePo en décembre 2024 comme une première étape dans la structuration d'un dialogue praticiens-patients-chercheurs autour du rôle des sciences sociales et de l'écologie pour influencer les politiques de prescription.

La revue de la littérature sera publiée en forme d'article scientifique en 2025.

### **Communications**

Déprescrire dans une perspective santé - environnement : quelles pistes pour les politiques publiques en France ?

<https://www.sciencespo.fr/liepp/fr/evenements/deprescrire-dans-une-perspective-sante-environnement-quelles-pistes-pour-les-politiques-publiques-en-france/>

Déprescription : Définitions, cadrage épidémiologique et économique ; Matthias Brun, Zeynep Or

Comment réussir la déprescription ? une revue de la littérature ; Éabha Manley (EHSP, Irdes), Matthias Brun (EHSP, SciencePo) Zeynep Or (Irdes)

## **Parcours de soins des déficiences associées à la Sclérose en plaques (SEP) chez les personnes âgées – Handisep**

### **Code projet : HANDISEP**

**Equipe :** Maude Espagnacq, Jonathan Levy, Camille Regaert, (Irdes)

**Collaboration :** Djamel Bensmail (APHP – Université Paris Saclay) ; Olivier Heinzlef (Centre Hospitalier de Poissy-Saint-Germain) ; Emmanuelle Leray (EHESP).

### **Période de réalisation : 2024-2025**

Projet d'une année dans le cadre d'un post-doctorat dans le cadre d'un financement de la Société française de médecine physique et de réadaptation (Sofmer)

**Données :** Système national des données de santé (SNDS)

### **Contexte et objectifs**

Ce projet s'inscrit dans la continuité des travaux de l'Irdes sur la Sclérose en plaques (SEP), notamment avec les projets Effects of Multiple Sclerosis on Occupational Trajectories (EMOJI) et Conséquences des restrictions d'accès aux soins liés à la pandémie de Covid-19 sur les personnes en situation de handicap (Handicovid). Le premier s'intéressant aux conséquences professionnelles de la SEP et le second portant sur les risques de dégradation de l'état de santé à la suite de la pandémie de 2020. En France comme dans l'ensemble des pays développés, le développement des traitements de fond de la SEP, notamment immunomodulateurs et biothérapies freinant la progression de la maladie, a permis aux personnes atteintes de SEP de vivre plus longtemps. De plus, le vieillissement en bonne santé de la population générale a vu se développer une nouvelle épidémiologie de cette maladie, avec des formes à début tardif (après 50 ans) par rapport aux descriptions historiques. Ces deux sous-populations sont susceptibles de vivre au-delà de 65 ans, et ce moyennant un suivi et une gestion des déficiences et conditions secondaires invalidantes à la SEP différentes des patients les plus jeunes. L'objectif est donc d'identifier les parcours de soins ayant permis à certains de vivre au-delà de cet âge et d'évaluer leur état de santé, pour permettre de définir différents profils de vieillissement de la SEP, et ainsi proposer des stratégies de prise en soins adaptées.

### **Méthodologie**

Parmi les 140 000 personnes identifiées avec l'algorithme développé dans le cadre du projet Handicovid, 32 000 étaient âgées d'au moins 65 ans, soit 23 % de la population SEP française. Nous nous intéresserons aux différentes déficiences et conditions secondaires touchant ces personnes, ainsi qu'à la description des actes et traitements reçus. Ensuite nous décrirons différents profils de sévérité et d'évolution, en analysant notamment l'incidence de complications (infections urinaires et respiratoires, escarres) et les taux d'hospitalisation, sur la période 2012-2023. Nous considérerons notamment 2 sous-groupes de la population précédemment décrite : les patients atteints d'une SEP à début précoce (forme historique) et vieillissants, et les personnes pour qui le diagnostic a été posé après 50 ans (début tardif). Les profils de sévérité décrits dans la première partie de l'analyse seront recherchés, analysés et comparés entre ces deux sous-groupes. Les différents parcours de soins et morbi-mortalité associées seront étudiés et comparés.

## **Résultats attendus**

Nous nous attendons à décrire deux à trois profils de patients différents, reflétant la sévérité de la maladie, pour les personnes atteintes de SEP à début précoce et vieillissantes, comme pour les formes à début tardif. Nous pensons pouvoir décrire les parcours optimaux pour chaque groupe de patient, en termes de réduction de morbi-mortalité attendue. *In fine* de tels modèles doivent pouvoir être proposés aux praticiens, généralistes et spécialistes (gériatres, neurologues, Médecine physique et de réadaptation-MPR) pour permettre des filières d'orientation et de prise en charge des soins les plus adaptées à chacun, notamment au cours du vieillissement pour les patients déjà atteints de SEP.

## **Reste à charge à domicile des personnes en situation de handicap**

**Code projet : RACSYNTHESE**

**Equipe :** Sylvain Pichetti, Maude Espagnacq, Hafsa Nafia, Rémi Yin

**Période de réalisation : 2025-2026**

**Financement :** ce projet de publications de synthèses est financé par la CNSA, dans l'objectif de valoriser les travaux de recherche et de disséminer les connaissances.

### **Contexte et objectifs**

L'accessibilité financière aux soins des personnes en situation de handicap est une thématique de recherche solidement ancrée à l'Irdes depuis de nombreuses années (projet RESHA (2012-2014) sur les inégalités d'accès aux soins des personnes en situation de handicap, projet sur la comparaison des dépenses et restes à charge avant et après 60 ans (2015-2017)). D'autres travaux entrepris plus récemment ont permis d'actualiser la connaissance des restes à charge de populations spécifiques (bénéficiaires de l'AAH à partir des données du SNDS, personnes âgées de plus de 60 ans recourant à l'aide humaine à partir des données de l'enquête Care). L'une des contributions de l'Irdes au consortium Kappa est d'analyser les restes à charge liés au recours à l'aide humaine des bénéficiaires de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), à partir des données de l'enquête Phedre d'une part, et les restes à charge des personnes âgées dépendantes (notamment bénéficiaires de l'APA) à partir des données de l'enquête Care.

A partir de fin 2025, l'Irdes s'appuiera sur ce corpus d'études existantes, et sur les nouveaux résultats issus des recherches en cours, pour publier des synthèses des connaissances sur les restes à charge à domicile des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.

### **Méthodologie**

Synthèse des travaux déjà publiés et des nouveaux résultats sur les projets RAC\_PHEGRE et KAPPA (cf. fiche RAC\_PHEGRE p. 61 et fiche KAPPA p.93).

### **Valorisation**

Projets de publications : Un *Question d'Economie de la Santé* et un article scientifique à comité de lecture.

## **Reste à charge et mise en place des plans des bénéficiaires de prestation du handicap (à partir de l'enquête Phedre)**

**Code projet : Rac\_PHEDRE**

**Equipe :** Maude Espagnacq, Hafsa Nafia, Marc Perronnin (Irdes)

**Période de réalisation : 2023-2027**

**Données :** Enquête Prestation de compensation du handicap : exécution dans la durée et reste à charge (Phedre) appariée (Système national des données de santé-SNDS, Revenus fiscaux et sociaux)

### **Contexte et objectifs**

L'enquête Prestation de compensation du handicap : exécution dans la durée et reste à charge (Phedre) est une collaboration Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (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.

L'enquête Phedre vise à répondre à deux questions principales autour de la PCH (*cf.* fiche Phedre)

- 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.

Dans un premier temps, le projet se concentrera sur le reste à charge des aides techniques et sur la mise en place effective de ces notifications. Par la suite, il s'étendra aux autres volets de la PCH, en dehors de l'aide humaine, qui fait l'objet d'un projet spécifique dans le cadre du consortium KAPPA (Conditions d'accès aux aides et politiques publiques de l'autonomie).

L'appariement au Système national des données de santé (SNDS) sur dix ans permet l'analyse des restes à charges sanitaires et médico-sociaux de bénéficiaires de la PCH et ainsi d'identifier les catégories de personnes avec des restes à charges catastrophiques.

### **Calendrier de réalisation et état d'avancement du projet**

L'apurement et l'imputation des données des aides techniques ont été réalisés en 2023 et 2024

En 2024 :

L'année sera consacrée à l'analyse des restes à charge selon la nature des aides techniques et aux facteurs explicatifs de la mise en place des plans d'aides contenant des aides techniques. Pour cela :

- Les données de paiements des conseils départementaux seront apurées et mises en lien avec les données de l'enquête pour permettre l'analyse de la mise en place des plans d'aides.
- Les données du SNDS seront appariées à l'enquête Phedre pour obtenir la complétude des informations sur la prise en charge liée aux aides techniques.

En 2025-2026 :

- Les autres volets de la PCH seront étudiés pour permettre une analyse globale des restes à charge et de la mise en place des plans d'aides.
- Les données seront appariées aux revenus sociaux et fiscaux, ce qui permettra de prendre en compte les crédits d'impôts liés à certaines aides et de calculer le taux d'effort des bénéficiaires de la PCH.

## **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.

## Soins Primaires Internat et Recherche sur l'Installation dans les Territoires

### Code projet : SPIRIT

Projet piloté par François Carbonnel, Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE)

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

**Partenaires :** L'équipe de recherche rassemble le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), l'Institut Desbrest d'Epidémiologie et de Santé Publique (UMR INSERM-Université de Montpellier), le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), L'Université Numérique en Santé et Sport (UNESS) la maison de santé pluriprofessionnelle universitaire Avicenne, offreur de soins.

### Période de réalisation : 2025-

#### Contexte

Les systèmes de santé organisés autour des soins primaires sont ceux associés à une plus grande équité et à des coûts de santé plus faible. En France, la médecine générale (MG) en est l'un des piliers. Son attractivité baisse néanmoins dans le monde entier. En France, les déserts médicaux touchent 30% de la population, en particulier en zone rurale.

Identifier et comprendre les facteurs influençant le choix du lieu d'exercice des médecins et leur type d'exercice est capital. Certains déterminants sont déjà connus : proximité de la famille, travail en équipe, services disponibles, influence de la décision du conjoint. 75 % des internes en MG déclarent préférer exercer en libéral mais seuls 12 % des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins en 2018 exerçaient en libéral. Le passage à l'acte vers le libéral et l'ambulatoire ne se fait pas, alors que 82% des internes de médecine générale en fin de cursus ont un projet d'installation ambulatoire.

Une des opportunités pour corriger cela pourrait être l'arrivée d'une quatrième année docteurs-juniors en dernière année du diplôme d'études spécialisés (DES) de médecine générale (DJ-MG). La première promotion de 3858 internes concernée a débuté en 2023, programmant l'arrivée des premiers docteurs juniors de médecine générale en novembre 2026, en particulier dans les zones sous-denses. Leur arrivée est, en soi, une intervention favorable à la santé des populations et une innovation organisationnelle nationale à venir dont l'impact sur l'installation dans les territoires doit être évalué.

Deux bases de données, si elles étaient jointées, pourraient le permettre. L'UNESS compile dans la base de données SIIMOP via les ARS et les universités, pour la DGOS, les données de parcours de formation en troisième cycle des internes de toutes les disciplines, notamment de médecine générale. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins compile via les conseils départementaux les données de vie professionnelle des médecins, notamment celles d'installation.

#### Objectifs

Le but de cette étude pilote nommée SPIRIT-pilote est de préparer une étude complète nommée SPIRIT dont l'objectif est d'évaluer l'impact de la quatrième année de DES de médecine générale (année de DJ-MG) sur l'installation ambulatoire des médecins généralistes en fin de cursus, via la mise en place d'une cohorte de suivi.

Les objectifs de cette étude pilote SPIRIT-pilote, que nous soumettons à cet appel à projets, sont de :

- Tester la qualité des données existantes dans les bases de données SIIMOP et du CNOM en jointant les bases de données ;

- Tester plusieurs hypothèses concernant une première analyse des données existantes : i) l'augmentation de la durée des stages en médecine générale ambulatoire a un impact positif sur l'installation en médecine générale ambulatoire (augmentation du taux d'installation des médecins généralistes et réduction du temps d'installation), et (ii) les lieux de stage peuvent influencer les futurs lieux d'exercice des médecins généralistes.

### **Méthode**

Les données compilées par l'UNESS depuis 2015 sur IMOTEP et SIIMOP incluent des informations de parcours de formation en 3<sup>ème</sup> cycle des internes en médecine générale, dont les caractéristiques des lieux de formation en stage.

Les données compilées par le CNOM sur les médecins généralistes en activité seront également compilées, incluant les caractéristiques des lieux d'exercice.

### **Perspectives**

La création et l'analyse des premières données présentes dans les bases SIIMOP-CNOM permettra de tirer des premières conclusions de l'impact du parcours de formation en stage des internes en médecine générale sur leur installation, à partir des données existantes, notamment si l'augmentation des stages ambulatoires pendant le cursus impacte positivement l'installation en ambulatoire. Cette première étude permettra également de préparer la mise en place d'une cohorte d'internes en médecine générale pour évaluer l'impact de la 4<sup>ème</sup> année de DES sur l'installation ambulatoire.

## Trajectoires des infirmières entre le libéral et le salariat, santé mentale et addiction

### Code projet : TRAILSS

**Equipe** : Julien Mousquès, Estelle Augé, Cécile Fournier et Julia Legrand (Irdes)

**Financement** : Fondation MNH (Mutuelle nationale des hospitaliers) et Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la Santé.

### Période de réalisation : 2023-2024

#### Contexte

La crise sanitaire du Covid-19 a ravivé les enjeux liés aux conditions de travail à l'hôpital. On estime que 68 % des professionnels qui ont travaillé dans un service dédié au Covid ont vu leur charge de travail s'accroître, alors que celle-ci était déjà très importante dans le secteur hospitalier en comparaison à d'autres secteurs. L'hôpital est un environnement particulièrement « pathogène » : seul un salarié sur deux déclare pouvoir poursuivre son travail dans ces conditions jusqu'à la retraite, un sentiment particulièrement porté par les sages-femmes et les infirmières. La crise sanitaire a augmenté les risques de dépression, d'anxiété et d'addiction chez les professionnels soignants. Dans un tel contexte, la transition du salariat (à l'hôpital) vers le travail libéral (ou travail indépendant) pourrait avoir des répercussions majeures sur les niveaux de bien-être. En effet, la littérature montre l'impact positif du travail indépendant sur la santé en comparaison au salariat. À l'aune de la crise sanitaire, il importe d'éclaircir les liens entre les trajectoires professionnelles, les risques psychosociaux et l'état de santé, non seulement au regard des enjeux d'organisation du travail au sein des établissements hospitaliers, mais aussi des enjeux de santé publique du « bien-vieillir » de cette population particulière que sont les professionnels de santé, dont le métier est dédié à préserver la santé de leurs concitoyens.

#### Matériel et méthode

L'objectif de ce projet est de mesurer les liens, pour les infirmières, entre les transitions du salariat à l'hôpital vers le travail indépendant en libéral, et la santé mentale de ces professionnels de santé. Le projet s'appuie sur une méthode mixte associant démarches qualitative (entretiens semi-directifs) et quantitative (exploitation de l'EDP santé 2008-2022) qui articulent des regards disciplinaires sociologiques et économiques. Le projet vise, d'une part, à identifier les canaux par lesquels l'exposition à des risques psychosociaux influence les parcours professionnels et la santé mentale des individus et, d'autre part, à mesurer l'impact causal des transitions salariat-indépendant, et inversement sur la santé mentale.



# **PROJETS EN COURS**



## **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 Despaux (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 attachés 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 attendants.
- 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-Document 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. 138).

**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  $\geq$  2021.
- Poursuite de l'analyse de l'impact de la diffusion des UNV sur la qualité et le recours aux soins et sur les dépenses de santé à moyen et long terme (*cf.* fiche projet spécifique UNVDIFF « Impact de la diffusion des UNV sur la qualité et le recours aux soins », p. 138).

**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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> Congrès CALASS 2016*, Brasilia (Brésil), 21-23 juillet 2016 :
  - « Analyse séquentielle du parcours de soins des patients hospitalisés victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC) », Présentation : Nestrigue C., Auteurs : Nestrigue C., Com-Ruelle L., Bricard B., Le Guen N.
  - « Le parcours de soins des victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC) : facteurs déterminants de la durée de la prise en charge aiguë », Présentation : Nestrigue C., Auteurs : Nestrigue C., Bricard D., Debals-Gonthier M., Com-Ruelle L.

##### Nationaux

- *41<sup>es</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> Journée nationale des référents ARS & animateurs de « Filière AVC » (23<sup>e</sup> 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 Lombraïl, 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 a pour objectif de contribuer aux travaux de recherche et d'évaluation sur l'optimalité des paramètres des systèmes d'indemnisation de l'incapacité de travail et sur le financement de ces systèmes. Nous évaluons l'impact de la tarification à l'expérience appliquée en matière d'assurance des accidents du travail sur les accidents, les incitations des employeurs à réduire les arrêts de travail pour cause professionnelle et leurs effets sur les arrêts de travail pour cause non professionnelle. L'étude évalue les mécanismes intervenant dans ces relations. De plus, l'étude examine l'impact d'une tarification incitative sur le maintien en emploi et sur les salaires. Nous étudions également l'hétérogénéité des effets selon les caractéristiques des salariés et des établissements ainsi que 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 ? ».

EALE 2023, Prague; Irdes AHEPE Workshop 2023, Paris; AFSE 66<sup>e</sup> Annual Congress of the French Economic Association 2017, Nice; Irdes Workshop Health and Labour Policy Evaluation 2017, Paris; EALE 2016, Ghent; Conférence AFSE-DG Trésor : Évaluation des politiques publiques, 2015 ; 2<sup>nd</sup> EuHEA PhD Student-Supervisor Conference, 2015; International Health Economics Association, IHEA 2015, Milan; International Conference Globalization, Working Conditions and Health, Bordeaux, 2015; JESF 2015 ; EALE 2014, Ljubljana.

### **Valorisation**

Lengagne P. (2018). « La tarification à l'expérience est-elle un instrument efficace d'incitation à la prévention ? ». EN3S, *Regards*, n° 61, 2023/06, p. 143-150.

Lengagne P. (2018). « Dans les petites entreprises, la tarification à l'expérience contribue à diminuer les accidents du travail ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 231.

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

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

Lengagne P., Afrite A. (2015). "Experience Rating, Incidence of Musculoskeletal Disorders and Related Absences. Results from a Natural Experiment". Irdes, Document de travail n° 69.

Lengagne, P. (2016). "Experience rating and work-related health and safety". *Journal of Labor Research* 37(1),69-97.

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

**Code projet : EXPOST**

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

**Période de réalisation : 2018-2025**

**Etat d'avancement :** valorisation (écriture 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<sup>er</sup> 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 consommation 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. :
  - 5<sup>th</sup> *Irdes-Dauphine Workshop on Applied Health Economics and Policy Evaluation*, Paris, 20-21 juin 2019 (Pierre A.)
  - 5<sup>th</sup> *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.)
  - 1<sup>st</sup> *Welfare and Policy Conference*, Bordeaux, 4 et 5 mai 2023 (Pierre A.)
  - XIX<sup>e</sup> conférence annuelle de la fédération *Théorie et Evaluation des Politiques Publiques*, Pointe-à-Pitre (France), 17-18 décembre 2024 (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 (Pierre A.)
  - 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.)
  - Mardis 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<sup>e</sup> 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.)

## **Cancers chez les personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : quelles difficultés dans les 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 Troisoefus (GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences), Sophie Houzard et Christine Le Bihan (Institut national du cancer)

**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 et objectifs du projet**

Le projet Canopée a été développé en réponse à plusieurs constats concomitants : une espérance de vie réduite pour les personnes vivant avec un trouble psychique, documentée pour la première fois à l'échelle nationale en France en 2018 (Coldefy et Gandré, 2018) ; une surmortalité par cancer en comparaison avec la population générale (les cancers sont la première cause de décès dans les deux populations mais le risque de mortalité est doublé chez les personnes avec un trouble psychique) (Coldefy et Gandré, 2018) ; une surmortalité multifactorielle pour laquelle la littérature internationale suggère que les comportements individuels, très fréquemment mis en avant, ne seraient pas les seuls facteurs explicatifs mais que des facteurs liés au système de santé pourraient également jouer un rôle (Björk Brämberg *et al.*, 2018; Druss *et al.*, 2001; Gandré *et al.*, 2022) ; une absence de données probantes à grande échelle sur les spécificités des prises en charge du cancer chez les personnes vivant avec un trouble psychique sévère en France.

Dans ce contexte, à partir de l'analyse des parcours de soins pour cancer, cette recherche a pour objectifs d'identifier ce qui permet de rendre compte d'éventuelles inégalités de santé au cours des prises en charge pour cancer des personnes vivant avec un trouble psychique sévère, les moments des parcours de soins pouvant être davantage concernés, ce qui facilite ou entrave ces parcours, ainsi que d'éventuels contrastes dans les situations rencontrées.

Ces objectifs sont en accord avec la récente Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, qui prône le passage d'une approche générale de la lutte contre les inégalités dans la prise en charge du cancer à une approche ciblée par groupe de populations vulnérables (Inca, 2021).

### **Méthode**

La recherche Canopée repose sur un schéma d'étude mixte avec un processus itératif. L'interrogation à grande échelle de données quantitatives de consommation de soins (Système national des données de santé, SNDS) est mobilisée pour objectiver l'existence ou non d'inégalités de santé dans les parcours de soins pour cancer des personnes vivant avec un trouble psychique sévère (trouble psychotique et/ou bipolaire) en comparaison à des témoins sans ce type de trouble. L'appariement entre cas et témoins (1:3) est réalisé sur des critères démographiques (âge, sexe, département de résidence) et cliniques (année d'incidence et sous-type de cancer au diagnostic). Des facteurs d'ajustement additionnels (précarité, indicateur synthétique de comorbidités somatiques, accessibilité aux professionnels de santé à l'échelon local, type d'établissement hospitalier en charge de la prise en charge du cancer...) sont considérés *via* des analyses multivariées comparant le recours aux différents types de prises en charge du cancer ; leur qualité entre les cas et les témoins ; et le risque de mortalité (en prenant en compte le risque compétitif de décéder d'autres causes du fait de la sur-incidence des principales pathologies chroniques chez les personnes avec un trouble psychique) ]. Pour évaluer la qualité des parcours de soins pour cancer, nous

mobilisons les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) de l'Institut national du cancer (Inca). Ces indicateurs ont été développés sur la base des recommandations de bonne pratique, en lien avec un groupe de travail composé de l'ensemble des parties prenantes (agences régionales de santé, fédérations hospitalières, réseaux régionaux de cancérologie, représentants des usagers et associations de patients), ainsi que d'experts cliniciens issus des sociétés savantes en s'appuyant sur la méthode de consensus Rand. Ces indicateurs sont automatisables à partir du SNDS et couvrent l'intégralité des dimensions qui nous intéressent dans le cadre de la recherche Canopée (diagnostic, traitement et suivi) avec des cibles à atteindre et des cibles d'alerte (Inca, 2019, 2022). Nous mobilisons ceux relatifs au cancer du sein et au cancer colorectal, pour lesquels une forte incidence est observée chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère.

En parallèle de l'approche quantitative, une approche qualitative socio-anthropologique est mise en œuvre pour caractériser les difficultés auxquelles font face les personnes vivant avec un trouble psychique dans leurs parcours de soins pour cancer, et notamment comprendre quand et comment s'établissent les inégalités de santé objectivées quantitativement, en prenant en compte la pluralité d'acteurs, leurs interactions, et les différents espaces jouant un rôle dans la fabrique de ces inégalités. Cette approche qualitative est basée sur des entretiens semi-dirigés avec des professionnels de santé (oncologues, psychiatres, infirmiers et aides-soignants, infirmiers en pratique avancée en psychiatrie, oncologie et maladie chronique, et médecins généralistes, pouvant intervenir dans des services de psychiatrie ou d'oncologie, parfois spécifiquement dans des positions de coordination des soins) ; des personnes touchées par un trouble psychique et un cancer, et des proches aidants. Il ne s'agit pas de croiser différents points de vue autour de cas, mais de recueillir et étudier une diversité de situations de soins. De fait, cette approche multifocale permet d'analyser des situations de personnes avec des rapports contrastés au soin (ayant ou non un médecin traitant, réalisant les examens préconisés ou pas, suivies ou non en psychiatrie - publique ou libérale - au moment du cancer) et avec des caractéristiques sociales variées (niveau d'étude, rapport à l'emploi, insertion sociale, organisation de l'aide autour d'eux...). Les enquêtés sont contactés *via* des Centres de lutte contre le cancer (CLCC), des établissements spécialisés en santé mentale, des associations de personnes concernées ou de proches, des groupes d'entraide mutuelle et le bouche-à-oreille. Des *focus groups* sont par ailleurs menés en amont avec des pairs-aidants, également concernés par un trouble psychique et un cancer ou une maladie somatique chronique, afin d'échanger sur leurs vécus et les hypothèses de la recherche.

### **Avancement du projet**

Les analyses du projet ont été finalisées, mais des valorisations et communications se poursuivent. Les résultats principaux mettent en évidence des inégalités pour les personnes vivant avec un trouble psychique qui concernent en particulier l'accès aux examens diagnostiques recommandés, le délai entre le diagnostic et la mise en place des traitements, le caractère invasif et l'intensité des traitements, le suivi post-traitement et le risque de décès, tout en soulignant l'hétérogénéité des situations vécues. Les différences identifiées dans les parcours de soins peuvent être liées à des adaptations aux spécificités des personnes suivies et à leurs choix, mais aussi à des préconceptions sur les difficultés associées aux troubles psychiques ou encore à une organisation inadaptée des soins, que des politiques publiques seraient susceptibles d'améliorer.

### **Valorisation**

#### **Communications écrites**

- *Publications scientifiques*

A-V. Seppänen, F. Daniel, S. Houzard, C. Le Bihan, M. Coldefy, C. Gandré. "The double burden of severe mental illness and cancer: a population-based study on colorectal cancer care pathways from screening to end-of-life care". *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2024 (Troisième prix du

Congrès français de psychiatrie, « Meilleures publications en psychiatrie de l'année 2024 » dans la catégorie chercheur).

A-V. Seppänen, F. Daniel, S. Houzard, C. Le Bihan, M. Coldefy, C. Gandré. “Breast cancer care pathways for women with preexisting severe mental disorders: evidence of disparities in France?” *Journal of Clinical Medicine*. 2023.

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

- *Publications institutionnelles*

C. Gandré, D. Moreau, I. Ben Dridi, A-V. Seppänen en collaboration avec le consortium Canopée. « Obstacles, ressources et contrastes dans les parcours de soins complexes : le cas du cancer chez les personnes vivant avec un trouble psychique sévère ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n°281, septembre. 2023 (également traduite en anglais).

- *Communications à destination des professionnels de santé et des usagers*

A venir : réunion clinique des services de psychiatrie du centre hospitalier de Versailles, 2025.

C. Gandré, D. Moreau. Obstacles, ressources et contrastes dans les parcours de soins complexes : le cas du cancer chez les personnes vivant avec un trouble psychique sévère. Rencontre et débat. Ligue contre le cancer des Yvelines. La Verrière, France, 2024.

Le parcours de soins 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*.

- *Communications dans les médias*

Cancer : un accès aux soins plus complexe pour les patients vivant avec un « trouble psychique sévère » (Irdes). *Apm news*. 2023 ; Cancer et trouble psy, un parcours semé d'obstacles. *Le Quotidien du médecin*. 2023 ; Cancer et troubles psychiques sévères : des inégalités tout au long du parcours de soins. *Revue Santé mentale*. 2023 ; Cancer du sein : une prise en charge sous-optimale en cas de troubles psychiques sévères. Entretien de C. Gandré avec *Le Quotidien du médecin*. 2023 ; Le parcours diagnostique du cancer est sous-optimal pour les patients psychiques sévères. Entretien de C. Gandré avec *Hospimedia*. 2023 ; Cancer du sein et troubles psychiques sévères : de profondes disparités dans les parcours. *Revue Santé mentale*. 2023 ; Les patients psy face au cancer. *Revue Santé mentale*. 2020.

## **Communications orales**

- *Communications dans des conférences*

A-V. Seppänen, F. Daniel, S. Houzard, C. Le Bihan, M. Coldefy, C. Gandré. Trouble psychique sévère et cancer : la double peine. Une étude nationale sur les parcours de soins pour cancer colorectal du dépistage aux soins de fin de vie. Congrès Emois, Lille, France, avril 2024.

C. Gandré, D. Moreau, I. Ben Dridi, A-V. Seppänen, F. Daniel, S. Houzard, C. Le Bihan, M. Coldefy. Mental disorders and cancer: barriers and heterogeneity in care pathways: a mixed methods study. *23<sup>rd</sup> World Psychiatric Association World Congress of Psychiatry*, Vienne, Autriche, octobre 2023.

C. Gandré, A-V. Seppänen, F. Daniel, S. Houzard, C. Le Bihan, M. Coldefy. Cancer care pathways for individuals with severe mental disorders: evidence of disparities? *International health economics association (IHEA) 15<sup>th</sup> World Congress*, Le Cap, Afrique du Sud, juillet 2023.

C. Gandré. Surmortalité et psychiatrie : définir des priorités. Session thématique Psychiatrie et Santé Publique : quelles synergies, quels enjeux ? *15<sup>ème</sup> congrès français de psychiatrie*, Lyon, décembre 2023.

C. Gandré, D. Moreau, I. Ben Dridi, A-V Seppanen, M. Coldefy, S. Morel. Avoir des troubles psychiques et un cancer : les obstacles rencontrés dans les parcours de soins. *Colloque 'Cancer et handicap psychique'*, Toulouse, avril 2023.

C. Gandré, D. Moreau, I. Ben Dridi, A-V Seppanen, M. Coldefy, S. Morel. Avoir des troubles psychiques et un cancer : les obstacles rencontrés dans les parcours de soins. *Colloque 'Les inégalités socio-territoriales de prise en charge des patients atteints de cancer en France'*, Saint-Denis, novembre 2022.

C. Gandré, D. Moreau. L'espérance de vie des personnes souffrant de troubles psychiques sévères et persistants : pourquoi pose-t-elle question ? *20<sup>ème</sup> Congrès Soins somatiques et douleur en santé mentale*, Paris, juin 2022.

D. Moreau. Accès aux soins somatiques pour les personnes vivant avec des troubles psychiques. Présentation du projet de recherche CANOPEE sur les parcours de soins en cancérologie. *Journée régionale : Les organisations et pratiques innovantes en santé mentale*, Vannes, septembre 2020.

- *Communication dans des séminaires de recherche, groupes de travail ou workshops*

A-V. Seppänen, F. Daniel, S. Houzard, C. Le Bihan, M. Coldefy, C. Gandré. Breast cancer care pathways for women with preexisting severe mental disorders: evidence of disparities in France? *Réunion scientifique du site Villemin de l'équipe de recherche en épidémiologie obstétricale périnatale et pédiatrique (EPOPé ; Inserm U1153)*, Paris, octobre 2023.

A-V. Seppänen, F. Daniel, S. Houzard, C. Le Bihan, M. Coldefy, C. Gandré. Is colorectal cancer care equal? A study comparing care pathways from screening to end-of-life care in patients with and without severe mental illness. *Workshop Dépistage des cancers : apports des approches en économie et en psychologie*, Oncolille, Lille, juin 2023.

C. Gandré, D. Moreau, I. Ben Dridi, A-V Seppanen, F. Daniel, M. Coldefy. Cancers chez les personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : quelles difficultés dans les parcours de soins ? *École d'été Méthodes mixtes pour les sciences sociales*, Université de Rennes, juin 2023.

C. Gandré, A-V. Seppänen, F. Daniel, S. Houzard, C. Le Bihan, M. Coldefy. Cancer chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère : quelles difficultés dans les parcours de soins ? *Groupe de travail "Troubles mentaux et du comportement" du réseau ReDSiam pour l'utilisation du système national des données de santé*, Congrès national EMOIS, Nancy, mars 2023.

C. Gandré, A-V. Seppänen, F. Daniel, S. Houzard, C. Le Bihan, M. Coldefy. Breast cancer care pathways for women with preexisting severe mental disorders: evidence of disparities in France? *Conseil scientifique de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé*, novembre 2022.

C. Gandré, A-V. Seppänen, F. Daniel, S. Houzard, C. Le Bihan, M. Coldefy. Breast cancer care pathways for women with preexisting severe mental disorders: evidence of disparities in France? *Séminaire à la direction de l'observation, des sciences des données et de l'évaluation de l'Institut national du cancer*, novembre 2022.

D. Moreau, I. Ben Dridi. « On n'en voit pas tant que ça ». Retour à mi-parcours sur une recherche sur les parcours de soins pour cancer des personnes avec des troubles psychiques sévères (Canopée), *Séminaire de l'UMR 6051 Arènes*, Rennes, avril 2022.

