

# Rapport d'activité 2006

Mars 2007

## CONSEIL D'ADMINISTRATION

<b>Président</b>	François Joliclerc
<b>Trésorier</b>	Jean-Marie Langlois
<b>Membres</b>	Hubert Allemand, Laure Com-Ruelle, Yves Humez, Daniel Lenoir, Dominique Liger, Christine Meyer, Julien Mousquès, Bernard Salengro, Georges Simoni, Jean-Marie Thomas, Frédéric Van Roekeghem.

## CONSEIL SCIENTIFIQUE

<b>Président</b>	François Héran
<b>Membres</b>	Didier Blanchet, Marc Brodin, Martine Bungener, Mathieu Cousineau, Guy Desplanques, Brigitte Dormont, Pierre-Yves Geoffard, Pierre-Jean Lancry, Annette Leclerc, Pierre Lombrail, Andrée Mizrahi, Arié Mizrahi, Lucile Olier, Dominique Polton, Gérard de Pouvourville, Philippe Ricordeau, Lise Rochaix, Simone Sandier, Alain Trognon, Philippe Ulmann.

## EQUIPE DE RECHERCHE

<b>Directrice</b>	Chantal Cases
<b>Directrice adjointe</b>	Catherine Sermet
<b>Directeurs de recherche</b>	Yann Bourguet, Laure Com-Ruelle, Philippe Le Fur
<b>Maîtres de recherche</b>	Thierry Debrand, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Véronique Lucas-Gabrielli, Georges Menahem, Julien Mousquès, Zeynep Or, Valérie Paris
<b>Chargés de recherche</b>	Anissa Afrite, Anne Aligon, Caroline Allonier, Julien Beauté, Karine Chevreul, Magali Coldefy, Marion Devaux, Nathalie Grandfils, Pascale Lengagne, Anna Marek, Marc Perronnin, Aurélie Pierre, Thomas Renaud, Thierry Rochereau.
<b>Attachées de recherche</b>	Martine Broïdo, Léonor Rivoire, Frédérique Ruchon
<b>Chercheur associé</b>	Michel Naïditch
<b>Responsable de la documentation</b>	Marie-Odile Safon
<b>Documentalistes</b>	Suzanne Chriqui, Véronique Suhard
<b>Responsable des publications</b>	Nathalie Meunier
<b>Informaticiens</b>	Nicolas Célant, Marc Champagne, Bruno Dervillez, Stéphanie Guillaume, Jacques Harrouin, Christophe Lainé, Nelly Le Guen, Catherine Ordonneau
<b>Secrétaire générale</b>	Dominique Goldfarb
<b>Cadre administratif</b>	Isabelle Henri
<b>Assistante de direction</b>	Catherine Banchereau
<b>Secrétaires-maquettistes</b>	Khadidja Ben Larbi, Franck-Séverin Clérembault, Nicole Guervin, Aude Sirvain
<b>Secrétaire de la diffusion</b>	Sandrine Bequignon
<b>Employé de bureau</b>	Damien Le Torrec

# Sommaire

<b>1. OUTILS (ENQUETES, BASES DE DONNEES)</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Enquêtes</b> .....	<b>1</b>
1.1.1 Enquête Santé Protection sociale (ESPS).....	1
➤ A105. Terrain de l'enquête ESPS 2006 .....	1
➤ A106. Apurement et mise à disposition des données 2004 .....	2
1.1.2 A002. Appariement de l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) avec l'échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS).....	2
1.1.3 A003. Enquête Share / Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe .....	2
1.1.4 A004. Retentissement de la tentative de suicide sur l'entourage proche du suicidant : enquête médico-économique, à moyen et long termes.....	4
1.1.5 A005. Projet d'enquête sur les Jeunes et l'Alcool en France et en Italie .....	4
1.1.6 A006. Résultats de l'enquête menée auprès des entreprises sur la couverture complémentaire	4
1.1.7 A099. Enquête décennale HID-Santé 2008 de l'INSEE .....	6
1.1.8 A009. Codage médical de l'enquête décennale santé de l'INSEE 2002-2003 .....	6
1.1.9 A134. Accès au SNIIRAM et tests.....	6
<b>1.2 Eco-Santé</b> .....	<b>7</b>
<b>1.3 Les bases de données</b> .....	<b>9</b>
1.3.1 A015. Développement d'outils pour le recueil de données sur le système de santé .....	9
1.3.2 A111. Constitution d'une base de données sur le médicament.....	10
<b>2. AXES DE RECHERCHE</b> .....	<b>11</b>
<b>2.1 Pôle 1. Organisation et financement des soins primaires et pratiques professionnelles</b> .....	<b>11</b>
<b>2.1.1 Les travaux d'analyse et d'évaluation</b> .....	<b>11</b>
A066. Mesure du délai d'attente pour un rendez-vous de spécialiste selon la densité des praticiens....	11
A067. Distances d'accès aux soins .....	12
A046. Prescription des statines : un éclairage pour promouvoir leur bon usage .....	12
A042. Polypathologie et polyprescription en médecine générale (enquête SFMG-polychrome) .....	13
A050. Support technique à l'URCAM Champagne-Ardenne .....	13
A065. Mise en perspective de l'offre de soins et du recours en psychiatrie.....	13
A057. Les mesures et les dispositifs de régulation de la répartition des médecins : état des lieux et évaluation .....	14
A062. Evaluation du réseau Résicard (insuffisance cardiaque sévère dans l'Est parisien) .....	15
A014. Soutien méthodologique à la SFMG pour le développement de son observatoire de la médecine générale.....	15
A043. Contexte des séances de médecins et satisfaction des patients .....	15
A047. Les modes d'accès aux spécialistes - état des lieux avant la mise en place du parcours de soins coordonnés.....	16
A048. Problèmes considérés comme urgents par les patients qui recourent aux généralistes .....	17

<b>2.1.2 Les travaux prospectifs dans le cadre des politiques publiques .....</b>	<b>17</b>
A061. Comparaisons internationales sur la substitution/délégation de tâches entre professionnels de santé dans le domaine des soins primaires.....	17
A116. Enquête sur le regroupement des généralistes – Panel URML Bretagne .....	18
A058. Recherche sur une méthodologie d'organisation des soins ambulatoires.....	18
A059. Aide à l'élaboration et au suivi des expérimentations de transfert de tâches entre médecins et professions paramédicales dans le cadre de l'ONDPS .....	19
A122. Task shifting OMS .....	20
<b>2.2 Pôle 2. Organisation, financement, qualité et recours aux soins hospitaliers et alternatifs à l'hospitalisation .....</b>	<b>21</b>
<b>2.2.1 Organisation, financement, qualité des soins hospitaliers et alternatifs à l'hospitalisation</b>	<b>21</b>
A049. Les coûts de prise en charge du cancer du côlon en Ile-de-France .....	21
A055. Exploitation seconde de la base de l'Etude Nationale de Coûts : coûts hospitaliers de pathologies fréquentes .....	22
A093. Alternatives à l'hospitalisation dans différents pays .....	22
B001. L'hospitalisation à domicile française Coûts et qualité .....	22
A052. Comparaison des coûts induits par la création d'une place en HAD <i>versus</i> SSR .....	23
A051. La Qualité des soins en France : Etats des lieux et comparaison internationale.....	24
A053. La qualité des soins hospitaliers : incitation par le financement .....	24
A054. Impact de la T2A sur la qualité et l'accès aux soins .....	24
Apport de l'expertise de l'IRDES sur le champ hospitalier et les alternatives à l'hospitalisation.....	24
➤ B005. Impact du vieillissement de la population française sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030.....	24
➤ A146 - Comité de pilotage sur l'HAD et nouvelle enquête nationale de coûts en HAD.....	24
➤ A140 Participation au groupe de travail portant sur le continuum HAD/SSIAD : quelle frontière et quel mode de financement pour les « SIAD lourds » ?.....	25
<b>2.2.2 Soins psychiatriques .....</b>	<b>25</b>
A044. Collaboration avec le CCOMS : l'évaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés .....	25
A019. Propositions de redressement de l'enquête nationale sur les populations suivies en psychiatrie et expertise méthodologique sur l'analyse de la non-réponse .....	25
<b>2.3 Pôle 3. Etat de santé, recours aux soins et déterminants.....</b>	<b>27</b>
<b>2.3.1 L'état de santé et ses déterminants.....</b>	<b>27</b>
B003. Les indicateurs de suivi des objectifs de la Loi de Santé Publique.....	27
A023. Construction d'un indicateur de santé continu agrégeant risque vital et incapacité.....	27
A017. Signification et validation du minimodule européen.....	28
A022. Prévalence de l'asthme et de ses comorbidités, évaluation de la qualité de vie et des recours aux soins chez l'adolescent et l'adulte asthmatique dans l'Enquête santé 2002/2003 de l'INSEE .....	29
A117. Evolution de la prévalence de l'asthme selon les stades de sévérité, déterminants et recours aux soins dans l'Enquête santé et protection sociale 2006 .....	29
A132. Impact économique de l'asthme réfractaire.....	30
Prévalence et déterminants des problèmes d'alcool en population générale .....	30
➤ A021. Identification et mesure des problèmes d'alcool à travers les enquêtes en population générale.....	30
➤ A113. Prévalence et déterminants des différents profils d'alcoolisation en population générale	31
➤ A114. Impact des différents profils d'alcoolisation sur l'état de santé et le recours aux soins	31

A091. Alcoorama .....	32
A100. Morbidité enquête santé .....	32
A028. Variations de l'état de santé et du recours selon le contexte géographique .....	33
A115. Relations entre morbidité diagnostiquée et morbidité déclarée .....	33
<b>2.3.2 Les inégalités de santé et de recours aux soins .....</b>	<b>34</b>
A020. Hétérogénéité sociale de mesure de l'état de santé et mesure des inégalités de santé .....	34
A025. Analyse des déterminants sociaux des inégalités de santé .....	36
A096. Expériences difficiles, santé et recours aux soins .....	37
A032. L'état de santé en Zones Urbaines Sensibles : des inégalités individuelles à la discrimination collective .....	39
A030. La santé des adultes selon leur origine sociale : transmission intergénérationnelle des inégalités sociales de santé .....	39
A026. Inégalités d'attitudes à l'égard du risque et inégalités de santé .....	40
A031. Enquête pilote INTERMEDE portant sur l'interaction entre médecins et malades dans la création d'inégalités sociales de santé .....	41
A098. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire .....	42
<b>2.3.3 Les relations entre la santé et les situations de travail.....</b>	<b>43</b>
A018. Construction d'un indicateur d'espérance de vie active sans incapacité .....	43
A024. Les itinéraires professionnels en relation avec la santé .....	44
A029. Discriminations liées à la santé sur le marché du travail .....	45
A136. PENSARE : PENibilité, SANTé et Retraite – Etat de santé et pénibilité du travail : deux facteurs explicatifs du départ en retraite .....	46
A068. Modalités d'accès à la retraite pour raison de santé .....	47
Z001. Santé et offre de travail des seniors : l'importance des contextes .....	47
<b>2.3.4 Consommation et prescription de médicaments .....</b>	<b>47</b>
B001. Evaluation économique des génériques antiépileptiques .....	47
A072. Consommation internationale de la consommation d'antidépresseurs (Royaume-Uni, Allemagne, France) .....	48
A127. Comparaison internationale France Canada .....	48
A077. L'utilisation des traitements hormonaux substitutifs .....	49
A073. L'observance médicamenteuse .....	50
<b>2.3.5 Vieillesse .....</b>	<b>51</b>
A069. Ouvrage sur le vieillissement en Europe .....	51
<b>2.4 Pôle 4. Système de santé, financement, assurance et régulation .....</b>	<b>53</b>
<b>2.4.1 Assurance maladie obligatoire et complémentaire : financement et dépenses .....</b>	<b>53</b>
A036. Impact de la CMU sur le recours aux soins .....	53
A037. Variabilité des dépenses en part complémentaire des bénéficiaires de la CMU .....	53
A038. Evaluation du dispositif d'aide à la Mutualisation .....	55
A033. MGET : Analyse des RAC .....	57
A087. Microsimulation dépenses de santé .....	57
<b>2.4.2 Assurance maladie et marché du travail .....</b>	<b>58</b>
A131. Analyses macro et micro-économique des mécanismes d'indemnités journalières (IJ) .....	58
A035. Mobilité sur le marché de la couverture complémentaire .....	59
A040. La construction d'une base de données pour l'étude des IJ et des AT/MP .....	60

A094. Test de l'hypothèse de Brenner.....	61
A112. Projet Workhealth- phase II.....	61
<b>2.4.3 Impacts de la réforme de l'Assurance maladie, régulation du médicament .....</b>	<b>62</b>
A064. Evaluation du dispositif du médecin traitant .....	62
A101. L'impact du déremboursement des mucolytiques et des expectorants sur la prescription des médecins .....	63
A075. Déterminants du prix des médicaments en France .....	63
A080. Appréciation et valorisation du caractère innovant du médicament : comparaisons internationales	64
<b>2.4.4 Etudes macro-économiques, comparaison des systèmes de santé .....</b>	<b>64</b>
A086. Les dépenses de prévention en France : estimation à partir des comptes nationaux de la Santé de 2002.....	64
A095. Comptes de la santé par pathologie, nouvelle version .....	65
A082. Développement et comparaisons territoriales d'un "indicateur de sécurité humaine.....	65
A085. Collaboration Bertelsmann : Health Policy Monitor .....	66
A081. Niveau de couverture et coûts des biens et services médicaux en Europe : projet européen Basket.....	66
A084. Impact de la décentralisation des systèmes de santé sur l'équité et l'efficacité .....	67
A119. Participation au projet EUROTHINE.....	67
A083. Observatoire franco-québécois de la santé .....	68
<b>3. REPONSES AUX APPELS D'OFFRES.....</b>	<b>71</b>
3.1 Projets retenus .....	71
3.2 Projets non retenus.....	73
<b>4. DOCUMENTATION.....</b>	<b>75</b>
<b>5. DIFFUSION ET VALORISATION DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>83</b>
<b>6. AUTRES ACTIVITES .....</b>	<b>97</b>
<b>6.1 Activités d'expertise et participation à des instances, enseignement.....</b>	<b>97</b>
6.1.1 Conseils d'administration.....	97
6.1.2 Conseils et comités scientifiques.....	97
6.1.3 Comités et groupes d'expertise permanents .....	97
6.1.4 Comités et groupes d'expertise ponctuels.....	97
6.1.5 Activités de recherche dans d'autres centres .....	98
6.1.6 Comités de rédaction de revues.....	98
6.1.7 Comités de pilotage et groupes de travail .....	98
6.1.8 Enseignement .....	99
<b>6.2 Colloques, congrès, séminaires, enseignements ponctuels .....</b>	<b>99</b>
6.2.1 Colloques, congrès, séminaires .....	99
6.2.2 Enseignements ponctuels .....	103
6.2.3 Interventions médiatiques.....	105
<b>7. GLOSSAIRE .....</b>	<b>107</b>

# 1. OUTILS (ENQUETES, BASES DE DONNEES)

## 1.1 Enquêtes

### 1.1.1 Enquête Santé Protection sociale (ESPS)

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

#### ➤ A105. Terrain de l'enquête ESPS 2006

Le terrain s'est déroulé de mars à décembre 2006, en deux vagues, printemps et automne. Les ménages interrogés sont des ménages ordinaires, affiliés à la CNAMTS, la MSA ou le RSI et résidant en France métropolitaine. Un sur-échantillon de ménages CMUistes a été adjoint, pour favoriser des exploitations spécifiques.

L'Enquête Santé et Protection sociale (ESPS) a été réalisée en 2006 pour la 15ème fois, ce qui a permis de compléter un cinquième point de panel, les ménages étant ré-enquêtés tous les 4 ans. Les fichiers d'enquête ont été restitués à l'IRDES en janvier 2007. Au total, ce sont 8 100 ménages qui ont participé à l'enquête ESPS 2006

Principales modifications apportées à l'enquête en 2006 :

⇒ Etat de santé :

- module asthme (programme ministériel asthme : IRDES, INVS, DREES, INSERM),
- module nutrition (INVS),
- soins préventifs (INVS),
- santé mentale (GIS<sup>1</sup> Psy et IRDES),
- incapacité (IRDES, INED).

⇒ Accès aux soins :

- médecin traitant (IRDES, CNAMTS).

⇒ Statut économique et social :

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

Ces questionnements ont été testés par un pilote réalisé auprès de 250 personnes en février 2006.

La méthodologie de terrain a été modifiée avec :

- refonte des documents de formation des enquêteurs et d'information des enquêtés,
- contrôle en continu de la plate-forme téléphonique et accompagnement des enquêteurs sur le terrain
- contrôle qualité des questionnaires retournés sur critères statistiques
- débriefing avec les enquêteurs (focus group) et avec l'équipe d'encadrement de la société de sondage
- information des enquêtés des résultats de l'enquête (prévue à la fin 2007)
- début de l'apurement dès la fin de la première vague

---

<sup>1</sup> Groupement d'intérêt scientifique

## ➤ A106. Apurement et mise à disposition des données 2004

Une première version des données 2004 a été proposée en janvier 2006. Elle a été suivie d'une version n° 2 dans laquelle ont été pris en compte les retours d'expérience des utilisateurs. Cette version deux a été mise à disposition en mai 2006.

Les utilisateurs peuvent dorénavant s'appuyer sur un dictionnaire html des données, accessible en ligne sur le site IRDES. Ce dictionnaire propose des informations sur chaque table, chaque variable et la façon de les traiter, y compris les lignes de programme et les formats Sas nécessaires.

 *Santé, soins et protection sociale en 2004*. Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T., IRDES n° 1621, 2006/01, 212 pages.

 *L'Enquête Santé Protection sociale 2004, un outil d'analyse pluridisciplinaire de l'accès aux soins, de la couverture et de l'état de santé des Français*. Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T., « Questions d'économie de la santé » n° 105, série « Méthode », janvier 2006.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes105.pdf>

 *Enquête santé, soins et protection sociale 2004 : premiers résultats*. Allonier C., Guillaume S., Rochereau T.. « Questions d'économie de la santé » n° 110, série « Résultats », Juillet 2006. 6 pages. ▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes110.pdf>

 Descriptif des variables de l'enquête sur la santé et la protection sociale en 2004. IRDES n° 1621bis, 2006/10. 249 pages ▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1621bis.pdf>

 Dictionnaire html des variables

▶ <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Enquetes/ESPS/Dictionnaires/2004/sommaire.html>

### 1.1.2 A002. Appariement de l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) avec l'échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS)

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

L'appariement des données d'enquête est complété deux ans après l'enquête elle-même, pour assurer une remontée exhaustive des remboursements.

La procédure d'appariement a été dans un premier temps totalement remise à plat, ce qui a donné lieu en particulier à une actualisation du guide d'utilisation (cf. [Dictionnaire html des variables](#)). A la suite de ce travail préparatoire, l'année 2002 a été appariée de nouveau de façon à être homogène avec l'année 2004. Les deux appariements sont finalisés et mis à disposition au dernier trimestre 2006.

Les données agrégées au niveau individuel intègrent cette fois, en plus des dépenses, des informations sur les volumes (nombre de séances par spécialité) et les indemnités journalières (IJ).

Plusieurs exploitations des données 2002 et 2004 ont été réalisées pour le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM). Des préparations de données spécifiques ont été effectuées en réponse à une demande d'une équipe de l'INVS.

### 1.1.3 A003. Enquête Share / Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe

*Thierry Debrand, Léonor Rivoire*

SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) est une enquête européenne dont le but est de collecter des données homogènes sur des thèmes liés au vieillissement et à la retraite auprès d'Européens de plus de 50 ans. Pluridisciplinaire, ce projet rassemble des chercheurs d'horizons variés (épidémiologie, sociologie, statistique, psychologie, démographie, économie).

Les thèmes abordés dans le cadre de cette enquête intéressent plus particulièrement les disciplines suivantes : la santé, la psychologie, l'économie et la sociologie. Les données collectées incluent des variables de santé (état de santé déclaré, tests physiques et cognitifs, comportement en matière de santé et d'utilisation du système de soins), des variables psychologiques (santé mentale, bien-être,

satisfaction), des variables socio-économiques (statut professionnel, caractéristiques de l'activité professionnelle, âge de la retraite, ressources financières, niveau de revenu, logement, éducation) et de capital social (soutien familial, transferts financiers, réseaux sociaux, bénévolat...).

Ce projet d'enquête s'est nourri des expériences américaines (Health and Retirement Survey (HRS) aux Etats-Unis qui en est à sa sixième vague) et de l'expérience britannique (English Longitudinal Survey of Aging). L'enquête britannique devrait être intégrée à terme à l'opération SHARE. Des chercheurs américains, impliqués dans la gestion de l'enquête HRS sont aussi des partenaires dans le projet (University of Michigan, Survey Research Center, National Institute on Aging, Rand).

L'objectif général de l'enquête SHARE est de mieux analyser les problèmes économiques et sociaux liés au vieillissement et de permettre des comparaisons internationales.

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

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

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

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

De façon globale, les données issues de l'enquête SHARE permettront d'étudier la population des 50 ans et plus et d'éclairer les questions de politiques économiques et sociales soulevées par le vieillissement des populations occidentales mais aussi de progresser dans les méthodes scientifiques de comparaisons internationales.

### **Actualité de SHARE en 2006**

L'enquête SHARE en est maintenant à sa deuxième vague et prend, depuis 2006, la forme d'un panel biennal.

Les onze pays européens ayant participé à l'édition 2004 (Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grèce, Italie, Pays-Bas, Suède et Suisse), ont, pour cette deuxième vague, été rejoints par la Pologne, la République Tchèque ainsi que l'Irlande.

En France, la collecte des données a été prise en charge par l'INSEE et s'est déroulée du mois d'octobre au mois de décembre 2006.

- ☞ *L'impact de l'état de santé sur l'emploi des seniors en Europe*. Barnay T., Debrand T. *Questions d'économie de la santé* n° 109, Juin 2006 ▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes109.pdf>
- ☞ *L'enquête SHARE : présentation et premiers résultats de l'édition française*, Blanchet D., Pollet P., Debrand T., Dourgnon P., *Retraite et Société*, 2006/01, n° 47, 110-135

#### **1.1.4 A004. Retentissement de la tentative de suicide sur l'entourage proche du suicidant : enquête médico-économique, à moyen et long termes.**

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

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

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

L'année 2005 a été consacrée à la réalisation du protocole de recherche 2006-2008 dans le cadre du dépôt d'un PHRC<sup>2</sup> en mars 2005. Ce projet a reçu une réponse positive en juin 2005 et une pré-enquête de faisabilité pour laquelle l'investigateur principal bénéficie d'une subvention de la DGS a été mise en œuvre, confirmant la faisabilité de l'étude. La mise en place de l'étude a fait l'objet d'une journée de lancement le 2 mars 2006 à Paris avec l'ensemble des centres concernés.

Réalisation 2006 : terrain d'enquête en cours.

#### **1.1.5 A005. Projet d'enquête sur les Jeunes et l'Alcool en France et en Italie**

*Laure Com-Ruelle, en collaboration avec l'IRES (Nicole Leymarie) et l'INSERM (Marie Choquet)*

L'objectif principal de l'étude est d'améliorer les connaissances en termes de modèles de consommation d'alcool et autres substances psychoactives au sein de jeunes âgés de 13 à 24 ans en population générale (scolarisés ou non). La recherche vise les jeunes âgés de 13 à 24 ans afin de prendre en compte l'adolescence qui est la période d'initiation et la postadolescence.

En 2006, la méthodologie d'enquête a été affinée et l'élaboration des questionnaires démarrée, le terrain étant repoussé en 2007.

#### **1.1.6 A006. Résultats de l'enquête menée auprès des entreprises sur la couverture complémentaire**

*Marc Perronnin, Thierry Rochereau*

L'enquête sur la couverture maladie complémentaire d'entreprise a été réalisée fin 2003 auprès de 1 700 établissements. Les premiers résultats ont été publiés sous forme d'un « Questions d'économie de la santé » en juin 2004 et d'un rapport en septembre 2004.

