

Rapport d'activité 2004

Mai 2005

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président	François Joliclerc
Trésorier	Jean-Marie Langlois
Membres	Hubert Allemand, Laure Com-Ruelle, Yves Humez, Christine Meyer, Daniel Postel-Vinay, Bernard Salengro, Catherine Sermet, Georges Simoni, Jean-Marie Thomas, Frédéric Van Roekeghem,
Chargé de mission scientifique et technique	François Lenormand

CONSEIL SCIENTIFIQUE

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

EQUIPE DE RECHERCHE

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

SOMMAIRE

I. OUTILS (ENQUÊTES, BASES DE DONNÉES)	1
1. Enquêtes en 2004.....	3
1.1 Enquête santé protection sociale (SPS) 2004	3
1.2 Exploitation et production des résultats de l'enquête SPS 2002	5
1.3 Appariement de l'enquête santé et protection sociale (ESPS) avec l'échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS)	5
1.4 Enquête Share.....	6
2. Travaux préalables pour des développements ou évolutions de systèmes d'information	7
2.1 Outils d'observation de la pratique médicale	7
2.1.1 Etude de faisabilité d'un système d'information public sur la médecine ambulatoire	7
2.1.2 Soutien méthodologique à la Société française de médecine générale pour le développement de son observatoire de la médecine générale.....	8
2.2 Eco-Santé.....	9
2.2.1 Les évolutions de la version 2004	9
2.2.2 Réflexion sur l'avenir d'Eco-Santé.....	12
3. Travaux méthodologiques à partir des enquêtes	13
3.1 Morbidité déclarée et morbidité diagnostiquée	13
3.2 Signification et validité du mini module européen de l'enquête Santé Protection Sociale	13
3.3 Mesures de prévalence des problèmes d'alcool à travers les enquêtes en population générale	14
3.4 Les indicateurs de suivi des objectifs de la Loi de Santé Publique.....	16
3.5 « Indicators of Active Life Expectancies » de ILC (International Longevity-Center).....	16
II. AXES DE RECHERCHE.....	19
1. Description et analyse de l'état de santé de la population	21
1.1 Les jeunes et l'alcool en Europe et dans le monde	21
1.2 Influence de la catégorie sociale sur la perception de l'état de santé	21
1.3 Prévalence de l'asthme et de ses comorbidités et évaluation de la qualité de vie et des recours aux soins chez l'adolescent et l'adulte asthmatique	22
1.4 Evolution de la morbidité déclarée.....	22
1.5 Les déterminants des processus conduisant des maladies chroniques aux restrictions d'activité ..	23
2. Protection sociale et financement de l'Assurance maladie.....	24
2.1 Connaissance du marché de l'assurance complémentaire.....	24
2.1.1 Analyse des niveaux de garanties proposées par les complémentaires	24
2.1.2 Les prix des contrats de couverture complémentaire individuels	25
2.1.3 Premiers résultats de l'enquête menée auprès des entreprises sur la couverture complémentaire.....	25
2.1.4 Monographie sur l'assurance privée en France.....	27
2.2 La valeur de l'assurance.....	27
Réflexion sur la valeur de la CMU pour ses bénéficiaires à partir de plusieurs approches	27
2.3 Assurance et comportements individuels	28
2.3.1 Etude du lien entre niveaux de garanties et consommations de lunettes et de prothèses dentaires	28
2.3.2 Impact de la CMUC sur ses bénéficiaires	29
2.3.3 Analyse des déterminants des arrêts de travail.....	29

2.4	Équité du financement et impact des réformes.....	30
2.4.1	Impact de modes alternatifs de financement de la complémentaire.....	30
2.4.2	Elaboration du modèle macro-économique de l'économie française	30
3.	Impact du vieillissement de la population sur les dépenses de soins médicaux.....	31
3.1	Ouvrage « Le vieillissement en Europe »	31
3.2	Enquête SHARE / Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe.....	32
3.3	Forum franco-québécois.....	32
4.	Inégalités de santé et de recours aux soins.....	33
4.1	Mesure, décomposition et évolution des inégalités de santé et d'accès aux soins.....	33
4.1.1	Inégalités sociales de santé	33
4.1.2	Mesure de l'évolution des disparités de recours aux soins dans les années 90	34
4.2	Analyse des déterminants des inégalités sociales de santé.....	35
4.2.1	Les déterminants sociaux des inégalités de santé	35
	Introduction de questionnements sur les déterminants sociaux des inégalités de santé dans l'enquête ESPS 2004.....	36
	Séminaires en relation avec le thème des déterminants sociaux.....	39
4.2.2	Les déterminants sociaux de la consommation de soins préventifs.....	39
4.2.3	Itinéraires professionnels en relation avec la santé.....	40
4.2.4	Conjugaison de facteurs multiples et dimension cumulative des processus de formation des inégalités de santé	41
	Effets cumulatifs à long terme de l'accès aux soins et du revenu sur les inégalités de santé	41
	Rapports à la santé et aux soins : un continuum entre les exclus et les autres catégories sociales	43
	Poursuite des travaux d'analyse du rôle des attitudes à l'égard du risque et des trajectoires biographiques dans la genèse des inégalités sociales de santé	44
4.3	XXVII ^{èmes} Journées des économistes français de la santé : « Approches économiques des inégalités de santé ».....	45
5.	La consommation médicamenteuse.....	48
5.1	L'utilisation des traitements hormonaux substitutifs.....	48
5.2	Consommation des antibiotiques.....	49
5.3	Les médicaments psychotropes : comparaison internationale de consommation des antidépresseurs	50
6.	Analyse des pratiques médicales	51
6.1	Connaissance des pratiques de prescription et de leur évolution.....	51
6.1.1	Prescription des médicaments à Service Médical Rendu insuffisant.....	51
6.1.2	Evolution 1992-2002 de la prescription des antibiotiques	51
6.2	Déterminants de la variabilité des pratiques médicales.....	52
6.2.1	Prescription d'antibiotiques dans le cas de la rhinopharyngite aiguë	52
6.2.2	Prescription pour les patients diabétiques de type 2	52
6.3	Évaluation de l'impact de différentes interventions sur les pratiques.....	53
6.3.1	Évaluation des effets de rappels informatiques à l'instauration et au suivi de l'éducation diététique de patients diabétiques de type 2	53
6.3.2	Evaluation de l'action des GROG sur la prescription des antibiotiques par les généralistes et les pédiatres.....	53
6.4	Evaluation médico-économique des pratiques de soins et de prise en charge	54
6.4.1	Les coûts de prise en charge du cancer du côlon	54
6.4.2	Les coûts de la prise en charge de l'hyperlipidémie.....	55

6.4.3	Collaboration avec le CCOMS : l'évaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés	56
7.	Organisation et coordination des soins	57
7.1	Les alternatives à l'hospitalisation	57
7.1.1	Les alternatives à l'hospitalisation en Australie, au Canada et au Royaume-Uni	57
7.1.2	La tarification à l'activité en HAD	57
7.2	Les outils de la coordination des soins : réseaux, information partagée	58
7.2.1	Bilan du dispositif du Médecin Référent	58
7.2.2	Evaluation du projet Coordination Santé Informatique	60
7.2.3	Evaluation du réseau RESICARD (insuffisance cardiaque sévère dans l'Est parisien).....	60
8.	Politiques de régulation du médicament.....	62
8.1	Analyse des conventions passées entre les laboratoires et le Comité économique des produits de santé	62
8.2	Comparaison des paniers de médicaments remboursables en Allemagne, en France et au Royaume-Uni.....	62
8.3	Les stratégies des producteurs de génériques	63
9.	L'évolution de la démographie des professionnels de soins et du contenu des métiers.....	66
9.1	Démographie des professions de santé	66
9.1.1	La démographie des professionnels en santé mentale : mise en perspective de l'offre de soins et du recours en psychiatrie	66
9.1.2	Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation....	67
9.1.3	Analyse de trois professions : infirmières, sages-femmes, manipulateurs radio	68
9.1.4	Analyses géographiques	69
	Support technique à l'URCAM Champagne-Ardenne	69
	L'offre de soins dans les communes périurbaines de France métropolitaine (hors Ile-de-France).....	69
9.2	L'évolution des modes d'organisation : médecine de groupe et partage des tâches entre professionnels	70
9.2.1	Comparaisons internationales sur la médecine de groupe et les réseaux de professionnels de santé	70
9.2.2	Comparaisons internationales sur la substitution/délégation de tâches entre professionnels de santé dans le domaine des soins primaires	71
10.	Travaux macroéconomiques et comparaisons de systèmes de santé.....	72
10.1	Un complément au prototype des comptes de la santé réalisé en 2002	72
10.2	Estimation des dépenses de prévention en France	72
10.3	Définir un ensemble minimal d'indicateurs concernant les dépenses de santé (Basys)	73
10.4	Impact de la décentralisation des systèmes de santé sur leurs performances.....	74
10.5	Construction et test sur 13 pays de l'Union européenne d'un « Taux de sécurité économique »	74
10.6	Projet Workhealth	75
10.7	L'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité en 2004	76
III.	DOCUMENTATION, DIFFUSION.....	77
IV.	AUTRES ACTIVITÉS.....	99

Signification des icônes utilisés :

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

Les noms soulignés indiquent les responsables des études.

I. Outils (enquêtes, bases de données)

1. Enquêtes en 2004

1.1 Enquête santé protection sociale (SPS) 2004

Laurence Auvray, Paul Dourgnon, Anne Doussin

Bases de données et informatique : Stéphanie Guillaume, Bénédicte Mansalier, Catherine Ordonneau, Frédérique Ruchon

L'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) a été réalisée en 2004 pour la 14^{ème} fois.

Le terrain de l'enquête s'est déroulé comme précédemment en deux vagues, la première d'avril à juillet 2004, la seconde de septembre à décembre.

Pour cette enquête, 20 659 adresses ont été exploitées, la moitié par enquête téléphonique et l'autre par déplacement d'enquêteur. Au total, 8 134 ménages ont participé à l'enquête ESPS 2004 soit 22 471 individus.

- ⇒ Les objectifs de l'enquête et sa méthodologie ont été réexaminés avant l'édition 2004 :
 - L'objectif de l'enquête reste la description et l'analyse des liens entre recours au système de soins, protection sociale, état de santé et caractéristiques socio-démographiques. L'enquête doit bien être conçue comme un outil d'aide à la décision permettant, entre autre, le suivi et éventuellement l'évaluation de politiques de santé et d'assurance maladie. Les informations à recueillir comprennent, dans chacun des domaines couverts par l'enquête, un module de questions fixe et des questions variables d'une année sur l'autre, répondant à des préoccupations conjoncturelles.
 - La base de sondage est issue des échantillons permanents des assurés des caisses CNAMTS, CANAM, et MSA. Ce protocole permet l'appariement des données de remboursement des caisses et des enquêtés présents dans l'échantillon permanent, ainsi que le suivi de ces derniers au cours du temps.
- ⇒ Le principe de l'enquête « ménage » est maintenu : on recueille des informations sur l'ensemble du ménage de la personne tirée dans les fichiers d'assurance maladie.
- ⇒ Le principe du panel est confirmé. L'absence d'un effet de lassitude a été démontré, les critères de tirage sont donc inchangés. La plupart des individus sollicités en 2004 auront donc déjà été sollicités en 2000, certains seront même sollicités pour la 5^{ème} fois (si présents dans l'EPAS depuis 1988, année de la première enquête).
- ⇒ Le rythme bisannuel de l'enquête est conservé, au moins à moyen terme, la prochaine enquête aura donc lieu en 2006.
- ⇒ L'enquête associe interview (téléphone ou face à face) et questionnaires auto-administrés. Le comité de pilotage a demandé pour 2004 le maintien de la modalité face à face systématique quand l'assuré tiré est bénéficiaire de la CMU ou âgé de plus de 69 ans, malgré le coût.
- ⇒ Nouveautés de l'enquête 2004 :
 - Pour le recours aux soins, l'option retenue a été de privilégier les informations non disponibles dans les fichiers des caisses. Le relevé des soins et achats de la famille durant un mois, ainsi que celui des hospitalisations durant le dernier trimestre de l'enquête, ont donc été supprimés. Le recueil concerne, pour chaque individu, les dernières consultations de généraliste et de spécialiste quand elles ont eu lieu au cours des 12 mois précédant l'enquête, et permet d'obtenir des informations sur l'expérience du patient au cours de ce contact avec le système de soins : délai d'obtention du rendez-vous, délai d'attente, information reçue, compréhension, etc.

- Une échelle de satisfaction concernant l'accès aux soins primaires et secondaires (standardisée donc reproductible, validée en français) nous a semblé répondre à une préoccupation de la DSS sur la perception de l'insuffisance de soins en population générale.
- Pour l'état de santé, les trois questions du « mini-module santé » européen ont été introduites et le mode de recueil de la morbidité a été modifié (la liste indicative de pathologies est remplacée par une liste « fermée »).
- Un questionnaire standardisé adressé aux individus de plus de 64 ans devrait permettre une évaluation de la prévalence de l'artérite des membres inférieurs (InVS). Le module sur les accidents de la vie courante introduit dans l'enquête en 1998 est maintenu (DES CNAMTS, InVS).
- Les questions relatives à la CMU et aux contrats de couvertures complémentaires ont été maintenues mais retravaillées (suggestions de la DREES et de la FNMF).
- Un module de cinq questions posées en interview a pour objectif de repérer les individus en situation de précarité ou susceptibles de le devenir compte tenu d'évènements antérieurs (DREES, DGS).
- Des questions sur les déterminants sociaux des inégalités de santé ont été introduites. Depuis 2003, l'IRDES envisage d'analyser la pertinence de ces déterminants en intégrant des questions dans SPS 2004. Ces questions doivent permettre la mise en relation de l'état de santé individuel et du recours aux soins avec différents déterminants sociaux de la santé : le soutien social dont disposent les individus enquêtés (leur degré d'insertion dans un réseau familial, de voisinage ou de travail), le capital social (le degré de cohésion sociale de l'environnement dans lequel vit l'individu qui correspond à l'ensemble des ressources non financières, comme l'accès à des services publics ou informels, la solidarité locale ou communautaire, qu'un individu peut mobiliser), l'évaluation subjective que font les individus de leur position relative (en termes de revenu, de position hiérarchique, de prestige) dans leur groupe de référence et enfin le sentiment d'autonomie dans le cadre professionnel.

En mai 2003, dans le cadre du thème « Déterminants sociaux de la santé » du programme Sciences Bio-Médicales de la MIRE, du CNRS, et de l'INSERM, l'IRDES a organisé un séminaire afin de réunir l'expérience internationale sur la mesure et l'analyse de ces déterminants sociaux. A l'issue de ce séminaire, de nouvelles questions ont été conçues pour l'enquête Santé Protection Sociale 2004 (cf. questionnaire § 4.2.1) qui permettra ainsi d'évaluer, pour la première fois à partir d'une même enquête représentative de population générale, l'influence respective sur la santé de ces différents facteurs, qui n'ont jusqu'à présent été étudiés que séparément et à partir d'enquêtes non représentatives de la population générale, telles que la cohorte épidémiologique d'EDF-GDF (cohorte GAZEL) en France et la cohorte de fonctionnaire britannique (White Hall Study).

 Ce travail a donné lieu à la production d'un rapport de recherche mis en ligne en tant que document de travail en janvier 2005, présentant l'objectif de cette recherche sur les déterminants sociaux de la santé, une synthèse des interventions et les principales conclusions du séminaire organisé en mai 2003 et les différentes étapes de construction du module de questions (cf. § 4.2.1).

(http://www.irdes.fr/En_ligne/DocTrav/detnonmed.pdf)

1.2 Exploitation et production des résultats de l'enquête SPS 2002

Laurence Auvray, Anne Doussin, Philippe Le Fur

La réflexion spécifique menée pour repenser l'enquête 2004 ne dispense pas de la série d'opérations habituelles, c'est-à-dire pour 2003 :

1. la création et l'apurement des fichiers de l'enquête 2002 (les fichiers seront disponibles en fin d'année),
2. leur exploitation et la publication des résultats.

Sur ce deuxième aspect, nous envisagions de modifier notre calendrier pour sortir des premiers résultats rapides au mois de juin, le rapport complet restant publié à l'automne. Ces premiers résultats, publiés sous forme de 4 pages, devaient porter sur des questions d'opinion et/ou de comportement de l'enquête (qui sont peu valorisées dans le rapport annuel). Parmi les thèmes possibles : les délais d'attente pour la prise de rendez-vous chez un ophtalmologiste, les génériques, la carte vitale, le recours aux chiropracteurs ou aux ostéopathes, le recours aux urgences.

Ces projets n'ont pas été réalisés en raison des départs de Laurence Auvray et Anne Doussin.

1.3 Appariement de l'enquête santé et protection sociale (ESPS) avec l'échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS)

Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Bénédicte Mansalier, Catherine Ordonneau

L'appariement de l'ESPS 2000 et des données de remboursement de soins a été finalisé au cours de l'année 2003¹. Il intègre les soins de l'année 2000 liquidés jusqu'en mars 2002. Pour la première fois, le calcul des dépenses de santé a été réalisé pour l'ensemble des bénéficiaires présents dans ces échantillons EPAS, c'est-à-dire pour toutes les personnes enquêtées ou non.

A l'issue de cette procédure, nous disposons, pour un échantillon de bénéficiaires au 1/600 (soit 106 980 bénéficiaires en 2000), appartenant aux trois principaux régimes d'assurance maladie :

- de l'exhaustivité de leurs consommations de soins relevées par l'Assurance maladie ;
- depuis l'année 2000, du codage de la pharmacie et de la biologie (ce codage n'était que partiel en 1998),
- pour 9 117 d'entre eux, enquêtés en 2000, nous disposons également de leurs caractéristiques individuelles relevées dans l'enquête ESPS.

Il s'agit donc de données très riches qui autorisent de nombreuses exploitations. Pour faciliter celles-ci, un guide d'utilisation des fichiers de l'appariement 2000 a été élaboré au cours de l'année 2003.

Au cours de l'année 2004, un travail d'exploitation des données 2000 appariées ESPS-EPAS a commencé afin d'aboutir à une production de tableaux de résultats tels que ceux publiés pour l'année 1997 : structure de la population de bénéficiaires appariés, part des consommateurs de soins médicaux et dépenses totales par personne et par an et selon les différents postes de soins.

L'échantillon de personnes appariées a été pondéré par calage sur marges afin qu'il reproduise la structure démographique de la population du champ (ménages ordinaires, France métropolitaine) et la structure de consommations de soins de l'EPAS complet.

1 Il faut rappeler que la remontée tardive de certaines informations (comme les séjours à l'hôpital public) impose d'attendre le début de l'année n+2 pour avoir une information suffisante (quoique non exhaustive) par poste de dépense. L'appariement SPS – EPAS ne peut donc être réalisé qu'en n+2 pour l'enquête n.

Il reste à valider la qualité des données d'appariement et de la pondération. La publication des tableaux de résultats pondérés est envisagée courant 2005 sous deux formes : une forme papier et une forme CD-Rom avec tableaux Excel afin de permettre des calculs secondaires.

L'appariement des données de l'année 2002 est commencé et nous envisageons de compléter l'appariement des données ESPS avec les données de l'EPAS, non seulement pour les années d'enquête elles-mêmes mais aussi pour les données antérieures de l'EPAS.

✎ *La consommation médicale en 2000 selon les caractéristiques individuelles.* Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Bénédicte Mansallier, Tableaux de bord à paraître sur le site de l'IRDES.

1.4 Enquête Share

Paul Dourgnon, Dominique Polton, Catherine Sermet

Voir le chapitre II.3.2 (travaux de recherche sur le vieillissement).

2. Travaux préalables pour des développements ou évolutions de systèmes d'Information

Le premier axe de travail renvoie à la question des outils d'observation de la pratique médicale, et comprend à la fois un travail exploratoire sur la faisabilité d'un système d'information général sur la médecine de ville, à l'instar de ce qui se fait dans d'autres pays, et une expertise sur l'observatoire de la médecine générale qui a été monté à l'initiative de la Société française de médecine générale.

Le second concerne la base de données Eco-Santé, qui a fait l'objet en 2004 de réflexions sur son évolution possible, notamment dans le cadre d'un partenariat possible avec la base Score Santé des observatoires régionaux de la santé.

2.1 Outils d'observation de la pratique médicale

2.1.1 Etude de faisabilité d'un système d'Information public sur la médecine ambulatoire

Karine Chevreul, Philippe Le Fur, Catherine Sermet

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

En France, depuis plus de deux décennies, il existe un système d'information médicalisé, le PMSI, couvrant en partie le secteur hospitalier. Malgré ses imperfections, il permet de connaître les motifs médicaux principaux des séjours et de certains actes effectués au cours des hospitalisations.

Dans le secteur ambulatoire, le système d'information de l'Assurance maladie s'est enrichi dans les années récentes, avec la description des médicaments et examens de laboratoire présentés au remboursement. Il devrait en outre bientôt permettre de connaître la nature des actes réalisés par les médecins. En revanche, malgré la volonté du législateur, ces éléments ne pourront pas être mis en regard des causes de consultation et des situations cliniques rencontrées par les praticiens. Actuellement, les seules données existantes sur les motifs de recours proviennent de sociétés savantes ou de sociétés privées recueillant des informations pour l'industrie pharmaceutique. D'une manière générale, les difficultés d'accès à ces données et/ou les caractéristiques de leur recueil limitent l'utilisation.

Il n'est donc pas possible à l'ensemble des acteurs du système de soins de connaître la nature de la demande exprimée en médecine de ville en lien avec la réponse thérapeutique offerte : examens complémentaires et médicaments prescrits. Il est, par exemple, difficile de répondre aux questions suivantes : Quelle est la nature des maladies observées en médecine de ville ? Quels médicaments sont prescrits pour une pathologie donnée ? Quelle est l'ampleur de la variation de prescription face à cette pathologie ? En quelle proportion les recommandations de bonnes pratiques sont-elles appliquées ou applicables ? De la réponse à ces questions peut dépendre l'anticipation des besoins de soins, la réflexion sur l'optimisation des pratiques, l'identification de thèmes prioritaires pour le développement de programmes de formation médicale (initiale ou continue) ou l'élaboration de nouvelles recommandations de bonnes pratiques.

En 2004, la première étape de ce travail a consisté à recenser les outils existant en France et à l'étranger. A l'étranger, les recueils permanents, informatisés de données saisies lors des contacts médecin-patient et renseignant simultanément les motifs de recours aux médecins et leurs prescriptions, ont été recensés. Les informations utilisées sont issues de revues de la littérature, de recherches sur Internet et de contacts institutionnels dans différents pays. L'analyse de ces

systèmes a permis de connaître les conditions de leur mise en œuvre et de mettre en exergue leurs nombreux points communs.

Parallèlement, en France, nous avons procédé à une identification des besoins en information des différents acteurs du système et nous avons recensé leur point de vue sur les conditions de l'acceptabilité technique et politique d'un tel système d'information. Pour cela, nous avons interrogé des personnalités et représentants d'institutions, utilisateurs potentiels de ces données (chercheurs, organismes de sécurité sociale et de couvertures complémentaires, agences, représentants de services du ministère de la Santé, représentants des professionnels, personnalités qualifiées...). Notre proposition de stratégie pour mettre en place un système renseignant sur la médecine ambulatoire est issue de l'analyse de ces données.

L'analyse des systèmes d'information étrangers en médecine ambulatoire a conduit à plusieurs publications :

- ☞ *Systèmes d'information sur les pratiques médicales de ville : enseignements à partir de quelques expériences étrangères.* Karine Chevreul, Philippe Le Fur, Catherine Sermet. Questions d'économie de la santé n° 85. Série « Analyse ». Novembre 2004. 4 pages.
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum85.pdf>
- ☞ *L'information sur les pratiques médicales de ville : points de convergences des systèmes étrangers.* Karine Chevreul, Philippe Le Fur, Catherine Sermet. In ADSP « Actualité et dossier en santé publique » n° 48, septembre 2004.
- ✎ *Pour un système d'information sur les pratiques en médecine de ville : points de convergences des systèmes étrangers,* Karine Chevreul, Philippe Le Fur, Catherine Sermet. Communication sous forme de poster, Congrès de la Société Française de Santé Publique, Lyon, Juillet 2004.
- ✎ Un rapport est en cours de finalisation et sera remis à la DREES en mars 2005.

2.1.2 Soutien méthodologique à la Société française de médecine générale pour le développement de son observatoire de la médecine générale

Philippe Le Fur, Karine Chevreul, Thomas Renaud

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

Cet observatoire rassemble les données recueillies par les médecins généralistes qui relèvent directement au cours de chaque consultation, à l'aide de leur logiciel médical, des informations sur le patient, les motifs qui l'ont conduit à consulter, les caractéristiques de la situation clinique ainsi que les décisions thérapeutiques prises à l'issue de l'acte. Pour le moment, une centaine de praticiens volontaires y participent. La SFMG souhaite élargir ce nombre à 350 ou 400 médecins généralistes dès la fin 2005. L'objectif de cet élargissement est d'obtenir un outil représentatif de l'activité des généralistes permettant des analyses plus fines qu'actuellement.

En 2004, les différentes réunions de travail avec le département d'information médicale de la SFMG ont principalement permis de mettre en évidence les améliorations possibles à apporter à l'observatoire actuel.

La réflexion commune a porté en particulier sur l'amélioration ou la mise au point des référentiels (notamment concernant le profil socio-économique des patients), sur la hiérarchisation des caractéristiques du médecin à recueillir et sur l'ergonomie de ce recueil. Les difficultés rencontrées dans la codification des prescriptions pharmaceutiques ont également été analysées. Certains points spécifiques sur lesquels le recueil doit être amélioré ont été mis en lumière ou approfondis : les visites du médecin généraliste chez le patient, le recueil des actes techniques dans la perspective de

la généralisation de la CCAM², la prise en compte des groupes de médecins, la prescription en DCI³, le calage des données de l'OMG sur les données d'activité officielles (recueillies par les caisses d'assurance maladie), les contacts informels des médecins généralistes avec leurs patients (courriers, téléphone), etc.

Enfin, l'IRDES est également intervenu pour tester les données de l'OMG mises à disposition par la SFMG sur son site web (<http://omg.sfmfg.org/>). Ce site permet de disposer d'informations sur les motifs de recours de la population aux soins de généralistes en fonction des caractéristiques d'âge et de sexe des patients. Ces données ont été recueillies par les participants de l'OMG entre 1994 et 2003. En 2005, la SFMG devrait mettre à disposition sur le web les données concernant les prescriptions pharmaceutiques effectuées pour les principaux motifs de recours en médecine générale.

2.2 Eco-Santé

2.2.1 Les évolutions de la version 2004

Anne Aligon, Catherine Banchereau, Martine Broïdo, Jacques Harrouin, Christophe Lainé, Florence Naudin, Thierry Rochereau

Eco-Santé est un logiciel permettant d'exploiter plusieurs bases de données chiffrées sur les systèmes de santé et leur environnement démographique, social et économique. L'interface du logiciel permet de produire très rapidement et simplement des tableaux, des graphiques et des cartes, sans connaissances informatiques. Les données sont soit brutes (ex : consommation à prix courants), soit calculées (ex : à prix relatifs, constants, par personne, en pourcentage d'un agrégat...). Les séries présentées couvrent une longue période (plus de 40 ans pour la Base France), ce que font rarement les annuaires statistiques. Ces séries sont produites par les grands organismes : DREES, INSEE, INED, INSERM, CNAMTS, CANAM, MSA, IRDES...

Quatre bases d'Eco-Santé ont été produites en 2004 :

- Eco-Santé France co-production IRDES- DREES.
- Eco-Santé Régional co-production IRDES- DREES.
- Eco-Santé OCDE co-production IRDES-OCDE.
- Eco-Santé Québec partenariat avec l'INSPQ, l'ISQ, le MSSS sous l'égide de l'OFQSS.

Eco-Santé France

Anne Aligon, Catherine Banchereau, Florence Naudin

La base France contient environ 190 000 données sur le système de santé français et son contexte démographique, social et économique ; les séries vont, dans la mesure des disponibilités, de 1950 à 2003.

La version 2004 a été marquée par la création de deux nouveaux chapitres sur la dépendance intitulés « Personnes âgées dépendantes » et « Personnes handicapées », conçus en collaboration avec la DREES. Ils constituent un panorama des structures d'accueil existantes et de leur capacité d'accueil et présentent le nombre de bénéficiaires d'allocations, notamment de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) créée le 1er janvier 2002. Par ailleurs, l'indicateur de Colvez constitue une approche du handicap.

2 Classification commune des actes médicaux

3 Dénomination commune internationale

En complément de l'activité d'hospitalisation complète, sont maintenant présentées : l'anesthésie et la chirurgie ambulatoires, l'hospitalisation à domicile (Eco-Santé France uniquement), l'hospitalisation à temps partiel, les traitements et cures ambulatoires, dont la dialyse et le traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie d'une part et radiothérapie d'autre part.

Eco-Santé Régional

Martine Broïdo, Thierry Rochereau

La base présente un peu plus de 7 000 séries sur le système de santé français et son contexte économique et social, sur la période 1968-2002, au niveau des 95 départements, des 22 régions de la métropole et des quatre départements DOM.

Les principaux chapitres d'Eco-Santé (consommation de soins, démographie et activité des professions de santé, données économiques et démographiques...) ont été mis à jour, sauf quand les données n'étaient pas disponibles (les équipements lourds de l'ACRIM). Il y a une prise de retard de la DREES concernant les données SAE.

Nous avons intégré de nouvelles données dans Eco-Santé concernant :

- les personnes âgées et les personnes handicapées (les structures d'accueil, les prestations et les bénéficiaires) issues des enquêtes de la DREES,
- l'hospitalisation à temps partiel et les dialyses issues de SAE.

Pour pouvoir calculer des densités de médecins plus récentes, nous avons réalisé des estimations de population sur deux ans, ce qui correspond au décalage entre la diffusion des données de démographie des médecins issues du répertoire ADELI et les des données de population de l'INSEE au niveau départemental et régional.

Eco-Santé OCDE

Florence Naudin

Cette base contient, en 2004, 550 000 données sur les Etats membres de l'OCDE.

Statistiques sur les systèmes de santé des 30 Etats membres de l'OCDE pour la période 1960-2002, Eco-Santé OCDE 2004 est sorti en juin. Dans cette coproduction avec l'OCDE, l'IRDES est responsable du logiciel, du support technique en ligne ainsi que des données pour la France. Cette collecte des données est également associée à la rédaction de la documentation sur les différentes variables présentées (source, champ couvert, éventuelle méthode d'estimation, références bibliographiques).

En collaboration avec l'Université Bocconi, l'ensemble de la structure de la base a été traduite permettant l'ajout de l'Italien comme sixième langue (après le français, l'anglais, l'allemand, l'espagnol et le Russe).

Eco-Santé QUEBEC

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

Cette troisième version de la base de données permet de consulter les données socio-sanitaires des 18 régions composant le Québec. La plupart des séries concernent la période 1981-2003, soit plus de 180 000 données.

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

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

Diffusion

Mise à jour des cahiers de travaux dirigés

Martine Broïdo, Nathalie Meunier

Mise en page : Aude Sirvain

▶ <http://www.irdes.fr/ecosante/CahierTD/CahierTD.htm>

Le cahier de travaux dirigés est un outil pédagogique destiné aux enseignants et étudiants en sciences médico-sociales. Il est organisé en trois grandes parties :

- la démographie et l'état de santé de la population,
- les producteurs de soins (professions de santé et hôpitaux),
- la consommation et le financement du système de soins.

Il permet de présenter les données sanitaires et sociales par un système de questions auxquelles les étudiants doivent répondre à partir d'Eco-Santé. D'une manière plus générale, il présente aux étudiants les différentes sources disponibles en économie de la santé et la façon de se documenter sur les thèmes étudiés en cours.

Les données de cadrage à partir d'Eco-Santé

Martine Broïdo, Nathalie Meunier

▶ http://www.irdes.fr/En_ligne/Chiffres/Cadrage/cadrage.htm

Parmi les données chiffrées apparaissant sur le site Internet de l'IRDES, une rubrique « Données de cadrage » est réservée aux données tirées des logiciels Eco-Santé. Sa mise à jour consiste en créations de nouveaux thèmes et en mises à jour de thèmes déjà existants. Pour l'instant, sont présentés la démographie et l'activité des professions de santé, les dépenses de santé, les indicateurs d'état de santé et le secteur pharmaceutique. En 2004, outre la mise à jour de la démographie médicale, les deux thèmes suivants ont été créés : « Activité des médecins libéraux » et « Secteur pharmaceutique ». Les données sont présentées, sur le site, sous forme de tableaux, graphiques et cartes commentés. Les thèmes sont choisis en fonction de l'actualité.

Logiciel d'interrogation des bases

Jacques Harrouin, Christophe Lainé

La version 2004 du logiciel Eco-Santé a bénéficié d'une complète remise en forme visuelle pour supporter les améliorations et nouvelles règles esthétiques de Windows XP.

L'italien (en collaboration avec l'Université Bocconi de Milan) a été ajouté dans les langues disponibles pour le logiciel (en plus du français, de l'anglais, de l'espagnol, de l'allemand et du Russe).

Dans un souci d'accroître la facilité de compréhension des données, il est maintenant possible d'ajouter les sources et méthodes lors des exportations et lors des impressions des tableaux.

Pour faciliter la manipulation des sources & méthodes, trois nouveaux outils ont été intégrés dans ce module. La recherche par mots clef, la recherche en texte intégral et la navigation en suivant la structure de la base de données.

Le module de cartographie bénéficie également d'améliorations telles l'affichage des étiquettes sur les zones géographiques et le basculement entre niveaux géographiques (entre régions et départements).

Pour suivre l'évolution actuelle des outils d'interrogation, une version « En ligne » via un navigateur Internet, est en cours d'élaboration. L'objectif étant, dans un premier temps, de

sélectionner une série, consulter les sources, méthodes et définitions de celle-ci, l'afficher puis l'exporter dans un autre logiciel.

Cette version Internet des logiciels Eco-Santé doit fonctionner sur tous les navigateurs permettant des exportations aussi bien sur PC sous Windows que sur Mac ou ordinateurs sous Linux.

2.2.2 Réflexion sur l'avenir d'Eco-Santé

Jacques Harrouin

Deux potentialités de développement ont été considérées en 2004 : fournir un accès plus large et gratuit à la base de données via un navigateur WEB et rapprocher les bases Eco-santé et Score-Santé de la FNORS afin d'enrichir les deux bases.

Dans le but de fournir un accès le plus large possible aux données des bases Eco-Santé, un accès de celle-ci, *via* un navigateur WEB, est la solution la plus efficace et la plus universelle pour compléter le logiciel actuel. Une première version d'un outil en ligne a ainsi été développée permettant de sélectionner une série, de la visualiser et de l'exporter. Il est également possible d'afficher les sources et les définitions de ces séries, et cela, dans l'une des six langues disponibles.

Nous souhaitons mettre ces données à disposition sur internet lors de la sortie de la version 2005.

Pour enrichir les données et pour fournir une source de référence en France dans le secteur de la santé, une collaboration avec la FNORS a été envisagée, à l'initiative de la DGS et de la DREES, avec la perspective d'aboutir à terme à une fusion des bases Eco-Santé et Score-Santé. L'idée est de tirer parti de la synergie des compétences en répartissant la collecte et la validation des données en fonction des compétences de chaque organisme, l'IRDES s'occupant des données économiques (offre et consommation de soins) et la FNORS prenant en charge les aspects de santé publique et environnementaux (mortalité, morbidité, qualité de l'environnement). La complémentarité permettrait de gagner du temps sur des travaux effectués de part et d'autre et d'enrichir la base (notamment avec l'intégration des indicateurs de la loi de santé publique).

Les réunions préparatoires menées avec la FNORS en 2004 n'ont pas permis pour le moment d'avancer suffisamment pour conclure à la faisabilité de l'opération.

3. Travaux méthodologiques à partir des enquêtes

3.1 Morbidité déclarée et morbidité diagnostiquée

Catherine Sermet

- Les données de morbidité de l'enquête décennale de santé n'ayant pas été mises à disposition en 2004, ce travail a été reporté sur 2005/2006.

Rappelons que l'enquête décennale santé de 2002-2003 a comporté un questionnement très complet sur différents indicateurs de santé : morbidité déclarée spontanément, morbidité déclarée à partir d'une liste de maladies, auto-questionnaires sur la santé perçue, sur la dépression, les problèmes respiratoires, etc. Un sous-échantillon d'individus a également réalisé un bilan de santé dans un centre d'examen de santé de l'Assurance maladie.