C. Gandré, D. Moreau. 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 et d'une sociologue. *Séminaire du Centre d'éthique clinique de l'AP-HP*, février 2022.

- *Organisation de séminaires en lien avec la thématique du projet*

Organisation d'un Mardi de l'Irdes (séminaire public) sur « La fabrique des inégalités en cancérologie. Enquête sur la prise en charge des malades du cancer » avec une présentation d'Aurore Lorette (Centre d'éthique médicale et Laboratoire Ethics, Université catholique de Lille)

et une discussion d'Anna-Veera Seppänen (Irdes) et Delphine Moreau (Ehesp) – membres du projet Canopée.

### **Bibliographie indicative**

Björk Brämberg, E., Torgerson, J., Norman Kjellström, A., Welin, P., Rusner, M. (2018). Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness : A qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Family Practice*, 19.

Coldefy, M., Gandré, C. (2018). Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 237, 1-8.

Druss, B. G., Bradford, W. D., Rosenheck, R. A., Radford, M. J., Krumholz, H. M. (2001). Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 565-572.

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*, 250.

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. *Sante Publique*, 34(5), 613-619.

Inca. (2019). *Cancer du sein : indicateurs de qualité et de sécurité des soins*. Institut national du cancer. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Cancer-du-sein-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins>

Inca. (2021). *Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030*. Institut national du cancer. <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/La-strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030>

Inca. (2022). *Cancer colorectal : Indicateurs de qualité et de sécurité des soins*. Institut national du cancer. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Cancer-colorectal-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins>

## **Classification multitudes des territoires de santé**

**Code projet : CLUSTER**

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

**Période de réalisation : 2021-2024**

### **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 plage 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 (Chevillard 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 indispensables 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. 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 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 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 : 2019-2025**

**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, avec un financement pour une période de deux ans, de mars 2020 à mars 2022.

### **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, Angleterre, Suède) afin d'alimenter les réflexions actuelles sur le financement des aides techniques en France.

### **Méthodologie**

La méthodologie du projet Comparaison dans le financement des aides techniques pour les personnes handicapées (Compatec) repose sur une approche qualitative associant un terrain à distance (envoi de questionnaires) et un terrain de proximité réalisé au cours de voyages d'études (Belgique en février 2022, Suède en octobre 2022 et Angleterre en avril 2023). Ces terrains ont permis d'interroger des spécialistes des aides techniques et d'effectuer des observations dans des magasins d'aides techniques et des centres de soins. Le questionnaire envoyé à distance reposait sur les thématiques suivantes : informations personnelles, modes d'acquisition (achat, location, etc.) et financement de l'aide technique, accompagnement et suivi, producteur national d'aides techniques (Pichetti *et al.*, 2024).

### **Etat d'avancement**

Le rapport final a été remis à l'Iresp en décembre 2023.

## Valorisation

Projets de publications : cette comparaison internationale donnera lieu à la publication d'un rapport Irdes d'ici à la fin de l'année 2024.

Deux *Questions d'Economie de la Santé* seront publiés. Un premier QES « Financement et accès aux aides auditives en Europe : une comparaison entre la France, l'Angleterre, la Belgique et la Suède » a été publié en octobre 2024. Un deuxième QES sur les fauteuils roulants sera publié d'ici la fin de l'année 2024.

Le podcast n°4 « Aides auditives et 100% santé : les enjeux d'une réforme très française » s'appuie également sur les résultats de l'étude Compatec sur les aides auditives.

## Comparaison internationale des parcours de soins des personnes ayant des besoins de soins multiples (High-Need, High-Cost Patients)

Code projet : ICCONIC

Equipe : Zeynep Or, Anne Penneau, Julie Cartailier, Sylvain Pichetti

Période de réalisation : 2018-

### 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 très élevés. Il s'agit d'un groupe de patients cliniquement diversifié, incluant des personnes vivant avec des limitations fonctionnelles extrêmes, des personnes ayant de multiples maladies chroniques. 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 recours aux 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 chaque pays. Les projets développés dans le cadre d'Iconic visent à développer de nouvelles méthodologies pour comparer les coûts, l'utilisation et les résultats des populations ayant des besoins et des coûts élevés dans différents systèmes de santé, en exploitant les données administratives appariées.

### Méthodologie

Nous utilisons des données de remboursement des patients (ou équivalentes) appariées, afin d'étudier l'ensemble du parcours de soins des patients : services de soins primaires, services spécialisés, soins hospitaliers de courte et longue durée. En France il s'agit d'exploiter des données du Système national des données de santé (SNDS). Le projet réunit des chercheurs de treize pays : États-Unis, Angleterre, Canada (Ontario), France, Finlande, Norvège, Suède, Australie (Nouvelle-Galles du Sud), Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Allemagne, Suisse et Espagne (Aragon), ainsi que des chercheurs de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

### Avancement du projet

Le consortium a été créé en 2018 (<https://hnhccomparisoncollaborative.wordpress.com/>). Nous avons produit une première vague de résultats en 2021, qui ont donné lieu à la publication de six articles scientifiques publiés dans *Health Services Research* sur le parcours de soins des patients hospitalisés pour une fracture de la hanche et les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et de diabète. Deux publications Sous la forme de *Questions d'économie de la santé* sont prévues pour synthétiser les résultats obtenus dans ces articles. Deux projets de recherche en communs avec les chercheurs du consortium Iconic sont en cours de valorisation, le premier porte sur la santé mentale en comparant les hospitalisations liées aux problèmes de santé mentale (tentative de suicide, dépressions, etc.) avant et après la pandémie de Covid-19, et l'autre vise à comparer les inégalités territoriales en termes d'hospitalisations évitables dans chaque pays pour comparer ensuite le gradient socio-économique. En 2024, deux nouveaux projets ont été lancés : le premier porte sur les dé-prescriptions de médicaments après une fracture de la hanche et le second analyse les variations de ruptures de soins hospitaliers pendant le Covid-19 entre pays et hôpitaux

### Publications

Bowden N., Hedquist A., Dai D., Abiona O., Bernal-Delgado E., Blankart C.R., [Cartailier J.](#), Estupiñán-Romero F., Haywood P., [Or Z.](#), Papanicolas I., Stafford M., Wyatt S., Sund R., Uwitonze J.P., Wodchis W.P., Gauld R., Vu H., Sawaya T., Figueroa J.F. (2024). "International

comparison of hospitalizations and emergency department visits related to mental health conditions across high-income countries before and during the COVID-19 pandemic". *Health Services Research*, Vol. 59/n° 6. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.14386>

Figuerola, 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., Shatrov, K., Galien, O., Gool, K., Wodchis, W., Jha, A.K. (2021). "International comparison of health spending and utilization among people with complex multimorbidity". *Health Services Research*, Vol. 56/53, p. 1317-1334. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13708>

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., Gool, K., Figuerola, J.F. (2021). "Within and across country variations in treatment of patients with heart failure and diabetes". *Health Services Research*, Vol. 56/53, p. 135881369. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13854>

Papanicolas, I., Figuerola, 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., Shatrov, K., Stafford, M., Galien, O., Gool, K., Wodchis, W., Jha, A.K. (2021a). "Differences in health care spending and utilization among older frail adults in HIGH-INCOME countries: ICCONIC hip fracture persona. *Health Services Research*, Vol. 56/53, p. 1335-1346. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13739>

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., Schoenfeld, A.J., Shatrov, K., Stafford, M., Galien, O., Gool, K., Wodchis, W., Jha, A.K., Figuerola, J.F. (2021b). "Differences in health outcomes for h IGH-NEED h IGH-COST patients across h IGH-INCOME countries". *Health Services Research*, Vol.56/53, p. 1347-1357. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13735>

Wodchis, W.P., Or, Z., Blankart, C.R., Atsma, F., Janlov, N., Bai, Y.Q., Penneau, A., Arvin, M., Knight, H., Riley, K., Figuerola, J.F., Papanicolas, I. (2021). "An international comparison of LONG-TERM care trajectories and spending following hip fracture". *Health Services Research* 56/53, p. 1383-1393. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13864>

## Communications

*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), Figuerola 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.

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

**Code projet : MEDUSE**

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

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

**Données :** Enquête santé européenne (EHIS) 2019 ; Système national des données de santé (SNDS).

**Période de réalisation : 2021-2028**

**Etat d'avancement :** constitution des données. En cours de démarches administratives auprès de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam).

### **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 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 consommation de soins du Système national des données de santé (SNDS). Des appariements supplémentaires permettront de connaître les adresses de résidence et de travail des salariés, ainsi que celles des lieux d'exercice des professionnels de santé, et de calculer les distances à effectuer pour recourir au(x) professionnels de santé le(s) plus proche(s), ainsi que celles réellement effectuées en cas de recours.

Le projet Méduse s'inscrit dans la poursuite du projet Amprunte qui cherche à étudier le lien entre la couverture par une complémentaire santé et l'accès territorial aux soins, à partir de l'enquête Protection sociale 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 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 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 Covid-19, notamment pour les individus les plus défavorisés et ceux ayant des besoins de soins chroniques.

## **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** : Rémi Yin, Maude Espagnacq, Sylvain Pichetti

**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 démographiques (Ined), 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.

#### **Recours à l'aide humaine, restes à charge et taux d'effort**

L'Irdes analysera le recours à l'aide humaine, les restes à charge et les taux d'effort des bénéficiaires de la Prestation de compensation du handicap (PCH) à partir de l'enquête Phedre et des personnes âgées dépendantes (en particulier celles bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie-Apa) en s'appuyant notamment sur les données de l'enquête Care.

#### **Avancement**

Rémi Yin, post-doctorant, a été recruté le 1<sup>er</sup> février 2024 pour une période de deux ans afin de travailler sur le recours à l'aide humaine et les restes à charge associés.

#### **Valorisation**

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

## **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**

42<sup>es</sup> Journées des économistes de la santé français (JESF) 2020 : communication sur la rationalité économique de l'acceptation de l'invalidité pour les salariés.

« 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

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.

Leray E., Espagnacq M., Regaert C., Pichetti S., Guillaume S., Duguet E. Difficultés de maintien en emploi à la suite d'une sclérose en plaques, perte de salaire et rôle des revenus de substitution dans les ressources - XIX<sup>e</sup> Colloque national de démographie Rennes, 6 au 9 juin 2023 Rennes, 6 au 9 juin 2023

Publications :

Espagnacq M., Leray E., Regaert C., Guilleux A., Pichetti S., Guillaume S., Duguet E. "Difficultés de maintien en emploi à la suite d'une sclérose en plaques : perte de salaire et rôle des revenus de substitution dans les ressources". *Irdes, Question d'économie de la santé*, n° 274, janvier 2023.

Leray E., Espagnacq M., Duguet E., Guillaume S., Guilleux A., Pichetti S., Regaert C. Conséquences de la sclérose en plaques sur les parcours professionnels en France. Étude EMOJI (Effects of Multiple Sclerosis on Occupational Trajectory), Rapport Irdes n° 589 septembre 2023.

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

Leray E., Regaert C., Duguet E., Guillaume S., Pichetti S., Espagnacq M. : "Impact of Multiple Sclerosis on Employment and Income: Insights from a French Random Sample Based Upon Longitudinal Administrative (EMOJI). *Revue neurologique*.

## **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 ; Emilien Vallet (stage M2 ingénierie de la santé parcours kinésithérapie, CNRS/EHESP, ARENES UMR 6051).

**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'exercice.

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'exercice et les politiques mises en œuvre pour réguler l'installation et l'activité des MK.

- 1) Une première thématique a pour objectif d'identifier les principaux facteurs influençant les choix d'installation des MK. Pour cela, 18 entretiens exploratoires auprès de MK en exercice ont été réalisés en 2023. Une enquête par questionnaire sera réalisée en 2024 dont les résultats pourront être appariés aux données démo-professionnelles du tableau d'inscription de l'Ordre des MK.
- 2) Une seconde thématique s'intéresse à l'estimation de l'impact (inférence causale) 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, sur la localisation géographique de l'activité et l'évolution de la densité de MK par territoire de vie-santé (TVS). Les résultats mettent en évidence que les MSP permettent d'accélérer la dynamique démographique des MK dans les territoires péri-urbains défavorisés ou les marges rurales. Les premiers éléments d'analyse semblent également indiquer que le maintien de l'accroissement des écarts d'accessibilité entre les zones les mieux pourvues et les zones les moins bien pourvues s'expliquerait essentiellement par une absence d'effet de l'amélioration des mesures incitatives dans les zones sous-dotées, bien que les mesures de restriction d'accès au conventionnement aient bien l'effet localisé attendu de réduction de la densité.
- 3) Une troisième thématique 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. Pour cette étude, une collaboration avec la direction de la sécurité sociale est en phase de co-construction. L'analyse

s'appuierait sur une estimation, à partir de modèle quasi-expérimentaux (double différence, variables instrumentales), de l'impact pour les MG et MK concernés en MSP, par rapport à des structures où ce nouveau mode d'adressage n'est pas mis en place.

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, et enfin à des données du SNDS.

## **Valorisation**

### Séminaires-colloques scientifiques

- *1st welfare and policy (WAP) conference*, Bordeaux School of Economics, 4-5 mai 2023, “The Impact of the Location of the Primary Care Team on the Attraction and Retention of Physiotherapists”, Yoann Galharret
- *Congrès annuel de l'AFSE*, Paris, 14-16 juin 2023, “The Impact of the Location of the Primary Care Team on the Attraction and Retention of Physiotherapists”, Yoann Galharret
- *1st Croatian Health Economics Workshop (CHEW)*, 8 au 10 juin 2023, Opatija, “The Impact of the Location of the Primary Care Team on the Attraction and Retention of Physiotherapists”, Yoann Galharret.
- *Eubea PhD & Supervisor Conference*, Bologne, 7-8 septembre 2023, Bologne, “The Impact of the Location of the Primary Care Team on the Attraction and Retention of Physiotherapists”, Yoann Galharret
- *45ème Journées des Economistes de la Santé Français (JESF)*, Bordeaux, 13-15 décembre 2023, « L'effet de l'implantation de maisons de santé pluriprofessionnelles sur la densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux », Yoann Galharret

## **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)

**En collaboration :** Abdul Rahman Saleem (MPH 2023-2024, EHESP)

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

**Période de réalisation : 2020-2025**

**Données :** 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). 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.

### **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 des médecins généralistes et leur maintien dans les territoires les moins dotés (e.g. aides financières et amélioration des conditions d'exercice), avec l'objectif de maximiser les flux vers ces territoires et de minimiser les flux sortants de ceux-ci. Si la question de l'efficacité des mesures en lien avec les conditions d'exercice a déjà pu être démontrée celle des incitations financières doit être évaluée de façon robuste.

Ce projet se déroule en trois étapes.

Dans une première étape, la question de l'impact des incitations financières sur l'évolution de la densité des jeunes médecins généralistes sera estimée à partir de modèle quasi-expérimentaux, au niveau des municipalités, et d'estimation en différence-de-différences sur la période 2005-2022.

Dans un second temps il s'agira 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.

Dans une troisième étape les déterminants des choix des lieux et modes d'exercice seront investigués, 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**

Dans la première étape visant à estimer l'impact des incitations financières, il s'agit de comparer l'évolution de la densité des jeunes médecins généralistes avant-après l'éligibilité d'une municipalité à des aides financières de différentes natures et comparativement à des municipalités proches mais non éligible à ces aides, sur la période 2005-2022.

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

- Des données du tableau de l'Ordre des médecins de 2007 à 2023.

Des données de l'Assurance maladie provenant de trois environnements différents (AMOS, GEOLOC\_PS et DA\_PRA\_R depuis 2004). 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 des 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 à réduire les inégalités territoriales d'offre de soins.

Enfin, dans la troisième étape, une enquête auprès des médecins inscrits à l'Ordre est 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 recueillies 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 des 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 (voir fiche Rosam).

### **Avancement du projet :**

Les analyses principales de la première étape sont terminées et les analyses de robustesses sont en cours ainsi que les présentations en colloque et conférence.

La seconde étape est en cours et pour la troisième la construction du questionnaire sur les déterminants du choix des lieux et modes d'exercice est terminée et le terrain devait être réalisé au début de l'année 2025.

### Séminaires-colloques scientifiques

- *Journées des économistes de la santé Français*, Rennes, 4-6 décembre 2024, « Money Walks? The Impact of Zoning Policy Combine with Financial Incentives on French GP's Practice Location. » Mousquès J.

## **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 2024 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 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, permet notamment d'explorer les liens entre certains besoins des personnes diabétiques et les ressources auxquelles elles ont accès pour gérer leur santé. Ceci peut 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 vu proposer une enquête téléphonique brève, puis une enquête détaillée par auto-questionnaire. Les données ainsi recueillies sont ensuite couplées à une extraction de données du Système national de données de santé (SNDS) (consommations de soins, données d'hospitalisation, données de mortalité).

En complément de cette enquête (2019-2020) en métropole, l'enquête Diab-quali (2020-2022) s'est intéressée, 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 de 84 personnes diabétiques de type 2 résidant dans 5 régions françaises (Bretagne, Ile-de-France, Auvergne Rhône-Alpes, Bouches du Rhône et La Réunion), 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...).

L'analyse rend compte de rapports différenciés des personnes à l'alimentation, à l'activité physique, au traitement, au suivi de la maladie, aux connaissances et aux accès aux savoirs. Elle permet aussi de comprendre les relations que les personnes diabétiques entretiennent avec les professionnels de santé et les services de santé, ainsi que leur réseau social.

Les analyses présentées dans le rapport de recherche de mai 2023 sont en cours de valorisation.

Les résultats de cette recherche, en cours d'enrichissement 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.

## **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 : 2019-2025**

**Données :** Données Résid-Ehpad appariées aux données du Système national des données de santé (SNDS) 2014-2019 (en attente), enquête nationale auprès des Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) 2015 et 2019, 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 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les soins réalisés par une équipe mobile hospitalière améliorent la 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 2025 permettra de réaliser des analyses complémentaires afin d'approfondir le lien entre qualité/efficacité des soins des seniors, avec l'organisation et le financement du secteur médico-social. Nous interrogerons plus spécifiquement l'impact du niveau d'internalisation des soins médicaux et le rôle des médecins traitants en Ehpad sur les prescriptions inappropriées et les hospitalisations potentiellement évitables des résidents d'Ehpad.

## Valorisation

Penneau A., Or Z. (2024). « Qualité en Ehpad : quelle relation au prix d'hébergement ? ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, à paraître.

Penneau A., Or Z. (2024). Mesurer la qualité des Etablissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Irdes, *Document de travail*, à paraître.

Penneau A., Or Z. (2023). « Améliorer les soins en Ehpad : quel impact de l'intervention des équipes d'Hospitalisation à domicile (HAD) ? », Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 283, novembre.

Penneau A. et Or Z. (2023). « Les inégalités territoriales de financement et d'accessibilité des soins médico-sociaux : quel impact sur les dépenses de santé des seniors ? ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 279, mai.

Penneau A. (2022). « Investir dans le secteur médico-social pour améliorer l'efficacité des soins des seniors ». Thèse de doctorat de sciences économiques. Université Paris-Dauphine - PSL.

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

**Code proyecto : PATE**

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

**Período de realización : 2021-2024**

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

Los análisis sobre los efectos de sustitución y de complementariedad entre los cuidados de salud y los servicios médico-sociales, y sobre la manera en que diferentes configuraciones de la oferta de cuidados afectan el rendimiento del sistema de cuidados, son muy limitados en Francia. Este proyecto tiene como primer objetivo analizar la eficiencia de los gastos de cuidados de las personas mayores, explotando las disparidades territoriales en los gastos hospitalarios (y comprendidos en los establecimientos de rehabilitación) y ambulatorios, 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 momento de un análisis de los gastos de seguro de 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 está definido según características socio-económicas, por lo que debemos controlar la eficiencia de estas últimas, así como el estado de salud de los mayores en el territorio, para obtener resultados comparables entre ellos. Podemos calcular la eficiencia *via* una frontera estocástica de coste de forma Cobb-Douglas con un método de modelización que permite separar el score de ineficiencia técnica y el ruido estadístico. En un segundo momento, una vez calculada la ineficiencia por territorio de vida y según los años, estudiaremos la relación entre la ineficiencia de los gastos de salud de los mayores y las ofertas de cuidados *via* 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, tendremos que controlar el impacto de la organización de los cuidados médico-sociales que pueden intervenir en el recorrido de los mayores y afectar el acceso a los cuidados.

### Realización 2022-2023

Los cálculos de los gastos se realizaron a nivel de territorio de vida entre 2010 y 2017, y las primeras modelizaciones de la ineficiencia se probaron con varios métodos, así como la segunda etapa de modelización multinivel de los determinantes de la ineficiencia. Resúmenes se presentaron a la International Health Economics Association (IHEA) y a las Jornadas de Economistas de la

santé français (JESF) et ont été acceptés. Une première version de l'article a été écrite et sera discutée aux JESF. L'année 2024 sera consacrée à la finalisation de l'article et sa valorisation.

### **Présentation à des conférences**

- “Efficiency of Health Expenditure for Older Adults across French Regions: The Role of Local Health Care Mix”, présentation par Julie Cartailier, au 15<sup>th</sup> IHEA World Congress à Cape Town le 11 juillet 2023.
- « Efficience territoriale des dépenses de santé des personnes âgées : le rôle de l'offre de soins au niveau local », présentation par Damien Bricard, aux 45<sup>e</sup> Journées des économistes de la santé français à Bordeaux le 15 décembre 2023.

## **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 standardisée<sup>5</sup> 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

---

<sup>5</sup> La densité standardisée prend en compte les différences de consommation de soins selon l'âge.

ensuite à un groupe de travail plus institutionnel d'en faire une lecture « politique publique » afin de dégager des normes permettant de positionner le curseur des zones où l'accessibilité à l'offre sera jugée insuffisante et nécessitera une action correctrice des pouvoirs publics.

**Avancée du projet :**

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

Extraction de données par la Caisse nationale de l'Assurance maladie reçues jusqu'en 2023 et traitement des bases.

**Valorisation :**

Publications Irdes

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.

Colloques scientifiques

Internationaux

- ECTQG - European Colloquium on Theoretical and Quantitative Geography, Braga Portugal, septembre 2023, Lucas-Gabrielli V. Mangeney C.

## **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 :** Estelle Augé, Paul Dourgnon, Clara Dugord, Florence Jusot, Antoine Marsaudon

**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'examen de santé, professionnels de santé, dans des configurations qui peuvent varier d'un département à l'autre. Elles partagent les mêmes objectifs opérationnels :

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

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

Le programme 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 Misas.

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.

### **Objectifs**

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

### **Méthodes**

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.

## **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 et Mathilde Lassalle.

**Période de réalisation : 2016-2018, 2021-2024**

### **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. 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.

## **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.

Réalisations 2023 : le projet et l'état d'avancement des travaux (rapport intermédiaire) a été présenté au comité de suivi du projet le 1<sup>er</sup> février 2023.

- Premier volet : Une restitution a été faite aux expérimentateurs et référents auprès des ARS le 24 mai 2023. Un article et un rapport sur l'évaluation des expérimentations est en cours de finalisation pour la fin de l'année 2023. Les travaux ont été présentés à de nombreuses conférences et séminaires (voir valorisation).
- Second volet : les entretiens qualitatifs ont pu être menés auprès des acteurs et les analyses quantitatives sur les données du forfait et du SNDS. Malheureusement, seul un appariement au PMSI a pu être fait et seulement partiel et l'appariement avec les données SNDS est toujours en attente mais sera seulement partie. Les travaux qui ont pu être réalisés seront dans le rapport final remis à la DGOS en décembre 2023. Une extension de la convention pour continuer et valoriser le projet est conclue pour 2024.

## 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.
- Présentation de l'article « Impact evaluation of territorial experiments on the care pathways of patients with kidney disease: The results of a mixed approach », Estelle Augé, Damien Bricard aux conférences et séminaires suivants :
  - Journées des économistes de la santé français (JESF), Lille, 7-9 décembre 2022
  - Séminaire santé du Liraes, Paris, 27 janvier 2023
  - Mardi de l'Irdes, Paris, 14 mars 2023
  - Congrès Évaluation, management, organisation, information, santé (Emois) 2023, Nancy, 16-17 mars 2023
  - Mardi de l'Irdes, Paris, 23 mai 2023
  - 39<sup>e</sup> Journées de microéconomie appliquée, Strasbourg, 8-9 juin 2023
  - 71st Congress of the French Economic Association (AFSE), Paris, 14-16 juin 2023
  - 9th Irdes Workshop on Applied Health Economics and Policy Evaluation (AHEPE), Paris, 22-23 juin 2023
  - XXXIII<sup>e</sup> Congrès annuel de l'Alass - CALASS 2023, Mexique, 30-31 août et 1<sup>er</sup> septembre 2023
  - Séminaire du conseil scientifique de l'Irdes, Paris, 24 novembre 2023
  - 9<sup>e</sup> Conférence sur l'évaluation des politiques publiques organisée par l'AFSE et la direction générale du Trésor, Paris, 7 décembre 2023
- « Les parcours de soins de la maladie rénale chronique: apports des nouvelles données de financement au forfait », M Raffray, C Couchoud, E Augé, D Bricard, D Raynaud, S Bayat , présenté au Congrès Évaluation, management, organisation, information, santé (Emois) 2023, Nancy, 16-17 mars 2023
- « La mise en place du forfait MRC en France : étude qualitative », M. Raffray, A. Campéon, E. Augé, D. Bricard, D. Raynaud, S. Bayat, poster au congrès de la Société francophone de néphrologie dialyse et transplantation (SFNDT) le 4 octobre 2023
- « Le bilan quantitatif de la mise en place du forfait MRC à 3 ans », M. Raffray, C. Vigneau, C. Couchoud, E. Augé, D. Bricard, D. Raynaud, S. Bayat, poster au congrès de la Société francophone de néphrologie dialyse et transplantation (SFNDT) le 4 octobre 2023

## 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), Stéphanie Guillaume, Laure Pitti (Cresppa-Csu UMR 7217, Université Paris 8).

**Collaborations extérieures :** Centre de sociologie des organisations de Sciences Po (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 :** 2019-2025

### 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'expérimentation ont été définis : 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 une rémunération collective en exercice pluriprofessionnel, forfaitaire et substitutive 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 décloisonner la prise en charge des patients et d'optimiser les parcours de santé, d'améliorer la qualité et la pertinence de la prise en charge comme l'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 divers, 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'efficience 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 au suivi de l'expérimentation et au déploiement des démarches d'analyse sociologique reposant sur des approches qualitatives. Il s'agissait de 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 projets de Peps et Ipep, avec des acteurs régionaux ayant participé à la co-construction des cahiers des charges et avec des membres des groupements expérimentateurs. Le suivi de l'expérimentation s'est prolongé tout au long de l'année 2023, permettant une analyse des ajustements des modèles économiques au fil du temps. Les années 2022 et 2023 ont été consacrées à la réalisation et l'analyse de plus de 100 entretiens, parfois répétés, avec des professionnels des organisations de santé exerçant dans une dizaine de sites pilotes de nature différente : porteurs libéraux/salariés, MSP, centres de santé municipaux ou communautaires, CPTS, et établissements de santé. Ces entretiens, complétés dans certains cas d'observation au sein des groupements expérimentateurs, permettent d'analyser les conditions d'engagement des porteurs de projets Peps et Ipep et les pratiques professionnelles développées dans les différents types de sites pilotes. Les premières analyses monographiques et par type de groupement (en MSP, en CDS, et à l'hôpital) réalisées en 2023 seront complétées en 2024 par des analyses sociologiques transversales de la mise en œuvre des expérimentations Peps et Ipep et de leurs effets sur les pratiques professionnelles et sur l'organisation des soins.

L'année 2022-2023 a aussi été consacrée à la rédaction du protocole spécifiant l'expression des besoins et les modalités d'accès aux données de l'Assurance maladie (SNDS et hors SNDS) sur l'activité des professionnels et le parcours de leurs patients. L'accès aux données sur le portail SNDS est effectif depuis la fin de l'année 2023.

Enfin, l'Enquête sur le fonctionnement et l'organisation des structures pluriprofessionnelles en soins primaires (EFOP) par questionnaire internet auprès de MSP et CDS, dont les groupements expérimentateurs Peps Ipep et les MSP ACI a été lancée auprès des MSP et des CDS en 2022 et 2023. Le terrain de l'enquête est terminé pour les MSP et les analyses descriptives ont débuté. Pour les CDS, le terrain se terminera fin 2023.

## Valorisation

### *Questions d'économie de la santé*

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

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), Schlegel V. (Irdes, Cresppa-CSU). Les usages de financements expérimentaux Ipep et Peps dans cinq maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Vers une redéfinition des frontières professionnelles autour de la division du travail de soin ?, *Questions d'économie de la santé* n° 275, 2023, 02.

Schlegel V (Irdes, Cresppa). Des médecins entrepreneurs de la réforme des soins primaires. Une analyse des conditions d'engagement des porteurs libéraux dans les expérimentations Peps et Ipep. *Questions d'économie de la santé* n°273, 2022, 12

### *Présentations scientifiques (valorisation en cours)*

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

Legrand J, Pitti L. Mise en œuvre, effets et usages de l'expérimentation Peps en centres de santé : (Re)valoriser la médecine sociale en formalisant et en visibilisant le travail de soin, Mardi de l'Irdes, novembre 2023

Fournier C, Morize N, Legrand J, Pitti L, Schlegel V, Bourgeois I. Au-delà des “déserts médicaux” : quelles logiques territoriales chez les professionnels de soins primaires. Congrès de la Société française de santé publique, octobre 2023.

Animation d'un séminaire de recherche sur les politiques expérimentales avec l'équipe d'évaluation d'EDS (CSO, Sciences Po ; EHESP ; Lyon II) : 2022-2023

## Evaluation des expérimentations télésurveillance médicale – Projet Etapes

**Code projet : TELESURV**

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

**Collaborations extérieures :** Solène Petit, Jérôme Wittwer (Université de Bordeaux -Equipe PHARes - ISped); 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 : 2017-2025**

**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 que pour 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'Ispeid, 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 a été mise en œuvre en 2024 et les premiers résultats sont présentés en conférence fin 2024.

## Valorisation

- Séminaire-colloques scientifiques
- *Journées des économistes de la santé Français*, Rennes, 4-6 décembre 2024, « L'impact de la télésurveillance médicale sur la prise en charge des patients diabétique de type 2 ou insuffisants cardiaques » Mousquès J., Petit S, Daniel F, Wittwer J.
- *Ateliers de Giens - XXXV<sup>es</sup> 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), Julien Mousquès,

**Collaborations extérieures :** Icône médiation santé ; Inserm UMR 1018.

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

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

**Période de réalisation : 2016-2024**

### **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 2013-2020 ont été réceptionnées en juin 2023. Elles seront complétées par des données sur des échantillons témoins de médecins et pour la fin de l'année en 2024.

## 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

- Loussouarn, C., Franc, C., Videau, Y. & Mousquès, J. (2023). L'effet combiné de l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle et des paiements à la coordination sur l'activité des médecins généralistes. *Revue économique*, 74, 441-470. 08/2023. <https://www.cairn.info/revue--2023-3-page-441.htm>
- Cassou M, Mousquès J, Franc C. General Practitioners activity patterns: the medium-term impacts of Primary Care Teams in France. *Health Policy*. 2023;136:104868. 07/2023. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104868>
- 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 ». *Cybergeo : European Journal of Geography, Espace, société, territoire*. Article 873, en ligne le 21/11.

<https://journals.openedition.org/cybergeo/29737>

### Publications dans une revue à comité de rédaction

- Chevillard G. (2018). « Des maisons de santé pluriprofessionnelles. Une réponse parmi d'autres aux « déserts médicaux » in *Prendre soin des urbains* (Dossier), *Revue Urbanisme*, n° 410, 10, 54-54.

<https://www.urbanisme.fr/prendre-soin-des-urbains/dossier-410/201#article1318>

- Bourgeois I., Fournier C. (2020). « Contractualiser avec l'Assurance maladie : un chantier parmi d'autres pour les équipes des maisons de santé pluriprofessionnelles ». *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2020/01-03, 167-193.  
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-167.htm>

#### Autres publications

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

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/travailler-en-equipe-en-maison-de-sante-un-questionnement-ethique-renouvele>

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

#### Séminaire-colloques scientifiques

##### Internationaux

- *American Association of Geographers (AAG) Annual Meeting*, Washinton, USA, 3-7 avril 2019, “Evaluation of the Impact of Primary Care Team on General Practitioner Density between 2004 and 2017 in France Underserved Areas”, Chevillard G.
- *2019 student-supervisor conference, European Health Economic Association (Eubea)*, 4-6 September 2019 Porto, Portugal, “General Practitioners’ Income and Activity: The Impact of Multi-professional Group Practice in France”, Cassou M.
- *17<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> Journées nationales de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) : « Avançons ensemble dans la Révolution des soins primaires », Nantes, 9-10 mars 2018 Fournier C. et Mousquès J.
  - 6<sup>e</sup> Journées nationales de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS), Lyon, 17-18 mars 2017, « MSP/CPTS versus PCMH/ACO aux États-Unis », Mousquès J.