En 2005, nous avons finalisé le deuxième volet de ce travail qui a consisté à analyser les niveaux des contrats de couverture relevés lors de l'enquête. Nous les avons regroupés en quatre classes, selon la méthode déjà utilisée sur l'enquête ESPS, en prenant en compte les niveaux de garanties optiques et dentaires : contrats à garanties « faibles », « moyennes », « fortes en optique » et « fortes en dentaire ». L'année 2006 a été consacrée à la publication des résultats issus de cette deuxième phase dans le *Questions d'économie de la santé* n° 112 « La complémentaire maladie d'entreprise : niveaux de garanties des contrats selon les catégories de salariés et le secteur d'activité » en septembre et dans le *Questions d'économie de la santé* n° 115 « Complémentaire maladie

---

<sup>2</sup> *Programme hospitalier de recherche clinique*

d'entreprise : contrats obligatoires ou facultatifs, lutte contre l'antisélection et conséquences pour les salariés » en novembre.

Les premiers résultats publiés dans le *Questions d'économie de la santé* n° 83 (La complémentaire maladie d'entreprise : premiers résultats nationaux d'une enquête menée fin 2003 auprès de 1 700 établissements) avaient montré que la probabilité de travailler dans une entreprise qui propose un contrat de couverture maladie complémentaire augmente avec la taille de l'entreprise, de moins de 30 % dans les entreprises de moins de 10 salariés à quasiment 100 % dans celles de plus de 500 salariés. Cette probabilité d'accès à une couverture d'entreprise dépend également de la catégorie socioprofessionnelle des salariés. Ainsi, les cadres et professions intermédiaires ont 80 % de chance de travailler dans une entreprise qui propose un tel contrat, les ouvriers en ont 70 % et les employés 64 %.

Dans le *Questions d'économie de la santé* n° 112 (La complémentaire maladie : niveaux de garanties des contrats selon les catégories de salariés et le secteur d'activité), nous montrons que cette inégalité d'accès à un contrat de couverture maladie collective est renforcée par une inégalité sur les niveaux de garanties proposés aux salariés essentiellement selon qu'ils sont ou non cadres. Ainsi, les entreprises employant de fortes proportions de cadres offrent en moyenne des contrats avec des garanties plus importantes et lorsqu'elles proposent des contrats différents selon la catégorie des salariés, les garanties sont presque toujours plus fortes pour les cadres. Au final, pour les soins dentaires et l'optique, très peu remboursés par l'assurance maladie, un cadre sur trois peut accéder, *via* son entreprise, à un contrat offrant des garanties élevées contre seulement un non-cadre sur cinq.

Si, en moyenne, les niveaux de garanties varient peu selon les secteurs d'activité, de fortes disparités existent entre entreprises d'un même secteur, selon leur taille et le statut des salariés. Ainsi, les salariés des petites entreprises du secteur des services et encore plus ceux de l'industrie restent majoritairement exclus de la protection maladie collective ; par ailleurs, contrairement au secteur de l'industrie, le secteur de la construction fait peu de différences entre cadres et non-cadres que ce soit pour l'accès aux contrats collectifs ou pour les niveaux de garanties offerts. Enfin, l'implication des salariés dans les décisions concernant le contrat de couverture maladie collectif est très variable selon le secteur d'activité. Dans le bâtiment, c'est l'employeur qui décide seul, les salariés sont peu associés et les employeurs participent presque toujours au financement des contrats qui sont fréquemment obligatoires pour tous les salariés. Le secteur de l'industrie, dans lequel la représentation syndicale est relativement forte, laisse plus de place à la négociation salariale, qui est souvent distincte pour les cadres et les non-cadres. Le secteur des services se caractérise par une moins forte implication des employeurs dans le choix et la négociation des contrats ainsi que dans leur financement. Les contrats plus souvent facultatifs et à options laissent plus de liberté de choix aux salariés.

Dans le *Questions d'économie de la santé* n° 115 (Complémentaire maladie d'entreprise : contrats obligatoires ou facultatifs, lutte contre l'antisélection et conséquences pour les salariés), nous montrons que la couverture complémentaire maladie d'entreprise est loin de représenter un bloc uniforme. De multiples offres existent : contrats obligatoires proposés à tous les salariés ou à une partie d'entre eux, contrats à souscription facultative avec ou sans options... Ces offres ne sont pas toutes exposées au même degré de risque d'antisélection. D'après notre enquête, les assureurs se protègent de ce risque en proposant en grande majorité des contrats collectifs obligatoires ou des contrats facultatifs à options. Les premiers, les contrats obligatoires, imposent à l'ensemble des salariés visés par le contrat, de se couvrir, quel que soit leur niveau de consommation de soins, ce qui permet de « mélanger » les risques ; les seconds, les contrats facultatifs avec options, permettent aux salariés de choisir des niveaux de garanties adaptés à leur profil de consommations de soins, l'assureur pouvant alors ajuster la tarification de chaque formule au niveau de risque des individus qui l'ont souscrite. Les contrats facultatifs sans options sont les plus exposés à l'antisélection ; ils concernent à peine 15 % des salariés. Dans ce cas, des majorations de cotisations peuvent être prévues pour les salariés qui retardent la souscription du contrat.

Contrats collectifs obligatoires et contrats facultatifs n'offrent pas les mêmes intérêts aux salariés. Les premiers, non soumis à l'antiselection et qui cumulent une série d'avantages en termes de coûts, proposent des niveaux de garanties en moyenne plus élevés. Les seconds laissent plus de liberté aux salariés, notamment la liberté de souscription, et semblent, dans le secteur des services, plus souvent proposés par des entreprises qui délèguent la gestion du contrat aux salariés.

Deux projets sont prévus pour poursuivre ce travail en 2007. Le premier est d'étudier la possibilité d'appariement des données de l'enquête IRDES avec les informations des DADS<sup>3</sup>, ce qui nous permettrait d'étudier en particulier les effets de substitution ou bien de cumul d'avantages entre salaires et couverture maladie d'entreprise. Le second est de préparer une nouvelle enquête sur le sujet en couplant l'interrogation des entreprises à une interrogation des salariés.

☰ *Complémentaire maladie d'entreprise : contrats obligatoires ou facultatifs, lutte contre l'antiselection et conséquences pour les salariés*, Francesconi C., Perronnin P., Rochereau T., Questions d'économie de la santé n°115, novembre 2006, 4p.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes115.pdf>

☰ *La complémentaire maladie : niveaux de garanties des contrats selon les catégories de salariés et le secteur d'activité*, Francesconi C., Perronnin P., Rochereau T., Questions d'économie de la santé n°112, septembre 2006, 6p. ▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes112.pdf>

### **1.1.7 A099. Enquête décennale HID-Santé 2008 de l'INSEE**

*Catherine Sermet, Caroline Allonier*

L'INSEE et la DREES lancent en 2008 une nouvelle enquête sur la santé, l'enquête HID-Santé. Cette enquête, qui sera la première de la nouvelle série des enquêtes santé françaises, sera focalisée sur le handicap, mais comportera également un volet état de santé important. L'enquête suivante, prévue en 2013, sera essentiellement centrée sur les questions de santé.

L'IRDES participe au groupe de conception de cette enquête, ainsi qu'aux sous-groupes chargés plus précisément du module « état de santé » et du module « incapacités-limitations fonctionnelles ».

L'année 2006 a été consacrée à la mise au point de la méthodologie de l'enquête et à la construction du questionnaire. Les premiers tests de l'enquête sont actuellement en cours de réalisation.

### **1.1.8 A009. Codage médical de l'enquête décennale santé de l'INSEE 2002-2003**

*Catherine Sermet, Stéphanie Guillaume*

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

L'IRDES a assuré en 2005 le codage de ces différentes variables.

Un petit reliquat de codage portant sur le médicament a été réalisé durant l'été 2006 à la demande de l'INSEE.

☞ *Les fichiers comportant ce codage résiduel ont été transmis à l'Insee en septembre 2006.*

### **1.1.9 A134. Accès au SNIIRAM<sup>4</sup> et tests**

*Jacques Harrouin, Christophe Lainé, Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Nelly Le Guen, Veronique Lucas Gabrielli*

Le SNIIRAM a été rendu accessible au deuxième semestre 2006. Il est dorénavant possible à l'IRDES d'interroger à distance certaines ressources de l'Assurance maladie. Quatre chercheurs ont suivi une

---

<sup>3</sup> *Déclaration automatisée des données sociales*

<sup>4</sup> *Service national d'information inter-régime de l'Assurance maladie*

formation CNAMTS portant sur le contenu des bases et les outils d'extraction d'information. Une connexion sécurisée a été installée et des tests d'accès réalisés en commun par les statisticiens et informaticiens.

## 1.2 Eco-Santé

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

### ➤ Eco-Santé (logiciel et sur internet [www.ecosante.fr](http://www.ecosante.fr))

*Jacques Harrouin, Christophe Lainé*

Eco-Santé est un logiciel permettant d'exploiter plusieurs bases de données chiffrées sur les systèmes de santé et leur environnement démographique, social et économique. Elle est disponible en deux versions : Cd-rom et en ligne. 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 50 ans pour la Base France), ce que font rarement les annuaires statistiques. Ces séries sont produites par les « grands organismes » : DREES, INSEE, INED, INSERM, CNAMTS, CANAM, MSA, INVS, IRDES...

Quatre bases d'Eco-Santé ont été produites en 2006 :

- ⇒ Eco-Santé France co-production IRDES- DREES.
- ⇒ Eco-Santé Régional co-production IRDES- DREES.
- ⇒ Eco-Santé OCDE co-production IRDES-OCDE.
- ⇒ Eco-Santé Québec partenariat avec l'INSPQ<sup>5</sup>, l'ISQ<sup>6</sup>, le MSSS<sup>7</sup> sous l'égide de l'OFQSS<sup>8</sup>

Pour accroître la visibilité et l'accessibilité des bases Eco-Santé, les développements se sont portés vers la version en ligne [www.ecosante.fr](http://www.ecosante.fr). Cette version permet à tout possesseur d'un ordinateur sous Windows, Mac OS ou Station Linux/Unix et disposant d'un accès Internet de pouvoir visualiser la structure ainsi que les sources et méthodes des quatre bases Eco-Santé. La visualisation d'une série ainsi que l'exportation de celle-ci n'a été, en 2006, disponible gratuitement que pour la base Québec. Pour les autres bases, l'accès à la version en ligne est subordonné à l'achat d'une version réseau. Il est à noter que les « grands organismes » membres de l'IRDES ou associés à la production du logiciel disposent d'un accès complet et gratuit à l'ensemble des bases de la version en ligne.

### ➤ A010. Eco-Santé France

*Anne Aligon, Martine Broïdo, Frédérique Ruchon*

La base France contenait, dans sa version 2006, environ 15 000 séries, soit 280 000 données sur le système de santé français et son contexte démographique, social et économique. Les séries sont disponibles dans la mesure du possible de 1950 à 2006.

La version 2006 a été marquée par l'introduction dans la base des admissions en ALD (affections de longue durée) des bénéficiaires du Régime général, pour chacune des 30 maladies (CIM10) et de leur ensemble. Ces données proviennent de la CNAMTS et sont

---

<sup>5</sup> [Institut national de santé publique du Québec](#)

<sup>6</sup> [Institut de la statistique du Québec](#)

<sup>7</sup> [Ministère de la santé et des services sociaux Québec](#)

<sup>8</sup> [Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité](#)

présentées pour les années 2003 et 2004. Par ailleurs, les données des décès par causes, par tranches d'âge et par sexe, ont été rétro-polées depuis 1979 en CIM10.

Enfin, les structures d'accueil des personnes âgées dépendantes ont été complétées par les services de soins à domicile et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

#### ➤ **A010. Eco-Santé Régions & Départements**

*Martine Broïdo*

La base Régions & Départements présentait en 2006 plus de 7 000 séries, soit plus de 2,6 millions de données.

Outre la mise à jour des données déjà présentes dans Eco-santé, le principal apport de 2006 est l'introduction dans la base des admissions en ALD (affections de longue durée) des bénéficiaires du Régime général, pour chacune des 30 maladies (CIM10) et de leur ensemble. Ces données proviennent de la CNAMTS et sont présentées pour les années 2003 et 2004.

Par ailleurs, le chapitre « Economie : emploi » a été modifié de façon à présenter les données d'emploi selon la dernière nomenclature existante, la NES (nomenclature économique de synthèse). La NES comprend 3 niveaux (en 16, 36 et 114 positions). Eco-Santé présente l'emploi selon les 5 grands secteurs de l'économie, découpés selon les 16 postes au premier niveau de la NES (NES16) à l'intérieur desquels sont présentés quelques-uns des postes du deuxième niveau (NES36) lorsque ceux-ci présentent un intérêt pour l'économie de la santé ou du social. Les données présentées proviennent de l'Insee et vont de 1989 à 2003.

Le chapitre « Démographie : population totale par âge et sexe » a été enrichi de données d'estimations localisées de population (ELP) par tranches d'âges quinquennales.

De nouvelles variables ont été ajoutées au chapitre « Economie : richesse » de façon à présenter les données en base 2000 du Produit intérieur brut (PIB) pour les années 1990 à 2003 et du Revenu disponible brut des ménages (RDBM) pour les années 2001 à 2003.

Et, comme dans Eco-Santé France, le chapitre sur les structures d'accueil des personnes âgées dépendantes a été complété par les services de soins à domicile et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

#### ➤ **A011. Eco-Santé OCDE**

*Catherine Bancheureau, Martine Broïdo*

La base OCDE est mise à jour par l'OCDE sur la base de données transmises par différents organismes dans chacun des pays.

Certains organismes transmettent directement leurs propres données, tels que la DREES pour les comptes de la Santé ; d'autres, tels qu'Eurostat se substituent parfois à l'ensemble des pays pour certaines données en vue de leur uniformisation.

L'IRDES est chargé de mettre à jour et de transmettre à l'OCDE des données pour la France (morbidité, imagerie médicale, activité des médecins libéraux, prévention, greffes, consommation de tabac, ventes pharmaceutiques) provenant de différentes autres sources (fichier SAE, INSEE, ESPS..).

Une version commercialisée est parue en juin 2006 et une mise à jour Internet en octobre 2006.

#### ➤ **A012. Eco-Santé Québec**

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

Cette cinquième 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 1981-2006, soit plus de 260 000 données.

Cette base de données est en accès gratuit sur [www.ecosante.fr](http://www.ecosante.fr) et 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.

➤ **Formation aux statistiques à partir d'Eco-santé dans le cadre d'un Master sur la protection sociale**

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

L'équipe Eco-Santé a été sollicitée pour assurer une formation intitulée « Informatique et statistiques » dans le cadre d'un Master de protection sociale complémentaire en formation continue. L'équipe a donc construit et assuré une formation de 25 heures auprès de la quinzaine d'étudiants de ce Master. Un bilan positif de cette formation a été établi au printemps 2006 entraînant la pérennisation de cet enseignement dans les années à venir.

➤ **Diffusion d'Eco-Santé : Les données de cadrage à partir d'Eco-Santé**

*Martine Broïdo, Nathalie Meunier*

Dans un but de présentation conviviale des données d'Eco-Santé, l'équipe présente, en collaboration avec le service diffusion, des données de cadrage sur le site de l'IRDES. Les thèmes déjà traités sont mis à jour régulièrement et de nouveaux thèmes sont choisis en fonction de l'actualité :

▶ <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/cadrage.htm>

➤ **Valorisation du logiciel Eco-Santé**

*Anne Aligon, Thomas Barnay (ERUDITE, Université Paris 12), Claire Santarelli*

Dans le cadre des activités de recherche liées à l'utilisation de la base Eco-Santé, Claire Santarelli, étudiante en MST Méthodes de la Prévision et de la Modélisation 2ème Année (Université Paris Dauphine) a effectué un stage de juin à août 2006 sous la direction d'Anne Aligon et Thomas Barnay.

Cette étude exploratoire visait à comprendre l'évolution des dépenses de santé et ses déterminants. Il s'est agi de fournir un travail exploratoire fondé sur une revue d'études réalisées précédemment sur le sujet. Des recherches complémentaires à propos des techniques économétriques employées par les auteurs ont été effectuées.

 Cette étude a donné lieu à un rapport de stage.

## 1.3 Les bases de données

### 1.3.1 A015. Développement d'outils pour le recueil de données sur le système de santé

*Zeynep Or, Jacques Harrouin*

Dans le cadre d'un appel d'offre lancé en 2005 par Eurostat, l'IRDES participe à un projet européen, « *Development of tools for data collection and health care statistics* », visant à développer des outils pour la collecte de données et d'informations relatives aux dépenses de santé.

L'objectif principal de ce projet est d'améliorer le caractère exhaustif et la comparabilité des statistiques entre les 25 pays membres de l'Union européenne, à partir de systèmes de comptes de la santé (SCS) développés conjointement par l'OCDE et Eurostat. L'IRDES et BASYS (Allemagne) co-organisent ce projet auquel participent de nombreux experts des différents pays membres et qui devrait prendre fin en 2007.

Ce projet vise à développer un logiciel statistique afin de faciliter et harmoniser le recueil des données SCS (comptes de santé) par les pays membres.

En 2006 deux premières phases de ce projet ont été achevées. Deux rapports intermédiaires avec un logiciel prototype (*skeleton application*) ont été fournis à l'Eurostat courant 2006.

Le projet devrait prendre fin en juillet 2007 où un rapport sera présenté à Eurostat avec la version finale du logiciel et la documentation s'y rapportant, les réactions des pays membres et les recommandations.

Ce projet est financé par Eurostat.

 *Tools for data collection on health care statistics*, inception report, Zeynep Or, Markus Schneider, février 2006.

 *Tools for data collection on health care statistics*, Phase 2 report, Zeynep Or, Markus Schneider, December 2006.

### **1.3.2 A111. Constitution d'une base de données sur le médicament**

*Nathalie Grandfils, Vincent LANGLO (stagiaire IUT de Vannes)*

L'objectif de ce travail était d'explorer la totalité des données contenues dans la base de données du Sempex afin de constituer une base de données la plus complète possible utilisable dans des recherches.

Deux aspects ont été principalement explorés :

- ⇒ les variables relatives aux génériques : génériques ou princeps figurant au répertoire, génériques ou princeps n'y figurant pas, molécules non génériquées ;
- ⇒ les variables relatives au calcul du nombre de DDD (Daily Defined Dose) par boîte : dosage, conditionnement et valeur de la DDD récupérée dans le fichier de l'OMS.

Une base de données, donnant pour chaque CIP l'ensemble de ces informations, a été construite.

Ce travail sera prolongé et validé en 2007 par l'exploration de la base Thériaque.

## 2. AXES DE RECHERCHE

### 2.1 Pôle 1.

#### Organisation et financement des soins primaires et pratiques professionnelles

##### 2.1.1 Les travaux d'analyse et d'évaluation

###### **A066. Mesure du délai d'attente pour un rendez-vous de spécialiste selon la densité des praticiens**

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

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

Il s'agit de mieux comprendre comment est structurée l'offre de soins de spécialistes, en réponse aux besoins de soins locaux. On peut penser que coexistent des effets de pénurie dans certains départements et de demande induite dans d'autres. Selon l'hypothèse de demande induite, un médecin peut être amené à pratiquer des « ré-adressages » personnels en excès de façon à atteindre son objectif de revenu. Ce comportement devrait se traduire, notamment dans les zones où l'offre de soins est importante, par une relation non décroissante entre densité locale de médecins et difficulté d'accès au médecin, mesurée par le délai d'attente. A l'inverse, dans les zones où l'offre est plus faible, la présence de spécialistes supplémentaires ne diminue pas nécessairement les délais d'attente car elle peut révéler une demande qui n'était pas exprimée auparavant. La première phase de ce travail a été réalisée à partir des données de l'enquête ESPS 2004. Les premiers résultats montrent que les principaux paramètres à prendre en compte pour expliquer les délais d'attente sont la spécialité du praticien, les modalités d'adressage des patients, le fait que la séance se déroule dans le cadre d'un suivi régulier et les densités de spécialistes. De plus, les effets semblent différer si l'on distingue les densités de spécialistes en fonction du secteur de conventionnement.

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

Ce travail, qui a été réalisé en 2005 dans le cadre du stage de 3<sup>ème</sup> année de l'ENSAI d'Isabelle Leroux, devait se poursuivre en 2006, mais du fait de son départ de l'IRDES, l'étude n'a pas été terminée.

Cependant, les évaluations faites au cours de ce stage ont été affinées. Nous avons notamment introduit dans l'analyse une nouvelle variable à deux modalités permettant de distinguer les recours pour maladie chronique de ceux réalisés pour une affection susceptible de nécessiter un rendez-vous rapide.

Cinq spécialités ont été retenues dans l'analyse : la cardiologie, la dermatologie, la gynécologie, l'ophtalmologie et la pédiatrie.

En secteur 1 comme en secteur 2 quand la densité augmente, les délais diminuent en cardiologie et en ophtalmologie. En dermatologie, quand la densité de médecin du secteur 1 augmente le délai diminue ; la relation n'est pas significative pour le secteur 2. Il semble en aller de même pour la pédiatrie, mais les effets ne semblent pas aussi nets et ne permettent pas de conclure.

Enfin, en gynécologie, on observe une réduction des délais quand la densité de praticiens du secteur 2 augmente ; par contre, un accroissement de la densité de praticiens du secteur 1 ne modifie pas les délais. Ceci pourrait laisser supposer, entre autres hypothèses, que ces praticiens seraient susceptibles d'augmenter leur activité pour compenser une plus grande concurrence.

Afin de renforcer la puissance du modèle, il est envisagé de travailler sur les données de l'ESPS 2004 et 2006 réunies. Toutefois, le questionnement sur les délais a été modifié en 2006 ; ils sont maintenant exprimés en valeur continue et non en classes comme en 2004. Un test de faisabilité est envisagé avant de s'engager dans la prolongation de ce travail.

#### **A067. Distances d'accès aux soins**

*Véronique Lucas-Gabrielli*

La distance d'accès aux soins est un indicateur définissant la bonne diffusion ou la concentration sur le territoire des équipements et des personnels de santé.

Dans un contexte de diminution des effectifs des professionnels de santé, l'étude de la distance d'accès permet de classer chaque type de soins selon une hiérarchie classique pour les services et de définir pour quel type d'espace la distance d'accès a augmenté ou diminué. L'IRDES a ainsi déjà montré qu'en 1990, la distance d'accès aux soins avait diminué, sauf pour les chirurgiens libéraux. L'augmentation de la distance d'accès aux chirurgiens libéraux correspondait à une plus grande concentration urbaine limitant ainsi leur diffusion sur le territoire.

Ce travail consiste à calculer la distance d'accès aux diverses professions de santé libérales, et, pour les spécialistes, aux diverses spécialités. L'analyse prendra en compte l'appartenance des praticiens au secteur 1 ou 2. Parallèlement, seront calculées les distances aux différentes disciplines hospitalières de structures publiques ou privées. Enfin, nous calculerons les distances d'accès aux différents équipements lourds (IRM, scanners, appareils de radiothérapie).

Ces distances seront ensuite analysées en les situant par rapport à d'autres gammes de services (services de proximité, services intermédiaires) afin de prendre en compte les habitudes de mobilité de la population.

Le calcul de la distance d'accès sera fait selon la méthodologie employée dans les précédentes publications de l'IRDES afin de pouvoir en étudier l'évolution.

Ce travail initialement prévu en 2006 est reporté au quatrième trimestre 2007.

#### **A046. Prescription des statines : un éclairage pour promouvoir leur bon usage**

*Anne Aligon, Karine Chevreul, Philippe Le Fur*

*En collaboration avec l'URML Bretagne*

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

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

Dans ce contexte, il était envisagé de mener, début 2006, une enquête auprès d'un panel de médecins généralistes participant au baromètre des pratiques de l'URML Bretagne (120 médecins). L'objectif de l'étude était de fournir un éclairage sur les prescriptions des médecins généralistes bretons, pour :

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

Cette enquête a démarré fin 2006. Elle est actuellement en cours de réalisation, mais les questionnaires semblent remonter avec difficulté. L'exploitation des données, reportée en 2007, dépendra donc de la plus ou moins bonne participation des médecins du panel.