Comme dans de nombreux pays, les enquêtes sur la santé par interview sont généralement le moyen le plus utilisé pour mesurer l'état de santé des populations. De nombreuses études ont déjà été publiées dans la littérature sur les liens entre morbidité déclarée et diagnostiquée, mais peu d'études disposaient à la fois d'une batterie d'indicateurs de santé aussi variés, associés à un examen de santé. Par ailleurs, ces études ne sont pas forcément transposables à la situation française.

La disponibilité de cette enquête nous offre l'opportunité d'un travail méthodologique sur les différents indicateurs de santé et leurs liens. Diverses questions pourront être ainsi abordées : quelle part de la morbidité est effectivement mesurée par les déclarations spontanées ? Quels sont les biais, pour quelles catégories de personnes ou de maladies ? Quels sont les liens entre les différents indicateurs de santé ? Quels aspects de l'état de santé mesure chacun d'entre eux ?

3.2 Signification et validité du mini module européen de l'enquête Santé Protection Sociale

Laurence Auvray, Lucie Ronceray, Catherine Sermet

L'enquête SPS 2002 a pour la première fois introduit dans son questionnaire les trois indicateurs de santé dit « mini module européen » : un indicateur général de santé perçue, un indicateur de maladies chroniques et un indicateur d'incapacité. Les dimensions de l'état de santé mesurées par ces trois indicateurs sont a priori différentes. Quels sont les aspects de la santé mesurés par chacun d'eux ? Y a-t-il des facteurs constitutifs de la santé mis en évidence par certains d'entre eux et pas par d'autres ?

L'introduction de ces nouveaux indicateurs dans l'enquête SPS impose de s'interroger sur la signification et la validité des résultats sur l'état de santé ainsi obtenus.

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

1. estimer la prévalence des différents états de santé mesurés par ces indicateurs, comparer ces résultats aux résultats connus d'autres enquêtes nationales ou européennes ;
2. comprendre les déterminants de la déclaration de ces indicateurs synthétiques ; divers facteurs démographiques, sociaux, médicaux, etc... déterminent en effet les réponses à ces indicateurs ; il s'agit ici de mesurer en particulier la contribution de ces facteurs à chacun des indicateurs afin de mieux comprendre leur signification en termes d'état de santé.

Environ un quart des personnes de 18 ans et plus se déclarent en mauvais état de santé (moyen, mauvais, ou très mauvais), un quart déclarent avoir une maladie chronique et 14 % souffrent d'une limitation d'activité liée à un problème de santé.

Quel que soit l'indicateur retenu, l'âge augmente la probabilité d'avoir des problèmes de santé, tant chez les hommes que chez les femmes. La probabilité de déclarer un mauvais état de santé est plus élevée chez les chômeurs et les inactifs, les ouvriers qualifiés. La présence de maladie chronique est également plus fréquente chez les inactifs, mais concerne plus souvent les employés de commerce et les personnes vivant seules. Enfin les limitations d'activité sont plus souvent déclarées par les chômeurs et les inactifs, les autres caractéristiques sociales n'ayant pas d'influence sur elles.

La recherche des déterminants médicaux de la mauvaise santé perçue ont mis en évidence l'influence majeure de l'incapacité dans la perception de la mauvaise santé (OR=7.91***) ainsi que de certaines pathologies, soulignant le poids de la dépression, des maladies du système nerveux, de l'asthme et des bronchites chroniques, de certaines maladies de la peau, des cardiopathies, du psoriasis, du diabète, des dorsopathies et des troubles du sommeil. L'obésité est aussi un facteur de déclaration de mauvaise santé perçue de même que le fait de fumer. Les analyses par tranche d'âge révèlent une influence encore plus grande de l'incapacité chez les moins de 40 ans, une croissance de l'influence de certaines pathologies comme l'asthme et les bronchites chroniques et une décroissance de l'effet d'autres affections, comme les arthropathies périphériques et ou les troubles du sommeil.

Des analyses similaires ont été réalisées sur la présence de maladie chronique et les limitations d'activité. Ce travail sera poursuivi en 2005 et donnera lieu à la publication d'un article.

 *Validation des indicateurs de perception de la maladie de l'enquête santé et protection sociale*. Rapport de stage de maîtrise informatique et statistique, Lucie Ronceray.

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

Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Eugénie Latil, Pascale Lengagne

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

Ce travail basé sur les données de deux enquêtes en population générale, ESPS 2002 et EDS 2002/2003, comporte trois phases :

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

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

les enquêtes ESPS ultérieures pour pouvoir suivre les objectifs de la Loi de Santé publique et le plan quinquennal de lutte contre l'alcoolisme.

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

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

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

Ces deux étapes ont été réalisées au cours du second semestre 2004. Elles ont fait l'objet d'une soutenance de mémoire pour le Mastère Modélisation Economique et Statistique, Ecole Nationale de la Statistique et de l'Administration Economique (ENSAE) et trois publications sont prévues au premier semestre 2005 :

- ✎ *Définition et déterminants socio-économiques des différents profils d'alcoolisation en population générale*, Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Eugénie Latil, rapport IRDES à paraître au premier semestre 2005
- ✎ *Mesure des problèmes d'alcoolisation à travers des enquêtes en population générale*, Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Eugénie Latil, rapport IRDES et « Questions d'économie de la santé » série méthode, à paraître au premier semestre 2005
- ✎ *Les déterminants socio-économiques de différents profils d'alcoolisation*, Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Eugénie Latil, rapport IRDES et « Questions d'économie de la santé » série analyse, à paraître au premier semestre 2005

Ce travail se poursuit en 2005 par :

3. Une analyse de l'impact des différents profils d'alcoolisation sur l'état de santé déclaré et le recours aux médicaux : Quel est l'impact de ce facteur de risque sur l'état de santé et le recours aux soins ? Comment la consommation d'alcool est-elle liée à d'autres conduites à risque comme la consommation de tabac ou à d'autres facteurs de risque tels que l'obésité ? A quels états de santé (nature des maladies déclarées, degré de risque vital et degré de dépendance) ces conduites addictives ou ces facteurs de risque cumulés sont-ils associés ? Perçoit-on un recours aux soins différent en cas de risque alcoolique et ce recours dépend-il de la gravité de ce risque ? L'hypothèse sous-jacente à ces questions fait référence au fait que les patients ayant un problème d'alcool échappent partiellement au système de soins et y accèdent souvent tardivement.

3.4 Les Indicateurs de suivi des objectifs de la Loi de Santé Publique

Laure Com-Ruelle, Catherine Sermet

Le rapport annexé au projet de loi relatif à la politique de santé publique définit une série de 102 objectifs de santé publique. Chacun de ces objectifs représente un aspect spécifique et important, en termes d'amélioration de la santé de la population, des résultats que la politique de santé publique doit chercher à atteindre à échéance de cinq ans. Ce même rapport annexé propose des indicateurs souhaitables pour suivre le niveau d'atteinte de chaque objectif.

L'IRDES a participé au travail collectif de définition opérationnelle de ces indicateurs mené sous la responsabilité conjointe de la Direction Générale de la Santé et de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.

- ☐ Série de 102 fiches techniques concernant chacune un objectif de santé publique, rendues disponibles auprès de la DGS-DREES à partir de février 2005.

3.5 « Indicators of Active Life Expectancies » de ILC (International Longevity-Center)

Thomas Barnay, Florence Jusot, Thierry Rochereau, Catherine Sermet

Cette étude a été menée en 2004 et doit s'achever à la fin du mois de février 2005. L'International Longevity Center a lancé en 2003-2004 le projet « Indicators of Active Life Expectancies ». Ce projet a comme objectif de développer des indicateurs de vieillissement en santé et de vie active afin de comparer les différents pays entre eux et dans le temps.

Ce projet comprend trois étapes :

1. une revue de la littérature sur la santé des populations et l'engagement productif des personnes âgées,
2. une revue critique des données existantes,
3. le recueil d'indicateurs pour chaque pays européen permettant une première évaluation des évolutions dans le vieillissement en santé et l'engagement productif en Europe.

ILC USA est le leader de ce projet. ILC USA a pris en charge le point 1. Concernant le point 2, ILC USA a analysé des sources issues des organisations internationales et a confié à ILC France l'analyse des sources provenant des différents pays d'Europe. ILC France a demandé à l'IRDES de se charger de la réalisation de cette étude. Il s'agit d'analyser et de comparer les sources de données existant dans dix pays d'Europe (France, Allemagne, Italie, Espagne, Royaume Uni, République Tchèque, Grèce, Pologne, Fédération de Russie, Suède) comportant des indicateurs de santé de la population et des indicateurs d'engagement productif.

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

Pour 2004 et 2005, les étapes suivantes ont été réalisées :

1. une analyse de la littérature visant à repérer les données existantes en termes d'indicateurs de santé, d'engagement productif et de facteurs de risque ou déterminants de la santé ;
2. à partir de cette liste, une évaluation de la disponibilité, de la comparabilité et de la qualité des données ainsi repérées ;
3. le test de la grille d'évaluation des enquêtes ;

☞ *Indicators of active life expectancy*, Florence Jusot, Catherine Sermet, Projet ILC, janvier 2004

4. la réalisation d'une note de synthèse sur les projets européens en cours ;

☞ *Les projets européens sur les enquêtes santé et les indicateurs d'état de santé*, Florence Jusot, Catherine Sermet, Projet ILC, mai 2004.

5. la sélection d'un petit nombre d'enquêtes pour rassembler les données dans les 10 pays ;

☞ *Comparability analysis of health Surveys in Europe*, Florence Jusot, Catherine Sermet, Projet ILC, juin 2004.

6. la réalisation d'un premier rapport intermédiaire (fin novembre 2004) pour 5 pays (France, Royaume Uni, République tchèque, Pologne, Fédération de Russie), comportant une fiche par pays et un résumé des principaux résultats concernant l'ensemble des indicateurs visés au 1 ;

☞ *Comparability of health surveys in Europe*, Thomas Barnay, Florence Jusot, Thierry Rochereau et Catherine Sermet, intermediate report for International Longevity Center, document de travail IRDES, décembre 2004.

▶ http://www.irdes.fr/En_ligne/DocTrav/Sauve/ILCIntermediateReport.pdf

7. la réalisation du rapport final pour les 10 pays sélectionnés (échéance fin février 2005).

La première étude intermédiaire (5 premiers pays) permet de déterminer un ensemble d'indicateurs opérationnels susceptibles d'être utilisés pour comparer des populations de pays différents pour des enquêtes comparables. Il est possible de réaliser des analyses comparatives de l'état de santé perçu, du BMI (Body Mass Index) et de la prévalence du tabagisme dans les 5 pays. Cependant, l'enquête santé tchèque n'étant pas représentative, la comparaison se limite aux 4 autres pays. Les comparaisons sont plus difficiles pour le CAGE car cet indicateur qui n'est pas présent dans beaucoup d'enquêtes l'est en outre souvent dans des enquêtes non représentatives.

Pour accéder au rapport final :

▶ http://www.irdes.fr/En_ligne/DocTrav/ILCReport.pdf

▶ http://www.irdes.fr/En_ligne/DocTrav/ILCAppendix.pdf

Cette étude va faire l'objet d'une communication :

☞ *Les indicateurs de santé et d'activité sont-ils comparables dans les enquêtes santé européennes ?*, Thomas Barnay, Florence Jusot, Thierry Rochereau, Catherine Sermet, communication acceptée au Colloque francophone sur les sondages, Société Française de Statistique, Université de Laval, Québec, Canada, 24-27 mai 2004.

II. Axes de recherche

1. Description et analyse de l'état de santé de la population

1.1 Les jeunes et l'alcool en Europe et dans le monde

En collaboration avec l'ICAP (International Center for Alcohol Policies : Marcus Grant and Brett Bivans, l'IREB (Nicole Leymarie) et l'INSERM (Marie Choquet), Laure Com-Ruelle

En 2004, l'IRDES a publié une synthèse d'un travail réalisé en 2003 en collaboration avec l'IREB (Institut de recherche scientifique sur les boissons alcoolisées) concernant les jeunes et l'alcool en France et a participé sur ce thème à deux séminaires de travail internationaux.

☰ *Les adolescents français face à l'alcool en 2001 - Enquête IREB.* Marie Choquet (INSERM), Laure Com-Ruelle (CREDES), Julien Lesrel, Nicole Leymarie (IREB). Questions d'économie de la santé n° 79. Série "Analyse". 6 pages, janvier 2004.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum79.pdf>

↵ *French adolescents and alcohol: behaviour and trends.* 2nd horizontal survey (2001). Report on Experts Meeting: Young People's Drinking, Paris, France, 21-22 June 2004.

↵ *Pattern of alcohol consumption among the young European people - Seminario I Giovani e l'alcool: la dimensione del fenomeno ed il ruolo della vulnerabilità psico-biologica nei comportamenti di abuso e di dipenza,* Communication, Roma, Italie, 4 octobre 2004 – Laure Com-Ruelle (IRDES), Marie Choquet (INSERM), Nicole Leymarie (IREB)

☉ Les travaux qui suivent n'ont pas pu débiter en 2004, les données de morbidité de l'enquête décennale de santé n'ayant pas été mises à disposition.

L'analyse de l'influence de la catégorie sociale sur la perception de l'état de santé et l'étude de la prévalence de l'asthme démarreront en 2005. Les travaux sur l'évolution de la morbidité déclarée et les processus conduisant des maladies chroniques aux restrictions d'activité sont à reprogrammer à une date ultérieure.

1.2 Influence de la catégorie sociale sur la perception de l'état de santé

Catherine Sermet, projet en collaboration avec l'INED

La mesure de l'état de santé est une des difficultés majeures dans toute recherche sur les inégalités de santé. En effet, la perception même de l'état de santé peut varier selon la catégorie sociale et ainsi fausser la mesure, le plus souvent dans le sens d'une sous-déclaration des maladies par les catégories sociales les plus défavorisées. Dès lors, il devient intéressant de s'interroger sur l'ampleur de cette sous-estimation. L'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux offre l'opportunité de comparer des déclarations de maladies avec plusieurs échelles de santé perçue et des questionnaires spécifiques sur certaines affections comme la dépression, l'asthme ou les lombalgies et de mesurer l'influence de la catégorie sociale sur la perception de la santé.

1.3 Prévalence de l'asthme et de ses comorbidités et évaluation de la qualité de vie et des recours aux soins chez l'adolescent et l'adulte asthmatique

Laure Com-Ruelle et le groupe de travail de surveillance de la prévalence de l'asthme⁴

Depuis une vingtaine d'années, on observe une augmentation de la prévalence de l'asthme dans les pays industrialisés, chez l'enfant et chez l'adulte jeune, ne pouvant pas être expliquée par de seules modifications des pratiques médicales ou une amélioration de l'information de la population. De plus, malgré des traitements efficaces, la mortalité ne semble plus baisser. C'est pourquoi a été mis en place un programme de surveillance épidémiologique de l'asthme, qui, outre la prévalence de la maladie, couvre aussi les thèmes de l'hospitalisation pour asthme, des passages dans les services d'urgence pour asthme, de la mortalité par asthme et de la surveillance des asthmes professionnels.

L'inclusion dans l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 2002-2003 de l'INSEE de questionnaires sur la santé respiratoire, issus des questionnaires standardisés utilisés dans des enquêtes internationales, offre donc l'opportunité d'estimer la prévalence des symptômes respiratoires et de l'asthme au sein d'un vaste échantillon de la population de France métropolitaine, assurant une comparabilité avec les enquêtes internationales. Les objectifs particuliers de cette étude sont les suivants : estimer la prévalence de l'asthme et des symptômes évocateurs d'asthme chez l'adolescent et l'adulte, estimer la prévalence des comorbidités associées (eczéma chez l'adolescent, rhinite allergique, bronchite chronique et insuffisance respiratoire chez l'adulte), évaluer l'impact de l'asthme sur la qualité de vie, évaluer les recours aux soins des patients asthmatiques. Nous ne pourrions par contre pas distinguer les stades de sévérité tels qu'ils figuraient dans l'ESPS 1998 ; cette lacune devrait être comblée lors de l'ESPS 2006 afin de suivre l'évolution de la prévalence et du recours aux soins selon la gravité de la maladie.

En 2004, le groupe de travail s'est réuni pour commencer à travailler sur les aspects de prévalence et c'est l'InVS qui sera plus particulièrement chargé de poursuivre ce volet en 2005. L'IRDES ne commencera à travailler sur la partie recours aux soins et qualité de vie des asthmatiques que dans le courant 2005, lorsque nous disposerons des pondérations globales des individus.

1.4 Evolution de la morbidité déclarée

Catherine Sermet

Depuis 1970, les enquêtes sur la santé fournissent une image de la morbidité déclarée par la population française. Au fil du temps, la qualité de l'information recueillie s'est améliorée et les déclarations de maladies ont augmenté, pour toutes les classes d'âge entre 1970 et 1980 et essentiellement pour les personnes âgées entre 1980 et 1991. Sans permettre d'avoir une vue de la morbidité réelle qu'aucune enquête ne permet d'appréhender, la morbidité déclarée offre cependant la possibilité d'avoir une image des maladies qui préoccupent les Français et qui sont un des déterminants de la consommation médicale.

L'enquête 2003 sera utilisée pour faire un nouveau point sur la morbidité déclarée. Il s'agit ici de présenter une vue d'ensemble des maladies déclarées en population générale en détaillant la nature des maladies par grand domaine pathologique et par maladie détaillée pour les plus fréquentes. L'évolution des prévalences depuis 1970 sera également explorée.

4 Isabella Annesi Maesano (INSERM U472), Laure Com-Ruelle (CREDES), Marie-Christine Delmas (Institut de Veille Sanitaire), Christine de Peretti (DREES), Nathalie Guignon (DREES), Bénédicte Leynaert (INSERM U408)

1.5 Les déterminants des processus conduisant des maladies chroniques aux restrictions d'activité

Catherine Sermet, projet en collaboration avec la DREES

Parmi les indicateurs de santé relevés dans l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 2002-2003, sont disponibles conjointement des données de morbidité déclarée et des indicateurs de limitations fonctionnelles (état fonctionnel de l'individu) et de restriction d'activité (conséquences des limitations sur la vie quotidienne). Le projet vise à étudier le caractère prédictif des maladies chroniques sur le risque d'avoir des limitations fonctionnelles (et lesquelles) ainsi que de mesurer si les maladies chroniques accroissent les risques que les problèmes fonctionnels induisent une perte d'autonomie (restriction d'activité). Les indicateurs de limitations fonctionnelles et de restrictions d'activité seront analysés pour établir le lien avec les maladies potentiellement « invalidantes » : fréquence et type de limitations fonctionnelles parmi ceux qui déclarent différentes maladies chroniques, des troubles mentaux... Par ailleurs, nous mènerons une étude des disparités du risque de restriction d'activité et de perte d'autonomie.

2. Protection sociale et financement de l'Assurance maladie

Les travaux menés sur ce thème sont structurés autour de quatre axes :

- ⇒ contribuer à une meilleure connaissance du marché de l'assurance complémentaire ;
- ⇒ analyser l'apport de l'assurance en termes de réduction de l'incertitude à laquelle sont confrontés les ménages, pour éviter notamment que les plus pauvres d'entre eux aient à engager des dépenses « catastrophiques » pour se soigner ;
- ⇒ étudier l'impact de la couverture maladie sur les comportements individuels. Il s'agit de poursuivre l'étude de l'impact d'une (meilleure) couverture sur la consommation de soins, mais aussi de s'interroger sur l'ensemble des incitations créées par l'assurance (trappe à pauvreté, effet de seuil...). À plus long terme, nous intéressent aussi l'impact de la protection sociale sur l'état de santé et sur la capacité des individus à générer des revenus ;
- ⇒ analyser l'équité du financement et, plus généralement, les conséquences possibles de son évolution.

2.1 Connaissance du marché de l'assurance complémentaire

2.1.1 Analyse des niveaux de garanties proposées par les complémentaires

Agnès Couffinhal, Camille Francesconi (stagiaire ENSAE), Pascale Lengagne, Marc Perronnin, Thierry Rochereau

L'IRDES étudie depuis plusieurs années l'offre de garanties des contrats de couverture complémentaire. Cet exercice n'est pas aisé car les complémentaires couvrent différents types de soins et un contrat généreux pour un type de soin ne l'est pas forcément pour d'autres. De plus, pour un même type de soin, les garanties sont libellées de multiples façons (% du tarif de convention, % des frais réels...) d'un contrat à l'autre.

Deux études, une à partir de l'enquête ESPS 1998 et une autre à partir des enquêtes ESPS 2000 et 2002 (avec une méthodologie améliorée), avaient permis d'établir une caractérisation des contrats de couverture complémentaire selon le niveau des garanties pour les lunettes et les prothèses dentaires (biens pour lesquels les restes à charge après remboursement de la Sécurité sociale sont élevés et pour lesquels les qualités de remboursement des contrats sont donc fortement éprouvées). La deuxième étude a donné lieu à un « Questions d'économie de la santé » en février 2004 et à un rapport en avril 2004.

Toutes les études menées ont fait apparaître de grandes disparités dans les niveaux de garanties, notamment selon le mode de souscription : les complémentaires d'entreprise, en particulier celles qui sont obligatoires, offrent de meilleures garanties que les complémentaires individuelles.

 *Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement - Enquête ESPS 2000 et 2002.* Agnès Couffinhal, Marc Perronnin avec l'appui de Julie Chevalier et Pascale Lengagne (ENSAI). IRDES n° 1521, 2004/04 - 110 pages.

 *Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement - Enquête ESPS 2000 et 2002.* Agnès Couffinhal, Marc Perronnin avec l'appui de Julie Chevalier et Pascale Lengagne (ENSAI). Questions d'économie de la santé n° 80, Série « Analyse », 2004/02 - 6 pages.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum80.pdf>

 Les travaux sur les *niveaux de garanties des couvertures individuelles* ont été présentés dans divers colloques : Journées d'information du CTIP du 12 mai 2004, Argus de l'assurance le 6 juillet et le 9 novembre 2004.

2.1.2 Les prix des contrats de couverture complémentaire Individuels

Michel Grignon, Marc Perronin

Une première analyse réalisée par Michel Grignon et Marc Perronin pour le Fond CMU a relié les niveaux de garanties et les primes des contrats de couverture complémentaire, dans le cadre d'une réflexion sur la valeur de la CMU pour ses bénéficiaires (voir § 2.2).

Cette analyse a été reprise afin d'explorer les variables qui influencent la tarification des contrats. Nous avons ainsi étudié les niveaux de primes en fonction des niveaux de garanties offerts (faible en optique et en dentaire, moyen en optique et en dentaire, fort en dentaire), en fonction de la structure âge/ sexe, de l'état de santé des individus et du revenu, dans la grappe d'assurés, mais aussi en fonction de la région de résidence, du régime obligatoire, de la de l'occupation principale et de la CSP de l'assuré principal. Nous avons pour cela mené une régression par moindres carrés ordinaires sur le logarithme des primes. Nous avons travaillé uniquement sur les contrats individuels pour lesquels on sait que la prime est intégralement payée par l'assuré et donc correctement déclarée dans l'enquête.

Toutes choses égales par ailleurs, les niveaux de primes augmentent de 13 % et 22 % lorsque l'on passe d'un contrat à garanties faibles à un contrat à garanties moyennes et élevées. L'âge influence fortement les primes : pour un contrat couvrant une seule personne, celles-ci augmentent de 64 % chez les hommes et de 72 % chez les femmes quand on passe d'un assuré de moins de 30 ans à un assuré de plus de 65 ans. Les primes varient aussi de manière importante selon la région de résidence, mais pas toujours dans le sens attendu (par exemple, Champagne Ardenne est une des régions où les primes sont le plus élevées, toutes choses égales par ailleurs). Enfin, la CSP et l'occupation professionnelle jouent aussi de manière significative. Par contre, l'état de santé n'a pas d'impact significatif ce qui semble indiquer que les pratiques (questionnaires médicaux) visant à déterminer précisément l'état de santé semblent peu répandues.

▣ *Les primes de contrats individuels de couverture complémentaire en 1998*, Marc Perronin. Questions d'économie de la santé n° 90. Série « Analyse ». Décembre 2004. 8 pages.

► <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum90.pdf>

2.1.3 Premiers résultats de l'enquête menée auprès des entreprises sur la couverture complémentaire

Agnès Couffinal, Nathalie Grandfils, Michel Grignon et Thierry Rochereau

L'enquête nationale menée auprès des entreprises sur la couverture complémentaire dont disposent leurs salariés s'est terminée sur le terrain fin 2003. Les premiers résultats de cette enquête ont été publiés sous forme d'un « Questions d'économie de la santé » en juin 2004 et d'un rapport en septembre 2004.

Cette enquête visait à recueillir des informations qualitatives sur ce thème, auprès de 2000 établissements, des TPE (moins de 10 salariés) aux grandes entreprises, les entreprises agricoles, publiques et libérales (sans salarié) étant exclues. Elle avait pour objectif de dresser un état de l'offre de la complémentaire maladie et de la prévoyance santé au sein des entreprises.

En moyenne, quatre établissements sur dix proposent une complémentaire maladie à tout ou partie de leurs salariés. Cette proportion augmente fortement avec la taille de l'entreprise et varie selon les secteurs d'activité. Quand ils proposent une complémentaire maladie à leurs salariés, 83 % des établissements en font profiter tous leurs salariés, quels que soient leur contrat et/ou fonction. Pour autant, les établissements qui ne proposent pas de complémentaire maladie emploient plus d'employés et d'ouvriers que celles qui en proposent.

Près de 7 salariés sur 10 travaillent dans un établissement qui offre une complémentaire maladie. Lorsqu'il participe au financement, l'employeur intervient en moyenne à hauteur de 58 %.

Au cours du 1^{er} trimestre 2004, le travail a consisté à réceptionner et mettre en forme les résultats de l'enquête réalisée sur le terrain par la société ISL afin de produire les premiers résultats descriptifs sur la couverture complémentaire dans les entreprises. Un important travail de redressement de l'échantillon a été nécessaire afin d'être représentatif des établissements au niveau national et de tenir compte de la non-réponse. Un numéro de Questions d'économie de la santé présentant ces premiers résultats a été publié en juin 2004.

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

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

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

Les contrats uniques, les contrats obligatoires et les contrats proposés par des Institutions de prévoyance et des assurances offrent de plus hauts niveaux de garanties que respectivement les contrats à options, les contrats facultatifs et les contrats proposés par des mutuelles. Une analyse des niveaux de couverture en fonction des caractéristiques des établissements fait apparaître que les niveaux de garanties varient selon le secteur d'activité, la taille de l'établissement, la proportion de cadres et de non cadres dans l'établissement. Une typologie des établissements en fonction des caractéristiques des contrats proposés a également été établie.

Ce travail est en cours de finalisation et sera publié au premier semestre 2005.

Un troisième volet est prévu pour analyser les liens entre la couverture maladie et les caractéristiques de l'entreprise (substitution ou complémentarité par rapport au salaire direct, liens avec la composition du personnel,...). La réalisation de cette recherche est conditionnée par l'obtention des données de l'enquête ACEMO sur les entreprises enquêtées.

 *Enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise en France.* Agnès Couffinal, Nathalie Grandfils, Michel Grignon, Thierry Rochereau. IRDES n° 1540. 2004/09 - 146 pages

 *La complémentaire maladie d'entreprise. Premiers résultats nationaux d'une enquête menée fin 2003 auprès de 1 700 établissements.* Agnès Couffinal, Nathalie Grandfils, Michel Grignon, Thierry Rochereau. Questions d'économie de la santé n° 83. Juin 2004. Série « Résultats ». 4 pages.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum83.pdf>

2.1.4 Monographie sur l'assurance privée en France

Thomas C. Buchmueller, Agnès Couffinhal

Ce travail s'inscrit dans le cadre d'un projet de l'OCDE sur le rôle de l'assurance privée dans les systèmes de santé des pays de l'OCDE. Les principaux objectifs de cette étude sont d'identifier les questions de politique publique que soulève l'interdépendance entre assurance publique et assurance privée et d'évaluer les modèles mixtes et leur impact sur les performances des systèmes de santé (équité, réactivité, efficience,...). L'étude a développé une typologie des modèles d'assurance privée et collecté des données et des informations sur la réglementation. Des études de cas ont également été réalisées sur quelques pays où l'assurance privée joue un rôle important. C'est le cas de la France, qui est le troisième pays de l'OCDE en ce qui concerne la part des dépenses de santé financée par l'assurance privée, après les Etats-Unis et les Pays-Bas, deux pays où l'assurance privée représente la seule source de couverture pour une grande partie de la population.

 *Private Health Insurance in France*, Thomas C. Buchmueller, Agnès Couffinhal, OECD Health Working papers n° 12, 2004

► <http://www.oecd.org/dataoecd/35/11/30455292.pdf>

2.2 La valeur de l'assurance

Cette question a été abordée à partir de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC)

Réflexion sur la valeur de la CMU pour ses bénéficiaires à partir de plusieurs approches

Michel Grignon, Marc Perronnin

Une première approche de la valeur que représente la CMUC pour les bénéficiaires est de la considérer comme équivalente au montant financier moyen de la prestation, c'est-à-dire à la dépense à laquelle les bénéficiaires auraient été confrontés, avec la même consommation de soins, en l'absence de couverture.

Cependant, la valeur de la CMUC pour un bénéficiaire n'est pas réductible au montant de la prestation moyenne allouée. En effet, la CMUC est une assurance et comme telle, ce qu'elle apporte à l'assuré, c'est une réduction de l'incertitude. Cette réduction de l'incertitude peut jouer de deux manières.

D'une part, elle permet d'accéder, dans l'éventualité où l'individu est confronté à des dépenses élevées, à des soins auxquels il ne pourrait faire face s'il devait les financer directement, ou qui occasionneraient, s'il pouvait y faire face, une très forte perte de revenu. L'assurance réduit ainsi l'incertitude pesant à la fois sur la possibilité d'accéder aux soins et sur le revenu disponible futur de l'individu. C'est d'ailleurs l'objet de l'assurance maladie obligatoire que de couvrir ce « gros risque » et de permettre l'accès de tous à des soins qui seraient autrement inabordables ou mettraient en péril les autres consommations. La CMUC y contribue-t-elle, ou joue-t-elle essentiellement sur le petit risque ? Pour répondre à cette question, la distribution des restes à charge laissés par le régime obligatoire, et l'impact de la CMUC sur les restes à charge importants a été analysée.

D'autre part, le prélèvement sur le revenu que doit supporter l'individu pour financer les dépenses de soins restant à sa charge, quel qu'en soit le montant, n'a pas le même impact selon le niveau de revenu initial disponible. La deuxième partie du rapport analyse ce que représente un reste à charge correspondant à une consommation de soins « normale » dans le budget d'un ménage pauvre, et en quoi la CMUC évite des risques budgétaires qui peuvent constituer souvent, à ces niveaux de revenu, des risques catastrophiques mettant en danger l'équilibre du budget du ménage.

Ces deux approches permettent donc d'apporter des éléments sur l'apport de la CMUC, en tant qu'assurance, au-delà de la prestation moyenne servie. Une troisième approche, qui fait l'objet de la dernière partie du rapport, est d'une nature radicalement différente des deux précédentes : elle tente d'estimer la valeur marchande d'un contrat commercial proche de la CMUC, c'est-à-dire la prime que des assurés sont prêts à payer pour se couvrir dans ces conditions.

📖 Mesure empirique de la valeur économique de la couverture maladie universelle complémentaire pour ses bénéficiaires, à partir des données de l'Assurance maladie et d'une enquête auprès des ménages, Michel Grignon, Marc Perronnin, Fonds de financement de la protection complémentaire universelle du risque maladie, 2004.

▶ <http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?Id=3&cat=84>

2.3 Assurance et comportements individuels

2.3.1 Étude du lien entre niveaux de garanties et consommations de lunettes et de prothèses dentaires

Pascale Lengagne, Marc Perronnin

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

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

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

Utilisant un échantillon d'environ 13 000 individus, nous modélisons simultanément le recours et les dépenses aux lunettes d'une part et aux prothèses dentaires d'autre part, par un modèle Tobit généralisé. Afin d'étudier si ce supplément de consommation traduit une meilleure accessibilité aux soins, nous avons également modélisé le renoncement à ces biens. Nous montrons que plus le niveau de couverture est élevé et plus les enquêtés ont une forte probabilité d'avoir recours aux prothèses dentaires. Ce résultat est moins net pour les lunettes. Par ailleurs, le montant des

dépenses annuelles, sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale, n'est pas significativement influencé par le niveau de couverture ni même par le fait d'être couvert. On observe le même résultat pour la dépense moyenne par produit acheté. Ces résultats tendent à montrer que la couverture complémentaire se traduit par une amélioration de l'accessibilité aux soins plutôt que par l'achat de biens chers. Ce résultat est confirmé par les régressions sur les renoncements aux lunettes et aux prothèses dentaires qui montrent que ceux-ci diminuent significativement lorsque le niveau de couverture augmente.

Ces résultats sont en cours de finalisation et feront l'objet d'une publication au premier semestre 2005.

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

2.3.2 Impact de la CMUC sur ses bénéficiaires

Marc Perronin

En 2003, une étude en différence de différence (l'entrée dans la CMU modifie-t-elle le rythme d'évolution de la dépense de soins ?), sur l'EPAS, montre que l'amélioration de couverture pour les ex-AMG n'a pas eu d'impact sur leur dépense (en 2000 tout au moins), alors que l'arrivée dans une couverture a modifié la dépense de ceux qui ne bénéficiaient pas de l'AMG auparavant. Toutefois, ce résultat ne signifie pas que la CMU a modifié la consommation de manière exogène (effet prix pur), car il provient d'un fort biais de sélection (ceux qui s'inscrivent à la CMU le font pour dépenser plus). La CMU a donc joué son rôle dans l'accès aux soins, sans engendrer de risque moral négatif par effet prix pur.

Aucune étude complémentaire n'a été menée en 2004. En 2005 par contre, l'analyse sera prolongée en allongeant la période d'observation suivant l'entrée dans la CMU (voir programme de travail 2005).

- ✎ Les résultats déjà mis en évidence et éventuellement ceux trouvés dans l'étude menée en 2005 seront présentés en session, lors du colloque de l'IHEA à Barcelone en juillet 2005.

2.3.3 Analyse des déterminants des arrêts de travail

Michel Grignon, Thomas Renaud

Le contexte d'analyse est le suivant :

- évaluation des déterminants de recours aux arrêts de travail : différenciation selon le risque (maladie, accidents),
- tests des hypothèses de phénomènes d'aléa moral versus pénibilité des conditions de travail dans la prise d'arrêts de travail.

- ✎ En 2004, la suite d'un travail d'analyse sur les déterminants de recours aux indemnités journalières a donné lieu à la présentation d'un papier au premier colloque franco-britannique des économistes de la santé (CES et HESG).

- 📄 D'autre part, des notes d'analyses complémentaires issues de cette étude ont été fournies à la Cour des comptes à l'été 2004 et à la fin de l'année.

En 2005, cette étude préliminaire pourrait donner lieu à une étude de plus grande ampleur sur les relations entre l'âge des salariés et la prise d'arrêts de travail, notamment dans un cadre de comparaison internationale (France, RU, Canada), sous la direction de Michel Grignon. Cette étude est toutefois conditionnée par l'obtention d'un financement de recherche de l'université McMaster de Toronto.

2.4 Équité du financement et Impact des réformes

2.4.1 Impact de modes alternatifs de financement de la complémentaire

Michel Grignon

L'équité de la CMUC actuelle a fait l'objet d'une première exploration en 2003. L'impact du seuil d'éligibilité de la CMUC sur la proportion de ménages devant consacrer plus de 5 % de leur revenu disponible à l'acquisition d'une complémentaire maladie du niveau de la CMUC a été estimé. Les conséquences en termes d'équité et de coût pour les finances publiques de dispositifs alternatifs de type Allocation Personnalisée Santé ont été évaluées, ainsi que le coût-bénéfice d'une formule de « bons d'achat ». En 2004, les résultats ont été actualisés sur les données 2002 et complétés. Une analyse méthodologique a été réalisée pour tester la robustesse des conclusions tirées sur l'équité des différentes formules aux choix (implicites) faits pour comparer entre eux les revenus de ménages de compositions différentes (ce qu'on appelle les échelles d'équivalence). De fait, les conclusions en équité sont fortement tributaires des choix effectués pour calculer les échelles d'équivalence ; pour autant, et même s'il n'existe aucun moyen de choisir la « bonne » échelle d'équivalence, il apparaît que l'utilisation des échelles les plus vraisemblables, pour des ménages proches du seuil de pauvreté et une consommation de type « assurance » permet de confirmer l'apport de l'APS sur la CMUC en termes d'équité.

Ce travail n'a pas fait l'objet d'une publication à ce stade.