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

**Code projet : PARI2 (ex REA228)**

**Equipe :** Estelle Augé, 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 : 2015-2025**

2015-2016 pour la première phase ; 2017-2025 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. Le programme est également pro-actif (c'est-à-dire dans une démarche « d'aller-vers ») dans la mesure où le RSI rentre directement en contact avec les personnes cibles sans attendre que celles-ci ne se présentent au guichet du régime. 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. 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 (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. 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-PMSE)] a été autorisé par la Commission de l'informatique et des libertés (Cnil) afin d'affiner, premièrement, les résultats de l'expérimentation 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]. Cette étude est prévue au cours de l'année 2024. Deuxièmement, la mise à disposition des données relatives aux aides sociales extra-légales de l'Action sanitaires et sociale (ASS) -c'est-à-dire propres aux RSI- nous a permis d'explorer dans quelle mesure le programme PARI permet d'améliorer le recours aux droits sociaux. À partir d'une approche en différence-de-différences entre 2014 et 2018, les résultats montrent qu'à court terme, le programme a augmenté le recours aux prestations sociales tout en limitant les coûts globaux des dépenses sociales. Les résultats plaident en faveur d'une meilleure allocation des ressources grâce à une approche en trois étapes : cibler les individus à risque, les atteindre directement et leur fournir un accès simplifié à un ensemble de prestations sociales adaptées à chaque situation spécifique.

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

- Augé, E. (2023). *Travail indépendant, conditions de travail et santé en Europe: une approche par les systèmes de protection sociale* (No. DT90 Classification-C31, C36, I14).
- 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<sup>es</sup> 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<sup>es</sup> 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<sup>mes</sup> 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<sup>e</sup> 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*, 23 mai 2023, « Improving social assistance take-up: evidence from a french experiment among the self-employed », Augé E. (Irdes), Sirven N. (EHESP; 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).

## **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](mailto:roquebert@unistra.fr)

**Equipe :** Matthieu Cassou (Irdes), 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), Thomas Karnycheff (Irdes/Unistra) 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 est en charge du premier *workpackage* et a recruté un ingénieur d'étude pour 18 mois. Il s'agira d'abord de caractériser à partir des données du SNDS les différents profils des professionnels de santé libéraux qui réalisent des actes de soins de santé sexuelle. Il s'agira ensuite de décrire au niveau territorial l'offre de santé sexuelle disponible concernant les actes de soins de santé sexuelle (frottis, contraception) [médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues, établissements de santé et médico-sociaux], son organisation et son évolution à travers le temps, ceci à partir d'analyses multivariées. L'équipe de l'Irdes participera aussi au second *package*. Il s'agira d'étudier les effets de la concurrence et/ou la collaboration interprofessionnelle entre gynécologues et sage-femmes en termes d'activité et de revenus annuels, à partir des données de l'appariement Cnam-DGFIP.

## **Valorisations**

Articles soumis :

Karnycheff T., Chevillard G., Roquebert Q., Voilequin S., Les professionnels de santé assurant le suivi gynécologique en France : Différents profils d'activité, en cours de révision

Karnycheff T., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J., Chevillard G., Soins de suivi gynécologique : quelles dynamiques territoriales depuis l'élargissement des compétences des sages-femmes ?, en cours de révision

## **Colloques**

Karnycheff T., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J., Chevillard G., 2024, Accès aux soins de santé sexuelle : quelles évolutions territoriales depuis l'élargissement des compétences des sages-femmes? 4<sup>e</sup> rencontres de géographie de la santé, Aubervilliers.

## **Médecins français : choix de spécialité et de localisation d'exercice (French medical doctors: specialty and practice location choice)**

### **Code projet : SPEMED**

**Equipe** : Noémi Berlin, Guillaume Chevillard, Johanna Etner, Yann Renisio, Anne-Laure Samson, Jonathan Sicsic, Messaoud Zouikri

Projet Agence nationale de la recherche (ANR) piloté par **Magali Dumontet** (Université Paris Nanterre)

### **Période de réalisation : 2022-2024**

#### **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<sup>e</sup> année de médecine, puis, depuis 2004, les Epreuves classantes nationales (ECN) qui ont lieu à la fin de la 6<sup>e</sup> 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 et/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 finit 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 croissante 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), 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 ECN(i)

Été 2022 : début de l'analyse de l'enquête

2023 : exploitation de l'enquête

### Colloques et séminaires :

Juin 2023, colloque de l'Association de science régionale de langue française (ASRDLF) : Chevillard G., Dumontet M., « Origine géographique des étudiants en médecine : un levier pour attirer des médecins en zones rurales ? »

Décembre 2023, Journées des économistes de la santé français (JESF) : Chevillard G., Dumontet M., "Geographical Origins of Medical Students: Impact on Preferred Practice Locations"

Mars 2024, mardi de l'Irdes, Chevillard G., Dumontet M., Geographical Origins of Medical Students: Impact on Preferred Practice Locations

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

Code projet : HSPM

Equipe : Zeynep Or, Coralie Gandré (Irdes)

Collaboration : <https://eurohealthobservatory.who.int/about-us/partners>

Période de réalisation : Depuis 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 fondées sur des preuves scientifiques. Une plateforme web fournit une description détaillée des systèmes de santé (Pays d'Europe, Australie, Canada, États-Unis) et des informations à jour sur les réformes et les changements politiques récents. Cette plateforme a pour objectif d'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 européen des systèmes et des politiques de santé, avec une navigation simple à travers une présentation standardisée des systèmes de santé (voir fiche consacrée au HIT pour la France page (p.136).
- 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 en temps réel.

L'Irdes, partenaire actif du réseau HSPM, est en charge d'alimenter la plateforme pour la France et de diriger la mise à jour de l'ouvrage *Health Systems in Transition* pour le système de santé français (voir fiche dédiée p.136).

### 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, notamment en termes d'analyses comparatives des politiques de santé, entre les équipes de différents pays. La dernière s'est tenue en octobre 2024 en Croatie.

Lors de la pandémie de Covid-19, l'Irdes a animé le volet français d'une plateforme en ligne relative aux politiques de lutte contre la pandémie, dans le cadre du réseau HSPM (voir : [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.

En 2021-2023, l'Irdes a aussi été missionné par l'Observatoire pour actualiser le rapport HIT pour la France qui a été publié en juillet 2023 (voir fiche projet p.136).

### Exemples de valorisation

J. Cummings, X. Zhang, **C. Gandré**, A. Morsella, L. Shields-Zeeman, S.Allin *et al.* (2023). "Challenges facing mental health systems arising from the Covid-19 pandemic arising from the Covid-19 pandemic: Evidence from 14 European and North American countries". *Health Policy*.

- 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*.
- C. Gandré.** “The French situation”. Webinar *Covid-19 and mental health: Common challenges and policy responses* of the European Observatory on Health Systems and Policies, online, 2021.
- 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., Murauskienė 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 : 2021-2024

#### 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 pour l'année 2023. Cette nouvelle édition 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. Les auteurs ont notamment mobilisé 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), d'autres publications et échanges avec des chercheurs de l'Irdes, selon leur champ d'expertise. En 2024, l'Irdes a mis à jour certains éléments du rapport dans le cadre d'une publication de la synthèse du HIT dans la nouvelle série « *Health System Summaries* » édité par l'Observatoire européen.

#### Calendrier

Le projet a débuté en juin 2021 et l'ouvrage a été publié en juillet 2023. Des valorisations de ce travail se poursuivent sur la période 2024-2025, avec notamment la publication d'une synthèse du HIT dans la nouvelle série « HIT Summary » édité par l'Observatoire européen.

#### Valorisation

- France Health System Review, *Health Systems in Transition*, vol.25, no.3, 2023, European Observatory of Health Systems and Policies.

Ouvrage intégral disponible en ligne :

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/france-health-system-review-2023>

- *France : Health System Summary*  
<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/health-systems-reviews/health-system-summaries>

*Communications orales relatives à cet ouvrage*

Z. Or. *Health System Strengthening in the EU: Lessons from France*. 16th European Public Health Conference, 9 novembre 2023, Dublin, Irlande.

Z. Or, C. Gandré. *Health Systems in Transition. Le système de santé français 2023*. Mardi de l'Irdes, novembre 2023, Paris et en ligne.

## **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 : 2019-2024**

### **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 **Approche spatio-temporelle des parcours de soins des victimes d'accident vasculaire cérébral (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).

Les données des dernières cohortes extraites par la Cnam ont été reçues en janvier 2023, mais malheureusement elles ont été extraites sur un champ différent des autres extractions. Il faudrait donc tout reprendre pour faire des travaux comparatifs, et donc peu davantage par rapport aux données du portail Sniiram. L'année a été consacrée à la finalisation du chapitre de thèse de Sika qui sera soumis prochainement à une revue scientifique. Le travail sur les données d'ASTER2 appariées au SNDS pourra débuter en 2024 une fois la thèse soumise.

### 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<sup>e</sup> 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 cérébrale 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<sup>e</sup> 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, 9<sup>th</sup> Annual EuHEA PhD Student Conference, August 30<sup>th</sup> 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'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 : 2021-2025**

**Données :** Enquête Capacité, aides et ressources (Care) appariée avec les données du Système national des données de santé (SNDS) ; Resid-Ehpad.

### **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 constatent 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, etc. 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 Ménages et Aidants, qui ont été appariées aux données fiscales, qui permettront de définir 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 des données de consommation de soins du SNDS de 2014 à 2019 de l'ensemble des personnes résidents en Ehpad identifiables dans les données de Resid-Ehpad.

### **Etat d'avancement**

En 2024, deux études ont été réalisées dans ce cadre, l'une à partir des données du volet Ménages de l'enquête Care, et l'autre sur le versant Etablissements. Ces études ont fait l'objet de plusieurs présentations scientifiques au cours de l'année 2024 dans des colloques en France, et un à l'étranger.

### **Valorisation prévue**

Deux *Questions d'économie de la santé* et deux articles scientifiques seront extraits de ce projet au cours de l'année 2025.

## **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 :** Haute Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé

**Période de réalisation : 2021 –**

**Financement :** Le projet a bénéficié d'un financement de France Stratégie en 2021-2022

### **Contexte**

Les activités du système de santé ont 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.

La transition environnementale du système de santé est considérée aujourd'hui comme une nécessité. Pourtant, la littérature sur les stratégies de transformation des systèmes de santé reste limitée. 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. Outre la réduction de l'empreinte écologique, la soutenabilité environnementale du système de santé implique d'améliorer simultanément la soutenabilité financière et le bien-être sociétal.

### **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. Les travaux ont débuté par deux revues de littérature complémentaires :

1. Une rapide revue de littérature pour identifier les principales sources de pollution et les principaux secteurs qui contribuent à l'empreinte écologique du système de santé dans les pays industrialisés.
2. 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.

Nous avons synthétisé les résultats de ces deux revues, identifié les acteurs principaux travaillant sur l'environnement et le 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 ont été réalisées en 2023 : un rapport ainsi qu'un *Questions d'économie de la santé* (Irdes). Ces analyses ont été enrichies en 2024, dans le cadre d'une collaboration avec l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, par une réflexion plus large sur le rôle du système de santé pour atteindre les objectifs de développement durable. Ces travaux ont lieu donné un numéro spécial de *Health Policy* en 2024. Par ailleurs, les résultats de la *Scoping revue* ont été mis à jour avec pour objectif une valorisation dans une revue académique en 2024/25.

## **Publications**

Seppänen A.-V. et Or Z. Comment améliorer la soutenabilité environnementale des systèmes de santé ? Une revue de littérature et un cadre d'action pour la France. *Questions d'économie de la santé*, n° 278, 023/05

Seppänen A.-V., Or Z, The Environmental Sustainability of Health Care Systems. A literature review on the environmental footprint of health care system and interventions aiming to reduce it: towards a framework for action for France, *Rapport Irdes*, no.586, 2023/04

Or Z., Seppänen A.-V. The Role of the Health Sector in Tackling Climate Change: a Narrative Review. *Health Policy*. Vol 143, n°105053, 2024/03, 27 p.

## **Communications**

Or Z.: “The role of health systems in tackling climate change: A call for engagement”, [HSR2024, The 8<sup>th</sup> Global Symposium on Health Systems Research](#). Nagasaki (Japon), 18-22 novembre 2024.

Or Z.: “How healthcare system can help attaining Sustainable Development Goals (SDG)?”, *European Observatory of Health Systems and Policies, Live Webinar*, 1 octobre, 2024.

Or Z.: “Impact of health system on environment”, *EUHPP Live Webinar*, 5 octobre 2023.

Or Z.: “The role of health systems in addressing climate change: what economists can do?”, *EUHEA Conference*, Vienna, 3 juillet, 2024.

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

### Code projet : DECILE

**Equipe :** Marie Bonal, 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/Haut Conseil pour l'assurance maladie (Hcaam).

### Période de réalisation : 2023-2025.

**Données :** Données du Système national des données de santé (SNDS) [accès permanent de l'Irdes] et données de l'appariement Caisse nationale de l'Assurance maladie-Direction générale des finances publiques (Cnam-DGfip), réalisé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (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 associés 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 activité<sup>6</sup>, 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 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 dresser un état des lieux des pratiques de dépassement en France (effectifs, montant des dépassements, types de soins) et des solutions envisageables pour

---

<sup>6</sup> Dans des modèles théoriques d'arbitrage travail-loisir, ce sera le cas lorsque les effets-revenu l'emportent sur les effets-substitution.

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 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'Observatoire régional de la santé (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 a débuté 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), Sara Buccarrelli (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.

## **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)

**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. Il 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. Pour ce faire, nous mesurons 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**

. EALE 2022 et 2019

. Workshops Jobsustain 2021, 2022, 2023

. 40<sup>es</sup> Journées des économistes de la santé français (JESF) 2018

. Séminaire de recherche de l'Irdes 2018, 2022: 4<sup>th</sup> ans 8<sup>th</sup> IRDES-DAUPHINE Workshop on Applied Health Economics and Policy (AHEPE) 2018, 2022.

- Le Clainche C., Lengagne P. (2023). "Economic Layoffs and Mental Health: Evidence from French Register-Survey Data". *Revue d'économie politique*, vol. 133, n° 3, 2023/05-06, 367-407.
- 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*.
- Le Clainche C. et Lengagne P. (2019). "Effects of Mass Layoffs on Mental Health". Working Paper Irdes, n°78.

## **Maillages sanitaires en France : proposition d'un outil en ligne pour suivre leurs évolutions dans le temps**

CaMailleu-Santé : un outil de géovisualisation pour analyser l'évolution et l'articulation des maillages sanitaires

**Code projet : CAMAILLEU**

**Equipe :** Véronique Lucas-Gabrielli, Guillaume Chevillard

**Collaborations extérieures :** Emmanuel Eliot (UMR CNRS 6266 IDEES Université de Rouen), Nadège Thomas et Jérôme Lemaire (OR2S), Catherine Mangeney (ORS Île-de-France)

**Période de réalisation : 2022 - 2023**

### **Contexte et objectifs**

Dans un contexte de transformation importante des modes de coordination et de délimitation des politiques publiques de santé (« territorialisation sanitaire » à la suite de la loi HPST de 2009, Loi de santé 2016, Ma santé 2022...), la compréhension des multiples maillages sanitaires (zonages, territoires, communautés/groupements territoriaux...), des conditions de leur mise en place et de leur articulation est importante.

À notre connaissance, les outils/plateformes disponibles à ce jour en France ne placent pas les maillages sanitaires, leurs délimitations et leur compilation au centre de leurs objectifs. Ils/Elles permettent donc difficilement d'évaluer les transformations et les évolutions du paysage sanitaire.

Nous proposons donc, dans le cadre d'un partenariat inter-institutionnel, de développer un outil de cartographie visant à répertorier, superposer et suivre dans le temps différents maillages sanitaires et administratifs dans trois régions (Hauts-de-France, Ile-de-France et Normandie) afin de montrer l'intérêt d'une telle approche pour visualiser et pour analyser les transformations du paysage sanitaire.

### **Méthodologie**

La visualisation de l'évolution des maillages sanitaires implique, au préalable, un travail important de recensement des différents maillages sanitaires existants, de collecte et d'homogénéisation de données éparées et hétérogènes.

L'outil de cartographie dynamique a été élaboré et produit en collaboration avec l'OR2S. Il a été développé en C# (côté serveur) et JavaScript (côté utilisateur).

### **Valorisation**

#### Publication dans une revue à comité de lecture

E. Eliot, Mangeney C., Lucas-Gabrielli V., Chevillard G., Thomas N., Lemaire J., Maillages sanitaires en France : 'Camailleu-santé', un outil de cartographie en ligne pour suivre leurs évolutions dans le temps, à paraître.

#### Séminaires-colloques

Lucas-Gabrielli V., Eliot E., Mangeney C., Chevillard G., Thomas N., Lemaire J., Colloque de la Société française de santé publique, « CaMailleu-Santé : un outil de géo-visualisation pour analyser l'évolution et l'articulation des maillages sanitaires », septembre 2023.

## **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),

**Collaborations extérieures :** Yasser Moullan ((Institut Convergences Migrations, International Migration Institute), Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom)

### **Période de réalisation : 2017-2024**

**Données :** Registre historicisé du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)

### **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 a 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 constitue la première étude d'impact qui mesure 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

Les années 2019-2022 ont été consacrées au travail sur les bases de données (protocole d'extraction, tests), statistiques descriptives (implantations et primo-installation des généralistes) et premières modélisations statistiques, puis sur les analyses des disparités de comportement selon le lieu et le diplôme d'origine en termes d'installation, ainsi que sur les impacts en matière de densité pour les territoires concernés par ces localisations.

En 2022, une enquête exploratoire sur les logiques d'installation en marge rurale de médecins généralistes libéraux nés et diplômés à l'étranger a également été réalisée 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 études en sciences sociales et Université Panthéon Sorbonne, tuteur de stage : Guillaume Chevillard, enseignante référente : Camille Schmoll).

Les analyses de l'implantation et des primo-installations des généralistes et des disparités de comportement selon le lieu et le diplôme d'origine en termes d'installation ainsi que d'impacts en matière de densité pour les territoires concernés par ces localisations ont été finalisées en 2023.

Un article pour soumission fin 2024 dans une revue est en cours de réalisation.

## Valorisation

### Publications Irdes

- Guillaume Chevillard, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès, en collaboration avec Yasser Moullan, en partenariat avec le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), « Les médecins généralistes libéraux diplômés à l'étranger contribuent à renforcer l'offre de soins dans les zones sous-dotées », *Questions d'économie de la santé* n°282, octobre 2023.
- Podcast Irdes : « Médecine de ville : quelle contribution des médecins généralistes nés et diplômés à l'étranger à la réduction des inégalités d'accès géographique aux soins ? », Chevillard G., Lucas-Gabrielli V. et Mousquès J., 04/2024.

### 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<sup>e</sup> 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, Mousquès J.*
- *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.*

## **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, Esther Touitou-Burckard

**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/Quartet Santé), Milena Kostova (Université Paris VIII Vincennes-Saint Denis), Angèle Malâtre-Lansac (Institut Montaigne), Christine Passerieux (CH de Versailles), Emma Ros (Institut Montaigne/Quartet Santé)

**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 : 2022-2025**

### **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 Quartet Santé en tant que promoteur dans le département des Yvelines sur quatre sites de taille, d'organisation et d'environnements différents aux Mureaux, à Porcheville, à Versailles et Chevreuse. 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 site 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'analyse quantitative est en cours de finalisation et des premières communications orales ont eu lieu. Le modèle a été étendu à un nombre plus important de sites en Ile-de-France dans le cadre d'un article 51 qui fait l'objet d'une évaluation propre.

### **Valorisation**

Symposium: "Implementation of the collaborative care model for common mental disorders in France". 15<sup>th</sup> International Conference of the European Network for Mental Health Services Evaluation. July 2024, Versailles.

## **Mutualisation et segmentation des risques sur le marché de la complémentaire santé : des contrats individuels aux contrats collectifs - How is Solidarity Organized and Evolved over time in Pricing of Private Health Insurance in France?**

**Code projet : MUSEUM**

**Equipe :** Aurélie Pierre (Irdes), Tom Buchmueller (University of Michigan)

**Collaborations extérieures :** University of Michigan

**Période de réalisation : 2023-2026**

**Données :** Enquêtes Organismes complémentaires (OC) de la Drees : 2013, 2014, 2016, 2019

**Etat d'avancement :** en cours de réalisation

### **Contexte et objectifs**

En France, près de 96% de la population est couverte par une complémentaire santé. Cette couverture peut être individuelle ou collective, notamment en ce qui concerne les contrats d'entreprise, qui sont financés en partie par l'employeur. Les contrats de complémentaire santé sont offerts par trois types d'organisme régis par des réglementations différentes. Deux d'entre eux (les mutuelles et les institutions de prévoyance) sont des organismes à but non lucratif, le dernier (les sociétés d'assurance) étant un organisme à but lucratif. De façon historique, les mutuelles détiennent une part importante du marché de la complémentaire santé et proposent le plus souvent des contrats individuels. Ce contexte est toutefois en pleine évolution. D'une part, parce que les règles européennes ont conduit à augmenter la fiscalité des organismes à but non lucratif et à réduire le nombre d'organismes, d'autre part, parce que les réformes françaises cherchent à généraliser les contrats d'entreprise et tendent à renforcer le poids de ces contrats dans le financement des dépenses de santé. La question de l'ajustement des primes des contrats de complémentaire santé au risque des assurés, et plus généralement la façon dont la solidarité est organisée et tend à évoluer sur ce marché, est au cœur des enjeux de l'organisation et des réformes du système d'assurance.

Dans le projet Museum, nous cherchons à expliquer les déterminants des montants de primes des contrats individuels et collectifs de la complémentaire santé afin d'étudier les pratiques actuarielles des différents organismes, et de décrire les solidarités mises en œuvre dans la tarification des contrats (selon l'âge, le revenu, la situation familiale et le lieu d'habitation). Nous cherchons également à étudier comment le marché collectif de la complémentaire santé contribue à modifier la solidarité dans la tarification des contrats individuels (et respectivement). 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.

Le projet repose sur l'exploitation de plusieurs vagues (2013, 2014, 2016, 2019) 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 primes, la façon dont ces primes sont ajustées au risque des assurés et à leur structure d'âge. Si l'enquête décrit uniquement les caractéristiques des contrats les plus souscrits, elle est aujourd'hui la seule source d'information permettant de connaître de façon fiable et précise les montants de primes et les garanties des contrats de complémentaire santé offerts par les organismes. Une partie de notre travail sera consacrée à des questions méthodologiques permettant de rendre comparables toutes les années d'enquête (construction d'indicateurs homogènes dans le temps et construction d'une pondération pour l'année d'enquête 2019, qui a connu plusieurs changements méthodologiques).

## **Valorisation**

### Séminaire

- “How is Solidarity Organized and Evolved over time in Pricing of Private Health Insurance in France?”, Pierre A., Buchmueller T.  
*Conseil scientifique de l'Irdes, Paris, juin 2024 (Pierre A.)*

## **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 : 2022-2025**

### **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, leur moindre accès aux soins somatiques courants, et les difficultés dans leurs parcours de soins pour cancer (projet Canopée), le poids des inégalités sociales dans ces disparités reste peu connu. En effet, les informations socio-économiques disponibles dans les bases médico-administratives demeurent frustes (statut vis-à-vis de la Complémentaire santé solidaire (C2S), indicateur de défavorisation sociale uniquement disponible à la commune de résidence...).

L'Echantillon démographique permanent (EDP)-Santé permet 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 et de parcours de santé après ajustement sur la situation socio-économique.

Le projet vise 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.

En parallèle, nous étudierons 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.

### **Valorisation**

J.B. Hazo, C. Gandré. Panorama de la situation socio-économique des recourants aux soins de santé mentale : une étude exploratoire à partir de l'Echantillon démographique permanent (EDP)-Santé. *Congrès Emois*, Lille, 2024.

## Partnership for Global Health System Resilience and Sustainability – PHSSR

**Code projet : PHSSR**

**Equipe :** Zeynep Or, Alexander Parry, Coralie Gandré

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

**Période de réalisation : 2020-2025**

### 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 Sustainability and Resilience (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 face aux défis prévisibles (changement climatique, contraintes économiques, évolution démographique) et imprévisibles (pandémies, ruptures de la chaîne d'approvisionnement, instabilité géopolitique).

Les objectifs de ce partenariat 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

Après le projet pilote, dans lequel un cadre d'analyse commun a été testé dans huit pays dont la France, en 2020-2021, ce partenariat est élargi pour intégrer plus d'une vingtaine de pays et d'autres financeurs (Philips, KPMG). Une deuxième phase est lancée en 2024 pour analyser la résilience et la soutenabilité des systèmes pour prendre en charge les principales maladies non transmissibles (cardiovasculaires, rénales, respiratoires et cancers) avec un focus sur la prévention. La soutenabilité environnementale a également été intégrée dans le cadre d'analyse en tant que nouveau domaine. L'Irdes est engagé dans cette deuxième phase pilote en octobre 2024. Le travail en cours combinera une recherche documentaire et l'apport d'experts, ainsi que des échanges avec des acteurs clés afin d'identifier les atouts et faiblesses du système en France et de faire des propositions pour l'améliorer.

### Valorisation

- 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](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), Alistair McGuire (Head of Department of Health Policy, LSE), Hiroaki Miyata (Keio University, Japan), Kostas Athanasakis (University of West Attica, Greece), 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).

## **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 : (1) Décrire la typologie des IPA diplômés sur le territoire et des infirmiers étudiants en pratique avancée (IEPA), et cartographier l'offre universitaire ; (2) 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 ; (3) Cartographier le déploiement des IPA sur le territoire selon différentes logiques de diffusion : spatiales, sociologiques ou liées à la réglementation ; (4) 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.

#### **Etat d'avancement**

Les années 2023 et 2024 ont été consacrées aux démarches juridiques et réglementaires, à la réalisation des questionnaires et d'une partie des entretiens.

## **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), Antoine Marsaudon, Laurence Kotobi (Faculté d'anthropologie sociale, ethnologie, Bordeaux), Sabine Méléze (Irdes), Jérôme Wittwer (Université de Bordeaux-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 :** 2016-2024

Trois publications en cours de soumission à la fin 2024

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

### **Poursuite de la valorisation en 2024**

En valorisation depuis octobre 2019

**Données :** Enquête Premiers pas

### **Contexte et objectifs**

Le projet Premiers pas étudie les parcours d'accès aux droits et de recours aux soins des immigrants illégaux en France, à travers des analyses longitudinales et pluridisciplinaires. Il évaluera l'accès réel aux soins et aux droits de santé des immigrants illégaux en France. Il étudiera les facteurs expliquant le recours à l'Aide médicale de l'État (AME), aux centres de soins associatifs, à l'offre de soins publique ou à d'autres soignants. Il décrira les dynamiques des parcours en termes d'assurance et de recours aux soins et explorera le rôle des acteurs publics, associatifs et informels.

### **Méthodes**

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.

### **Résultats**

L'enquête Premiers pas a été réalisée de janvier à mars 2019. Elle a interrogé un échantillon de 1 223 personnes sans titre de séjour dans 63 structures et sites de Paris et de l'agglomération de

Bordeaux, en 14 langues. Le taux d'acceptation est estimé à 49 %. 69 % des personnes sans titre de séjour sont des hommes, 60 % sont originaires d'Afrique subsaharienne, 25 % d'Afrique du Nord. 51 % sont effectivement couverts par l'AME.

## Valorisation

### Publications Irdes

L'Aide médicale de l'Etat aux confins de l'Etat-providence : coût, état de santé, appel d'air, que nous enseigne la recherche ? Dourgnon P. Podcast Irdes n° 1, 2023/12.

Petit S. (Université de Bordeaux), Wittwer J. (Université de Bordeaux), Dourgnon P. (Irdes), Jusot F. (Université Paris-Dauphine, PSL, Leda-Legos, Irdes), Marsaudon A. (Irdes) [2023]. « Des assurés comme les autres. Une analyse des consommations de soins de ville des personnes couvertes par l'Aide médicale de l'Etat ». *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 284, décembre.

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 ». *Irdes, 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

Marsaudon A., Jusot F., Wittwer J., Dourgnon P. (2024). "Patients like any others? Providing coverage to undocumented migrants in France : effects on access to care and usual source of care." *European Journal of Public Health*. 2024/09.

Jusot F., Dourgnon P., Marsaudon A., Wittwer J. (2024). « L'AME : une politique de santé aux frontières de la solidarité collective ». *Géopolitique, droit, société*. En ligne 2024/06.

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. (2022). "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.(2018). "Consequences of Recent Anti-Immigration Policy". *Jama Internal Medicine*, vol1 77, 2017/10, 1535. 2017

### Séminaires et colloques scientifiques internationaux

Institut Convergence Migrations, *Conférence internationale « L'accès aux soins des étrangers au statut de séjour précaire. Perspectives européennes »* — Jeudi 7 et vendredi 8 décembre 2023, « AME et accès aux services de santé, le bilan d'un dispositif, les conséquences d'une réforme », Dourgnon P., Jusot F., Wittwer J., Marsaudon A.

*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 d'une 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

*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 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., Jusot F., Wittwer J.

## **PrOmoting evidence-bASed rEformS**

### **Code projet : OASES**

**Equipe :** Marie Bonal, Guillaume Chevillard, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès

**Collaboration extérieure :** Ecole des hautes études en santé publique - structure coordinatrice pour la France (Sirven N., Gao F., Padilla C., Julien Mousquès, Arnaud Besson), Observatoire de la santé d'Ile-de-France (Mangency 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), Terveyden Ja Hyvinvoinnin laitost (Finlande), Universitatea Babeş Bolyai (Roumanie).

**Financement :** Commission européenne (Programme 2020 du 3<sup>e</sup> 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 » ainsi que sur les mesures déployées en France au niveau national et local.

## 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.

2023-2024 :

Recensement des mesures déployées en France par les pouvoirs publics au niveau national et documentation de celles-ci avec des indicateurs de suivi et/ou d'évaluation de politique publique identifiés dans la littérature. Identification et analyse des mesures locales sur la base du repérage de quelques expérimentations prometteuses qui ont été examinées par le biais d'enquêtes auprès des acteurs locaux concernés.

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

## Valorisation

Publication :

Bonal M, Padilla C., Chevillard G., Lucas-Gabrielli V., A French classification to describe medical desert: A multi-professional approach based on the first contact with the health care system, *International Journal of Health Geographics*, 02/2024.

## Colloques scientifiques

Lucas-Gabrielli V., Bonal M., Gao F., Chevillard G., Padilla C., *Critical approaches to medical desert in Europe*, European health management Association (EHMA), Rome, mai 2023.

Bonal M., Padilla C., Lucas-Gabrielli V., Chevillard G., Typologie de l'accessibilité aux soins des communes françaises : quelle place pour les petites et moyennes villes ? Journée d'étude " *Villes petites et moyennes en transition : quels enjeux, pratiques et modèles de proximités ?* ", Lille, juin 2023.

Padilla C., Bonal M., Chevillard G., Lucas-Gabrielli V., *GIS and statistics to analyze scale change consequences on medical desert classification in France*, European Public Health Association (EUPHA), Lisbonne, 2024.

## **Quel est le 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

**Données :** Enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017 ; Système national des données de santé (SNDS)

**Période de réalisation : 2020-2028**

**Etat d'avancement :** constitution des données. En cours de démarches administratives auprès de la Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam) afin d'obtenir les 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 analysés dans la littérature, qui les étudie souvent distinctement, ou bien qui appréhende le territoire comme un *proxy* des inégalités sociales.

Le projet Amprinte consiste à 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 consommation 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 projet : ROSAM**

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

**Equipe Irdes :** Arnaud Besson, Guillaume Chevillard, Fabien Daniel, 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 Bazan (AMSE).