#### **A042. Polypathologie et polyprescription en médecine générale (enquête SFMG-polychrome)**

*Julien Mousquès, soutien méthodologique*

*Sous la responsabilité de Pascal Clerc (SFMG) et en collaboration avec Gérard de Pourville (titulaire de la Chaire ESSEC Santé)*

L'objectif final de cette recherche est de proposer des outils d'identification et d'amélioration des situations médicamenteuses à risque liées à la polyprescription en médecine générale. Les objectifs intermédiaires sont de caractériser les situations de polypathologie et les prescriptions les plus fréquentes qui leur sont associées et de les analyser globalement par groupes de pathologies et de médicaments et par classes d'âge.

Au cours de l'année 2006, les travaux préalables à la construction d'une typologie des situations cliniques en relation avec les prescriptions médicamenteuses ont été réalisés, à savoir :

- la classification des situations cliniques chroniques. Elle consiste en une proposition de définition de la maladie chronique prise en charge en médecine générale, non pas de façon normative (avis d'experts...) mais empirique, en sélectionnant des situations cliniques que l'on peut qualifier de chroniques sur la base des trois critères suivants : durée de la maladie, gestion médicale dans le temps, type de traitement mis en œuvre ;
- la sélection des patients polypathologiques (et donc leurs séances et leurs médecins) sur la base des critères d'inclusion précis : toutes les séances 2002, 2003, 2004 des patients présents en 2002, 2003 et 2004 et ayant eu en 2002, au cours d'une même consultation l'association d'au moins 2 situations considérées comme chroniques et pour qui cette association se retrouve en 2003 et 2004 dans au moins deux consultations.

L'étape suivante, réalisée début 2007, est la constitution des groupes homogènes de patients qui feront l'objet de la suite de la démarche (analyse qualitative de la pratique et évaluation du risque iatrogénique ; proposition de solutions pratiques pour améliorer les pratiques des médecins de l'OMG).

#### **A050. Support technique à l'URCAM Champagne-Ardenne**

*Véronique Lucas-Gabrielli*

L'IRDES a collaboré aux travaux de l'URCAM portant sur la démographie des professions médicales en Champagne-Ardenne. Cette collaboration s'est concentrée sur l'expertise technique et l'accompagnement d'une étude portée par l'Observatoire Régional de la Santé de Champagne-Ardenne et visant à proposer un découpage territorial pertinent pour répondre aux besoins de soins de la population.

Ce travail est en cours de réalisation.

#### **A065. Mise en perspective de l'offre de soins et du recours en psychiatrie**

*Yann Bourgueil, Magali Coldefy, Philippe Le Fur, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès, Marc Perronnin*

Cette recherche vise à objectiver un éventuel impact de la raréfaction de l'offre (ou des disparités dans le niveau et la structure de l'offre de soins) en psychiatrie publique sur l'accès et le recours aux soins. Nous limitons notre champ d'étude à la psychiatrie adulte.

Cette étude s'appuie sur une démarche en deux temps :

- 1) L'analyse des disparités de l'offre en secteur de psychiatrie (SP) et la sélection de régions présentant des SP disparates du point de vue de leur dotation ;
- 2) L'analyse précise de l'impact de la raréfaction de l'offre sur l'accès et le recours aux soins dans trois régions.

Trois régions ont été sélectionnées au cours de la première phase du projet : 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'Île-de-France (142 secteurs psychiatriques dont 33 sous-

dotés). Les rapports de secteurs 2003 étant maintenant disponibles, nous sommes en train d'actualiser cet état des lieux fait à partir des données 2000, afin de confirmer la robustesse de la typologie et d'analyser les modifications apparues en trois ans.

La seconde partie de l'étude consiste à mettre en évidence les interrelations éventuelles entre les différents acteurs en santé mentale et les conséquences sur les prises en charge ou le recours aux soins. Dans une même zone géographique seront donc analysées simultanément les données provenant des secteurs de psychiatrie publics, des psychiatres libéraux, des cliniques privées, des généralistes prescripteurs de médicaments antipsychotiques et de certains psychoanaleptiques (notamment les antidépresseurs), des établissements médico-sociaux, voire si possible des psychologues.

Une étude a été réalisée fin 2006 avec l'URCAM-IDF afin de définir la faisabilité des différentes requêtes nécessaires à cette étude. Cette phase nous a conduits à faire quelques ajustements méthodologiques. L'étape suivante va consister à prendre contact avec les URCAM des Pays-de-la-Loire et du Nord-Pas-de-Calais.

### **A057. Les mesures et les dispositifs de régulation de la répartition des médecins : état des lieux et évaluation**

*Yann Bourgueil, Julien Mousquès et Ayden Tajahmady*

Dans son rapport annuel 2004, l'Observatoire national de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) a réalisé une première enquête visant, par l'intermédiaire de ses comités régionaux, à recenser ses différentes politiques et actions et à analyser l'efficacité qu'elles ont pu avoir. Cette enquête a permis de tracer les grands traits d'un panorama de ces politiques et d'identifier un certain nombre de régions ayant une politique forte en termes de démographie des professions de santé. Il s'agit, à notre connaissance, de la seule tentative de ce type d'étude sur le sujet en France. L'ONDPS a décidé, dans le cadre de son rapport annuel 2005, de poursuivre et de compléter l'enquête menée en 2004. Ce travail a été confié à l'IRDES.

Le travail a comporté la réalisation d'une revue de la littérature internationale portant sur les contenus et les résultats des politiques visant à améliorer la répartition géographique des médecins, un recensement des mesures nationales et de leurs résultats notamment par le biais d'entretiens avec des informateurs clés ainsi qu'une enquête auprès des Comités régionaux de l'ONDPS sur la nature des actions et des mesures mises en œuvre à l'échelon régional. Le but de cette enquête était de dresser un tableau, le plus exhaustif possible, des différentes actions destinées à réduire les disparités géographiques dans la répartition des professionnels de santé et particulièrement des médecins, ainsi que de l'efficacité de ces actions.

L'étude a été terminée en juin 2006.

📄 Contributions au Tome 1 du rapport de l'ONDPS 2005 (parution en juin 2006) : *Les mesures et les dispositifs nationaux et régionaux destinés à améliorer la répartition des professionnels de santé*. Bourgueil Y., Mousquès J. Tajahmady A. In « Les effectifs, l'activité et la répartition des professionnels de santé ». ONDPS rapport annuel 2005, Tome 1, 2006, pp. 155-164. (biblio n° 1635 bis)

📖 *Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France*. Bourgueil Y., Mousquès J. Tajahmady A., IRDES, rapport n° 1635, 2006/06. 70 pages.

▶ <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/BiblioResumeEtSommaire/2006/rap1635.htm>

📄 *Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature*. Bourgueil Y., Mousquès J. Tajahmady A. Questions d'économie de la santé n° 116, Décembre 2006. 6 pages ▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes116.pdf>

📄 *Mémoire de master LSE (Londres) d'Ayden Tajahmady*

🔗 *Questions d'économie de la santé décrivant la politique française sur la question de la répartition géographique optimale des professions de santé*

🔗 *Proposition d'articles pour une revue anglo-saxonne à comité de lecture début 2007*

## **A062. Evaluation du réseau Réasicard (insuffisance cardiaque sévère dans l'Est parisien)**

*Nicolas Belorgey, Yann Bourqueil, Pascale Lengagne, Thomas Renaud (Anne Doussin, Michel Grignon)*

Le rapport final de l'évaluation du réseau Réasicard a été remis aux promoteurs du réseau en juillet 2006. Les résultats principaux qui ont été présentés au conseil scientifique en 2006 montrent que le dispositif Réasicard n'a pas atteint ses objectifs au regard des critères d'évaluation adoptés initialement, aussi bien au cours de la phase expérimentale qu'au cours de la phase dite pérenne. Au-delà de la conception et de la dynamique spécifique à Réasicard, ces résultats sont à mettre en regard avec certains résultats négatifs de la littérature internationale sur les dispositifs de prise en charge de l'insuffisance cardiaque d'une part, mais aussi les autres initiatives de dispositifs visant à mieux prendre en charge les patients insuffisants cardiaques en France. Nous souhaitons approfondir la réflexion sur les modèles optimaux d'organisation visant à mieux prendre en charge les patients insuffisants cardiaques, et notamment à mieux préciser les conditions d'articulation de dispositifs d'organisation centrés sur le problème cardiaque comme Réasicard, avec des dispositifs de prise en charge de la personne âgée polyathologique au domicile.

✎ Rédaction avec les promoteurs de Réasicard d'un premier working paper diffusable sur le site de l'IRDES.

✎ Soumission d'un papier finalisé pour publication à des revues à comité de lecture

## **A014. Soutien méthodologique à la SFMG pour le développement de son observatoire de la médecine générale**

*Philippe Le Fur, Karine Chevreul, Thomas Renaud*

L'IRDES a été sollicité par la Société française de médecine générale (SFMG) pour participer au développement et à l'exploitation de l'observatoire de la médecine générale (OMG) mis en place par cet organisme en 1992. Ce projet a bénéficié d'un financement de FAQSV jusqu'au début 2006.

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

En 2004, une réflexion commune a été menée sur le relevé des caractéristiques patients et des prescriptions médicamenteuses. En 2005, les différentes réunions de travail avec le département d'information médicale de la SFMG ont permis de poursuivre la réflexion commune sur les variables caractérisant les médecins et sur les méthodes permettant d'assurer la représentativité de l'échantillon.

Début 2006, nous avons poursuivi le travail de validation de la base de données OMG entamé fin 2005, consistant à comparer ces données avec d'autres bases ou sources d'information.

Cette collaboration s'est interrompue à la fin du premier trimestre 2006, car l'OMG n'a pas obtenu le renouvellement de son financement par le FAQSV.

## **A043. Contexte des séances de médecins et satisfaction des patients**

*Philippe Le Fur, Sandrine Lorand*

L'objectif de ce travail est de mieux appréhender, au vu des déclarations des patients, le contexte et la perception du plus ou moins bon déroulement de l'acte médical réalisé par les généralistes, en fonction des principales caractéristiques de ces patients ou des circonstances de la séance elle-même.

Ont été étudiés en particulier l'éventuel souhait d'un rendez-vous plus rapide, le sentiment d'avoir eu ou non le temps de s'exprimer et la plus ou moins bonne compréhension des explications fournies par le praticien.

Si globalement 8 patients sur 10 se déclarent satisfaits du déroulement de sa dernière séance avec un généraliste, 9 % des patients<sup>9</sup> auraient souhaité un rendez-vous plus rapide, 8 % déclarent ne pas avoir eu suffisamment de temps pour discuter avec le médecin et 6 % n'ont pas compris ou partiellement compris les explications du médecin concernant ses prescriptions.

Toutes choses égales par ailleurs, certaines variables semblent contribuer à augmenter ces trois types d'insatisfaction. Il s'agit essentiellement de variables liées aux caractéristiques de la séance : le fait que la séance soit réalisée par un généraliste autre que le généraliste habituel, qu'il s'agisse d'une visite à domicile, que le patient consulte un médecin qui pratique des dépassements ou qu'il ne connaisse pas son secteur conventionnel et que le temps passé en salle d'attente soit compris entre 16 minutes et 1 heure. Enfin, seule variable individuelle tendant à augmenter la fréquence de ces trois types d'insatisfaction : déclarer un état de santé perçu moyen.

Un mauvais état de santé perçu influence également la probabilité de déclarer ne pas avoir eu suffisamment de temps et ne pas avoir compris les explications du médecin, par rapport aux personnes qui déclarent un très bon état de santé. Il en est de même pour les personnes qui sont limitées depuis au moins six mois dans leurs activités de la vie quotidienne.

Bien entendu, le souhait d'un rendez-vous plus rapide est plus fréquent lors des séances réalisées chez les nourrissons et chez les personnes qui estiment avoir un problème urgent. Il est également plus souvent exprimé par les bénéficiaires de la CMUC, les habitants d'Ile-de-France et les patients s'estimant en bonne santé. Inversement, il se manifeste moins lors des séances effectuées pour les personnes âgées de 70 ans et plus, les personnes vivant dans des ménages de cadres, lorsque les patients consultent pour un suivi régulier ou encore lorsque le rendez-vous est rapide (dans les 48 heures suivant la demande).

Si les femmes déclarent plus souvent ne pas avoir eu suffisamment de temps pour discuter, tout comme d'ailleurs les personnes vivant dans les ménages d'ouvriers non qualifiés ou ayant un bon état de santé perçu, les hommes, quant à eux, déclarent plus souvent avoir eu des difficultés de compréhension. Ces difficultés sont également plus souvent rencontrées lors des séances réalisées pour les adolescents et les adultes jeunes (16 à 24 ans), les personnes non scolarisées ou ayant un niveau d'études primaire, les personnes vivant dans des ménages d'agriculteurs et celles ne bénéficiant d'aucune couverture complémentaire maladie.

Naturellement, lorsque les patients déclarent une durée de séance courte (moins de quinze minutes), ils déclarent plus souvent ne pas avoir eu suffisamment de temps pour discuter avec le médecin, mais aussi avoir eu des difficultés de compréhension.

 *Rapport en cours de rédaction*

#### **A047. Les modes d'accès aux spécialistes - état des lieux avant la mise en place du parcours de soins coordonnés**

*Philippe Le Fur, Pascale Lengagne*

En France, jusqu'à la mise en application de la réforme de l'Assurance maladie d'août 2004, tous les patients pouvaient consulter un médecin spécialiste de leur propre initiative sans que cela ait de conséquence sur les tarifs appliqués par les praticiens ou sur les prises en charge par l'Assurance maladie et les organismes complémentaires. Cette réforme de l'Assurance maladie instaure notamment le principe du médecin traitant, chargé de suivre le patient et de coordonner son parcours de soins. Dans ce parcours de soins coordonnés, le patient est incité à consulter en première intention son médecin traitant qui peut ensuite l'orienter vers un autre praticien. La réforme prévoit une tarification différente des actes et une prise en charge par l'Assurance maladie et les organismes complémentaires lorsque le patient consulte certains spécialistes sans l'avis préalable du médecin traitant.

---

<sup>9</sup> *Qui ont pris rendez-vous ou sont vus à leur domicile.*

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

Avant la mise en place du dispositif, environ le tiers des séances de spécialistes était initié par le patient ou son entourage, ce mode d'accès variant de manière importante selon la spécialité du praticien. Trois spécialités avaient un accès direct important : la dermatologie, 61 % des séances, l'ophtalmologie, 57 % et la gynécologie/obstétrique, 47 %. L'accès direct était également conséquent en ORL et en psychiatrie, 4 séances sur 10 et, non négligeable, 2 séances sur 10 en rhumatologie et gastroentérologie. A l'opposé, environ 1 séance sur 10 ou moins résultait d'un accès direct en cardiologie, pneumologie, chirurgie, endocrinologie et radiologie.

Parmi les consultants de spécialistes, on constate que toutes choses égales par ailleurs, le fait d'accéder directement au spécialiste ou d'être conseillé par un médecin n'est pas significativement lié aux caractéristiques socio-économiques des patients. Par contre, un mauvais état de santé ou le fait d'avoir eu de nombreuses consultations de spécialistes en un an augmente la probabilité d'accéder au spécialiste à la suite d'un conseil médical.

Enfin, l'étude met en évidence les difficultés de la mesure des modalités d'accès aux soins de spécialistes en comparant les résultats issus de l'enquête ESPS 2004 avec ceux de l'enquête santé 2003.

☰ *Modes d'accès aux spécialistes - état des lieux avant la mise en place du parcours de soins coordonnés.* Le Fur P., Lengagne L., Questions d'économie de la santé n°106, avril 2006  
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes106.pdf>

#### **A048. Problèmes considérés comme urgents par les patients qui recourent aux généralistes**

*Philippe Le Fur, Sandrine Lorand*

Simultanément à ce travail prévu sur 2006, la DREES a publié les premiers résultats d'une enquête sur les recours urgents et non programmés en médecine générale. Cette enquête comporte deux volets, l'un recueille l'information auprès d'un échantillon de généralistes qui complètent des fiches patients et l'autre auprès d'un échantillon de ces mêmes patients. Les premiers résultats du travail réalisé à partir des données ESPS ont notamment été utilisés lors du séminaire 3S portant sur les urgences en ville, dans lequel nous intervenions en tant que discutants.

Les résultats principaux font l'objet d'un encadré qui figurera dans le « Questions d'économie de la santé » relatif au contexte des séances de généralistes et à la satisfaction des patients (Cf. A043)

### **2.1.2 Les travaux prospectifs dans le cadre des politiques publiques**

#### **A061. Comparaisons internationales sur la substitution/délégation de tâches entre professionnels de santé dans le domaine des soins primaires**

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

L'objectif général de cette recherche était 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. Le travail de recherche est terminé depuis 2005 et l'année 2006 a été consacrée à des valorisations complémentaires à celles de 2005.

☞ *Communication au congrès national infirmier, Nantes, 22-24 mars 2006.*

☞ *Communication lors du colloque de l'IHEA à Budapest, 6-9 juillet 2006.*

☞ Communication lors du colloque « The future of primary health care » organisé par le European forum for primary care, Utrecht – 11-13 octobre 2006.

☞ Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes. Rapport d'étude et actes de la journée. Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J., IRDES, 2006/03. 260 pages ▶ <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/BiblioResumeEtSommaire/2006/rap1624.htm>

### **A116. Enquête sur le regroupement des généralistes – Panel URML Bretagne**

*Yann Bourgueil, Julien Mousquès, Julien Beauté (Interne de santé publique)*

L'objectif général de cette enquête (auprès d'un panel représentatif de 100 médecins généralistes bretons, dont 50 % sont en groupe) est d'explorer et mesurer l'intérêt potentiel des médecins du panel du baromètre santé pour développer ou approfondir une pratique de groupe.

L'objectif général se décompose en trois objectifs spécifiques distincts :

- Quelles sont les caractéristiques actuelles des médecins et les caractéristiques de leur exercice en mettant l'accent sur la dimension collective et/ou partenariale de la pratique ?
- Quelle est la satisfaction actuelle des médecins vis-à-vis de leurs conditions d'exercice et de leur pratique de la médecine générale ?
- Explorer leurs préférences vis-à-vis d'incitations favorisant le regroupement des médecins (notamment certaines dimensions de contractualisation et de rémunération au travers de plusieurs scénarios).

L'année 2006 a été consacrée à la réalisation du protocole et des questionnaires (finalisés en juin 2006) et le terrain d'enquête s'est déroulé en septembre – octobre 2006 pour une saisie des questionnaires en novembre. L'analyse des résultats et la production d'un rapport final sont en cours pour une finalisation à la fin du premier semestre 2007. Les premiers résultats seront présentés à l'URML Bretagne le 15 mars 2007. Julien Beauté, interne de santé publique recruté en novembre 2006 pour réaliser le traitement des données, réalisera par ailleurs sa thèse de médecine sur ce thème sous la direction de Yann Bourgueil.

### **A058. Recherche sur une méthodologie d'organisation des soins ambulatoires**

*Yann Bourgueil, Julien Mousquès, Karine Chevreul, Véronique Lucas, Michel Naiditch*

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

L'objet de ce travail est d'anticiper l'évolution du système de santé en direction d'une organisation plus structurée et efficiente du secteur ambulatoire dans le cadre duquel les partenaires que sont les URML et les URCAM pourraient intervenir par le biais d'incitations. Même si le modèle de régulation qui se dessine à l'heure actuelle n'y fait pas appel, nous nous plaçons ici dans l'hypothèse d'une évolution d'une régionalisation, au moins partielle, de l'organisation des soins ambulatoires. Les acteurs régionaux étant alors en mesure de contractualiser à l'échelon régional comme le prévoit la loi actuellement (contrats locaux de santé).

Ce projet de recherche action comporte différentes étapes distinctes. La première étape vise à élaborer une définition partagée entre les acteurs du projet sur la nature et la quantité des services à offrir en soins primaires et subséquemment à adopter une définition des soins primaires. La deuxième et la troisième étape visent à traduire cette définition dans un référentiel pouvant être testé par les URCAM aux moyens des bases de données qui sont à leur disposition où qu'elles peuvent mobiliser d'une part et d'autre part par les URML en appuyant localement des projets innovants d'organisation des soins pouvant à terme faire l'objet d'un financement FAQSV ou DRDR<sup>10</sup>. La quatrième étape a pour objectif de produire un bilan de ces travaux.

---

<sup>10</sup> Dotation régionale de développement des réseaux

L'année 2006 a consisté au choix et à l'investigation de pays ayant une expérience en termes d'organisation des soins primaires (Royaume-Uni, Pays-Bas, Norvège, Québec, Catalogne, Italie). Cette investigation a comporté l'analyse de la littérature, la réalisation d'entretiens et le cas échéant de visites sur sites. Les travaux ont été menés en parallèle et en interaction avec un groupe rassemblant des représentants des quatre partenaires concernés (URCAM Nord-Pas-de-Calais, Bretagne et URML Nord-Pas-de-Calais et Bretagne). Ce groupe a par ailleurs élaboré une définition des soins premiers et une première liste des services à rendre en soins primaires.

Le renouvellement des bureaux des URML a ralenti le processus, conduisant à une nouvelle phase de présentation du projet aux nouveaux bureaux et à une redéfinition des travaux à réaliser. Par conséquent la finalisation du premier rapport d'étape comprenant la revue de la littérature et une première mise en perspective dans le contexte français est prévue pour début 2007.

### **A059. Aide à l'élaboration et au suivi des expérimentations de transfert de tâches entre médecins et professions paramédicales dans le cadre de l'ONDPS**

Yann Bourgueil

Ce projet, initié en décembre 2003 par le ministère et porté par le Professeur Berland dans le cadre de l'ONDPS, vise à expérimenter, dans une quinzaine de sites volontaires, une nouvelle organisation du travail soignant dérogeant aux décrets de compétences des professions paramédicales concernées (infirmières, manipulateurs radio, orthoptistes, diététiciens) pour les activités suivantes (consultation diététicienne, collaboration orthoptistes-ophtalmologistes, réalisation d'échographies par les MER<sup>11</sup>, réalisation d'une échocardiographie par une infirmière, infirmière en médecine générale de groupe, suivi de patients atteints d'hépatite chronique C par une infirmière, infirmière en hémodialyse, consultation infirmière en néphrologie, réalisation des explorations fonctionnelles digestives par une infirmière, reconduction des séances de chimiothérapie par une infirmière et réalisation de la dosimétrie en radiothérapie par un MER). Une première série de cinq expérimentations a fait l'objet d'un rapport d'évaluation publié en juin 2006. Une deuxième série de 10 expérimentations a été autorisée par l'arrêté du 30 mars 2006. Le ministre de la santé a confié à l'HAS, la mission d'évaluer ces dix nouvelles expérimentations et celle de réaliser une recommandation générale sur ce thème pour la fin de l'année 2007.

La méthode d'évaluation, désormais pilotée par l'HAS et non plus l'ONDPS, est équivalente à la méthode adoptée initialement, en ajoutant l'apport d'une évaluation externe et d'une aide aux équipes, aussi bien technique que financière, plus abondante. L'élaboration de la recommandation générale sur la coopération entre les professions de santé est pilotée conjointement par l'HAS et l'ONDPS et va s'appuyer d'une part sur les travaux réalisés et en cours et d'autre part sur les ressources externes à l'HAS (ministère, CNAMTS, mission Mattéi...).

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

L'IRDES, l'ANAES et le Haut Comité de Santé publique (HCSP) ont été mobilisés pour élaborer un cadre d'évaluation de ces expérimentations en décembre 2003. Le suivi des projets a été assuré par un comité animé par Yann Bourgueil. La décision d'inscrire ces expérimentations dans la loi de santé publique a été votée en août 2004. Le premier arrêté d'expérimentation, concernant cinq projets, a été signé en décembre 2004 et le second le 30 mars 2006.