2.4.2 Elaboration du modèle macro-économique de l'économie française

Le projet de contribution à l'élaboration modèle macro-économique de l'économie française par l'INSEE ne s'est finalement pas concrétisé, l'INSEE ayant renoncé à ce projet..

3. Impact du vieillissement de la population sur les dépenses de soins médicaux

Rappelons qu'une doctorante mène, sous la direction de Brigitte Dormont et de Michel Grignon, un travail de thèse ayant pour objectif d'interpréter les variations dans le temps des liens morbidité – dépense et âge – dépense, et de distinguer les effets de progrès technique (lien morbidité – dépense) ou de génération (lien âge – dépense).

3.1 Ouvrage « Le vieillissement en Europe »

Catherine Sermet, Thomas Barnay

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

Cet ouvrage collectif a pour objectif de réaliser un état des lieux des différentes problématiques liées au vieillissement de la population en Europe et de faire le point, quand cela est possible, sur les perspectives d'évolution. Il s'adresse à un large public et a vocation à être synthétique, fournissant une information précise et fiable. Il s'articulera autour de quatre sections.

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

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

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

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

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

Les différents auteurs sélectionnés pour participer à cet ouvrage ont été contactés en 2004. Les premiers articles nous sont parvenus au 3^{ème} trimestre 2004. La relecture de ces articles est en cours à l'IRDES. La prochaine étape consiste à envoyer aux contributeurs les remarques et suggestions concernant leur article.

3.2 Enquête SHARE / Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe.

Paul Dourgnon, Dominique Polton, Catherine Sermet

Objectifs du projet

Le projet SHARE vise à constituer un panel de personnes âgées, dans onze pays européens, sur le modèle de l'enquête américaine HRS et de l'enquête anglaise ELSA. L'objectif est d'analyser de façon dynamique les liens entre santé, revenu, retraite, patrimoine, transferts, impact de la cessation d'activité sur la santé, etc., de réaliser des comparaisons internationales et, de façon générale, de mettre à disposition des chercheurs des données pluridisciplinaires permettant l'étude des phénomènes liés au vieillissement en Europe.

L'opération 2002-2004 a abouti à la réalisation d'une première enquête, réalisée en trois vagues, en France, pour un total attendu de 2 000 ménages enquêtés. En plus de la valeur de pilote de l'enquête, la taille de l'échantillon autorisera des analyses sur données françaises dès 2005.

L'enquête française bénéficie d'un financement de l'Union européenne et de la participation de plusieurs organismes français (CDC, CGP, CNAMTS, CNAV, COR, DARES et DREES) et du National Institute for Ageing américain.

Actualité de SHARE en 2004

L'implémentation de l'outil de saisie CAPI a été finalisée à la fin novembre 2003. L'INSEE a procédé à un test des questionnaires définitifs par focus group en janvier 2004.

L'enquête a été réalisée en France, en deux vagues, la première au printemps 2004 sur 150 ménages de la région Ile de France, la seconde à l'automne, sur 900 ménages, dans cinq autres régions. L'INSEE a réalisé le terrain de l'enquête, à partir d'un échantillon de logements de ménages âgés, tiré dans son échantillon maître. La taille de l'échantillon obtenu après les deux vagues 2004 est inférieure à la cible de 1 500 ménages espérés. Ceci sera compensé par une vague complémentaire portant sur un objectif de 950 participants, sur les mêmes régions, au printemps 2005. La vague 2005 différera des précédentes en ceci qu'elle incorporera un auto-questionnaire dit « de Vignettes » en remplacement de l'auto-questionnaire 2004. Le principe des « questionnaires Vignettes » est d'améliorer les comparaisons inter-groupes, notamment les comparaisons internationales réalisées à partir des questions subjectives d'état de santé.

Les données recueillies dans les pays participants ont pour leur majeure partie été regroupées à l'université de Tilburg dans le courant de l'année. Les données brutes de l'enquête sont dorénavant et déjà à disposition et ont fait l'objet d'une conférence de présentation organisée par l'IRDES et l'INSEE, à Paris, en décembre 2004. Une première version des données apurées sera disponible à la fin du premier trimestre 2005.

☰ *SHARE : vers un panel européen sur la santé et le vieillissement.* Didier Blanchet, Paul Dourgnon. Questions d'économie de la santé n° 88, « série méthode », décembre 2004, 4 pages.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum88.pdf>

3.3 Forum franco-québécois

Pierre Gottely

Un forum franco-québécois sera organisé à Québec en mai 2005 sur la thème : «Vieillesse et santé : Idées reçues, idées nouvelles » (cf. « L'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité en 2004 », chapitre 10.6).

4. Inégalités de santé et de recours aux soins

Ce thème a donné lieu, depuis deux ans, à un ensemble de travaux, avec des collaborations françaises et internationales. Ces travaux s'articulent autour de :

- ⇒ la mesure et la décomposition des inégalités de santé d'une part, en utilisant la méthodologie développée dans le cadre du programme européen ECuity ;
- ⇒ l'analyse des déterminants de ces inégalités d'autre part, déclinés selon plusieurs axes :
 - un programme pluriannuel est développé sur les déterminants sociaux des inégalités de santé (capital social, support social), avec l'introduction d'un module de questions dans l'enquête santé protection sociale (ESPS) 2004 ;
 - les inégalités d'accès aux soins (dans leur dimension préventive notamment) sont également analysées comme facteurs pouvant contribuer à la formation des inégalités de santé (même si la littérature en épidémiologie sociale a tendance à relativiser le rôle du système de soins dans ce domaine) ;
 - l'hypothèse de sélection (c'est-à-dire la causalité inverse, selon laquelle les inégalités de santé expliquent les inégalités de situation socio-économique plutôt que les inégalités socio-économiques n'expliquent les inégalités de santé) est explorée à travers une étude sur les itinéraires professionnels en relation avec la santé ;
 - enfin, des démarches exploratoires ont été initiées pour tenter de prendre en compte la conjugaison de facteurs multiples et la dimension cumulative des processus de formation des inégalités de santé ;
- ⇒ les XXVIIèmes Journées des économistes français de la santé, organisées par l'IRDES, ont porté sur les « Approches économiques des inégalités de santé ».

4.1 Mesure, décomposition et évolution des inégalités de santé et d'accès aux soins

4.1.1 Inégalités sociales de santé

Agnès Couffinhal, Paul Dourgnon et Sandy Tubeuf (GREQAM)

L'existence d'inégalités sociales de santé est documentée dans de nombreux pays, y compris la France, et les travaux récents montrent que ces inégalités ne semblent pas se réduire.

De nombreux chercheurs étrangers, mais aussi les organisations internationales, privilégient depuis quelques années, l'étude des inégalités de santé en fonction du revenu. Utilisant pour la plupart des méthodes sophistiquées, ces travaux cherchent non seulement à mesurer les inégalités de santé mais aussi à identifier les composantes de ces inégalités. À l'heure actuelle, peu de travaux français utilisent de telles approches globales.

Ce travail, débuté en 2002, vise à mesurer l'évolution des inégalités de santé et de leurs déterminants dans la population française, pendant les années quatre-vingt-dix, à partir de plusieurs enquêtes portant sur la santé et la protection sociale (ESPS), réalisées par l'IRDES entre 1988 et 2000.

Il comporte deux étapes :

1. Revue de littérature sur les méthodologies de mesure des inégalités sociales de santé (travaux du groupe européen ECuity, de Kunst et Mackenbach de l'université de Rotterdam, de l'OMS...).

Ce travail a donné lieu en 2004 à la rédaction d'un article :

☞ *Outils de mesure des inégalités de santé : quelques débats d'actualité.* Agnès Couffinhal, Paul Dourgnon et Sandy Tubeuf in « Santé, Société et Solidarité », numéro spécial « Inégalités de santé », décembre 2004.

2. Application de la méthodologie développée dans Ecuity, qui permet de décomposer les inégalités constatées en différents facteurs explicatifs simultanément (facteurs démographiques mais aussi éducation, activité, région de résidence, etc.) et de mesurer la contribution relative de chacun de ces facteurs.

Cette méthodologie a été appliquée pour comparer différents pays entre eux en coupe instantanée, et nous nous proposons de l'utiliser pour mesurer l'évolution des inégalités dans la population française pendant les années quatre-vingt-dix. Le projet apportera deux contributions :

- ⇒ une analyse en évolution concernant les inégalités de recours aux soins (cf. § 4.1.2),
- ⇒ une analyse de l'évolution des inégalités sociales de santé, menée dans le cadre d'un travail de thèse. Partant de l'hypothèse qu'à variable de santé ciblée différente (variable dichotomique de bonne santé, note d'état de santé auto-ressenti, santé objective, nombre de maladies, invalidité...) correspondra une mesure d'inégalité et des facteurs explicatifs différents, la première partie du travail (empiriquement menée en 2004) analyse l'évolution des inégalités sociales sur quelques indicateurs de santé déjà utilisés dans la littérature sur le sujet et la seconde partie envisage la même analyse sur des indicateurs de santé propres au cas français ou aux données d'ESPS.

Un travail d'élaboration d'un indicateur de santé pluridimensionnel a ensuite été entamé, reposant sur les indicateurs de risque vital minimum et d'invalidité minimum liés aux pathologies. Les relations entre les variables d'état de santé médicalement évaluées et la note d'état de santé sont analysées. Le travail permet d'une part d'analyser les déterminants de la santé auto-évaluée et, d'autre part, de mettre en évidence le mode d'agrégation des indicateurs de santé médicalement évalués qui permet de construire un indicateur continu qui relève des dimensions subjective et "objective" de l'état de santé.

Ce projet de recherche est financé en partie par un appel d'offres CNRS - MIRE – INSERM. Il est réalisé en collaboration avec le GREQAM dont une doctorante, Sandy Tubeuf, qui travaille sous la direction de Lise Rochaix, est accueillie à l'IRDES, et l'université de Rotterdam.

4.1.2 Mesure de l'évolution des disparités de recours aux soins dans les années 90

Agnès Couffinhal, Paul Dourgnon et Sandy Tubeuf (GREQAM)

Tirant parti de la méthodologie Ecuity et de la disponibilité des données ESPS depuis 1988 nous avons entrepris l'analyse de l'évolution des disparités de recours aux soins ambulatoires dans les années 90.

Une collaboration entamée avec le groupe Ecuity a conduit à un premier travail, mené sur les données 2000, dans le cadre d'un projet financé par l'OCDE et piloté par l'université Erasmus de Rotterdam. Les résultats portent sur la mesure des inégalités de recours aux soins de généraliste, de spécialiste, de dentiste et à l'hospitalisation, dans 21 pays de l'OCDE. L'IRDES en a réalisé l'étude française, à partir des données de l'appariement 2000.

Publications :

- ☐ *Income-related inequality in the use of medical care In 21 OECD countries*, Couffinhal A., Dourgnon P., Masseria C., Tubeuf S., Van Doorslaer E., sous forme de
 - Working Paper de l'OCDE : ► <http://www.oecd.org/dataoecd/14/0/31743034.pdf>
 - et chapitre d'un ouvrage intitulé « *Towards High-Performing Health Systems: Policy studies from the OECD Health Project* ». OCDE, 2004, pp.109-165.

Utilisant la méthode de décomposition des inégalités sociales de santé mise en œuvre par le groupe ECuity, une étude de l'évolution des inégalités de recours aux soins au cours des années 90 a été entreprise. Il s'agit de s'intéresser aux inégalités de recours aux soins en termes de volume et de prix sur quatre années de l'enquête ESPS : visites chez les médecins généralistes et spécialistes, consommation de médicaments et dépenses de soins en ambulatoire.

Pour progresser dans ce travail, avant de décider sous quelle forme le publier, nous devons résoudre un certain nombre de difficultés méthodologiques liées à la représentativité des revenus déclarés au cours du temps et aux problèmes de sélection.

Le projet a fait l'objet de plusieurs communications cette année :

- ☞ Janvier 04, Paris : Communication aux rencontres Franco-Britanniques du CES/HESG « Changes in Inequalities in Care Access over the Last Decade in France: How Much and Why ? ».
- ☞ Juin 04, Helsinki : Réunion annuelle du groupe ECuity à « Changes in inequalities in access: repeated cross-sections ».
- ☞ Juillet 04, St Rémy les Chevreuses : Séminaire sur l'état d'avancement des projets financés par le programme « Sciences biomédicales, santé et société », organisé par M. Goldberg et M. Bungener.
- ☞ Septembre 04, Londres : Communication à la 5th ECHE « Changes In Inequalities In Utilization Of Ambulatory Care Over The Last Decade In France: How Much And Why ».
- ☞ Il a été retenu pour une présentation poster à la conférence de l'IHEA à Barcelone, en juillet 2005

4.2 Analyse des déterminants des inégalités sociales de santé

4.2.1 Les déterminants sociaux des inégalités de santé

Agnes Couffinhal, Paul Dourgnon, Michel Grignon, Florence Jusot, Florence Naudin

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

En France, le constat des inégalités sociales de santé a largement été dressé (par exemple Leclerc⁵ et al., 2000). Il existe un gradient social de santé, selon lequel l'état de santé s'améliore tout au long de la hiérarchie sociale. Ces inégalités restent, en revanche, encore mal expliquées. En effet, les explications « classiques » des inégalités sociales de santé, telles que la pauvreté, les conditions de logement et de travail, la consommation d'alcool et de tabac, le manque d'hygiène alimentaire et la sédentarité, les recours aux soins ou l'influence de l'état de santé sur le statut socio-économique (appelé effet de sélection), ne rendent compte que très imparfaitement de l'ampleur des inégalités

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

d'état de santé entre milieux sociaux, et de leurs variations dans le temps ou l'espace. Face à cette insuffisance, des modèles explicatifs originaux, mettant en avant les interactions sociales, ont été proposés au cours des années 80 et 90 (Goldberg⁶ et al., 2002). Ces nouveaux facteurs sont qualifiés de déterminants psychosociaux de la santé (Marmot et Wilkinson⁷, 1999, Berkman et Kawachi⁸, 2000) dans la mesure où leur effet sur la santé passe en grande partie par les effets négatifs sur la santé d'un stress psychosocial, induit par la faiblesse de la cohésion de l'environnement de l'individu, qualifiée de capital social, par l'insuffisance du soutien apporté par son réseau de relations, par une faible position hiérarchique ressentie au sein de son groupe de référence ou encore par un sentiment de faible autonomie au travail.

Pour développer la recherche sur ces facteurs explicatifs en France, un module de questions portant sur les déterminants sociaux de la santé a été introduit dans l'enquête Santé Protection Sociale 2004. Ce module de questions avait été préparé par un séminaire organisé en mai 2003 avec des chercheurs de plusieurs pays spécialisés dans ce domaine. L'enquête a été menée sur le terrain en 2004 et l'exploitation de ces questions est donc prévue pour 2005.

Parallèlement, l'IRDES a organisé ou participé à plusieurs séminaires ponctuels ou réguliers traitant de questions liées aux inégalités sociales de santé.

➤ Introduction de questionnements sur les déterminants sociaux des inégalités de santé dans l'enquête ESPS 2004

Agnès Couffinhal, Paul Dourgnon, Michel Grignon, Florence Jusot, Florence Naudin

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

En mai 2003, dans le cadre du thème « Déterminants sociaux de la santé » du programme Sciences Bio-Médicales de la MIRE, du CNRS, et de l'INSERM, l'IRDES a organisé un séminaire afin de réunir l'expérience internationale sur la mesure et l'analyse de ces déterminants sociaux. A l'issue de ce séminaire, de nouvelles questions ont été conçues pour l'enquête Santé Protection Sociale 2004 (cf. annexe ci-dessous). Ainsi, cette enquête permettra, pour la première fois à partir d'une même enquête, représentative de population générale, d'évaluer l'influence respective sur la santé de ces différents facteurs, qui n'ont jusqu'à présent été étudiés que séparément et à partir d'enquêtes non représentatives de la population générale, telles que la cohorte épidémiologique d'EDF-GDF (cohorte GAZEL) en France et la cohorte de fonctionnaire britannique (White Hall Study).

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

7 Marmot M.G., Wilkinson R.G. (1999), *Social Determinants of health*, Oxford University Press.

8 Berkman L.F., Kawachi I. (2000), *Social Epidemiology*, Oxford University Press.

Ce travail a donné lieu à la production d'un rapport de recherche, mis en ligne en tant que document de travail en janvier 2005, présentant l'objectif de cette recherche sur les déterminants sociaux de la santé, une synthèse des interventions et les principales conclusions du séminaire organisé en mai 2003 et les différentes étapes de construction du module de questions :

 *Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé*, Agnès Couffinhal, Paul Dourgnon, Michel Grignon, Florence Jusot, Florence Naudin. Rapport dans le cadre du programme Sciences Bio-Médicales MIRE, CNRS, INSERM, « Déterminants sociaux de la santé », Juin 2004, 81 pages ▶ http://www.irdes.fr/En_ligne/DocTrav/detnonmed.pdf

 Une communication lors des journées de présentation des travaux du programme Sciences bio-médicales, santé et société CNRS (SHS-SDV) – INSERM – MIRE-DREES, 29-30 juin 2004 : Couffinhal A., Dourgnon P., Grignon M., Jusot F., Naudin F, « *Mesurer l'impact des déterminants non médicaux de la santé* ».

Annexe : Questions du questionnaire principal 2004

Capital social

Q76. Si vous perdiez votre portefeuille, iriez vous vous renseigner auprès d'un service compétent (accueil du lieu public, service des objets trouvés) pour voir si quelqu'un l'a ramené ?

(items à suggérer)

- 1 Oui, on ne sait jamais
- 2 Oui, mais vous pensez que cela ne servira sans doute à rien
- 3 Non, cela ne sert à rien, car les gens ne rapportent pas souvent les objets aux services compétents
- 4 Non, cela ne sert à rien, car il a sans doute été volé.

Q77. Participez-vous régulièrement à des activités collectives (réunions, rencontres, actions) dans le cadre d'une association (bénévolat, parents d'élèves, de quartiers, crèche parentale, conseil syndical d'immeuble...), d'un club sportif, d'une communauté religieuse, d'un syndicat, d'un parti politique ?

- 1. Oui
- 2. Non

Q77.1 Si oui en Q77.

- 1. en tant que responsable, organisateur ou membre actif
- 2. en tant que simple adhérent

Soutien social

Q78. Au cours du dernier week-end, avez-vous rencontré chez vous, chez eux, lors d'une sortie (ou d'une activité commune) ou bien avez-vous eu un contact téléphonique ou par courrier avec

(items à suggérer)

	oui	non	sans objet	1 ^{ère} personne citée
Vos parents				
Vos beaux-parents				
Vos enfants				
Vos frères et/ou sœurs				
Vos grands-parents				
Autres membres de la famille				
Un ami				
Un voisin				
Un collègue de travail				
Autre : à préciser				

Q79. En cas de problèmes personnels (mésentente avec votre conjoint ou un membre de votre famille), pouvez-vous facilement en discuter avec une personne proche ? (*items à suggérer*)

- ₁ Oui, avec quelqu'un de ma famille (conjoint y compris)
- ₂ Oui, avec un ami
- ₃ Oui, avec un professionnel
- ₄ Non, il n'y a personne avec qui je pourrais en discuter facilement
- ₅ Non, et d'ailleurs je ne souhaiterais pas en discuter avec quelqu'un

Déprivation relative

Q80. Diriez-vous que vous gagnez plus, autant ou moins que les gens qui ont la même compétence professionnelle que vous

- ₁ plus
- ₂ la même chose
- ₃ moins
- ₄ ne sait pas

Q81. Avez-vous déjà comparé votre revenu (ou celui de votre foyer) à celui d'une personne de votre entourage (ou de son foyer) ?

- ₁ Oui
- ₂ non
- ₃ nsp

Q81.1 Si oui en Q81, avec qui ?

(*Noter toutes les réponses en signalant explicitement qui est la première personne citer*)

	oui	non	sans objet	1 ^{ère} personne citée
Vos parents				
Vos beaux-parents				
Vos enfants				
Vos frères et/ou sœurs				
Vos grands-parents				
Autres membres de la famille				
Un ami				
Un voisin				
Un collègue de travail				
Autre : à préciser				

Q81.2 « Quel a été le résultat de cette comparaison avec « première personne » ?

- ₁ Votre revenu est supérieur
- ₂ Votre revenu est identique
- ₃ Votre revenu est inférieur
- ₄ Ne sait pas

Autonomie au travail

La question suivante concerne votre emploi actuel, si vous êtes en activité ou votre dernier emploi si vous n'avez actuellement plus de travail ou si vous êtes à la retraite.

Q82. Etes-vous ...

- ₁ Pas d'accord du tout
- ₂ Pas d'accord
- ₃ D'accord
- ₄ Tout à fait d'accord
- ₅ Sans objet ... (ne travaille pas)

avec l'affirmation suivante

« J'AI LA POSSIBILITÉ D'INFLUENCER LE DÉROULEMENT DE MON TRAVAIL »

➤ Séminaires en relation avec le thème des déterminants sociaux

⇒ Le premier séminaire de mai 2003 a été « prolongé » par l'organisation d'un séminaire en mai 2004, portant sur les méthodes d'évaluation de l'impact de l'environnement sur la santé, en particulier les modèles multi-niveaux. Ce séminaire a réuni plusieurs nationalités (Etats-Unis, Royaume-Uni et France) et plusieurs disciplines (épidémiologistes, géographes de la santé, économistes, statisticiens, chercheurs en santé publique). Ce séminaire a débouché sur l'élaboration d'un projet de recherche portant sur l'analyse des inégalités spatiales d'état de santé et de recours au soins en France

Michel Grignon, Florence Jusot, Véronique Lucas

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

Florence Jusot

⇒ A la suite de ce programme, l'ADEL (Association des Epidémiologistes de Langue Française) a proposé aux équipes participantes d'organiser un colloque thématique sur le thème « Épidémiologie Sociale et Déterminants sociaux de la santé », qui aura lieu à Toulouse en mai 2006, avec trois axes prioritaires : description des inégalités sociales de santé, analyse compréhensive des déterminants sociaux de la santé, développements méthodologiques. L'IRDES est associé au comité scientifique de ce projet.

Florence Jusot

Un groupe bibliographique réunissant, outre l'IRDES, l'INED, l'INSERM (U444 et U88), le CERMES a été mis en place pour approfondir la notion de capital social.

Florence Jusot, Dominique Polton

4.2.2 Les déterminants sociaux de la consommation de soins préventifs

Agnès Couffinhal, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Laetitia Placido (stagiaire ENS)

L'étude des comportements préventifs passe souvent par celle des styles de vie (consommation de tabac ou d'alcool) ou par des approches empiriques ciblées sur des types de soins précis (mammographie par exemple). Plus rares sont les travaux qui mesurent de façon globale les consommations de soins préventifs en les mettant à la fois en relation avec l'état de santé et les autres consommations de soins, voire en cherchant à déterminer leur rôle dans la constitution des inégalités de santé. Ceci s'explique notamment par le manque de données disponibles. Or, l'enquête Décennale de Santé propose un module détaillé sur les soins préventifs et un autre sur les comportements de santé tels que le régime alimentaire, l'alcool ou le tabac.

Un premier travail exploratoire sur ces données qui étaient encore pour partie en phase d'apurement en 2004 a été effectué par Laetitia Placido, dans le cadre d'un stage ENS.

Une première étape a visé à établir une revue de la littérature théorique sur la demande de prévention et une revue empirique encore incomplète.

Dans une seconde étape, nous avons cherché à mettre en évidence certains déterminants de la consommation de soins préventifs : mammographie, hémocult, frottis, tests HIV ou Hépatite C en focalisant l'approche sur le lien entre consommation de soins curatifs et préventifs et les liens entre soins de prévention et comportements de santé (tabac, régime alimentaire, etc.).

Les premiers résultats ont été présentés en séminaire IRDES. L'analyse doit être approfondie avant de pouvoir faire l'objet d'un rapport IRDES ou d'une publication dans une revue.

4.2.3 Itinéraires professionnels en relation avec la santé

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

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

En France, très peu d'études ont analysé la relation entre la santé et la trajectoire socioprofessionnelle, mais quelques travaux réalisés dans d'autres pays d'Europe ont fourni des éléments intéressants, quoique parfois contradictoires. Récemment, l'analyse de données collectées en Ecosse au début des années 70 a permis d'établir que les individus qui avaient changé fréquemment d'emploi étaient plus souvent fumeurs, consommaient plus d'alcool, et pratiquaient moins d'exercice physique (Metcalfe, Davey Smith, Sterne, et al.⁹, 2003). Par ailleurs, l'exploitation de l'enquête Whitehall II n'a pas conduit à mettre en évidence un impact de la santé mentale ou physique sur la mobilité professionnelle (Chandola, Bartley, Sacker et al.¹⁰, 2003), alors que, dans la cohorte britannique de 1958, les individus avec une mauvaise santé avaient plus de risque de subir une mobilité sociale descendante (Manor, Matthews, Power¹¹, 2003). Aux Pays-Bas, dans le cadre de l'Etude Longitudinale des Différences Socio-Economiques de Santé, l'existence de troubles de santé était associée à un risque plus grand de perdre son emploi, et moins de chances d'en retrouver un (van de Mheen, Stronks, Schrijvers et al.¹², 1999). Les seules connaissances sur le sujet réalisées en France sont basées sur les données de l'enquête ESTEV (Enquête Santé, Travail et Vieillesse) et celles de la cohorte GAZEL. Une exploitation de l'enquête ESTEV (Saurel-Cubizolles, Bardot, Berneron et al.¹³, 2001) a démontré que l'altération de l'état de santé contribuait à l'exclusion du monde du travail, et ceci à tous les âges. De même, il est apparu que parmi les hommes de la cohorte GAZEL, une prévalence élevée de facteurs de risque, notamment comportementaux (tabac, alcool, tension artérielle, surpoids) pourrait contribuer à limiter la mobilité socioprofessionnelle ascendante, et qu'à l'inverse l'absence de ce type de mobilité était associée à une élévation de l'incidence de ces facteurs (Ribet, Zins, Gueguen et al.¹⁴, 2003). Ces résultats, très intéressants, sont peu généralisables car ils concernent des populations particulières, soit sur le plan géographique, soit sur celui de l'âge ou du statut professionnel.

9 Metcalfe C., Davey Smith G., Sterne J.A.C. et al. (2003), « Frequent job change and associated health », *Social Science and Medicine*, 56: 1-15.

10 Chandola T., Bartley M., Sacker A. et al. (2003), « Health selection in the Whitehall II study, UK », *Social Science and Medicine*, 56 : 2059-2072.

11 Manor O., Matthews S., Power C., (2003), « Health selection: the role of inter- and intra-generational mobility on social inequalities in health », *Social Science and Medicine*, 57 : 2217-2227.

12 Van de Mheen H., Stronks K., Schrijvers C.T.M., Mackenbach J.P., (1999), « The influence of adult ill health on occupational class mobility and mobility out of and into employment in the Netherlands », *Social Science and Medicine*, 49 : 509-518.

13 Saurel-Cubizolles M.J., Bardot F., Berneron B. et al. (2001), « Etat de santé perçu et perte d'emploi ».In *Travail, santé, vieillissement- relations et évolutions*, Toulouse : Octarès, 2001 : 53-66.

14 Ribet C., Zins M., Gueguen A. et al. (2003), « Occupational mobility and risk factors in working men: selection, causality or both? Results from the Gazel study », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 11 : 901-906.

Ce projet vise à combler ce manque en étudiant, à partir d'une exploitation longitudinale des enquêtes Santé Protection Sociale, l'influence de l'état de santé sur les itinéraires professionnels ultérieurs. Il s'agit d'analyser l'effet de l'état de santé sur la mobilité professionnelle (entrées et sorties du marché du travail, mobilité de l'emploi vers le chômage ou du chômage vers l'emploi), sur la mobilité sociale (ascendante, descendante), sur le changement de type de contrat de travail (à durée indéterminée, à durée déterminée) ainsi que sur les modifications du temps de travail (temps plein, temps partiel).

Méthodologie

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

Etat d'avancement du projet

L'exploitation longitudinale des premières vagues de l'enquête santé protection sociale a permis d'apporter un premier éclairage sur la relation existant entre trajectoires sociales et santé. Un mauvais état de santé est ainsi significativement associé à la probabilité d'être au chômage quatre ans après chez les femmes, mais ne l'est pas chez les hommes. L'analyse de l'influence de l'état de santé sur les autres dimensions des itinéraires professionnels est actuellement en cours.

Ce travail a donné lieu à deux présentations au cours de l'année 2004 :

- ↳ *Les itinéraires professionnels en relation avec la santé*, Jusot F., Khlat M., Rochereau T., Sermet C., Journées de l'unité Mortalité Santé Epidémiologie de l'INED, 13-14 septembre 2004.
- ↳ Journée de présentation des travaux du programme « Santé et Travail », MIRE, DARES, DREES, La Poste, 16 novembre 2004.

Deux communications lors de conférences internationales en 2005 ont été acceptées :

- ↳ *The role of ill-health as a precursor of unemployment in France*, Jusot F., Khlat M., Rochereau T., Sermet C. Communication au XXV^e Congrès International de la Population (UIESP) (Tours, France, 18-23 juillet 2005).
- ↳ Session poster au V^e Congrès de l'International Health Economics Association (Barcelona, Spain, 10-13 juillet 2005).

4.2.4 Conjugaison de facteurs multiples et dimension cumulative des processus de formation des inégalités de santé

- Effets cumulatifs à long terme de l'accès aux soins et du revenu sur les inégalités de santé
Pierre-Emmanuel Couralet, Paul Dourgnon, Florence Jusot (responsable scientifique), Dominique Polton

Cette recherche, réalisée dans le cadre du programme « Construction et représentation des inégalités sociales » de la MIRE, propose de tester l'existence de deux mécanismes cumulatifs de long terme expliquant que des individus de positions sociales initiales faiblement différentes finissent par avoir des états de santé très différents. Il s'inscrit dans la perspective épidémiologique

de « Life Course Hypothesis » (Kuh et Ben Shlomo¹⁵, 2004) selon laquelle les différences d'état de santé constatées à un âge donné entre individus proviennent d'une accumulation au cours de la vie de différences de conditions de vie (comportements alimentaires ou d'hygiène sanitaire) qui, prises chacune isolément ne peuvent constituer une explication suffisante des différences sociales d'état de santé. Parallèlement, ce projet s'inscrit dans le cadre des modèles de capital santé (Grossman¹⁶, 1972), qui proposent un cadre d'analyse dynamique des déterminants de l'état de santé faisant intervenir, outre le statut socioéconomique, la consommation de soins.

De nombreux mécanismes ont été suggérés pour illustrer cette hypothèse d'accumulation au cours de la vie, et certains ont été mis en évidence sur données empiriques. Cependant, l'absence de données d'observation longitudinales sur longue période en France n'a jusqu'ici pas permis de mettre en évidence l'effet de tels mécanismes. Ce projet vise à combler en partie ce manque en testant deux mécanismes particuliers à partir des enquêtes Santé Protection Sociale de l'IRDES, appariées avec les données de l'EPAS : l'impact sur la santé d'un moindre recours aux soins des jeunes à faible revenu, par la suite appelé « hypothèse d'effet cumulatif du report de soins » et la double causalité existant entre les revenus du travail et la santé, pouvant conduire à l'existence d'un « piège de pauvreté lié à la santé » .

Le premier mécanisme envisagé est un mécanisme de report de soins. Selon ce mécanisme, l'aggravation des inégalités sociales de santé au cours du cycle de vie serait en partie expliquée par les conséquences sur la santé d'un moindre recours aux soins des jeunes à faible revenu. L'aggravation de l'état de santé consécutive au moindre recours aux soins en première période impliquerait un recours aux soins curatifs ultérieur plus important. Empiriquement, ce mécanisme devrait donc se traduire par le constat d'un report de soins, c'est-à-dire, d'une moindre consommation de soins en première période compensée par une consommation plus importante en seconde période. Nous proposons donc d'étudier d'une part l'impact de la consommation de soins à une date sur l'état de santé et la consommation de soins ultérieurs (quatre ou huit ans plus tard) en contrôlant par l'état de santé initial, et, d'autre part, l'influence sur le recours aux soins et l'état de santé ultérieurs d'un renoncement aux soins pour raisons financières.

La deuxième partie de ce projet de recherche est consacrée à l'analyse de la double causalité existant entre état de santé et revenu. Il s'agit d'explorer un mécanisme selon lequel la formation et l'aggravation des inégalités sociales de santé au cours du cycle de vie seraient expliquées par l'accumulation d'effets de la situation socio-économique sur la santé et en retour d'effets de la santé sur le statut socio-économique. Nous proposons de tester le modèle familial de capital santé à l'aide de l'estimation d'un modèle d'équations simultanées permettant d'identifier l'effet de la santé de chacun des membres du ménage sur les revenus du ménage et l'effet des ressources du ménage sur l'état de santé de chacun des membres du ménage.

Ce travail est actuellement en cours. Il a donné lieu à une communication lors de la journée de présentation des travaux de ce programme de recherche et à la remise d'un rapport intermédiaire.

 *Effets cumulatifs à long terme de l'accès aux soins et du revenu sur les inégalités de santé*, Couralet P-E., Dourgnon P., Jusot F., Rapport Intermédiaire, 10 décembre 2004.

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

16 Grossman M. (1972), « On the concept of health capital and the demand for health », *Journal of Political Economy*, 80, 223-255.

Ce rapport présente d'une part la méthodologie proposée pour tester les deux mécanismes retenus ici et participant à la formation des inégalités sociales de santé au cours de la vie, et d'autre part les premiers résultats de l'analyse familiale de la double causalité existant entre état de santé et revenu.

- ↳ *Effets cumulatifs à long terme de l'accès aux soins et du revenu sur les inégalités de santé*, Couralet P-E., Dourgnon P., Jusot F., Polton D., Journée de présentation des travaux de recherche du programme « Construction des inégalités » de la MiRe, 29 septembre 2004.

Cette communication a été consacrée à la présentation du projet de recherche.

Ces premiers résultats mettent en évidence trois points importants :

L'état de santé de la femme a un effet significatif sur le revenu du ménage, quelle que soit la mesure de l'état de santé adoptée. Ce ne semble en revanche pas être le cas de l'état de santé de l'homme.

Le revenu du ménage par unité de consommation a un effet significatif positif sur l'état de santé de la femme (risque vital ou note subjective) et de l'homme (seulement dans le cas de la note subjective).

Le niveau d'éducation de chaque membre du couple a un effet significatif sur le risque vital de son conjoint, effet qui est d'une ampleur comparable à celle de la propre éducation de l'individu (en revanche les effets de l'éducation sur l'état de santé subjectif ne sont pas identifiés).

Ces premiers résultats nous permettent donc de conclure, de façon préliminaire, que notre approche de la relation entre la santé et le revenu paraît pertinente, les deux premiers points sus-mentionnés confirmant l'existence d'une double relation causale entre santé et revenu et le dernier point donnant une justification à l'approche de cette relation au niveau familial.

- *Rapports à la santé et aux soins : un continuum entre les exclus et les autres catégories sociales*
Paul Dourgnon, Florence Jusot, Dominique Polton

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

Le constat de départ est le suivant :

- d'une part, on a tendance à opposer la population précaire et les autres et donc à définir des politiques orientées vers des publics cibles, alors que toutes les observations montrent l'existence d'un gradient social global dans les inégalités de santé ; on peut penser qu'il y a en fait un continuum dans les phénomènes à l'œuvre, tant dans les déterminants de l'état de santé que dans l'accès et les rapports avec les institutions sanitaires et sociales et qu'il n'y a pas lieu de singulariser une population particulière ;
- d'autre part, même si l'on reconnaît le rôle partiel du système de santé, tant curatif que préventif, dans la lutte contre les inégalités de santé, il reste un élément majeur d'une politique de santé publique. Une meilleure connaissance de la délivrance effective et de l'efficacité des soins dans les différents groupes sociaux pourrait permettre d'assigner deux objectifs au système de soins : d'une part, celui de ne pas aggraver les inégalités sociales constatées et d'autre part, celui de les limiter ou de les corriger ;
- dans cette perspective, il est important de décomposer l'accès aux soins en ses différentes étapes, ce qui est rarement fait, en distinguant accès théorique aux soins, accès réel, utilisation effective et enfin efficacité des soins.