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

### **Période de réalisation : 2019-2023**

#### **Contexte**

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 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 2007. Deux approches innovantes sont réalisées par l'Irdes et le recrutement d'un ingénieur d'étude est prévu pour explorer ces approches. Une première approche consiste à qualifier au niveau des territoires le *turn-over* en médecins généralistes libéraux et à tester l'hypothèse d'un effet boule de neige de la raréfaction de l'offre médicale. Une seconde approche consiste à suivre une cohorte de médecins généralistes libéraux de 2007, à observer leur mobilité et leur maintien dans les territoires et à en faire ressortir les déterminants (raréfaction de l'offre médicale du territoire, âge, activité etc.).

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 recourons 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, *Études et Résultats*, n° 1140, 2020/01.

### **Colloque**

- Juin 2023, colloque de l'Association de science régionale de langue française (ASRDLF) : Chevillard G., Lucas V., Mousquès., « Analyse exploratoire de la mobilité des médecins généralistes libéraux en France »

## **Recherche - Projet Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2024**

### **Code projet : RPSCE24**

**Equipe :** Pascale Lengagne (Irdes), Aurélie Pierre (Irdes), Thierry Rochereau (Irdes), Sara Buccarelli (Irdes), Marc Perronnin (Irdes), Paul Dourgnon (Irdes), Renaud Legal (Irdes), Denis Raynaud (Irdes)

### **Période de réalisation : 2021-2028**

### **Etat d'avancement du projet : Réalisation.**

### **Contexte et objectifs du projet de recherche**

La couverture des risques d'incapacité, d'invalidité et de décès représente un enjeu crucial au regard des conséquences économiques et financières auxquelles les individus et les ménages font face en cas de survenue de ces risques. Les régimes obligatoires de sécurité sociale garantissent une couverture minimale, qui peut être complétée par des dispositifs complémentaires d'entreprise. Ces dispositifs complémentaires sont très mal connus. Les travaux existants suggèrent d'importants écarts de couverture entre les salariés, selon leur état de santé, leur catégorie professionnelle, la taille des entreprises et le secteur d'activité. Cette situation a d'ailleurs conduit le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam) à faire des propositions pour développer la prévoyance complémentaire collective. Peu de travaux permettent de connaître notamment le niveau des garanties de prévoyance. Le projet de recherche RPSCE24 vise à approfondir les connaissances, les recherches et les évaluations sur la prévoyance complémentaire et contribuera ainsi aux réflexions sur les voies de réforme du système. L'Irdes réalisera en 2024 une enquête auprès des établissements du secteur privé. Cette enquête bénéficie d'un financement de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de statistiques (Drees).

L'enquête abordera plusieurs questions afin de connaître les niveaux d'indemnisation, les raisons de l'absence de contrat collectif de couverture prévoyance le cas échéant, le niveau de participation des employeurs au financement des contrats de prévoyance, les écarts de niveaux de couverture entre salariés (selon le statut d'emploi, le contrat de travail, le niveau de salaire, le niveau de risque, le secteur d'activité, la taille de l'entreprise, etc.), l'écart entre le niveau de couverture conventionnel imposé par la convention de branche et le niveau de couverture choisi par l'entreprise et les motivations à s'écarter du niveau conventionnel, et la mise en œuvre par les entreprises de moyens de prévention et de réduction des risques. L'enquête sera enrichie par des données administratives (Système national des données de santé-SNDS, Base Tous salariés).

Les précédentes éditions de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE ;2003, 2009 et 2017) portaient essentiellement sur la couverture complémentaire santé d'entreprise. Cette nouvelle enquête sera dédiée principalement à la prévoyance complémentaire d'entreprise. La complémentaire santé sera abordée afin de réaliser un suivi de l'offre de complémentaire santé par les entreprises et d'éclairer les relations de complémentarité et de substituabilité entre la couverture prévoyance et la couverture complémentaire santé.

### **Méthodologie**

L'enquête sera conduite en 2024 auprès d'un échantillon de 10 000 établissements du secteur privé, par une société d'enquête (recrutée après sélection dans le cadre d'un appel d'offre). L'échantillon sera tiré par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Une enquête test est en cours. Les établissements seront échantillonnés par tirage aléatoire stratifié selon la taille de l'entreprise, la taille de l'établissement et le secteur d'activité. Les taux de sondage seront obtenus par une allocation mixte (une allocation de Neyman et une allocation proportionnelle au nombre de salariés présents dans l'établissement).

En 2024, l'enquête sera présentée devant le Comité du label. Le terrain est prévu entre septembre à décembre 2024. Les données issues de l'enquête seront enrichies avec les données administratives de la Base Tous salariés, qui renseigne sur les caractéristiques des établissements et les caractéristiques d'emploi des salariés, et avec les données issues du SNDS.

### **Calendrier des travaux**

2022-2023 : Préparation du plan de sondage et du questionnaire de l'enquête ; réunions du Comité de suivi et de pilotage ; travaux de recherche et d'évaluation à partir des données de l'enquête PSCE 2017 ; passage devant le Conseil national de l'information statistique (Cnis) ; sélection de la société d'enquête ; conventionnement avec l'Insee pour le tirage de l'échantillon ; réalisation de l'enquête test auprès de 600 établissements du secteur privé (novembre-décembre 2023) ;

*Cnis : Au cours de sa réunion du 21 mars 2023, la commission Services publics et services aux publics a examiné le projet d'enquête PSCE 2024. L'opportunité est accordée pour l'année de collecte 2024.*

2024 : Passage devant le Comité du label ; préparation des appariements ; travaux d'évaluation à partir des données de l'enquête PSCE 2017.

2025-2028 : Travaux d'apurement et de redressement ; premières analyses descriptives et premières communications sur les résultats de l'enquête ; réalisation des travaux de recherche et d'évaluation à partir des données.

## **Recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie, analyse des variations entre établissements et facteurs associés à l'échelle nationale**

### **Code Projet : RICOCHET**

**Equipe Irdes** : Esther Touitou-Burkard, Coralie Gandré, Magali Coldefy (Irdes), en collaboration avec le consortium Plaid-Care<sup>7</sup> et Anis Ellini (Établissement public de santé de Ville-Évrard)

### **Période de réalisation : 2023-2025**

#### **Contexte scientifique**

Le champ de la psychiatrie demeure caractérisé par des pratiques privatives de liberté controversées dont l'isolement et la contention mécanique. Ces dernières, qui se situent au croisement d'enjeux thérapeutiques, éthiques et légaux, constituent des pratiques de dernier recours destinées à répondre à des situations de crise et ne devant ainsi être mises en œuvre qu'à titre exceptionnel, de façon proportionnée et graduée, après échec de mesures moins restrictives, avec une durée limitée et sur la base d'arguments cliniques. Certaines de ces pratiques, comme la contention, n'ont cependant pas démontré de bénéfices thérapeutiques propres et comportent des risques pour les personnes du fait de possibles effets indésirables (déshydratation, problèmes circulatoires et cutanés, atrophie musculaire, stress post-traumatique, aggravation des symptômes du trouble psychique...). En conséquence, la limitation de leur usage figure à l'agenda politique international. En France, le recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie n'est autorisé que dans le cadre de soins sans consentement et est encadré par des recommandations de la Haute Autorité de santé depuis 2017. Sa réduction figure par ailleurs parmi les objectifs de la feuille de route ministérielle Santé mentale et psychiatrie et est soutenue par un cadre législatif à visée dissuasive, dont la complexité de mise en œuvre pour les équipes soignantes est régulièrement soulignée. Pour accompagner ces évolutions récentes, un nouveau recueil obligatoire des mesures d'isolement et de contention mécanique a été mis en place auprès des établissements de santé à partir de 2018. Il ouvre désormais de nombreuses perspectives pour mieux documenter l'usage de ces mesures et faciliter une évolution adéquate des pratiques.

#### **Objectifs**

Dans ce contexte, la recherche vise à mesurer l'ampleur du recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique en psychiatrie à l'échelle nationale, d'objectiver d'éventuelles variations du recours à ces mesures entre établissements et à en identifier les principaux facteurs associés (caractéristiques des personnes prises en charge, des offreurs de soins et de leur environnement) – pouvant ainsi éclairer des politiques publiques soutenant les équipes soignantes dans la mise en œuvre des ambitions politiques de réduction du recours à la contrainte en psychiatrie.

#### **Méthode**

Nous mobilisons comme source de données principales le Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P). Ce recueil regroupe les données administratives et médicales permettant de suivre la consommation de soins hospitaliers dans le champ de la psychiatrie. D'autres bases de données sont également mobilisées pour caractériser l'offre de soins et les territoires, notamment la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) et les bases de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Pour l'analyse des variations entre établissements, une approche positive qui

---

<sup>7</sup> *Psychiatrie et liberté individuelles : étude d'établissements caractérisés par un moindre recours à la coercition* : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700623000507>

consiste à comparer les pratiques aux pratiques moyennes selon une base de référence fondée sur « ce qui est » est préférée à une approche normative, qui consiste à comparer les pratiques à une norme de bonne pratique clinique (« ce qui devrait être »), en l'absence de « juste » niveau de recours établi et consensuel pour les mesures d'isolement et de contention mécanique en psychiatrie.

### Résultats attendus

Cette recherche permettra de caractériser l'étendue des variations du recours aux pratiques d'isolement et de contention mécanique en psychiatrie à l'échelle nationale en France, et d'en informer les différentes parties prenantes – ce qui représente un préalable indispensable à une réduction de ces variations. Par ailleurs, cette recherche permettra d'identifier des leviers pouvant être mobilisés par des politiques ciblées pour soutenir et faciliter le travail des équipes soignantes dans la mise en œuvre des objectifs de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie souhaités par les pouvoirs publics.

### Valorisation

#### *Communications écrites*

Touitou-Burckard E., Gandré C., Coldefy M., en collaboration avec Ellini A., Saetta S. et le consortium Plaid-Care (2022). « Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 286. (Egalement traduite en anglais).

Touitou-Burckard E., Gandré C., Coldefy M. (2024). « Isolement, contention : où en est-on ? ». *Santé mentale*..

#### *Communications orales*

A venir : Congrès français de psychiatrie, 2024 ; L'encéphale, 2025.

C. Gandré, E. Touitou-Burckard, M. Coldefy, C. Bourin, A. Ellini et le consortium Plaid-Care. Seclusion and restraint: An overview of the French territory using new data. *Réunion du réseau européen Fostren: Fostering and Strengthening Approaches to Reducing Coercion in European Mental Health Services initiative*. Lyon, France, 2024.

E. Touitou-Burckard, C. Gandré, M. Coldefy, C. Bourin, A. Ellini et le consortium Plaid-Care. Unlocking medical practice variations in the use of seclusion and mechanical restraint in mental healthcare in France: extent and contributing factors based on novel data. *11<sup>th</sup> Fall Research Meeting of the Wennberg International Collaborative on the causes and consequences of unwarranted health care variation*. Oslo, Norvège, 2024.

E. Touitou-Burckard, C. Gandré, M. Coldefy, A. Ellini et le consortium Plaid-Care. Benefits of a national register to understand the use of seclusion and restraint in France. *15<sup>th</sup> Conference of the European Network for Mental Health Service Evaluation (ENMESH)*. Versailles, France, 2024.

E. Touitou-Burckard, C. Gandré, M. Coldefy, A. Ellini et le consortium Plaid-Care. Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements. *Séminaire du contrôleur général des lieux de privation de liberté*, Paris, mai 2024.

E. Touitou-Burckard, C. Gandré, M. Coldefy, C. Bourin, A. Ellini. Congrès Emois. Lille, France, 2024.

C. Gandré, E. Touitou-Burckard, M. Coldefy and the Plaid-Care consortium. Use of coercion in psychiatry in France and associated factors. *23<sup>rd</sup> World Psychiatric Association (WPA) World Congress of Psychiatry*. Vienne, Autriche, 2023.

### *Médias*

M. Coldefy, C. Gandré : interview pour le *Quotidien du médecin*.

E. Touitou, C. Gandré : interview pour *Actusoins*.

### **Informations additionnelles**

Ce projet a fait l'objet d'un stage de Master 2, soutenu par une bourse du Congrès français de psychiatrie (CFP).

## **Repenser les politiques de restes à charge : approches pluridisciplinaires (projet Equi-Rac)**

### **Code projet : RACZEROX**

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

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

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

**Période de réalisation** : 2019-2024 (lancement du projet en novembre 2019)

### **En cours de valorisation**

**Données** : Données appariées combinant données médico-administratives du Programme de médicalisation des systèmes d'information en Médecine, chirurgie, obstétrique (PMSI-MCO), données de facturation et données écologiques Irdes, enquêtes Budget de Famille (Insee) 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 renoncement financier 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 équitable. 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 les Rac à partir d'approches pluridisciplinaires. Il portera une attention particulière aux Rac hospitaliers, dont la distribution sociale reste très peu documentée.

### **Objectifs**

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 du 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.

## Résultats et Perspectives

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

## Valorisation

### Publication dans une revue à comité de lecture

Lemoine A, Jusot F. (2024). « Le reste-à-charge en santé nuit-il à l'équité dans le financement des soins ? Une comparaison des systèmes de santé en Europe ». *Economie et Statistique*, mai.

Heinzlef 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

Journées des économistes de la santé français (JESF) 2022, 7 au 9 décembre 2022 :

Bricard D, Dourgnon P, Marsaudon A. « 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)

### **Période de réalisation : 2016-2022**

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

**Données :** Hygie (Système d'information sur les indemnités journalières), Système national des données de santé (SNDS)

### **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.

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.

Diby A. S., Lengagne P., Regaert C. (2020). "Employment Vulnerability of People With Severe Mental Illness". *Health Policy*, 2020.

## Variations des pratiques médicales et analyse de pertinence des soins

### Code projet : VARPERTI

**Equipe :** Zeynep Or, Julie Cartailleur, Rym Ghouma, Morgane le Bail (HAS)

**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, le 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).

### Financement :

**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.

La recherche dans le cadre de ce projet vise à animer la réflexion autour de la pertinence des soins en France, à la fois par une description et une analyse des variations de pratiques dans certains domaines (notamment en chirurgie) et par des travaux empiriques sur la mesure des déterminants de ces variations, ainsi que leurs conséquences économiques.

Un premier *Atlas des variations de pratiques médicales*, réalisé par l'Irdes en 2016, a montré que la propension à pratiquer des interventions chirurgicales varie considérablement d'un département à l'autre. Depuis cette publication, de nombreuses initiatives ont modifié le financement et l'organisation des soins hospitaliers en France. En 2023, dans le cadre d'une collaboration avec la DGOS et la Drees, l'Irdes a publié un deuxième *Atlas des variations de pratiques médicales* pour faire un état de lieu de l'évolution dans le temps (entre 2014 - l'année de référence dans le précédent Atlas - et 2019), des taux de recours aux interventions qui ont été étudiées dans le premier Atlas. Cet Atlas a élargi également le cadre de suivi et d'évaluation des variations des pratiques en France en proposant trois indicateurs de processus et de résultats de soins : taux de chirurgie ambulatoire, utilisation de la récupération améliorée après chirurgie, et taux de réadmission à 30 jours.

En 2024-2025, ce projet va se focaliser sur un nombre restreint d'interventions chirurgicales explorées dans l'Atlas et analyser les déterminants des variations géographiques des pratiques hospitalières en contrôlant à la fois les caractéristiques des établissements et les territoires de leur implantation. Ce projet vise également à analyser les liens entre la performance économique des hôpitaux et la qualité de leurs pratiques médicales.

## Valorisation

### Publications

- Or Z., Cartailier J., Le Bail M. (2024). Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à onze interventions chirurgicales. Edition 2023\_
- 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 2023, Pisa (Italie), 13-15 septembre, “The Economics of Medical Practice Variations”, organized session by Zeynep Or & Jostein Grytten
- Wennberg International Collaborative Spring Meeting 2022, Lucerne (Suisse), 10-11 avril 2022, Zeynep Or “Impact of Local Disparities in Social-care on Health Care Expenditure: Evidence from Dementia Patients in France (avec A. Penneau)
- 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 », Malléjac 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.

La réduction de l'empreinte carbone du médicament grâce à une nouvelle méthode d'évaluation fait partie des priorités de la nouvelle mission créée par l'Assurance maladie. Il faut aussi viser à réduire le volume de prescriptions inappropriées.

**PROJETS TERMINEES  
EN COURS DE VALORISATION**



## Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

**Code projet : DEPENSAF**

**Équipe :** Zeynep Or, Sarah Minery, Denis Raynaud (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 : 2022-2024**

### 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 à la suite de la crise financière de 2008-2009 et des perspectives du vieillissement de la population, de la transition environnementale et des incertitudes économiques, 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. Afin d'approfondir les réflexions autour des finances publiques, les comparaisons internationales des dépenses peuvent être un outil utile pour éclairer les décisions politiques.

Dans ce cadre, l'Irdes collabore avec le HCFiPs qui se penche 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 2022 (12,7 %), suivie par la France (12,1 %). Rapportée en dollars par habitant, la dépense publique de santé en France est de près de 25 % inférieure à celle de l'Allemagne. 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 leurs compositions et leurs déterminants. Cette comparaison vise à identifier les paramètres clés qui peuvent expliquer les différences de dépenses de santé en Allemagne et en France, en mettant l'accent sur les mécanismes et les politiques qui définissent et régulent les volumes et les prix des soins de santé dans les deux pays.

Des données comparables sur les prix et les volumes ainsi que des informations qualitatives sur les mécanismes de contrôle des prix et volumes de soins ont été recueillies, en distinguant le secteur des soins ambulatoires de celui des soins hospitaliers. En comparant les mécanismes de rémunération et de régulation des fournisseurs de soins ainsi que leur revenu et les volumes d'activité, l'étude fournit des éléments nouveaux pour comprendre la structure des dépenses de santé des deux pays.

### Méthodologie

Ce projet s'appuie sur les théories et connaissances empiriques en économie de la santé dans une approche collaborative, en mobilisant des experts en France et en Allemagne.

Pour un recueil systématique des informations et données nécessaires afin de comprendre le système allemand, nous avons à la fois mobilisé des sources premières en allemand et travaillé avec

des experts allemands avec lesquels l'Irdes entretient des liens proches à travers ses divers réseaux : notamment de l'Université de technologie de Berlin (TUB), du Centre d'économie de Hambourg, de l'Association fédérale des médecins conventionnés (*Kassenärztliche Bundesvereinigung*), de l'Association fédérale des caisses de l'Assurance maladie légale (*GKV-Spitzenverband*) et du Conseil d'experts pour l'évaluation de l'évolution du système de santé et des soins (*Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege*).

Ce projet a également été mené en collaboration avec le HCFiPs, la Drees du ministère de la Santé, la Cnam, le Hcaam et l'OCDE, qui ont fait partie du comité de pilotage du projet et ont apporté chacun leur expertise.

### **Calendrier et réalisations**

Le projet s'est déroulé d'octobre 2022 à fin 2023. Le rapport final a été remis au HCFiPs en décembre 2023. Un rapport Irdes et un *Questions d'économie de la santé* ont été publiés au premier semestre 2024. Ces travaux ont donné lieu à de multiples présentations auprès des différentes instances ainsi qu'à un article dans une revue française.

### **Publications**

Minery S., Or Z. (2024). « La gestion des dépenses » de santé en Allemagne et en France », *Les Tribunes de la santé*, n° 81, mars.

Minery S., Or Z. (2024). « Comparaison des soins ambulatoires en France et en Allemagne : quels enseignements ? ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 290, juin.

Minery S. et Or Z. (2024). « Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne ». Rapport Irdes, n° 590, mars.

### **Communications**

- Webinaire France-Allemagne organisé par l'École nationale supérieure de Sécurité sociale-Institut des hautes études de protection sociale (EN3S-IHEPS) et le Haut Conseil pour le financement de la protection sociale (HCFiPs), Paris, le 25 juin 2024, Sarah Minery, Zeynep Or.
- Séminaire Cnam : présentation des travaux France-Allemagne. Paris, le 19 juin 2024, Zeynep Or et Denis Raynaud.
- Séminaire Mardi de l'Irdes : « *Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne : quelles leçons pour la France ?* » : présentation : Zeynep Or, Sarah Minery (Irdes) ; Discussion : Milstein R. (OCDE), le 27 février 2024.
- CAF'ET (Café Etudes) de la DSES/Cnam, présentation du rapport « *Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne* », Paris le 17 janvier 2024 Denis Raynaud, Sarah Minery et Zeynep O, Paris, le 30 janvier 2024.
- Commission prospective du Conseil de la CNAM, présentation du rapport « *Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne* », Paris le 17 janvier 2024 Denis Raynaud, Sarah Minery et Zeynep Or.

## **Évaluation clinique et étude d'impact économique de l'intervention de Conseillers en environnement intérieur (CEI) au domicile des patients asthmatiques (Protocole « Ecnvir »), 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 obtenu les marchés publics en répondant aux appels à projets lancés en 2013 et en 2021.

**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 ECENVIRr 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 par classes thérapeutiques, 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

**De fin 2018 à début 2022** : en attente de la convention de mise à disposition et des bases de données devant être extraites du SNDS par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) ;

**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) ;

**2021** : Mise au point de la convention quadripartite (CHU de Rennes, GIP-IRDRES, CASD, Cnam) de mise à disposition des données du SNDS pour la création d'un système fils avec appariement direct par la Cnam et préparation des extractions du SNDS ;

31/12/2021 : Signature de la Convention quadripartite ;

**2022** : Réception le 10/01/2022 de la Convention quadripartite de mise à disposition des données du SNDS pour la création d'un système fils avec appariement direct, préparée par le service juridique de la Cnam et signée en date du 31/12/2021 ;

Fin février 2022 : Réception 1) de bases de données finales et complètes extraites du SNDS en une fois et transférées à l'Irdes par la Cnam et 2), en parallèle, des données cliniques fournies par le CHU de Rennes ;

Appariement des données du SNDS avec les données cliniques de l'enquête CEI ;

Apurement et préparation des bases de données pour les analyses ;

Classification des consommations médicales par postes de soins et par types de montants ;

3<sup>e</sup> trimestre 2022 : Premiers calculs des dépenses, tous motifs confondus ;

4<sup>e</sup> trimestre 2022 : Repérage des consommations médicales à l'asthme, à ses maladies associées et aux maladies non associées ; décisions d'affectation et mise au point d'algorithmes d'attribution selon le motif.

Analyses descriptives et explicatives de l'impact économique de l'intervention d'un CEI : Calculs des dépenses relatives à l'asthme seul, à l'asthme et ses maladies associées, et motifs tous confondus, selon les caractéristiques des patients, le niveau de contrôle et la sévérité de l'asthme ;

**2023** : Compléments d'analyses dont le coût social de l'asthme (arrêts de travail notamment) ;

Rédaction du rapport de recherche final de l'étude économique avec remise au CHU de Rennes qui l'a transmis secondairement aux financeurs (ministères chargés de la santé et de l'environnement) accompagné du rapport final de l'étude clinique ;

2024 : Premier semestre : Soumission d'un article scientifique comportant les résultats cliniques et économiques.

## **Valorisation**

### Séminaire-colloques scientifiques

- 17<sup>e</sup> 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 Ecenvir »](#), 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 Ecenvir](#), 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<sup>e</sup> Congrès Francophone d'Allergologie, P. 330-331

## 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<sup>e</sup> congrès du Collège des humanités médicales (Colbum) : 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.

## **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

Évaluation 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.
- *5<sup>th</sup> 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<sup>es</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> Journées des économistes de la santé français (JESF)*, Marseille, 30 novembre-1<sup>er</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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'EHIS 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> Congrès de l'Alas)* : « Cultures et transformation des systèmes de santé », Montréal, Canada, 22-24 août 2019, « [Facteurs de risque comportementaux vis-à-vis de la santé des adultes jeunes \(18-30 ans\) en France en 2014](#) », Com-Ruelle L., Poucineau J.
- *CALASS 2018 (XXIX<sup>e</sup> Congrès de l'Alas)* : « L'innovation et les systèmes de santé », Lyon, 6-8 septembre 2018, « [Profils de consommation d'alcool des adultes jeunes en France en 2014 et évolution de 2002 à 2014](#) », Com-Ruelle L., Celant N., Nestrigue C.



**APPELS A PROJETS**  
REPONSES EN COURS



- Réponses à l'Appel à Projets de Recherche 2025 – Services, interventions et politiques favorables à la santé de l'IRESP- modalité Pilote pour le projet COLIBRI (Novembre 2024) portée par Coralie Gandré

**Projet :** COLlaboration entre psychiatrie publique et soins primaires pour l'Intégration des soins de santé mentale et physique : un projet Basé sur une Recherche à partir d'Initiatives locales (COLIBRI). Le projet vise à évaluer l'impact, ainsi que les leviers et barrières à l'implémentation, d'un exercice regroupé entre un centre médico-psychologique (CMP) et un centre de santé pour les personnes vivant avec un trouble psychique sévère afin d'offrir un premier éclairage sur les innovations organisationnelles à soutenir pour cette population aux besoins spécifiques. En parallèle, il a pour objectif de permettre le développement d'un projet de plus grande ampleur visant à évaluer les différents modes d'organisation existants au sein de CMP pour le suivi somatique de leur patientèle sur le territoire français.

**Date de dépôt du projet :** novembre 2024

**Coordinateur du projet :** Irdes (Coralie Gandré)

**Equipe impliquée :** Irdes, CHU de Saint-Etienne, Ecole des hautes études en santé publique, Centre hospitalier Le Vinatier/Centre de santé Le Jardin

**Durée du projet :** 18 mois

**Date de la réponse :** juin 2025

- Réponses à l'Appel à Projets de Recherche 2025 – Services, interventions et politiques favorables à la santé de l'IRESP- modalité Pilote pour le projet SPIRIT (Novembre 2024) portée par Guillaume Chevillard

**Projet :** Analyse des données sur les stages de 3e cycle des étudiants en médecine générale, description des parcours et des déterminants de l'installation.

**Date de dépôt du projet :** novembre 2024

**Coordinateur du projet :** François Carbonnel (CNGE), Guillaume Chevillard pour l'équipe Irdes

**Equipe impliquée :** CNGE, UNESS, CNOM, IRDES (Guillaume Chevillard, Julien Mousquès, Véronique Lucas)

**Durée du projet :** 18 mois

**Date de la réponse :** juin 2025

- Réponses à l'Appel à Projets de Recherche 2025 – Services, interventions et politiques favorables à la santé de l'IRESP pour le projet INFI-MRC (Novembre 2024) portée par Damien Bricard

**Projet :** Evaluation d'Impact d'un Nouveau mode de Financement de la prise en charge de la Maladie Rénale Chronique (INFI-MRC)

**Date de dépôt du projet :** novembre 2024

**Coordinateur du projet :** Sahar Bayat (EHESP), Damien Bricard pour l'équipe IRDES

**Equipe impliquée :** EHESP, IRDES (Damien Bricard, Estelle Augé), Agence de la biomédecine, INSERM

**Durée du projet :** 3 ans

**Date de la réponse :** juin 2025

- Réponses à l'Appel à Projets de Recherche 2025 – Services, interventions et politiques favorables à la santé de l'IRESP pour le projet E2ADMK (Novembre 2024) portée par Julien Mousquès

**Projet :** Evaluation Ex-post de l'impact des protocoles d'expérimentation d'Accès Direct aux Masseurs- Kinésithérapeutes en maisons et centres de santé.

**Date de dépôt du projet :** novembre 2024

**Coordinateur du projet :** Julien Mousquès (IRDES)

**Equipe impliquée :** IRDES, UPEC (Yann Videau)

**Durée du projet :** 2 ans

**Date de la réponse :** juin 2025

- Réponses à l'Appel à Projets de Recherche 2025 – Services, interventions et politiques favorables à la santé de l'IRESP pour le projet e-S2H (Novembre 2024) portée par Julien Mousquès

**Projet :** Efficacité et coût-efficacité d'un programme de télémédecine visant à prévenir les hospitalisations non planifiées des personnes âgées vivant en résidences autonomie.

**Date de dépôt du projet :** novembre 2024

**Coordinateur du projet :** Denis Boucaud-Maitre (Centre Hospitalier le Vinatier)

**Equipe impliquée :** Centre Hospitalier le Vinatier, Hopital Charles Foix, IRDES, Université des Antilles.

**Durée du projet :** 2 ans

**Date de la réponse :** juin 2025

# **OUTILS D'OBSERVATION**



## **Conséquences des restrictions d'accès aux soins liées 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 :** Philippe Cordazzo, laboratoire Sociétés, acteurs, gouvernement en Europe (Sage), université de Strasbourg, 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, Loïc Josseran, Mario Speranza)

### **Période de réalisation : 2021-2025**

**Données :** Système national des données de santé (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 (SEP), 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 Blessé médullaire-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 visent à 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 afin d'atténuer les éventuelles pertes de chances mises en évidence, et de mettre en place des mesures de protection de ces publics dans des contextes de crises futures (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

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).

2023

- Mise en œuvre de l'enquête biographique et terrain
- Analyses de la mortalité *ante* pandémie
- Avancement sur les indicateurs de dégradation d'état de santé

2024

- Analyses de la mortalité pandémie et *post* pandémie
- Analyse de séquence état de santé *ante* pandémie

2025

- Analyse de la dégradation de l'état de santé pandémie et post pandémie

### **Collaborations**

Des collaborations sont développées avec la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam), et dans le cadre du consortium Covid-hosp avec l'Institut national d'études démographiques (Ined) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et le CHU Annecy Genevois qui développent des travaux complémentaires sur les conséquences indirectes de la pandémie de

Covid-19 à partir des données du SNDS. Dans ce cadre, quatre thèses sont suivies, dont deux ont été soutenues en 2024.

## Valorisation

### *Handicovid*

. Duchaine F., Espagnacq M., Cordazzo P. (2024, à paraître). « Mortalité des blessés médullaires : évolutions récentes et disparités infranationales ». *Espace population sociétés*,

. Duchaine F., Espagnacq M., Bensmail D., Regaert C., Denys P., Levy J. (2024). "A novel approach to the epidemiology of people living with spinal cord injuries in France based on an original algorithm from public health insurance data". *Journal of Epidemiology and Public Health*, vol.72 juillet.

### *Covid-Hosp*

- Poucineau J., Khlat M., Lapidus N., Espagnacq M., Chouaïd C., Delory T., Le Coeur S. (2024). "Impact of the COVID-19 Pandemic on COPD Patient Mortality: A Nationwide Study in France". *International Journal of Public Health*, tome 69, février IF : 2.6

- Leye E., Delory T., El Karoui K., Espagnacq M., Khlat M., Le Cœur S., Lapidus N., Hejblum G. (2024). "On behalf of the COVID-HOSP Working Group Direct and Indirect Impact of the COVID-19 Pandemic on the Survival of Kidney Transplant Recipients: A National Observational Study in France". *American Journal of Transplantation*, volume 64, mars IF : 8.06

-Poucineau J , Khlat M , Lapidus N, Chouaïd C, Espagnacq M, Delory T , Le Cœur S (2024). "An Impact of th e COVID -19 pandemic on lung cancer diagnose s an d mortality: A nationwide stud y in France " *Cancer Epidemiology* october.

## Actes de colloques

Duchaine Fanny, Espagnacq Maude, Regaert Camille, Cordazzo Philippe (2023). « Etude de la mortalité de trois populations en situation de handicap à partir du Système national des données de santé ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, Volume 71, Supplément 1. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2023.101526>

Duchaine F., Espagnacq M., Regaert C., Ben-Smail D., Denys P., Levy J., (2022). « Identification des personnes atteintes d'une lésion médullaire dans le Système national des données de santé ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, Volume 70, Supplément 1. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.01.012>

Duchaine F., Espagnacq M., Gandré C., Cordazzo P., Juin 2023, « L'intérêt du Système national des données de santé pour étudier les parcours de soins et la mortalité de populations en situation de handicap », *XIX<sup>e</sup> colloque national de démographie "* » « *Handicaps et autonomies* », Rennes. (*à paraître*)

## Colloques

- Duchaine Fanny (Strasbourg, France), Jonathan Levy (Garches, France), Philippe Cordazzo
- Quels apports du système national des données de santé (SNDS) pour l'étude épidémiologique et des parcours de soins des personnes vivant avec une lésion médullaire ? (Strasbourg, France) et Maude Espagnacq (Paris, France) *39<sup>e</sup> Congrès de la Société française de médecine physique et de réadaptation* 2-4 octobre 2024, Montpellier.