La nature du projet a évolué, puisque l'intervention de l'IRDES en la personne de Yann Bourgueil porte à la fois sur le suivi des expérimentations dont l'évaluation est désormais principalement assurée par la HAS et la participation à l'élaboration de la recommandation générale.

---

<sup>11</sup> Manipulateur en électroradiologie

Ce projet fait l'objet d'une convention entre la DREES et l'IRDES.

La valorisation de ces travaux a porté sur :

-  Publication du rapport sur les « *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé* » - Professeur Yvon Berland - Docteur Yann Bourgueil, en ligne sur le site de l'ONDPS  
▶ [http://www.sante.gouv.fr/ondps/rapport\\_cinq\\_experim\\_juin2006.pdf](http://www.sante.gouv.fr/ondps/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf)
-  Réalisation de deux fiches Bertelsmann
-  *Health care human resource policy in France*. Bourgueil Y., Berland Y., In « Eurohealth », 2006, vol.12, n° 3 pp. 24-26 (en ligne sur le site de la LSE) :  
▶ <http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/vol12no3.pdf>

## **A122. Task shifting OMS**

*Yann Bourgueil, Angela Bergeret*

Dans le cadre de sa politique de généralisation des traitements antirétroviraux pour les patients atteints du virus HIV/SIDA, l'OMS promeut une généralisation à grande échelle de la délégation de tâches des médecins vers les infirmières et des infirmières vers les agents de santé communautaires (Treat, Train, Retain). L'OMS a sollicité l'IRDES pour réaliser dans un délai court une étude exploratoire sur deux pays visant à décrire les leviers de « régulation » mobilisables pour étendre le transfert de tâches à grande échelle et améliorer l'accès aux traitements. L'objectif de cette étude est d'élaborer et tester un cadre d'analyse et d'action de la régulation des professions de santé pouvant faciliter l'extension de la délégation/transfert de tâches. Cette étude exploratoire devant ensuite être suivie par une étude plus large auprès d'un plus grand nombre de pays.

Méthode : Réalisation d'une revue de la littérature sur le thème de la régulation du « task shifting », élaboration d'une méthode et d'un outil d'analyse des politiques de régulation dans chaque pays, visite dans deux pays et rédaction d'un rapport final de mission.

Ce projet, initialement limité dans sa durée, a évolué notamment dans ses délais mais aussi son ampleur à la suite d'une modification du projet de l'OMS. Le projet porte désormais sur 15 pays et devrait associer plusieurs équipes internationales en partenariat avec l'IRDES.

A ce stade, la mission de l'IRDES a porté sur la réalisation d'un protocole détaillé et argumenté et d'une revue de la littérature, les visites dans les pays étant reportées au début de l'année 2007.

## 2.2 Pôle 2. Organisation, financement, qualité et recours aux soins hospitaliers et alternatifs à l'hospitalisation

### 2.2.1 Organisation, financement, qualité des soins hospitaliers et alternatifs à l'hospitalisation

#### A049. Les coûts de prise en charge du cancer du côlon en Ile-de-France

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

Les 21 500 nouveaux cas d'incidence du cancer du côlon chaque année en France en font un problème de santé publique primordial. Malgré la disponibilité de référentiels de prise en charge récents, la pratique s'écarte assez souvent des recommandations (dans 25 à 60 % des cas selon le stade de gravité du cancer pour la chimiothérapie adjuvante par exemple).

L'URCAM-IdF a mis en place une enquête à 2 volets, l'un médical, dont les résultats ont été publiés en 2005, l'autre économique, pour lequel l'IRDES a été sollicité. Ce travail a permis d'évaluer les coûts de la prise en charge médicale globale des patients de l'enquête de l'Urcam-IdF et d'estimer l'impact économique d'une amélioration des pratiques.

Nos résultats confirment le poids économique considérable que représente le cancer du côlon en Ile-de-France, 28 000 € par patient l'année suivant sa découverte, dont 85 % représentés par l'hospitalisation. Cette dépense est expliquée par le fait d'être traité par chimiothérapie ou non, la gravité de la tumeur et l'état de santé général du patient. La forte disparité départementale est surtout le fait d'effets d'offre liés à l'organisation hospitalière locale. Les référentiels de bonnes pratiques sont mal suivis, en particulier celui concernant la chimiothérapie. Notre étude démontre que leur respect ne coûterait pas plus cher, notamment par compensation entre les chimiothérapies omises et indues. Une détection plus précoce des cancers permettrait même de réduire de 15 % ou plus les coûts médicaux directs de la première année de soins ; on peut supposer que les coûts médicaux de long terme seraient également réduits par la diminution des aggravations et des récidives.

Un numéro de « Questions d'économie de la santé » a été consacré à la synthèse de ce travail en septembre 2005. L'année 2006 a permis de diffuser les résultats complets au travers de publications et d'interventions diverses. Un rapport a été remis au commanditaire en juin 2006 et le rapport IRDES publié en novembre 2006.

- 📄 *Le coût du cancer du côlon en Ile-de-France*, Com-Ruelle L., Lucas-Gabrielli V., Renaud T., rapport pour l'URCAMIF, juin 2006
- 📖 *Le coût du cancer du colon en Île-de-France Aspects géographiques, cliniques et thérapeutiques*. Com-Ruelle L., Lucas-Gabrielli V., Renaud T. IRDES n° 1651, 2006/11, 184 p.  
▶ <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/BiblioResumeEtSommaire/2006/rap1651.htm>
- 📄 *Le coût du cancer du côlon en Île de France*, Com-Ruelle L., Renaud T., Lucas-Gabrielli V., Silvera L. (Paris), in Numéro spécial de Gastroentérologie Clinique et Biologique, Editions Masson, 2006 à indexer SVP
- 📄 *Le coût du cancer du côlon en Île de France*, Com-Ruelle L., Renaud T., Lucas-Gabrielli V., Silvera L., in CD-ROM associé, 2006 à indexer SVP
- 📄 *Le cancer du côlon en Ile-de-France*, Com-Ruelle L., Renaud T., Lucas-Gabrielli V., Silvera L., Poster aux Journées francophones de pathologie digestive, Société Nationale Française de Gastro-Entérologie, Palais des Congrès, Paris, 18-22 mars 2006
- 📄 *Le cancer du côlon en Ile-de-France*, Renaud T. Cours dans le cadre du Mastère AGES (Analyse et gestion des établissements de santé), Faculté de Médecine Paris VII – Lariboisière, Paris, 24 février 2006
- 📄 *Deux articles destinés à des revues à comité des lectures, l'une économique et l'autre géographique, sont prévus pour 2007*

## **A055. Exploitation seconde de la base de l'Étude Nationale de Coûts : coûts hospitaliers de pathologies fréquentes**

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

Une exploitation seconde de la base de l'étude nationale de coûts MCO a été réalisée avec pour objectif le calcul des coûts hospitaliers de prise en charge de certaines pathologies en secteur public. Cette étude a rassemblé plusieurs équipes de recherche (CES, INSERM-CREGAS, PSE et IRDES). L'IRDES avait en charge trois traitements : l'appendicectomie, la fracture du col du fémur et la bronchite aiguë.

La première phase de cette étude s'est achevée en 2006. Des analyses de coûts détaillées ont été fournies pour chaque traitement à partir d'un plan commun.

Le rapport final a été rendu à la DREES en décembre 2006.

- 📄 *Exploitation seconde de la base de l'Étude Nationale de Coûts, Rapport de recherche à la DREES, Septembre 2006.*
- ✂ *Un numéro spécial de Dossier Solidarité et Santé de la DREES est prévu en 2007. Une analyse transversale de l'ensemble des résultats sera écrite par Zeynep Or et Thomas Renaud pour cette publication en plus d'un focus sur le traitement appendicite.*
- ↔ *L'IRDES envisage également, en collaboration avec INSERM/CERMES, un complément d'étude consistant en une modélisation multi-niveau réalisée en 2007.*

## **A093. Alternatives à l'hospitalisation dans différents pays**

*Laure Com-Ruelle*

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

Ce travail a donné lieu à la publication d'un « Questions d'économie de la santé » en décembre 2004 et d'un rapport final en novembre 2005, ajoutant une annexe sur la situation française synthétisant les aspects historiques, juridiques, d'offre et d'activité récente. La diffusion de ce travail a été très largement poursuivie tout au long de cette année 2006 par des articles et interventions citées ci-dessous.

- 📄 *Enseignements des expériences australienne, britannique et canadienne pour le développement de l'hospitalisation à domicile.* Chevreur K., Com-Ruelle L., Midy F., Paris V., In « Revue Hospitalière de France », 2006, n° 509, 1-3
- ↔ *Développement des services de soins hospitaliers à domicile : éclairage des expériences australienne, britannique et canadienne,* Com-Ruelle L., Chevreur K., Midy F., Paris V., Colloque « Santé et Maintien à Domicile : retour d'expériences étrangères », Loos - Parc Eurasanté, Lille, 13 juin 2006
- ↔ *Development of hospital care at home: British, Canadian, Australian and French experiences,* Com-Ruelle L., Chevreur K., Midy F., Paris V., Colloque « How To Develop Home Care? The Europe of Home Care Players. Skates, Challenges, Strategy & Opportunities », EUROCANCER 2006, ESSEC Healthcare Business Club, Palais des Congrès, Paris, 27 juin 2006
- ↔ *Lo sviluppo dei servizi di assistenza ospedaliera a domicilio: Francia, Canada, Australia, Gran Bretagna,* Com-Ruelle L., Chevreur K., Midy F., Paris V., Colloque « I Sistemi sanitari tra dinamiche globali e riposte locali - Tema: L'assistenza territoriale », CALASS 2006 (XVII CALASS), Milan, Università Commerciale Luigi Bocconi, 5-7 octobre 2006

## **B001. L'hospitalisation à domicile française Coûts et qualité**

*Laure Com-Ruelle*

L'IRDES a été également sollicité pour analyser conjointement les aspects coût et qualité de l'hospitalisation à domicile française, ce qui a donné lieu à une présentation à un colloque de l'Assemblée Nationale.

☞ *L'hospitalisation à domicile : une alternative de choix en termes de coût et de qualité ?*, Com-Ruelle L., In « Quel avenir pour les soins à domicile », Actes du colloque « Quel avenir pour les soins à domicile ? », Assemblée Nationale du 6 juin 2006, Paris, 2006/06, pp.14-18

☞ *L'hospitalisation à domicile : une alternative de choix en termes de coût et de qualité ? (les enjeux)*, Com-Ruelle L., Colloque « Quel avenir pour les soins à domicile ? », Table ronde « Qualité et efficacité de notre système de soins : quelle place à court, moyen et long terme pour les services et technologies de santé à domicile ? », Assemblée Nationale, 6 juin 2006, Paris, 2006/06

## **A052. Comparaison des coûts induits par la création d'une place en HAD versus SSR**

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

Dans une perspective de planification des besoins grandissants de soins de la population vieillissante, l'IRDES a été sollicité pour réaliser une étude de coût de création d'une place en hospitalisation à domicile (HAD) en comparaison d'un lit dans un établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR), pour une activité superposable et en tenant compte des différentes situations cliniques possibles touchant les personnes prises en charge aujourd'hui dans de tels établissements hospitaliers, ou susceptibles de l'être demain. Cette étude a été financée par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.

Cette estimation comparative intègre, outre les coûts de fonctionnement en routine, les coûts de création de nouvelles places en HAD et ceux de nouveaux lits en SSR.

Pour comparer les coûts de fonctionnement, nous avons utilisé les bases existantes décrivant les patients et les soins reçus valorisés par les tarifs appliqués en HAD et d'après l'étude nationale de coût, côté SSR. Nous avons circonscrit un premier champ d'activité superposable que nous avons progressivement affiné, les variables disponibles variant selon les bases de données, ceci afin d'éliminer au maximum l'hétérogénéité. Nous avons ainsi construit des groupes de patients plus homogènes et donc comparables du point de vue des coûts. En revanche, l'absence de bases de données recueillant les coûts générés lors de la phase de création des lits ou places nous a conduits à mettre en œuvre côté HAD une enquête ad hoc (l'enquête CCHAD 2006). Cette opération n'a pas pu être menée pour les lits SSR à l'hôpital faute de moyens mais des données de projection de coûts de fonctionnement relatifs aux nouvelles places de SSR créées en 2005 et 2006 fournies par la DHOS ont pu être utilisées.

L'étude a débuté en novembre 2005 et s'est poursuivie tout au long de 2006. Un rapport a été remis à la DHOS en août 2006. Le travail s'est poursuivi visant une publication IRDES en 2007. Les principaux résultats sont les suivants.

Pour des soins de même type, le coût d'une journée pour les financeurs publics est, en moyenne, de 263 € en SSR contre 169 € en HAD. Cette différence s'atténue pour les patients âgés et/ou fortement dépendants, mais le coût moyen journalier en SSR demeure supérieur quels que soient l'âge, le niveau de dépendance et le profil médical du patient pris en charge. La création, par exemple, de 10 000 places d'HAD pour prendre en charge des patients nécessitant de tels soins de réhabilitation ou d'accompagnement représenterait à terme une économie de près de 350 millions d'€ par an. Rappelons cependant que l'HAD ne peut être envisagée pour tous les patients car elle nécessite un personnel compétent en nombre suffisant, un environnement psychosocial adapté et, le plus souvent, la présence d'un entourage aidant. En tout état de cause, elle représente une alternative intéressante en termes économiques à programmer face aux besoins imminents.

☞ *Etude de coût de l'hospitalisation à domicile en comparaison des coûts de soins de suite et de réadaptation*, rapport remis à la DHOS en août 2006

☞ *L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation*, Afrite A., Com-Ruelle L., Or Z., Renaud T., « Questions d'économie de la santé n° 119 » (paru en février 2007)

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes119.pdf>

- *Comparaison des coûts des soins de suite et de réadaptation pour des patients hospitalisés à domicile (HAD) ou en structure spécialisées (SSR), Afrite A., Com-Ruelle L., Or Z., Renaud T., rapport IRDES à paraître*

### **A051. La Qualité des soins en France : Etats des lieux et comparaison internationale**

Zeynep Or

Cette étude dresse un bilan synthétique d'une part des moyens utilisés visant à apprécier la qualité et la sécurité des soins et, d'autre part, des outils de mesure disponibles en France pour identifier les lacunes et les points forts du système actuel. Elle compare la situation de la France à celle d'autres pays développés afin d'en tirer des enseignements pour améliorer la gestion de la qualité des soins.

- ☞ Les premiers résultats de cette étude ont été présentés en juillet 2006 à la conférence Européenne des économistes de santé à Budapest, *How good is the quality of care in France ?*, Zeynep Or.

- *Un « Questions d'Economie de la Santé », plutôt pédagogique, sera publié en 2007.*

### **A053. La qualité des soins hospitaliers : incitation par le financement**

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

Cette collaboration a pour objectif d'éclairer les relations entre le coût hospitalier et la qualité, comprises selon différentes déclinaisons et en exploitant les indicateurs validés par le projet COMPAQH avec les données disponibles.

Une convention de collaboration entre COMPAQH et l'IRDES a été préparée en 2006. La réalisation de l'étude nécessite l'obtention des données de coût et de qualité hospitalière.

### **A054. Impact de la T2A sur la qualité et l'accès aux soins**

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

Ce sujet en est au stade de la réflexion et n'a pas donné lieu à une production, les données n'étant pas disponibles. Il est décalé en 2007/2008, dans l'attente de données adéquates.

## **Apport de l'expertise de l'IRDES sur le champ hospitalier et les alternatives à l'hospitalisation**

- **B005. Impact du vieillissement de la population française sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030**

*Laure Com-Ruelle, collaborant au groupe de travail piloté par la DREES*

La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) a demandé à la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) de réaliser une étude de l'impact du vieillissement de la population française sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030. Ce travail a pour but d'essayer de prévoir les besoins en structures de soins en prenant en compte le vieillissement de la population.

En 2006, le travail a consisté à étudier les données du PMSI MCO et des données du recensement afin de proposer plusieurs scénarios d'évolution plausibles, par groupe de pathologie, en faisant appel à des experts cliniciens épidémiologistes et statisticiens. Il se base sur des projections de la croissance de la population résidant en France métropolitaine et la modification de sa structure par sexe et âge. Les conclusions seront livrées dans un rapport DREES en 2007.

- **A146 - Comité de pilotage sur l'HAD et nouvelle enquête nationale de coûts en HAD**

*Laure Com-Ruelle, collabore au comité de pilotage de l'HAD mené par la mission T2A du ministère de la santé, avec l'ATIH et les fédérations hospitalières concernées*

Le comité de pilotage sur l'HAD suit l'activité menée en HAD à partir du recueil d'informations PMSI HAD depuis 2005 et propose des évolutions de ce recueil et discute de l'évolution du champ

d'activité HAD. Un groupe de travail spécifique a commencé à réfléchir aux modalités d'une nouvelle enquête nationale des coûts en HAD (ENC-HAD) qui sera réalisée en 2007 par l'ATIH<sup>12</sup>.

➤ **A140 Participation au groupe de travail portant sur le continuum HAD/SSIAD : quelle frontière et quel mode de financement pour les « SIAD lourds » ?**

*Laure Com-Ruelle, en collaboration avec la DGAS, la CNAMTS, la CNSA et les fédérations partenaires*

Le groupe de travail sur le continuum HAD/SSIAD a mis au point en 2006 une enquête *ad hoc* qui sera réalisée en 2007 (collaboration DGAS-CNAMTS-IRDES-Fédérations) afin d'élaborer un outil d'identification des patients dits « lourds » pris en charge par les SSIAD<sup>13</sup> auxquels serait appliquée une tarification spécifique à déterminer. L'étude des éléments déterminants de ce coût doit aboutir à l'évaluation d'un tarif qui leur serait applicable. Cette reconnaissance permettrait dans l'avenir d'offrir un mode de prise en charge à ces patients ne relevant pas des autres modes de prise en charge existants.

Cette enquête sera lancée mi-mars 2007 et donnera lieu à une analyse conjointe dont les résultats seront fournis au second semestre 2007.

## 2.2.2 Soins psychiatriques

### **A044. Collaboration avec le CCOMS : l'évaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés**

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

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

Après une étape de validation des échelles et questionnaires de résultats utilisés et de classement des secteurs selon le type d'organisation mis en place en 2004, l'année 2005 a été consacrée à la constitution d'un comité de pilotage, à la réalisation d'un budget et à la recherche de financeurs. L'étude a fait l'objet en 2006 de deux demandes de financement : l'un auprès de la DGS et de son bureau pour la santé mentale, le second dans le cadre d'un dépôt de projet hospitalier de recherche clinique national (PHRC). Un accord de financement a été obtenu auprès de la DGS mais le PHRC n'ayant pas été obtenu, la réalisation de l'étude est reportée dans l'attente de financements complémentaires.

### **A019. Propositions de redressement de l'enquête nationale sur les populations suivies en psychiatrie et expertise méthodologique sur l'analyse de la non-réponse**

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

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et le groupe français d'épidémiologie psychiatrique (GFEP) ont réalisé du 20 janvier au 2 février 2003 une enquête sur les principales caractéristiques de la population prise en charge dans les établissements de psychiatrie adulte et infanto-juvénile publics et privés.

L'enquête s'est déroulée le 23 janvier pour les patients hospitalisés à temps complet, du 20 au 26 janvier pour les patients hospitalisés à temps partiel, n'ayant pas été hospitalisés à temps complet le

---

<sup>12</sup> Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

<sup>13</sup> Service de soins infirmiers à domicile

23 janvier, et du 20 janvier au 2 février pour ceux suivis en ambulatoire et n'ayant pas été enquêtés lors d'une hospitalisation au cours de la période d'enquête.

Cette enquête nationale sur les populations suivies en psychiatrie (appelée également coupe transversale) couvre donc tout le champ de la psychiatrie institutionnelle. Les taux de réponses aux questionnaires s'étant avérés faibles, allant de 38 % pour les centres de rééducation et de post-cure à 67 % pour les secteurs de psychiatrie générale, le nombre de structures pour lesquelles on dispose d'informations est donc limité. Il est envisagé d'accroître ce nombre en intégrant aux données recueillies lors de l'enquête celles provenant des structures ayant complété le PMSI expérimental. En effet, cette enquête nationale s'est déroulée en même temps que l'expérimentation du PMSI psychiatrique. Aussi, il a été proposé aux établissements participant à l'expérimentation du PMSI, de ne pas compléter les questionnaires de l'enquête nationale, ce qui eut été un travail en partie redondant.

La première partie du travail a consisté à réintégrer dans l'enquête nationale les données similaires à celles contenues dans la coupe transversale provenant des établissements ayant complété le PMSI. Ce travail s'est heurté en particulier aux difficultés résultant de l'anonymisation des données recueillies dans le PMSI qui ne permettaient pas de qualifier précisément un individu. Il a donc été nécessaire de mettre au point un identifiant qui permette de s'assurer qu'un même patient n'était pas comptabilisé à plusieurs reprises du fait de différents modes de prise en charge. Par ailleurs, le manque d'information temporelle ne permettait pas d'affirmer avec certitude, hormis certaines situations, qu'un patient était pris en charge durant les différentes périodes de l'enquête nationale. Ces difficultés d'identification des périodes ont conduit à mettre en place différentes procédures de sélection aléatoire des patients susceptibles d'avoir été pris en charge durant les périodes de l'enquête nationale.

La mise en œuvre de ces procédures a permis d'augmenter le taux de participation des établissements ou secteurs de 10 points pour le temps complet (passage de 48 % à 58 %) et de 9 points pour le temps partiel (passage de 46 % à 55 %).

Dans un deuxième temps, nous avons effectué une analyse de la non-réponse des établissements, en fonction de leurs caractéristiques afin de réaliser un redressement sur les variables patients relevées dans l'enquête. Il s'est avéré que seule la localisation géographique influençait significativement la non-réponse, Le redressement a donc été réalisé à partir sur cette base. A partir de ce travail, l'IRDES a, à la demande de la DREES, réalisé 3 études :

- la morbidité des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale le 23 janvier 2003 ;
- évolution sur 10 ans des caractéristiques des patients pris en charge à temps complet dans les établissements de psychiatrie générale sectorisés ;
- les patients hospitalisés sans consentement dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné en 2003 : analyse des caractéristiques sociodémographiques et de la morbidité.

☞ *Publication à venir de la DREES des trois études évoquées*

## 2.3 Pôle 3. Etat de santé, recours aux soins et déterminants

### 2.3.1 L'état de santé et ses déterminants

#### **B003. Les indicateurs de suivi des objectifs de la Loi de Santé Publique**

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

L'IRDES participe, sous l'égide de la DGS et de la DREES, au suivi des cent objectifs de santé publique définis dans le cadre de la loi relative à la politique de santé publique.

En 2005, l'IRDES a participé à la définition des indicateurs dans le cadre d'un groupe de travail. Il a ensuite participé à l'élaboration d'un certain nombre d'indicateurs en tant que fournisseur et analyste de données, pour la plupart issues d'ESPS, et en tant que rédacteur de fiches dont certaines synthétisent des données provenant de différentes équipes. Ces fiches ont été remises fin 2005 et début 2006 pour être publiées dans un ouvrage de la documentation française début 2007.

Les données issues de l'ESPS 2006 ne seront disponibles qu'en 2007 pour redonner lieu à des fiches de suivi de ces indicateurs.

L'IRDES a contribué aux fiches suivantes :

 *L'état de santé de la population en France en 2006*, Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique, coordonné par la DREES du Ministère de la santé, Documentation Française, 2007 :

4 fiches correspondant à des indicateurs transversaux :

Principales causes de morbidité déclarée par chapitre CIM et Principaux motifs de recours aux soins ambulatoires (Objectif Problèmes de santé spécifiques), Proportion de personnes dépourvues de couverture complémentaire et Proportion de personnes ayant déclaré avoir dû renoncé aux soins pour raisons financières (Objectif Inégalités sociales de santé) ;

9 fiches correspondant à des indicateurs spécifiques :

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

#### **A023. Construction d'un indicateur de santé continu agrégeant risque vital et incapacité**

*Marc Perronnin, Sandy Tubeuf, Lise Rochaix*

Ce travail a été motivé par la nécessité de disposer, à partir des données de l'Enquête santé protection sociale, d'un indicateur global (il agrège les dimensions médicale, fonctionnelle et subjective) et cardinal pour l'étude sur les évolutions des inégalités de santé dans les années 90 (A023). Plusieurs indicateurs de ce type existaient déjà (HUI, SF36...) mais leur calcul nécessitait des items qui n'existent pas dans ESPS.