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

L'étape actuelle est une étape préliminaire visant à construire un projet de recherche commun à l'ensemble de ces équipes et disciplines. Pour cela, trois séminaires de recherche interdisciplinaires sont prévus afin de définir un programme de recherche commun, dont les thèmes sont les suivants :

⇒ 1^{er} séminaire : conditions d'émergence de la demande (Toulouse, 29 septembre 2004)

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

⇒ 2^{ème} séminaire : interactions avec le système de soins (Paris, 11 février 2005)

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

⇒ 3^{ème} séminaire : catégories pertinentes pour l'analyse et définition du projet de recherche (Nantes, 8 juin 2005)

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

L'orientation qui se dessine pour le projet de recherche futur, et qui devrait être finalisée lors du prochain séminaire, consisterait à réaliser une enquête, avec une double entrée patient et médecin, qui viserait à mieux comprendre l'interaction offre-demande en fonction de la situation sociale du patient.

➤ Poursuite des travaux d'analyse du rôle des attitudes à l'égard du risque et des trajectoires biographiques dans la genèse des inégalités sociales de santé
Georges Menahem (avec la collaboration de Sandra Nahon)

Exploitation de diverses enquêtes du CREDES (ESPS, ESSM) mettant en évidence le rôle des attitudes à l'égard du risque et des trajectoires biographiques dans la genèse des inégalités sociales de santé.

Exploitation sur l'enquête ESSM 2001 des questions concernant les événements graves connus avant 18 ans ou dans l'année précédant l'enquête. Recherche des relations statistiques « toutes choses égales par ailleurs » entre les déclarations d'événements graves (récents ou lors de l'enfance) avec les déclarations de maladie, les accidents et les autres comportements à risque. En distinguant selon l'âge, le sexe, la PCS, les situations matrimoniales ou d'isolement, etc. Comparaison des résultats avec les exploitations de l'enquête décennale 1991 réalisées en 1994.

- 📖 Rapport de stage de Sandra Nahon (sous la direction de G. Menahem), « *Liaisons entre événements de l'enfance et santé à l'âge adulte* », 98 pages.
- 📖 *Inégalités sociales de santé et problèmes vécus lors de l'enfance*, Revue du praticien, tome 54 n°20, 31 décembre, p. 2255-2270.
- 📖 « *Pourquoi et comment mesurer la santé ?* » (avec la collaboration de Catherine Sermet et Georges Menahem), Chapitre in « *Politiques de santé - Refonder la solidarité* », Castelli G., Duquesne S., Laville Ph *et al.*, Coordination E. Labaye, Collection Comprendre et Agir, Ed. Nouveaux Regards, 2004/02, pp.117-124.

4.3 XXVII^{èmes} Journées des économistes français de la santé : « Approches économiques des Inégalités de santé »

Agnès Couffinal, Florence Jusot, Florence Naudin

En 2004, l'IRDES a organisé, conjointement avec le Collège des Economistes de la Santé, les XXVII^o journées des économistes français de la santé. Ces journées, consacrées aux « Approches économiques des inégalités de santé », se sont tenues à l'Ecole des Mines, à Paris, les 17 et 18 Juin 2004. Cette manifestation a reçu le soutien financier de la DREES et de GlaxoSmith-Kline

Le comité scientifique était présidé par Jean-Paul Moatti (Université de la Méditerranée, INSERM), et composé de Agnès Couffinal (IRDES), Philippe Cunéo (DREES), Nicolas Gravel (Université de la Méditerranée), Thierry Lang (Faculté Toulouse Purpan ; INSERM), Alain Letourmy (CERMES, CNRS), Emile Levy (CES), Christine Meyer (FNMF), Bruno Ventelou (OFCE) et Pierre Volovitch (IRES). Au sein de l'IRDES, l'organisation de ces journées a été assurée par Florence Naudin, avec l'aide de Dominique Goldfarb, Florence Jusot et Dominique Polton.

Le thème retenu pour ces XXVII^o journées des économistes français de la santé a été les « Approches économiques des inégalités de santé ». Plus précisément, le comité scientifique a privilégié les travaux portant sur les approches économiques de l'analyse des inégalités sociales de santé et d'accès aux soins, et notamment sur :

- la mesure des inégalités de santé (présentation de résultats originaux, contributions méthodologiques),
- l'étude des déterminants socio-économiques des inégalités de santé (protection sociale, emploi, etc.),
- l'analyse des politiques de réduction des inégalités de santé (analyse et évaluation de politiques de santé publique, de redistribution, d'accès aux soins et à la santé, comparaisons internationales mais aussi analyses normatives de ces politiques).

Outre la présentation invitée de Nicolas Gravel (GREQAM-IDEP Université de la Méditerranée), intitulée « Mesurer les inégalités multidimensionnelles », dix communications ont été retenues (cf. programme ci-dessous).

Les auteurs ont été invités à soumettre les articles pour la publication d'un numéro spécial de la revue Sciences Sociales et Santé. Le processus de sélection est en cours.

XXVIIèmes Journées des économistes français de la santé
« Approches économiques des inégalités de santé »
Paris 17-18 juin 2004

JEUDI 17 JUIN 2004

9.00-9.15 : Ouverture des journées, **Jean-Paul MOATTI**, Président du Comité scientifique

9.15-10.00 : **Nicolas Gravel** - GREQAM-IDEP, *Université de la Méditerranée*
Mesurer les inégalités multidimensionnelles

SESSION 1 : DÉTERMINANTS ÉCONOMIQUES DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE RECOURS AUX SOINS

10.00-10.45 : **Pierre Lefèbvre** - **Université du Québec à Montréal** (UQAM)

Le gradient revenu familial-santé chez les jeunes enfants : résultats sur données de panel d'une cohorte née en 1998

Discutant : Bruno Ventelou, ORS PACA

11.00-11.45 : **Pascale Turquet - Lessor** (Laboratoire d'Economie et de Sciences Sociales de Rennes), Université Rennes II

L'obtention d'une couverture complémentaire santé dans le cadre de l'entreprise : De fortes inégalités malgré l'existence d'une réglementation plus favorable

Discutant : Philippe Cunéo, DREES

11.45-12.30 : **Florence Jusot - IRDES**

Mortalité et inégalités de revenu en France : une analyse multi-niveaux

Discutant : Thierry Lang, Faculté Toulouse Purpan, INSERM

SESSION 2 : MESURES ET POLITIQUES DE RÉDUCTION DES INÉGALITÉS GÉOGRAPHIQUES DE SANTÉ ET DE RECOURS AUX SOINS

14.00-14.45 : **Basile Chaix¹, Juan Merlo², Pierre Chauvin¹**

¹ *Equipe de recherche sur les Déterminants Sociaux de la Santé et du Recours aux Soins, INSERM U444, Faculté de Médecine Saint-Antoine*

² *Département de Médecine Communautaire, Hôpital Universitaire de Malmö, Faculté de Médecine, Université de Lund, Suède.*

Mesure et explication des variations géographiques des modes de recours aux soins : comparaison de l'approche contextuelle et de l'approche spatiale.

Discutant : Pascale Breuil, DREES

14.45-15.30 : **Chunli Ma - CERDI-IDREC** (Centre d'Etudes et de Recherches sur le Développement International) **Université d'Auvergne**

Est ce que l'état de santé converge entre les provinces chinoises?

Discutant : Jean-Paul Moatti, Université de la Méditerranée, INSERM

15.45-16.30 : **Martine Bellanger, Alain Jourdain, ENSP**

La réduction des inégalités régionales de santé : approche instrumentale ou procédurale ?

Discutant : Maryse Gadreau, Université de Bourgogne

16.30-17.15 : **Philippe Lardé - CNRS, CLERSE - CNRS, Yves Paix - IAE de Lille**

en collaboration avec **Aurélié Bigourd** et **Michel Cucchi - ARH Nord Pas-de-Calais**

Les inégalités territoriales d'accès aux soins dans la perspectives des SROS de troisième génération.

Discutant : Dominique Polton, IRDES

VENREDI 18 JUIN 2004

SESSION 3 : INEGALITES SOCIALES DES SANTE ET DE RECOURS AUX SOINS

9.30-10.15 : **Jean Pascal¹, Pierre Lombrail¹, Christian Agard², Christine Quéliier³, Jean-Michel Nguyen⁴**

1 *Laboratoire de Santé Publique et d'Epidémiologie, P.I.M.E.S.P., C.H.U de Nantes*

2 *Médecine Interne, Pôle médecine, CHU de Nantes*

3 *Formation Recherche Sociologie et Santé Publique, Rennes*

4 *Unité Informatique et Statistique Médicale- P.I.M.E.S.P., C.H.U de Nantes*

Identification des usagers en situation de précarité sociale venant consulter à l'hôpital public.

Discutant : Emmanuelle Cambois, DREES

10.15-11.00 : **Fabienne Bazin, Isabelle Parizot, Pierre Chauvin**

Equipe Avenir « Déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins », INSERM U444

Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raison financières dans 5 zones urbaines sensibles de la région parisienne, 2001.

Discutant : Gaël de Peretti, INSEE

11.15-12.00 : Bérengère Davin ^{1,2}, Xavier Joutard ^{1,3}, Jean-Paul Moatti ^{2,3}, Alain Paraponaris ^{2,3,4}, Pierre Verger ^{2,4}

1 *GREQAM, Centre de la Vieille Charité 2 rue de la Charité 13002 Marseille*

2 *Inserm 379, 232 boulevard Sainte Marguerite, 13273 Marseille cedex 9*

3 *Faculté des Sciences Economiques et de Gestion, Université de la Méditerranée, 14 avenue Jules Ferry 13621 Aix en Provence cedex*

4 *Observatoire Régional de la Santé PACA, 23 rue Stanislas Torrents, 13006 Marseille*

La dépendance : une inégalités sociale de santé de plus ?

Discutant : Agnès Gramain, EURISCO, Université Paris Dauphine

5. La consommation médicamenteuse

Le programme 2004 comportait des analyses sur la consommation de trois classes de médicaments, les psychotropes, les traitements hormonaux substitutifs et les antibiotiques. L'éventualité d'une actualisation des travaux de 1992 comparant la consommation pharmaceutique de quatre pays avait été également envisagée, mais cette idée n'a pas été poursuivie.

5.1 L'utilisation des traitements hormonaux substitutifs

Anne Aligon, Catherine Sermet

Cette étude s'inscrit dans le contexte actuel de réévaluation des traitements hormonaux substitutifs (THS) de la ménopause consécutive à la mise en évidence depuis 1988 de risques de cancer de sein à la suite de la prise de THS.

Les trois objectifs de cette étude sont les suivants :

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

Les données utilisées sont celles de l'Enquête Santé et Protection Sociale (SPS) menée en 2000 et 2002 et reliées avec les données de prestations de l'assurance maladie. L'enquête EPPM d'IMS Health sera aussi mobilisée pour analyser la prescription.

Les deux premières étapes sont en cours de réalisation.

En 2000-2002, après 50 ans, la fréquence de prise de THS augmente rapidement avec l'âge pour atteindre 1/3 des femmes de 50 à 65 ans.

Si l'âge est le principal déterminant de la prise de THS, certaines caractéristiques socio-économiques ont une influence non négligeable. Ainsi, après ajustement sur l'âge, la prévalence de la prise de THS est liée au revenu par unité de consommation. C'est dans la tranche de revenu supérieure (plus de 1 300 euros) que la prise de THS est la plus élevée : 20,6 %. La prise de THS est moins fréquente chez les femmes exonérées du ticket modérateur, et ce, en données brutes ou ajustées sur l'âge (8,9 %, $p < 0,001$) que chez les femmes non exonérées du ticket modérateur (17,5 %). En revanche, le niveau d'études, la PCS, l'occupation principale de même que le fait de disposer d'une assurance complémentaire ne sont pas significativement liés à la prise de THS.

La prise de THS est liée à l'obésité. Ainsi, parmi les femmes obèses, seules 11 % prennent du THS, alors que parmi les femmes de poids dit « normal », elles sont 17,7 % à prendre un THS. Cette liaison persiste après ajustement sur l'âge.

Les caractéristiques médicales des femmes sous THS sont à étudier (données SPS), de même que les motifs de la prise de THS (données IMS).

Classiquement, le traitement hormonal substitutif associe un œstrogène à un progestatif, sauf pour les femmes hystérectomisées auxquelles seuls les estrogènes sont prescrits. Parmi les femmes de 40 ans et plus qui consomment du THS : 17 % prennent un estrogène seul et 83 % une association estrogène progestatif. Les associations avec un progestatif non naturel sont plus fréquentes (58 % des femmes traitées par THS) que les associations œstrogène et progestérone naturelle (25 %). Enfin, les associations œstrogène et progestatif non naturel sont plus souvent des associations libres (36 %) que des associations fixes (22 %). Un travail est en cours pour décrire les types de traitements prescrits par les gynécologues et par les généralistes.

Une partie des résultats de ces travaux a été communiquée au groupe de travail de l'AFSSAPS sur les traitements hormonaux substitutifs. Dans ce cadre, ces données, associées à d'autres sources serviront à évaluer les risques de cancer pour les femmes françaises.

5.2 Consommation des antibiotiques

Catherine Sermet

Les antibiotiques sont une des classes thérapeutiques les plus prescrites et les plus consommées en France, avec pour conséquence une montée de la résistance aux antibiotiques, supérieure à ce que l'on observe dans d'autres pays.

Grâce aux données dont il dispose au travers de l'enquête Santé Protection Sociale, de l'enquête EPPM d'IMS Health et des enquêtes décennales sur la santé, l'IRDES est associé étroitement à la surveillance de l'exposition de la population française aux antibiotiques. Cette surveillance prend appui sur une succession d'études visant à cerner aussi bien la prescription que la consommation d'antibiotiques.

L'analyse des pratiques de prescription et de leur évolution a fait l'objet en 2004 d'un travail présenté dans le chapitre thématique « Analyse des pratiques médicales » (point 6.1.2).

En matière de consommation, une première étude achevée en 2003 a permis de suivre les évolutions de l'usage des antibiotiques sur la période 1992-2000, période sur laquelle le niveau d'utilisation dans la population des assurés au régime général semble demeurer constant (Catherine Sermet, en collaboration avec l'Institut Pasteur (Didier Guillemot, Agnès Sommet, Claire Bernède) et l'INSERM U444 (Pierre-Yves Boëlle)). Toutefois, les caractéristiques de l'enquête en termes de périodes observées (printemps, automne) ne permettent pas de calculer des taux d'exposition aux antibiotiques.

☞ *No significant decrease in antibiotic use from 1992 to 2000, in the French community.* Agnès Sommet, Catherine Sermet, Pierre-Yves Boëlle, Muriel Tafflet, Claire Bernède, Didier Guillemot. In "Journal of Antimicrobial Chemotherapy" Vol 54, Edité par Oxford University Press, 2004, pp. 1-5.

Cette étude devait être reprise à partir de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 2002-2003 de l'INSEE. Les données de morbidité et de pharmacie de l'enquête décennale de santé n'ayant pas été mises à disposition en 2004, l'étude est reportée à une date ultérieure, sur un échantillon représentatif de la population française d'environ 40 000 personnes. Les taux d'exposition aux antibiotiques seront estimés de même que sera conduite une analyse des classes d'antibiotiques prescrits et du type d'infection traité. Cette étude s'intéressera de plus à l'évolution sur le long terme (1981-1992-2003)¹⁷. Un des apports majeurs de l'enquête santé par rapport à l'enquête SPS dans le cadre de l'observation de traitements fortement soumis à la saisonnalité est sa couverture des 12 mois de l'année. (Catherine Sermet en collaboration avec Didier Guillemot).

17 Une analyse de l'évolution 1981-1992 a été publiée en 1998 : Trends in antimicrobial drug use in the community-France, 1981-1992. Guillemot D, Maison P, Carbon C, Balkau B, Vauzelle-Kervroedan F, Sermet C, Bouvenot G, Eschwege E. J Infect Dis. 1998 Feb;177(2):492-7.

5.3 Les médicaments psychotropes : comparaison internationale de consommation des antidépresseurs

Nathalie Grandfils, Valérie Paris, Catherine Sermet

Les Français ont la réputation d'être de gros consommateurs de médicaments et en particulier de médicaments psychotropes. Ces résultats datant d'une étude de 1992 n'ont jamais été démentis depuis, et certaines comparaisons, en particulier sur les antibiotiques, ont confirmé la place de la France parmi les premiers consommateurs de médicaments. Une comparaison internationale (France, Allemagne, Royaume-Uni) de la consommation des antidépresseurs, et plus particulièrement de la consommation des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), sera effectuée. Nous disposons en effet de données de ventes d'IMS sur ces produits pour l'Allemagne et le Royaume-Uni. Pour la France, nous disposons des ventes de médicaments déclarées par l'industrie pharmaceutique aux autorités françaises et d'une publication récente de la DREES calculant des doses définies quotidiennes pour la France. L'idée est ici de produire une estimation de la consommation d'ISRS exprimée en doses définies quotidiennes et de la mettre en perspective avec la consommation d'autres antidépresseurs dans les différents pays.

Ce travail a débuté fin 2004.

Une étude complémentaire sur l'analyse du profil des consommateurs de psychotropes, prévue dans le cadre d'une collaboration avec l'INED et l'OFDT¹⁸, a été abandonnée, l'OFDT n'ayant pas donné suite à ce projet.

18 Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

6. Analyse des pratiques médicales

6.1 Connaissance des pratiques de prescription et de leur évolution

6.1.1 Prescription des médicaments à Service Médical Rendu Insuffisant

Florence Naudin, Catherine Sermet

Une réévaluation des médicaments et une réforme des critères de remboursement, basées sur la notion de service médical rendu (SMR), ont été entreprises en 1999. En octobre 2003, le gouvernement a procédé au déremboursement de 82 médicaments parmi les 835 produits jugés à SMR insuffisant. Cette étape est la première d'un plan de déremboursement en trois temps qui devrait s'achever en 2005.

Notre étude se situe avant la mise en place de ce plan de déremboursement. Elle montre que la prescription des médicaments à SMR insuffisant est une pratique courante : en 2001, un produit prescrit sur cinq est à SMR insuffisant. La prescription de ces médicaments varie peu selon le sexe du patient mais est très sensible à l'âge : les traitements de certaines pathologies plus fréquentes à certains âges font en effet plus souvent appel à des médicaments à SMR insuffisant. C'est le cas notamment des maladies de l'appareil respiratoire chez les jeunes enfants et des maladies de l'appareil circulatoire chez les patients âgés.

Au total, 60 % des lignes de prescription de médicaments à SMR insuffisant se concentrent dans trois groupes de pathologies. Afin de déterminer s'il existe des alternatives à la prescription des médicaments à SMR insuffisant, nous présentons trois études de cas : le traitement de la rhinopharyngite, des maladies cérébro-vasculaires et de la diarrhée. Plusieurs possibilités ont été identifiées : soit la substitution vers un autre médicament dont le remboursement n'est pas mis en cause est possible, dans la même classe thérapeutique ou dans une autre, soit la substitution vers un autre médicament n'est pas possible, le médicament pourrait alors ne plus être prescrit ou continuer à être prescrit sans être remboursé.

Cette analyse est réalisée à partir des données de l'année 2001, issues de l'exploitation de l'enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) menée par la société IMS Health. Cette étude servira de base pour un suivi ultérieur des pratiques des médecins.

 *La prescription de médicaments à service médical rendu insuffisant en 2001*, Florence Naudin, Catherine Sermet. Série "analyse". Rapport n° 1527 - Juillet 2004 - 156 pages et Questions d'économie de la santé n° 82, « série analyse », juin 2004.

► <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum82.pdf>

6.1.2 Evolution 1992-2002 de la prescription des antibiotiques

Nathalie Grandfils, Catherine Sermet

Les antibiotiques sont une des classes thérapeutiques les plus prescrites et les plus consommées en France. Ces médicaments sont souvent utilisés de manière inappropriée et prescrits pour des motifs pour lesquels ils ne sont pas justifiés. Au cours des dix dernières années, un certain nombre de recommandations issues de conférences de consensus ont été élaborées couvrant une partie importante des indications de l'antibiothérapie en médecine de ville (angines, rhino-pharyngites chez l'enfant, par exemple). À partir de 1994, les références médicales opposables ont encadré le choix de la molécule à prescrire dans certaines indications. Enfin, devant l'ampleur du phénomène d'antibio-résistance en France, des campagnes réitérées depuis 2001 visent à optimiser l'usage des antibiotiques et à réduire leur consommation.

Grâce aux données dont il dispose au travers de l'enquête EPPM d'IMS Health, l'IRDES a mené un travail sur l'évolution de la prescription d'antibiotiques par les médecins généralistes sur la période 1992-2002 : globalement, cette prescription diminue en France depuis 1998. Cette diminution s'accompagne de modifications des classes d'antibiotiques utilisées avec une baisse relative des pénicillines et une augmentation des macrolides et des quinolones.

Les données d'IMS ont permis de prendre en compte le diagnostic associé à la prescription de ces antibiotiques : la diminution des prescriptions d'antibiotiques est très sensible dans le cas de la grippe et des syndromes grippaux sur lesquels les antibiotiques n'ont aucune efficacité. Dans les deux autres pathologies étudiées (otites moyennes aiguës et sinusites), la majorité des prescriptions respecte les recommandations.

Ce travail a donné lieu à la publication d'un 8 pages en décembre 2004 ; il sera poursuivi en 2005 par l'étude des autres pathologies infectieuses ayant donné lieu à des recommandations de bonne pratique ces dernières années.

- ☞ *La prescription d'antibiotiques chez les généralistes. Evolution 1992-2002.* Nathalie Grandfils, Catherine Sermet, avec la collaboration de Laurence Auvray. Questions d'économie de la santé n° 87, « série résultats », décembre 2004. 8 pages.
 - ▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum87.pdf>

6.2 Déterminants de la variabilité des pratiques médicales

6.2.1 Prescription d'antibiotiques dans le cas de la rhinopharyngite aiguë

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

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

Dans le cadre de la présentation d'un poster pour la 5ème conférence européenne d'économie de la santé à Londres en septembre 2004, ainsi que de la rédaction d'un article pour *Social Science and Medicine*, de nouveaux traitements statistiques ont été mis en œuvre en 2004.

- ⌘ Un article pour *Social Science and Medicine* ou *Medical Care* est en cours de rédaction pour soumission en 2005.
- ☞ Présentation d'un poster pour la 5ème conférence européenne d'économie de la santé (LSE, Londres, 8-11 septembre 2004).

6.2.2 Prescription pour les patients diabétiques de type 2

Julien Mousquès

Ce travail se poursuit dans le cadre d'une thèse de doctorat effectuée sous la direction de Monique Kerleau (CREGAS) et qui sera soutenue en 2006 (cf. § 6.3.1).

6.3 Évaluation de l'impact de différentes interventions sur les pratiques

6.3.1 Évaluation des effets de rappels informatiques à l'instauration et au suivi de l'éducation diététique de patients diabétiques de type 2

Julien Mousquès, Catherine Sermet

Cette étude, réalisée en réponse à un appel d'offre de l'ANAES, en collaboration avec la société BKL-Thalès, s'est achevée en décembre 2003 (cf. compte rendu d'activité 2003). Elle a donné lieu à plusieurs valorisations au cours de l'année 2004.

📖 *Evaluation des rappels informatiques dans l'instauration et le suivi de l'éducation diététique de patients diabétiques de type 2, obèses ou en surpoids*. Rapport d'étude remis à l'ANAES en janvier 2004 et validé en février 2004. Julien Mousquès, Catherine Sermet en collaboration avec Roland Cash, Philippe Le Jeune, Olivier Rollot (BKL-Thalès).

▶ http://www.irdes.fr/En_ligne/DocTrav/RMDAnaes.pdf

📖 *Evaluation de l'impact d'un rappel informatique sur la prise en charge de patients diabétiques de type 2*. Julien Mousquès. Questions d'économie de la santé n° 89. Décembre 2004. « Série Résultats ». 8 pages.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum89.pdf>

✂ Ce travail s'inscrit dans le cadre d'une thèse effectuée par Julien Mousquès au sein de la filière Economie de la Santé (Gérard de Pourville) de l'Ecole Doctorale « *Epidémiologie Sciences Sociales et Santé Publique* » (Denis Hémon) sous la direction de Monique Kerleau. Il donnera lieu à des publications dans des revues à comité de lecture.

🗨 Communication au congrès « *Santé publique, entre expertises et solidarités* », SFSP, Lyon, juillet 2004.

🗨 Soumission à la 6ème International Conference on the Scientific Basis of Health Services « *Improving health by advancing healthcare : linking research, policy and action* », Montréal, 18-20 septembre 2005.

6.3.2 Evaluation de l'action des GROG sur la prescription des antibiotiques par les généralistes et les pédiatres

Philippe Le Fur, Nathalie Grandfils, Florence Naudin

Les GROG (Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe) mettent en place dans certaines régions des actions dont le but est de promouvoir un meilleur usage des antibiotiques. Ces actions s'appuient sur le diagnostic que le mauvais usage des antibiotiques dans les infections respiratoires aiguës (IRA) est en grande partie lié à l'incertitude du généraliste sur le type de germe responsable de l'infection du patient. Cette incertitude, dans laquelle se trouve aussi le patient, conduit également le médecin à moins refuser une éventuelle demande d'antibiotiques de la part de son patient.

L'idée est donc que si le médecin connaît les germes en cause dans sa région au moment de la consultation, il peut facilement expliquer à son patient, soit qu'il faut prendre des antibiotiques parce que ce germe y est sensible, soit qu'il ne faut pas en prendre car les antibiotiques sont inactifs sur ce germe.

Le projet auquel l'IRDES est associé consiste à élaborer en Ile-de-France des « recommandations régionales de pratique contextualisées », c'est-à-dire adaptées à l'évolution de l'actualité épidémiologique régionale (cette semaine, quels sont les germes en cause dans la région ?).

La diffusion de l'information devait se faire vers les médecins par la mise en place d'un site Web spécifique à l'Ile-de-France et vers la population par les canaux de la presse grand public. L'IRDES

a été sollicité pour évaluer cette dernière action, l'évaluation auprès des généralistes étant réalisée de manière qualitative à l'aide de « focus group » par le DIES.

La campagne grand public devait consister en la publication répétitive d'encarts sur la bonne utilisation des ATB dans les infections respiratoires aiguës en fonction du contexte épidémique. Il s'est avéré que la presse grand public (Le Parisien), comme la presse gratuite (Métro, 20 minutes), n'était pas intéressée par des publications répétitives ne correspondant pas à leur ligne éditoriale. Quelques encarts ont été publiés, mais l'évaluation n'a pu être réalisée. Quoiqu'il en soit, la concomitance de ces publications avec la campagne nationale de la CNAMTS « les antibiotiques c'est pas automatique » n'aurait probablement pas permis de déterminer l'effet propre de ces publications sur le comportement des individus.

Après consultation du FAQSV Ile de France il a été décidé de transformer la procédure d'évaluation. La modification du comportement des patients ou leur éventuelle résistance à tout changement d'attitude seront analysées en 2005 par l'intermédiaire de « focus group patients ».

6.4 Evaluation médico-économique des pratiques de soins et de prise en charge

6.4.1 Les coûts de prise en charge du cancer du côlon

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

L'URCAM-IdF a mis en place en 2002-2003 une enquête portant sur les patients en ALD cancer du côlon en Ile-de-France lors de la découverte de leur maladie et de leur première année de traitement. Le premier volet de l'étude, réalisé par l'échelon régional du service médical de l'Assurance Maladie, a décrit les modalités de la prise en charge du cancer du côlon et évalué leur pertinence en regard des référentiels médicaux en vigueur (comparaison des pratiques, en particulier de chimiothérapie et d'exérèse des ganglions, avec les référentiels selon les stades de gravité de la maladie). Le second, réalisé par l'IRDES, a pour objectifs de :

1. reconstituer les coûts de prise en charge : choix des coûts à intégrer (directs : données provenant du SIAM, indirects), point de vue à adopter (société, Assurance Maladie) ;
2. expliquer les variations des coûts en fonction des déterminants individuels (stades de gravité, sexe, âge, comorbidités, critères géographiques...) et, éventuellement, en intégrant des informations sur les trajectoires thérapeutiques des patients (chirurgie, chimiothérapie...) et sur les critères d'offre de soins locale ;
3. estimer la faisabilité d'une étude de l'impact économique d'une amélioration des pratiques, en construisant différents scénarios thérapeutiques possibles (à partir de l'expertise médicale menée préalablement), en simulant des améliorations plus ou moins importantes de la prise en charge existante et en estimant ainsi les variations de coûts induites.

En 2004, le point 1 a été entièrement accompli : les coûts du cancer du côlon en Ile-de-France durant la première année de la maladie ont été estimés, calés sur différents critères de standardisation, analysés de manière bivariée selon un certain nombre d'axes (état de santé, pratiques de soins, caractéristiques socio-économiques, géographiques, etc.), puis comparés aux coûts d'une population d'assurés témoins (standardisée par âge, sexe, département de résidence et ALD30).

Le point 2 est en voie d'achèvement :

- un modèle global d'estimation des coûts médicaux totaux (dans la perspective Assurance maladie) des patients en ALD cancer du côlon a été construit ;
- les conclusions globales issues de ce modèle sont enrichies par des analyses économétriques complémentaires portant sur la prise en charge initiale du patient et sur les deux dimensions du

coût médical global, à savoir les durées (durées d'hospitalisation annuelles) et les coûts journaliers (coûts journaliers moyens d'hospitalisation par patient) ;

- enfin, une analyse en flux géographiques nous permet d'étudier les traitements prodigués aux patients et les coûts associés selon leur département de résidence et selon leur mobilité géographique pour être hospitalisé (au niveau départemental, faute de mieux).

Les résultats du modèle de coûts globaux nous permettront de mettre en place des scénarios d'évolutions thérapeutiques et de calculer des effets partiels pour estimer les impacts économiques de ces différents scénarios. Cela nous permettra d'investir complètement le point 3 qui devrait être achevé à la fin du premier trimestre 2005.

- ☒ Un rapport IRDES et un numéro de « Questions d'économie de la santé » sont prévus à la fin du premier semestre 2005, ainsi qu'une soumission d'article à une revue à comité de lecture au second semestre 2005.

6.4.2 Les coûts de la prise en charge de l'hyperlipidémie

Laure Com-Ruelle et Valérie Paris, en collaboration avec l'unité de Pharmaco-Epidémiologie de Lyon (Laurent Laforest et Eric Van Ganse)

L'IRDES a collaboré à un travail sur la prévention des maladies cardiovasculaires par la prise en charge des dyslipidémies. Ce travail, commandé par le Haut Comité de santé Publique à l'unité de pharmaco-épidémiologie de Lyon (PEL), comportait trois parties distinctes : la première, médicale et pharmacologique, traitée par le PEL lui-même, la seconde économique, assurée par l'IRDES, et la troisième faisant le point sur les perspectives thérapeutiques.

A. L'étude des bénéfices des traitements hypolipémiants sur la prévention cardiovasculaire

Cette phase a été réalisée par le PEL. Elle traitait des différentes classes d'hypolipémiants : les statines qui sont les plus utilisées, les fibrates, les résines échangeuses d'ions et quelques rares autres traitements. Elle passe en revue les mécanismes d'action et les indications des ces traitements et les bénéfices en prévention cardiovasculaire. L'efficacité des traitements hypolipémiants en terme de prévention des pathologies cardiovasculaires a été étudiée avec des essais cliniques randomisés en comparaison avec un placebo, principe pharmacologiquement inactif.

B. Le coût de la prise en charge par ces traitement a été étudié par l'IRDES.

Le coût de la prise en charge de l'hyperlipidémie en tant que facteur de risque des maladies cardiovasculaires comprend logiquement le coût du dépistage de cette anomalie, celui de la mise en place d'un éventuel traitement (en commençant, selon les recommandations en vigueur, par le régime alimentaire et, si besoin, par les médicaments prescrits), ainsi que le coût du suivi médical et biologique. Ceci correspond à la prévention primaire et secondaire. Une revue de la littérature nous a fourni des approches microéconomiques du coût en France, estimé sur des populations étudiées disparates. Nous l'avons complétée en tentant nous-mêmes une estimation à partir d'éléments macroéconomiques divers, centrant notre propos sur les coûts médicaux directs à travers les dépenses présentées au remboursement de l'Assurance maladie, et négligeant de fait les coûts indirects.

Le coût médical direct global de prise en charge de l'hyperlipidémie se monterait au minimum à 1,7 Milliards d'euros en 2001, soit 1,14 % de la Dépense Courante de Santé (DCS¹⁹). Les médicaments représentent 79 % de la facture et les examens biologiques 11 %. Si la vente des hypolipémiants a augmenté de 1988 à 2001 à un rythme moyen annuel proche de 20 %, les dépenses remboursables concernant les seules statines ont progressé de 38,2 % entre 2000 et 2001 [Médic'AM].

- ☞ *La prise en charge des dyslipidémies*, L. Laforest, E. Van Ganse L. Com Ruelle, V. Paris,. In La prévention des maladies cardio-vasculaires, « ADSP (actualité et dossier en santé publique) », n° 47, 2004/06, pp. 38-42.

6.4.3 Collaboration avec le CCOMS : l'évaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés

Julien Mousquès, sous la responsabilité de Denis Leguay (CCOMS)

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

Au cours de l'année 2004, nous avons validé les échelles et questionnaires de résultats et réalisé une typologie des secteurs à partir des données de la DREES 2000. Cette typologie est le fruit d'un travail mentionné dans le présent rapport d'activité au § 9.1.1. La démographie des professionnels en santé mentale : mise en perspective de l'offre de soins et du recours en psychiatrie.

19 La Dépense Courante de Santé mesure l'effort consacré par l'ensemble des financeurs du système au titre de la santé. Elle regroupe l'ensemble des paiements intervenus au cours d'une année et son champ est plus étendu que celui de la Consommation Médicale Totale.

7. Organisation et coordination des soins

7.1 Les alternatives à l'hospitalisation

7.1.1 Les alternatives à l'hospitalisation en Australie, au Canada et au Royaume-Uni

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

La réflexion sur l'opportunité et les modalités de développement des soins à domicile alternatifs à une hospitalisation classique est à l'origine de ce travail dont un rapport a été remis au ministère (DHOS et DSS qui l'avaient commandé) fin 2003. A travers l'analyse d'expériences étrangères, il s'agit de comprendre pourquoi et comment d'autres pays ont mis en place ce type de soins, quelles sont les difficultés rencontrées et les incitations créées pour en faciliter le développement.

En 2004, ce travail a été scindé en deux parties pour publication, et la partie synthèse des expériences étrangères, destinée à un public plus large, a été publiée fin 2004 sous la forme d'un « Questions d'économie de la santé ». Le rapport correspondant sera publié début 2005. L'autre partie, concernant les éléments d'évaluation économique, rassemblait des pays plus nombreux et sera publiée à part.

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

Le rapport rendu à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins fin 2003 a donné lieu à la rédaction d'un « Questions d'économie de la santé » en décembre :

▣ *Le développement des services de soins hospitaliers à domicile : éclairage des expériences australienne, britannique et canadienne.* Karine Chevreul, Laure Com-Ruelle, Fabienne Midy, Valérie Paris. Questions d'économie de la santé n° 91. Décembre 2004. Série « Analyse ». 8 pages.

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

✂ Un rapport IRDES faisant suite au 8 pages est prévu au cours du premier semestre 2005.

7.1.2 La tarification à l'activité en HAD

Laure Com-Ruelle, Marc Perronnin, Thomas Renaud

En 2003, l'IRDES a fourni au ministère de la Santé (DHOS, sous-direction des affaires financières) un modèle de tarification à l'activité des structures d'HAD que la Mission de la T2A a décidé de mettre en œuvre de façon contemporaine de la T2A en MCO, dès 2005. Afin de mesurer l'impact de ce nouveau mode de tarification et d'ajuster le modèle produit si besoin, un groupe de travail ministériel auquel l'IRDES participe s'est monté et une expérimentation a été effectuée en 2004 auprès de plusieurs structures d'HAD.

Les remontées de données ont démontré la nécessité d'ajuster le modèle de tarification sur la dépendance selon un indice de Karnofsky réellement observé (le modèle était basé sur un indice de Karnofsky approché), ce qui a été fait par l'IRDES au cours de l'été 2004, en l'accompagnant d'une note méthodologique. Il a été décidé de relever en parallèle, un indice de dépendance plus opérationnel et opposable à l'Assurance maladie, comme cela a été fait dans l'enquête IRDES ayant

servi de base de données au modèle de tarification (ENHAD 2000), à savoir les AVQ (activités de la vie quotidienne). C'est cet indice qui est utilisé dans le PMSI en Soins de Suite et Réadaptation, ce qui mènera à un second ajustement du modèle sur cet indice plus pertinent.

☐ Note sur l'« *Adaptation du modèle de tarification des séjours en HAD aux niveaux des indices de Karnofsky observés dans la base d'expérimentation* », juin 2004, Laure Com-Ruelle, Marc Perronnin, Thomas Renaud.