- Duchaine Fanny, Espagnacq Maude, Gandré Coralie, Cordazzo Philippe, Juin 2023, « L'intérêt du Système national des données de santé pour étudier les parcours de soins et la mortalité de populations en situation de handicap », *XIX<sup>e</sup> Colloque national de démographie « Handicaps et autonomies »*, Rennes.
- Levy Jonathan, Duchaine Fanny, Espagnacq Maude, Regaert Camile, Denys Pierre, Décembre 2022, « Nouvelle épidémiologie des personnes vivant avec une lésion médullaire en France », *37<sup>e</sup> Congrès de la Société française de médecine physique et de réadaptation*, Rennes.
- Levy Jonathan, Duchaine Fanny, Espagnacq Maude, Regaert Camile, Denys Pierre, Septembre 2022, "Identification of the French SCI population based on an original algorithm from public health insurance data", *61<sup>st</sup> International Spinal Cord Society Annual Scientific Meeting (ISCoS 2022)*, Vancouver.
- Duchaine Fanny, Espagnacq Maude, Gandre Coralie, Cordazzo Philippe, Cliniciens du consortium HandiCovid, Mai 2022, « L'intérêt des données du SNDS pour étudier l'impact de la pandémie sur les personnes en situation de handicap », *XXI<sup>e</sup> Colloque international de l'Association internationale des démographes de langue française (Aidelf)*, Athènes.

### Posters

- Duchaine Fanny, ESPAGNACQ Maude, REGAERT Camile, CORDAZZO Philippe, Mars 2023, « Etude de la mortalité de trois populations en situation de handicap à partir du Système National des Données de Santé », *Congrès Emois 2023*, Nancy.
- Duchaine Fanny, Espagnacq Maude, Regaert Camille, Ben-Smail Djamel, Denys Pierre, Levy Jonathan, Mars 2022, « Identification des personnes atteintes d'une lésion médullaire dans le Système national des données de santé », *VIII<sup>e</sup> Congrès Adelf-Emois 2022*, Dijon.

### Séminaires de recherche

- Duchaine Fanny : « Caractéristiques et mortalité de trois populations en situation de handicap », Mardi de l'Irdes 28 mai 2024.
- Duchaine Fanny, Leye Elhadji, Moulairé Paul, Poucineau Jonas : « Quel impact de la pandémie sur la mortalité de populations spécifiques », Mardi de l'Irdes 14 mai 2024.
- Duchaine Fanny : « Caractéristiques et mortalité de trois populations en situation de handicap », Questions de populations, Strasbourg, Novembre 2023.
- Duchaine Fanny : « Les conséquences de la pandémie de Covid-19 sur les parcours de prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes en situation de handicap ? – Etat d'avancement », *Séminaires Jeunes chercheurs en démographie*, Rennes Février 2023.
- Duchaine Fanny, Janvier 2022 : « Projet HandiCovid - Evaluation des conséquences des restrictions d'accès aux soins et à l'accompagnement pendant la pandémie de Covid-19 chez les personnes en situation de handicap », *Séminaire Redsiam – Groupe de travail Troubles mentaux et du comportement*, Paris.

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

### **Code projet : PHEDRE**

**Equipe :** Maude Espagnacq, Stéphanie Guillaume, Hasfa Nafia, Vanessa Bellamy (Drees)

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

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**

#### **Contexte et objectifs**

L'enquête Phedre vise à répondre à deux questions principales concernant 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 a eu lieu de fin 2016 à 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 totalement mis en place 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 est 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 sont 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 a permis d'obtenir les plans d'aides proposés et les caractéristiques individuelles des bénéficiaires de l'échantillon.
- Enfin, les données individuelles précédemment collectées ont été appariées aux données de consommations de soins issues du SDNS 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 : Apurement des données, premières analyses
- 2024 : Récupération des données SNDS (juin 2024) et Revenus fiscaux et sociaux (RFS)
- Mise à disposition de la base sur le CASD
- 2025 : Appariement et mise à disposition des bases au CASD premières publications

**Bilan de la collecte :**

3 791 entretiens complets en face-à-face

3 791 formulaires longs MDPH et 4 907 formulaires courts

**Stage : imputation des données**

**A paraître :** Un *Questions d'économie de la santé* sur les restes à charge des aides techniques

## **Enquête Tessa sur la santé et l'utilisation des services de santé des travailleurs du sexe / Personnes en situation de prostitution, exerçant sur internet en France**

### **Code Projet : TESSA (ex LAPSUS)**

**Equipe :** Paul Dourgnon, Stéphanie Guillaume, Florence Jusot (Irdes, Université Paris-Dauphine), Antoine Marsaudon, Jérôme Wittwer (Université de bordeaux, Isped), avec l'appui de Christophe Gousset et Fabien Daniel (Irdes).

Le consortium comprend outre l'Irdes, l'université Paris-Dauphine et Bordeaux Population Health côté recherche et les associations Médecins Du Monde, Griselidis et Aides.

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

### **Période de réalisation : 2021-2026**

Terrain de l'enquête prévu au premier semestre 2025

### **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 démographie réelle des TS. Les estimations de la taille de la population des TS varient dans un rapport de 1 à 20, allant de 18 000 à 400 000 personnes en France. Ces écarts reflètent à la fois des différences de définition, de méthode ainsi 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 de pratique entre rue et Internet, et de sa démographie en augmentation, particulièrement concernant des personnes immigrantes, souvent sans titre de séjour. « En l'absence d'études d'ensemble, la connaissance est en pointillés 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) que sanitaires et en termes 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 mise en relation avec les clients à partir d'internet. Notons qu'une partie des TS travaillant dans la rue exercent également sur internet.

Nous nous proposons de conduire une enquête à visée représentative des TS exerçant, c'est-à-dire proposant leurs services sur internet. Pour cela, nous construirons une base de sondage à partir des

numéros de téléphone recueillis sur les sites spécialisés 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 à risque
- Couverture santé (Couverture santé solidaire-CSS, AME)
- Accès, recours et modes d'utilisation des services de santé

Le comité de suivi de l'enquête est composé, en plus de la DGS et du consortium scientifique, de représentants de Médecins du monde, Grisélidis et Aides.

## **Faisabilité de l'identification des situations de handicap à partir des données médico-administratives – Projet Fish prolongé en Réalisation d'identification des personnes en situation de handicap – Projet Rish**

**Code projet : FISH (ex REA236) devient RISH en 2023**

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

**Collaboration extérieure :** Experts médicaux

**Période de réalisation : 2016-2025**

**Données :** Système national des données de santé (SNDS) ; Enquête Handicap santé (HS) 2008, Enquête santé européenne (EHIS) 2019 en 2023 : Vie quotidienne et santé (VQS) et Prestation de compensation du handicap : exécution dans la durée et reste à charge (Phedre)

### **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 Système national des données de santé (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'algorithmes 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-AAH) ou le fait d'être suivi ou hébergé dans un établissement médico-social est également réalisé. Une synthèse de ces algorithmes permettra ainsi 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 prises 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 âge 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 santé européenne (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 un 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 à la suite de limitations motrices et organiques et près de 3,7 millions pour les limitations psychiques, intellectuelles et cognitives.

## 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 sont traceurs de limitations visuelles.
- Constitution de l'algorithme dans l'Echantillon généraliste de bénéficiaires (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 sont traceurs 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

2023 a été consacrée à :

- La publication des résultats sur l'algorithme moteur et sur 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).

## 2024

La phase de faisabilité étant maintenant achevée, le **projet Réalisation d'identification des personnes en situation de handicap (Rish)** succède à Fish afin de produire et mettre à disposition un indicateur synthétique et diffuser les algorithmes conçus. Fin 2022, Rish est lauréat de l'Appel à manifestation d'intérêt (AMI) de la Bibliothèque ouverte d'algorithmes en santé (Boas) porté par le Health Data Hub (HDH) et est ainsi financé dans ce cadre.

Les algorithmes « moteur et organique » ainsi que « psychique, intellectuel ou cognitif » ont été mis à disposition sur la plateforme du HDH en 2024. En parallèle, les algorithmes sont transcodés en

Python par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) pour être appariés à l'enquête EHIS et seront mis à disposition.

- Une expertise médicale approfondie sur les consommations de soins est menée pour valider les propositions faites lors de la phase de faisabilité.
- L'objectif étant, dans les années à venir, de mettre à disposition une table appariale aux données du SNDS avec un indicateur binaire de risque de handicap pour chaque individu présent dans le SNDS issu des algorithmes.

A venir

Les résultats des algorithmes vont être comparés à l'enquête VQS qui est représentative au niveau départemental, à l'enquête Autonomie et à l'enquête Phedre, qui porte spécifiquement sur des personnes en situation de handicap, pour tester la sensibilité et la spécificité de ces algorithmes. Des études spécifiques seront menées en 2025 sur les séquelles à la suite d'un primo Accident vasculaire cérébral (AVC) et sur les orthophonistes

Les algorithmes sensoriels seront également réalisés.

## **Valorisation**

### Publications Irdes

Espagnacq M, Regaert C (2024). Irdes, Questions d'économie de la santé à paraître.

Espagnacq M, Regaert C. (2024). « 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 sur les troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs » Rapport Irdes 592 septembre 2024

Espagnacq M., Sermet C., Regaert C. Avec la collaboration de Daniel F. et Podevin M. ((2023).). « 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 sur les limitations motrices ou organiques ». Rapport Irdes n° 587, avril.

Espagnacq M., Sermet C., Regaert C. : « Le repérage par la consommation de soin confirme les disparités de genre et territoriales des personnes avec les limitations motrice ou organique ». Irdes, *Question d'économie de la santé*, n° 276, mars 2023.

Mise à disposition des algorithmes dans la Boas

-Moteur juin 2024

- psychique, intellectuel ou cognitif (Pic) septembre 2024

### Colloques et séminaires

- *Mardi de l'Irdes, 13 septembre 2023* : « 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 psychique, intellectuel ou cognitifs (Pic) » Espagnacq M, Sermet C, Regaert C.
- *XIX<sup>e</sup> Colloque national de démographie Rennes 6 au 9 juin 2023* : « Quelles populations à risque de handicap les données de consommations de soins permettent-elles de repérer ? » Espagnacq M, Regaert C.
- *Emois 16-17 mars 2023* : « Identification des personnes à risque de handicap suite à des limitations motrices et organiques à partir des données du SNDS », Espagnacq M., Regaert C.
- *Séminaire HDH 28 juin* : « Faisabilité d'identification des personnes à risque de handicap (Fish) à partir des données de la base principale du Système national des données de santé (SNDS) : présentation des algorithmes Moteur et organique et Psychique, intellectuel et cognitif ».

- *XIX<sup>e</sup> Colloque national de démographie Rennes, 6 au 9 juin 2023* : « Quelles populations à risque de handicap les données de consommations de soins permettent-elles de repérer ? », Espagnacq M., Regaert C.
- *Mardi de l'Irdes, 13 septembre 2023* 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 « PIC » Espagnacq M, Sermet C, Regaert C.
- *RED-HAS 16 septembre* : « Faisabilité d'identification des personnes à risque de handicap (Fish) », Espagnacq M.
- *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.
- *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.
  - 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.

# **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 (Web of science) et d'une base de références bibliographiques. En raison du déménagement de l'Irdes en novembre 2023, 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 2024, la banque de données documentaire de l'Irdes comprend **74700 références** dont **1097 nouvelles références** introduites cette année. Elle a migré en octobre 2023 sur le logiciel PMB, l'ancien logiciel Gediweb n'étant plus commercialisé par l'éditeur. Ce nouvel outil a permis la mise en ligne de la base documentaire sur le site Internet via un portail en mai 2024. La base de l'Irdes est désormais consultable par les chercheurs et le public extérieur. Depuis l'arrêt de la BDSP fin 2018 à laquelle contribuait la documentation de l'Irdes, la base documentaire avait perdu sa visibilité.

### **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.

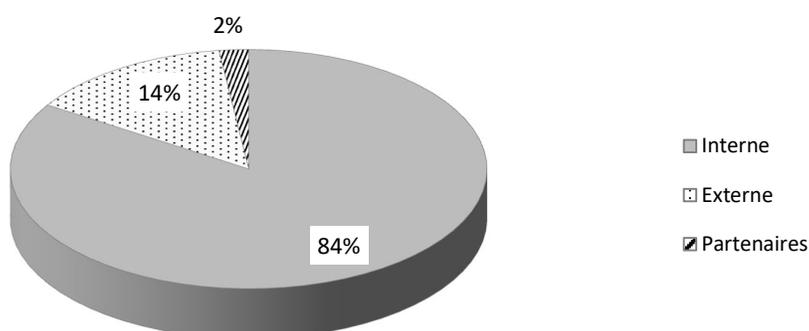
Cette veille s'effectue sur la plupart des ressources disponibles en économie de la santé et domaines corollaires : collections de revues, ouvrages, littérature grise, banques de données et Internet, listes de diffusion. L'utilisation de logiciels de veille comme Netvibes permet un suivi quasi exhaustif des

sites Internet producteurs d'informations en santé ou de littérature grise. Il sera aussi possible d'installer une veille complémentaire via le logiciel PMB.

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.

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, Cour des comptes, HCSP...). Les recherches pour les chercheurs en interne demeurent néanmoins les plus importantes. Le savoir-faire de la documentation semble reconnu et apprécié.

### Répartition de la recherche documentaire en 2024



### Évolution de la Recherche documentaire : 2017-2024

Année	Interne	Externe (yc partenaires)	Total
2017	215	216	431
2018	230	195	425
2019	235	189	424
2020	232	151	383
2021	210	129	339
2022	199	68	267
<b>2023</b>	<b>192</b>	<b>56</b>	<b>248</b>
<b>2024</b>	<b>210</b>	<b>35</b>	<b>245</b>

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, Web of science, Scencedirect, Cairn, Googlescholar...). Une recherche sur Internet permet de compléter très utilement ces sources, et le suivi des listes Nep-

Repec et IZA (Institute of Labor Economics) permet le recensement de la littérature grise. Depuis 2015, les recherches bibliographiques sont mutualisées sur le logiciel Endnote. Un autre logiciel est actuellement à l'étude : Zotéro, très utilisé dans le monde de la recherche. L'élaboration des revues de la littérature relève, pour l'instant, de l'expertise des chercheurs.

En 2024, les recherches internes ont principalement porté sur les thèmes suivants : **Organisation et régulation des soins et services de santé** : limitations d'accès aux soins pendant l'épidémie de Covid ; les urgences psychiatriques ; intégration des soins ; déprescription ; médicament et environnement ; financement des hôpitaux psychiatriques ; paiement à la qualité **Protection sociale, santé et accès aux soins** : AME, **Autre** : attractivité et territoires

Par ailleurs, des recherches aussi approfondies qu'en interne ont été réalisées pour nos partenaires. En 2024, la documentation a été sollicitée par l'Igas dans le cadre de sa mission sur les ALD ; par l'Ined à l'occasion de son hommage rendu à Chantal Cases

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.

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, 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, s'est infléchi à nouveau de 2020 à 2023. **L'année 2024 marque une augmentation notable de la fréquentation de l'espace doc et de la consultations de ces produits.** 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 2024

Consultation globale : **337 649** téléchargements annuels, soit **28 122** mensuels  
Synthèses documentaires : **230 320** téléchargements annuels, soit **19 194** mensuels  
Produits de veille : **107 149** téléchargements annuels, soit **6 587** mensuels

## Évolution de la consultation de l'espace doc : 2019-2024

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Espace doc	807 568	657 213	318 233	251 262	181 452	<b>337 469</b>
Produits de veille (1)	109 804	118 917	99 757	79 054	72 609	<b>155 286</b>
Veille scientifique en Éco santé	51 244	32 433	22 373	17 891	16 826	<b>97 887</b>
Actualités santé	58 560	86 484	77 384	61 163	52 195	<b>47 867</b>
Outils d'aide à la recherche	63 360	49 589	23 330	10 799	18 369	<b>1 8386</b>
Synthèses documentaires	756 324	624 780	295 860	233 371	161 038	<b>230 320</b>

(1) Quoi de neuf, Doc ? + Veille scientifique + Actualités santé

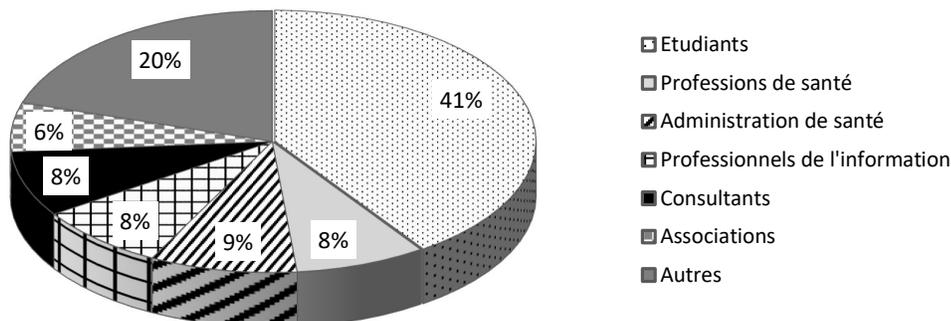
(2) La parution de Quoi de neuf, Doc ? s'interrompt fin 2013. Veille scientifique (ex Doc Veille) est mis en ligne en 2013, Actualités santé (ex Doc News) en 2015.

### Top 10 de la série « Bibliographies & Synthèses »

Titres de la publication	Nombre de téléchargements
Les soins primaires	24 484
L'économie de la santé	19 658
La e-santé : télésanté, santé numérique et santé connectée	10 670
Historique des réformes hospitalières en France	7 022
L'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap	7 972
La géographie de la santé	7 139
L'évaluation médico-économique de la télémédecine	5 702
L'hôpital en France	5 065
Le financement de la dépendance des personnes âgées	5 046
La santé mentale en France et dans les pays de l'OCDE	4 770
La santé des migrants	4 769

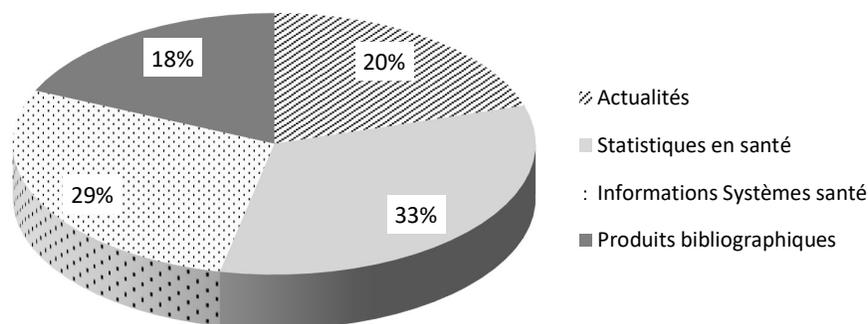
*La typologie des utilisateurs de l'espace documentation* : nos premiers utilisateurs appartiennent au monde universitaire : étudiants, principalement en licence et master, ainsi qu'au monde des professionnels de la santé. Viennent ensuite, à part égale, les administrations de santé et les professionnels 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. 230). Ces documents sont mis en ligne sur l'Intranet et/ou l'Internet de l'Irdes par le service web.

- **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 2024** : La profession infirmière en France et dans les pays de l'OCDE ; Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ; l'économie de la cataracte ; l'évaluation des politiques publiques en santé. **Quatre bibliographies ont été mises à jour** : la soutenabilité environnementale des systèmes de santé ; La géographie de la santé ; Les lois de financement de la Sécurité sociale en France : aspects historiques et législatifs ; santé et travail. **Deux synthèses ont été mises à jour** : les lois de financement de la sécurité sociale, La prise en charge des accidents du travail et l'organisation de 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 régulièrement.

- **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 2024.
- **Catalogue de revues** : nouvelle version réalisée en 2023.

### 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 2024 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.

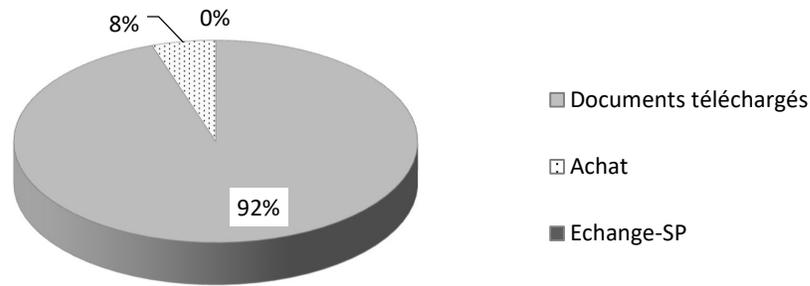
Les documents en accès libre sur Internet (rapports français officiels, rapports des centres de recherche français et étrangers) ont pris une grande importance ces dernières années. Ces documents sont archivés électroniquement dans la base documentaire, grâce au logiciel PMB lors de la réalisation des 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 1 000. Les articles commandés pour les revues de la littérature ne sont plus indexés dans la base de données PMB, mais archivés automatiquement dans la base Endnote Doc Veille, afin d'alléger les travaux d'indexation.

#### Modes d'acquisition des documents : 2017-2024

Année	Achat	Échange - Gratuit	Téléchargés	Total
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
2023	40	0	701	741
<b>2024</b>	<b>61</b>	<b>0</b>	<b>675</b>	<b>736</b>

### Modes d'acquisition des documents en 2024



### Collections de périodiques : 2017-2024

Année	Achat	Échanges et gratuits	Total
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
2023	40	15	55
<b>2024</b>	<b>40</b>	<b>10</b>	<b>50</b>

### 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  
 245 recherches annuelles  
 Une base bibliographique de 76 000 références  
 2 produits de veille  
 74 synthèses et bibliographies thématiques

## **ANNEXE**

### **Produits documentaires 2024**

#### **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 (4)**

- La profession infirmière en France et dans les pays de l'OCDE 2024/06
- L'économie de la cataracte. 2024/07
- Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). 2024/10
- L'évaluation des politiques publiques de santé, 2024/11

#### **Mises à jour (4)**

- Les lois de financement de la sécurité sociale. 2024/01
- La prise en charge des accidents du travail et la médecine du travail en France 2024/01
- La géographie de la santé. 2024/02
- La soutenabilité environnementale des systèmes de santé 2024/03
- Historique des conventions médicales 2024/12

### **Outils documentaires / Adresses et sites utiles**

#### **Nouveautés (4)**

Sélection de podcasts en santé et protection sociale. 2024/09

#### **Mises à jour :**

Sources d'information en santé et méthodologie de recherche. 2023/07

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

Liens utiles- classement thématique : 2024/05

Recherches bibliographiques et statistiques. Sources principales. 2024/06

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 prépublications, diffusées dans la série des **Documents de travail de l'Irdes**, ont pour vocation d'alimenter le débat scientifique en servant de support à des séminaires lors desquels ils sont discutés afin d'être enrichis. Les **Rapports de l'Irdes**, collection de référence, s'inscrivent dans la continuité de ces deux axes, publiant les résultats complets d'études, de recherches ou d'enquêtes. Elle accueille une nouvelle série « Etudes de cas », qui répond de façon synthétique à un questionnement en s'appuyant sur l'étude de situations sur le terrain. Quant à la collection des **ouvrages**, elle comprend trois séries dont une nouvelle, « Sociologie », créée en juin 2022, qui accueille des ouvrages de sociologie ; une autre, « Atlas », est consacrée à des atlas thématiques sur les disparités territoriales de santé dont le dernier opus, paru en février 2024, traite des variations de pratiques médicales à partir de 11 interventions chirurgicales. 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.249).

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 30 600 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 (X, LinkedIn, Threads...).

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.

**Sur le site, une nouvelle forme de valorisation et diffusion des travaux de l'Irdes a été créée en décembre 2023, la série des podcasts de l'Irdes (cf. p.243).**

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 2024 et perspectives 2025-2027**

La dissémination et la valorisation des travaux des chercheurs s'appuient et se développent toujours sur les deux axes, qui s'abondent l'un et l'autre : les éditions de l'Irdes, s'adressant à un public large et pluriel, et celles visant la sphère académique et internationale. Pour les éditions extérieures, cela se traduit par la production d'articles, en particulier en anglais dans des revues internationales (annexe 2, p.259), 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 (AHEPE), 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 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.259), 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 corollaire les collections de l'Irdes. La régularité de publication des QES comme la vitalité des séminaires des Mardis de l'Irdes - désormais en visioconférence - ont participé d'augmenter fortement 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 les travaux des chercheurs et le positionnement de l'Irdes, tant du point de vue de la recherche que de l'aide à la décision publique, se poursuit en intégrant et développant de nouveaux supports, comme les podcasts de l'Irdes.

## 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. 249 et 259) :



**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 2024 : 30 600** / En 2023 : 27 200 / En 2022 : 27 200 / En 2021 : 26 900 / En 2020 : 26 500 / 2019 : 26 000

Nombre d'abonnés au format papier :

**En 2024 : 200** / En 2023 : 196 / 2022 : 235 / En 2021 : 263 / En 2020 : 282 / 2019 : 272

Nombre de téléchargements par an :

**En octobre 2024 : 302 617** / En 2023 : 229 820 / 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 2024, plus de 12 000 correspondants à la version électronique.

Nombre de correspondants au format électronique :

**En 2024 : 12 050** / 2023 : 9 860 / 2022 : 9 573 / En 2021 : 9 389 / En 2020 : 9 446 / 2019 : 8 500

Nombre de téléchargements par an :

**En octobre 2024 : 69 471** / En 2023 : 57 254 / 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 300 exemplaires selon les numéros. Elle a accueilli en 2020 une nouvelle série « Etudes de cas » qui répond de façon synthétique à un questionnement en s'appuyant sur l'étude de situations sur le terrain et à partir d'entretiens avec des chercheurs et des acteurs du champ concerné.

Nombre de téléchargements par mois :

**En octobre 2024 : 172 531** / En 2023 : 79 714 / 2022 : 87 097 / En 2021 : 124 310 / En 2020 : 129 691.



## 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, les atlas offrent une représentation spatiale et synthétique d'une thématique, au moyen de cartes et graphiques commentés.

Le deuxième *Atlas des variations de pratiques médicales* est paru en février 2024. Dans la continuité du premier *Atlas* publié en 2016, il dresse l'état des lieux et suit l'évolution des taux de recours à onze interventions chirurgicales entre 2014 et 2019. Cet Atlas élargit également le cadre du suivi et de l'évaluation des variations des pratiques en France en proposant trois nouveaux indicateurs de processus et de qualité des soins : le taux de chirurgie ambulatoire, l'utilisation des protocoles de Récupération améliorée après chirurgie (Raac) et le taux de réadmission à 30 jours.

Nombre d'exemplaires papiers : **300**

**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 octobre 2024 : 45 683/ En 2023 : 29 245/ 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 de 2019 à 2023 et les téléchargements en 2024**

	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (octobre)
<b>Questions d'économie de la santé</b>						
Nombre de...						
Correspondants au format électronique	26 000	26 500	26 900	27 200	27 200	<b>30 600</b>
Abonnés au format papier	<b>272</b>	<b>282</b>	263	235	196	<b>200</b>
Téléchargements par an	-					<b>302 617</b>
<b>Documents de travail</b>						
Nombre de...						
Correspondants au format électronique	8 500	9 446	9 389	9 573	9 860	<b>12 050</b>
Téléchargements par an	-					<b>69 471</b>
<b>Rapports de l'Irdes</b>						
Nombre de...						
Correspondants au format électronique	26 000	26 500	26 900	27 200	27 200	<b>30 600</b>
Téléchargements par an	-					<b>172 531</b>
<b>Ouvrages de l'Irdes</b>						
Nombre de...						
Correspondants au format électronique	26 000	26 500	26 900	27 200	27 200	<b>30 600</b>
Téléchargements par an	-					<b>45 683</b>

**Téléchargements des titres de l'Irdes (PDF)**

Titres	2020	2021	2022	2023	2024 (octobre)
<b>Questions d'économie de la santé</b>	212 494	296 805 <sup>a</sup>	239 599	229 820	<b>302 617<sup>e</sup></b>
<b>Documents de travail</b>	75 821	87 278 <sup>b</sup>	71 413	57 254	<b>69 431</b>
<b>Rapports</b>	129 691 <sup>c</sup>	124 310	87 097	79 714	<b>172 531<sup>f</sup></b>
<b>Ouvrages</b>	250 210 <sup>d</sup>	64 813	30 384	29 245	<b>45 683</b>

Les pics de téléchargements sont liés à la parution de titres de l'Irdes sur les thématiques suivantes :

- a. En 2021, des séries de *Questions d'économie de la santé* sur :
  - . Le handicap en termes de : privation de liberté en raison d'un handicap psychique, vulnérabilité des personnes atteintes de troubles psychologiques pendant le confinement dû au Covid-19, de situation des femmes ayant un handicap au regard du dépistage de cancers féminins...