L'indicateur obtenu permet de comparer de manière synthétique l'état de santé de différentes populations ou d'une même population à différentes dates. Le caractère cardinal de cet indicateur rend en effet possible le calcul de statistiques simples (moyennes avec intervalles de confiance, médiane) ou plus complexes (indices de concentration).

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

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

Dans un deuxième temps, nous avons supposé que chaque individu se note en situant son état de santé global dans une échelle de référence qui lui est propre. Nous avons régressé par un logit ordonné la note d'état de santé sur les nombres de maladies déclarées par modalité de l'indicateur de sévérité. Dans cette régression, nous avons également tenu compte de l'influence que peuvent avoir les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle, occupation principale et protection complémentaire) et les facteurs de risque (consommation de tabac, d'alcool et surpoids) sur la note que s'attribue un individu pour un même état de santé (on parle de biais de report). Nous avons ainsi observé qu'à niveau de sévérité donné, les individus ont tendance à s'accorder une note plus faible lorsqu'ils sont âgés, fumeurs, en surpoids ou obèses, agriculteurs ou ouvriers, inactifs, non couverts par une complémentaire santé.

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

Les coefficients de cette régression nous ont permis d'associer un poids à chaque niveau de sévérité. Nous avons construit notre indicateur comme la somme pondérée des maladies déclarées par l'individu. Sa distribution est très asymétrique et étalée vers les mauvais états de santé, ce qui est conforme à la distribution attendue d'un tel indicateur.

Pour assurer la comparabilité de cet indicateur avec ceux de même nature et existant déjà, nous avons renormalisé ses valeurs de manière à ce qu'elles soient comprises entre 0 et 1. Ensuite, pour tester sa validité, nous avons calculé les valeurs moyennes qu'il prend selon l'âge et le sexe et avons comparé ces valeurs avec celles obtenues à partir du score physique du SF36 (calculées sur l'Enquête santé 2003). Les niveaux des deux indicateurs sont assez différents mais, et c'est le principal, ils font apparaître les mêmes effets de l'âge et du sexe : l'état de santé se dégrade significativement avec l'âge et pour toutes les tranches d'âge, les deux indicateurs font apparaître un moins bon état de santé des femmes.

Ce travail fait partie intégrante de la thèse de Sandy Tubeuf, ayant pour titre « Mesurer les inégalités : une application à la santé », co-dirigée par Lise Rochaix et Alain Trannoy.

- 📖 *Construction d'un indicateur de santé continu agrégeant risque vital et invalidité*, Perronnin M., Rochaix L., Tubeuf S. Questions d'économie de la santé, n°107, 8p.
- 📖 *Measuring Health: Constructing a Global Health Status Indicator Encompassing Subjective and Medical Dimensions*, Perronnin M., Rochaix L., Tubeuf S. Document de travail à paraître.
- 📖 *Juillet 2005 : XXV<sup>e</sup> congrès international de la population, Tours*
- 📖 *Décembre 2005 : soumis sous forme d'abstract pour la 6<sup>ème</sup> Conférence Européenne des Economistes de la Santé, Budapest, Hongrie, juillet 2006*
- 📖 *Janvier 2006 : présentation en séminaire interne IRDES*

## **A017. Signification et validation du minimodule européen**

Catherine Sermet, Caroline Allonier

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

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

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

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

↳ *Aucun statisticien n'ayant pu être affecté à cette tâche, le travail n'a pas pu être réalisé en 2006. Il est reporté en 2007.*

### **A022. Prévalence de l'asthme et de ses comorbidités, évaluation de la qualité de vie et des recours aux soins chez l'adolescent et l'adulte asthmatique dans l'Enquête santé 2002/2003 de l'INSEE**

*Laure Com-Ruelle et le groupe de surveillance de la prévalence de l'asthme<sup>14</sup> : partenariat INVS<sup>15</sup>, IRDES, INSERM<sup>16</sup> et DREES<sup>17</sup>*

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

En 2005, c'est l'INVS qui a particulièrement investi sur les aspects de prévalence de l'asthme chez l'adolescent et l'adulte. En 2006, l'analyse des déterminants de la maladie est venue compéter ces résultats. A présent, l'IRDES doit intervenir plus particulièrement sur l'évaluation de l'impact de l'asthme sur les recours aux soins des patients asthmatiques mais cette phase est repoussée en 2007.

↳ *Santé respiratoire : analyse des données de l'enquête santé de l'INSEE 2002-2003 : le but est de publier un rapport sur la santé respiratoire, asthme et bronchite chronique compris, en juin 2007*

### **A117. Evolution de la prévalence de l'asthme selon les stades de sévérité, déterminants et recours aux soins dans l'Enquête santé et protection sociale 2006**

*Laure Com-Ruelle et le groupe de surveillance de la prévalence de l'asthme : partenariat INVS-IRDES, INSERM et DREES*

L'ESPS apporte des éléments supplémentaires d'information sur l'asthme et son évolution, en particulier la possibilité de distinguer les stades de sévérité de l'asthme et leur évolution proche dans le temps. Si la prévalence globale est suivie par cette enquête de façon bisannuelle, seule la soumission d'un module spécifique permet d'appréhender les stades de sévérité de la maladie et ses particularités fines. La première, mais aussi la dernière version de ce module, datait de 1998. Ainsi, en 2005, le groupe de travail a élaboré le module « asthme » de l'opus 2006 de l'ESPS afin d'obtenir un second point historique de l'évolution de la prévalence et du recours aux soins selon la gravité de la

---

<sup>14</sup> *Isabella Annesi Maesano (Inserm U472), Laure Com-Ruelle (IRDES), Marie-Christine Delmas (Institut de Veille Sanitaire), Nathalie Guignon (DREES), Bénédicte Leynaert (Inserm U408)*

<sup>15</sup> *Institut national de veille sanitaire*

<sup>16</sup> *Institut national de la santé et de la recherche médicale*

<sup>17</sup> *Direction de la recherche, des études et de l'évaluation statistique du Ministère de la santé et de la solidarité*

maladie en population générale. Le terrain d'enquête a été réalisé en 2006 et son exploitation interviendra fin 2007 pour se finaliser en 2008.

 Terrain d'enquête d'ESPS 2006

### **A132. Impact économique de l'asthme réfractaire**

Laure Com-Ruelle, Laurent Laforest<sup>18</sup>

L'asthme grave et réfractaire est un problème de santé publique compte tenu des risques de mortalité, de la morbidité qu'il engendre, ainsi que de son impact sur la qualité de vie des patients. Ses conséquences sur le plan économique ne doivent également pas être oubliées. Face à ce constat, ce travail fait un point sur les coûts engendrés par l'asthme sévère au travers d'une revue de littérature, avec un intérêt particulier sur les données de la littérature française, et les résultats de deux études de l'IRDES sont plus particulièrement exposés. Enfin, les moyens possibles de diminuer ces coûts sont envisagés.

L'ensemble des études publiées suggèrent une augmentation de la consommation de soins en fonction du degré de sévérité de l'asthme. La consommation de soins des asthmatiques sévères pourrait en partie être réduite par certaines mesures (adéquation du traitement, éducation des patients, meilleure coordination des soins, traitement de co-morbidités associées), tout en gardant à l'esprit les difficultés spécifiques aux asthmes sévères et réfractaires. Si de nouveaux traitements de l'asthme sévère sont prometteurs d'un point de vue clinique, il convient de se poser la question de leur coût et de leur indication en pratique médicale courante. Ainsi, l'asthme sévère est avant tout un enjeu sanitaire mais son impact sur le plan économique ne doit pas être oublié pour autant dans une optique de santé publique.

✎ *Les enjeux économiques de l'asthme sévère*, Laforest L., Com-Ruelle L., Devouassoux G., Pison C., Van Ganse E., Presse médicale, article à paraître en 2007

### **Prévalence et déterminants des problèmes d'alcool en population générale**

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

L'alcool est un facteur de risque très important sur le plan social et sanitaire et qui a motivé deux objectifs dans le projet de loi relatif à la politique de santé publique : 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) et réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et de prévenir l'installation de la dépendance. Pour y répondre, 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. C'est pourquoi l'IRDES a mis au point un programme de travail ambitieux portant sur les problèmes d'alcool en population générale.

#### ➤ **A021. Identification et mesure des problèmes d'alcool à travers les enquêtes en population générale**

Celui-ci a débuté par une approche méthodologique ayant permis la construction, à partir du test AUDIT-C essentiellement, 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 (ESPS 2002 et EDS 2002/2003) a démontré la robustesse de ces indicateurs. 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.

---

<sup>18</sup> *Unité de Pharmacoépidémiologie de l'Université de Lyon*

➤ **A113. Prévalence et déterminants des différents profils d'alcoolisation en population générale**

En 2006, nous avons poursuivi le programme de travail avec pour double objectif de fournir la mesure de la prévalence des différents profils d'alcoolisation selon toute une série de caractéristiques des patients et d'analyser leurs déterminants économiques et sociaux. Une analyse portant sur l'ESPS 2002, et s'appuyant entre autres sur des modèles économétriques « en escalier », les hommes des femmes séparément, a dégagé des premières conclusions quant aux déterminants socio-économiques classiques tels que le sexe, l'âge, l'éducation, le niveau de vie, le type de ménage, les conditions de travail, l'environnement géographique, les autres comportements personnels à risque pour la santé ainsi que le fait d'avoir une personne de l'entourage exposée au risque d'alcoolisation excessive. Une seconde étape portant sur l'ESPS 2004 explore, dans une optique d'analyse des inégalités de santé, les liens entre la consommation d'alcool et la vulnérabilité sociale (périodes d'inactivité, difficultés financières, d'hébergement et isolement familial) et les déterminants dits psychosociaux de la santé (confiance interpersonnelle, participation associative, réseau social, soutien émotionnel et autonomie au travail).

Nos résultats mettent en évidence des profils sociaux particuliers associés à chaque niveau d'alcoolisation. Ils suggèrent que les personnes en bas de l'échelle sociale, les plus vulnérables et disposant d'un plus faible niveau de ressources psychosociales, ont à la fois une probabilité plus élevée de se déclarer non-consommatrices d'alcool mais, lorsqu'elles sont consommatrices, de présenter un risque chronique. Le risque d'alcoolisation excessive chronique, de façon générale, touche particulièrement les hommes de 45 à 64 ans, mais d'autres déterminants notables sont mis en évidence tels que le fait d'être cadre et d'habiter le nord de la France, tant chez les hommes que chez les femmes.

➤ **A114. Impact des différents profils d'alcoolisation sur l'état de santé et le recours aux soins**

La dernière phase de ce projet, programmée pour 2007, vise à analyser les liens entre les différents profils d'alcoolisation définis selon le niveau de risque alcoolique et l'état de santé déclaré d'une part et le recours aux soins d'autre part, afin notamment d'explorer le rôle de l'alcool dans la formation des inégalités sociales de santé.

En 2006 de nombreuses communications ont été faites à partir de ce programme et différentes publications réalisées.

- 📖 Un rapport sur *l'identification et la mesure des problèmes d'alcool en France* a été remis à la DGS du ministère de la santé en 2006. La publication du rapport IRDES correspondant est intervenue en septembre 2006.
- 📖 Un rapport sur *les déterminants socio-économiques des problèmes d'alcool* a été remis à l'INPES le 26 janvier 2007. La publication du rapport IRDES correspondant est prévue au premier semestre 2007.
- 📖 *Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale*. Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Latil E., Lengagne P. IRDES n° 1600, 2006/09. 106 pages.
  - ▶ <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/BiblioResumeEtSommaire/2006/rap1600.htm>
- 👉 *Les problèmes d'alcool en population générale: identification, prévalence et déterminants socioéconomiques. Exploitation des enquêtes EDS-2002-2003 et ESPS-2002*, Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Latil E., Lengagne P., Séminaire de l'IFR INSERM 69 : L'enquête Décennale Santé 2003, présentation et aspects méthodologique, Hôpital Paul Brousse, Villejuif, 22 mai 2006.
- 👉 *Les déterminants socioéconomiques des problèmes d'alcool en France : résultats d'une enquête en population générale*, Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Latil E., Lengagne P., Poster au Colloque thématique de l'ADELF : Epidémiologie Sociale et Inégalités de Santé, Toulouse, 18-19 mai 2006.

## **A091. Alcoorama**

*Laure Com-Ruelle, en collaboration avec l'IREB (Jacques Weill) et l'INSERM (Marie Choquet)*

L'Observatoire IREB vise à dresser un état de l'opinion, des connaissances et des attitudes des Français face à l'alcool. Sa première édition 2006 a été réalisée au premier semestre 2006. Pour sa première édition 2006, il a été conduit sur la base d'une enquête omnibus réalisée en mars 2006 par ISL, en face à face, auprès d'un échantillon de 2 000 personnes, représentatif de la population française de plus de 18 ans. Il a donné lieu à une exploitation statistique et une analyse dont voici les conclusions. Les résultats révèlent à la fois des connaissances imparfaites et des attitudes prudentes. Le risque alcool reste une préoccupation pour les Français même si la consommation est perçue – à tort – comme un phénomène en augmentation constante. En revanche, une majorité de la population adhère au principe du Conducteur Désigné et se montre très prudente concernant les seuils de consommation à risque.

Ces résultats ont été présentés au public lors d'une matinée IREB et au cours d'une conférence de presse en juin 2006. Un résumé en a été publié dans la revue « Recherche et Alcoologie » et un numéro de la revue « Focus en alcoologie » lui a été consacré.

L'Observatoire IREB sera renouvelé périodiquement pour mesurer les évolutions.

☞ « L'opinion des Français sur l'alcool : Perceptions et réalités... », *Choquet M., Com-Ruelle L., Weill J.*, Matinée IREB, Paris, 22 juin 2006

☞ « L'opinion des Français sur l'alcool : Perceptions et réalités... », *Choquet M., Com-Ruelle L., Weill J.*, Conférence de presse, Paris, 22 juin 2006

📄 Observatoire IREB 2006 : Les Français sont concernés par l'alcool et adoptent des attitudes prudentes à son égard (French people and alcohol: opinions, knowledge and attitudes), interviews de Choquet M., Com-Ruelle L., Weill J., in « Recherche et Alcoologie », la lettre d'information de l'Ireb, N° 31 / septembre 2006

📄 Observatoire IREB 2006, Les Français et l'alcool : opinions, connaissances et attitudes, Choquet M., Com-Ruelle L., Weill J., in Focus Alcoologie, N° 11, quatrième trimestre 2006

## **A100. Morbidité enquête santé**

*Catherine Sermet, Caroline Allonier, Stéphanie Guillaume*

L'enquête Santé 2002-2003 s'inscrit dans un ensemble d'enquêtes menées tous les dix ans depuis 1960. Cette enquête est menée par l'INSEE en collaboration avec l'IRDES qui assure la codification des pathologies et des soins médicaux déclarés. L'échantillon comprend environ 40 000 personnes. Elle a pour objectif principal la mesure de l'état de santé de la population dans sa globalité. Le relevé précis de toute la morbidité tout au long de l'enquête permet de dresser un état des lieux des pathologies déclarées par les individus. L'objectif de cette étude a été de décrire par grande catégorie de maladies puis d'un point de vue plus détaillé (pathologie par pathologie) l'ensemble des maladies déclarées par les individus au sein d'un échantillon représentatif de la France métropolitaine.

Cet état des lieux des grandes pathologies permet de fournir des données de cadrage en termes de santé publique/ état de santé. La morbidité en 2003 est toujours dominée par les maladies du système ostéo-articulaire, les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, représentées essentiellement par l'obésité et les troubles des lipides puis les maladies de l'appareil circulatoire. L'âge et le sexe sont les principaux déterminants de cet état de santé. Le milieu social, appréhendé par la catégorie socioprofessionnelle, le niveau de diplôme et le revenu du ménage sont aussi des facteurs susceptibles de faire varier ces déclarations et de manière différente selon les pathologies considérées. Cette étude fournit des éléments descriptifs en termes de répartition des maladies par âge, sexe et niveau social.

☞ Un numéro de « Questions d'économie de la santé » à paraître.

## **A028. Variations de l'état de santé et du recours selon le contexte géographique**

*Véronique Lucas-Gabrielli*

De nombreuses études ont mis en évidence des différences géographiques de santé et de recours aux soins. Par exemple, les travaux de Salem, Rican, Jouglu (2000) ont permis de dresser un bilan précis de la géographie de la mortalité en France, par une approche cartographique s'appuyant sur des données agrégées au niveau de la région, du département ou des zones d'emploi. Si ces travaux discutent les causes potentielles de ces différences régionales ou départementales, ils n'en proposent aucune analyse précise. En effet, la nature écologique des données utilisées dans ces études ne permet pas d'analyser les causes des disparités géographiques de santé. En particulier, elles ne permettent pas de savoir si ces différences sont dues aux variations de la structure démographique et sociale de la population d'un endroit à l'autre ou s'il subsiste des différences géographiques qui seraient proprement imputables aux caractéristiques du contexte de résidence des personnes après que l'on ait ajusté sur leurs caractéristiques individuelles.

Nous proposons d'explorer ces questions, notamment en essayant de répondre à la question suivante : est-ce que l'état de santé individuel varie selon les caractéristiques sociogéographiques de la zone de résidence indépendamment des caractéristiques individuelles ?

Ce projet n'a pas démarré en 2006. Nous l'avons retiré du programme de recherche pour le moment.

## **A115. Relations entre morbidité diagnostiquée et morbidité déclarée**

*Virginie Dauphinot, Florence Naudin et René Gueguen (CETAF), Marc Perronnin et Catherine Sermet (IRDES)*

L'étude des relations entre santé perçue, morbidité diagnostiquée et morbidité déclarée, a été réalisée dans le cadre d'une collaboration avec le CETAF<sup>19</sup>. Ce travail qui a consisté à comparer les déclarations du poids, de la taille et des problèmes auditifs, avec des mesures réalisées dans le cadre d'exams de santé, a été initié par le CETAF à partir des données de l'enquête décennale de santé 2002/2003.

À partir d'un échantillon de personnes ayant à la fois répondu à l'enquête santé par interview et accepté de subir ensuite un examen médical, cette étude compare les prévalences relevées dans ces deux sources pour trois facteurs de risque cardiovasculaire : obésité, hypertension artérielle et hypercholestérolémie. Quel que soit le problème de santé considéré, les individus sous-déclarent leurs troubles. Ils sont au contraire très peu à déclarer un problème alors que l'examen médical est négatif. Ainsi,

- une personne sur trois a déclaré une taille et un poids erronés conduisant à une sous-estimation de la prévalence de l'obésité ;
- près d'une personne sur deux souffrant d'hypertension artérielle ou d'hypercholestérolémie n'en a pas fait état lors de l'enquête.

Dans le cas de l'obésité, la sous-déclaration semble liée à un léger défaut d'évaluation, volontaire ou non. En revanche, la très forte sous-déclaration de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie apparaît plus inquiétante car elle traduit une probable méconnaissance du problème, faute de dépistage.

Les résultats issus de cette étude montrent que les prévalences établies à partir d'autodéclarations doivent être utilisées avec prudence, par exemple dans le cadre de campagnes de prévention. L'enjeu est de taille pour les maladies cardiovasculaires qui, avec 180 000 décès par an, représentent la première cause de mortalité en France.

☰ *Ecarts entre morbidité déclarée et morbidité diagnostiquée. L'exemple de l'obésité, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie.* Dauphinot V., Naudin F., Gueguen R. (CETAF), Perronnin M., Sermet C. (IRDES), Questions d'économie de la santé n° 114, novembre 2006.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes114.pdf>

---

<sup>19</sup> Centre technique d'appui et de formation des centres d'exams de Saint-Etienne

 *Biais de participation et confrontation des données de santé déclarées lors de l'Enquête décennale santé 2002-2003 et mesurées dans les CES de l'Assurance Maladie.* Dauphinot V., Naudin F., Gueguen R. (CETAF) avec la participation de Sermet C. et Perronnin M.. Rapport d'étude, Novembre 2006. CETAF, téléchargeable à l'adresse suivante :  
▶ [http://www.cetaf.asso.fr/publications/RE\\_EDS.pdf](http://www.cetaf.asso.fr/publications/RE_EDS.pdf)

### 2.3.2 Les inégalités de santé et de recours aux soins

#### **A020. Hétérogénéité sociale de mesure de l'état de santé et mesure des inégalités de santé**

*Marion Devaux, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Catherine Sermet, Salim Lardjane (CREST-ENSAI, Laboratoire de Statistique d'Enquêtes), Sandy Tubeuf (IRDES, IDEP, GREQAM)*

L'objectif de cette recherche est d'explorer l'impact de l'instrument choisi pour mesurer l'état de santé sur l'ampleur des inégalités sociales de santé. En effet, les indicateurs de mortalité et de morbidité ne décrivent pas de la même manière les inégalités de santé puisque d'une part, ils ne font pas référence aux mêmes dimensions de la santé et d'autre part, ils peuvent être sujets à une hétérogénéité sociale de déclaration. Dans une première étape, nous analysons les biais systématiques de réponses liés à des caractéristiques individuelles affectant la déclaration de la santé et nous proposons de construire des indicateurs corrigés. Dans une seconde étape, nous comparerons l'ampleur des inégalités de santé obtenue à partir des différents indicateurs de santé utilisés dans l'analyse précédente et de l'indicateur de santé construit, corrigé des biais de déclaration.

Deux sources de données complémentaires sont utilisées : l'enquête Santé 2002-2003 de l'INSEE et l'enquête SHARE 2004-2005 (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). L'enquête Santé permet d'étudier en population générale l'hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé à partir d'indicateurs de santé déclarée. La dimension internationale de SHARE permet ensuite pour un échantillon restreint aux plus de 50 ans, d'analyser les hétérogénéités culturelles et contextuelles de déclaration à l'aide de vignettes permettant de connaître les « normes » de santé du répondant.

#### **Résultats préliminaires**

Nous avons mis en évidence dans l'enquête santé 2002-2003 des différences dans l'ampleur des inégalités mesurées selon l'indicateur de santé utilisé. Globalement, l'utilisation de l'indicateur de l'état de santé perçu conduit à la mise en évidence d'inégalités sociales de santé plus élevées ; ce qui justifie de s'interroger sur l'existence de biais de déclaration.

La première analyse conduite pour étudier l'hétérogénéité de déclaration de la santé utilise un modèle à équations structurelles à variables latentes appelé MIMIC (Multiple Indicators Multiple Index Causes). Il s'agit d'estimer une variable latente synthétique, dite « santé vraie » non observée à partir d'indicateurs de santé observés tels que l'état de santé perçu, les limitations d'activité, les maladies chroniques et la santé mentale mesurée dans le SF-36. Nous séparons ensuite la contribution des variables sociodémographiques à l'explication de la variable latente de « santé vraie », de leur contribution à chacun des indicateurs de santé. Alors que nous constatons toujours l'existence d'inégalités sociales de santé lorsque l'état de santé est apprécié à l'aide de cette variable latente de « santé vraie », nous observons en outre des biais de déclaration affectant les indicateurs d'état de santé perçu et de limitations d'activité selon l'activité, sur les maladies chroniques selon l'âge, le niveau d'études et le revenu, et sur la santé mentale selon le sexe, l'âge et le type de ménage.

Une autre partie de la recherche a porté sur les biais DIF (Differential Item Functioning), liés aux différences d'auto-évaluation et d'interprétation des questions subjectives de santé. En effet, lorsqu'un même état de santé n'est pas évalué de la même façon dans deux populations, ou qu'existent entre elles des différences dans l'interprétation de la question ou des modalités de réponse, ceci peut engendrer des différences artificielles quand on cherche à comparer ces populations. Après avoir mis en évidence l'existence de biais DIF, nous avons montré en quoi ce type de biais pouvait impacter les comparaisons entre différents groupes réalisées à partir de telles questions.