En outre, le groupe de travail a élaboré un guide méthodologique de production du recueil d'informations standardisé de l'hospitalisation à domicile, désormais disponible sur le site Internet de l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation).

☐ *Guide méthodologique de production du recueil d'informations standardisé de l'hospitalisation à domicile*, DHOS-ATIH, novembre 2004.

► <http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=704>

7.2 Les outils de la coordination des soins : réseaux, Information partagée

7.2.1 Bilan du dispositif du Médecin Référent

Laure Com-Ruelle, Dominique Polton (IRDES)

Bruno Aoust, Jean-François Bayet, Pascal Bohet, Nelly Bonnet, Katell Le Bris, Sylvie Le Laidier et Isabelle Limoge-Lendais (CNAMTS)

Un travail collectif de synthèse des éléments de bilan disponibles sur le médecin référent a été réalisé au cours de l'été 2004, dans la perspective de nourrir la réflexion sur la mise en place du dispositif du médecin traitant.

Deux éléments ont été produits en collaboration avec la CNAMTS : un premier rapport faisant le bilan des éléments d'évaluation disponibles mi-juin 2004 et une étude complémentaire sur la prescription de médicaments génériques, réalisée à l'automne 2004. En outre, la Direction des Statistiques et de des Etudes de la CNAMTS a produit de son côté, en janvier 2005, une étude intitulée « Les médecins référents : des pratiques médicales différentes ».

A. Une première évaluation du dispositif du médecin référent a fait le bilan de cette expérience en s'appuyant sur les seuls résultats alors disponibles (mi-2004) pour esquisser quelques éléments d'évaluation :

1. un bilan quantitatif de la montée en charge du dispositif, en mettant en évidence les profils des médecins et des patients concernés ;
2. une évaluation de l'impact de cette expérience dans ses différentes dimensions ; outre la perception de ce système dans la population générale, elle analyse les résultats de l'option au regard de ses attendus, donc autour des questions suivantes :
 - les médecins référents ont-ils une pratique de qualité ? ont-ils une pratique efficiente (en termes de rapport coût / qualité) ?
 - les patients sont-ils mieux soignés grâce à ce dispositif ? leurs parcours de soins sont-ils plus efficaces (rapport coût / qualité) ?
 - en quoi, sur ces différents aspects, le médecin référent a-t-il permis des évolutions ? et avec quel bilan financier ?
3. les actions mises en place par les caisses.

Les éléments essentiels tirés de cette analyse sont les suivants :

Six milles médecins, soit plus de 11 % des généralistes, sont référents début 2004 et suivent plus d'un million de patients dans ce cadre. L'adhésion au dispositif est très marquée géographiquement, avec une adhésion plus massive dans l'Est et le Sud de la France, plus faible dans le Nord, l'Ouest et l'Ile-de-France. Les adhésions augmentent d'année en année, mais la progression a tendance à se ralentir. Elle est de moins en moins connue de la population. Il s'agit d'un dispositif qui n'est pas marginal, mais qui ne convainc malgré tout qu'une minorité de praticiens. Quant au nombre de patients, il est assez difficile d'en juger en tant que tel, dans la mesure où la cible de ce dispositif (*a priori* les patients assez lourds pour lesquels la coordination des soins est importante) n'a jamais été vraiment explicitée et quantifiée.

Les médecins référents ne présentent pas de spécificités démographiques par rapport à leurs confrères. En revanche, ils semblent avoir une orientation plus sociale, si l'on en juge par la part des bénéficiaires de la CMU dans leur patientèle.

Les patients suivis dans ce cadre sont le plus souvent, comme c'était prévu, plus âgés et plus malades que l'ensemble de la population. En moyenne, leur recours aux soins est important avant l'adhésion et déjà très axé sur le généraliste. Cependant, il existe aussi des patients beaucoup plus légers et pour lesquels on peut se demander si l'option présente un bénéfice, ou si les rémunérations supplémentaires versées sont un effet d'aubaine pour les praticiens. Peut-on conclure à une dérive du dispositif à la marge ? Là encore, il faudrait sans doute expliciter plus clairement la population-cible.

Quelques éléments suggèrent que les médecins référents se donnent les moyens de la qualité : ils se forment plus, utilisent plus les outils d'intervention mis à leur disposition. Ils apparaissent également un peu plus disponibles pour la permanence des soins. Sur les rares analyses ciblant plus précisément la qualité des soins (conformité aux recommandations et standards de pratique), leurs résultats sont parfois meilleurs (dépistage du cancer du col par exemple), mais le plus souvent similaires à ceux de leurs confrères. Il est probable que l'adhésion à l'option soit le fait de médecins qui avaient déjà un comportement spécifique par rapport à leurs confrères, qu'elle soit le marqueur d'une certaine conception du métier de généraliste et du rôle des soins primaires.

On attendait du médecin référent un meilleur suivi des patients, mais aussi une économie de moyens. Ainsi, l'option avait explicitement pour objectif de favoriser la prescription de génériques. Celle-ci s'est développée aussi bien chez les non référents que chez les référents, mais elle est toujours un peu plus élevée chez ces derniers. L'écart est encore plus net si l'on inclut les équivalents thérapeutiques. Là-dessus, des éléments supplémentaires ont été apportés par les deux études suivantes mentionnées ci-dessous et qui concluent beaucoup plus nettement à une prescription bien plus grande de génériques par les médecins référents.

Plus implicitement, l'idée était qu'une meilleure coordination des soins devrait éviter les recours aux soins inutiles et les redondances. Cet impact, s'il existe, est impossible à percevoir sur des données de consommation médicale très agrégées. Les patients concernés ne recourent pas moins aux spécialistes et leurs dépenses de soins globales évoluent au même rythme que l'ensemble. Seule différence perceptible : les actes de généralistes augmentent plus, tandis que les prescriptions et les actes de spécialistes augmentent moins ou diminuent, suggérant un effet de substitution (le généraliste consacrant plus de temps à son patient et le référant moins ou utilisant moins de médicaments), mais ceci serait à valider par des données plus fines.

Comme pour la qualité des soins, il est impossible en tout état de cause de faire la part des choses entre l'impact propre de l'option et un comportement déjà différent des médecins concernés.

📖 *Evaluation du dispositif du médecin référent*, Bruno Aoust, Jean-François Bayet, Pascal Bohet, Nelly Bonnet, Laure Com-Ruelle, Katell Le Bris, Sylvie Le Laidier, Isabelle Limoge-Lendais, Dominique Polton, IRDES-CNAMTS, rapport remis à la direction de la Cnamts en septembre 2004.

B. Une étude complémentaire et plus précise sur la prescription de médicaments génériques par les médecins référents versus les non référents a été menée à l'automne 2004.

En résumé, les économies réalisées grâce aux génériques et équivalents thérapeutiques moins onéreux (ETMO) acquis par les patients des médecins référents sont 1,35 fois supérieures en 2003 à celles réalisées par les patients des médecins non référents (elles proviennent essentiellement des génériques). Ce différentiel progresse et passe à 1,47 en 2004. Un approfondissement de cette analyse confirme que la pharmacopée mobilisée pour les jeunes correspond moins souvent à des génériques ou ETMO et génère donc moins d'économies.

📖 *La prescription des médecins référents en médicaments génériques et équivalents thérapeutiques moins onéreux (ETMO)*, Pascal Bohet, Laure Com-Ruelle, IRDES-CNAMTS, note remise à la direction de la CNAMTS en décembre 2004.

7.2.2 Evaluation du projet Coordination Santé Informatique

Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon

Le médecin généraliste est le pivot du suivi médical des patients en ville. Cette fonction suppose que l'omnipraticien dispose de l'ensemble des éléments médicaux relatifs à ses patients et puisse faire le lien avec les autres intervenants médicaux, spécialistes libéraux ou hospitaliers. Une expérience basée sur l'informatisation du « document médical de synthèse » (DMS), prévue à l'article 5 – 6 de la convention nationale des médecins généralistes de novembre 1998, vise à mettre au point un outil informatique destiné à la transmission de ce DMS entre professionnels de santé. Ce projet intitulé « Coordination Santé Informatique », mené par l'Association des médecins référents de Paris (A.M.R.P.) et l'Association des médecins référents de Lorraine (A.M.R.L.) dans le cadre d'un projet financé par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), prévoit une période de test de l'outil informatique développé, soldée par une évaluation auprès de ces médecins testeurs pour laquelle l'IRDES a été désigné.

La collaboration a débuté en 2003 pour mettre au point la méthodologie et les questionnaires. Les tests ont eu lieu au cours de l'année 2004, auprès d'un groupe de dix-huit médecins volontaires, et un rapport d'évaluation a été remis aux commanditaires en décembre 2004. Cette évaluation a décrit comment se sont passés les transmissions entre professionnels de santé (intégration de l'outil informatique sur le poste du professionnel de santé et son adéquation à la création en ligne du DMS) et a mesuré leur degré de satisfaction.

📖 *Une évaluation du document médical de synthèse*, rapport non publié, Paris, décembre 2004, Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon.

7.2.3 Evaluation du réseau RESICARD (Insuffisance cardiaque sévère dans l'Est parisien)

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

Le réseau Résicard est un réseau ville-hôpital de suivi des patients insuffisants cardiaques de l'Est parisien. Ce réseau, initié en 2003 pour sa partie purement opérationnelle, a appliqué le protocole

de Rich qui permet théoriquement de réduire l'incidence des séjours hospitaliers des malades, dans une perspective d'amélioration de la qualité de vie des patients.

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

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

En 2004, l'IRDES est intervenu plus en aval afin d'évaluer la capacité de RESICARD à appliquer le protocole et d'en analyser les résultats sur l'état de santé et la qualité de vie des patients, à travers trois grands objectifs :

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

Les axes 1 et 2 ont été largement investis : ils ont donné lieu à des analyses statistiques enrichies de l'expertise de l'IRDES sur les différents leviers d'action susceptibles d'améliorer l'adhésion des acteurs au réseau. Ces résultats ont été régulièrement transmis aux membres de Récicard sous la forme de notes de travail et développés au cours de réunions mensuelles, durant le second semestre 2004.

L'axe 3 est particulièrement instructif : cette évaluation des processus intégrant des entretiens avec tous les acteurs (notamment les patients) cherche à mesurer le degré de partenariat dans la construction de la trajectoire idéale du patient et le caractère dynamique des procédures de validation des trajectoires réelles des patients par rapport à cette trajectoire idéale.

Les travaux sont encore en cours d'enrichissement. D'ici à la fin du premier trimestre 2005, une vingtaine de patients Récicard auront fait l'objet d'entretiens semi-directifs personnels et approfondis. D'autre part, deux actions complémentaires sont prévues pour juger l'adhésion des médecins (généralistes et cardiologues) au réseau et recueillir leurs souhaits, déceptions éventuelles ou propositions par rapport à son fonctionnement : une réunion dans un contexte de FMC avec remise d'un questionnaire aux médecins présents et une interrogation via des entretiens téléphoniques avec une vingtaine de médecins (au début du printemps).

Les analyses quantitatives seront terminées au premier trimestre. Ensuite, il faudra tirer tous les enseignements des entretiens avec les patients et les médecins membre de Récicard. Ainsi, la production des résultats définitifs et la préparation des publications (publication IRDES et soumission à une revue à comité de lecture) sont attendues pour la fin du premier semestre., *avec le soutien technique d'Alain Liwerant, Charles Antoine Roussy et Gilles Urbejtél*

8. Politiques de régulation du médicament

Ce programme de travail pluriannuel vise à mener une analyse économique des outils de la politique de régulation du médicament et à confronter l'expérience française à celle d'autres pays développés. 2004 a donné l'opportunité, grâce à une sollicitation de la Cour des Comptes, de réaliser un travail en profondeur sur la politique conventionnelle menée en France, de publier les résultats de l'analyse comparée des stratégies des laboratoires pharmaceutiques face à l'arrivée des génériques, et d'avancer la comparaison des paniers de médicaments disponibles dans différents pays.

En revanche les analyses envisagées sur l'effet des politiques de déremboursement ou de la publicité directe auprès du consommateur n'ont pu être menées à bien.

8.1 Analyse des conventions passées entre les laboratoires et le Comité économique des produits de santé

Valérie Paris

Cette analyse a été conduite dans le cadre d'une expertise pour le Rapport annuel de la Cour des comptes sur la Sécurité sociale. Elle a donné lieu à un rapport remis à la Cour des comptes, dont de grandes parties ont été reprises dans son rapport annuel (pages 322 à 330).

L'analyse a porté sur les éléments suivants : les rapports publics d'activité du CEPS pour les années 1999-2002, les conventions passées avec douze laboratoires de différentes tailles et différentes nationalités et les factures adressées à ces laboratoires sur cette période, l'ensemble des « factures » adressées aux laboratoires en 2003, et enfin des entretiens avec le Président du CEPS.

Le rapport décrit en détail le contenu des conventions et le système de remises conventionnelles. Il donne quelques éléments d'évaluation du système conventionnel par rapport aux objectifs qu'il se fixe.

8.2 Comparaison des paniers de médicaments remboursables en Allemagne, en France et au Royaume-Uni

Luc Nguyen, Valérie Paris, Catherine Sermet

La prise en charge publique du médicament en France fait l'objet de nombreux débats. On retient en général l'idée que la France couvre un panier de médicaments plus large que ses voisins européens et que ceci explique en partie le faible taux de prise en charge par l'Assurance maladie (qui est de 75 % contre 92 à 95 % pour l'Allemagne et le Royaume-Uni).

Nous avons entrepris en 2004 une comparaison des paniers de médicaments pris en charge dans les trois pays, grâce au stage de Luc Nguyen (étudiant en pharmacie et en DEA de santé publique). La comparaison d'une liste positive de produits avec deux listes restrictives et négatives s'est avérée délicate à mener. Nous avons donc recentré notre sujet sur l'analyse de quatre cas particuliers pouvant donner lieu à décisions différentes selon les pays :

- le cas des médicaments dont le bénéfice-risque est considéré insuffisant pour donner lieu à prise en charge (par exemple les psychotropes),
- le cas des médicaments à « service médical rendu insuffisant »,
- les « *life-style drugs* » (traitements de l'obésité, de la dysfonction érectile, aides du sevrage tabagique),
- enfin, les décisions concernant la prise en charge de traitements innovants très coûteux ont été analysées.

Ce travail doit être approfondi et rendu public courant 2005, avec l'aide de Zeynep Or.

8.3 Les stratégies des producteurs de génériques

Nathalie Grandfils, Valérie Paris, Catherine Sermet

Les travaux concernant les stratégies des producteurs de molécules dont le brevet arrive à expiration, ont été poursuivis en 2004 pour compléter le rapport remis fin août 2003 à la Direction de la Sécurité sociale, promoteur de l'étude.

Nous avons choisi, pour répondre à la demande formulée par la DSS, d'étudier les stratégies développées par les laboratoires pharmaceutiques pour contrer l'arrivée de génériques, dans quatre contextes nationaux différents : l'Allemagne, les Etats-Unis, la France et le Royaume-Uni. Notre étude rassemble les éléments suivants :

- ⇒ un rappel sur les contextes réglementaires des quatre pays concernant les brevets et les périodes d'exclusivité accordées aux médicaments innovants, ainsi que les éléments pertinents de la régulation pharmaceutique susceptibles de jouer un rôle sur le développement des marchés génériques (régulation des prix, du remboursement ...)
- ⇒ une revue de littérature sur les stratégies déployées par les laboratoires pour contrer l'arrivée des génériques, la dynamique des marchés à l'expiration de la période d'exclusivité d'une molécule innovante et sur l'impact des stratégies développées par les laboratoires ;
- ⇒ dix-sept études de cas concernant des molécules dont le brevet a récemment expiré ou va prochainement expirer, pour lesquelles ont été analysées à la fois les stratégies des laboratoires et l'évolution des marchés (dans la limite des données disponibles) ;
- ⇒ une analyse des ventes réalisées sur les marchés allemand et britannique des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, sur la période 1996-2003.

Ces différents points ont été approfondis et notamment l'étude de dix molécules particulièrement intéressantes quant aux stratégies développées par les laboratoires détenteurs du brevet. Ce travail a donc donné lieu à la publication d'un 8 pages en octobre 2004.

Les principales conclusions de cette recherche sont les suivantes :

- a) Les laboratoires ont développé tout un arsenal de stratégies pour limiter les pertes liées à la concurrence par les génériques :
 - dépôts échelonnés dans le temps de plusieurs brevets concernant un même médicament (allongeant automatiquement la période de protection) ;
 - contestation juridique de la production de génériques au motif de violation de brevet, arrangements financiers avec des producteurs de génériques retardant leur mise sur le marché ;
 - production de génériques par le laboratoire producteur du princeps, qui est bien placé pour reproduire le processus de fabrication et pour présenter toutes les données nécessaires à l'obtention de l'AMM ;
 - développement de gammes donnant parfois droit à des allongements de la période d'exclusivité (par exemple, indication pédiatrique) ou permettant simplement de reporter l'ensemble de la prescription sur un produit amélioré et protégé par un brevet (nouveau mode d'administration, libération prolongée...) avant l'arrivée du générique du produit ;
 - développement de « nouveaux produits » très proches (molécules isomères du produit initial ou associations avec d'autres molécules), destinés à capter le marché du produit initial pour le détourner du marché générique ;
 - changement de statut et passage en « vente libre, non remboursé » permettant de gagner quelques mois sur les producteurs de génériques non préparés à ces nouvelles conditions de marché ;

- enfin, la promotion des produits princeps (parfois pour des indications « off-label ») peut également être utilisée pour influencer les choix des médecins et des patients.
- b) L'évolution des marchés à l'expiration de la période d'exclusivité d'un produit innovant semble plus structurellement déterminée par les conditions de marché que par les stratégies développées par les producteurs du médicament princeps (revue de littérature et études de cas) :
- dans un contexte national donné, plus le marché de la molécule innovante est important, plus les génériques sont nombreux à entrer sur le marché ;
 - le nombre de génériques est également plus important lorsque la demande est élastique au prix, ce qui signifie que le consommateur ou le prescripteur (ou les deux) sont sensibles au prix. Cette sensibilité au prix peut être obtenue par un système de prix de référence ou de copaiement différencié (plus élevé pour le produit de marque que pour le générique par exemple) ou par l'existence de budgets incitatifs pour les prescripteurs (comme au Royaume-Uni). Le marché est particulièrement réactif aux Etats-Unis où les assureurs ont le pouvoir de déterminer quasiment en temps réel ce qu'ils remboursent et à quelles conditions (générique mieux pris en charge et/ou imposé en première intention par exemple) ;
 - l'évolution des prix du princeps et des génériques est également très sensible à l'élasticité au prix de la demande. Si le princeps a réussi à créer une fidélité à la marque, son prix peut rester stable voire augmenter, au moins sur certains segments de marché (ce résultat, démontré au début des années 1990 sur des données américaines, est peut-être moins pertinent aujourd'hui). Quant aux prix des génériques, ils diminuent au fur et à mesure de l'arrivée de nouveaux entrants sur le marché, jusqu'à atteindre, au point d'équilibre le niveau du coût de production marginal de long terme.

Bien que nous n'ayons pas pu, sur un échantillon aussi réduit, réaliser d'études d'impact « toutes choses égales par ailleurs » des stratégies utilisées, nous sommes en mesure de dégager les résultats suivants des études de cas et de l'exploitation des données de vente dont nous avons pu disposer :

- sur les marchés les plus concurrentiels, quelles que soient les stratégies déployées par les producteurs de molécules innovantes, la chute rapide des ventes du princeps paraît inexorable et quelques mois suffisent aux génériques pour dominer le marché ;
- les prix du princeps et des génériques évoluent plus rapidement en Allemagne qu'au Royaume-Uni, conformément aux prédictions économiques qui lient la baisse des prix au nombre de génériques présents sur le marché ;
- des quatre pays étudiés, la France est le marché sur lequel les risques encourus par les produits innovants à l'expiration de leur période d'exclusivité semblent les plus limités, du fait d'une élasticité prix très faible de la demande des consommateurs finaux (dont la consommation est presque toujours intégralement prise en charge) ;
- les stratégies juridiques des innovateurs ont sans doute souvent permis de gagner quelques précieuses semaines d'exclusivité sur le marché mais les sanctions financières, à présent imposées en cas de recours abusif, vont sans doute décourager ce type de stratégies ;
- dans certains cas, les molécules de contournement mises au point par les laboratoires obtiennent de très bon résultats dès leur commercialisation ; c'est le cas par exemple de la desloratadine (Clarinet®), de l'escitalopram (Seroplex®/Cipralax®) et de l'esomeprazole (Nexium®). Dans les cas étudiés, il semble toutefois que ces molécules soient arrivées sur les marchés un peu trop tard pour absorber toute la demande adressée à la molécule initiale et rendre cette dernière obsolète avant l'expiration de sa période d'exclusivité. Les méthodes de mise au point de ces molécules de contournement ayant notablement progressé dans la dernière décennie, il est probable qu'à l'avenir les laboratoires réussissent à les produire plus rapidement.

L'impact des autres stratégies n'a pas pu être analysé dans notre étude mais les résultats d'études précédentes méritent d'être rappelés :

- des études réalisées dans le milieu des années 1980 sur des données américaines (datant donc de la période précédente) ont montré l'impact positif des dépenses de promotion comme moyen de lutter contre la concurrence des génériques. On peut se demander si ces résultats sont toujours d'actualité dans le contexte américain, devenu encore plus concurrentiel, mais ils gardent sans doute leur pertinence appliqués à un contexte dans lequel la demande n'est pas élastique au prix (en France par exemple) ;
- quant à la production d'un générique par le laboratoire produisant la molécule innovante, lorsque les avantages en termes de coûts de production et de mise sur le marché sont renforcés par la position de premier générique entrant (durablement favorable d'après plusieurs études), alors elle peut s'avérer une stratégie intéressante pour le laboratoire.

En conclusion, les conditions concurrentielles s'exerçant dans les différents contextes nationaux semblent jouer un rôle essentiel dans la dynamique des marchés à l'expiration de la période d'exclusivité d'une molécule innovante. Rôle auquel ne peuvent que modérément s'opposer les nombreuses stratégies mises en œuvre par les laboratoires pour empêcher les génériques d'entrer sur le marché et/ou de le dominer rapidement.

Certaines de ces stratégies peuvent toutefois s'avérer particulièrement efficaces lorsque la demande est peu élastique au prix : il s'agit de la mise sur le marché de produits de contournement (nouvelles formulations ou molécules isomères) et d'une promotion active du produit.

☞ *Les laboratoires pharmaceutiques face à l'arrivée des génériques : quelles stratégies pour quels effets ?* Nathalie Grandfils, Valérie Paris, Catherine Sermet. Questions d'économie de la santé n° 84, Octobre 2004. Série « Analyse ». 8 pages.

► <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum84.pdf>

9. L'évolution de la démographie des professionnels de soins et du contenu des métiers

Cette thématique donne lieu à plusieurs commandes publiques et partenariats institutionnels. Les travaux réalisés en 2004 comprennent :

- l'analyse des problèmes démographiques soulevés par certaines professions ou certains secteurs. Un travail sur les infirmières, les sages-femmes et les manipulateurs radio a ainsi été mené dans le cadre de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé. Un éclairage particulier sur le secteur de la psychiatrie est aussi en cours. Des analyses concernant les questions de répartition géographique de l'offre de soins viennent compléter ces approches quantitatives ;
- une thématique plus organisationnelle, explorant la médecine de groupe et les partages de compétences dans les soins primaires, dans les deux cas sur la base de comparaisons internationales.

9.1 Démographie des professions de santé

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

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

En 2002, le Conseil scientifique de la CNAMTS a sollicité l'IRDES pour la réalisation d'une étude monographique sur la psychiatrie. Suite à cette demande, l'IRDES a réalisé en 2003 une première phase d'investigation sur les travaux et réflexions disponibles ou en cours de constitution, auprès de différents professionnels et/ou experts en santé mentale, afin de dégager des pistes de travail prioritaires dans un domaine où beaucoup d'expertises et de réflexions sont d'ores et déjà accumulées.

Le bilan de cette première phase a permis de constater que les problèmes démographiques des professionnels en santé mentale sont bien établis au plan quantitatif et sont, par ailleurs, largement diffusés. Il y a ainsi un large consensus pour dire que la psychiatrie se caractérise par d'importantes disparités selon le département en termes d'équipement, de personnels non médical et de médecins (nettement plus fortes qu'en MCO), avec de plus un déséquilibre ville-hôpital en défaveur de ce dernier. D'autre part, si l'on maintient le nombre actuel des postes d'internes, la décroissance attendue des effectifs d'ici à 2020 sera très forte (moins 40 %). Enfin, parallèlement, la demande s'accroît de manière extrêmement marquée avec une augmentation très importante de la file active en hospitalisation publique adulte (+ 62 % entre 1989 et 2000). De même, le nombre d'actes s'est accru en psychiatrie libérale de plus de 75 % entre 1989 et 2000. Enfin, en médecine générale, le nombre de recours ayant au moins un motif d'ordre psychiatrique a augmenté de 28 % entre 1992 et 2000 (selon une estimation de l'IRDES à partir des données IMS), croissance plus rapide que pour l'ensemble des autres motifs (19 %).

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

Au cours de l'année 2004, nous avons donc réalisé une typologie des secteurs de psychiatrie adulte, à partir des données des rapports de secteurs 2000 de la DREES. Cette typologie est basée d'une part sur l'équipement en places et lits et en personnels des secteurs et d'autre part sur leur organisation (psychiatrie de liaison, signature de convention avec des organismes médico-sociaux, délai d'attente ...). Neuf catégories de secteurs ont ainsi été distinguées.

Par rapport à la moyenne France entière, quatre catégories (pour un total de 44 % des secteurs) ne semblent pas, au vu de cette typologie, présenter de problèmes majeurs en 2000, bien qu'il puisse y avoir dans chacune de ces quatre catégories une certaine disparité de l'offre conduisant sur le terrain à des problèmes d'organisation et/ou de prise en charge des patients. Deux catégories de secteurs (pour un total de 27 % des secteurs) diffèrent relativement peu de la moyenne, mais trois autres (pour un total de 29 % des secteurs) semblent d'ores et déjà poser d'importants problèmes d'offre (en personnels comme en structure). Les conséquences sur les prises en charge en sont l'allongement des délais de rendez-vous et/ou la nécessité de souvent rediriger les patients.

Munis des informations issues de cette typologie, nous envisageons, en 2005, de réaliser différentes études locales pour approfondir les répercussions de ces différents niveaux de dotation sur les prises en charge globale des patients.

En effet, cette typologie qui est basée sur les secteurs de psychiatrie ne prend pas en compte l'offre libérale de soins. Pourtant, celle-ci peut, dans certains cas, pallier un éventuel manque d'offre dans le secteur public ou au contraire, si elle est faible, venir aggraver l'éventuel déficit des secteurs. Nous envisageons donc de mettre en relation avec les données issues de secteurs de psychiatrie, les données sur l'activité des psychiatres libéraux et celles sur l'activité des généralistes libéraux prenant en charge des patients présentant des troubles mentaux. Cette dernière activité sera déduite des séances de généralistes suivies d'une prescription d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques.

Parallèlement, nous chercherons à estimer l'offre locale de psychologues libéraux qui peuvent également dégager des moyens dans la prise en charge globale de la population.

A la frontière de la psychiatrie se trouve le domaine du médico-social. Etant donné le nombre important d'intervenants psychiatres et psychologues dans ces établissements, on cherchera à détailler les implications actuelles de ces professionnels dans ces structures, en fonction de la densité de psychiatres et de psychologues existante dans les secteurs concernés.

Enfin, nous tenterons d'enrichir les rapports de secteurs en y adjoignant des données sur l'activité intersectorielle, grâce à des enquêtes locales. En effet, cette activité intersectorielle semble se développer de manière très rapide et il paraît donc indispensable de la prendre en compte dans l'analyse.

Nous envisageons de réaliser ce travail dans trois régions comportant l'ensemble des neuf classes de secteurs, afin de prendre en compte les disparités ou les complémentarités de prise en charge au niveau régional. Afin de pouvoir nous investir localement, nous avons souhaité retenir des zones pas trop éloignées de l'implantation de l'IRDES.

Nous avons donc retenu la région Nord-Pas de Calais (59 secteurs psychiatriques dont 15 sous-dotés), les Pays de la Loire (43 secteurs psychiatriques dont 14 sous-dotés) et l'Ile-de-France (142 secteurs psychiatriques dont 33 sous-dotés). Avant de démarrer le travail monographique au niveau local, nous chercherons dans chacune de ces régions à faire valider les résultats de la typologie par les acteurs locaux.

9.1.2 Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation

Véronique Lucas-Gabrielli, Marie-Jo Sourty-Le Guellec

Les trente dernières années sont caractérisées par une forte croissance des effectifs médicaux, surtout dans les années 70 et 80. Avec la mise en place du numerus clausus en 1971, la croissance s'est progressivement ralentie et a atteint un taux relativement faible dans la dernière décennie (+1,5 % par an en moyenne). Cette évolution n'est pas sans conséquence sur la carrière et l'activité des médecins. Une étude de l'IRDES, publiée en 1996 sur les années 1979-1993, concluait que la

montée en charge de l'activité des jeunes générations de généralistes était plus lente que celle de leurs aînés. Cette tendance s'est aujourd'hui inversée. A l'heure actuelle, les jeunes médecins généralistes s'installent plus tard que leurs aînés (35 ans en 2001, 31 ans dans les années 80) et rattrapent vite le niveau d'activité des médecins installés plus tôt. Ainsi, il y a vingt ans, un médecin installé en secteur 1 faisait environ 6 000 actes par an en fin de carrière, ce niveau est atteint en milieu de carrière pour les jeunes générations. Par ailleurs, pour toutes les générations, les montants de prescription pharmaceutique à prix constants par acte ont tendance à augmenter avec l'âge du médecin, la prescription des jeunes générations étant dès le début de leur carrière de même niveau que celle des médecins en exercice.

☞ *Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001)*. Véronique Lucas-Gabrielli, Marie Jo Sourty-Le Guellec. Questions d'économie de la santé n° 81, série analyse, avril 2004, 8 pages.

► <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum81.pdf>

9.1.3 Analyse de trois professions : infirmières, sages-femmes, manipulateurs radio

*Sophie Condinguy, Marie-Laure Delamaire, Renaud Legal, Fabienne Midy (ANAES),
Dominique Polton*

L'Observatoire National de la démographie des Professions de santé (ONDPS), créé en juillet 2003, a trois missions principales :

- rassembler les connaissances relatives à la démographie des professions de santé, et à l'évolution des métiers ;
- promouvoir le développement de ces connaissances au niveau régional ;
- faire le bilan, dans un rapport annuel remis au Ministre, de la situation des effectifs des différentes professions et en préciser les perspectives d'évolution.

Trois groupes de travail ont été mis en place pour la première année du fonctionnement de l'ONDPS. Dominique Polton, membre du conseil d'orientation, a animé les travaux de l'un d'entre eux, consacré à l'analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières et manipulateurs d'électroradiologie médicale.

Ces trois professions ont des caractéristiques communes. Ce sont des professions très féminisées, ayant un exercice principalement hospitalier, et confrontées à un vieillissement. Ce sont aussi des professions qui affichent un paradoxe apparent : la perception d'un déséquilibre entre les ressources humaines disponibles et les besoins, alors même qu'elles ont connu et continuent à connaître une augmentation régulière de leurs effectifs.

Les facteurs explicatifs possibles de ce déséquilibre ont été analysés pour chacune des professions. Y concourent pour les sages-femmes la réduction du temps de travail, l'évolution de la natalité, de la démographie des gynécologues obstétriciens, de l'activité des sages-femmes, ainsi que la mobilité croissante. Pour les infirmières, les idées généralement avancées (diminution de l'offre, faiblesse des durées de vie professionnelle) ne résistent pas à l'analyse. Là encore, le déséquilibre provient de la conjugaison d'un facteur conjoncturel (la RTT, bien qu'elle n'ait pas absorbé la totalité des effectifs sur quelques années, s'est traduite par un besoin d'effectifs massifs et immédiat et des tensions liées à l'organisation) et de facteurs plus structurels : la mobilité, la baisse des durées de séjour, l'évolution du contenu des tâches. La désaffectation de certains secteurs ou spécialités (gériatrie, bloc opératoire) est par ailleurs préoccupante. La RTT joue évidemment aussi pour les manipulateurs radio, mais aussi fortement les besoins nouveaux liés à l'accroissement du parc des équipements et au développement de nouvelles tâches (traitement images et réseaux).

En termes de perspectives à moyen terme, l'augmentation très forte des capacités de formation pour les sages-femmes et les infirmières devrait permettre de résorber le déséquilibre global à horizon de quelques années, mais sans pour autant régler les difficultés particulières à certains secteurs. Pour les manipulateurs, il est nécessaire d'envisager également un accroissement des capacités de formation.

Au-delà de l'enjeu des effectifs et des besoins quantitatifs, se posent également des questions sur l'évolution du contenu des métiers, des comportements et des aspirations des professionnels, et sur l'avenir de ces professions.

 Rapport 2004 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé - Tome 3 – *Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie*. Condinguy S., Delamaire M.-L., Legal R., Midy F. (ANAES), Polton D., octobre 2004, 122 pages.

9.1.4 Analyses géographiques

- Support technique à l'URCAM Champagne-Ardenne
Véronique Lucas-Gabrielli

L'IRDES a participé à l'analyse des disparités locales de l'offre de soins de premier recours en Champagne Ardennes dans le cadre des travaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, ainsi qu'aux analyses relatives à la définition des zones déficitaires en matière d'offre de soins.

- L'offre de soins dans les communes périurbaines de France métropolitaine (hors Ile-de-France)
Philippe Le Fur, Véronique Lucas-Gabrielli

A la demande de l'URCAM Ile-de-France, l'IRDES a réalisé une analyse de la démographie et de l'activité des médecins libéraux de premier recours sur un type d'espace encore peu documenté, les zones périurbaines. Cette étude est réalisée sur l'ensemble des communes périurbaines de France métropolitaine en excluant l'Ile-de-France, analysée selon une méthodologie comparable par l'ORS Ile-de-France.

L'espace qualifié de périurbain s'est développé à partir des années 70 lorsque les villes ont débordé sur l'espace rural au-delà des banlieues. A l'aide d'indicateurs démographiques et socio-économiques, sept types de communes périurbaines ont été identifiés. On peut les regrouper en trois catégories : le type urbain se situant juste à la périphérie des pôles urbains, le type industriel qui forme une deuxième couronne, puis le type rural et âgé, le plus éloigné des pôles urbains.

A partir de cette typologie, la répartition de l'offre de soins de premier recours a été analysée afin d'évaluer les besoins et d'anticiper les probables déséquilibres à venir. Quatre types de communes semblent poser problème. Tout d'abord, deux classes sont confrontées à la faiblesse de l'offre de soins : la classe la plus agricole du périurbain, constituée d'une forte proportion de personnes âgées ainsi que la classe de type industriel et agricole, jeune et faiblement peuplée. Deux autres classes sont à surveiller. De type industriel, elles cumulent de nombreux indicateurs socio-économiques défavorables mais contrairement aux classes précédentes, elles bénéficient de fortes densités de professionnels associés à des niveaux d'activité élevés, illustrant une forte demande de soins. Or, ces communes enregistrent également une forte proportion de professionnels en fin de carrière et leur départ à la retraite dans les années à venir risque de poser problème.

📖 *L'offre de soins dans les communes périurbaines de France métropolitaine (hors île-de-France)*. Le Fur Ph, Lucas-Gabrielli V., IRDES n° 1553, 2004/10. 90 pages et Questions d'économie de la santé n° 86, « série analyse », novembre 2004.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum86.pdf>

📄 Fiche Bertelsmann sur la permanence des soins

📄 *La proximité : garantie de sécurité ? L'impact économique*. Lucas-Gabrielli V., Tonnellier F. In Les cahiers hospitaliers n° spécial 2004/6, 2004/06, pp. 17-23.

9.2 L'évolution des modes d'organisation : médecine de groupe et partage des tâches entre professionnels

9.2.1 Comparaisons Internationales sur la médecine de groupe et les réseaux de professionnels de santé

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

Cette étude est financée par la Direction de la Sécurité sociale du ministère de la Santé. L'objectif général de la comparaison internationale est d'étudier, au moyen d'exemples pris dans le champ des soins primaires à l'étranger, les diverses dimensions de la transformation des modes d'organisation de la médecine de ville, dans le sens d'une tendance au regroupement et au renforcement des pratiques coopératives. Il s'agit notamment de documenter les formes organisationnelles concrètes que revêt ce mouvement de structuration de la médecine de ville dans d'autres contextes nationaux et d'identifier les politiques mises en place pour favoriser et/ou accompagner cette dynamique.