- . L'organisation des soins primaires et le renouvellement de l'action publique en matière de : maisons de santé pluriprofessionnelles, coordination territoriale pendant la crise du Covid, coopération médecins généralistes et infirmières, tensions territoriales et interprofessionnelles entre aides à domicile, aides-soignantes et infirmières)
  - . La consommation de tabac et d'alcool
  - . La consommation de tabac et d'alcool
- b.** En 2020, des DT relatifs à :
  - . L'impact de la concurrence sur la qualité des soins hospitaliers à partir de l'exemple de la chirurgie du cancer du sein en France
  - . L'impact de l'exercice en regroupement pluriprofessionnel en France analysé à partir du revenu et de l'activité des médecins généralistes
    - . La réponse française à la pandémie de Covid-19
- c.** En 2020, des Rapports ayant trait à :
  - . L'évaluation de l'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa)
    - . Les comparaisons internationales de l'organisation de la médecine spécialisée dans cinq pays, publiées en français et en anglais : Allemagne, Angleterre, Etats-Unis, Italie, Pays-Bas
- d.** En 2020, l'ouvrage : *Atlas de la santé mentale en France*
- e.** **En 2024**, les QES sur l'isolement et la contention en psychiatrie, les conséquences financières de la mise en invalidité des personnes atteintes de sclérose en plaques, la comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne, et le financement aux aides auditives en France, Angleterre, Belgique et Suède
- f.** **En 2024**, les rapports sur la comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne et sur le rôle majeur des infirmières et outils de communication dans la prise en charge des patients insuffisants rénaux

## ➤ Perspectives

- **Publications.** A l'occasion de différents séminaires et colloques, mais aussi des enquêtes en cours, réalisées ou co-réalisées par l'Irdes – comme les enquêtes Premiers pas, Era2, enquête Prestation de compensation du handicap : exécution dans la durée du reste à charge (Phedre), enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2025 (PSCE), ... – nombre de travaux ont déjà été publiés, 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 - 2020-2024

Publications internes					Publications externes							
Thèses ou mémoires	Rapports Irdes	Ouvrages Irdes	Documents de travail	Questions d'économie de la santé		Revue scientifique		Revue institutionnelles ou professionnelles		Rapports Documents de travail Chapitres ou ouvrages		
				En français	En anglais	Articles à comité de lecture	Articles à comité de rédaction	Articles avec comité de rédaction	Articles sans comité de rédaction	Publications		
										Scientifiques	Institutionnelles	
2024	(1)	3	1	9	9	20	3		4	4		53
2023	-	4	-	11	6	14	3	-	2	8		50
2022	-	1	1	9	4	24	5	5	4	5	-	62
2021	1	9	-	11	7	20	2	3	3	19	-	78
2020	-	3	1	8	6	37	3	1	2	13	-	74

- 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 variété des projets de recherche et à la pluridisciplinarité de l'équipe (annexe 2, p.259).
- En octobre 2024, 27 articles ou chapitres d'ouvrages (hors publications Irdes) ont été publiés par les chercheurs de l'Irdes (tableau ci-dessus), dont 24 dans des publications à comité de lecture ou de rédaction (tableau ci-dessous), soit :
  - 20 articles publiés dans des revues à comité de lecture, dont 9 classées en section 37** (tableaux ci-dessous) :
    - 1 dans *Health Service Research* (Catégorie 2 CNRS) – (Cat. A Hcéres)
    - 1 dans *European Journal of Public Health* (Catégorie 3 CNRS) – (Cat. B Hcéres)
    - 1 dans *Social Science & Medicine* (Catégorie 1 CNRS) – (Cat. A Hcéres)
    - 2 dans *Value Health* (Catégorie 2 CNRS) – (Cat. A Hcéres)
    - 2 dans *Health Policy* (Catégorie 2 CNRS) – (Cat. A Hcéres)
    - 1 dans *the European Journal of Health Economics* (Catégorie 2 CNRS) – (Cat. A Hcéres)
    - 1 dans *Economie et statistique* (Catégorie 3 CNRS) – (Cat. B Hcéres)

Nombre de publications dans des revues classées en économie et gestion (section 37) 2020-2024

	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)
2024	7	1	2	6		2		9	9
2023	7	-	1	7	1	1	1	9	9
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

▪ 20 articles publiés dans une revue à comité de lecture

Revue à comité de lecture	Catégorisation		Nombre d'articles par revue							
	CNRS	Hcéres	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Acta Psychiatrica Scandinavica										
Addiction								1		
<b>American Journal of Transplantation</b>									1	
Anthropologie & Santé						1		1		
Archives de pédiatrie								1		
Archives of Physical Medicine and Rehabilitation			1							
Archives of Public Health						1				1
BMC Health Services Research	Cat. 3	Cat. B				1				
BMC Oral Health								1		
BMC Primary Care								1		1
BMC Proceedings						1				
BMC Public Health				1		1				
BMJ Open			1			1				
Brain Stimulation								1		
Cancer Epidemiology										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
<b>Encephale</b>									1	
Epidemiology and Psychiatric Sciences										1
European Journal of Ageing							1			
European Journal of Clinical Pharmacology			1							
European Journal of geography - Cybergeog				1				1		
European Journal of Health Economics	Cat. 2	Cat. A			1	1		2		1
European Journal of Public Health	Cat. 3	Cat. B		2	1	2				1
European Journal of Surgical Oncology (EJSO)										
Exercer										
Expert Review of Clinical Pharmacology										
Frontiers in Medicine								1		
Frontiers in pharmacology			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				2				
<b>Health Economics Policy and Law</b>	<b>Cat. 3</b>	<b>Cat. B</b>						1	1	1
<b>Health Policy</b>	<b>Cat. 2</b>	<b>Cat. A</b>	2	1	2	1	5	2	3	2
Health Promotion International										
Health Services and Delivery Research				1						
<b>Health Services Insights</b>									1	
Health Services Research	Cat. 2	Cat. A					5			1
International Journal of Environmental Research and public Health			1	1		2	1			
International Journal of Epidemiology						1				
<b>International Journal of Health Economics and Management</b>	Cat. 2	Cat. A							1	
International Journal of Health Geographics										2
International Journal of Health Policy and Management						2				

Jama Internal Medicine				1						
Jama Network open										1
<b>Journal de gestion et d'économie de la santé</b>	<b>Cat. 4</b>	<b>Cat. C</b>			<b>1</b>	<b>1</b>		<b>2</b>	<b>1</b>	
<i>Journal of Adolescent Health</i>									<b>1</b>	
<b>Journal of Clinical Medicine</b>								<b>1</b>	<b>1</b>	
Journal of Epidemiology and Population Health										1
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			
Journal of Public Health										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								
<b>Revue d'économie politique</b>	<b>Cat. 2</b>	<b>Cat. A</b>				<b>2</b>				<b>1</b>
Revue d'économie régionale et urbaine	Cat. 3	Cat. B						1		
Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique			1		2	1				
<b>Revue Economique</b>	<b>Cat. 2</b>	<b>Cat. A</b>		<b>1</b>						<b>2</b>
Revue Française d'Economie	Cat. 3	Cat. B	1		1					
Revue Française des Affaires Sociales			1			5	1	1		
Revue Française de Socio-Économie	Cat. 4	Cat. C				2				
Revue neurologique										1
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			1
Sociétés contemporaines										1
Soins										
<b>Value Health</b>										<b>2</b>

▪ **3 articles publiés dans une revue à comité de rédaction en 2024**

- **Revues à comité de rédaction dans lesquelles les chercheurs de l'Irdes ont publié de 2017 à 2024**

Revues Comité de rédaction	Catégorisation		Nombre d'articles par revue							
	CNRS	Hcéres	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Analyse de réseaux pour les sciences sociales				1	1					
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire			1							
L'Espace géographique				1						
Espace populations sociétés										
Eurohealth						2				
Genèses								2		
IUSSP's Online News Magazine			1							
Médecine				1						
Patient Preference and adherence					1					
Praxis : Revue suisse de la médecine			1							
<b>Regards (ENS3)</b>									<b>2</b>	
Retraite et société					1					

<b>Revue d'épidémiologie et de santé publique</b>									<b>1</b>	
Revue francophone sur la santé et les territoires			2			1	2			1
Revue médicale suisse				1						
Revue urbanisme				1						
Rhizome										
Sociologie								1		
Sociologie du travail										1
Les tribunes de la santé				1				2		1

▪ **4 articles publiés dans une revue institutionnelle sans comité de rédaction en 2024**

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Revue</b></li> <li>▪ <b>Sans comité de rédaction</b></li> </ul>	Catégorisation		Nombre d'articles par revue							
	CNRS	Hcéres	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023*	2024
Un autre regard								1		
Cahiers français									1	
Données numériques, santé en société										1
Les dossiers de la Drees								1		
<b>Etudes et résultats</b>						1		2	1	1
<b>Géopolitique, droit, société</b>										1
Lettre du Collège des économistes de la santé					1					
Panoramas de la Drees										1
La Santé en action						1	1			
Santé mentale					1					
<b>Terra nova</b>								1	1	

▪ **4 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 et la révision spécialisée en anglais, notamment des documents de travail.

En 2024, 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	
<b>2024</b>	13	10	<b>23</b>	9	21	<b>30</b>	<b>53</b>
<b>2023</b>	15	13	<b>28</b>	8	14	<b>21</b>	<b>50</b>
<b>2022</b>	15	27	<b>42</b>	4	16	<b>20</b>	<b>62</b>
<b>2021</b>	18	25	<b>43</b>	12	22	<b>34</b>	<b>77</b>
<b>2020</b>	11	29	<b>40</b>	7	27	<b>34</b>	<b>74</b>
<b>2019</b>	18	18	<b>36</b>	6	11	<b>17</b>	<b>53</b>

## Les podcasts

Les podcasts de l'Irdes, lancés en décembre 2023, donnent la parole aux chercheuses et chercheurs de l'Irdes sur une question de recherche, en écho à l'actualité de la santé et de la protection sociale. Ils mettent à la disposition d'un large public, sous format audio, les résultats les plus récents des études, recherches ou enquêtes menées par l'Institut.

La série des podcasts est fabriquée en interne, de même que les publications de l'Irdes. Le comité éditorial est composé d'Estelle Augé, de Paul Dourgnon, d'Anna Marek, de Denis Raynaud et d'Aude Sirvain.

Le premier numéro est consacré à l'Aide médicale de l'Etat (AME) : « L'AME aux confins de l'Etat-providence : coût, état de santé, appel d'air, que nous enseigne la recherche ? », par Paul Dourgnon ; le deuxième numéro, diffusé en avril 2024, a pour thème la « **Médecine de ville : quelle contribution des médecins généralistes nés et diplômés à l'étranger à la réduction des inégalités d'accès géographique aux soins ?** » par Guillaume Chevillard, Véronique Lucas-Gabrielli et Julien Mousquès ; le troisième est paru en juillet 2024 : « Les soins pour tous, des dispensaires aux centres de santé », par Julia Legrand et Laure Pitti ; et le quatrième, en novembre 2024 : « Aides auditives et 100 % santé : les enjeux d'une réforme très française », de Sylvain Pichetti et Denis Raynaud.

<https://www.irdes.fr/recherche/podcasts.html>

<b>PODCASTS</b>	<b>Déc 2023</b>	Janvier 2024	Février 2024	Mars 2024	<b>Avril 2024</b>	Mai 2024	Juin 2024	<b>Juillet 2024</b>	Août 2024	Septembre 2024	Octobre 2024	<b>Total</b>
<b>n°1 : L'AME (déc 2023)</b>	2639	508	261	274	786	387	299	1 815	97	131	98	<b>7 295</b>
<b>n°2 : Les MG étrangers (avr 2024)</b>					790	460	350	2 217	78	93	88	<b>4 076</b>
<b>n°3 : Les centres de santé (juill 2024)</b>								2 675	272	611	340	<b>3 898</b>
<b>TOTAL</b>	2639	508	261	274	1576	847	649	6707	447			<b>15 269</b>

## 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.249 et 4 p. 269). Elles accueillent une nouvelle rubrique, sous la forme de podcasts.

### 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.266).

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

**En 2024**, les lettres électroniques de l'Irdes poursuivent leur développement, envoyées gratuitement à 30 600 correspondants.

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

#### ➤ Les communiqués de presse (annexe 4 p.269)



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 ou d'un podcast, à l'occasion de manifestations ou nouveautés des bases de données. Leur nombre s'élève à une quinzaine par an. 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 2024, le séminaire international sur l'évaluation des politiques publiques a eu lieu :**

### **10<sup>th</sup> IRDES Workshop on Applied Health Economics and Policy Evaluation**

Colloque co-organisé avec la chaire Santé Dauphine, Paris 19<sup>e</sup>, 20-21 juin 2024.

<https://www.irdes.fr/english/conferences-and-workshops/9th-irdes-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 quantité 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 2024, 11 « Mardis de l'Irdes », dont la fréquentation ne cesse de s'accroître depuis que les mardis ont lieu en visioconférence.**

- 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. Ils sont désormais coordonnés par Clara Dugord, Coralie Gandré et Rémy Yin, 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 est coorganisé en 2024-2025 avec le Laboratoire interdisciplinaire de recherche appliquée en économie-gestion et santé (Liraes) de l'Université Paris-Cité.
- **Les retombées presse** (annexe 4, p. 269)
- **En octobre 2024**, le nombre de citations dans la presse écrite et web s'élève à 431 (476 en 2023), soit 127 en presse écrite et 282 en presse web. **Pour la première année, la presse web arrive en tête des recensions des travaux de l'Irdes.** En presse écrite, en 2024, ce sont surtout les titres de la presse médicale (41) et la presse quotidienne régionale (42) qui

reprent les travaux des chercheurs de l'Irdes, suivis par la presse politique, syndicale et économique (17). En presse web, ce sont surtout les portails spécialisés ou d'information (103) et les quotidiens ou hebdomadaires régionaux (97), suivis de la presse politique, syndicale, économique (33) [cf. tableau ci-dessous].

- **Les thématiques les plus récurrentes en 2024 ont été :** l'Aide médicale de l'Etat (AME), les déserts médicaux, la complémentaire santé, la comparaison des systèmes de santé en France et en Allemagne, le handicap, la psychiatrie et la santé mentale, les pratiques de coopération en santé, etc.

<b>PRESSE ECRITE</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
Agence de presse et de veille	26	7
Presse médicale	160	41
Presse quotidienne nationale	11	8
Presse quotidienne régionale	24	42
Autre presse écrite hors domaine santé	6	12
Presse politique, syndicale, économique et sociale	24	17
<b>PRESSE RADIO/TV</b>		
Radio-TV	19	22
<b>PRESSE INTERNET</b>		
Politique, Syndicaliste, Économique et sociale	22	33
Quotidiens ou hebdomadaires nationaux	24	23
Quotidiens ou hebdomadaires régionaux	40	97
Presse étrangère	17	26
Spécialisés ou portails d'informations	103	103
<b>TOTAL</b>	<b>476</b>	<b>431</b>

### Les interventions des chercheurs dans les médias en 2024

En 2024, les chercheurs ont davantage répondu à des interviews dans la presse internet et la presse écrite (cf. tableau ci-dessous et annexe 4 p. 268).

Les principales thématiques sur lesquelles les chercheurs ont été sollicités sont globalement les mêmes que ci-dessus.

	<b>2023</b>	<b>2024</b>
<b>Presse écrite</b>	7	9
<b>Radio/TV</b>	6	2
<b>Presse Internet</b>	11	14
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>25</b>

### Le site Internet [irdes.fr](http://irdes.fr) et les réseaux sociaux

Depuis 1995, le site de l'Irdes, accessible à l'adresse [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr) en français et en anglais, intègre les dernières avancées techniques pour offrir une expérience utilisateur optimale sur tous les appareils modernes, en respectant les normes du Responsive Design. Ce design permet au site de s'adapter de manière fluide à tous les supports : ordinateurs, tablettes et smartphones.

La présentation attrayante et intuitive du site facilite la navigation et les recherches. L'utilisation d'images, de blocs, de menus, d'onglets, de caractères plus grands, de classements d'informations, de couleurs distinctes pour les rubriques et de repères visuels contribue à cette expérience utilisateur améliorée.

Les ressources du site sont réparties en six groupes : Irdes, Actualités, Publications, Recherche, Données et Documentation, permettant un accès rapide et intuitif aux différentes informations. Cette organisation optimise et simplifie la navigation des internautes. Le site est mis à jour

quotidiennement par l'équipe Web, avec les dernières publications, communications sur les colloques, séminaires, projets et partenariats, mais aussi les pages des chercheurs, ce qui maintient un lien permanent avec les utilisateurs.

L'augmentation régulière des abonnements à nos réseaux sociaux via X, LinkedIn, Threads et récemment Bluesky, ainsi que les fils RSS témoigne de 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 complètent les fils RSS.

En suivant de près les recommandations de Google sur les méthodes et techniques de référencement, nous assurons une visibilité optimale de l'Irdes et de nos publications auprès des internautes. La mise en ligne des documents au format ePub, en plus du HTML et du PDF, vise également à couvrir un maximum de formats pour rendre nos publications facilement consultables sur tous les supports électroniques disponibles sur le marché."

#### **Chiffres clefs :**

- 8 000 pages web
- 2 200 pdf
- 270 ePub
- 4 podcasts
- 2 millions de téléchargements / an (Pdf & ePub & Podcast)
  - 8 400 followers Twitter <http://twitter.com/irdes>
  - 170 abonnées BlueSky <https://bsky.app/profile/irdes-fr.bsky.social>
  - 4 200 abonnés LinkedIn <https://www.linkedin.com/company/irdes>

### **Organisation des équipes Publications-Communication**

#### **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 en économie de la santé, actualisé en continu.

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 30 600 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)cadre. Bourgeois I. (Irdes, Icone 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, Icone 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, Hospinomics (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.249.**

### 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 : 50 000 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 : 30 600
- Nombre d'exemplaires papier : 300
- Nombre d'abonnés à la version papier : 196

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	: 12 050
Nombre d'exemplaires papier	: 50
Nombre d'abonnés à la version papier	: 33

Gratuit

## ***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	: 30 600
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	: 30 600
Nombre d'exemplaires papier	: 150 à 300
Prix de l'exemplaire (volume (nombre de pages et illustrations))	: 20 à 40 € selon le



## 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 30 600 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 (30 600 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 un ou aux 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(s) systématiquement renseignés. Quand leur compréhension n'est pas immédiate, un guide de lecture les accompagne.

## ANNEXE 2

### Liste des publications des chercheurs en 2024

#### EDITIONS IRDES

##### Liste des *Questions d'économie de la santé* publiés en 2024

- N° 294 Près de 7 % de la population a des limites dans la vie quotidienne à la suite d'un trouble psychique, intellectuel ou cognitif  
[Espagnacq M.](#), Regaert C. (Irdes), 2024/11
- N° 293 [Financement et accès aux aides auditives en Europe : une comparaison entre la France, l'Angleterre, la Belgique et la Suède](#)  
[Pichetti S.](#), [d'Estève de Pradel A.](#), [Espagnacq M.](#) (Irdes), 2024/10
- N° 292 *Bridging the gap*. L'implication de structures de santé mentale ambulatoires dans les soins primaires aux Etats-Unis : enseignements pour une prise en charge intégrée des troubles psychiques sévères en France.  
Gandré C. (Irdes), McGinty B. (Université de Cornell,  tats-Unis), 2024/09
- N° 291 Ciblage, aller-vers et individualisation de l'offre sociale : les résultats du programme Pari sur la consommation de soins des travailleurs indépendants  
Estelle Augé (Irdes), Nicolas Sirven (Univ Rennes, EHESP, CNRS, Inserm, Arènes - UMR 6051, RSMS - U1309 ; Irdes), 2024/07-8
- N° 290 Comparaison des soins ambulatoires en France et en Allemagne : quels enseignements ?  
Sarah Minery (Irdes), 2024/06
- N° 289 Conséquences financières de la mise en invalidité des personnes atteintes de sclérose en plaques et points de vue des malades  
[Espagnacq M.](#) (Irdes), [Guillaume S.](#) (Irdes), [Leray E.](#) (EHESP, Inserm U1309 RSMS), en collaboration avec [Duguet E.](#) (Université Paris-Est Créteil), [Pichetti S.](#) (Irdes), [Regaert C.](#) (Irdes), 2024/05
- N° 288 Améliorer la prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques : le rôle majeur des infirmières de coordination et des outils de communication  
Augé E. et Bricard D. (Irdes), 2024/04
- N° 287 Changer les comportements de santé : les perspectives de l'économie comportementale  
[Antoine Marsaudon](#) (Irdes), [Paul Dourgnon](#) (Irdes), [Lise Rochaix](#) (Paris 1, Hospinomics – APHP et PSE) et [Mattéo M. Galizzi](#) (LSE), 2024/03
- N° 286 Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements ».  
[Touitou-Burckard E.](#), [Gandré C.](#), [Magali Coldefy M.](#) (Irdes), en collaboration avec [Ellini A.](#) ( tablissement public de santé de Ville-Evrard), [Saetta S.](#) ( cole nationale des solidarités, de l'encadrement et de l'intervention sociale-Enseis) et le consortium Plaid-Care, 2024/02
- N° 285 Des expérimentateurs et promoteurs inattendus : mise en œuvre, effets et usages de l'expérimentation Peps dans 16 centres de santé.  
[Legrand J.](#) (Irdes, Cresppa-GTM), [Pitti L.](#) (Cresppa-CSU, Irdes), 2024/01

**Questions d'économie de la santé (Issues in Health Economics) publiés en anglais en 2024**

- N° 273 [The Entrepreneurial Role of Doctors in the Transformation of Primary Healthcare. An Analysis of the Conditions of the Private Project Leaders' Participation in the IPEP and PEPS Experiments](#)  
Schlegel V. (IRDES, Cresppa-CSU)
- N° 292 *Bridging the gap*. The Involvement of Community-based Specialty Mental Health Services in Primary Care: Lessons from the Behavioral Health Home Model in the U.S. for the Integrated Care of Serious Mental Illness in France.  
Gandré C. (IRDES), McGinty B. (Weill Cornell Medicine, USA)
- N° 286 Use of seclusion and restraint in hospitals providing psychiatric care in France in 2022: An unprecedented overview of the affected population and of practice variations across facilities  
Touitou-Burckard E., Gandré C., Coldefy M. (Irdes), en collaboration avec Ellini A. ( tablissement public de santé de Ville-Evrard), Saetta S. ( cole nationale des solidarités, de l'encadrement et de l'intervention sociale-Enseis) et le consortium Plaid-Care
- N° 290 Lessons from a comparison of ambulatory care in France and Germany.  
Minery S., Or Z. (IRDES)
- N° 284 Insured like any others. An analysis of the ambulatory healthcare consumption of undocumented immigrants covered by State Medical Aid  
Petit S. (Université de Bordeaux), Wittwer J. (Université de Bordeaux), Dourgnon P. (IRDES), Jusot F. (Université Paris-Dauphine, PSL, Leda-Legos, IRDES), Marsaudon A. (IRDES), 2023/12
- N° 275 The use of IPEP and PEPS experimental funding in five Multiprofessional Group Practices (MSPs). Towards a redefinition of the professional boundaries in the division of care work  
Morize N. (Sciences Po, Centre for the Sociology of Organisations, affiliated to IRDES), Schlegel V. (IRDES, Cresppa-CSU), 2023/02
- N° 280 Access to Healthcare Services and Usual Source of Care of Undocumented Immigrants when Covered by State Medical Aid.  
Marsaudon A. (IRDES), Jusot F. (Université Paris-Dauphine, PSL, Leda-Legos, IRDES), Wittwer J. (Université de Bordeaux) and Dourgnon P. (IRDES) 2023/07-08
- N° 277** Advanced Practice Nursing (APN) in French Primary Care: The Difficult Implementation of a Fragile Profession  
Luan L. and Fournier C. (IRDES) In collaboration with Afrite A. (IRDES)/ 2023/ 04
- N° 274 Job Retention Difficulties Following the Clinical Onset of Multiple Sclerosis: Salary Loss and the Role Played by Income Replacement Benefits in Compensating for the Associated Decrease in Income  
Espagnacq M. (IRDES), Leray E. (EHESP), Regaert C. (IRDES), Guilleux A. (EHESP), Pichetti S. (IRDES), Guillaume S. (IRDES) and Duguet E. (UPEC), 2023/01
- N° 247 Do Primary Care Teams Attract Young GPs to Medically Underserved Areas?/ Guillaume Chevillard, Julien Mousquès (IRDES), 2020/03 (Publié en septembre 2023)

### Liste des Rapports publiés en 2024

- .N° 592 Faisabilité d'identification des personnes à risque de handicap (Fish) à partir des données du Système national des données de santé (SNDS). Méthodes et résultats de l'algorithme sur les troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs (Pic)  
[Espagnacq M.](#), [Regaert C.](#) (Irdes). Avec la collaboration de [Sermet C.](#), [Daniel F.](#) (Irdes)
- N° 591 Améliorer l'organisation de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. Evaluation d'expérimentations territoriales dans six régions.  
Augé E., Bricard D., Raynaud D. (Irdes), avec la collaboration de Bayat S. et Raffray M. (EHESP), 2024/04
- N° 590 Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne.  
Minery S. et Or Z. (Irdes), 2024/03

### Ouvrage 2024

Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à onze interventions chirurgicales.  
Edition 2023.  
Or Z. (Irdes), Cartailier J. (Irdes), Le Bail M. (HAS, Irdes)  
Ouvrage n° 9, série Atlas - Février 2024 - 102 pages - Prix : 35 €

### Thèse

Les coûts de l'autonomie : économistes et médecins libéraux dans les réformes expérimentales des soins primaires.  
Morize N.  
Thèse de doctorat en sociologie, dirigée par Patrick Castel, directeur de recherche à la FNSP et Cécile Fournier, directrice de recherche à l'Irdes. Institut d'études politiques de Paris - Ecole doctorale de Sciences Po., 2024.

## AUTRES EDITEURS

### Articles publiés dans des revues scientifiques, institutionnelles et professionnelles

#### ⇒ Revues scientifiques à comité de lecture en 2024 (20)

##### **Pediatric hospitalizations and emergency department visits related to mental health conditions and self-harm**

Valtuille Z., Trebossen V., Ouldali N., Bourmaud A., Gandré C., Aupiais C., Katsahian S., Delorme R., Peyre H., Kaguélidou F., *JAMA Netw Open*. 2024;7(10):e2441874.

[https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2825441?guestAccessKey=9773d478-f6e6-4288-b4a4-](https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2825441?guestAccessKey=9773d478-f6e6-4288-b4a4-5c43193e5648&utm_source=jps&utm_medium=email&utm_campaign=author_alert-jamanetwork&utm_content=author-author_engagement&utm_term=1m)

[5c43193e5648&utm\\_source=jps&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=author\\_alert-jamanetwork&utm\\_content=author-author\\_engagement&utm\\_term=1m](https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2825441?guestAccessKey=9773d478-f6e6-4288-b4a4-5c43193e5648&utm_source=jps&utm_medium=email&utm_campaign=author_alert-jamanetwork&utm_content=author-author_engagement&utm_term=1m)

##### [International comparison of hospitalizations and emergency department visits related to mental health conditions across high-income countries before and during the COVID-19 pandemic.](#)

Bowden N., Hedquist A., Dai D., Abiona O., Bernal-Delgado E., Blankart C.R., Cartailier J., Estupiñán-Romero F., Haywood P., Or Z., Papanicolas I., Stafford M., Wyatt S., Sund R., Uwitonze J.P., Wodchis W.P., Gauld R., Vu H., Sawaya T., Figueroa J.F. *Health Services Research*, en ligne 01/10/2024. **(Catégorie 2 - CNRS) - (Cat. A - Hcéres)**

Impact of the COVID-19 pandemic on lung cancer diagnoses and mortality: A nationwide study in France. Poucineau J., Khat M., Lapidus N., Chouaïd C., Espagnacq M., Delory T., Le Cœur S. *Cancer Epidemiology*. Vol. 93, n° 102679, 2024/12

<https://doi.org/10.1016/j.canep.2024.102679>

Adaptation of French general practitioners for the management of nursing home patients during COVID-19 in 2020: A multilevel analysis. Orceel V., Bouchez T., Ramond-Roquin A., Bourgueil Y., Renard V., Gautier S., Breton J.L. *BMC Primary Care*. Vol.25, n°350, 2024/09

<https://doi.org/10.1186/s12875-024-02560-9>

Do Behavioral Characteristics Influence the Breast Cancer Diagnosis Delay? Evidence From French Retrospective Data. Le Clainche C., Marsaudon A., Rochaix L., Haon B., Vergnaud J.C. *Value in Health*. Vol.27, n°10, 2024/10, 1408-1416

<https://doi.org/10.1016/j.jval.2024.06.008> **(Catégorie 2 – CNRS) – (Cat. A – Hcéres)**

Patients like any others? Providing coverage to undocumented migrants in France: effects on access to care and usual source of care. Marsaudon A., Jusot F., Wittwer J., Dourgnon P. *European Journal of Public Health*. 2024/09

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae143> **(Catégorie 3 – CNRS) – (Cat. B – Hcéres)**

Did the COVID-19 pandemic reshape equity in healthcare use in Europe? Arnault L., Jusot F., Renaud T. *Social Science & Medicine*, vol. 358, 2024/08

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117194> **(Catégorie 1 – CNRS) – (Cat. A – Hcéres)**

Can revenue collection for public funding in health care be progressive? An assessment of 29 Countries. Rice T., Vrangbæk K., Saunes I-S., Bouckaert N., Bryndová L., Cascini F., Vörk A., Dimova A., Kocot E., Murauskienė L., Bricard D., Blumel M., Gaál P., Pažitný P. *Health Policy*, Vol.148, 2024/08 <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105147>

**(Catégorie 2 - CNRS) - (Cat. A - Hcéres)**

A novel approach to the epidemiology of people living with spinal cord injuries in France based on an original algorithm from public health insurance data. Duchaine F., Espagnacq M.,

Bensmail D., Regaert C., Denys P., Levy J. *Journal of Epidemiology and Population Health*. Vol. 72-n°5, 2024/08 <https://doi.org/10.1016/j.jep.h.2024.202773>

Do Behavioral Characteristics Influence the Breast Cancer Diagnosis Delay? Evidence from French Retrospective Data. Clainche CL., Marsaudon A., Rochaix L., Baptiste H., Vergnaud JC. *Value Health*. En ligne 2024/07

<https://doi.org/10.1016/j.jval.2024.06.008> (Catégorie 2 – CNRS) – (Cat. A – Hcéres)

A French classification to describe medical deserts: A multi-professional approach based on the first contact with the healthcare system".

Bonal M. (Irdes), Padilla C. (EHESP), Chevillard G. (Irdes), Lucas-Gabrielli V. (Irdes) *Int J Health Geogr*, 2024/ 23, 5.

Le genre de l'hystérie. Catégories savantes, sens commun et médicaments en psychiatrie publique. Legrand J. *Sociétés contemporaines*. En ligne 2024/05

<https://www.pressesdesciencespo.fr/fr/book/?gcoi=27246100894090#h2tabDetails>

L'impact d'un programme social sur la consommation de soins des travailleurs indépendants âgés en France. Augé E., Sirven N. *Economie et Statistique*, n° 542, 2024/05, p. 79–98

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8186054?sommaire=8186084>

(Catégorie 3 – CNRS) – (Cat. B – Hcéres)

The double burden of severe mental illness and cancer: A population-based study on colorectal cancer care pathways from screening to end-of-life care. Seppänen A-V., Daniel F., Houzard S., Le Bihan C., Coldefy M., Gandré C. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Vol. 33-n°27,

2024/05 <https://doi.org/10.1017/S2045796024000234>

The role of the health sector in tackling climate change: A narrative review.

Or Z., Seppänen A.-V. *Health Policy*. Vol 143, n° 05053, 2024/03, 27 p.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851024000630?via%3Dihub>

(Catégorie 2 - CNRS) - (Cat. A - Hcéres)

Impact of multiple sclerosis on employment and income: Insights from a random sample representative of private sector employees in France using longitudinal administrative data.

Leray E., Regaert C., Duguet E., Guillaume S., Pichetti S., Espagnacq M. *Revue neurologique*, On line 5/04/2024, <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2024.02.389>.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003537872400479X>

Comparing GPs according to their model of practice: are multiprofessional group practices associated with more favourable working conditions?

Biais M., Cassou M., Franc C. *The European Journal of Health Economics*, on line 03/04/2024

<https://doi.org/10.1007/s10198-024-01687-x>

(Catégorie 2 - CNRS) - (Cat. A - Hcéres)

A French Classification to Describe Medical Deserts: A Multi-Professional Approach Based on the First Contact with the Healthcare System.

Bonal, M., Padilla, C., Chevillard, G., Lucas-Gabrielli V. *International Journal of Health Geographics*, Vol 23, n°5, 2024/02, 13 p. <https://doi.org/10.1186/s12942-024-00366-7>

Impact of the COVID-19 Pandemic on COPD Patient Mortality : A Nationwide Study in France. Poucineau J., Khlat M., Lapidus N., Espagnacq M., Chouaïd C., Delory T., Le Coeur

S. *International Journal of Public Health*, en ligne le 01/02/2024, 1-10  
<https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1606617>

[Barriers and Facilitators to the HPV Maccine. A Multicenter Qualitative Study of French General Practitioners.](#) Tron A., Schlegel V., Pinot J., Bruel S., Ecollan M., Le Bel J., Rossignol L., Gauchet A., Gagneux-Brunon A., Mueller J., Banaszuk AS., Thilly N., Gilberg S., Partouche H. *Archives of Public Health publique*, n° 2, 2024/01, 1-10.  
<https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-023-01227-8>

#### ⇒ **Revue scientifique à comité de rédaction en 2024 (3)**

Les bons comptes ne font pas l'égalité. Le partage des rémunérations en maisons de santé.  
Morize N. *Sociologie du travail*, Vol. 66 - n° 2, 2024/5, **Prix des jeunes auteurices 2023**  
<https://journals.openedition.org/sdt/45823>

Déserts médicaux en soins de premier recours : un regard économique.  
Mousquès J. *Les Tribunes de la santé*, 78, p. 57-63. 2023/4.  
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2023-4-page-57.htm?ref=doi>

Maillages sanitaires en France : « Camailleu-santé », un outil de cartographie en ligne pour suivre leurs évolutions dans le temps.  
Eliot E., Mangeney C., Lucas-Gabrielli V., Chevillard G., Lemaire J., Thomas N. *Revue francophone sur la santé et les territoires (RFST)*, en ligne le 22/12/2023, 1-22  
<https://journals.openedition.org/rfst/1939>

#### ⇒ **Revue institutionnelle sans comité de rédaction (4)**

La fragilité chez les 50 ans et plus en France et en Europe. Deux décennies d'évolution et d'inégalités à partir des données de l'enquête SHARE. Arnaul L., Jusot F., Renaud T. Institut santé numérique en société, *Données numériques, santé en société*, n° 4 2024/09  
<https://hal.science/hal-04701334v1>

L'AME : une politique de santé aux frontières de la solidarité collective. Jusot F., Dourgnon P., Marsaudon A., Wittwer J. *Géopolitique, Droit, Société*. En ligne 2024/06  
<https://dauphine.psl.eu/eclairages/article/lame-une-politique-de-sante-aux-frontieres-de-la-solidarite-collective>

La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties. Bithorel P-L., Cometz R., Dauphant F., Desjonquères A., Willencourt C., Ducoulombier A., Durand F., Guilloton V., Lapinte A., Maugendre E., Pierre A., Poulon P., Solotareff R., Troy L. *Panoramas de la Drees*, 2024/07, 263 p.  
[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/240710\\_Panorama\\_ComplementaireSante2024](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/240710_Panorama_ComplementaireSante2024)

Les médecins généralistes exerçant seuls et ceux en maison de santé pluriprofessionnelle se distinguent par une plus grande disponibilité pour les patients. Études et résultats. Biais M., Cassou M., Franc C. *Drees, Etudes et résultats*, n° 1301, 2024/05.  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-05/ER1301.pdf>

#### **Rapports, documents de travail ou chapitres 2024**

⇒ **Publications scientifiques**

**- Rapports**

Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in France. Bricard D. *World Health Organization. Regional Office for Europe*, en ligne 2024/04, 96p. <https://iris.who.int/handle/10665/376550>

▪ **- Documents de travail (1)**

Cross-Country Performance in Social Integration of Older Migrants: A European Perspective. Berchet C., Sirven N., Document de travail n° 8. Paris : Legos, 2023/05, 25p. <https://hal.science/hal-04103887/document>

▪ **Chapitres (2)**

[Rationalization of the healthcare provision and mobility.](#) [Lucas-Gabrielli V.](#), [Mangeney C.](#) In *Mobilité quotidienne et santé*, sous la dir de Vallée J. ISTE Group, chap. 7, 2024/10, 199-229.