A partir des données de l'enquête SHARE, nous avons positionné l'évaluation que les individus font de leur propre état de santé par rapport à l'évaluation qu'ils font de cas fictifs proposés dans les questionnaires dits de « vignettes d'ancrage ». Dans ce travail, nous nous sommes intéressés spécifiquement au niveau de douleur physique déclaré. Nous nous inspirons de la méthode proposée par King *et al.* (2004, 2007), laquelle permet d'obtenir une mesure de l'état de santé perçue corrigée des normes de santé, pour chaque pays.

La comparaison des évaluations des situations décrites par les vignettes fait apparaître des biais dans l'autoévaluation de la douleur selon le pays de résidence. L'échantillon suédois est celui qui se différencie le plus à cet égard. Le seuil de douleur correspondant au passage d'une douleur ressentie qualifiée de légère à une douleur ressentie qualifiée de moyenne semble être plus élevé au sein des échantillons allemands et néerlandais qu'au sein des échantillons espagnols et italiens, ce seuil étant le plus faible au sein de l'échantillon suédois.

Une fois pris en compte les biais DIF, la proportion d'individus en très mauvaise situation du point de vue de la douleur ressentie devient moindre dans l'échantillon suédois que dans les autres pays, contrairement à ce que montre l'analyse directe des autoévaluations.

Enfin, nous montrons que le degré de cohérence, c'est à dire la capacité à classer correctement les situations de santé décrites dans les vignettes, semble moindre chez les personnes en plus mauvaise santé. La non-prise en compte des réponses incohérentes conduit ainsi à surestimer la proportion d'individus en bonne santé.

### **Prolongements**

Le premier prolongement envisagé consistera à reproduire l'analyse menée entre les pays sur l'enquête SHARE pour corriger l'évaluation de la douleur perçue des différences de normes selon les groupes sociaux.

Le deuxième prolongement consistera à comparer l'ampleur des inégalités sociales de santé mesurées par les différents indicateurs de santé, l'état de santé latent estimé par le modèle MIMIC et l'état de santé contrôlé grâce aux vignettes. Cependant nous ne pourrons pas utiliser pour ces comparaisons les indicateurs de santé perçue par les tests physiques, ces données étant peu fiables. Les inégalités sociales de santé seront mesurées à l'aide d'indicateurs corrigés, selon la méthodologie développée par le groupe ECuity (Wagstaff, Paci et Van Doorslaer 1991 ; Van Doorslaer et Koolman, 2005) à l'aide d'un indice de concentration bidimensionnel comparant la distribution de l'état de santé, considérée en proportions cumulées, à la distribution du revenu dans la même population, en proportions cumulées croissantes.

L'analyse fondée sur les modèles MIMIC sera ensuite répliquée, pour la population âgée de plus de 50 ans dans l'enquête Santé 2002-2003. Cependant elle ne sera pas répliquée sur l'enquête SHARE. Bien qu'on ait des indicateurs de santé communs aux deux enquêtes, l'indicateur d'état de santé perçue dans l'enquête SHARE est placé aléatoirement en début ou en fin de questionnaire, ce qui est susceptible d'être une source de biais dans les réponses à cette question (A. Clark et A. Vicard). En outre, d'après les premiers résultats sur les vignettes, il existe un biais selon les pays dans la déclaration d'état de santé, ce qui rendra nos analyses sur l'enquête Santé et SHARE non comparables.

Les travaux de recherche sur ce programme se poursuivront en 2007.

 *Hétérogénéité sociale de mesure de l'état de santé et mesure des inégalités sociales de santé*, Devaux M., Dourgnon P., Jusot F., Lardjane S., Sermet C., Tubeuf S., rapport intermédiaire dans le cadre du programme Drees-Mire, Inserm, DGS, InVS, INCa, CANAM «Inégalités sociales de santé», 73 pages.

 *Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes ? Une évaluation par la méthode des vignettes*, Lardjane S., Dourgnon P., en révision à *Economie et Statistique* (revue à comité de lecture), à paraître en 2007.

## **A025. Analyse des déterminants sociaux des inégalités de santé**

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

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

En France, le constat des inégalités sociales de santé a largement été dressé (par exemple Leclerc<sup>20</sup> et al. 2000). Il existe un gradient social de santé, selon lequel l'état de santé s'améliore tout au long de la hiérarchie sociale. Ces inégalités restent, en revanche, encore mal expliquées. En effet, les explications "classiques" des inégalités sociales de santé, telles que la pauvreté, les conditions de logement et de travail, la consommation d'alcool et de tabac, le manque d'hygiène alimentaire et la sédentarité, les recours aux soins ou l'influence de l'état de santé sur le statut socio-économique (appelé effet de sélection), ne rendent compte que très imparfaitement de l'ampleur des inégalités d'état de santé entre milieux sociaux et de leurs variations dans le temps ou l'espace. Face à cette insuffisance, des modèles explicatifs originaux, mettant en avant les interactions sociales, ont été proposés au cours des années 80 et 90 (Goldberg<sup>21</sup> et al. 2002). Ces nouveaux facteurs sont qualifiés de déterminants psychosociaux de la santé (Marmot et Wilkinson<sup>22</sup>, 1999 ; Berkman et Kawachi<sup>23</sup>, 2000) dans la mesure où leur effet sur la santé passe en grande partie par les effets négatifs sur la santé d'un stress psychosocial, induit par la faiblesse de la cohésion de l'environnement de l'individu, qualifiée de capital social, par l'insuffisance du soutien apporté par son réseau de relations, par une faible position hiérarchique ressentie au sein de son groupe de référence ou encore par un sentiment de faible autonomie au travail.

Depuis 2003, l'IRDES envisage d'analyser la pertinence de ces déterminants en intégrant des questions dans ESPS 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 afin d'explorer les notions de capital social (participation associative et confiance interpersonnelle), de soutien social et émotionnel, le sentiment de déprivation relative par rapport au groupe de référence, et l'autonomie au travail. Ce module permet ainsi d'approcher pour la première fois à partir d'une même enquête, représentative de la population générale, la plupart des déterminants sociaux proposés dans la littérature qui n'ont jusqu'à présent été étudiés que séparément et à partir d'enquêtes non représentatives de la population générale, telles que la cohorte épidémiologique d'EDF-GDF (cohorte GAZEL) en France et la cohorte de fonctionnaires britanniques (Whitehall Study). Son originalité réside en outre dans l'approche individuelle des déterminants

---

<sup>20</sup> Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (2000), *Les Inégalités Sociales de Santé, Paris : La Découverte/INSERM.*

<sup>21</sup> Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. (2002), "Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé", *Sciences Sociales et Santé*, 20, 4 : 75-128.

<sup>22</sup> Marmot M.G., Wilkinson R.G. (1999), *Social Determinants of health, Oxford University Press.*

<sup>23</sup> Berkman L.F., Kawachi I. (2000), *Social Epidemiology, Oxford University Press.*

sociaux de la santé, qui sont ici mesurés par la perception de l'accès aux différentes ressources psychosociales, alors que ces déterminants sont le plus souvent mesurés au niveau contextuel.

A partir de ce module de questions, cette recherche propose d'étudier les effets directs et indirects sur la santé de l'accès à plusieurs ressources psychosociales - capital social, soutien social, position relative et autonomie au travail, dans le but d'étudier leur contribution à l'explication des inégalités sociales de santé en France. La première étape vise à étudier les effets directs des ressources psychosociales sur la santé. Il s'agit donc d'analyser à l'aide de modèles multivariés l'influence respective des différentes ressources psychosociales sur l'état de santé, mesuré par plusieurs indicateurs de santé (santé perçue, limitations fonctionnelles, maladies chroniques). Afin d'étudier les effets indirects des ressources psychosociales, nous étudierons ensuite les corrélations existant entre ces différentes ressources psychosociales, le recours aux soins et les comportements à risques (consommation excessive d'alcool, tabagisme, obésité). Enfin, nous étudierons les déterminants socio-économiques de l'accès à ces différentes ressources psychosociales afin d'évaluer dans quelle mesure les inégalités sociales d'accès à ces ressources expliquent l'ampleur des inégalités sociales de santé en France

### **Etat d'avancement du projet**

L'analyse du module de questions introduit dans l'enquête SPS 2004 est en cours. Les premières exploitations montrent que la participation associative, le fait de bénéficier d'un soutien émotionnel et l'autonomie au travail sont associés à un meilleur état de santé, et ce pour la plupart des indicateurs de santé considérés. Nos résultats suggèrent également l'existence d'un effet indirect de ces ressources psychosociales, puisque ces dimensions sont également associées à des comportements à risque moins fréquents. Enfin, cette analyse suggère que l'accès aux ressources psychosociales explique en partie les inégalités sociales de santé en France car l'accès à ces ressources est plus fréquent dans les groupes les plus favorisés. Ces premiers résultats seront complétés par l'analyse de l'influence des ressources psychosociales sur la consommation de soins.

Cette recherche a donné lieu à deux communications lors de conférences internationales et à la soumission d'un article dans une revue à comité de lecture :

- ↪ *The impact of social determinants of health on health inequalities in France*, Jusot F. (IRDES), Grignon M. (Mac Master University), Dourgnon P. (IRDES), 6th European Conference on Health Economics, Budapest, 6-9 juillet 2006.
- ↪ *Psychosocial Resources and Health Inequalities in France*, Jusot F. (IRDES), Grignon M. (Mac Master University), Dourgnon P. (IRDES), Social Capital Global Network Meeting, Berkeley, 26-28 octobre 2006
- ↪ *Psychosocial Resources and Social Health Inequalities in France : First findings from a general population survey*, Jusot F., Grignon M., Dourgnon P., soumis à Health economics, Policy and Law

### **A096. Expériences difficiles, santé et recours aux soins**

*Emmanuelle Cambois (INED) et Florence Jusot*

La prise en compte des itinéraires permet de considérer les disparités en matière de santé comme le résultat d'un processus, qui se construit tout au long de la vie et qui est marqué par certains événements et risques susceptibles d'avoir un impact sur la santé. Ainsi, de nombreux travaux de recherche ont montré que santé et « parcours de vie » sont intriqués depuis l'enfance, expliquant que les personnes confrontées à des expériences difficiles au cours leur vie, telles que les ruptures sociales, l'isolement, les graves problèmes financiers et de logement, ont non seulement davantage de problèmes de santé que la moyenne, mais aussi peuvent avoir plus de difficultés à identifier ces problèmes et à s'en remettre au système de santé pour les prendre en charge. Ces situations semblent ainsi rendre plus complexes l'accès ou le recours aux soins et le suivi des prescriptions et recommandations qui en émanent. Dès lors, les expériences difficiles et la vulnérabilité sociale qui en résultent peuvent expliquer des différences d'état de santé, d'accès aux soins et de consommations médicales.

Ce projet de recherche vise ainsi à étudier l'influence sur l'état de santé et le recours aux soins des expériences difficiles connues successivement aux différentes périodes de la vie, au-delà de différences sociales plus classiquement étudiées, grâce à un module de questions spécifiques introduit dans l'enquête sur la santé et la protection sociale en 2004.

Ce court module, composé de questions sur les expériences de perte de logement, d'isolement durable, de manque de ressources pour les biens élémentaires, a été conçu afin de répondre à un double objectif. Son premier objectif est de permettre d'aborder la problématique de la précarité dans une enquête menée auprès de ménages ordinaires, où ces situations sont peu et mal représentées, en raison même des expériences de précarité (problème de logement notamment). En s'appuyant sur le caractère intermittent des situations objectives de précarité, l'interrogation sur les expériences difficiles actuelles mais aussi passées permet de repérer les personnes « vulnérables », c'est-à-dire qui ont été confrontées dans leur vie à des situations de précarité même si elles connaissent au moment de l'enquête une plus grande stabilité. Par ailleurs, l'interrogation sur la période de la vie où ont été connues ces expériences (enfance, âge adulte ou les deux) permet d'étudier l'effet persistant de conditions précaires, que celles-ci soient passées ou présentes, continues ou répétées, sur la santé et le recours aux soins, au-delà des caractéristiques sociales actuelles des individus.

### **Etat d'avancement du projet**

La première étape du projet a consisté à étudier à l'aide de régressions logistiques les liens existant entre la santé, mesurée à l'aide des trois indicateurs du mini module européen et ces situations de rupture, passées ou présentes, reflet d'une vulnérabilité sociale.

Les résultats suggèrent que la vulnérabilité sociale n'est pas anecdotique dans un échantillon pourtant sélectionné et non représentatif des situations de précarité les plus critiques : 1 adulte sur 5 environ déclare avoir connu des difficultés et ruptures, considérées comme de potentiels facteurs de vulnérabilité sociale. Bien que très liée aux caractéristiques classiques de statut social ou de précarité, la vulnérabilité touche toutes les strates de la population. Ces résultats montrent ainsi l'intérêt d'appréhender la vulnérabilité dans une enquête en population générale en complément des enquêtes *ad hoc* auprès des populations défavorisées.

Ces situations de rupture, passées ou présentes, sont corrélées à un mauvais état de santé actuel, quel que soit l'indicateur de santé utilisé et après contrôle par les variables socioéconomiques usuelles. De plus, les ruptures connues seulement durant l'enfance ont un impact sur la santé actuelle, quel que soit l'indicateur de santé et l'effet est renforcé lorsque les ruptures ont eu lieu aux deux périodes de la vie.

Cette première étape sera complétée par une analyse des liens existant entre ces situations de rupture et le recours aux soins.

La première étape de cette recherche a donné lieu à une publication et deux communications en 2006 :

- 📖 *Vulnérabilité sociale et santé*, Cambois E., Jusot F. (2006), « in Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T., « Santé, soins et protection sociale en 2004 », IRDES, 1621
- 📄 *Vulnérabilité sociale et santé : premiers résultats issus d'une enquête en population générale*, Cambois E., Jusot F. Colloque "Epidémiologie Sociale et Inégalités de santé", organisé par l'Association des Epidémiologistes de Langue Française (ADELF), 18-19 mai 2006.
- 📄 *Vulnérabilité sociale et santé : premiers résultats issus d'une enquête en population générale*, Cambois E., Jusot F., Chaire Quêtelet, Louvain-la-Neuve, 29 novembre-1er décembre 2006.
- ✂️ Un article pour une revue internationale à comité de lecture est en préparation.

### **A032. L'état de santé en Zones Urbaines Sensibles : des inégalités individuelles à la discrimination collective**

Caroline Allonier, Thierry Debrand, Véronique Lucas-Gabrielli, Aurélie Pierre, Thierry Rochereau

A partir de l'enquête décennale santé (deux types de données différentes devront venir compléter les données déjà disponibles). Nous avons exploré les questions suivantes, en tenant compte des différences de déclaration dues aux inégalités sociales : l'état de santé des habitants des ZUS est-il moins bon que celui des personnes n'habitant pas en ZUS ? Comment peut-on caractériser l'état de santé de cette population ? Cette première partie a consisté en une description de l'état de santé des personnes habitant en ZUS afin de documenter de façon plus globale les problèmes de santé pouvant être mis en évidence dans ces quartiers. Dans une deuxième partie, nous nous sommes interrogés sur la possibilité de mettre en évidence un effet contextuel, c'est-à-dire un effet du milieu de vie : est-ce que l'état de santé individuel varie selon les caractéristiques sociogéographiques de la zone de résidence, indépendamment des caractéristiques individuelles ?

D'après cette enquête, près du tiers des résidents en ZUS (32 %) se jugent en mauvaise santé contre un quart des personnes qui ne vivent pas en ZUS (26 %). Ils sont respectivement près de 23 % et de 20 % à déclarer au moins une incapacité. Les analyses, toutes choses égales par ailleurs, confirment que le fait de vivre en ZUS augmente la probabilité de se déclarer en mauvaise santé. En croisant le fait de vivre en ZUS avec le statut d'occupation des logements, la situation apparaît plus défavorable pour les locataires et plus particulièrement pour ceux qui résident dans un logement social. Les déterminants de l'état de santé (l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'études.) sont globalement identiques pour les habitants des ZUS et ceux vivant hors ZUS mais leur impact semble renforcé en ZUS.

 *Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants des Zones urbaines sensibles*, Anissa Afrite, Laure Com-Ruelle, Zeynep Or, Thomas Renaud, Questions d'économie de la santé n° 117, février 2007.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes117.pdf>

 *Rapport 2006 de l'Observatoire national des Zones urbaines sensibles*. Editions de la DIV, novembre 2006. 163 pages ▶ <http://www.ville.gouv.fr/infos/editions/observatoire-rapport-2006-accueil.html>

### **A030. La santé des adultes selon leur origine sociale : transmission intergénérationnelle des inégalités sociales de santé**

Marion Devaux, Florence Jusot, Lise Rochaix, Alain Trannoy (IDEP), Sandy Tubeuf

L'objectif principal de la recherche, réalisée dans le cadre du programme DREES-MIRE, INSERM, DGS, InVS, INCA, RSI sur les inégalités sociales de santé, est d'analyser le rôle du milieu social d'origine sur l'état de santé d'un individu à l'âge adulte et, plus généralement, dans la formation de l'inégalité des chances en santé en France. Le projet s'intéresse également à la reproduction de l'état de santé des parents et à la comparaison de l'ampleur de cette reproduction à l'intensité du lien entre le milieu d'origine et l'état de santé du descendant devenu adulte.

La première étape du projet, réalisée à partir d'une exploitation des données françaises de l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) menée en 2004/2005, a permis de mettre en relation pour la première fois en France à partir d'un échantillon de personnes de 50 ans et plus, l'état de santé perçu de la personne, ses conditions de vie durant l'enfance et l'état de santé de ses parents.

Les résultats montrent que la santé à l'âge adulte est influencée par le milieu social d'origine, mesuré par la profession du père comme de la mère, et l'état de santé des parents.

Alors que la profession de la mère semble avoir un effet direct sur l'état de santé du descendant, la profession du père a un impact indirect. La profession du père influence la profession du descendant qui, elle-même, influence son état de santé, ce qui est cohérent avec le modèle de cheminement proposé dans la littérature épidémiologique (Case *et al.*, 2005). Quant à l'effet direct de la profession de la mère, il est conforme au modèle de latence (Barker, 1996) selon lequel il existe une programmation précoce dans l'enfance, dont les effets peuvent rester sans expression durant

longtemps mais induire à long terme un très mauvais état de santé et l'apparition de maladies graves. En outre, nous introduisons une hypothèse de « transmission de la santé » entre les générations, fondée sur un patrimoine génétique commun, des préférences similaires pour la santé et une reproduction des comportements liés à la santé. Cette hypothèse est validée puisqu'un effet direct de la santé des parents sur la santé à l'âge adulte est observé. De plus, l'analyse montre que l'éducation semble être à même d'amoinrir la transmission intergénérationnelle des inégalités de santé.

En dépit de différentes limites essentiellement dues aux données, ces premiers résultats soulignent l'existence d'inégalités des chances en matière de santé en France puisque l'on constate encore des différences d'état de santé liées au milieu d'origine et à la santé des parents, dans une population âgée de 50 ans et plus. Sans entrer dans les débats sur le rôle de la responsabilité individuelle en matière de santé, ces inégalités peuvent être qualifiées sans ambiguïté d'inégalités injustes dans la mesure où un individu ne peut être raisonnablement tenu pour responsable de la profession ou de l'état de santé de ses parents.

Nous envisageons de compléter cette première étape par une analyse comparative européenne de l'influence de l'origine sociale sur l'état de santé des descendants afin de positionner la France en termes de transmission intergénérationnelle des inégalités sociales de santé. Cependant, nous n'avons pu accéder pour le moment qu'à la seule vague française des données SHARE et aucune échéance n'a pu nous être transmise sur la disponibilité des données concernant les autres pays.

Par ailleurs, un module de questions sur cette thématique de la reproduction des inégalités de santé a été introduit dans l'Enquête Santé et Protection Sociale 2006 de l'IRDES afin d'approfondir les travaux déjà réalisés en étudiant notamment la transmission des comportements à risques.

La première étape du projet a donné lieu à plusieurs communications au cours de l'année 2006 lors de conférences nationales, internationales et dans le cadre de deux séminaires de recherche :

- ↪ *Health status in adulthood according to family and social background : intergenerational transmission of income-related health inequalities*, Devaux M., Jusot F., Rochaix L., Trannoy A., Tubeuf S. 6th European Conference on Health Economics, Budapest, 6-9 juillet 2006.
- ↪ *Origine sociale et état de santé des parents : Quelle influence sur l'état de santé à l'âge adulte ?* Devaux M., Jusot F., Rochaix L., Trannoy A., Tubeuf S., XXVIII<sup>e</sup> Journées des Economistes Français de la Santé, Dijon, 23-24 novembre 2006.
- ↪ *Origine sociale et état de santé des parents : Quelle influence sur l'état de santé à l'âge adulte ?* Devaux M., Jusot F., Rochaix L., Trannoy A., Tubeuf S., Séminaire EURISCO-LEGOS, Paris, 6 décembre 2006 et Séminaire EPISOC, Paris, 17 octobre 2006.
- ↪ *Une session organisée autour du thème des Inégalités des chances en santé a été acceptée pour la Conférence Internationale de l'association des économistes de la santé (IHEA) qui se tiendra à Copenhague en juillet 2007.*
- ↪ *Un « Questions d'économie de la santé » et un article en français pour Economie et Statistiques sont actuellement en cours de rédaction. La soumission d'une version anglaise de l'article à Health Economics est prévue au cours de l'année 2007.*

## **A026. Inégalités d'attitudes à l'égard du risque et inégalités de santé**

*Georges Menahem (CNRS-CEPN et IRDES)*

Les activités de ce programme se sont partagées entre un nouveau domaine et la poursuite de travaux antérieurs concernant davantage les inégalités sociales de santé.

### **Thème des attitudes à l'égard du risque**

L'exploitation secondaire de l'enquête « Baromètre santé 2005 » concernant le risque, les accidents et la santé a été poursuivie afin de développer les premières relations entre les différentes caractéristiques des individus (âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle, déclaration d'événements marquants connus avant 18 ans) et les types d'aversion au risque mis en évidence lors du stage de Laetitia Lepage en 2005. Ce travail a été réalisé en effet à partir des réponses au riche questionnaire

du baromètre santé, lequel a déjà permis de distinguer 27 variables de comportements à l'égard du risque que nous avons pu regrouper en 7 types homogènes d'attitudes à l'égard du risque.

Mais l'avancement de notre travail ne nous a pas permis d'incorporer nos résultats dans les publications de l'INPES en 2006. Nos contacts avec l'équipe de l'INPES se sont néanmoins concrétisés par le démarrage d'une collaboration avec Arnaud Gautier, laquelle doit déboucher sur la proposition d'un article pour publication à une revue à comité de lecture du type de la *Revue française de santé publique* ou *Population*.

### **Thème des inégalités sociales de santé :**

La poursuite d'exploitation de diverses enquêtes menées par l'IRDES (ESPS, ESSM) s'est traduite dans une nouvelle communication présentée au colloque de l'ADELFI à Toulouse en mai 2006. Cette prestation a souligné le rôle des trajectoires biographiques dans la genèse des attitudes à l'égard du risque et, de ce fait, dans la production des inégalités sociales de santé.

### **Thème des personnes en situation précaire : leur rapport au risque et leur santé**

La mise en forme des exploitations et d'études déjà réalisées sur l'enquête PRECALOG 1999-2000 a permis la réalisation d'un rapport et d'un 4 pages sur les « logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits ».

📄 *Logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits.* Collet M., Menahem G., Picard H., Questions d'économie de la santé, n° 113, Octobre 2006  
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes113.pdf>

📖 *Motifs médicaux de recours aux centres de soins gratuits et logiques de recours aux soins des consultants,* Collet M., Menahem G., Picard H., IRDES n° 1627, 2006/04, 167 p.  
▶ <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/BiblioResumeEtSommaire/2006/rap1627.htm>

🗨️ *Événements pathogènes de l'enfance, caractère protecteur du deuil et santé,* Communication au Colloque de l'ADELFI, Toulouse, 18 mai 2006.