Sept pays européens ont été sélectionnés pour notre étude comparative :

- les pays à système national de santé : le Royaume-Uni, l'Italie, la Suède et la Finlande ;
- les pays avec systèmes d'assurances : les Pays-Bas, l'Allemagne et la Belgique.

Deux expériences nord-américaines, intéressantes au regard de la problématique étudiée, ont été ajoutées : les provinces canadiennes du Québec et de l'Ontario.

Notre analyse repose sur une double démarche caractérisée, d'une part, par la réalisation d'entretiens auprès de différents acteurs et, d'autre part, par l'élaboration de visites sur sites (observation des cabinets de groupes et/ou centres de santé) et d'entretiens avec certains de leurs membres. Les entretiens auprès des acteurs, comme les visites sur sites, ont débuté en septembre 2004 et se sont terminés en janvier 2005. Le premier et deuxième trimestre 2005 seront consacrés à la valorisation des résultats de cette recherche.

- ✉ Un rapport à destination de la DSS est en cours de rédaction. Il sera ensuite mis en ligne sur l'intranet de la DSS. Un rapport IRDES sera publié courant 2005.
- ✉ Un ou plusieurs « Questions d'Economie de la santé » seront publiés courant 2005.

9.2.2 Comparaisons Internationales sur la substitution/délégation de tâches entre professionnels de santé dans le domaine des soins primaires

Yann Bourgueil, Karine Chevreul, Anna Marek, Julien Mousquès Coordonation des soins, réseaux

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

L'étude s'articule en trois étapes distinctes :

- la première étape consistait à préciser le cadre général de l'étude et à élaborer le réseau d'expertise ; nous avons fait le choix d'étudier principalement les professions de médecins généralistes et infirmières ;
 - la seconde étape a permis de construire une grille de recherche ;
 - la troisième, enfin, aboutissait à la réalisation de l'étude internationale et à la mise en regard avec la France ; la phase de recueil sera achevée en début 2005.
- ☒ Le rapport final est en cours de rédaction et sera produit mi-2005.
 - ☒ Un ou plusieurs « Questions d'Economie de la santé » seront publiés courant 2005.
 - ☒ Un colloque, avec intervenants étrangers, organisé sous l'égide de la DREES qui finance le projet, est programmé pour le 16 juin 2005. Il devrait s'en suivre la publication d'actes.

10. Travaux macroéconomiques et comparaisons de systèmes de santé

10.1 Un complément au prototype des comptes de la santé réalisé en 2002

Valérie Paris, Thomas Renaud, Catherine Sermet

A la suite des travaux menés en 2002 sur les Comptes de la santé par pathologie, qui ont fait l'objet de diverses publications de l'IRDES et de la DREES en 2003, la convention de travail commune prévoyait :

- une réflexion de l'IRDES sur la pertinence et les contraintes liées à la reconduction de ce travail sur une année plus récente ;
- une analyse des améliorations à apporter au prototype méthodologique des Comptes par pathologie à court et long termes ;
- une procédure de transmission du savoir de l'IRDES vers la DREES, afin de répondre à l'intention de la DREES de pérenniser ce travail et de reproduire périodiquement des Comptes de la santé par pathologie.

Les deux premiers points ont donné lieu à l'envoi de rapports de travail à la DREES.

Le transfert des connaissances s'est concrétisé par des échanges réguliers entre l'IRDES et la DREES au cours de l'année 2004 et par l'envoi de la part de l'IRDES de tous les fichiers et programmes informatiques nécessaires à la reconduction de ce travail, accompagnés de documents détaillés faisant office de guides d'utilisation technique et méthodologique.

Ce transfert (qui sera effectif au premier trimestre 2005) a permis à la DREES de reproduire les calculs des Comptes par pathologie pour les dépenses de santé de l'année 2002, travail auquel l'IRDES a collaboré en menant des analyses complémentaires et en apportant son expertise méthodologique.

Cette nouvelle estimation sera présentée au cours de la commission des Comptes 2005.

10.2 Estimation des dépenses de prévention en France

Philippe Le Fur, Valérie Paris, Thomas Renaud, Catherine Sermet

En 2004, l'équipe de recherche de l'IRDES avait mené, en association avec la DREES, un travail d'estimation des dépenses de prévention à partir des Comptes Nationaux de la santé. Ce travail reprenait la base méthodologique du prototype de Comptes de la santé par pathologie en adoptant une approche descendante à partir des montants de la Consommation de Soins et Biens Médicaux et en identifiant des dépenses spécifiquement préventives parmi un ensemble de données issues des sources d'information médicalisées mobilisables (enquêtes, panels, données administratives, etc.).

Cette première approche réalisée montrait que la France avait consacré, pour l'année 1998, 9 milliards d'euros à la prévention, soit 7 % de la dépense courante de santé : 44 % de ces dépenses étaient imputables directement aux traitements préventifs et au dépistage de certaines maladies, 40 % au traitement de six facteurs de risque considérés (hypertension artérielle, diabète, hyperlipidémie, obésité, alcool et tabac) et 8 % relatifs à la grossesse normale, à la contraception et à la prévention de l'ostéoporose liée à la ménopause.

Néanmoins, cette approche comportait une série de limites techniques et conceptuelles. En particulier, les contours retenus pour définir le champ de la prévention – pas de distinction entre prévention primaire et secondaire, pas de comptabilisation de la prévention tertiaire, prise en compte du traitement de l'HTA et du diabète au titre de la prévention, etc. – avaient donné lieu à un débat nourri.

C'est pourquoi, toujours en collaboration avec la DREES, nous avons poursuivi ces travaux en 2004 afin de mener une réflexion plus approfondie sur la définition du champ de la prévention. Cette réflexion s'est essentiellement traduite par la réunion d'un groupe d'experts du domaine de la prévention qui a discuté et amendé la méthodologie retenue par l'IRDES, à la fois de façon conceptuelle (sur la réalité du recours préventif par opposition au champ du curatif) et de façon plus opérationnelle en tenant compte des contraintes techniques inhérentes au travail d'estimation des dépenses piloté par l'IRDES.

L'aboutissement de cette réflexion a permis de définir une grille théorique et pratique des différentes actions de prévention, avec comme critères de hiérarchisation :

- la nature et le type de population-cible de l'action préventive,
- le financement de l'action de prévention (dans le système de santé ou en dehors),
- l'appartenance à un programme spécifique de prévention ou de santé publique,
- la nature individualisable ou non des actions de prévention.

Ce travail a déjà permis d'initier une refonte des agrégats de prévention présentés dans les Comptes nationaux de la santé et il sera suivi en 2005 d'une mise en application des recommandations du groupe d'experts dans le cadre d'une nouvelle estimation des dépenses de prévention pour l'année 2005. Bien entendu, la méthodologie de cette nouvelle estimation sera enrichie en conséquence et devrait bénéficier d'un nouveau financement du ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille (DREES).

- ✎ Ce travail sur les dépenses de prévention a donné lieu à une communication à la 8ème Conférence Internationale sur la Science des Systèmes en Santé de l'ICSSHC, 1^{er} au 4 septembre 2004, Genève

10.3 Définir un ensemble minimal d'Indicateurs concernant les dépenses de santé (Basys)

Valérie Paris, Dominique Polton

L'IRDES a mené, en collaboration avec BASYS en Allemagne, et l'IGSS et le CEPS-INSTAED au Luxembourg, et en réponse à une demande de la Commission européenne (Eurostat), un travail de recherche méthodologique pour collecter et analyser des données sur l'efficacité et l'efficience dans la production de soins. L'analyse a comporté une définition des concepts de soutenabilité, d'efficacité, d'efficience et d'équité retenus, une revue des travaux empiriques déjà réalisés dans ce domaine, la recherche des indicateurs envisageables, une analyse de leur disponibilité dans des bases de données existantes et la sélection raisonnée d'un petit nombre d'entre eux.

Le rapport final a été remis à Eurostat en 2004 et est disponible en ligne.

📖 *Defining a Minimum Data Set and related Indicators for use with the System of Health Accounts in the European Union.* Valérie Paris et Dominique Polton, pour l'IRDES (Eurostat, avril 2004).

- ▶ http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/indicators/docs/ev_20040325_co08_en.pdf

10.4 Impact de la décentralisation des systèmes de santé sur leurs performances

Zeynep or, Dominique Polton

La question de la décentralisation des systèmes de santé est en débat dans beaucoup de pays et d'importantes réformes ont été conduites dans ce domaine au cours des 15 dernières années.

Un premier travail publié en 2003 (Questions d'économie de la santé n° 72) a dressé un panorama des différents modèles de décentralisation et formulé quelques réflexions, à partir de l'analyse des évolutions récentes dans un certain nombre de pays ainsi que des études empiriques disponibles sur l'impact de la décentralisation sur les performances en termes d'efficacité, de maîtrise des coûts et d'équité des systèmes de santé.

Ce travail a été repris et approfondi, à la fois sur le plan des cadres théoriques d'analyse de la décentralisation et sur celui de la revue de littérature sur l'impact des processus de décentralisation sur les résultats des systèmes. Il a été aussi actualisé avec une analyse des logiques des réformes récentes. L'orientation dominante dans les années 90 était vers la décentralisation, sous des modèles divers : décentralisation politique, décentralisation administrative ou technico-professionnelle, délégation à des acteurs collectifs. Les réformes se poursuivent au début des années 2000, mettant en jeu des modifications profondes des structures institutionnelles et de la répartition des pouvoirs, avec parfois des changements de caps très nets. Deux tendances semblent se dégager : d'une part des formes de recentralisation, d'autre part une évolution des formes de décentralisation, au profit de la délégation de gestion aux producteurs de soins et au détriment de la dévolution politique.

Ce travail a fait l'objet d'un article dans la revue française des Affaires Sociales.

En 2005 l'analyse de l'impact du degré de décentralisation sur les résultats des systèmes de santé sera poursuivie, sur la base non plus d'une revue de la littérature, mais d'une analyse statistique de données collectées auprès d'un échantillon de pays. Cette recherche fera l'objet d'une présentation au Congrès mondial des économistes de la santé (International Health Economist Association), en juillet 2004.

☐ *Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international*, Polton D., In: « Revue Française des Affaires Sociales », n° 4, 2004/12/10, pp. 267-299.

10.5 Construction et test sur 13 pays de l'Union européenne d'un « Taux de sécurité économique »

Georges Menahem (avec la collaboration de Veneta Cherilova)

Cette étude, engagée avec un financement de la CNAF, étudie les possibilités de construction d'un taux de sécurité économique (TSE) évaluant notamment les contributions des prestations santé aux ressources des individus. Cet indicateur évalue la couverture contre les risques d'insuffisance des ressources résultant notamment des charges insuffisamment ou mal couvertes en matière de maladie, vieillesse, chômage, accidents et maladies professionnelles.

1. Nous avons estimé les valeurs d'un « taux de sécurité économique » approchant la sécurité des revenus perçus par les adultes sur l'horizon de leur vie, pour la France et douze autres pays de l'Union Européenne, de 1990 à 2000. Le test de tels indicateurs a été effectué à partir de diverses bases de données : Ecosanté OCDE du CREDES ainsi que les bases de données « Eurostat » de l'office statistique des Communautés européennes.
2. Dans un deuxième stade, nous avons procédé à un grand nombre de comparaisons entre les 13 pays de l'Union européenne pour lesquels les données étaient disponibles, soit les 15 sauf l'Irlande et le Luxembourg pour lesquels nous n'avons pu obtenir d'estimations satisfaisantes du

revenu disponible. Nous avons, en particulier, comparé les contributions des prestations santé à la sécurité économique et à la stabilisation des revenus dans les 13 pays européens, d'où le constat d'évolutions notablement différentes de ces contributions à la sécurité dans les périodes de récession ou de ralentissement de la croissance et dans les périodes de reprise. En revanche, les corrélations établies avec les niveaux de santé perçue ne débouchent pas sur des conclusions claires.

Notre recherche aboutit au constat de disparités importantes entre les pays en ce qui concerne l'indépendance des diverses ressources dont est issue la sécurité économique. Dans les pays du Nord et dans d'autres pays continentaux, tels l'Autriche et l'Allemagne, la sécurité est plus indépendante des aléas du marché. Dans ce premier modèle *social-démocrate*, la construction de la sécurité s'appuie de manière équilibrée à la fois sur l'activité et les transferts sociaux. Dans d'autres pays, tels le Royaume-Uni ou le Portugal, la sécurité dépend bien plus fortement de l'activité professionnelle ou, à défaut, de prestations délivrées sous conditions de ressources (modèle *social-libéral*). Le troisième modèle caractériserait les pays dans lesquels à la fois la part des revenus de l'activité est plus faible et les aides à la famille et aux démunis sont plus symboliques. Les exemples des développements de l'économie souterraine en Italie ou en Grèce conduisent à faire l'hypothèse que la solidarité familiale y complèterait fortement l'aide reçue des prestations sociales, ce qui nous incite à intituler un tel modèle *social-familial*. La France est particulière : elle se situerait entre le modèle social-démocrate et le social-familial.

- ☞ *Premiers pas vers un indicateur de sécurité humaine – Une comparaison des évolutions en France et en Bulgarie*, Georges Menahem et Veneta Cherilova In Informations sociales, n°114, février 2004
- ☞ *La diversité des constructions européennes de la sécurité*, Georges Menahem et Veneta Cherilova, Rapport de recherche pour la CNAF, mai 2004, 92 pages
- ☞ *Relations entre sécurité économique, sécurité sociale et état de santé dans l'Union Européenne*, Georges Menahem et Veneta Cherilova, communication à l'ALASS, Bucarest, 23 septembre 2004
- ☞ *Inégalités de sécurité économique et aide à la famille dans l'Union Européenne*, Georges Menahem et Veneta Cherilova, Recherches et prévisions, à paraître en avril 2005.

10.6 Projet Workhealth

Karine Chevreul

Le travail est un important déterminant de l'état de santé Or, ce fait n'est que faiblement pris en compte dans les systèmes européens de veille sanitaire. L'objectif du projet européen WORKHEALTH est de définir des indicateurs qui montreraient de quelle manière le travail affecte la Santé publique et faciliteraient ainsi la mise en place au niveau européen de la veille sanitaire sur le lieu de travail. Il est financé par la Direction générale « Santé et protection des consommateurs » de la Commission européenne dans le cadre du programme de Santé publique et coordonné par la BKK Bundesverband (caisse-maladie d'entreprises) en Allemagne.

Pour introduire la veille sanitaire sur le lieu de travail à un niveau européen, il est nécessaire d'avoir un nombre concis d'indicateurs opérationnels. Dans une première phase de ce projet, qui s'est déroulée en 2003 et 2004, des experts de 14 pays européens ont défini une liste d'indicateurs en prenant en compte le point de vue de la santé publique, de la santé et la sécurité au travail, de l'inspection du travail et des assurances sociales. Le travail s'est déroulé en plusieurs étapes. La première a répertorié les sources et les listes d'indicateurs existant à un niveau international. La deuxième s'est appliquée à en identifier les lacunes. Finalement une liste exhaustive d'indicateurs classés selon différents champs d'intervention (inspection du travail, promotion de la santé...) a

été établie. Dix indicateurs ont été sélectionnés pour constituer un ensemble pouvant refléter l'impact du travail sur la santé.

Ce projet se poursuit dans une deuxième phase nommée « workhealth II » qui démarrera début 2005 pour une période de deux ans. Ses objectifs sont de faire un bilan de la santé au travail en Europe à partir des indicateurs définis lors de la première phase (une étape d'analyse des données disponibles et de leur comparabilité est prévue). Des recommandations issues de ce constat devraient être élaborées et diffusées.

La première phase du projet a fait l'objet :

- 📖 d'un rapport remis à la direction générale « Santé et protection des consommateurs » de la Commission européenne
- 📄 d'une publication Kreis J, Bodeker W, *Work-related health monitoring in Europe: synopsis of work-related indicator sets*, BKK, 2004
- 📄 d'une lettre d'information résumant les principaux résultats de la première phase du projet qui doit paraître en début d'année 2005 dans six langues différentes.

10.7 L'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité en 2004

Pierre Gottely, Nathalie Meunier

L'Observatoire est maintenant un outil reconnu de la coopération franco-québécoise dans le secteur sanitaire et social.

En 2004, à côté de l'édition de l'année d'Eco-Santé Québec ont paru deux numéros de la revue Santé, Société et Solidarité :

- 📖 Revue Santé, Société et Solidarité n° 2 de 2004 : Inégalités sociales de santé.
- 📖 Revue Santé, Société et Solidarité n° 1 de 2004 : Naître en France et au Québec.

En 2004 a été également réalisé sous la houlette de l'Observatoire un ouvrage sur l'aide informelle aux personnes âgées par une équipe mixte des universités de Toulouse et Montréal.

L'Observatoire poursuit également son activité d'organisation d'échanges de chercheurs et d'experts (préparation du stage d'une chercheuse de l'Institut santé Québec à l'INSEE et au Ministère des solidarités, de la santé et de la famille début 2005).

Enfin, l'année 2004 a été consacrée également à la préparation du Forum franco-québécois sur les questions de vieillissement et de santé, pour la préparation duquel l'Observatoire a reçu mandat des premiers ministres des deux pays. Ce forum, intitulé « Vieillissement et santé : Idées reçues, idées nouvelles » se tiendra les 24-25 mai 2005 à Québec, devant un auditoire de 300 personnes, dont une quarantaine d'experts français, en présence des ministres concernés français et québécois. Sa préparation qui a commencé en juin 2004 occupera, à côté de sa production de « routine », la majeure partie de son activité jusqu'au milieu de l'année 2005.

III. Documentation, Diffusion

1. Documentation et Information du public

Suzanne Chriqui, Agnès Grandin, Marie-Odile Safon, Damien Letorrec

La documentation de l'IRDES assure à la fois les recherches documentaires en interne et l'information du public externe (réponse téléphonique, par mail, et accueil du public trois demi-journées par semaine). La demande d'information a pris une importance croissante dans les dernières années, en interne comme en externe. La mise à disposition de nombreux outils sur le web de l'IRDES a réorienté en partie la demande externe.

Dans le cadre de ses activités principales, le service documentation assure **une veille documentaire** sur les thèmes de recherche de l'IRDES, ainsi que sur les sujets d'actualité en santé (calendrier des événements en santé, avancées des projets de loi en santé...), et cela à partir de toutes les sources actuellement disponibles : ouvrages, revues, documents électroniques, sites web et listes de diffusion françaises et étrangères. Le nombre de ces dernières a d'ailleurs particulièrement augmenté ces deux dernières années.

Une **revue de la littérature** est réalisée systématiquement pour chaque thème de recherche à partir des bases internationales sur le serveur Datastarweb et le CD-Rom Econlit (350 bases en santé, sciences sociales et sciences économiques).

Les recherches ont porté principalement sur les sujets suivants : santé et travail, inégalités sociales de santé dans certains pays d'Europe, réformes des systèmes de santé, régionalisation et décentralisation en politique de santé, consommation d'antibiotiques et d'antidépresseurs, systèmes d'information en médecine de ville, etc.

En dehors de la littérature grise (rapports, thèses...), qui ne figure pas dans ces bases, les sources bibliographiques ne sont pas loin d'être exhaustives.

Une recherche sur internet permet de compléter très utilement ces sources.

Le service documentation continue aussi à mettre **à la disposition du public** son important **fonds documentaire pluridisciplinaire**, ainsi que sa **base bibliographique** de 36 878 références, régulièrement mise à jour. Cette dernière s'est enrichie, depuis 1997, de plus de 2 500 articles issus de recherche sur les bases de données internationales, portant sur les domaines de recherche de l'IRDES.

Les consultations externes sont devenues payantes, depuis juillet 1999, pour les professionnels.

Ce passage à des prestations payantes permet à notre organisme d'acquérir les photocopies d'articles sélectionnés sur les bases internationales, et de restreindre l'accès à la documentation très sollicitée.

I - Fonds documentaire

1) L'accroissement du fonds documentaire se répartit de la manière suivante :

- 713 ouvrages nouveaux, ce qui porte le volume actuel du fonds à 9 234 ouvrages.

Les 3/4 sont obtenus gratuitement : 23 en service de presse, 546 par échange ou téléchargement.

La **formule des échanges** et des **téléchargements** permet de limiter les coûts des acquisitions.

Les documents en accès libre sur internet (rapports français officiels, rapports des centres de recherche français et étrangers) ont doublé en 2 ans : **311 documents ont été téléchargés** cette année, contre 116 en 2002. La nécessité d'imprimer et de relier ces documents

téléchargeables alourdit la gestion du centre, car une version papier est systématiquement conservée à la doc.

Par ailleurs, le nouveau logiciel documentaire Cindoc permet **l'archivage électronique** des documents dans la base documentaire, en lien avec les notices bibliographiques.

- 317 collections de périodiques (75 abonnements payants ; 242 reçus gratuitement ou par échange).

Le service essaie d'obtenir le maximum de revues par échange avec les produits documentaires de l'IRDES (Questions d'économie pour la santé, Quoi de neuf, Doc ?, rapports de recherche).

30 % de ces revues sont en langues étrangères, principalement anglo-saxonne ; 40 % concernent le domaine statistique (INSEE, CNAMTS, DREES, CERC, etc...).

On observe néanmoins une évolution à la baisse du nombre de ces échanges : restrictions budgétaires des organismes ou mise en ligne des revues sur le web.

Le Service reçoit aussi de nombreux **bulletins d'information** en Santé de la part de ses correspondants étrangers (Belgique, Espagne, Irlande, Pays-Bas, Allemagne, Royaume-Uni, U.S.A., Canada, Suède).

Le service assure également le suivi de **56 listes de diffusion** sur internet : 41 françaises, 15 étrangères. Il redistribue les informations recueillies auprès des chercheurs selon leurs thèmes de recherche.

Ce nouveau mode de diffusion et de veille s'est considérablement développé, ces dernières années.

En conclusion : le développement de l'internet facilite l'accès aux documents primaires et à l'information, mais ne simplifie pas pour autant la gestion d'ensemble des flux documentaires.

Ouvrages

Année	Achat	Echange - Gratuit	Service de presse	Total
1994	79	198	119	354
1995	107	296	165	568
1996	125	112	102	339
1997	33	150	48	231
1998	84	255	46	385
1999	114	296	31	441
2000	101	309	61	471
2001	135	424	90	649
2002	111	352	36	499
		<i>dont 166 téléchargés</i>		
2003	166	327	39	522
		<i>dont 216 téléchargés</i>		
2004	144	546	23	713
		<i>dont 311 téléchargés</i>		

Collections de périodiques

Année	Achat	Echange et Gratuit	Total
1994	64	208	272
1995	67	205	272
1996	64	210	274
1997	64	211	275
1998	62	220	282
1999	60	226	286
2000	64	222	286
2001	53	267	310
2002	53	271	324
2003	53	271	324
2004	75	242	317
		<i>dont 27 téléchargés</i>	

- 2) La **banque de données documentaire RAMIS** répertoriant les documents les plus récents (d'après 1991) comprend 27 747 références. La **base ARCHIVE** recensant les documents d'avant 1991 en comprend 9 131.

Les récupérations de la part de la Banque de Données Santé Publique sont devenues mensuelles depuis septembre 1997.

L'indexation des périodiques du secteur « santé publique » répartie entre les différents producteurs du réseau BDSP, permet de limiter partiellement les tâches d'indexation.

La littérature grise devenant inflationniste depuis sa mise en ligne sur internet, un partage de cette littérature a aussi été prévu entre les producteurs pour 2005.

A noter que la littérature émanant des instances régionales (ORS, URCAM, URML, ARH ...) est particulièrement difficile à pister en l'absence de sites fédérateurs.

L'IRDES est un membre très actif du réseau et se trouve en 3^e position pour l'envoi de notices bibliographiques, après deux grandes institutions : l'INIST et l'ENSP. Il est en première position pour la fourniture de littérature grise et de documents en texte intégral.

II - Activités du Service

- 1) Service "Questions-Réponses" :

Outre les recherches bibliographiques pour les chercheurs, le service assure une permanence "Informations" pour la clientèle extérieure.

- Les **recherches internes** sont demeurées stables, cette année. Les thèmes de recherche en interne sont toujours très diversifiés, d'où l'importance des recherches bibliographiques sur les bases internationales et des commandes de photocopies à l'Inist. Le concours des stagiaires-chercheurs est très appréciable.
- La **demande externe** est moins importante qu'auparavant. Trois raisons peuvent être avancées : la localisation plus excentrée de l'IRDES, la mise à disposition de nombreux outils sur le web de l'IRDES (bibliographies, sources d'information, carnets d'adresses, documents et données statistiques en ligne), et plus récemment, le changement de nom de l'IRDES (ex-Credes).

Cet accueil contribue néanmoins à la notoriété de l'IRDES et à la diffusion des connaissances en économie de la santé.

Les demandes d'information par e-mail demeurent importantes.

Répartition de la Recherche documentaire

Année	Interne	Externe				Total
		Courrier	Fax - e mail	Téléphone	Visite	
1995	242	463	nd	449	324	1478
1996	221	373	nd	420	347	1361
1997	126	320	nd	250	308	1004
1998	328	256	174	640	416	1814
1999	335	193	127	719	306	1652
2000	319	78	178	560	224	1359
2001	325	62	203	373	132	1095
2002	314	58	302	436	229	1339
2003	351	34	248	137	229	1096
2004	322	19	181	254	104	880

Total : 880 recherches (1096 en 2003), dont 558 en externe (645 en 2003).

Répartition des prestations payantes

types de forfait	Nombre	recettes	Nombre	recettes
	2003	(Euros) 2003	2004	(Euros) 2004
2000 (photocopies)	7004	903,8	6898	860
5100 (forfait recherche biblio par courrier)	0	0	0	0
5101 (forfait étudiant)	0	0	0	0
5102 (référence biblio)	0	0	0	0
5109 (forfait organisme à but non lucratif)	9	72	4	30
5110 (forfait organisme à but lucratif)	6	135	6	90
5111 (listing de références biblio emporté)	6	36	4	24
5112 (consultation documents archivés)	0	0	0	0
5113 (consultation fonds doc pour professionnels)	6	18	2	6
5200 (forfait pour une sortie de tableaux Eco-Santé)	5	20	0	0
5201 (chiffre tiré d'Eco-santé)	148	148	148	148
5300 (tarif fixé pour les 10 premières pages photocopées)	23	166	11	92
5301 (pages suivantes : lot 10 pages) – INIST (*)	6	18	4	17
5302 (documents photocopés) – INIST (*)	1	11	0	0
Total		624		259

(*) photocopies, que nous réalisons à la demande de l'INIST, pour les personnes qui interrogent à la BDSP, à laquelle nous participons.

2) Produits documentaires :

Pour assurer une veille documentaire, le service réalise les produits documentaires suivants :

- Le **Panorama de presse** thématique : issu du dépouillement de 4 quotidiens (Le Monde, le Quotidien du Médecin, le Généraliste, Panorama du médecin) et de 4 hebdomadaires (Concours Médical, Espace Social Européen, Impact Médecin, Revue du praticien), il présente l'actualité hebdomadaire en 9 thèmes : politique de santé, protection sociale, morbidité, consommation médicale, médecine libérale, etc.

Un point « **bref** » mis à jour quotidiennement sur le réseau de l'IRDES permet aux chercheurs d'être informés rapidement des dernières nouveautés.

Ce bref est aussi consultable sur le web de l'IRDES sous l'intitulé : « Titres de la presse ».

La lecture d'autres revues de presse sur internet (Pharmaceutiques, ...) permet de compléter ce suivi de l'actualité.

- **La revue des sommaires** : ce produit permet la diffusion, de façon bimensuelle, des sommaires de la plupart des périodiques reçus au centre de documentation. La circulation de certaines revues essentielles en santé a repris, en septembre 2000, auprès d'un groupe de chercheurs préférant cette formule à la revue des sommaires.
- "**Quoi de neuf, Doc ?**" : bulletin bibliographique analysant les dernières données et recherches en économie de la Santé. Cette sélection provenant du dépouillement de la littérature française et étrangère recouvre 18 domaines : politique de santé, coût de la santé, protection sociale, hôpital, pharmacie, médecine libérale ... (5 numéros par an).

Un questionnaire de satisfaction a été envoyé aux abonnés fin 2004, pour savoir si le bulletin bibliographique répondait toujours aux objectifs attendus des lecteurs.

Les résultats obtenus permettront d'ajuster le produit sur la demande exprimée.

- **Rubrique « Lu pour vous » sur le web de l'IRDES** : mise à jour tous les deux mois, elle présente une analyse des documents reçus au service documentation, selon une présentation thématique.
- **Recensement des sources internet** dans le secteur de la santé pour alimenter le serveur web de l'IRDES : « Economie de la santé : liens et sites utiles ».

Un document intitulé « **les nouveaux liens** », réalisé tous les trois mois, informe les chercheurs de l'IRDES des sites internet nouvellement référencés sur le web de l'IRDES.

Une réflexion sur des modes d'interrogation plus aisés, ainsi qu'un reclassement thématique est en cours. Le nettoyage des url a été réalisé.

- Calendrier des colloques et des manifestations en économie de la santé.
- Calendrier des événements en santé, réalisé à partir des listes de diffusion : annuaire sécu, Pharmaceutiques ...
- Dossiers bibliographiques sur le web : la réforme du système de santé en France, l'économie de la santé ...
- Principales sources bibliographiques et statistiques en santé : ce document, réalisé sur le web, permet une première orientation du public extérieur.
- **Carnet d'adresses en santé** : mise à jour importante.

- **Portails de revues en ligne** : une étude comparative des principaux portails de revues a été réalisée en septembre 2004 (JSTOR, Sciencedirect, portails d'Ebsco).

Il est prévu de tester, dans un premier temps, les portails d'Ebsco qui permettraient aux chercheurs d'accéder plus facilement aux versions électroniques des revues auxquelles l'IRDES est abonné.

Un partenariat avec l'Inserm est envisagé pour accéder à certains périodiques sur JSTOR et Sciencedirect.

3) Logiciels documentaires :

Depuis septembre 2002, un nouveau logiciel documentaire – CINDOC - a été installé au service documentation. Il permet notamment de lier aux notices bibliographiques la version en texte intégral des documents. Les interfaces entre la BDSP (Banque de données Santé Publique), la base interne CINDOC et le logiciel bibliographique Reference manager, utilisé pour l'élaboration de bibliographies à l'IRDES, sont maintenant opérationnelles.

Au cours du printemps 2005, nous allons tester pendant trois mois le module web de CINDOC.

Ce module permettra aux chercheurs d'interroger, de leur poste, la base documentaire interne via l'intranet de l'IRDES.

L'implantation du logiciel de bibliothéconomie – GEDIDOC – est maintenant terminée.

La mise en œuvre du projet représentait un grand investissement en temps, mais ce logiciel a permis de simplifier la gestion des prêts et des acquisitions de documents (revues, ouvrages...). Tous les documents de l'IRDES sont équipés de codes à barres et l'enregistrement des prêts, réalisé directement par les chercheurs, s'effectue par lecture optique des codes à barres au moyen d'une douchette. Ce mode de prêt s'avère plus rapide et plus fiable.

Le fichier « gestion des périodiques » a été entièrement refondu.

Les objectifs attendus sont de rationaliser la chaîne documentaire pour simplifier les tâches, éviter des doubles saisies et ainsi gagner en temps et en performance, et de s'ouvrir aux nouvelles technologies de la GED et du web, porteuses d'avenir.

III - Collaboration avec d'autres centres de documentation

La documentation collabore toujours à la Banque de Données Santé Publique (BDSP) : annuaire des sites internet, mise à jour du thesaurus, groupe qualité.

Elle participe aussi à différents groupes sectoriels de l'ADBS (Association des Professionnels de l'Information) : groupe « Internet », groupe « Santé Médecine Pharmacie ».

Au printemps 2004, nous avons fait une présentation de l'IRDES et du centre de documentation aux membres du groupe sectoriel « Santé Médecine Pharmacie ».

2. Diffusion et valorisation de la recherche

Suzanne Chriqui, Marcela Dayan, Nathalie Meunier

Site internet de l'IRDES : Aude Sirvain, Jacques Harrouin

Supports d'information et publications

L'IRDES dispose de plusieurs vecteurs pour informer et publier. Pour diffuser largement, il utilise principalement deux outils :

- la **lettre d'information générale** qui est diffusée mensuellement à près de 5 000 correspondants,
- le **bulletin d'information « Questions d'économie de la santé »** qui a pour vocation de présenter de façon synthétique et pédagogique les principaux résultats des études et recherches de l'IRDES. Ce bulletin est accessible gratuitement sur le site de l'IRDES ou disponible en format papier sur abonnement.

Pour une diffusion plus ciblée et une information plus scientifique, les chercheurs de l'IRDES rendent compte de leurs travaux dans :

- des **rapports** complets présentant l'intégralité des résultats de leurs études et les méthodes utilisées. Ces rapports sont édités par l'IRDES ou par d'autres, dans le cas de collaboration... ;
- des **articles** publiés dans des revues scientifiques ou professionnelles ;
- des **communications** lors de colloques ou séminaires...

D'autres supports sont mis en ligne sur le site : des documents de travail présentant des études en cours, des supports d'interventions, les thèses et mémoires réalisés par des étudiants encadrés par des chercheurs de l'IRDES ...

Les publications en 2004 marquent un changement de tendance, amorcé depuis 2002 : l'IRDES privilégie dorénavant la publication d'articles dans des revues extérieures (scientifiques ou professionnelles) et les publications électroniques mises en ligne gratuitement sur le site de l'IRDES (Questions d'économie de la santé, working papers, supports d'intervention à des colloques ou à des cours...).

➤ **Faits marquants en 2004**

- une forte progression du nombre d'articles publiés dans des revues extérieures (29 articles en 2004, 13 en 2003 ; 18 en 2002) ;
- le maintien d'un nombre soutenu de parution du bulletin « Questions d'économie de la santé », malgré une légère baisse (13 en 2004, 16 en 2003) ;
- la faible nombre de rapports papier publiés par l'IRDES, tendance déjà observée l'année précédente (4 en 2004, 5 en 2005), très largement compensé par la forte progression de rapports ou chapitres édités par des organismes tels que l'Ordre des médecins, l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Eurostat, l'IREB...

Evolution du nombre de publications par nature depuis 2001
(en grisé, les publications mises en ligne sur le site de l'IRDES)

Année	Rapports IRDES	QES	Articles	Publis exterieures	Communi-cations	Documents de travail	Thèses ou mémoires	Supports d'interven-tions	Total
2004	4	13	29	11	8	5	2	3	69
2003	5	16	13	6	7	1	1	7	56
2002	9	16	19	9	4	2	0	17	76
2001	10	12	17	7	4	0	3	13	66

➤ **Liste des supports d'information et des études publiés ou mis en ligne sur le site de l'IRDES**

- **Lettre d'information mensuelle envoyée gratuitement par email**

Rédaction : Catherine Banchereau, Nathalie Meunier

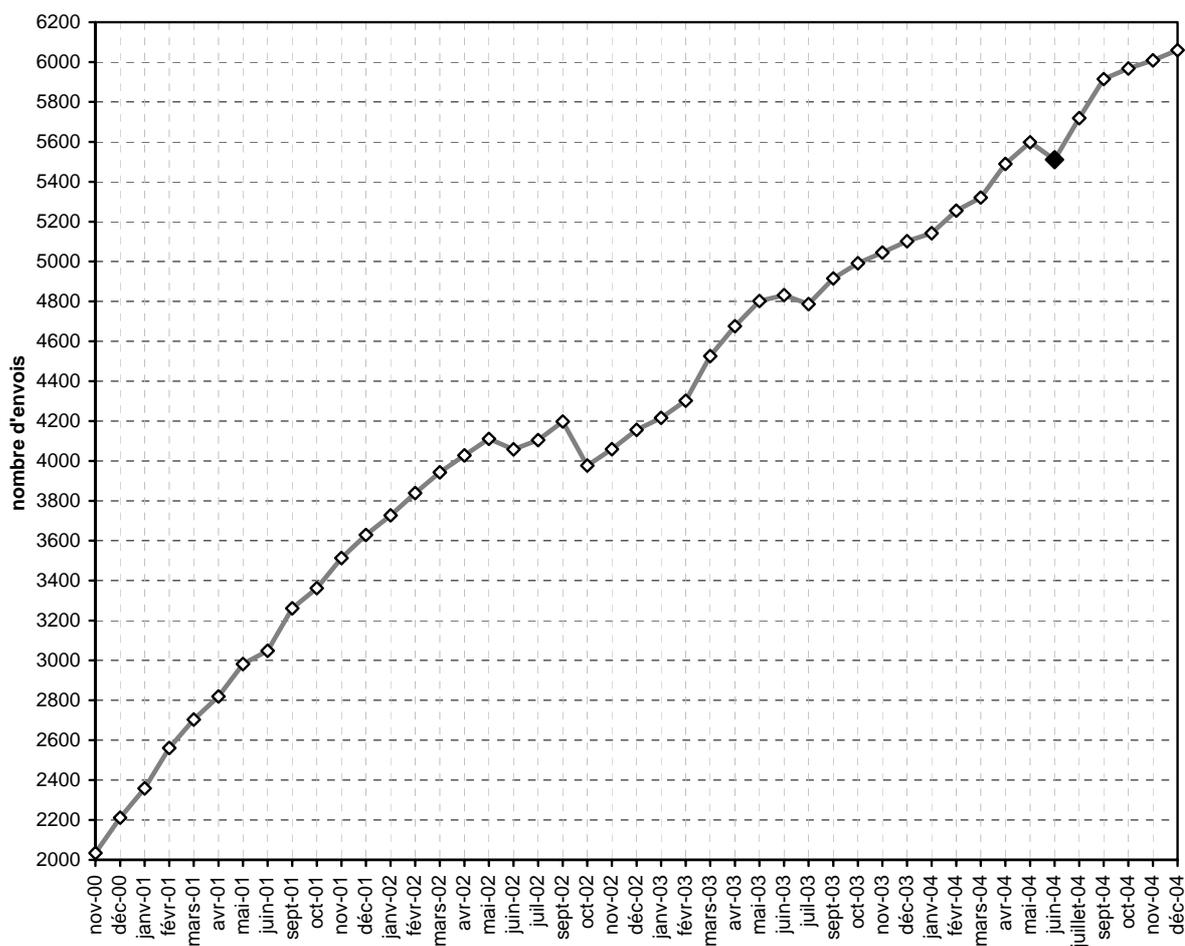
Réalisation informatique : Jacques Harrouin, Christophe Lainé

Nettoyage du fichier : Suzanne Chriqui

Lancée en novembre 2000, la lettre d'information, envoyée gratuitement à tous ceux qui le souhaitent (inscription à partir de notre site <http://www.IRDES.fr>), reste très appréciée.