L'intercommunalité, initiatrice et bénéficiaire d'instruments face à la désertification médicale. [Chevallard G.](#), in *Intercommunalité et santé. Un acteur de la santé publique ?* Sous la dir. de Eddazi F., Dournel S., Allorant P., Guérit F. Le Kremlin-Bicêtre : Editions Mare et Martin. 2023/09, 103-116. <https://www.mareetmartin.com/livre/intercommunalite-et-sante>

# ANNEXE 3

## Graphiques et interviews du mois

### Graphiques du mois

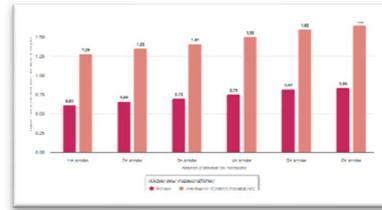
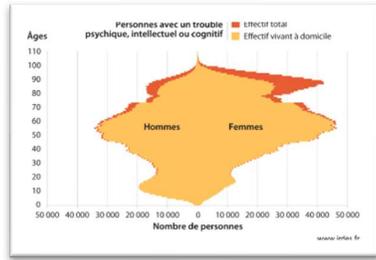
Rubriques de la lettre d'information de l'Irdes reprises en première page du site internet de l'Irdes en 2024

DECEMBRE 2024 :

NOVEMBRE 2024 :

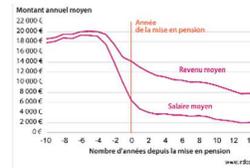
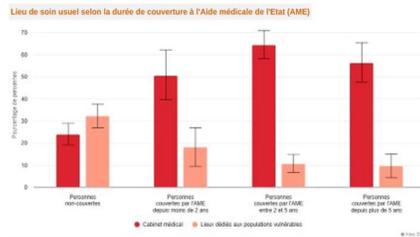
**OCTOBRE 2024** : Pyramides des âges au 31 décembre 2019 de la population avec une limitation Psychique, intellectuelle ou cognitive (Pic) vivant à domicile ou en établissement médico-social

**SEPTEMBRE 2024** : Rémunération de base des internes en médecine - comparaison France-Allemagne par rapport au salaire moyen dans chaque pays (montants au 1<sup>er</sup> juillet 2022)



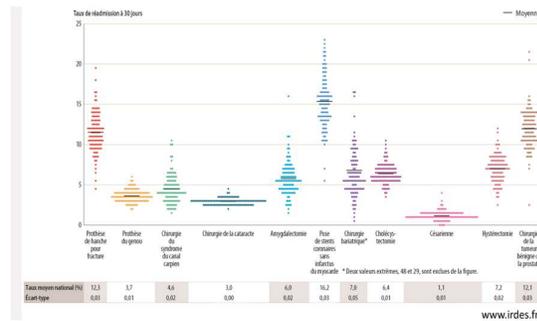
**JUILLET 2024** Évolution des dépenses ambulatoires des travailleurs indépendants

**JUIN 2024** : Personnes atteintes de sclérose en plaques : ressources des pensionnés par rapport à l'entrée en pension d'invalidité

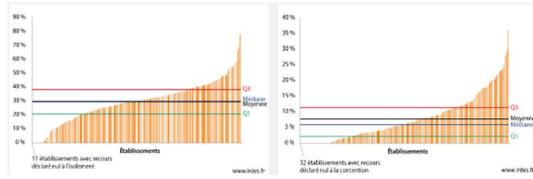


**MAI 2024** : Proportion de patients dialysés inscrits sur la liste d'attente de greffe (60-75 ans) : évolution des indicateurs de résultats entre groupes traité et témoin

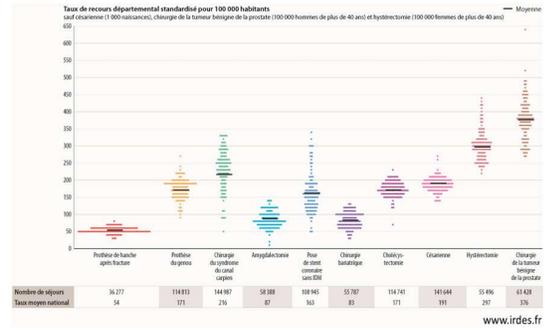
**AVRIL 2024** : Variation départementale des taux de réadmissions\* à 30 jours après une intervention chirurgicale en 2019



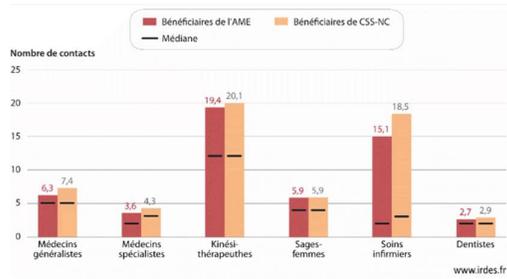
**MARS 2024** : Recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique en psychiatrie en 2022



**FEVRIER 2024** : Variation départementale des taux de recours\* à différentes pratiques chirurgicales en France en 2019



**JANVIER 2024** : Contacts par professionnel de santé des bénéficiaires de l'Aide médicale de l'Etat et de la Couverture santé solidaire, en 2018



## Liste des « Trois questions à... », interviews du mois

### Octobre 2024

[3 questions à...](#) Sylvain Pichetti, Alice d'Estève de Pradel et Maude Espagnacq, à l'occasion de la parution du *Questions d'économie de la santé* n° 293 intitulé : « Financement et accès aux aides auditives en Europe : une comparaison entre la France, l'Angleterre, la Belgique et la Suède »

### Septembre 2024

[3 questions à...](#) Coralie Gandré, à l'occasion de la parution du *Questions d'économie de la santé* n° 292 intitulé : « Bridging the gap. L'implication de structures de santé mentale ambulatoires dans les soins primaires aux Etats-Unis : enseignements pour une prise en charge intégrée des troubles psychiques sévères en France », rédigé avec Beth McGinty

### Juillet 2024

[3 questions à...](#) Estelle Augé et Nicolas Sirven, à l'occasion de la parution du *Questions d'économie de la santé* n° 291 intitulé : « Vieillesse des travailleurs indépendants : l'impact des aides sociales sur la consommation de soins »

### Juin 2024

[3 questions à...](#) Maude Espagnacq (Irdes), Stéphanie Guillaume (Irdes) et Emmanuelle Leray (EHESP, Inserm U1309 RSMS), à l'occasion de la parution du *Questions d'économie de la santé* n° 289 intitulé : « Conséquences financières de la mise en invalidité des personnes atteintes de sclérose en plaques et points de vue des malades », réalisé avec la collaboration d'Emmanuel Duguet (Université Paris-Est Créteil), Sylvain Pichetti (Irdes) et Camille Regaert (Irdes)

### Mai 2024

[3 questions à...](#) Estelle Augé et Damien Bricard (Irdes) à l'occasion de la parution du *Questions d'économie de la santé* n° 288 intitulé : « Améliorer la prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques : le rôle majeur des infirmières de coordination et des outils de communication ».

### Avril 2024

[3 questions à...](#) Antoine Marsaudon et Paul Dourgnon (Irdes) à l'occasion de la parution du *Questions d'économie de la santé* n° 287 intitulé : « Changer les comportements de santé : les perspectives de l'économie comportementale », réalisé avec Lise Rochaix (Paris 1, Hospinnomics - APHP et PSE) et Mattéo M. Galizzi (LSE)

### Mars 2024

[3 questions à...](#) Esther Toutou-Burckard, Coralie Gandré et Magali Coldefy à l'occasion de la parution du *Questions d'économie de la santé* n° 286, intitulé : « Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements », réalisé avec Anis Ellini, Sébastien Saetta et le consortium Plaid-Care.

### Février 2024

[3 questions à...](#) Zeynep Or à l'occasion de la parution de *l'ouvrage de l'Irdes* intitulé : Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à onze interventions chirurgicales, réalisé avec Julie Cartailier et Morgane Le Bail

### Janvier 2024

[3 questions à...](#) Julia Legrand et Laure Pitti à l'occasion de la parution du *Questions d'économie de la santé* n° 285 intitulé : « Des expérimentateurs et promoteurs inattendus : mise en œuvre, effets et usages de l'expérimentation Peps dans 16 centres de santé »

## ANNEXE 4

### Liste des communiqués de presse

<https://www.irdes.fr/presse/communiques-de-presse.html>

- 22 oct Financement et accès aux aides auditives en Europe : une comparaison entre la France, l'Angleterre, la Belgique et la Suède
- 26 sept Faisabilité d'identification des personnes à risque de handicap (Fish) à partir des données du Système national des données de santé (SNDS)  
Méthodes et résultats de l'algorithme sur les troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs (Pic)
- 10 sept Bridging the gap. L'implication de structures de santé mentale ambulatoires dans les soins primaires aux États-Unis : enseignements pour une prise en charge intégrée des troubles psychiques sévères en France)
- 5 sept Vieillesse des travailleurs indépendants : l'impact des aides sociales sur la consommation de soins
- 9 juillet Mise à disposition de la typologie communale de l'accessibilité aux soins de premier recours en France
- 20 juin Comparaison des soins ambulatoires en France et en Allemagne : quels enseignements ? /  
Lessons from a comparison of ambulatory care in France and Germany
- 30 mai Conséquences financières de la mise en invalidité des personnes atteintes de sclérose en plaques et points de vue des malades
- 20 avr 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 sur les limitations motrices ou organiques
- 29 mai Améliorer la prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques : le rôle majeur des infirmières de coordination et des outils de communication
- 28 mars Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne
- 5 mars Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements
- 1er fév Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à onze interventions chirurgicales
- 30 janv Des expérimentateurs et promoteurs inattendus : mise en œuvre, effets et usages de l'expérimentation Peps dans 16 centres de santé

### Interventions médiatiques 2024

⇒ **Presse écrite (9)**

Pascale LENGAGNE

*Le quotidien du médecin.fr*, 20 septembre 2024 – Dérapage des dépenses d'arrêts de travail : à qui la faute ?

Noémie MORIZE

*Concours pluripro*, septembre 2024 – Le forfait collectif permet aux médecins libéraux de se rapprocher des avantages des salariés

Magali COLDEFY et Coralie GANDRE

*Le quotidien du medecin*, 07 juin 2024 – En psychiatrie, les variations sont marquées dans l'usage de l'isolement et la contention

Véronique LUCAS

*Le Parisien*, 10 mai 2024 – L'Île-de-France, loin du paradis

*Le Parisien*, 10 mai 2024 – Où vivre avec la meilleure offre de soins

Marc PERRONNIN

*Vosges matin*, 30 mars 2024 – Les hausses vont peser davantage sur les plus modestes

Julien Mousquès

*L'Argus de l'assurance*, 29 mars 2024 – L'inexorable avancée de la rémunération forfaitaire

4Guillaume CHEVILLARD

*France Algérie actualité*, Février 2024 Médecins algériens, le pilier qui empêche l'effondrement du système de santé en France

*Intercommunalités.fr*, juin 2024 – Les maisons de santé, un levier qui fonctionne pour l'installation de jeunes médecins

#### ⇒ Presse Internet ((14))

Zeynep Or

[www.lexpress.fr](http://www.lexpress.fr), 26 septembre 2024 – Médecine de ville : pourquoi l'Allemagne s'en sort mieux que la France

Noémie Morize

[fr.everand.com](http://fr.everand.com), 04 juillet 2024 – Soins primaires : réformes expérimentales pour financer les professionnels de santé

Magali Coldefy et Coralie Gandre

[www.lequotidiendumedecin.fr](http://www.lequotidiendumedecin.fr), 07 juin 2024 – Coralie Gandré et Magali Coldefy (Irdes) : « En psychiatrie, il existe des variations très marquées dans l'usage de l'isolement et de la contention »

Guillaume Chevillard

[podcast.ausha.co](http://podcast.ausha.co), juin 2024 – Podcast Médecin qui es-tu ?

[www.leparisien.fr](http://www.leparisien.fr), 10 mai 2024 – Médecins, hôpitaux, urgences... Où vivre avec la meilleure offre de soins ? Notre classement exclusif

[aqui.fr](http://aqui.fr), 5 février 2024 – Face aux déserts médicaux, chaque territoire teste un remède

Véronique Lucas

[www.leparisien.fr](http://www.leparisien.fr), 10 mai 2024 – Médecins, hôpitaux, urgences... Où vivre avec la meilleure offre de soins ?

[www.leparisien.fr](http://www.leparisien.fr), 10 mai 2024 – Où vivre en Île-de-France et dans l'Oise avec la meilleure offre de soins ? Notre classement exclusif

Marc Perronnin

[www.lalsace.fr](http://www.lalsace.fr), 30 mars 2024 – Interview. Doublement des franchises médicales : « Cela va peser davantage sur les plus modestes »

Denis Raynaud

[www.la-croix.com](http://www.la-croix.com), 29 mars 2024 – L'hôpital se porte mieux en France qu'en Allemagne

Julien Mousquès

[www.lagazettedescommunes.com](http://www.lagazettedescommunes.com), 2 avril 2024 – Seule, la contrainte d'installation des médecins ne peut résoudre les problèmes à court terme

[www.lefigaro.fr](http://www.lefigaro.fr), 28 mars 2024 – Médecine de ville : la France devrait « s'inspirer » de son voisin allemand, affirme un rapport

Florence Jusot

[www.lemonde.fr](http://www.lemonde.fr), 19 janvier 2024 – Franchises médicales : « L'enjeu est de trouver de nouvelles sources de financement », selon l'économiste Florence Jusot

Magali Coldefy

[www.sfm.org](http://www.sfm.org), 18 janvier 2024 – Début des travaux de la mission d'information de l'Assemblée nationale sur les urgences psychiatriques

⇒ **Radio – TV (2)**

Denis Raynaud

[www.lefigaro.fr](http://www.lefigaro.fr), 28 mars 2024 – Médecine de ville : la France devrait s'inspirer de son voisin allemand, affirme un rapport

Julien Mousquès

RCF *La matinale de 6H30 et 8H30 du 8 02 2024* – Rémunération des Médecins généralistes (MG) et autres professionnels de santé à l'occasion des négociations conventionnelles sur le prix des consultations MG

## ANNEXE 5

### Liste des Mardis de l'Irdes (16 dont 11 ouverts et 5 internes)

19 novembre 2024

Une approche multiprofessionnelle de l'accessibilité aux soins basée sur le premier contact avec le système de santé. Bonal M. (Irdes), Padilla C. (EHESP), Chevillard G. (Irdes), Lucas-Gabrielli V. (Irdes). Présentation : Bonal M. (Irdes) et Lucas-Gabrielli V. (Irdes). Discussion : Leroux I. (Drees)

1<sup>er</sup> octobre 2024

Préférences sociales dans le financement des soins : résultats de l'enquête SOPHEA. Présentation : Jusot F. (Université Paris-Dauphine, Irdes) réalisée en collaboration avec Lomidze B. (Université de Bordeaux, Bordeaux School of Economics), Wittwer J. (Université de Bordeaux, Bordeaux Population Health) et Thébaut C. (Université de Limoges). Discussion : Bricard D. (Irdes)

10 septembre 2024

« La carotte et le bâton » : les effets des politiques d'incitation et de limitation à l'installation des masseurs-kinésithérapeutes libéraux sur l'accès aux soins. Présentation : Galharret Y. (Upec, Irdes), en collaboration avec Mousquès J. (Irdes, Ehesp) et Videau Y. (Upec). Discussion : Samson A.-L. (Université Paris Panthéon-Assas)

28 mai 2024

Etat des lieux avant la pandémie de la mortalité de trois populations en situation de handicap. Présentation : Duchaine F. (Université de Strasbourg, Laboratoire Sage UMR 7363, Irdes). Discussion : Cambois E. (Ined)

21 mai 2024

Perturbation des parcours de soins en période pandémique : étude de l'impact de la pandémie de Covid-19 sur différentes pathologies au travers de l'utilisation du Système national des données de santé (SNDS). Présentation : Duchaine F. (Université de Strasbourg, Laboratoire Sage UMR 7363, Irdes), Leye E. (Sorbonne Université, Inserm, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et Santé Publique), Moulaire P. (Sorbonne Université, Inserm, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et Santé Publique), Poucineau J. (Ined, Irdes)

28 mars 2024

La prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines chez les seniors : l'impact des Ehpad. Présentation : Penneau A. (Irdes). Discussion : Perdrix E. (Université Paris-Dauphine)

12 mars 2024

Origine géographique des étudiants en médecine : un levier pour attirer des médecins en zones rurales ? Présentation : Dumontet M. (Université Nanterre, EconomiX) et Chevillard G. (Irdes). Discussion : Dormont B. (Université Paris-Dauphine)

27 février 2024

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne : quelles leçons pour la France ? Présentation : Or Z. (Irdes) et Minery S. (Irdes). Discussion : Milstein R. (OCDE)

6 février 2024

La réforme des Groupements hospitaliers de territoire (GHT). Le décréter, c'est s'intégrer ?

Présentation : Sirven N. (Université de Rennes, EHESP, CNRS, Inserm, Arènes, UMR 6051, RSMS-U 1309 ; Irdes) ; Discussion : Cassou M. (Irdes)

30 janvier 2024

Les aidants améliorent-ils la qualité de prescription des médicaments des personnes âgées atteintes de démence ? Présentation : Pichetti S., Perronnin M., Penneau A. (Irdes). Discussion : Chauvin P. (Liraes, Université Paris Cité)

## **Mardis de l'Irdes en interne (5)**

15 octobre 2024

Qui pense les territoires des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ? Et comment sont-ils pensés ? Emmanuel Hay en collaboration avec Fournier C. et Lucas-Gabrielli V.

25 septembre 2024

Présentation des données Resid-ESMS. Présentation : Leblanc G., Couturier G. et Poulain X.(Cnam).

13 février 2024

Présentation du projet Ricochet (Recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie, analyse des variations entre Etablissements et facteurs associés à l'échelle nationale). Présentation : Esther Touitou-Burckard (Irdes). Discussion : Anne Penneau (Irdes)

16 janvier 2024

Intervention n°1 : Exploitation des données de l'enquête Phedre en vue de l'imputation des données manquantes. Présentation : Hafsa Nafia (Irdes)

16 janvier 2024

Intervention n°2 : Liens entre durée de séjour et comportements de santé des immigrés vivant en France. Présentation : Vincent Lhote (Irdes)



# **ACTIVITE 2024**



## ACTIVITE ACADEMIQUE

### Collaborations suivies avec d'autres laboratoires

- Estelle Augé est :
  - Chercheuse associée au Laboratoire interdisciplinaire de recherche appliquée en économie-Gestion et santé (LIRAES) de l'Université Paris Cité.
- 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
- 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
  - membre depuis 2024 de la Commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP) de la HAS.
- Maude Espagnacq :
  - Consortium Handicovid : Paris Saclay
  - Consortium Covid-hosp : Irdes, Ined, Inserm
  - Consortium Kappa
- Cécile Fournier est chercheuse associée au *Laboratoire éducation et promotion de la santé (LEPS UR 3412)*, 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
  - chercheure associée à l'*Institut national d'études démographiques (Ined)*, depuis 2014
- Antoine Marsaudon est :
  - En collaboration avec la Chaire de recherche Hospinnomics (Paris School of School of Economics – Assistance Publique des Hôpitaux de Paris) et au Behavioral Experiments in Health Network
- Noémie Morize est :
  - Chercheuse associée au Centre de sociologie des organisations (CSO)
  - Chercheuse associée au Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques (LIEPP), Sciences Po, Paris
- 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
- Zeynep Or est :
  - Professeure d'économie affiliée à l'Université Paris Cité. Membre du Laboratoire interdisciplinaire de Recherche appliquée en économie-gestion et santé (LIRAES) depuis 2024
  - Chercheure associée à *Hospinnomics*, Chaire de recherche de l'École d'économie de Paris, depuis 2015
- Aurélie Pierre est :
  - Drees, ministère de la Santé
  - Chercheure associée au Centre de recherche en Epidémiologie et Santé des Populations (CESP) Inserm U1018, Equipe Soins primaires et prévention.

## Participation à des comités scientifiques

### Comités scientifiques internationaux

- Antoine Marsaudon est :
  - Membre du comité scientifique du Workshop on Applied Health Economics and Policy Evaluation (AHEPE 2024).
- 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 est :
  - Membre de London School of Economics, Department of Health Policy, Conseillère départementale pour les promotions académiques;
  - Membre du comité scientifique de l'European Health Policy Group (EHPG), depuis 2010;
  - Membre du groupe d'experts à l'organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) sur le projet "Fiscal Sustainability of Health System, depuis 2014
  - Membre du comité scientifique du Workshop on Applied Health Economics and Policy Evaluation (AHEPE 2024).
  - Membre du groupe d'experts sur la « Soutenabilité Fiscale des systèmes de santé », à l'organisation de coopération et de Développement Economiques (OCDE), depuis 2014.
  - Membre du réseau « Health Systems and Policy Monitor (HSPM) » de l'Observatoire européen des Systèmes de santé
- Sylvain Pichetti est :
  - Membre du comité scientifique du Workshop on Applied Health Economics and Policy Evaluation (AHEPE 2024).
- Aurélie Pierre est :
  - Membre du comité scientifique du Workshop on Applied Health Economics and Policy Evaluation (AHEPE 2024).

### Comités scientifiques nationaux

- Guillaume Chevillard
  - Participation au comité scientifique des 3<sup>èmes</sup> rencontres des géographes de la santé, Paris, mai 2024.
- Magali Coldefy :
  - 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 est :
  - Membre nommé du conseil scientifique et d'orientation (CSO) de l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) depuis 2017. Second mandat de 2021 à 2024.

- 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.
- Maude Espagnacq est :
  - Membre du comité scientifique de la Cuped depuis juin 2023.
- Coralie Gandré est :
  - Membre du comité scientifique du congrès de la Société française de santé publique (pour session 2025).
- Florence Jusot est :
  - Membre du comité scientifique des Journées des économistes de la santé français (JESF), depuis 2010.
- 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)
- Sylvain Pichetti est :
  - Membre du comité scientifique des Journées des économistes de la santé français (JESF), depuis 2010.
- Zeynep Or
  - Membre du Conseil scientifique de la chaire RESPECT (REsilience en Santé, Prévention, Environnement, Climat, Transition), depuis 2023.
  - Membre du Conseil scientifique d'Hospinomics (Chaire financée par Paris School of Economics et l'AAPHP)

## Participation à des colloques, séminaires et workshops en 2024

### Colloques, workshops et séminaires internationaux

- 15th Conference of Young Demographers. Prague (République tchèque), « Epidemiology and Mortality of People Living With Multiple Sclerosis in France”- Poster session 7-9 février 2024. Fanny Duchaine.
- European Health Policy Spring meeting, Berlin (Allemagne), Examining the Resilience of Health Systems and Health Care Workforce: How are countries coping with ongoing Challenges? 11-12 avril 2024, Zeynep Or.
- EUHPP Live Webinar: Can people afford to pay for health care? If not, what can countries do about it? (4 June 2024), on line, Participation of Damien Bricard
- 10th IRDES Workshop on Applied Health Economics and Policy Evaluation. Paris, 22-23 juin 2024.

Comité d'organisation : Damien Bricard, Khadidja Ben Larbi, Antoine Marsaudon, Zeynep Or, Sylvain Pichetti, Denis Raynaud

Comité scientifique : Damien Bricard (Irdes), Andrew Clark (Paris School of Economics), Brigitte Dormont (Université Paris-Dauphine), Owen O'Donnell (University of Macedonia and Erasmus University), Antoine Marsaudon (Irdes), Zeynep Or (Irdes), Sylvain Pichetti (Irdes), Aurélie Pierre (Irdes), Erin Strumpf (McGill University, Montreal), Jérôme Wittwer (Université de Bordeaux).

- Session 1 -Mental Health : Are You Okay? Effects of a National Peer-Support Campaign on Mental Health David Johnston, Nicole Black, Lachlan Deer, Johannes Kunz (Monash University, Australia) Discussion: Damien Bricard (IRDES, France).
- Session 3 - - Improving Value for Care - Benzodiazepine Prescription in France: The Impact of Nursing Homes Anne Penneau, Sylvain Pichetti, Marc Perronnin (IRDES, France) Discussion: Nilesh Raut (University of Sheffield and LSE, United Kingdom).
- Session 6 : Long-term Care- Demand for Domestic Help Services: Evidence from a Natural Experiment Maripier Isabelle, Siramane Coulibaly, Bernard Fortin (Université Laval, Canada) Discussion: Anne Penneau (IRDES, France)
- Workshop on the Role of Preferences in Medical Career Choices Geographical Origins of Medical Students: Impact on Preferred Practice Locations, Paris, Université de Nanterre, 25-26 juin 2024, Guillaume Chevillard, Irdes.
- EUHEA (European Health Economics Association) Conference: « Opening perspectives on health economics ». Vienne (Autriche), 30 juin-3 juillet 2024 :
  - Intra and inter-professional competition: Gynecologist activity, prices, and responses to the extension of midwives' medical services in France Matthieu Cassou, Irdes.
  - Do foreign-born-and-trained doctors help to reduce inequalities in the geographical distribution of GPs in France? Julien Mousquès, Irdes.
  - French National Health Insurance zoning policy: Is carrot and stick approach effective to attract and retain physiotherapists in rural areas? Yoann Galharret, Irdes.
  - Variations in mental healthcare spending for young adults: The role of local healthcare mix Julie Cartailleur, Irdes, France

- The impact of nursing homes on quality of drug prescription in France, Anne Penneau, Irdes.
- Hard life, hard choices: Out-of-pocket payments in households' consumption and savings trade-offs. An exploratory study from France Antoine Marsaudon, Irdes.
- Intergenerational transmission of preventive health-seeking behaviors: Like mother, like daughter? The case of cancer screenings in France Clara Dugord, Irdes.
- Improving social assistance take-up: Evidence from a French experiment among the self-employed Estelle Augé, Irdes.
- The role of the health sector in tackling climate change: A narrative review Zeynep Or, Irdes.
- Colloque international “La quantification des inégalités de santé – Enjeux théoriques et méthodologiques, Campus Condorcet Aubervilliers, 4-5 juillet 2024 – Session L'accès aux soins : Discutant : Guillaume Chevillard (Irdes).
- 12th Alter Conference, Leuven (Belgique), Quel impact de la régulation des prix des aides techniques sur les dépenses publiques et les restes à charge des usagers ? Une comparaison internationale, 3-5 juillet 2024. Sylvain Pichetti, Alice d'Estève de Pradel, Maude Espagnacq.
- 15th International conference of the European network for mental health services evaluation, 4-6 juillet 2024 :
  - Session FO-03 Système de santé, Coralie Gandré
  - Variation des dépenses de santé mentale des jeunes adultes : le rôle de l'offre de soins locale, Julie Cartailier (Nightline France, LIRAES, IRDES)
  - SP-16 Interdisciplinary approaches to understand the use of coercive measures in mental health systems, Coralie Gandré
  - Benefits of a national register to understand the use of seclusion and restraint in France, Esther Touitou
- 39<sup>th</sup> Meeting of European Economic Association and the 76<sup>th</sup> European Meeting of the Econometric Society (EEA-ESEM). Experience rating in Workers' Compensation Insurance, sickness absences and employment Rotterdam (Pays-Bas), 26-30 août 2024. Pascale Lengagne (Irdes).
- 11<sup>th</sup> Fall Research Meeting of the Wennberg International Collaborative. Oslo (Norvège), 11-13 septembre 2024. Participation de Julie Cartailier, Coralie Gandré, Zeynep Or et Esther Touitou-Burckard. Session 6 : General Session : “Unlocking medical practice variations in the use of seclusion and mechanical restraint in mental healthcare in France: extent and contributing factors based on novel data” / Esther Touitou-Burckard.
- 7<sup>th</sup> International Conference on Evidence-Based Policy in Long Term Care. Prescriptions of Benzodiazepine in France – Potentially inappropriate prescriptions of Benzodiazepine in France: the impact of nursing homes. Bilbao (Espagne). 12-14 septembre, Anne Penneau.
- Séminaire international de l'action COST FOSTREN: Fostering and Strengthening Approaches to Reducing Coercion in European Mental Health Services (Lyon), 17 septembre 2024, Intervention de Coralie Gandré.
- Réunion annuelle du Health Systems and Policy Monitor (HSPM) de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Zagreb (Croatie), 17-18 octobre 2024. Participation de Zeynep Or et Coralie Gandré.

- *HSR 2024, The 8<sup>th</sup> Global Symposium on Health Systems Research*. Nagasaki (Japon), 18-22 novembre 2024. Participation de Zeynep Or.

### **Colloques, workshops et séminaires nationaux**

- Webinaire de l'espace de réflexion éthique Bourgogne - Franche-Comté (EREBCF)- CHU Dijon « la désertification médicale », 11 janvier 2024, participation de Véronique Lucas-Gabrielli.
- 5e webinaire du cycle Dérèglement climatique et santé : « Dérèglement climatique et systèmes de soins », en ligne, 17 janvier 2024, participation de Zeynep Or.
- Commission prospective du Conseil de la Cnam, présentation du rapport "Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne", Paris, 17 janvier 2024, Denis Raynaud, Sarah Minery et Zeynep Or.
- CAF'ET (Café Études) de la DSES/Cnam, présentation du rapport "Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne", Paris, le 30 janvier 2024, Denis Raynaud, Sarah Minery et Zeynep Or.
- Séminaire Mardi de l'Irdes : « Les aidants améliorent-ils la qualité de prescription des médicaments des personnes âgées atteintes de démence ? », Présentation : Pichetti S., Perronnin M., Penneau A. (Irdes) -Discussion : Chauvin P. (Liraes, Université Paris Cité), 30 janvier 2024.
- Séminaire Mardi de l'Irdes : « La réforme des Groupements hospitaliers de territoire (GHT). Le décréter c'est s'intégrer ? » ; Présentation : Sirven N. (Université de Rennes, EHESP, CNRS, Inserm, Arènes, UMR 6051 -RSMS-U 1309 ; Irdes) - Discutant : Matthieu Cassou (Irdes), 6 février 2024.
- Séminaire Mardi de l'Irdes : « Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne: Quelles leçons pour la France ? » ; Présentation : Zeynep Or, Sarah Minery (Irdes), Discussion: Milstein R. (OCDE), 27 février 2024.
- Séminaire du CESP, Inserm. "How to explain the gender gap in health care expenditures over the life cycle?" Paris, 5 mars 2024, Aurélie Pierre.
- Rencontre débat « Handicap psychique et cancer", présentation des travaux du consortium Canopée (Cancers chez les personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : quelles difficultés dans les parcours de soins ?), La verrière, 7 mars 2024, Coralie Gandré.
- Séminaire Mardi de l'Irdes : « Origine géographique des étudiants en médecine : un levier pour attirer des médecins en zones rurales ? » ; Présentation : Dumontet M. (Université Nanterre, Economix) et Chevillard G. (Irdes) - Discussion : Dormont B. (Université Paris-Dauphine), 12 mars 2024.
- Séminaire de la Fondation MNH, en partenariat avec la Drees, intitulé : « La recherche sur la santé des professionnels de santé : travaux en cours ». Paris, 19 mars 2024, Participation de Estelle Augé et Julia Legrand.
- Journée d'étude sur les métiers intermédiaires de la santé, organisée par l'Université de Montpellier et le CEPEL de Nîmes : « Négocier son rôle avec des médecins généralistes en soins primaires : des marges de manœuvre différenciées pour les infirmières en pratique avancée libérales et les infirmières ASALEE salariées », 21 mars 2024, Cécile Fournier
- Forum santé-société » organisée par le département de sciences humaines et sociales de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes autour des questions d'autonomie et de division du travail en santé, 21 mars 2024, animé par Cécile Fournier et Marianne Woollven.