📄 *Santé : la dégradation,* Chapitre 10 in Pauvreté et inégalités, coordonné par le professeur Jean Gadrey, Éditions Fayard – Mille et une Nuits, Paris, pages 147-162.

### **A031. Enquête pilote INTERMEDE portant sur l'interaction entre médecins et malades dans la création d'inégalités sociales de santé**

Anissa Afrite, Chantal Cases, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Thierry LANG (Inserm)

Ce projet fait suite aux séminaires interdisciplinaires 2004/2005 intitulés : « rapports à la santé et aux soins : un continuum entre les exclus et les autres catégories sociales » (Cf. ci-dessus). Il s'agit d'un projet collectif impliquant, outre l'IRDES, l'INSERM (T.Lang U558, Toulouse), l'université de Toulouse (M. Membrano, CIRUS CIEU<sup>24</sup> UMR 5193), le Laboratoire de Santé publique du CHU de Nantes (P. Lombrail) et le DIES<sup>25</sup> (C. Despres).

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

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

L'enquête vise à traiter les problématiques suivantes :

- Y a-t-il, à situation clinique identique, des différences de traitements (de réponse du système de soins) selon les catégories sociales, qui pourraient être génératrices d'inégalités de santé ?

---

<sup>24</sup> Centre interdisciplinaire de recherches urbaines et sociologiques

<sup>25</sup> Développement, Innovation, Evaluation, Santé - Groupe d'études et de recherche

- Si oui, quels sont les éléments de l'interaction médecin – patient qui les génèrent ?

L'originalité de ce projet réside dans l'association d'outils qualitatifs et quantitatifs. Le protocole comporte une première phase de type sociologique incluant entretiens avec le médecin, le patient et observation de la consultation. Cette phase exploratoire contribue à construire les hypothèses à tester dans la phase quantitative et produira en outre des résultats préliminaires, mais originaux, sur la question posée.

Le pilote comprendra, outre des questionnements du médecin et du patient à différentes étapes de l'épisode de soins, un enregistrement audio de la consultation sur un sous-échantillon de consultations. Cette phase portera sur au moins 20 médecins volontaires recrutés, 15 à 20 patients par médecin, parmi les prises de rendez-vous non urgentes.

Le recueil comporte un questionnaire général médecin, explorant son profil, sa pratique, un questionnaire patient pré-consultation relevant ses caractéristiques générales et les motifs de consultation, un enregistrement audio ou vidéo de la consultation auprès de onze médecins. A l'issue de la consultation, un questionnaire patient porte sur le contenu de la consultation, un questionnaire médecin recueille les diagnostics, les traitements, l'opinion sur le patient, les demandes et attentes perçues par le médecin. Le suivi de la mise en œuvre réelle des conclusions arrêtées à l'issue de la consultation est recueilli par téléphone plusieurs semaines après la consultation.

Le recueil de l'étude qualitative a été achevé en 2006 par les différentes équipes concernées, dans les régions de Paris, Toulouse et Nantes. Leur exploitation continue en 2007.

Le travail sur le protocole et les questionnaires s'est déroulé en 2006 sur la base d'échanges interdisciplinaires. Les objectifs et le mode de conception interdisciplinaire de l'enquête ont été présentés au séminaire de l'European Health Policy Group.

Le terrain du pilote aura lieu en 2007.

- ↳ *Building a Survey on Patient-Doctor interaction and how it may generate inequalities of treatment: the case of overweight and obesity; a pilot interdisciplinary approach.* Afrite A., Cases C., Dourgnon P. (IRDES) Despres C. (DIES) Hélardot V., Rolland, Lang (CIRUS-Cers, Toulouse). The European Health Policy Group Thirteenth Meeting, Londres, 21-22 septembre 2006.

### **A098. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire**

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

L'année 2006 a été consacrée :

1. A la rédaction d'un article qui sera soumis à l'European Journal of Public Health dans le courant du 1<sup>er</sup> semestre 2007. Cet article porte sur l'impact du renoncement aux soins sur la santé bucco-dentaire observé à partir d'une exploitation longitudinale de l'enquête ESPS. Nous montrons que les renoncements observés dans les enquêtes ESPS 1992 et 1996 sont très fortement corrélés à un état de santé dentaire très dégradé en 2000. Nous observons par ailleurs, que ce sont souvent les mêmes individus qui déclarent des renoncements à différents points de l'enquête ESPS. Nous en concluons, que le renoncement relevé dans l'enquête ESPS permet de mettre en évidence une proportion certes limitée de la population qui entre dans un engrenage ou se succèdent renoncements et dégradations de la santé dentaire. Nous montrons aussi, que malgré la mise en place de la CMU, il subsiste un obstacle financier au recours aux soins dentaires pour une partie non négligeable de la population (environ 9 % des personnes déclarent renoncer à des soins bucco-dentaires pour raisons financières en 2000). Il s'agit le plus souvent de personnes dont la situation financière est fragile. Après une forte diminution de la carie dentaire suite à la généralisation de l'utilisation du fluor et de la brosse à dents, il semble que les dispositifs de prévention et de diagnostic actuels aient du mal à réduire les fortes inégalités sociales observées en santé dentaire. Les discussions qui ont eu lieu sur ce thème lors de la 6<sup>ème</sup> journée de santé publique dentaire semblent conclure que c'est vers la prévention primaire dans les écoles qu'il faut

aujourd'hui se tourner pour limiter au maximum l'apparition de la carie qui entraîne ensuite une dégradation en chaîne de la santé dentaire des enfants dans les familles les plus pauvres.

2. A la mise en forme d'un projet de participation à la cohorte ELFE pour étudier la constitution des inégalités de santé dentaire durant l'enfance. Nous avons proposé un questionnaire en ce sens pour l'enquête à 6-8 semaines qui aura lieu en 2008 et qui va être testé au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2007. Dans ce cadre, nous avons également écrit un projet de validation d'un outil de mesure de la santé bucco-dentaire chez l'enfant et chez l'adulte, pour lequel nous allons chercher des financements en 2007. Ce projet va bien sûr se poursuivre dans les années à venir.

☞ Nous avons participé au conseil scientifique de la 6<sup>ème</sup> Journée Internationale de Santé Publique Dentaire au cours de laquelle nous avons fait une intervention pour présenter les *résultats de l'évaluation sociale du bilan bucco-dentaire réalisée par l'IRDES*, Créteil, 9 novembre 2006.

☞ Nous avons également présenté un poster au séminaire ADELFI 2006 sur les inégalités de santé à Toulouse, en mai 2006.

☞ L'année 2007 sera consacrée prioritairement au travail d'élaboration d'un outil de mesure de la santé bucco-dentaire chez l'enfant et chez l'adulte, au suivi de la cohorte ELFE qui devrait être léger en 2007 et à la finalisation de l'article pour la revue EJPH (il reste à assurer la traduction en anglais).

### 2.3.3 Les relations entre la santé et les situations de travail

#### A018. Construction d'un indicateur d'espérance de vie active sans incapacité

Florence Jusot (IRDES), Agnès Lièvre (IRDES), Catherine Sermet (IRDES)

Thomas Barnay (ERUDITE, Université Paris 12), Marianne Brieu (ILC), Françoise Forette (ILC), Nicolas Brouard (INED), Jean-Marie Robine (INSERM)

Les conséquences du vieillissement démographique sur l'équilibre entre les générations cotisantes et retraitées ont obligé les pays à opter pour des politiques de recul de l'âge de la retraite. Cependant, les taux d'emploi des personnes de plus de 50 ans restent faibles en Europe. Parallèlement, l'état de santé de la population s'améliore. Les indicateurs d'espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité (développés en particulier par le réseau euro-REVES) permettent d'évaluer cette évolution positive.

Il n'existe pas à notre connaissance d'indicateur du même type liant l'état de santé et la participation au marché du travail. Ce projet vise donc à élaborer un indicateur synthétique combinant santé et activité afin de mesurer les évolutions dans le vieillissement en santé et l'engagement productif en Europe.

Nous avons mobilisé les données du panel européen des ménages (EHP 1994-2001) réalisé dans quinze états membres de l'Union Européenne. Nous utilisons une approche multi-états basée sur des chaînes de Markov pour calculer les espérances de vie active en bonne santé. Cette méthode permet d'obtenir des indicateurs dits « du moment », c'est-à-dire des indicateurs qui se basent sur les données de flux d'emploi, de santé et de mortalité observés au moment de l'enquête.

Le calcul de telles espérances de vie nécessite une programmation spécifique qui n'est pas encore incorporée dans les logiciels standards. Le programme de calcul IMach a été spécialement développé par N. Brouard et A. Lièvre de l'INED pour le calcul d'espérances de vie en santé à partir d'une enquête à passages répétés (documentation et programme téléchargeables sur le site <http://euoreves.ined.fr/imach>). Ce programme modélise les probabilités de transitions entre les états d'activité selon un modèle logit multinomial, puis calcule les espérances de vie dans chacun des statuts d'activité et de santé du modèle.

Au total, nous avons mis en évidence plusieurs types de pays :

- ceux dont l'espérance en emploi élevée s'associe à une espérance en emploi et en mauvaise santé élevée : la Finlande, le Danemark, le Royaume-Uni,

- ceux dont l'espérance en emploi, comme l'espérance en emploi et en mauvaise santé sont faibles : Espagne, Italie, Grèce, mais aussi France et Autriche,
- des pays dont l'espérance en emploi est élevée, mais l'espérance en emploi et en mauvaise santé est faible: Portugal, Pays-Bas, Belgique,
- enfin, des pays dont l'espérance en emploi est relativement basse, mais associée à une espérance en emploi et en mauvaise santé élevée : Allemagne et Suède.

L'interprétation fine de ces résultats nécessite un approfondissement de nos connaissances des systèmes de santé et de protection sociale des différents pays. Cette comparaison européenne permet néanmoins de situer la France au milieu de ses voisins. Elle met en évidence les différences de gestion de la santé au cours de l'activité professionnelle. Elle prolonge enfin les débats sur la place des actifs en mauvaise santé dans le marché du travail, sur la question du recul de l'âge de la retraite et sur celle de l'insertion des seniors dans la vie professionnelle.

📖 *Espérances de vie professionnelle en santé. Méthodes de calcul et application à 13 pays d'Europe.* Lièvre A., Jusot F., Barnay T., Sermet C., Brouard N., Robine J.M., Brieu M.A., Forette F., 2006, Rapport final à ILC France/Alliance pour la santé et l'Avenir.

📖 *Les mesures de la santé et de l'activité sont-elles comparables dans les enquêtes européennes ?* Barnay T., Jusot F., Rochereau T. et Sermet C., 2006, in « Méthodes d'enquêtes et sondages : Pratiques européenne et nord-américaine », Lavallée P. et Rivest L.P. (dir) Dunod, collection cours et cas pratiques : 107-110.

👉 *Assessing an indicator of healthy working life expectancy for France using a longitudinal survey*, Lièvre A., Jusot F., Barnay T., Sermet C., Brouard N., Robine J.M., Brieu M.A., Forette F. 18th REVES Conference, Amsterdam, 29-31 Mai 2006.

👉 *Une communication a été acceptée pour les XXVIIe Journées de l'Association d'Économie Sociale en 2007 : "Travailler en bonne santé ? Évidences des inégalités entre les hommes et les femmes"*, Lièvre A., Jusot F., Barnay T., Sermet C., Brouard N., Robine J.M., Brieu M.A., Forette F., XXVIIe Journées de l'Association d'Économie Sociale, Université de Paris X – Nanterre , 6-7 septembre 2007.

👉 *Un article pour une revue internationale à comité de lecture est en préparation.*

#### **A024. Les itinéraires professionnels en relation avec la santé**

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

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

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

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

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

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

Cette étude montre clairement l'impact de l'état de santé sur les sorties de l'emploi, que ce soit vers le chômage ou vers l'inactivité. Elle permet en outre de distinguer les effets de variables de santé plus objectives telles que la présence d'une ALD qui augmentent plus spécifiquement le risque d'inactivité alors qu'elles n'aggravent pas celui de chômage. Ces résultats sont renforcés par une analyse répétée sur deux périodes dans le temps : 1992-95 à 1996-98 et 1996-98 à 2000-2002.

Outre l'état de santé antérieur, notre étude prend également en compte deux facteurs de risque précurseurs de l'état de santé : l'obésité et le tabac dont les effets, moins constants que ceux de la santé, révèlent toutefois des différences importantes selon le genre.

Si l'existence de facteurs de sélection par la santé dans les itinéraires professionnels semble confirmée pour l'inactivité et le chômage, il n'en est pas de même pour la mobilité sociale intragénérationnelle. Nous n'observons en effet pas d'impact de la santé sur le changement de catégorie sociale, ni sur le changement de statut d'emploi. Nous observons en revanche un effet de la mauvaise santé sur le passage d'un contrat de travail à durée indéterminée à un contrat de travail à durée déterminée chez les hommes, mais qui reflète sans doute davantage l'effet de la santé sur les ruptures professionnelles que sur la nature du contrat de travail.

La première partie de ce travail a donné lieu en 2006 à :

1) deux communications dans des colloques internationaux :

✉ *Une mauvaise santé augmente fortement les risques de perte d'emploi*, Jusot F., Khlat M., Rochereau T., Sermet C., colloque « Population et travail organisé par l'Association Internationale des Démographes de Langue Française (AIDELF), Aveiro, 18-22 septembre 2006.

✉ *The role of ill-health as a precursor of unemployment in France*, Jusot F., Khlat M., Rochereau T., Sermet C., XXV<sup>e</sup> congrès international de la population, Tours, 18-23 juillet 2005, III<sup>èmes</sup> rencontres franco-britanniques en économie de la santé (CES-HESG Workshop), Londres, 4-6 Janvier 2006.

2) la rédaction d'un rapport :

📖 *Les itinéraires professionnels en relation avec la santé : Une exploitation longitudinale de l'enquête sur la santé et la protection sociale de l'IRDES*, Jusot F., Khlat M., Rochereau T., Sermet C. (2006), rapport final dans le cadre du programme " Santé et Travail", MIRE, DARES, DREES, La Poste, 145 pages.

📄 *Les itinéraires professionnels en relation avec la santé : Une exploitation longitudinale de l'enquête sur la santé et la protection sociale de l'IRDES*, Jusot F., Khlat M., Rochereau T., Sermet C. La lettre de la Mire, 11 : 6-9. 2006.

3) la publication d'un article dans une revue à comité de rédaction :

📄 *Une mauvaise santé augmente fortement les risques de perte d'emploi*, Jusot F., Khlat M., Rochereau T., Sermet C. (2006), in *Données Sociales*, La société française, 533-543.

4) la soumission d'un article dans une revue internationale à comité de lecture :

📄 *Job loss from ill-health, smoking and obesity: concurrent evidence for direct and indirect selection*, Jusot F., Khlat M., Rochereau T., Sermet C. (2006), soumis au *Journal of Epidemiology and Community Health*.

## **A029. Discriminations liées à la santé sur le marché du travail**

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

De nombreux travaux de recherche ont mis en évidence l'existence d'une sélection à l'emploi par la santé. La mauvaise santé semble en effet être un facteur important d'exclusion du marché du travail et de chômage. Si la santé sélectionne les individus sur le marché du travail, il reste à savoir si cette sélection vient des entreprises ou des individus eux-mêmes, et donc si la santé affecte l'offre ou la demande de travail. Mettre l'accent sur ce rôle de l'entreprise dans le lien emploi-santé pointe alors l'existence d'une discrimination où la (mauvaise) santé est alors utilisée comme un critère de définition de (l') la (in)compétence.

En France, les discriminations sur le marché du travail liées à la santé, ou tout au moins le rôle des employeurs dans la relation existant entre santé et chômage, n'ont jamais été étudiés. Ce manque s'explique principalement par la difficulté de prouver empiriquement l'existence de telles discriminations. Cependant, ce manque s'explique aussi par le fait que la plupart des travaux portent sur l'effet de la santé sur la cessation d'activité ou le non-emploi, sans différencier spécifiquement l'effet de la santé sur le chômage et l'inactivité, et interprète généralement les résultats en termes d'effet de la santé sur l'offre de travail.

Ce projet de recherche, réalisé dans le cadre du projet Economix (ex Forum) « Inégalités et discriminations sur le marché du travail : l'impact de l'identité sur l'évaluation du travail », propose au contraire d'apporter un éclairage sur l'effet de la santé sur la demande de travail, en tirant partie de la richesse de l'enquête « Histoire de Vie – Construction des identités » sur la perception de la santé et des injustices vécues au cours de la vie.

Afin de tester l'existence d'un phénomène d'éviction du marché du travail lié à l'état de santé ou à l'obésité, cette recherche propose d'analyser les liens existant entre le chômage, la mauvaise santé, les conséquences perçues de la santé sur la vie professionnelle ainsi que le sentiment d'injustice lié à la santé et au handicap.

Les résultats confirment tout d'abord l'existence d'une corrélation entre la mauvaise santé et le risque de chômage. Ils suggèrent ensuite que cette corrélation est en partie due à l'existence d'un effet de sélection sur le marché du travail, c'est-à-dire à un effet causal de la santé sur la situation vis-à-vis de l'emploi, puisque les personnes qui déclarent qu'un problème de santé a eu au cours de leur vie des conséquences négatives sur leur vie professionnelle ont également un risque de chômage plus élevé après contrôle par l'état de santé. Cette recherche suggère enfin l'existence d'un phénomène d'éviction du marché du travail, puisque les personnes déclarant avoir subi des injustices en raison de leur santé ont un risque de chômage accru, après contrôle par l'état de santé.

Cette recherche a donné lieu à une communication et une publication en 2006 :

✉ *Inégalités de santé et effet de sélection à l'emploi : quelques résultats empiriques*, Abecassis P., Batifoulier P., Bilon-Hoefkens I., Jusot F. (2006), XXVIèmes journées de l'Association d'Economie Sociale, Nancy, 7-8 septembre 2006.

📄 *Inégalités de santé et effet de sélection à l'emploi : quelques résultats empiriques*, Abecassis P., Batifoulier P., Bilon-Hoefkens I., Jusot F. (2006), In « *Economie Sociale et Droit* ». Actes des XXVIèmes journées de l'Association d'Economie Sociale les 7 et 8 septembre 2006 à Nancy, 2006/09, Tome 1, pp.193-208.

✂ *Un article pour Economie et Statistique est actuellement en cours de rédaction.*

### **A136. PENSARE : PENibilité, SANTé et Retraite – Etat de santé et pénibilité du travail : deux facteurs explicatifs du départ en retraite**

*Chantal Cases, Thierry Debrand, Pascale Lengagne, Catherine Sermet*

L'objectif de cette recherche, menée en collaboration avec le centre d'études de l'emploi et financée par l'agence nationale de la recherche sur la période 2006-2008, est d'améliorer la compréhension de la sortie du marché du travail vers la retraite en prenant en considération l'état de santé et la pénibilité du travail. Nous retenons ainsi trois axes d'analyse : le premier concerne la « pénibilité » du travail. Dans le débat concernant les fins de vie active, la pénibilité du travail trouve sa place sous plusieurs aspects que l'on tend parfois à confondre et qu'il semble important de distinguer. Le deuxième axe concerne l'explication des liens existant entre la pénibilité du travail et l'état de santé des travailleurs. Nous nous focaliserons sur les effets sur la santé d'une situation de travail caractérisée par une forte demande psychologique, en nous fondant sur les modèles de « demande / contrôle » (Karasek et Theorell, [1990]) et d'équilibre entre effort fourni au travail et récompense reçue (Siegrist, [1996]). Le troisième axe concerne la façon dont les individus, en fin de vie active, introduisent les notions d'état de santé et de pénibilité dans leur décision de se maintenir ou de quitter le marché du travail. Cela donnera lieu à une modélisation économique originale des comportements de départ en retraite.

La phase préparatoire de cette recherche a donné lieu à la rédaction de deux documents de travail :

- ☐ *Organisation du travail et santé des seniors en Europe*. Debrand T., Lengagne P. Document de travail IRDES n° 3. 02/2007.  
▶ <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT3OrganisationTravail.pdf>
- ☐ *Aspiration à la retraite, santé et satisfaction au travail : une comparaison européenne*. Blanchet D. (INSEE-Département des Etudes Economiques d'Ensemble), Debrand T. (IRDES). Document de travail IRDES n° 1. 02/2007 ▶ <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT1AspirationRetraite.pdf>

#### **A068. Modalités d'accès à la retraite pour raison de santé**

Thomas Barnay, François Jeger (DREES)

En 2006, cette étude a donné lieu à une double publication à l'IRDES et à la DREES :

- ☐ *Quels dispositifs de cessation d'activité pour les personnes en mauvaise santé ?* Barnay T., IRDES, Jeger F., DREES :  
Questions d'économie de la santé n° 108, IRDES, mai 2006, Série "Résultats". 8 pages.  
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes108.pdf>  
  
Etudes et résultats n° 492, mai 2006, 8 pages.  
▶ <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er492/er492.pdf>

#### **Z001. Santé et offre de travail des seniors : l'importance des contextes**

Thomas Barnay (ERUDITE, Université Paris 12), Didier Blanchet (INSEE), Thierry Debrand, Pascale Lengagne

En 2006, cette étude (cf. [rapport d'activité 2005](#)) a donné lieu à un travail d'écriture et de diffusion.

- ☐ *L'impact de l'état de santé sur l'emploi des seniors en Europe*. Barnay T., Thierry Debrand T., Questions d'économie de la santé n° 109, Juin 2006, Série "Résultats". 6 pages.  
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes109.pdf>
- ☐ *Etat de santé et participation au marché du travail*, Barnay T., Thierry Debrand T., Revue Santé, Société et Solidarité, à paraître
- ☐ *Disability and the labour force participation of older workers: the importance of health*, Th Barnay, Th Debrand, IRDES working paper, à paraître.

### **2.3.4 Consommation et prescription de médicaments**

#### **B001. Evaluation économique des génériques antiépileptiques**

Laure Com-Ruelle, Catherine Sermet

Une étude sur les conséquences économiques de l'utilisation des génériques des médicaments antiépileptiques a été menée à partir des données de remboursement de l'Assurance maladie. Elle a donné lieu à une communication orale aux "Journées de Neurologies" organisées par le journal "Neurologies".

Les génériques font-ils économiser, gagner ou dépenser de l'argent ? Après un rappel de la réglementation régissant le générique en France et des éléments décrivant le marché global des génériques, elle fait le bilan de l'usage de ces médicaments, en décrit les consommateurs et les prescripteurs, et mesure l'économie réalisée France entière. Deux millions de personnes en France consomment des médicaments antiépileptiques (41 % d'hommes et 59 % de femmes). Prescrits à 86 % par des omnipraticiens, le motif en est l'épilepsie dans quatre cas sur dix et ils génèrent 383 millions d'Euros de dépenses (dont 329 sont remboursés). Les génériques antiépileptiques ont beaucoup progressé. Entre 2003 et 2006, ils sont passés de 0,52% à 10,7% du marché et de 2,2 % à 16,6% du répertoire. Mais le potentiel de développement des génériques reste très important : en théorie, 41 % des boîtes au maximum pourraient être remplacées par des génériques, sauf contre-indication. Les génériques d'antiépileptiques pourraient générer des économies de 70 à 100 M€

(hypothèses de remplacement à 50 et 70 % du répertoire en 2005), plus encore dans l'avenir (nouveaux génériques). Mais ils restent peu utilisés bien que les molécules communément utilisées sont génériquées. Il y a en effet des réticences à la substitution par les génériques à la suite de résurgences de crises épileptiques au moment du changement.