Evolution du nombre d'inscrits à la lettre d'information de l'IRDES

En juin 2004, le CREDES est devenu l'IRDES, ce changement est indiqué en noir dans les graphiques



Rappelons que l'objectif de cette lettre est d'informer nos correspondants sur l'actualité du domaine de l'économie de la santé (à l'IRDES et ailleurs). Chaque mois, la lettre comprend les rubriques suivantes : Vient de paraître à l'IRDES, A paraître à l'IRDES, Nouveau sur le site de l'IRDES, Vu sur d'autres sites, Voir aussi (revue de presse de l'IRDES, calendrier des colloques...).

Au rythme d'une lettre envoyée chaque mois (une seule lettre envoyée pour les mois de juillet et août), le nombre de personnes destinataires continue à progresser. Il est passé d'environ 5 200 fin 2003 à 6 200 fin 2004.

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

Depuis 1998, ce bulletin présente sous forme de 4 à 6 pages soit une synthèse des rapports de recherche publiés par l'IRDES, soit des résultats, analyses ou revues de la littérature non publiés par ailleurs. 4 séries sont proposées :

- la série « résultats » qui est destinée à la présentation des principaux résultats d'enquête (série verte) ;
- la série « analyse » qui propose des réponses à certaines problématiques d'actualité (série bleue) ;
- la série « synthèse » qui propose une synthèse thématique de plusieurs études publiées par l'IRDES ou ailleurs. On trouve dans cette série notamment les revues de la littérature (série rouge) ;
- la série « méthode », série créée fin 2002 et qui présente les outils et les méthodes utilisés par l'IRDES pour ses analyses (série verte foncée).

En 2004, treize numéros de « Questions d'économie de la santé » ont été publiés et diffusés (voir bibliographie ci-après). Parmi eux :

Trois numéros sont parus dans la série « Résultats » :

- Questions d'économie de la santé n° 89, décembre 2004
Evaluation de l'impact d'un rappel informatique sur la prise en charge de patients diabétiques de type 2, Julien Mousquès, pp. 1-8
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum89.pdf>
Ce numéro est la synthèse d'un rapport remis à l'ANAES fin 2003 mis en ligne dans son intégralité sur le site de l'IRDES.
- Questions d'économie de la santé n° 87, décembre 2004
La prescription d'antibiotiques chez les généralistes – Evolution 1992-2002, Nathalie Grandfils, Catherine Sermet, avec la collaboration de Laurence Auvray, pp. 1-8
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum87.pdf>
- Questions d'économie de la santé n° 83, juin 2004
La complémentaire maladie d'entreprise : Premiers résultats nationaux d'une enquête menée fin 2003 auprès de 1 700 établissements. Agnès Couffinhal, Nathalie Grandfils, Michel Grignon, Thierry Rochereau, pp. 1-4
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum83.pdf>
Ce numéro est une synthèse du rapport de recherche (biblio n°1553) publié par l'IRDES en septembre 2004.

Neuf numéros dans la série « Analyses » :

- Questions d'économie de la santé n° 91, décembre 2004
Le développement des services de soins hospitaliers à domicile : éclairage des expériences australienne, britannique et canadienne. Karine Chevreul, Laure Com-Ruelle, Fabienne Midy, Valérie Paris. pp. 1-8.
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum91.pdf>
Ce numéro est la synthèse d'un rapport remis au ministère de la santé et qui sera prochainement édité par l'IRDES.
- Questions d'économie de la santé n° 90, décembre 2004
Les primes des contrats individuels des couvertures complémentaires en 1998. Marc Perronnin, pp. 1-8
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum90.pdf>
- Questions d'économie de la santé n° 86, novembre 2004
L'offre de soins dans les communes périurbaines de France métropolitaine (hors Île-de-France). Philippe Le Fur, Véronique Lucas-Gabrielli. pp. 1-6
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum86.pdf>
Ce numéro est une synthèse du rapport de recherche (biblio n° 1553) publié par l'IRDES en novembre 2004
- Questions d'économie de la santé n° 85, novembre 2004
Systèmes d'information sur les pratiques médicales de ville : enseignements à partir de quelques expériences étrangères. Karine Chevreul, Philippe Le Fur, Catherine Sermet. pp. 1-4
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum85.pdf>
- Questions d'économie de la santé n° 84, octobre 2004
Les laboratoires pharmaceutiques face à l'arrivée des génériques : quelles stratégies pour quels effets ? Nathalie Grandfils, Valérie Paris, Catherine Sermet. pp. 1-8
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum84.pdf>
- Questions d'économie de la santé n° 82, juin 2004
La prescription de médicaments à service médical rendu insuffisant en 2001. Florence Naudin, Catherine Sermet. pp. 1-6
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum82.pdf>
Ce numéro est une synthèse du rapport de recherche (biblio n° 1527) publié par l'IRDES en juillet 2004.
- Questions d'économie de la santé n° 81, avril 2004
Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Véronique Lucas-Gabrielli, Marie Jo Sourty-Le Guellec. pp. 1-8
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum81.pdf>
- Questions d'économie de la santé n° 80, février 2004
Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement – Enquêtes ESPS 2000 et 2002. Agnès Couffinhal, Marc Perronnin avec l'appui de Julie Chevalier et Pascale Lengagne (ENSAI). pp. 1-6
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum80.pdf>
Ce numéro est une synthèse du rapport de recherche (biblio n° 1521) publié par le CREDES en avril 2004 (devenu IRDES depuis).
- Questions d'économie de la santé n° 79, janvier 2004
Les adolescents français face à l'alcool en 2001 – Enquête IREB. Marie Choquet (INSERM), Laure Com-Ruelle (IRDES), Julien Lesrel, Nicole Leymarie (IREB). pp. 1-6
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum79.pdf>

Un numéro dans la série « Méthode » :

- Questions d'économie de la santé n° 88, série méthode, décembre 2004
 SHARE : vers un panel européen sur la santé et le vieillissement. Didier Blanchet, Paul Dourgnon. pp. 1-4
 ▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum88.pdf>

Quatre numéros concernent des synthèses de rapports de recherche publiés par l'IRDES (n° 86, 83, 82, 80), les autres présentent des analyses de l'IRDES qui ont fait l'objet de rapports remis à des organismes extérieurs dans le cadre d'appels d'offre (ex : n° 91, 89, 79) ou sans rapport attaché (n° 84, 81...).

Ce bulletin d'information est téléchargeable sur le site de l'IRDES gratuitement. Le nombre de téléchargements par mois a continué à fortement progressé au cours du premier semestre 2004 (jusqu'à 12 500, en 2003, le maximum atteint était de 9 000). Les téléchargements ont significativement diminué en juin 2004 (6 000), suite au changement de nom (le CREDES étant devenu l'IRDES à cette époque). Depuis septembre 2004, le nombre de bulletins téléchargés augmente à nouveau progressivement et rattrape le niveau de fin 2003 avec 8 500 téléchargements mensuels (voir graphique ci-dessous).

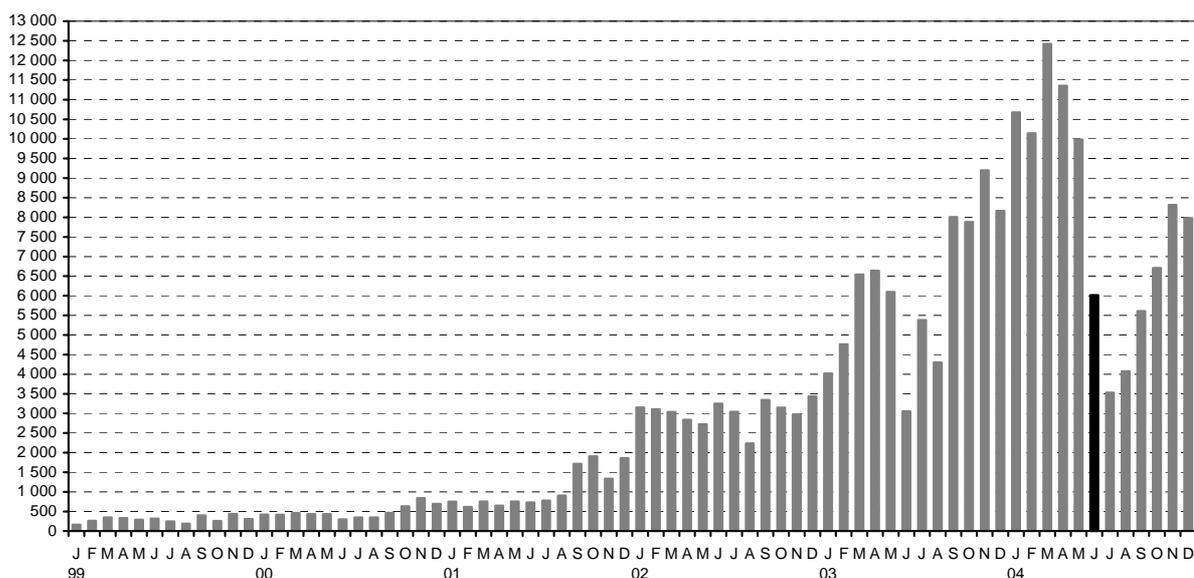
Une version papier de « Questions d'économie de la santé » est également diffusée auprès d'un grand nombre de nos partenaires (administrateurs, financeurs, partenaires, journalistes...) ou de façon payante (vente à l'unité ou par abonnement). Ce bulletin est largement diffusé seul ; il accompagne également chacun des rapports de recherche.

Concrètement, cela se traduit par :

- une large diffusion gratuite et systématique (800 exemplaires environ),
- une diffusion payante par abonnement d'environ 300 exemplaires,
- une diffusion ponctuelle aux alentours de 250 exemplaires qui concerne des numéros obtenus avec l'achat des rapports de recherche.

Nombre de Questions d'économie de la santé téléchargés par mois

En juin 2004, le CREDES est devenu l'IRDES, ce changement est indiqué en noir dans les graphiques



- **Rapports publiés et diffusés par l'IRDES**

L'IRDES est éditeur et publie ses rapports de recherche. Ces rapports sont diffusés sous format papier, gratuitement à nos financeurs et principaux partenaires ou de façon payante (par abonnement ou au numéro). Depuis fin 2003, les rapports publiés depuis plus de deux ans sont en ligne gratuitement sur le site.

Rapports publiés en 2004 :

- 1553 L'offre de soins dans les communes périurbaines de France métropolitaine (hors île-de-France). Le Fur Ph, Lucas-Gabrielli V., IRDES, 2004/10. 90 pages.
- 1540 Enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise en France : Méthodologie et premiers résultats. Couffinhal A., Grandfils N., Grignon M., Rochereau T., IRDES, 2004/09. 152 pages.
- 1527 La prescription de médicaments à service médical rendu insuffisant en 2001. Naudin F., Sermet C., IRDES, 2004/07. 150 pages.
- 1521 Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement. Couffinhal A., Perronnin M., CREDES, 2004/04. 110 pages.

- **Documents de travail en ligne sur Internet**

- Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé. Grignon M., Couffinhal A., Dourgnon P., Jusot F., Naudin F. Rapport de projet de recherche réalisée dans le cadre du Programme Sciences biomédicales, santé et société CNRS (SHS-SDV) – INSERM – MIRE-DREES. 2004/06. 81 pages.
 - ▶ http://www.irdes.fr/En_ligne/DocTrav/detnonmed.pdf
- Mesure empirique de la valeur économique de la couverture maladie universelle complémentaire pour ses bénéficiaires, à partir des données de l'Assurance maladie et d'une enquête auprès des ménages, Grignon M., Perronnin M., Fonds de financement de la protection complémentaire universelle du risque maladie, 2004/03, 56 pages.
 - ▶ En ligne sur le site du Fonds de Financement de la CMU :
<http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?Id=3&cat=84>
- Private Health Insurance in France. Buchmueller T.C., Couffinhal A. OECD Health Working Papers n° 12. 2004/03. 29 pages.
 - ▶ <http://www.oecd.org/dataoecd/35/11/30455292.pdf>
- Comparability of health surveys in Europe. (Report + Appendix). Barnay Th, Jusot F., Rochereau Th et Sermet C., report for International Longevity Center, IRDES/ILC, décembre 2004.
 - ▶ http://www.irdes.fr/En_ligne/DocTrav/ILCIntermediateReport.pdf
 - ▶ http://www.irdes.fr/En_ligne/DocTrav/ILCAppendix.pdf
- Évaluation des rappels informatiques dans l'instauration et le suivi de l'éducation diététique de patients diabétiques de type 2, obèses ou en surpoids. Mousquès J., Sermet C., en collaboration avec Cash R., Le Jeune Ph, Rollot O. (BKL-Thalès), décembre 2003.
 - ▶ http://www.irdes.fr/En_ligne/DocTrav/RMDAnaes.pdf
- Cost Sharing in France. Couffinhal A., Paris V. 08/2003.
 - ▶ <http://www.irdes.fr/english/wp/CostSharing.pdf>

Ce document, préparé dans le cadre d'un projet européen coordonné par Sarah Thomson et Elias Mossialos (LSE Health et Social Care), fait le point sur la participation financière des usagers en France et présente une revue de la littérature française concernant l'impact des copaiements sur le recours aux soins.

• **Rapports ou chapitres de rapports publiés par d'autres éditeurs**

Un certain nombre de collaborations ont donné lieu à la publication de rapports ou chapitres par d'autres éditeurs.

Rapports :

- 1590* Rapport 2004 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé - Tome 3 – *Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie*. Condinguy S., Delamaire M.-L., Legal R., Midy F. (ANAES), Polton D., octobre 2004, 122 pages
- 1558* Systèmes de santé en transition. France. Sandier S., Paris V., Polton D., Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe - Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, vol.6, n°2, 2004, 155 pages.
▶ http://www.irdes.fr/En_ligne/Rapport/rap2004/SystemesSante.pdf
- 1558bis* Version anglaise ▶ http://www.irdes.fr/En_ligne/Rapport/rap2004/HealthCareSystems.pdf
- 1566* Mortalité et inégalités de revenu en France. Jusot F., Document de travail, DELTA, 2004/09, 32 pages.
▶ <http://www.delta.ens.fr/abstracts/wp200432.pdf>
- 1552* Defining a minimum data set and related indicators for use with the system of health accounts in the European union. Paris V., Polton D., In : Eurostat, avril 2004.
▶ http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/indicators/docs/ev_20040325_co08_en.pdf
- 1512* Les 13 - 20 ans et l'alcool en 2001. Comportements et contextes en France. Choquet M., Com-Ruelle L., Leymarie N., Paris : IREB, 2003, 128 pages.
▶ http://www.ireb.com/Les_jeunes_et_l_alcool_en_2001.pdf

Chapitres :

- 1562* L'Industrie pharmaceutique soumise aux logiques du capital. « *La Santé Mondiale entre Racket et Bien Public* ». Menahem G., 2004/11, pp.89-99.
- 1556* Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries. Couffinhal A., Dourgnon P., Masseria C., Tubeuf S., Van Doorslaer E., In « *Towards High-Performing Health Systems* ». OECD, 2004, pp.109-165.
▶ <http://www.oecd.org/dataoecd/14/0/31743034.pdf>
- 1538* Démographie. « *Dictionnaire de la Pensée Médicale* ». Tonnellier F., P.U.F., 2004/01, pp.314-317.
- 1522* Démographie et état de santé des personnes âgées. « *Livre Blanc de la Gériatrie Française* ». Sermet C., 2004, pp.25-32.
- 1519* Géographie de la Santé. « *Dictionnaire de la Pensée Médicale* ». Tonnellier F., P.U.F., 2004/01, pp. 518-521.
- 1514* Pourquoi et comment mesurer la santé ? Menahem G., Sermet C., In « *Politiques de Santé – Refonder la solidarité* », Castelli G., Duquesne S., Laville Ph et al., Coordination Labaye E., Collection Comprendre et Agir, Ed. Nouveaux Regards, 2004/02, pp.117-124.

1485T*L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins. M. Grignon, V. Paris, D. Polton avec la collaboration de A. Couffinhal, B. Pierrard. In « *Les forces de changement dans le système de santé canadien. Les études de la commission Romanow* », Volume II, 2004, pp. 226-260.

• **Les articles des chercheurs de l'IRDES publiés dans des revues**

29 articles ont été publiés dans des diverses revues (scientifiques, professionnelles...) dont une quinzaine dans des revues à comité de lecture.

Revues à comité de lecture :

- 1583* Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international, Polton D., « *Revue Française des Affaires Sociales* », n° 4, 2004/12/10, pp. 267-299.
- 1577* Mortalité et revenu en France : construction et résultats d'une enquête cas-témoins. Jusot F., « *Santé, Société et Solidarité* », n° 2, 2004, pp. 173-186.
- 1576* Outils de mesure des inégalités de santé : quelques débats d'actualité. Couffinhal A., Dourgnon P., Tubeuf S., « *Santé, Société et Solidarité* », n° 2, 2004, pp. 163-171.
- 1574* Partage optimal entre assurance maladie privée et publique : la situation française au regard d'expériences étrangères. Polton D., Rochaix L., « *Economie Publique* », n° 14, 2004/12, pp. 3-19.
- 1570* The Impact of Price on Young People's Smoking Behaviour, Grignon M., Pierrard B., « *Journal d'Economie Médicale* », vol. 22, n° 3, 2004/05, pp. 119-130.
- 1569* Is the French Health Insurance an Efficient Instrument for Intragenerational Income Redistribution? Jusot F., « *Journal d'Economie Médicale* », vol. 22, n° 3, 2004/05, pp. 99-118.
- 1565* Les modes de rémunération des médecins. Rochaix L., « *Revue d'Economie Financière* », n° 76, 2004, pp. 223-239.
- 1564* La concurrence par le financement fonctionne-t-elle ? Polton D., L'expérience des HMO aux USA « *Revue d'Economie Financière* », n° 76, 2004, pp. 69-85.
- 1563* La régulation de l'industrie pharmaceutique. De Mazières C., Paris V., « *Revue d'Economie Financière* », n° 76, 2004, pp. 241-265.
- 1561* La santé des chômeurs en France : revue de la littérature. Khlal M., Sermet C., « *Revue d'Epidémiologie et de Santé publique* », vol.52, n° 3, 2004/10, pp. 465-474.
- 1546* L'expérience américaine et la réforme de la tarification hospitalière en France – commentaire de l'article de J. Newhouse. Cash R., Grignon M., Polton D., « *Economie Publique* », n°13, 2003/02, pp. 35-47.
- 1542* No significant decrease in antibiotic use from 1992 to 2000, in the French community. Bermede C., Boelle PY, Guillemot D., Sermet C., Sommet A., Tafflet M., « *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* », vol. 54, n°2, 2004, pp. 1-5.
- 1541* Access to physician services : does supplemental insurance matter ? Evidence from France. Buchmueller TC, Couffinhal A., Grignon M. Perronnin M., « *Health Economics* », vol.13, n°7, 2004/07, pp. 669-687.

- 1532* Increased prevalence of depression, smoking, heavy drinking and use of psycho-active drugs among unemployed men in France. Khlal M., Sermet C., Le Pape A., « *European Journal of Epidemiology* », vol 19, n°5, 2004/05, pp. 445-451.
- 1530* Evolution du traitement de l'arthrose en médecine générale après la mise sur le marché des AINS anticyclo-oxygénase sélectifs et co-prescriptions de gastroprotecteurs. Bouée S., Charlemagne A., Fagnani F., Le Jeune P., Sermet C., Naudin F., Lancry PJ, « *Revue du Rhumatisme* ». 2003, pp.378-385.

Revue sans comité de lecture :

- 1580* La diffusion de l'innovation pharmaceutique en médecine libérale : revue de la littérature et premiers résultats français, Auvray L., Hensgen F., Sermet C., « *Le Médecin Radiologue de France* », n° 256, 2004/02, pp. 11-18.
- 1579* Choice in the French health care system, Dourgnon P., « *Euro Observer* », vol.6, n° 4, 2004, pp. 9-11.
- 1578* L'information sur les pratiques médicales de ville : points de convergences des systèmes étrangers. Chevreul K., Le Fur Ph, Sermet C. « *ADSP (actualité et dossier en santé publique)* » n° 48, 2004/09, pp. 43-46.
- 1575* Intervenants et structures de l'aide à domicile. Com-Ruelle L., Dourgnon P., Midy F. In Vieillesse et dépenance, « *Problèmes Politiques et Sociaux* », n° 903, 2004/08, pp. 61-63.
- 1568* Inégalités sociales de santé et problèmes vécus lors de l'enfance. Menahem G., « *La Revue du Praticien* », vol.54, n° 20, 2004/12, pp. 2255-2262.
- 1567* La prise en charge des dyslipidémies. Com-Ruelle L., Laforest L., Paris V. Van Ganse E., In La prévention des maladies cardio-vasculaires « *ADSP (actualité et dossier en santé publique)* », n° 47, 2004/06, pp. 38-42.
- 1559* Le meilleur système au monde doit être réformé d'urgence ! Polton D., « *Banque et Finance* », n°3, 2004/10/09, pp. 28-30.
- 1545* Défis et solutions pour les systèmes d'assurance maladie européens. Grignon M., Toshima Y., « *Regards* », n° 26, 2004/07, pp. 45-61.
- 1544* Décentralisation des systèmes de santé : réflexions à partir de quelques expériences étrangères. Polton D., « *Regards* », n° 26, 2004/07, pp. 23-44.
- 1543* Recent reforms affecting private health insurance in France. Polton D., « *Euro Observer* », vol. 6, n°1, 2004, pp. 4-5.
- 1539* La proximité : garantie de sécurité ? L'impact économique. Lucas-Gabrielli V., Tonnellier F. « *Les cahiers hospitaliers* » n° spécial 2004/6, 2004/06, pp. 17-23.
- 1523* Territoires et SROS de 3^{ème} génération. Polton D., « *Revue Hospitalière de France* », n° 497, 2004/03/04, pp. 18-21.
- 1520* Les jeunes face à l'alcool. Choquet M., Com-Ruelle L., Lesrel J., Leymarie N., « *La Santé de l'Homme* », n°368, 2003/11-12, pp.17-18.
- 1513* Premiers pas vers un indicateur de sécurité humaine – Une comparaison des évolutions en France et en Bulgarie. Cherivola V., Menahem G., « *Informations Sociales* », n° 114, 2004/02, pp. 56-63.

- **Les communications des chercheurs de l'IRDES à des colloques ou séminaires**

Certaines communications donnent lieu à publications dans des Actes de colloques, d'autres sont mises en ligne sur le site de l'IRDES.

Liste des communications publiées dans des actes :

- 1571* Intégrer des disparités de santé dans les modalités d'accès à la retraite : une question légitime . Barnay T., In : Conditions de travail, santé et aspirations à la retraite. Actes du séminaire Vieillesse et Travail organisé par le CREAPT-EPHE. 2003, 17 pages.
▶ http://www.cee-recherche.fr/fr/rapports/travail_sante_actes_seminaire_0.pdf
- 1557* Relations entre sécurité économique, sécurité sociale et état de santé dans l'Union Européenne. Menahem G., Cherilova V., In : CALASS 2004. Communication présentée au XV congrès de l'ALASS, 2004/09, 10 pages.
▶ http://www.irdes.fr/En_ligne/PowerPoint/compint/TexteCommCalass.pdf
- 1548* Du Credoc au Credes... Polton D., In : Journées Créés. Cinquante ans d'économie de la santé en France : quel héritage ? Journée du 13 juin 2003, pp. 12-15.
- 1547* Le débat concernant les soins de proximité : une exception française ? Polton D., In : Hôpital et innovation Technologique. Actes du colloque 2002 sur l'année du bicentenaire des HCL, pp. 101-105.
- 1539* Les soins de proximité, l'impact économique et l'observation : comparaison européenne. Lucas-Gabrielli V., Tonnellier F., In : Les Cahiers Hospitaliers. Actes du colloque du 11 décembre 2003 sur les services hospitaliers de proximité : quelle pertinence ?, numéro spécial 2004/06, pp. 17-23.
- 1516* Les Français et le médicament. Sermet C., In : 3èmes rencontres parlementaires sur le médicament. Paris, 20 octobre 2003, 28 pages.
▶ http://www.irdes.fr/En_ligne/PowerPoint/medic/francaismedic.pdf
- 1515* Les enquêtes en population générale : l'enquête santé et l'enquête ESPS. Méthodes, enseignements et limites. Sermet C., Institut Pasteur, Paris, le 1^{er} avril 2003, 98 pages.
▶ http://www.irdes.fr/En_ligne/PowerPoint/enquetes/enquetes.pdf

- **La revue franco-qubécoise**

L'IRDES poursuit son activité au sein de l'Observatoire franco-qubécois de la santé et de la solidarité créé en 2001 avec d'autres partenaires français (ministère de la Santé, INSERM, CERMES, INSEE...) et qubécois (ministère de la Santé et des services sociaux, ISQ, INSPQ...). Aux côtés de Pierre Gottely, représentant du ministère de la santé français, le CREDES participe à l'élaboration de la revue de l'Observatoire « Santé, société et solidarité » et a en charge le secrétariat de rédaction (réception des articles, propositions de re-rédaction aux auteurs, corrections orthographiques, acceptation finale) la revue étant éditée par les publications du Québec.

Au cours de l'année 2004, deux nouveaux numéros sont parus : « Naître en France et au Québec » (n° 1/2004) et « Inégalités sociales de santé » (n° 2/2004). Le numéro 1 de 2005 ayant pour thème l'immigration est en cours de finalisation et devrait sortir à la fin du premier trimestre 2005.

L'IRDES continue avec ses partenaires qubécois à réfléchir sur le projet de site Internet pour l'Observatoire. La mise en ligne prévue fin 2004 a été reportée à 2005, le premier projet

proposé au comité directeur de l'Observatoire en septembre 2003, ayant été revue à la baisse, pour faciliter la mise à jour du site, sans mobiliser de ressources supplémentaires.

Liste des numéros parus et diffusés en 2004 :

- Naître en France et au Québec (n° 1/ 2004)
- Inégalités sociales de santé (n° 2/2004)

• **Eco-Santé**

Eco-Santé : les versions 2004 des logiciels Eco-Santé France, Eco-Santé Régional et Eco-Santé OCDE sont parues en juin 2004. Eco-Santé Québec, réalisé dans le cadre de l'Observatoire franco-québécois et présenté pour la première fois en 2002, a été mis à jour pour la seconde fois en novembre 2004. Contrairement aux versions françaises et OCDE, Eco-Santé Québec est disponible gratuitement sur différents sites d'organismes officiels québécois (ministère de la santé et des services sociaux, ISQ, INSPQ...) et sur le site de l'IRDES.

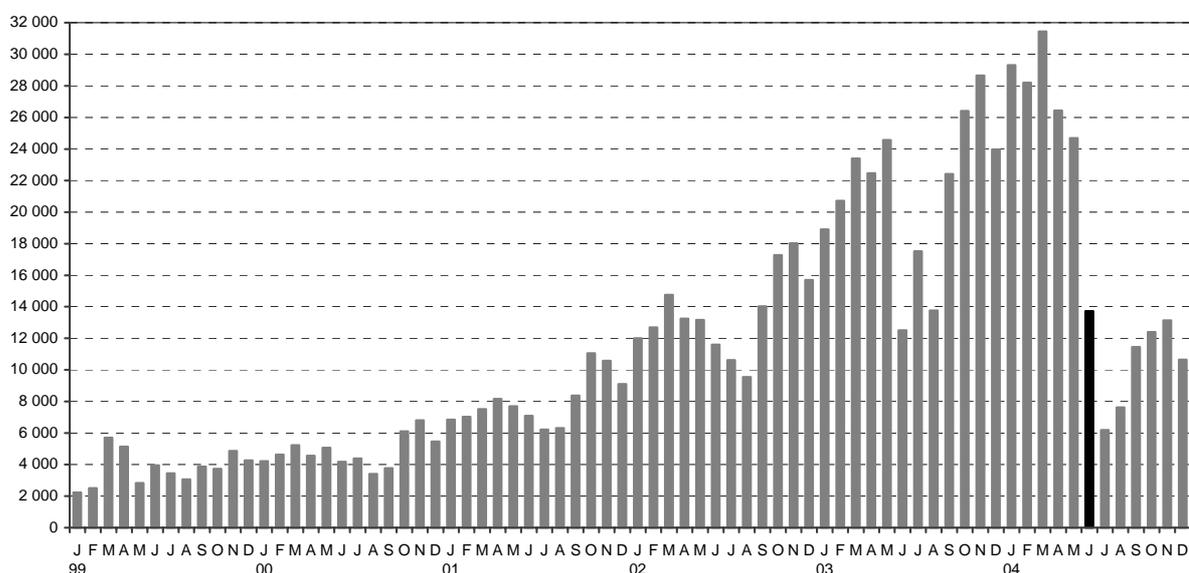
Indicateurs chiffrés de la diffusion des travaux de l'IRDES

► Consultation du site Internet de l'IRDES

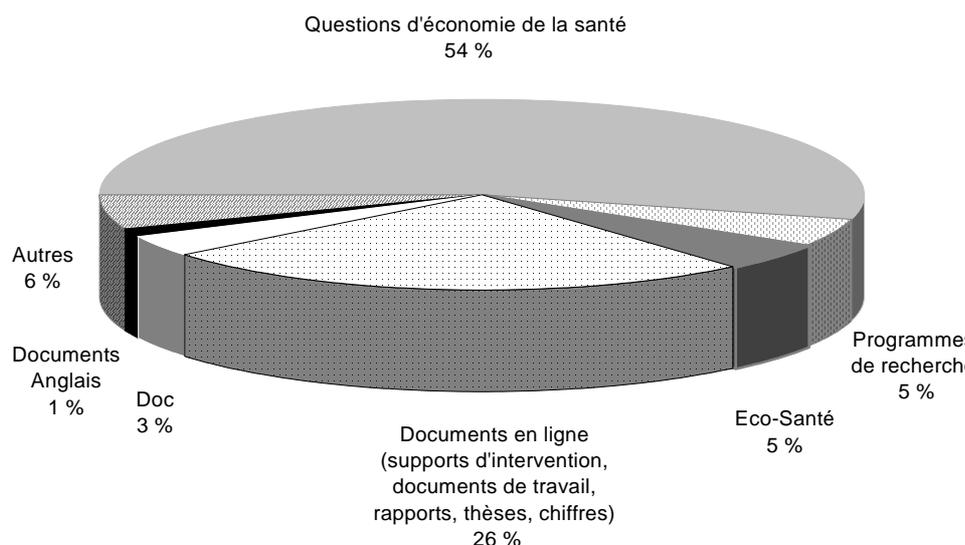
Le nombre de visiteurs a diminué au mois de juin (le CREDES a changé de nom et est devenu l'IRDES), juillet et août (vacances d'été), puis a augmenté de nouveau. Il varie entre 11 000 et 29 000 en 2004 (la moyenne était de 13 500 visiteurs par mois en 2002 et de 22 300 en 2003).

Evolution du nombre de visiteurs

En juin 2004, le CREDES est devenu l'IRDES, ce changement est indiqué en noir dans les graphiques



Les documents les plus téléchargés sont le bulletin d'information de l'IRDES *Questions d'économie de la santé* (entre 3 500 et 12 500 ont été téléchargés, par mois, en 2004 - 6 000 en moyenne en 2003 et 8 000 en 2004), suivi des supports d'intervention et des rapports en ligne (voir exemple ci-contre pour le mois de décembre).



► Evolution de la diffusion

Les recettes totales ont diminué d'environ 10 % cette année. Mis à part le poste « Royalties », correspondant aux recettes versées par l'OCDE pour la vente des logiciels Eco-Santé OCDE (+ 32 %), tous les autres postes accusent une légère baisse.

Evolution des recettes par poste

Année	à l'unité	Abonnement	Port	Logiciels	Royalties	Consultation	Photocopies	TOTAL
1999	46 726	56 146	3 406	79 843	68 206	626	1 292	256 244
2000	47 297	73 275	2 921	68 413	61 814	555	1 300	255 574
2001	35 267	74 619	3 810	56 173	55 010	495	1 016	226 390
2002	25 675	68 142	2 373	72 027	76 248	508	1 410	246 382
2003	30 931	79 950	1 742	63 896	100 689	619	904	278 371
2004	26 203	56 640	1 643	62 313	108 077	259	860	255 995

► Evolution du nombre d'abonnés (payants, gratuits et échange)

Depuis 2000, l'IRDES propose des abonnements couplant publications papier et publications Cd-Rom (Publications + Eco-Santé France, Publications + Eco-Santé Régional, Publications + Eco-Santé France + Région...). L'objectif, avec ces nouvelles formules, est de fidéliser la clientèle des bases de données Eco-Santé en leur proposant un tarif très attractif afin d'assurer un meilleur taux de reprise d'une année sur l'autre.

En 2004, le programme effectuant les statistiques de diffusion a été revu afin de présenter des chiffres comparables d'une année sur l'autre (les chiffres présentés ici ne doivent donc pas être rapprochés de ceux présentés dans le compte-rendu 2003). Il a été décidé en effet de comparer les chiffres sur une année entière, c'est-à-dire de comparer par exemple le nombre d'abonnés sur l'année entière, du 1^{er} janvier au 31 décembre, sachant que les abonnés ayant souscrit un abonnement au cours de l'année ne sont pas pris en compte dans ces statistiques (environ 20 à 10 % des abonnés). Ceci explique que les chiffres présentés dans les tableaux ci-dessous sont inférieurs à ceux présentés dans les tableaux des années précédentes.

Le nombre d'abonnés payants continue à diminuer. Cette tendance devrait se confirmer dans l'avenir, compte-tenu du fait que de plus en plus de documents sont mis en ligne gratuitement sur le site de l'IRDES dès parution et que le nombre de publications papier type rapport de recherche baisse, au profit de publications extérieures ou d'articles scientifiques.