- Colloque scientifique interdisciplinaire : « Adaptation des médecins généralistes de ville face aux évolutions de l'offre et de la demande de soins ». Marseille, 21 mars 2024 :
  - Effet boule de neige Marseille, La raréfaction des médecins crée-t-elle un surcroît de départs? Guillaume Chevillard, Irdes ;
  - Les politiques publiques d'amélioration de l'attraction et du maintien des médecins dans les territoires : en France et à l'étranger, Julien Mousquès.
- Séminaire interne « Coordination » organisé par la Chaire Santé de Sciences Po, Paris, 26 mars 2024, discutante : Cécile Fournier.
- Séminaire Mardi de l'Irdes : « La prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines chez les seniors : l'impact des Ehpad » ; Présentation : Anne Penneau, Sylvain Pichetti, Marc Perronnin (Irdes). Discutante : Elsa Perdrix (Université Paris Dauphine), 28 mars 2024.
- MSA – Présentation des résultats de la nouvelle typologie des territoires de l'Irdes, Paris, 2 avril 2024. Anissa Afrite, Guillaume Chevillard, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès et Denis Raynaud.
- Colloque EMOIS, Lille 4-5 avril 2024 : Session REDSIAM
  - Recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie, analyse des variations entre établissements et facteurs associés à l'échelle nationale, Esther Toutou, Coralie Gandré.
  - Trouble psychique sévère et cancer : la double peine. Une étude nationale sur les parcours de soins pour cancer colorectal du dépistage aux soins de fin de vie. Seppanen A., Daniel F., Houzard S., Le Bihan C., Coldefy M., Gandré C.
  - Session REDSIAM, « Groupe de Travail Appareil cardiovasculaire », Laure Com-Ruelle
- 9<sup>e</sup> édition de la Journée scientifique de la santé humanitaire et solidaire de Médecins du monde "Regards croisés sur les politiques de couverture sociale et de santé face aux inégalités", Paris, 4 avril 2024, participation de Antoine Marsaudon.
- Séminaire du Conseil économique, social et environnemental (Cese), « L'acte déclare forfait, demain, quels financements pour les centres de santé ? », Atlas des variations des pratiques médicales : Quels enseignements ? Paris, 25 avril 2024, Zeynep Or.
  - « Variations des pratiques médicales, quels enseignements ? » Zeynep Or (Irdes).
  - Regards sociologiques sur l'expérimentation du paiement au forfait (PEPS) en centres de santé, Julia Legrand (Irdes, Cresppa-GTM) et Laure Pitti (Cresppa-CSU, Irdes).
- Séminaire utilisateur du SNDS de la Drees : présentation de Fish, Paris, 30 avril 2024, Maude Espagnacq
- American Political Science Association, Health Politics and Policy Section, Junior Scholars Workshop "Continuities and Reconfigurations in French Primary Care Reforms", (visioconférence), 2 mai 2024, Noémie Morize.
- Webinaire Rendez-vous de la recherche sur l'autonomie (CNSA) : Handicaps moteurs et cognitifs, des disparités territoriales existent-elles en fonction de la nature : présentation de travaux conduits par l'Irdes, Paris, 14 mai 2024, Maude Espagnacq.
- Rencontres de géographie de la santé, Aubervilliers, 14-16 mai 2024
  - Comment améliorer la mesure de l'accessibilité aux soins des spécialistes en France ? Une approche nationale, Aubervilliers, Marie Bonal et Véronique Lucas-Gabrielli.

- Accès aux soins de santé sexuelle : quelles évolutions territoriales depuis l'élargissement des compétences des sages-femmes ? Thomas Karnycheff, Guillaume Chevillard, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès.
- Séminaire MRE (Montpellier, recherche, économie) de l'Université de Montpellier, « Efficience territoriale des dépenses de santé des personnes âgées : le rôle de l'offre de soins au niveau local », Montpellier, 16 mai 2024 Damien Bricard..
- Séminaire Mardi de l'Irdes : Présentation covid hosp (Jonas Poucineau, Fanny Duchaine, Maude Espagnacq, 21 mai 2024.)
- Journée régionale du réseau Louis Guilloux intitulée : « *La prise en soins des patient.e.s exilé.e.s : une « expertise » à généraliser ?* ». Rennes, 23 mai 2024, Antoine Marsaudon.
- 27<sup>e</sup> Conférence thématique du Collège des économistes de la santé (CES) : « Couverture du risque prévoyance : comment l'améliorer ? ». Paris, 28 mai 2024, Denis Raynaud, Pascale Lengagne (Irdes).
- Séminaire Mardi de l'Irdes : Présentation des travaux handicoVID (Fanny Duchaine Maude Espagnacq), 28 mai 2024.
- Journées médullaires Grand Ouest : « Relations sexuelles et satisfaction des personnes lésées médullaires : apport de l'enquête TétrAfigap », Nantes, 29 mai 2024, Maude Espagnacq.
- Cinquième édition des Rencontres de l'enseignement supérieur et de la protection sociale (Resup), coorganisée par l'EN3S et l'Université Paris I. Ehpad, soignants – « Améliorer les soins en Ehpad : quel impact de l'intervention des équipes d'Hospitalisation à domicile (HAD)? » Paris, le 29 mai 2024. Anne Penneau sous la direction de Zeynep Or, Irdes, soutenance en 2023.
- Séminaire MRE (Montpellier, recherche, économie) de l'Université de Montpellier. Montpellier, « Etat de santé et recours aux soins des personnes étrangères en situation irrégulière », 30 mai 2024, Antoine Marsaudon (Irdes).
- Deuxièmes journées annuelles KAPPA. Lille, 30-31 mai 2024, Rémi Yin, Anne Penneau, Maude Espagnacq, Sylvain Pichetti.
- Colloque du Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques (LIEPP) de Science Po intitulé : « Les effets d'une loi de santé publique. Politiques et usages de la prescription médicale d'activité physique ». Table ronde : Le processus de prescription médicale et les nouveaux habits de la domination médicale ? Paris, 12 juin 2024, Julia Legrand (Irdes).
- 72nd Congress of the French Economic Association (AFSE) organisé par Bordeaux School of Economics (UMR University of Bordeaux/CNRS/INRAE, Improving social assistance take-up: Evidence from a French experiment among the self-employed Bordeaux, le 17-19 juin 2024, Augé Estelle.
- Séminaire Cnam – présentation des travaux France-Allemagne. Paris, 19 juin 2024, Denis Raynaud, Zeynep Or.
- Webinaire Rendez-vous de la recherche sur l'autonomie (CNSA) : L'ouverture des droits à des aides techniques au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH) quels facilitateurs et quels obstacles, Paris, 25 juin 2024, Hasfa Nafia.
- Webinaire France-Allemagne, organisé par l'École nationale supérieure de Sécurité sociale-Institut des hautes études de protection social (EN3S-IHEPS) et le Haut Conseil pour le financement de la protection sociale (HCfips), Paris, le 25 juin 2024, Sarah Minery, Zeynep Or, Denis Raynaud.

- 23es Journées Louis-André Gérard-Varet de l'Aix-Marseille School of Economics (AMSE). "Improving social assistance take-up: Evidence from a French experiment among the self-employed", Marseille, le 26-28 juin 2024, Estelle Augé, (Irdes).
- 17e Congrès national de l'Association française de sciences politiques. Grenoble, 2-4 juillet 2024, participation de Cécile Fournier.
- Sciences Po, Centre de sociologie des organisations, Saison 2, épisode 7 des podcasts « Objets trouvés » « Soins primaires : réformes expérimentales pour financer les professionnels de santé », Noémie Morize, <https://www.sciencespo.fr/cso/fr/actualites/soins-primaires-reformes-experimentales-pour-financer-les-professionnels-de-sante.html>
- Universités d'été de la FHF, Cité internationale universitaire de Paris, Santé et vérité - Table ronde : lutter contre les idées reçues sur l'hôpital et le médico-social public, Paris, 4 septembre 2024, Participation de Denis Raynaud. <https://www.fhf-hdf.fr/events/universites-dete-fhf/>
- Séminaire Mardi de l'Irdes en hybride, « *La carotte et le bâton* » : *les effets des politiques d'incitation et de limitation à l'installation des masseurs-kinésithérapeutes libéraux sur l'accès aux soins*, présentation : Yoann Galharret (Upec, Irdes) en collaboration avec Julien Mousquès (Irdes, EHESP) et Yann Videau (Upec) ; discussion : Anne-Laure Samson, le 10 septembre 2024.
- Conférence thématique de l'Agence de la biomédecine sur « l'amélioration de la prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques : le rôle majeur des infirmières de coordination et des outils de communication ». Participation de Estelle Augé et Damien Bricard, 12 septembre 2024.
- Rencontre du réseau « *Fostering and Strengthening Approaches to Reducing Coercion in European Mental Health Services* ». Lyon, 17 septembre 2024, participation de Coralie Gandré.
- Conseil national de l'information statistique (CNIS), Inter-commission santé « Mieux prendre en compte les besoins sociaux en matière de statistiques de santé », Table ronde N°2 : « Les besoins sociaux en matière de statistiques de santé » participation de Denis Raynaud. Paris, 17 septembre 2024.
- 13e Journées Nationales de l'Information Médicale, du Contrôle de Gestion et des Finances en Psychiatrie, Clermont-Ferrand, 26-27 septembre 2024, Coralie Gandré.
- *Journée d'étude* « Travailler (avec) les données de santé », organisée par la MSH Paris Nord. Paris, 27 septembre 2024, Noémie Morize <https://calenda.org/1189339>,
- *Journée scientifique 2024* « Recherche sur les CPTS, recherche dans les CPTS : enjeux, objectifs, méthodes, exemples », organisée par la Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG Recherche), en partenariat avec la Fédération des communautés territoriales de santé (FCPTS), le Collège national des généralistes enseignants (CNGE), l'Institut Jean-François Rey (IJFR) et la Société française de médecine générale (SFMG). Participation de Cécile Fournier, Véronique Lucas-Gabrielli et Julien Mousquès, Paris, 28 septembre 2024.
- Les Mardis de l'Irdes, Préférences sociales dans le financement des soins : résultats de l'enquête SOPHEA, Présentation Florence Jusot – Discussion : Damien Bricard, 1er octobre 2024.
- Les rencontres de la médecine spécialisée 2024- Avenir de la santé, projetons-nous un peu ! Table ronde n°1, "Tendances : la médecine de spécialités en Europe aujourd'hui ». Lille, le 04 octobre 2024, Participation de Denis Raynaud. <https://syndicatavenirspe.fr/les-rencontres-de-la-medecine-specialisee/edition-2024>.
- Colloque *Le « sens du travail » : enjeux psychiques, sociaux et politiques de l'activité*, organisé par l'Institut de recherche économique et sociale (Ires), Paris, 3-4 octobre 2024. Participation de [Julia Legrand](#)

- Journée régionale de l'exercice coordonné 2024 organisée par la fédération régionale des maisons de santé (Femasaura). Dialogue inaugural et inspirant sur les liens entre exercice coordonné et qualité. Saint-Etienne, 12 octobre 2024. Cécile Fournier (Irdes) et Agnès Peltier (médecin généraliste).
- Séminaire interne : présentation des travaux d'Emmanuel Hay, interne de santé publique sur les CPTS réalisé en collaboration avec Cécile Fournier et Véronique Lucas-Gabrielli, le 15 octobre 2024.
- Webinaire Rendez-vous de la recherche sur l'autonomie (CNSA) : Qualité de l'accompagnement en Ehpad : quelle relation au prix ?, Paris, 18 octobre 2024, Anne Penneau. <https://www.cnsa.fr/agenda/qualite-de-laccompagnement-en-ehpad-quelle-relation-au-prix>
- *Episode du podcast « Le Grand Reportage »*, intitulé « Faut-il revoir l'Aide médicale de l'Etat ? », diffusé sur France Culture le 18 octobre 2024. Participation de Paul Dourgnon et Florence Jusot.
- Cycle de conférences « Regards sociologiques » de l'Université de Laval. Québec, 23 octobre 2024. Participation de Noémie Morize <https://www.fss.ulaval.ca/evenements/exercice-coordonne-en-soins-primaires-et-maintien-des-hierarchies-professionnelles-en-france>
- Séminaire Mardi de l'Irdes : « Une approche mutliprofessionnelle de l'accessibilité aux soins basés sur le premier contact avec le système de santé », Marie Bonal (Irdes), Véronique Lucas-Gabrielli (Irdes), Guillaume Chevillard (Irdes), Cindy Padilla (EHESP), 19 novembre 2024.
- Journée d'étude pluridisciplinaire sur « Les inégalités d'accès à la solidarité collective : quels constats et enjeux aujourd'hui en France, Dijon, 25 novembre 2024, Guillaume Chevillard.
- [Journées internationales de la qualité hospitalière et en santé 2024](#), organisées par La Fédération hospitalière de France (FHF). Paris, 26-27 novembre 2024. Participation de Zeynep Or
- *Journée nationale* France assos santé : « Santé, qui paie l'addition ? » Paris, 27 novembre 2024, Participation de Denis Raynaud.
- 16ème congrès français de psychiatrie (CFP), - État des lieux et disparités de recours aux pratiques coercitives en psychiatrie : que nous disent les données ? Rennes, 27-30 novembre 2024, Esther Touitou-Burckard, Coralie Gandré.
- Mardis de l'Irdes : « Ajustement du risque et paiement par capitation aux prestataires de soins primaires : est-il important de prendre en compte le statut socioéconomique des patients ? Discussion de Julien Mousquès, 28 novembre 2024.
- Episode 16 du podcast « Médecin, qui es-tu ? », intitulé « L'accès aux médecins en France » Participation de Guillaume Chevillard.
- Rencontres de l'Uness (Université numérique en santé et sport), Grenoble 28-29 novembre 2024, participation de Guillaume Chevillard.
- [Colloque « Déprescrire dans une perspective santé-environnement : quelles pistes pour les politiques publiques en France ? »](#), Sciences Po, Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques (Liep). Paris, 4 décembre 2024. Participation de Zeynep Or.
- Xe Conférence annuelle sur l'« Evaluation des politiques publiques », paris 11 décembre 2024 Participation de Estelle Augé.
- 46es Journées des économistes de la santé français (JESF). Rennes, 4-6 décembre 2024 :
  - Session A1 Hôpital, “Care protocol adherence and health care contracting managing information incompleteness”, Matthieu Cassou & N.M. Brandt;

- Session C2 Dépenses de santé, Quels patients supportent les dépassements d'honoraires et pourquoi ? Une analyse en décomposition sur une sélection d'actes chirurgicaux,» Renaud Legal, Roseline Vincent.
- Session C2 Dépenses de santé, « Efficience de la dépense de santé mentale des jeunes adultes : le rôle de l'offre de soins locale », Julie Cartailier, Zeynep Or, Thomas Rapp.
- Session D3 Professionnels de santé : « Money Walks ? The Impact of Zoning Policy Combine with Financial Incentives on French GP's Practice Location, Julien Mousquès, Guillaume Chevillard.
- Session E1 Innovation, « L'impact de la télésurveillance médicale sur la prise en charge des patients diabétique de type 2 ou insuffisant cardiaque », Julien Mousquès, S. Petit, F. Daniel, Jérôme Wittwer.
- Session F3 Accès aux soins, « Assessing Reachig Out and Personalized Assistance Initiatives in Healthcare Policy: Unraveling Heeterogeneous Effects on Self-Employed Workers' Healthcare Consumption”, Estelle Augé, Nicolas Sirven
- *X<sup>e</sup> Conférence annuelle* sur l'« Évaluation des politiques publiques ». Paris, 11 décembre 2024. Participation de Estelle Augé.
- *Forum « Participer à la recherche : toute une science ! »*, organisé par le collectif inter-associatif TRT-5 CHV. Paris, 13 décembre 2024. Participation de Paul Dourgnon.
- *XIX<sup>e</sup> Conférence annuelle* de la fédération de recherche Théorie et évaluation des politiques publiques (Tepp) du Centre national de la recherche scientifique (CNRS). Point-à-Pitre (Guadeloupe), 17-18 décembre 2024. Participation de Paul Dourgnon, Florence Jusot et Aurélie Pierre.

## Activités éditoriales

### Editeur associé

*Health Policy*, Zeynep Or, depuis 2013.

### Comités de rédaction ou éditoriaux

*Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*, Membre du Comité de rédaction depuis 2017, Laure Comruelle

*Revue Francophone sur la Santé et les territoires*, Véronique Lucas-Gabrielli

*BMC Health Services Research*, Coralie Gandré, *Editorial Board*

*BMC Health Services Research*, Coralie Gandré

### Referee de revues internationales en 2024,

*BMC Health Services Research*, Matthieu Cassou, Guillaume Chevillard, Rym Ghouma, Véronique Lucas-Gabrielli  
Antoine Marsaudon, Sylvain Pichetti

*Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Coralie Gandré

*Ethics, Medicine and Public Health*, Coralie Gandré

*Health Economics*, Antoine Marsaudon

*Health Policy*, Matthieu Cassou, Coralie Gandré, Antoine Marsaudon

*International Journal of Law and Psychiatry*, Coralie Gandré et Esther Toutou

*International journal of environmental research and public health*, Coralie Gandré

*JMIR Public health and surveillance*, Coralie Gandré

*Journal of Health Economics*, Matthieu Cassou

*Population*, Véronique Lucas-Gabrielli, Coralie Gandré, Antoine Marsaudon

*Research on Economics Inequality*, Antoine Marsaudon

*Social Science and Medicine*, Aurélie Pierre

### Referee de revues nationales en 2024

*Journal de gestion et économie de la santé*, Antoine Marsaudon

*Revue francophone sur la santé et les territoires*, Véronique Lucas-Gabrielli

*Revue Espace Populations Sociétés*, Guillaume Chevillard

*Revue francophone sur la santé et les territoires*, Guillaume Chevillard

### Referee abstract, conference en 2024

*15th International conference of the European network for mental health services evaluation*, Coralie Gandré

*15th International conference of the European network for mental health services evaluation*, Julien Mousquès

## ACTIVITE D'EXPERTISE - PARTICIPATION A DES INSTANCES

### Conseils et commissions institutionnels et autres

- Membre du jury du Prix de thèse de santé publique 2024 de la Direction Générale de la Santé, Cécile Fournier
- Membre du comité de pilotage mis en place par la Fondation de France pour refondre sa stratégie et ses axes d'intervention sur les questions de santé, Cécile Fournier
- Membre nommée du Conseil national du syndrome immunodéficient acquis (SIDA) et des hépatites virales, Aurélie Pierre
- 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 »
- 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.
- Groupe technique des producteurs de données statistiques sur le handicap et l'autonomie de la DREES, Maude Espagnacq, membre depuis 2021.
- Mutualité sociale agricole (MSA), Denis Raynaud est membre du Conseil d'Orientation scientifique depuis 2019.
- Membre du Jury de sélection de l'appel d'offre P4DP du Health data Hub, Expertise pour l'appel à projets générique 2024 de l'ANR, Véronique Lucas-Gabrielli.

### Comités de pilotage, groupes de travail et d'expertise

#### Comités de pilotage

- Coralie Gandré est :
  - Membre de l'Observatoire national du suicide
- 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
  - Membre du Codir Redsiam
- Cécile Fournier est membre du comité de pilotage de l'étude ENTRED 2017 de Santé publique France, depuis 2016.
- Véronique Lucas-Gabrielli est :
  - Membre du Comité de pilotage du projet "Les situations de vulnérabilités face aux cancers : approche territoriale et exploration des parcours" FNORS,
  - Membre du Groupe projet Score-santé FNORS
- 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**

- Appel à projet Programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS) de la DGOS (depuis 2018, membre du jury, rapporteur), Coralie Gandré
- Appel à projets générique ANR 2024, Véronique Lucas-Gabrielli
- Appel à projets HDH Platform for Data in Primary care, Véronique Lucas-Gabrielli
- Président du jury de l'Appel à projets HDH Platform for Data in Primary care
- AAP Iresp suivi de projet, Maude Espagnacq.
- Maison des Sciences de l'Homme, Lyon, Saint-Etienne, Véronique Lucas-Gabrielli
- Maison des Sciences de l'Homme de Paris Nord, Véronique Lucas-Gabrielli
- Fondation Canadienne pour l'Innovation, le Fonds des leaders John-R.-Evans (FLJE), Zeynep Or

### **Groupes de travail internationaux**

- Coralie Gandré est :
  - Membre du Health systems and policy monitor network de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (depuis 2016).
  - Membre de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Health systems and policy monitor network (HSPM)
- Paul Dourgnon est :
  - Membre du Global Network on Social Capital and Health
  - Membre de l'International Survey Methods Working Group, Commonwealth Fund: depuis 2017.
- Julien Mousquès est :
  - Membre de l'International Survey Methods Working Group, Commonwealth Fund: depuis 2017
- Zeynep Or et Coralie Gandré sont membres de :
  - Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Health systems and policy monitor network (HSPM)
  - 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

- Laure Com-Ruelle est :
  - Membre du ReDSiaM depuis 2014 :
  - membre du Comité de direction
  - membre du groupe de travail sur les maladies respiratoires
  - membre du groupe de travail sur les maladies cardionéurovasculaires
  - 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
  - Membre de l'Observatoire national du suicide,
  - Co-animatrice de l'axe Parcours de soins et performances du Réseau thématique FondaMental (depuis 2021); Membre du groupe de travail "Troubles mentaux et du comportement" du réseau ReDSiam pour l'utilisation des données du Système national des données de santé (depuis 2018)
  - REDSIAM, troubles mentaux
- Maude Espagnacq est :
  - Redsiam : Membre du groupe des sous population Fragile, détenus (ARS, DREES)
  - Groupe de travail sur la stérilisation des femmes handicapées (Cnam, ARS, DREES)
- Cécile Fournier est :
  - Membre de deux groupes de travail sur les modules « Démarche éducative », et « Parcours », Santé publique France, préparation de l'étude ENTRED depuis 2016.
- Aurélie Pierre est :
  - Membre du groupe de travail de l'Enquête Santé Européenne EHIS 2025
  - Conseillère scientifique à la Drees, BAMEDS

## Auditions en 2024

- Magali Coldefy et Coralie Gandré ont été auditionnées à l'Assemblée nationale dans le cadre de la mission d'information sur les services d'urgences psychiatriques de la Commission des affaires sociales à Paris le 18 janvier 2024.
- Denis Raynaud, Renaud Legal et Zeynep Or ont été auditionnés par Emilie Fauccher-Magnan (Igas), Mathias Albertone (Igas), Emmanuelle Michaud (Igas), Pierre Prady (IGF), Marie Truffier-Blanc (IGF) dans le cadre Mission IGAS-IGF sur les affections de longue durée le 26 janvier 2024.
- Denis Raynaud a été auditionné par la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale par MM. Éric Alauzet, député du Doubs et Pierre Dharréville, député des Bouches-du-Rhône, rapporteurs d'une évaluation de la mise en œuvre de l'article 22 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, qui a notamment réformé la taxe de solidarité additionnelle (TSA) le mardi 9 avril 2024.
- Denis Raynaud, Damien Bricard et Laure Comruelle ont été auditionnés par Pierre-Louis Bras et Hélène Monasse de l'Igas concernant la mission du programme de travail IGAS, relative à la prise en compte de la preuve scientifique d'efficacité dans les démarches de prévention et de promotion de la santé le 26 avril 2024.
- Denis Raynaud, Cécile Fournier et Julien Mousquès ont été auditionnés par la 6<sup>ème</sup> chambre de la Cour des Comptes par Hervé Drouet, Conseiller maître et Catherine Rumeau-Pichon, Conseillère référendaire en service extraordinaire chargés d'une enquête sur la prise en charge du diabète, le 27 mai 2024.
- Denis Raynaud et Damien Bricard ont été auditionnés par la 6<sup>ème</sup> Chambre de la Cour des comptes, par Benoit Guerin, Conseiller maître David Causse et Isabelle Burkhard, conseillers référendaires en service extraordinaire, Isabelle Gandin, vérificatrice, dans le cadre d'une enquête de la Cour des comptes sur la politique de santé en matière d'accident vasculaire cérébral, le 28 juin 2024.
- Denis Raynaud, Sylvain Pichetti et Maude Espagnacq ont été auditionnés par Magali Guegan et Franck Le Morvan de l'Igas pour une mission portant sur la transformation de l'offre médico-sociale dans le champ du handicap le 1<sup>er</sup> juillet 2024.
- Denis Raynaud a été auditionné par la 6<sup>e</sup> Chambre de la Cour des comptes par Frédéric Chastenot de Géry, Conseiller maître, Marie Bascoul et Cristiana Mitranescu, conseillères référendaires en service extraordinaire, dans le cadre d'une enquête Cour des comptes sur le personnel non soignant à l'hôpital le 12 juillet 2024.
- Cécile Fournier, Julien Mousquès et Denis Raynaud ont été auditionnés par Emmanuel Fermond, Marie Sirinelli, Nicolas Durand et Juliette Berthe de l'Igas dans le cadre d'une mission de contrôle de la gestion du dispositif Asalée et d'évaluation de ses conditions de déploiement, le 10 septembre 2024.
- Guillaume Chevillard a été auditionné au Sénat par la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable dans le cadre de la mission d'information sur les inégalités territoriales d'accès aux soins par Bruno Rojouan, rapporteur le 25 septembre 2024.
- Maude Espagnacq et Sylvain Pichetti ont été auditionnés à l'Assemblée nationale dans le cadre du projet de loi sur le remboursement intégral des fauteuils roulants par l'Assurance maladie. Paris, 21 novembre 2024.

## Sociétés savantes et réseaux

### Internationaux

- Academy Health, Washington, USA, Paul Dourgnon, member.
- African Health Economics and Policy Association (AfHEA), Rym Ghouma, member.
- Association latine pour l'analyse des systèmes de santé (ALASS), Laure Com-Ruelle, membre.
- Health Systems Global (HSG), Rym Ghouma, member.
- ICCONIC, International Collaborative on Cost, Outcomes and Needs in Care, Zeynep Or, member.
- London School of Hygiene and Tropical Medicine - Global Health Economics Center (LSHTM - GHECO), Rym Ghouma, member.
- European Public Health Association (EUPHA), Laure Comruelle, membre
- International Health Economics Association (IHEA), Paul Dourgnon, Coralie Gandré, Rym Ghouma, Florence Jusot, Pascale Lengagne, Julien Mousquès, Zeynep Or, Anne Penneau, membres.
- Wennberg International Collaborative on medical practice variation, Zeynep Or, membre.

### Nationaux

- Société française de santé publique (SFSP), Laure Comruelle et Cécile Fournier, membres
- Association française de sociologie (AFS), Cécile Fournier, membre
- Association des épidémiologistes de langue française (ADELF), Laure Com-Ruelle, membre
- Collège des économistes de la santé (CES) :
  - membres : 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
- Cuped, Maude Espagnacq, membre
- Consortium handicovid (université Saclay) et covid-hosp (Ined, inserm, chu annecy genevois irdes), Maude Espagnacq et Fanny Duchaine, membres.
- Comité national français de géographie (CNFG),

### Adhésions institutionnelles de l'Irdes :

#### Internationales

#### Nationale

- Health data hub (HDH)

## IMPLICATION DANS L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET LA FORMATION

### Année scolaire 2023-2024

- CEPE santé :
  - Aurélie Pierre, intervient dans le Cours d'économie de la demande, de l'assurance et financement des dépenses de santé, Formation continue Ensaie-Ensai, Cepe.
  - Zeynep Or, intervient dans le module « Introduction à l'économie de l'hôpital » et Comparaison internationale
- Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) :
  - Cours médicament « Economie et financement des systèmes de santé, Sylvain Pichetti.
  - Cours accès aux soins primaires, 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.
- Ecole normale Supérieure de Lyon, Master M1-M2 Sciences sociales approche plurielle de la santé, Guillaume Chevillard, Véronique Lucas-Gabrielli
- Science Po :
  - Zeynep Or intervient dans :
    - Executive master programme « Gestion et politique de santé », et Formation Janssen « Environnement institutionnel et économique de la santé »
    - Healthcare reforms and Comparison of Health systems British Healthcare System on the move, American Healthcare system.
  - Méthodes de recherche et d'évaluation en santé mentale. Spécificités, pistes de prises en compte, tendances actuelles et exemple illustratif, Cours dans le Cadre du M1 Santé et politiques publiques de Sciences Po Paris, Coralie Gandré.
- Sorbonne University Abu Dhabi,
  - Lecturer in Public Policies Assessment, Master 1st year, Estelle Augé.
- Université de Créteil
  - Master Territoire Villes Santé, Guillaume Chevillard.
- Université Jean Monnet Saint-Etienne
  - Master Science politique, Enjeux sociaux et politiques de santé, Véronique Lucas-Gabrielli.
- Université Paris Cité,
  - Évaluation des politiques publiques (Masters 1 économie de la santé, économie appliquée et RAD, cours et TDs).
- Université de Nanterre
  - Introduction à l'économie de la santé, Master 1 de sociologie, (CM) Université Paris Nanterre, Matthieu Cassou.
- Université Paris-Dauphine :

- Zeynep Or est responsable de deux Masters de l'Economie et gestion de la santé :
  - o Analyse comparative des systèmes de santé (avec Florence Jusot et Sylvain Pichetti)
  - o Economie et gestion de la qualité en santé
- Matthieu Cassou est intervenant du cours d'évaluation des politiques publiques, M2 Economie et Gestion des organisations sanitaires et médico-sociales.
- Enseignement des modèles bivariés, CM, Dauphine Université, Antoine Marsaudon.
- Aurélie Pierre est responsable du cours d'évaluation des politiques publiques, M2 Economie et Gestion des organisations sanitaires et médico-sociales.
- Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne :
  - TD Microéconomie (M1 Anglais), Antoine Marsaudon
  - Master 2 CEES, Maude Espagnacq
- Université Paris Sud, Master 2 Recherches en santé publique, « Parcours, organisations et systèmes de santé », Cécile Fournier, responsable de l'axe « sciences humaines et sociales » du parcours « Organisations et services de santé ».
- Université Paris-Est-Créteil-Val-de-Marne, Upec :
  - Master de Géographie Parcours Territoire, villes, santé, Véronique Lucas-Gabrielli.
- Université Paris-Nanterre La Défense
  - Master de Géographie Parcours Territoire, villes, santé, Véronique Lucas-Gabrielli.
- Université de Saint-Etienne, Géographie, santé, territoires" M1 ESPS, Guillaume Chevillard.

## **Jury et encadrement de thèses ou de mémoires**

### Encadrement de thèses ou de mémoires en 2024

Estelle Augé

- Membre du Jury de mémoires, Master 2 économie appliquée à l'Université Paris Cité.

Matthieu Cassou

- Co-encadrement avec Carine Franc de la thèse de Simon Drapala en économie de la santé proposant une analyse économique des enjeux et effets de la féminisation des professions médicales Inserm-CESP, EDSP Université Paris-Saclay.

Laure Com-Ruelle

- o *Thèses* :
  - o Membre du Comité de suivi, avec le Dr Linda Wittkop, de la Thèse SP2 (Sociétés, Politique, Santé Publique) de Sandrine DOMECCQ, conduite à l'école doctorale de Bordeaux sous la direction du Dr Florence Saillour-Glénisson (début septembre 2022)
  - o Membre du Jury du Prix de l'Université du Département du Val de Marne 2024, récompensant des travaux de recherche de plusieurs étudiants en Masters 2 ou en Thèses, toutes disciplines confondues

Maude Espagnacq

- Co-encadrement de la thèse de Fanny Duchaine en démographie...

Cécile Fournier

- Co-direction avec Patrick Castel de la thèse de sociologie de Noémie Morize (octobre 2020-mai 2024), « Les coûts de l'autonomie : économistes et médecins libéraux dans les réformes expérimentales des soins primaires », soutenue le 31 mai 2024.
- Co-direction avec Frédéric Dugué de la thèse de médecine (spécialisée en santé publique) de Bérenger Thomas, sur l'identité professionnelle des médecins de santé publique, thèse d'exercice en santé publique (2024).
- Responsable et enseignante d'un cours d'initiation à la recherche qualitative en sciences sociales délivré aux Internes de santé publique d'Ile de France

Cécile Fournier et Véronique Lucas-Gabrielli

- Co-direction de la thèse de médecine (spécialisée en santé publique) d'Emmanuel Hay sur « les dynamiques d'implantation territoriale des CPTS »

Coralie Gandré

- Encadrement en cours du mémoire de M2 d'Esther Touitou-Buckard, Master 2 Traitement de l'information et data sciences, mention économétrie et statistiques, Université Paris 1.
- Encadrement du mémoire de M1 de Charlie Bourin, Master 1 Géographie, aménagement, environnement et développement [Territoires, villes et santé].
- Membre du comité de suivi de thèse d'Eugenia Alcade, ED Santé Publique – Université. Paris Saclay.

Antoine Marsaudon

- Encadrement de Vincent Lhotte en M2 en alternance, Evaluation des politiques publiques, Université d'Assas.

Zeynep Or (avec Thomas Rapp)

- Encadrement de thèse de Julie Cartailleur, Université Paris-Cité, Département d'économie : La prise en charge de la santé mentale des jeunes en France : coût-efficacité et perspectives pour une meilleure efficacité des investissements.

Aurélié Pierre

- Comité de suivi de thèse de Gabin Morillon, Université de Montpellier, directeurs de thèse : M. Guillon, E. Baranes et T. Poder).
- Co-encadrement stage de Nathan Guesse, Ensaé, M1 (stage prime enquête OC)

### Membre de jury de thèse en 2024

Aurélié Pierre,

- Membre du jury de thèse de Gaëtan Rolland (Université Paris Cité)

Coralie Gandré

- Membre du jury de soutenance du Master of Public Health (M2) de l'EHESP.