Présentation des diverses formules d'abonnement :

- A : Questions d'économie de la santé seulement (60 €)
- B : Questions d'économie de la santé + Quoi de neuf, Doc (200 €)
- C : Questions d'économie de la santé + Collection des rapports (280 €)
- D : Questions d'économie de la santé + Quoi de neuf, Doc + Collection des rapports (420 €)
- E : Formule D + Eco-Santé France (version monoposte) (530 €)
- F : Formule D + Eco-Santé Régional (version monoposte) (530 €)
- G : Formule D + Eco-Santé France + Eco-Santé Région (version monoposte) (620 €)
- H : Formule D + Eco-Santé France + Eco-Santé OCDE (version monoposte) (620 €)
- I : Formule D + Eco-Santé Région + Eco-Santé OCDE (version monoposte) (620 €)
- J : Formule D + Eco-Santé OCDE (version monoposte) (530 €)
- K : Formule D + les 3 logiciels (690 €)
- L : Abon. integral + Eco-Santé Fce Version Réseau (800 €)
- M : Formule D + les 3 logiciels en version réseau (1 100 €)
- N : Formule D + Eco-Santé France et Eco-Santé Réseau en version réseau
- P : Abon. intégral + Eco-Santé Fce et Région Version Réseau (930 €)
- Z : Revue franco-québécoise « Santé, société et solidarité » (20 €)

**Evolution du nombre d'abonnés selon la formule d'abonnement
entre 2000 et 2004**

Formule abonnement	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	P	Z	Total
2000 Total	678	23	92	77	4	1	33	0	0	0	0						908
Payant	204	18	52	57	4	1	33	0	0	0	0						369
Gratuit	400	0	18	7	0	0	0	0	0	0	0						425
Echange	74	5	22	13	0	0	0	0	0	0	0						114
2001 Total	720	20	87	65	9	0	31	0	0	2	14						948
Payant	205	15	50	49	8	0	30	0	0	2	13						372
Gratuit	439	0	15	5	1	0	0	0	0	0	1						461
Echange	76	5	22	11	0	0	1	0	0	0	0						115
2002 Total	783	19	83	56	6	3	20	1	0	2	26		1	0		31	1030
Payant	176	13	52	40	5	2	19	1	0	2	25		1	0		23	359
Gratuit	536	1	8	5	1	1	0	0	0	0	1		0	0		0	552
Echange	71	5	23	11	0	0	1	0	0	0	0		0	0		8	119
2003 Total	677	16	67	46	1	4	21	1	0	5	24	2	0	0	2	48	914
Payant	172	11	42	36	1	4	19	1	0	5	22	2	0	0	2	40	357
Gratuit	439	1	3	0	0	0	1	0	0	0	2		0	0		0	446
Echange	66	4	22	10	0	0	1	0	0	0	0		0	0		8	111
2004 Total	786	16	67	37	0	4	15	1	0	3	23	1	1	0	2	58	1014
Payant	151	11	41	24	0	4	14	1	0	3	21	1	1	0	2	49	323
Gratuit	568	1	5	3	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	9	579
Echange	67	4	21	10	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0			112

Evolution des recettes des abonnements

Année	A	B	C	D	E	F	G	H	J	K	L	M	N	P	Z	Total
2000 Total	9 329	3 256	11 845	21 724	1 601	457	16 556	0	0	0						64 768
2001 Total	9 516	2 741	11 436	18 667	3 887	0	14 797	0	920	6 970						68 930
2002 Total	8 860	2 340	12 010	15 280	2 530	920	9 785	515	920	13 750	1 020				460	68 390
2003 Total	10 382	2 200	11 760	15 120	530	2 120	11 780	620	2 650	15 318	1 600		1 860	860		76 800
2004 Total	9 132	2 200	11 480	10 080	0	2 120	8 680	620	1590	14 490	800	1 100	0	1 860	1 040	65 192

► Suivi des relations avec la presse

L'IRDES gère un fichier de 300 journalistes environ :

- agence de presse
- presse quotidienne nationale et régionale
- presse hebdomadaire générale
- presse professionnelle...

Un communiqué de presse est envoyé systématiquement par email à tous.

L'ensemble des coupures de presse sont rassemblées dans un document diffusé en interne intitulé « l'IRDES sous toutes les presses ».

► Eco-Santé

Après la progression des ventes de logiciels Eco-Santé en 2003, les ventes baissent en 2004 pour toutes les versions. Il est prévu en 2005 de permettre aux internautes de consulter une version gratuite sur le site de l'IRDES, à l'instar d'Eco-Santé Québec.

A signaler qu'en 2004, une rubrique intitulée « données chiffrées » a été enrichie à partir des données d'Eco-Santé. Cette rubrique remplace le bulletin d'information « Eco-Santé Infos ». Les thèmes suivants ont été mis à jour : dépenses de santé, démographie médicale...

Evolution du nombre de versions vendues des logiciels Eco-Santé

	Eco-Santé France				Eco-Santé Régional				Eco-Santé OCDE			
	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
Monoposte	155	154	152	121	146	158	145	127	84	104	128	105
dont vendu seul	89	97	103	79	99	104	97	81		70	96	77
dont abonnement	56	57	49	42	47	54	48	46	3	34	32	28
Licence sur site	16	20	48	10	5	5	12	5	5	5	18	6
Réseau	20	19	34	26	10	11	9	11	6	11	11	12
dont abonnement	1	4	3		1	2	2				1	1
TOTAL	182	196	234	157	161	174	166	143	95	120	147	123

IV. Autres activités

1. Activités d'expertise et participation à des Instances, enseignement

Conseils d'administration

- ▶ Vice-présidente du Collège des économistes de la santé (*Dominique Polton*)
- ▶ Membre du Conseil d'administration du Collège des Economistes de la santé (*Michel Grignon, Lise Rochaix*)
- ▶ Membre du Conseil d'administration de l'ATIH (Association Technique de l'Information Hospitalière) (*Dominique Polton*)
- ▶ Membre du Conseil d'administration de l'Institut de veille sanitaire (*Dominique Polton*)

Conseils et comités scientifiques

- ▶ Membre du Conseil scientifique de l'INED (*Dominique Polton*)
- ▶ Membre du Conseil scientifique de l'ENSP (*Dominique Polton*)
- ▶ Membre du Comité scientifique de l'IREB (Institut de Recherche sur les Boissons) (*Laure Com-Ruelle*)
- ▶ Membre du Collège scientifique de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) (*Catherine Sermet*)
- ▶ Membre du conseil scientifique de la Revue d'Economie Politique (*Lise Rochaix*).
- ▶ Referee pour l'expertise de projets de recherche : Soumissions à l'appel d'offre annuel d'IREB (60 dossiers), prix de thèse et bourses de congrès (*Laure Com-Ruelle*)

Comités et groupes d'expertise permanents

- ▶ Membre du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (*Dominique Polton*)
- ▶ Membre du Comité d'orientation de l'Observatoire National de la Prescription Médicamenteuse (*Catherine Sermet*)
- ▶ Membre du Groupe d'Expertise Médico-Economique, auprès de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (*Michel Grignon*)
- ▶ Membre du Haut conseil de santé publique de l'Union française pour la santé bucco-dentaire (*Philippe Le Fur*)
- ▶ Membre du comité directeur de l'AFSE (Association Française de Sciences Economiques) (*Lise Rochaix*).
- ▶ Membre du comité directeur de l'IHEA (International Health Economics Association) (*Lise Rochaix*).

Activités de recherche dans d'autres centres

- ▶ Chercheur associé à l'INED (*Catherine Sermet, Florence Jusot*)
- ▶ Chargé de mission à la DREES auprès de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (*Yann Bourgueil*)
- ▶ Rattachement au GREQAM (Groupe de Recherches en Economie Quantitative d'Aix-Marseille) et à l'IDEP (Institut d'Economie Publique), Marseille (*Lise Rochaix*).
- ▶ Chercheur associé à la direction des recherches sur le vieillissement de la CNAV (*Thomas Barnay*).

Comités de rédaction de revues

- ▶ Directrice scientifique de la revue semestrielle de l'Observatoire franco-québécois de la Santé et de la Solidarité (OFQSS) « Santé, Société et Solidarité » (*Dominique Polton*)
- ▶ Membre du Comité de lecture de la Revue française des affaires sociales (*Valérie Paris*)
- ▶ Membre du conseil de rédaction de la Revue d'économie publique (*Lise Rochaix*).
- ▶ Membre du conseil de rédaction de l'International Journal of Health Care Finance and Economics (*Lise Rochaix*).

Comités de pilotage et groupes de travail

- ▶ Présidence du groupe de travail « Territoires et accès aux soins » conduit dans le cadre de la préparation des SROS de troisième génération (*Dominique Polton*)
- ▶ Présidence du groupe de travail n° 2 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (*Dominique Polton*)
- ▶ Membre du Groupe d'expertise sur l'analyse comparée de la chimiothérapie anticancéreuse administrée à l'hôpital ou en prise en charge à domicile, piloté par l'ANAES, (*Laure Com-Ruelle*)
- ▶ Membre du groupe de travail sur « la gestion et la prévention des pollinoses », piloté par la DGS (*Laure Com-Ruelle*)
- ▶ Membre du groupe n° 3 de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (analyse des situations locales en matière de démographie médicale) (*Véronique Lucas-Gabrielli*)
- ▶ Membre du Groupe technique national de définition des objectifs de la loi de programmation quinquennale en santé publique – sous-groupe méthode (*Valérie Paris*)
- ▶ Membre du groupe IDA (Indicateurs d'Alcoolisation) (*Laure Com-Ruelle*)
- ▶ Membre du comité de suivi du programme NEXT/PRESST (sous ensemble Français du programme européen NEXT : Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail) (*Laure Com-Ruelle*)
- ▶ Membre du groupe de suivi de la résistance aux antibiotiques (Ministère de la santé) (*Catherine Sermet*)
- ▶ Comité de coordination du Séminaire International sur l'Assurance et le Risque en Santé (SEMINARIS) organisé par le Collège des économistes de la santé (*Agnès Couffinhal, Michel Grignon*)
- ▶ Membre du Comité de Pilotage de l'Enquête Santé 2002 (*Catherine Sermet*)
- ▶ Membres du groupe de projet Poles (politiques de l'organisation locale en santé) du commissariat au plan (*Yann Bourgueil, Karine Chevreul, Dominique Polton, Lise Rochaix*)
- ▶ Membre du Groupe de Projet de l'Enquête Handicap Incapacité Dépendance (*Catherine Sermet*)
- ▶ Membre du groupe de travail « prévalence de l'asthme » (« programme 2002-2005 d'actions, de prévention et de prise en charge de l'asthme » initié par Bernard Kouchner et managé par l'InVS) (*Laure Com-Ruelle*)
- ▶ Membre du groupe de travail ministériel sur l'expérimentation de la T2A en HAD (*Laure Com-Ruelle*)
- ▶ Membre du Comité de pilotage de la mise en œuvre de la T2A en HAD (*Laure Com-Ruelle*)
- ▶ Membre du Groupe de travail sur les psychotropes de l'OFDT (*Catherine Sermet*)
- ▶ Groupe projet d'une enquête alcool aux urgences (*Laure Com-Ruelle*)
- ▶ Membre du Groupe projet sur les indicateurs de suivi des objectifs de la Loi de programmation quinquennale en santé publique dirigé par la DGS-DREES (*Laure Com-Ruelle, Catherine Sermet*)

- ▶ Membre du comité scientifique de la 5ème conférence de l'IHEA, Barcelone, juin 2005 (*Lise Rochaix*).
- ▶ Membre de la Commission des Comptes de la Santé (*Dominique Polton, Lise Rochaix*).

Enseignement

- ▶ Professeur agrégé des universités en sciences économiques, affectée à l'UFR d'économie et de gestion de l'Université de la Méditerranée depuis septembre 1999. Enseignements en économie publique, économie du travail, économie appliquée, économie de la santé (*Lise Rochaix*)
- ▶ Responsable du Master Economie, Politiques et Gestion Publique (EPGP). Direction de thèse (six thèses soutenues depuis 2000, cinq en cours) (*Lise Rochaix*)
- ▶ Responsable du module de gestion dans le DESS santé Publique (Paris V, VII, XI, ENSP) (*Yann Bourgueil*)
- ▶ Enseignements de microéconomie, d'économie de l'assurance et d'économie de la santé. Pour 2004-2005, en maîtrise de santé publique, au CNAM, en première année de médecine... (*Carine Franc*)
- ▶ Chargée de cours d'introduction à l'analyse économique à l'université Paris IV (UFR LEA) (*Florence Jusot*).

2. Colloques, congrès, séminaires, enseignements ponctuels

Colloques, congrès, séminaires

- Société Française d'Economie de la Santé, Conférence de consensus, Sortie du monde hospitalier et retour au domicile d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice et psychique, *Pourquoi et comment évaluer une innovation organisationnelle ?* Assemblée Nationale, Paris, 9 décembre 2004 (Yann Bourgueil)
- CPDG, Vieillir en milieu rural : populations et territoires, *Santé en milieu rural*, CPDG, Grenoble, 8 décembre 2005 (Véronique Lucas-Gabrielli)
- Les Echos et Panorama du Médecin, Xème Forum International de la gestion de la santé, Economie - Santé 2004, *Un panorama du marché des couvertures complémentaires*, Palais des congrès, Paris, 18 novembre 2004 (Dominique Polton)
- ONDPS avec le concours de la DREES, Observatoire national de la démographie des professions de santé : les enseignements des premiers travaux, *Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières et manipulateurs d'électroradiologie médicale*, Cité Internationale Universitaire, Paris, 17 novembre 2004 (Fabienne Midy, Dominique Polton)
- DHOS / CNAMTS, Le développement des réseaux de santé : réalités et perspectives, *Présidente*, Ministère de la santé, Paris, 16 novembre 2004 (Dominique Polton)
- MIRE-DREES-DARES, Journées de présentation intermédiaire des travaux du programme santé travail, *Les itinéraires professionnels en relation avec la santé*, MIRE-DRESS, Paris, 16 novembre 2004 (Florence Jusot, Thierry Rochereau, Catherine Sermet)
- L'argus de l'assurance, Réforme Santé : quels impacts sur la gestion et sur l'offre des Complémentaires Santé ? *Les assurances collectives : Les chiffres clés et les principales évolutions*, Salon Hoche, Paris, 9 novembre 2004 (Marc Perronnin, Thierry Rochereau)
- Conseil Général de la Seine-Saint-Denis, 4ème Journée de Santé Publique Dentaire : La santé bucco-dentaire de la ville à l'hôpital, vers une évolution régionale ? Bourse départementale du travail, Bobigny, 4 novembre 2004 (Thierry Rochereau, membre du comité scientifique)
- Conseil Général de la Seine-Saint-Denis, 4ème Journée de Santé Publique Dentaire : La santé bucco-dentaire de la ville à l'hôpital, vers une évolution régionale ? *Décentralisation des systèmes de santé*, Bourse départementale du travail, Bobigny, 4 novembre 2004 (Dominique Polton)
- Conseil Général de la Seine-Saint-Denis, 4ème Journée de Santé Publique Dentaire : La santé bucco-dentaire de la ville à l'hôpital, vers une évolution régionale ? *Impact des niveaux de garantie des couvertures complémentaires sur l'achat de prothèses dentaires*, Bobigny, 4 novembre 2004 (Pascale Lengagne, Marc Perronnin)
- Dr Chevillot - Service de continuité des soins médicaux (SCSM), Constat d'évolution sociodémographie du système de soins dans le secteur rural, La Réole, 23 octobre 2004 (Yann Bourgueil, Dominique Polton)
- Les odontologistes de la fonction publique, Les journées de l'OFP, *Les facteurs socio-économiques du renoncement aux soins bucco-dentaires*, Ecole Militaire, Paris, 20 octobre 2004 (Thierry Rochereau)
- Les lundis de l'INED, *Une analyse microéconométrique de la cessation de l'activité : l'effet de la santé*, INED, Paris, 18 octobre 2004 (Thomas Barnay)
- 4^e congrès Dispositifs intraveineux de longue durée - Traitements invasifs à domicile, *De l'analyse des coûts de la prise en charge en HAD à la tarification à l'activité*, CNIT, Paris, 15 octobre 2004 (Laure Com-Ruelle)

- MEAS conference “Alcohol and Young People” : Mature Enjoyment of Alcohol in Society, *Alcohol consumption among youngsters in Europe*, Dublin, 14 October 2004, 14 octobre 2004 (Marie Choquet, Laure Com-Ruelle, Nicole Leymarie)
- LEGOS, Séminaire de l'EURISCO/LEGOS, *Une analyse microéconométrique de la cessation de l'activité : l'effet de la santé*, Université Paris IX-Dauphine, Paris, 6 octobre 2004 (Thomas Barnay)
- Osservatorio permanente sui giovani e l'alcool, Young People and Alcohol: The dimension of the phenomenon and the role of the psycho-biological vulnerability in behavior of abuse and addiction, *Patterns of alcohol consumption in the young Europeans*, Centro Congressi Fondazione, S, Lucia, Rome, Italie, 4 octobre 2004 (Laure Com-Ruelle, Nicole Leymarie, Marie Choquet)
- ENS-LSH, Vèmes Journées Maurice Marchand des Doctorants en Economie de la Santé, *Une analyse microéconométrique de la cessation de l'activité : l'effet de la santé*, Université Lyon III, 30 septembre 2004-1er octobre 2004 (Thomas Barnay)
- ENS-LSH, Vèmes Journées Maurice Marchand des Doctorants en Economie de la Santé, *Mesures des inégalités : une application à la santé*, Université Lyon III, Lyon, 30 septembre 2004-1er octobre 2004 (Sandy Tubeuf)
- MIRE, Journées de présentation intermédiaire des travaux du programme Construction des inégalités, *Effets cumulatifs à long terme de l'accès aux soins et du revenu sur les inégalités de santé*, MIRE-DRESS, Paris, 29 septembre 2004 (Florence Jusot)
- ALASS, CALASS 2004 Bucarest – XV Congrès de l'ALASS, *Relations entre sécurité économique, sécurité sociale et état de santé dans l'Union Européenne*, Bucarest, Roumanie, 23-25 septembre 2004 (Veneta Cherilova, Georges Menahem)
▶ http://www.irdes.fr/En_ligne/PowerPoint/compint/AlassSecuEcoSociale.pdf
- ALASS, CALASS 2004 Bucarest – XV Congrès de l'ALASS, *Décentralisation*, Bucarest, Roumanie, 23-25 septembre 2004 (Karine Chevreul, Dominique Polton)
- SFMG, Réunion IRDES-SFMG, *Revue de méthodes de construction et d'analyse de territoires*, SFMG, Issy-les-Moulineaux, 21 septembre 2004 (Véronique Lucas-Gabrielli)
- Observatoire des Retraites, réunion de l'OR, *Une analyse microéconométrique de la cessation de l'activité : l'effet de la santé*, Observatoire des Retraites, Paris, 20 septembre 2004 (Thomas Barnay)
- INED, Journées Mortalité Santé Epidémiologie, *Les itinéraires professionnels en relation avec la santé*, INED, Marly-le-Roi, 13-14 septembre 2004 (Florence Jusot, Thierry Rochereau, Catherine Sermet)
- Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale - CERGIS, CERGIS International workshop, Creating actionable knowledge to manage change, *Discutant*, Portofino, Italie, 9-10 septembre 2004 (Dominique Polton)
- London School of Economist (LSE), 5ème Conférence Européenne des Economistes de la Santé (ECHE), Poster : *Medical practice variability in French primary care: the prescription of antibiotics for acute rhinopharyngitis*, LSE, Londres, Angleterre, 8-11 septembre 2004 (Julien Mousquès, Thomas Renaud)
- London School of Economist (LSE), 5ème Conférence Européenne des Economistes de la Santé (ECHE), *Is the global Budget an effective hospital cost containment tool ?*, LSE, Londres, Angleterre, 8-11 septembre 2004 (Karine Chevreul)
- London School of Economist (LSE), 5ème Conférence Européenne des Economistes de la Santé (ECHE), *Changes In Inequalities In Utilization Of Ambulatory Care Over The Last Decade In*

France: How Much And Why, LSE, Londres, Angleterre, 8-11 septembre 2004 (Paul Dourgnon, Sandy Tubeuf, Agnès Couffinal)

- ICSSHC (Société internationale pour la science des systèmes dans le domaine de la santé), Les systèmes de santé : entre gestion publique et privée - 8ème Conférence Internationale sur la Science des Systèmes en Santé, *Reflecting on Health Professions Demography*, Genève, Suisse, 1-4 septembre 2004 (Yann Bourgueil, Dominique Polton)
- ICSSHC (Société internationale pour la science des systèmes dans le domaine de la santé), Les systèmes de santé : entre gestion publique et privée - 8ème Conférence Internationale sur la Science des Systèmes en Santé, *Les stratégies des laboratoires producteurs de génériques*, Genève, Suisse, 1-4 septembre 2004 (Catherine Sermet, Nathalie Grandfils, Valérie Paris)
- ICSSHC (Société internationale pour la science des systèmes dans le domaine de la santé), Les systèmes de santé : entre gestion publique et privée - 8ème Conférence Internationale sur la Science des Systèmes en Santé, *Une méthode d'estimation des dépenses de prévention en France*, Genève, Suisse, 1-4 septembre 2004 (Thomas Renaud)
- Bertelsmann Foundation, International Network Health Policy & Reform - 3rd Annual Partner Symposium, Berlin, Allemagne, 7-8 juillet 2004 (Dominique Polton)
- L'Argus de l'Assurance, *Premiers résultats de l'enquête complémentaire d'entreprise*, Paris, 6 juillet 2004 (Nathalie Grandfils, Marc Perronin)
- SFSP, Santé publique, entre expertises et solidarités, *Évaluation des effets de rappels informatiques à l'instauration et au suivi de l'éducation diététique de patients diabétiques de type 2*, Palais des Congrès, Lyon, 1 juillet 2004 (Julien Mousquès)
- SFSP, Santé publique, entre expertises et solidarités, *Poster: pour un système d'information en médecine de ville: points de convergences des systèmes étrangers*, Palais des Congrès, Lyon, 1 juillet 2004 (Karine Chevreul, Philippe Lefur, Catherine Sermet)
- INED, Séminaire Unité Mortalité Santé Epidémiologie, *Mortalité et Inégalités de revenu en France : une analyse multi-niveaux*, INED, Paris, 1er juillet 2004 (Florence Jusot)
- Journées de présentation des travaux du programme Sciences bio-médicales, *Mesurer l'impact des déterminants non médicaux de la santé*, Abbaye de Vaux de Cernat, 29-30 juin 2004 (Florence Jusot)
- Espace social européen, La réforme de l'Assurance maladie, *La consommation pharmaceutique en France*, Cercle républicain, 23 juin 2004 (Catherine Sermet)
- Young People's Drinking : Experts Meeting, *French adolescents and alcohol: behaviour and trends*, IREB, Paris, 21-22 juin 2004 (Laure Com-Ruelle, Marie Choquet, Julien Lesrel, Nicole Leymarie)
- Young People's Drinking : Experts Meeting, *Discussion on Public Health Approaches*, IREB, Paris, 21-22 juin 2004 (Laure Com-Ruelle)
- XXVIIes Journées des économistes français de la santé, « Approches économiques des inégalités de santé », *Table ronde - Perspectives de recherche*, Ecole des Mines, Paris, 16 et 17 juin 2004 (Dominique Polton)
- XXVIIes Journées des économistes français de la santé, « Approches économiques des inégalités de santé », *Mortalité et Inégalités de revenu en France : une analyse multi-niveaux*, Ecole des Mines, Paris, 16 et 17 juin 2004 (Florence Jusot)
- Les modes d'organisation et de consultation des praticiens libéraux, Présentation de résultats d'enquête, *Présidente de la première session : l'enquête cnamts-drees sur l'exercice en groupe*, Association St François, Paris, 16 juin 2004 (Dominique Polton)

- Age, générations et contrat social, *Santé, enjeux de générations*, INED, Paris, 16 juin 2004 (Dominique Polton)
- Les 3èmes journées Louis-André Gérard-Varet - Santé, assurance et équité, *Mix of public and private insurance: different models*, Marseille, 10-11 juin 2004 (Dominique Polton)
- Les 3èmes journées Louis-André Gérard-Varet - Santé, assurance et équité, *Mortality and Income Inequalities in France: a multilevel analysis*, Marseille, 10-11 juin 2004 (Florence Jusot)
- 2^{ème} Journée Nationale Hospitalisation à Domicile, *Mode de tarification des structures d'HAD*, FIAP, Paris, 10 juin 2004 (Laure Com-Ruelle)
- Commission santé du CTIP, *Les régimes collectifs de remboursement des frais de soins de santé, Rôle social et efficacité économique*, AG2R, Paris, 9 juin 2004 (Michel Grignon, Marc Perronnin, Thierry Rochereau)
- ECuity III Workshop, *Mortality, Income and Income Inequality: what do we know from French data ?*, Helsinki, 3-4 juin 2004 (Florence Jusot)
- FNEHAD (Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile), Colloque de formation à la T2A en HAD, *De l'analyse des coûts de prise en charge au modèle tarifaire T2A en HAD*, Paris, 24 mai 2004 (Laure Com-Ruelle)
- CTIP, Journée d'information du CTIP, *Les régimes collectifs de remboursement des frais de soins de santé, Rôle social et efficacité économique*, Salon de l'Aveyron, Paris, 12 mai 2004 (Marc Perronnin, Thierry Rochereau)
- Congrès national de la MSA - Défi démographique à relever, *Table ronde « Satisfaire les besoins de protection sociale » - Quel effet du vieillissement de la population sur les dépenses d'assurance maladie ?* Besançon, 6 mai 2004 (Dominique Polton)
- EHPG (European Health Policy Group), 8th Meeting Clinicians & System Performance, *Measures to improve patterns of practice and their impact on general practitioners in France*, IRDES, Paris, 7-8 avril 2004 (Karine Chevreul, Julien Mousquès, Valérie Paris)
- DSS, Concurrence et stratégies de l'industrie pharmaceutique, *Stratégie des producteurs de molécules génériques – comparaison internationale*, Paris, 6 avril 2004 (Nathalie Grandfils, Valérie Paris, Catherine Sermet)
- Médecins du Monde, Table ronde sur l'accès aux soins des plus démunis en 2004 : quelles perspectives ?, *Consommation et accès aux soins des plus pauvres (en particulier ceux couverts par la CMU)*, Médecins du Monde, Paris, 1er avril 2004 (Dominique Polton)
- CNAMTS, Les Journées de l'Assurance maladie - Les enjeux du vieillissement de la population, *Discutant de « Enjeux du vieillissement selon plusieurs approches »*, Paris, 25 mars 2004 (Dominique Polton)
- CNAMTS, Les Journées de l'Assurance maladie - Les enjeux du vieillissement de la population, *Santé des personnes âgées : Etat des lieux et perspectives*, Paris, 25 mars 2004 (Catherine Sermet)
- PARIS XI (IFR69), Analyse économique du comportement du médecin, *La variabilité des pratiques médicales en médecine générale*, IFR69, Villejuif, 24 mars 2004 (Julien Mousquès)
- AMGEN, Médiation Santé, Diffusion et financement de l'innovation thérapeutique : réflexions à partir d'expériences étrangères, *Président de journée*, Paris, 18 mars 2004 (Dominique Polton)
- UNAO, Le système de santé Français, *Le système de santé en France : état des lieux et perspectives*, Bagnoles de l'Orne, 10 mars 2004 (Julien Mousquès)
- Université Suisse Italienne (USI) - MecoP (Istituto di Microeconomia e Economia pubblica), Seminar in Economics, *Medical practice variability in French primary care: the prescription of*

- antibiotics for acute rhinopharyngitis*, USI, Lugano, Suisse, 9 mars 2004 (Julien Mousquès, Thomas Renaud)
- Mardis de l'IRDES, *Mortalité et Inégalités de revenu en France : une analyse multi-niveaux*, IRDES, Paris, 9 mars 2004 (Florence Jusot)
 - Séminaire EURISCO-LEGOS, *Discutant de « From wage-risk tradeoffs to safety regulation: how serious is the simplicity bias Antoine Bommier »*, Université Paris Dauphine, Paris, 3 mars 2004 (Florence Jusot)
 - URCAM Franche-Comté et URCAM, Bourgogne, Nouveaux médicaments... Quelle utilité ? *La diffusion de l'innovation pharmaceutique*, Micropolis, Besançon, 19 février 2004 (Laurence Auvray, Catherine Sermet)
 - FNMF, Journées FNMF de la complémentaire santé, Couvertures complémentaires, couvertures individuelles : un panorama statistique, Paris, 24 janvier 2004 (Agnès Couffihnal, Marc Perronnin)
 - CES - HESG Workshop 2004, *Discutant : « International Perspectives on Priority Setting and the Program Budgeting and Marginal Analysis (PBMA) framework »* S, Peacock, C, Mitton, C, Donaldson, A, Bate, Centre de conférences internationales, Paris, 14-16 janvier 2004 (Dominique Polton)
 - CES - HESG Workshop 2004, *Mortality Income and Income Inequality: what do we know from French data?* Centre de conférences internationales, Paris, 14-16 janvier 2004 (Florence Jusot)
 - CES - HESG Workshop 2004, *Sickness and injury leave in France: moral hazard or strain?* Centre de conférences internationales, Paris, 14-16 janvier 2004 (Thomas Renaud)
 - MGEN, Le médicament marchandise ou bien social, *Discutant : « Consommation pharmaceutique des français »*, Paris, 13 janvier 2004 (Catherine Sermet)
 - Séminaire EURISCO-LEGOS, *Mortalité et Inégalités de revenu en France : une analyse multi-niveaux*, Université Paris Dauphine, Paris, 7 janvier 2004 (Florence Jusot)

Enseignements ponctuels

- Master Economie et gestion, Université de Bourgogne, *Les comptes de la santé par pathologie*, Dijon, 18 décembre 2004 (Thomas Renaud)
- ENSAI, Suivi de projet de 3ème année, *La CMU et les inégalités sociales de santé et d'accès aux soins*, Rennes, 16 décembre 2004 (Paul Dourgnon, Florence Jusot, Marc Perronnin)
- Master santé publique, Université Paris V, VII, XI, Versailles, ENSP, *Module intervention et gestion en santé publique*, Saint maurice, 9 et 16 décembre 2004 (Yann Bourgueil)
- 1° année de DEUG (Langues Etrangères Appliquées), université Paris 4, *Introduction à l'analyse économique*, Paris, 9 décembre 2004 (Florence Jusot)
- Formation continue, Décisions Stratégie Santé, *Les transferts de compétences dans les établissements*, Paris, 2 décembre 2004 (Yann Bourgueil)
- 3°année ENSAI (filière économie de la santé), ENSAI, *Microéconomie de la santé - Inégalités sociales de santé*, Rennes, 30 novembre 2004 (Paul Dourgnon)
- DIU "Accès aux soins et médecine de 1er recours", Faculté Lariboisière Saint Louis, *La santé des jeunes sans domicile*, Paris, 27 novembre 2004 (Thierry Rochereau)
- Master santé publique, Université de Paris Sud (XI), *Les stratégies des laboratoires pharmaceutiques à l'expiration des brevets*, Kremlin-Bicêtre, 25 novembre 2004 (Valérie Paris)
- Etudiants américains, Sciences Po, *Equity in health care systems*, Paris, 23 novembre 2004 (Florence Jusot, Dominique Polton)

- Master santé publique, Université Paris V, VII, XI, Versailles, ENSP, *Module intervention et gestion en santé publique*, Saint Maurice, 18 et 25 novembre 2004 (Yann Bourgueil)
- 1^o année de DEUG (Langues Etrangères Appliquées), université Paris 4, *Introduction à l'analyse économique*, Paris, 4 novembre 2004 (Florence Jusot)
- 1^o année de DEUG (Langues Etrangères Appliquées), université Paris 4, *Introduction à l'analyse économique*, Paris, 28 octobre 2004 (Florence Jusot)
- DESS, ENSP, *Approche économique des inégalités sociales de santé*, Paris, 13 octobre 2004 (Florence Jusot)
- Master santé publique, Université Paris V, VII, XI, Versailles, ENSP, *Module intervention et gestion en santé publique*, Saint Maurice, 7 et 21 octobre 2004 (Yann Bourgueil)
- 1^o année de DEUG (Langues Etrangères Appliquées), université Paris 4, *Introduction à l'analyse économique*, Paris, 7 octobre 2004 (Florence Jusot)
- DEA, Université Paris XIII, *Économie internationale et sécurité*, Paris, 6 octobre 2004 (Georges Menahem)
- ENSP, *Inégalité sociale de santé et prévention: le rôle de l'hôpital*, Rennes, octobre 2004 (Karine Chevreul)
- Formation continue et initiale des IASS, ENSP, *Elaboration et suivi des schémas régionaux d'organisation sanitaire, Les apports du groupe de travail DHOS/CREDES*, Rennes, 29 septembre 2004 (Dominique Polton)
- 3^{ème} année ENSAI (filiale eco-santé et biostat), ENSAI, *Politique de santé en France: organisation, planification financement*, Rennes, 17 septembre 2004 (Julien Mousquès)
- Sciences Po, Direction d'études de politique économique comparée (Jean-Claude Prager), *Evaluation modèles Bismarckien et Beveridgien médecine de ville et hôpital - enjeux actuels et débats*, Paris, 19 mai 2004 (Dominique Polton)
- Cycle de conférences sur l'actualité de la protection sociale à l'intention des cadres de direction de ce secteur, Sciences Po, *Gouverner l'assurance maladie - « Panorama des évolutions à l'étranger »*, Paris, 5 mai 2004 (Dominique Polton)
- Présentation de l'*Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS)* à l'ANAES. 29 avril 2004 (Laurence Auvray, Anne Doussin)
 - ▶ http://www.irdes.fr/En_ligne/PowerPoint/enquetes/EnqueteESPSanaes04.pdf
- Programme Management général hospitalier, ESSEC, *La consommation médicale et ses déterminants*, Paris, 23 avril 2004 (Dominique Polton)
- Ecole des Mines de Paris, Ecole des Mines, *La régulation du secteur pharmaceutique*, Paris, 22 mars 2004 (Valérie Paris)
- Cycle national de formation des responsables intermédiaires (CNFRI), CFDT, Table ronde sur l'avenir du système sanitaire, social et médico-social, Bierville, 17 mars 2004 (Dominique Polton)
- Cycle de formation continue pour cadres de la MSA et de l'UCANSS, Centre des études européennes de Strasbourg, *L'organisation et le financement de l'offre de soins en Europe: Etat comparé*, Bagnole, 11 mars 2004 (Dominique Polton)
- DIU pharmacoépidémiologie, Institut Pasteur, *la variabilité des pratiques médicales*, Paris, 4 mars 2004 (Karine Chevreul)
- DIU pharmacoépidémiologie, Institut Pasteur, *Les enquêtes en population générale : l'enquête santé et l'enquête ESPS*, Paris, 3 mars 2004 (Catherine Sermet)

- Maîtrise de sciences biologiques et médicales, Université de Rennes I, *Evaluation médico-économique (4 séances de 3 heures)*, Rennes, mars 2004 (Karine Chevreul)
- Hôpital Plus, ENSP, *Démographie des professions de santé, problèmes et perspectives*, La Verrière, 25 février 2004 (Dominique Polton)
- Séminaire de médecine générale DCEM3, Université Paris V Cochin, *La démographie médicale : état des lieux et perspectives*, Paris, 4 février 2004 (Julien Mousquès)
- DESS Cadres de la Protection Sociale, Université Paris 1, *Economie de la santé (5 séances de 3 heures)*, Paris Sorbonne, février 2004 (Michel Grignon)
- DESS Santé Publique Action et management en Santé Publique, Université Paris VII, *Economie de la santé (2 séances de 3 heures)*, Saint Maurice, janvier et février 2004 (Karine Chevreul)
- Capacité de gérontologie, Interuniversitaire, *Consommations médicales du Grand âge*, Paris, 6 janvier 2003 (Catherine Sermet)

Emissions de télévision et de radio

- Interview pour un film documentaire TV sur l'HAD, *L'HAD*, 8 juin 2004 (Laure Com-Ruelle)
- YLE Télévision publique finlandaise, « Reportage sur les mesures du gouvernement français pour sauver le système de santé et la sécurité sociale » (Rayne Tiessalo), 21 mai 2004 (Dominique Polton)
- France 5, « Le journal de la santé » (présentation Michel Cymes), *La réforme de l'Assurance maladie*, 1er mai 2004 (Dominique Polton)
- KTO-TV, « Solidarités sans frontières » (52 mn), *Les jeunes et l'alcool*, 6 avril 2004 (Laure Com-Ruelle)
- France 2, « Journal de 20 heures », *Les médicaments génériques*, 13 avril 2004 (Catherine Sermet)
- Europe 1, « Rubrique de Françoise Gaujour », *Les médicaments génériques*, 14 avril 2004 (Catherine Sermet)
- RMC, « Journal du matin », *Les adolescents français face à l'alcool*, 2 février 2004 (Nicole Leymarie)
- France 5, « C dans l'air », *La réforme des hôpitaux*, 21 janvier 2004 (Dominique Polton)
- RTL, « Journal », *Les adolescents français face à l'alcool*, 29 janvier 2004 (Laure Com-Ruelle)
- France 2, « Journal de 13 h », *Les adolescents français face à l'alcool*, 30 janvier 2004 (Laure Com-Ruelle)