☞ *Les génériques font-ils économiser, gagner ou dépenser de l'argent ? Le point de vue des économistes de la santé*, Com-Ruelle L., Sermet C., in 8èmes rencontres de Neurologies, Palais des Congrès, Paris, 15-17 novembre 2006

## **A072. Consommation internationale de la consommation d'antidépresseurs (Royaume-Uni, Allemagne, France)**

*Nathalie Grandfils, Valérie Paris, Catherine Sermet*

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

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

Ce travail a été finalisé en 2006 et donnera lieu à la soumission d'un article dans une revue internationale début 2007 ; il montre que la consommation en volume des Anglais est aujourd'hui au moins égale à celle des Français mais que la consommation d'antidépresseurs des Allemands reste très inférieure à celle des Britanniques et des Français.

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

☞ *Article pour revue internationale à comité de lecture.*

## **A127. Comparaison internationale France Canada**

*Nathalie Grandfils, Catherine Sermet, Philip Merrigan (UQAM<sup>26</sup>)*

L'objectif principal de cette étude est de réaliser une comparaison France/Canada de la consommation pharmaceutique, en niveau et en structure, par classe thérapeutique. Quelques classes pharmaceutiques seront prises en compte dans un premier temps : les antihypertenseurs, les antidépresseurs et les antidiabétiques, Dans un deuxième temps, nous tenterons d'isoler quelques facteurs explicatifs de ces différences : caractéristiques de la population, état de santé, différences culturelles ou de système de santé.

---

<sup>26</sup> Université du Québec à Montréal

En 2006, les exploitations de la partie canadienne de la comparaison ont été réalisées. Les exploitations de l'enquête ESPS qui serviront de support à la partie française seront réalisées en 2007.

### **A077. L'utilisation des traitements hormonaux substitutifs**

*Anne Aligon, Nathalie Grandfils, Thomas Renaud, Catherine Sermet*

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

Les trois objectifs de cette étude sont les suivants :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

✎ *Ce travail n'a pas pu être finalisé en 2006. Les résultats enrichis et complétés par l'apport des données mensuelles de remboursement de la CNAMTS seront publiés en 2007 par l'IRDES.*

### **A073. L'observance médicamenteuse**

*Nathalie Grandfils, Philippe Le Fur*

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

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

L'objectif de notre recherche était de proposer une approche de l'observance par l'intermédiaire des remboursements de médicaments par l'Assurance maladie sur une longue période (un an). Ces données de remboursement, appariées avec les données de l'enquête ESPS (Santé et Protection Sociale) de l'IRDES, réalisée sur les mêmes individus, permet de suivre les achats précis de médicaments pendant cette période tout en ayant en regard l'ensemble des caractéristiques sociodémographiques des personnes, leur état de santé ainsi que leur consommation pharmaceutique déclarée à la veille de l'enquête.

Une étude de faisabilité a été effectuée par l'intermédiaire d'un projet statistique avec des étudiants de 3ème année à l'ENSAI. Ce travail a été effectué sur la population des individus traités pour diabète, hypertension ou hypercholestérolémie, maladies chroniques pour lesquels le traitement doit être pris en continu et de manière illimitée dans le temps.

Le travail a consisté à calculer le rapport entre le nombre de médicaments achetés sur une période et le nombre de médicaments devant théoriquement être consommés sur cette même période. Le calcul du nombre théorique de médicaments consommés a été basé sur la posologie moyenne déclarée au cours de l'enquête ESPS. Si le rapport ainsi formé était inférieur à 80 %, on a considéré la personne comme non observante.

Le taux d'observance global pour ces 3 classes de médicaments a été évalué autour de 70 % ; du fait de ce pourcentage élevé, l'effectif réduit de la population des non-observants n'a permis d'isoler aucune caractéristique particulière de ces personnes.

Ce travail s'est heurté à de nombreuses difficultés méthodologiques, notamment quant à la détermination de la période d'observation idéale pour chaque individu ou encore quant au choix de la posologie quotidienne à retenir pour chaque individu.

📄 *Ce travail a donné lieu à un rapport de stage (Marion Devaux et Aurélie Dumas).*

## 2.3.5 Vieillesse

### A069. Ouvrage sur le vieillissement en Europe

Thomas Barnay (*ERUDITE, Université Paris 12*), Catherine Sermet

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

L'objectif de cet ouvrage est d'alimenter le débat autour des enjeux liés au vieillissement de la population en Europe. Les articles proposent à la fois un état des lieux autour des différentes problématiques liées au vieillissement de la population en Europe et font le point, quand cela est possible, sur les perspectives d'évolution en favorisant la multidisciplinarité des approches. Ils abordent la question du vieillissement à partir de plusieurs axes : démographie, état de santé, mode de vie et prise en charge.

L'ouvrage s'ouvre sur une réflexion historique autour d'une question fondamentale : quel est le seuil de la vieillesse ? Autrement dit à quel âge devient-on vieux ? Vincent Gourdon souligne l'image ambiguë de la vieillesse dans l'histoire passant du vieillard aimable et honoré au vieillard inactif et oisif, l'auteur constate ces changements induits par le récent vieillissement démographique. Il nous rappelle les différentes définitions de la vieillesse dans le temps et conclut sur le paradoxe de la situation actuelle : un recul du vieillissement biologique et fonctionnel associé à une avancée du vieillissement social avec le passage de l'âge de la retraite de 65 à 60 ans au début des années 80.

Après ce préambule historique, la première partie de l'ouvrage est consacrée au vieillissement démographique. Alain Parant retrace l'évolution de la fécondité et de la mortalité des pays européens et celle de leur structure par âge. Puis, en se fondant sur les dernières projections des Nations-Unies, il esquisse un tableau du vieillissement démographique de l'Europe à l'horizon 2050. Enfin, il s'interroge sur les hypothèses qui sous-tendent les projections actuelles de population.

Dans la deuxième partie se succèdent une série d'articles consacrés aux différents aspects de l'état de santé : mortalité par cause, état fonctionnel, pathologies et dépendance.

Eric Jouglu *et al.* dressent un panorama de la mortalité des plus de 65 ans et des causes de décès dans les pays de l'Union européenne. Ils mettent en évidence des disparités de mortalité parfois considérables pour certaines causes, disparités expliquées par des différences de facteurs de risque, de système de soins, de comportements et de pratiques de santé.

Dans l'article suivant, Thomas Barnay et Catherine Sermet réalisent un état des lieux de l'état de santé des personnes de plus de 50 ans en Europe, en se focalisant sur la santé perçue, les grandes pathologies du vieillissement et les facteurs de risque et les modes de vie susceptibles d'expliquer les différences observées entre les pays.

Après avoir défini les concepts de dépendance et d'incapacité et les mesures existantes, Joël Ancri présente, à partir des données comparatives disponibles, les taux d'incapacité dans les activités de la vie quotidienne et de dépendance des différents pays. Puis, il analyse les tendances à venir en termes d'amélioration ou de dégradation de l'état de santé de ces populations et de conséquences pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Enfin, Jean-Marie Robine et Jean-Pierre Michel proposent une théorie générale permettant de réconcilier les différentes théories sur l'évolution de l'état de santé, pandémie des incapacités, équilibre dynamique et compression de la morbidité qui ne seraient que les différents stades d'une transition unique, la transition fonctionnelle. Ils examinent à la lueur de cette théorie les évolutions de l'état de santé observées dans chacun des pays européens et indiquent la phase de la transition dans laquelle ils se trouvent.

La section suivante est consacrée aux modes de vie des personnes âgées. Les auteurs abordent successivement les conditions de vie puis l'activité des seniors avant de s'intéresser aux solidarités familiales. Le premier article de Jim Ogg et Sylvie Renaut s'interroge sur les principales différences ou similitudes dans les manières de vivre en Europe à l'heure de la retraite. Plusieurs sources de

données internationales sont utilisées pour dresser un panorama des modes de vie des personnes de 65 ans et plus, de leur situation conjugale et familiale, de leurs conditions d'habitat et de logement et de leur intégration à la société européenne.

Anne-Marie Guillemard aborde ensuite la question de l'emploi des salariés âgés. Elle fait le point sur les disparités de l'activité des seniors en Europe et sur les facteurs qui permettent de les expliquer. Elle s'attache à mettre en évidence les nouvelles orientations politiques susceptibles d'inverser la tendance au retrait précoce et d'enclencher un vieillissement actif.

L'objet de l'article de Marie-Eve Joël est de présenter les principaux débats qui ont lieu en Europe sur le thème de la solidarité familiale et de sa déclinaison économique sous forme de transferts intergénérationnels. Il se concentre sur la solidarité familiale directe qui se manifeste à l'intérieur d'une famille lorsque l'un de ses membres vieillit et en particulier sur le problème majeur qui met en œuvre la solidarité familiale c'est-à-dire celui de l'organisation des soins de longue durée et de leur financement, en cas de grave dépendance.

Enfin, la dernière partie aborde les politiques publiques de prise en charge des différents aspects du vieillissement. Quels systèmes de retraite ? Quelles dépenses de santé et quelle prise en charge de la dépendance ? Après avoir constaté que le modèle européen des retraites était aujourd'hui largement remis en cause, Henri Sterdyniak fait le point sur les différentes conceptions sociales qui sous-tendent les modèles de prise en charge de la retraite : modèle social démocrate, modèle citoyen ou modèle libéral. Il compare les stratégies de réformes adoptées par la plupart des pays européens et lance une discussion sur la nécessité d'une stratégie commune européenne.

Michel Grignon conduit une réflexion sur les dépenses de soins en Europe et leur lien avec le vieillissement de la population. Il définit d'abord la dépense nécessaire pour maintenir un profil de dépenses par âge constant, puis détaille les mécanismes par lesquels les sociétés vieillissantes pourraient être amenées à dépenser plus (ou moins) pour se soigner. Enfin, il aborde la question de l'effet de la dépense médicale sur les gains d'espérance de vie des Européens, qui est en quelque sorte le problème réciproque de celui de l'effet du vieillissement sur la dépense.

Le dernier de ces trois articles, par Jean-Claude Henrard décrit les réponses apportées par les différents pays européens aux besoins de soins et d'aide de longue durée engendrés par la dépendance. Il souligne les changements intervenus depuis les années 70 et les différents modèles adoptés selon le système de protection sociale des pays concernés.

 *Le manuscrit de cet ouvrage a été remis à la documentation française en octobre 2006. Il est en cours de relecture et devrait être publié au deuxième trimestre 2007*

## 2.4 Pôle 4. Système de santé, financement, assurance et régulation

### 2.4.1 Assurance maladie obligatoire et complémentaire : financement et dépenses

#### A036. Impact de la CMU sur le recours aux soins

Michel Grignon, John Lavis, Marc Perronnin

Cf. [rapport d'activité 2005](#).

En 2006 :

☰ Les résultats de l'étude menée en 2003 sur les années 1998, 1999 et 2000, décrits dans le Questions d'économie de la santé n° 74, ont ensuite fait l'objet d'un article pour la revue « Health Economics ». Michel Grignon, Marc Perronnin, John Lavis, « *Does free complementary health insurance help the poor to access health care – Evidence from France* ». Les referees ont envoyé leurs remarques en 2006 et les auteurs se sont attachés à y répondre. Ces réponses aux referees ont constitué le seul travail mené sur le sujet en 2006.

☞ Les résultats de l'étude 2004 sur les années 1998, 1999, 2000 et 2001 ont été présentés au congrès de l'IHEA, à Barcelone, en 2005, mais n'ont pu pour l'instant, faute de temps, faire l'objet d'une publication.

#### Approfondissements envisagés pour la suite de l'étude

Le fait de ne pouvoir observer les bénéficiaires que sur deux années au maximum après la mise en place du dispositif ne permet pas encore de tirer des conclusions sur leur comportement de consommation à long terme. Le précédent travail doit donc être repris en allongeant l'historique sur lequel sont observés les individus pour tenter d'extraire des tendances robustes. Il sera également intéressant d'étudier le comportement des nouveaux entrants. On peut supposer qu'avec le temps, on va observer chez ceux-ci de moins en moins d'individus non couverts sur longue durée, donc ayant accumulé de forts besoins de soins et donc connaissant une phase intense de rattrapage à l'entrée dans le dispositif CMU. En effet, un individu connaissant une dégradation de sa situation sociale peut, au bout de quelques mois, demander la CMU ou l'aide couverture complémentaire. On pourra enfin porter notre attention sur les consommations de soins des personnes sortant du dispositif. En effet, on peut supposer qu'une partie de ces personnes ne renouvellent pas leur droit car ils ont un niveau de consommation de soins faible<sup>27</sup> : le coût (non monétaire) en termes de démarche administrative peut leur sembler important au regard du gain en termes de couverture du risque maladie.

#### A037. Variabilité des dépenses en part complémentaire des bénéficiaires de la CMU

Marc Perronnin, Aurélie Pierre

Chaque bénéficiaire de la CMUC choisit librement l'organisme qui assurera la gestion de la part complémentaire de sa CMU, parmi un ensemble d'organismes agréés. La CMU complémentaire peut ainsi être gérée par :

- un organisme complémentaire (mutuelle, entreprise régie par le code des assurances ou institution de prévoyance) inscrit sur une liste agréée, établie par le préfet de chaque département ;
- la caisse d'Assurance Maladie.

Les premiers travaux sur la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU réalisés à partir de l'Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux de la CNAMTS, ont conclu qu'en 2000, la dépense moyenne d'un bénéficiaire de la CMU était supérieure de 30 % à celle d'un autre patient du Régime général et de 80 % à âge et sexe équivalents. Ces écarts se sont confirmés en 2001 pour la dépense totale (+30 % pour les bénéficiaires de la CMU) et en 2002 pour les soins de ville (+30 %) et pour les soins hospitaliers (+230 %). L'écart sur les soins hospitaliers est le plus significatif. Il est imputable à la fois au taux d'hospitalisation et à la dépense en cas d'hospitalisation. Des études ont, en effet,

---

<sup>27</sup> Une autre hypothèse de non-demande de renouvellement des droits à la CMU étant bien évidemment une sortie de la précarité.

montré que les bénéficiaires de la CMU sont en plus mauvaise santé, à âge et sexe identiques, que les non-bénéficiaires. Ainsi, Raynaud (2003) a montré que l'écart des dépenses de santé constaté entre les bénéficiaires de la CMUC et les bénéficiaires d'une couverture complémentaire s'explique par un plus mauvais état de santé : à état de santé donné, tous ont des niveaux comparables de dépenses. D'autre part, Grignon et Perronnin (2003) ont également montré que la CMU n'avait pas introduit de rupture dans le rythme de l'évolution de la consommation de soins. En 2000, il n'existe notamment pas d'accélération des dépenses pour ceux qui bénéficiaient antérieurement de l'AMG (aide médicale gratuite).

Les résultats précédents illustrent la distribution particulière des dépenses des bénéficiaires de la CMU. Il existe, en plus, une très grande dispersion des prestations complémentaires selon les organismes gestionnaires. En moyenne, les montants remboursés par les CPAM sont sensiblement supérieurs à ceux des « autres » organismes de couverture complémentaire (288€ versus 261€). Ainsi, en 2003, en excluant la Lozère, le Haut-Rhin et la Moselle<sup>28</sup> l'amplitude de l'écart est de 1 à 1,6.

Entre organismes complémentaires, cette amplitude est encore plus importante puisque le rapport entre le 1<sup>er</sup> et l'avant dernier (le dernier comprenant probablement beaucoup d'étudiants au Régime Alsace-Moselle) est de 2,3. Huit organismes affichent une dépense moyenne au dessus de 350 € (toutes des mutuelles, régionales pour la plupart et avec assez peu de bénéficiaires) et 12 ont une dépense inférieure à 250 € (7 mutuelles et 5 sociétés d'assurance). Cette dispersion persiste et reste importante en 2004.

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

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

### **1ère étude réalisée à l'aide de l'EPAS**

La première partie de l'étude a consisté à étudier la distribution des dépenses des bénéficiaires de la CMU en part complémentaire. En utilisant les données de l'Echantillon Permanent des Assurés Sociaux de l'année 2002, nous avons identifié les individus ayant une forte dépense, puis, nous les avons caractérisés par la structure de leurs consommations et des variables individuelles permettant d'appréhender leur demande de soins (âge, sexe et exonération du ticket modérateur pour ALD).

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

D'autre part, la variabilité de certains facteurs d'offre (densité médicale, en particulier offre de soins hospitaliers) et de demande (structure âge/sexe, proportion d'ALD) selon les CPAM ou les OCAM<sup>29</sup> peut expliquer, en partie, les variations de dépenses observées. Une étude économétrique mettant en regard les dépenses moyennes par CPAM et certains facteurs d'offre a permis de montrer que la

---

<sup>28</sup> Pour la Lozère, les données sont sujettes à caution. Le Haut-Rhin et la Moselle sont difficiles à intégrer du fait de la particularité du régime Alsace-Moselle.

<sup>29</sup> Organisme de couverture d'Assurance maladie

densité de généralistes et le nombre de lits en MCO ont une influence significative. Nous n'avons pas encore pu introduire les facteurs de demande (âge, sexe et proportion d'ALD) dans l'analyse faite de données au niveau départemental, mais nous pouvons nous attendre à ce qu'ils aient un impact important.

Les résultats détaillés de cette étude sont présentés dans un rapport intermédiaire remis au Fonds-CMU.

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

Pour la suite de l'étude, nous utilisons donc les données de consommations de soins issues du SNIIRAM pour les bénéficiaires de 11 départements (la Lozère, la Corrèze, la Dordogne, les Bouches-du-Rhône, la Haute-Garonne, l'Hérault, la Seine-Saint-Denis, le Calvados, la Loire, l'Ardèche et la Seine-et-Marne). Ceux-ci ont été choisis parce qu'ils sont représentatifs de différents niveaux de coûts moyens et de différentes structures de dépense en part complémentaire. Une analyse sur neuf organismes (Ociare Mutouest-Préviade, Mutuelle Imadies, Axa France vie, Groupama Grand-Est, Swisslife prévoyance et Santé, BTP prévoyance, MAAF Santé, Mutuelle Générale) également choisis pour la diversité des coûts moyens en part complémentaire de leur bénéficiaires CMU devait être effectuée, la logique étant de regarder ce qui se passe non plus au niveau d'une zone géographique mais d'un organisme. Après examen du SNIIRAM, il est apparu qu'il est la plupart du temps impossible d'identifier l'organisme gérant le dossier d'un bénéficiaire donné (on sait juste si c'est une CPAM, un OCAM, et dans ce deuxième cas, si c'est une mutuelle, une institution de prévoyance ou une société d'assurance). L'analyse par OCAM a donc été abandonnée.

Une demande de mise à disposition de ces données SNIIRAM a été faite auprès de la CNAMTS. Ces données sont d'ores et déjà disponibles et nous n'attendons plus, pour les exploiter, que le feu vert de la CNIL. Une déclaration normale a été déposée auprès de cette commission à la mi-novembre 2006. A la mi-février 2007, cette déclaration était toujours en attente.

### **A038. Evaluation du dispositif d'aide à la Mutualisation**

*Chantal Cases, Carine Franc, Marc Perronnin*

Introduit dès août 2002 par une circulaire de la CNAMTS, le dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé a été inscrit dans la Loi par la Réforme de l'Assurance maladie d'août 2004. Il permet aux individus dont les revenus sont légèrement supérieurs au plafond de ressources donnant droit à la CMU complémentaire (15 % au maximum) de bénéficier d'une aide financière pour le paiement de leurs cotisations d'assurance santé complémentaire. Il complète la couverture maladie universelle complémentaire en renforçant la reconnaissance du rôle des couvertures santé dans l'accès aux soins et en atténuant l'effet de négatif sur cet accès du seuil de ressources donnant le droit à la CMUC.

Selon l'article L. 863-5 du code de la Sécurité sociale, le Fonds CMU « rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt ». A cette fin d'évaluation, le Fonds CMU a mis en place une enquête pilote, épaulée par un comité de pilotage composé d'organismes complémentaires et de représentants de leurs fédérations, de représentants de la DREES ainsi que de l'IRDES. Dans le cadre de ce comité de pilotage, l'IRDES a construit, à partir de données de l'année 2005, une grille de classification des contrats d'assurance maladie complémentaire puis procédé à une analyse du prix des contrats en fonction des classes de garanties mises en évidence.

Plus exactement, les étapes de l'analyse étaient les suivantes :

- Dans un premier temps, on demandait aux 13 organismes complémentaires enquêtés de transmettre les relevés de garanties des formules les plus souscrites l'année de l'enquête. Les garanties pour différents types de soins ont été saisies puis transcodées de manière à ce qu'elles soient comparables d'un contrat à l'autre ; les contrats ont été ensuite classés selon cinq d'entre elles (celles portant sur les honoraires de praticiens hospitaliers, les honoraires de spécialistes, les médicaments à vignette blanche, les lunettes à verres complexes et les prothèses dentaires fixes). Cette classification a permis de dégager six classes pouvant être hiérarchisées selon les remboursements en médecine de ville. 25 126 contrats couvrant 44 991 individus ont ainsi été analysés.
- Dans un deuxième temps, on demandait aux organismes de transmettre une base contenant l'ensemble des contrats bénéficiant de l'aide, avec pour chacun d'entre eux la formule souscrite, l'âge du souscripteur, son département de résidence, le nombre de personnes couvertes par le contrat, le montant total de la cotisation annuelle, le montant total versé au titre de l'aide couverture complémentaire. Les prix des contrats, bruts puis sous déduction de l'aide couverture complémentaire, ont été analysés en fonction du niveau de garanties du contrat, du nombre de personnes couvertes et des caractéristiques du souscripteur.

L'analyse effectuée à partir de ces données a permis de constater que les bénéficiaires de l'aide souscrivent en moyenne des niveaux de garanties plus faibles que les autres personnes couvertes. D'autre part, le dispositif laisse à la charge des bénéficiaires environ 60 % du prix du contrat, c'est-à-dire 389 € par an, soit 4,5 % environ de son revenu. La part du prix du contrat laissée à la charge des bénéficiaires diminue lorsque le nombre de personnes couvertes augmente. Elle est minimum pour les 25-29 ans et vaut 58,6 % du montant de la cotisation pour les plus de 60 ans.

L'enquête est renouvelée sur des données de l'année 2006 ; 45 organismes sont enquêtés. Il a été demandé à ces organismes de renvoyer les cinq formules les plus souscrites, non plus dans le flux (formules vendues l'année de l'enquête) mais dans le stock (formules couvrant les adhérents l'année de l'enquête). Au total environ 230 contrats sont remontés.

La quantité d'information à saisir étant beaucoup plus importante que pour l'enquête 2005 (trois fois plus de formules), l'IRDES a fait appel pour ce travail à un opérateur de saisie.

Les classifications réalisées sur ces contrats font apparaître des résultats assez analogues à ceux observés en 2005. Elles font apparaître six classes de contrats : une classe de contrat « gros risque » (remboursements nuls ou infra TM<sup>30</sup> sur les soins de ville, l'optique et le dentaire), deux classes de contrats TM en ville (avec des remboursements respectivement TM et faible en optique et en dentaire), une classe de contrats moyens selon les différentes garanties et deux classes avec des niveaux de garanties assez élevés en soins de ville, en optique et en dentaire.

Ultérieurement, comme lors de la 1<sup>ère</sup> enquête, une analyse du prix des contrats souscrits au titre du crédit d'impôt parmi les organismes enquêtés sera effectuée.

 Ces résultats ont été repris dans le rapport du Fonds CMU : « Prix et contenu des contrats crédit d'impôt », Mise en ligne : 16-06-2006 ▶ [http://www.cmu.fr/userdocs/CI\\_Prix\\_Contentu.pdf](http://www.cmu.fr/userdocs/CI_Prix_Contentu.pdf)

 Un « Questions d'économie de la santé » doit paraître sur cette étude : « Aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire : une première évaluation du dispositif de crédit d'impôt », Carine Franc, Marc Perronnin.

---

<sup>30</sup> Ticket modérateur

### **A033. MGET<sup>31</sup> : Analyse des RAC<sup>32</sup>**

*Chantal Cases, Carine Franc, Marc Perronnin, Aurélie Pierre*

La MGET a mis en place une offre de contrat « sur complémentaire » pour ses adhérents depuis juillet 2003 « MGET+ ». Plutôt orientée vers les individus ayant des consommations en optique (lunettes ou lentilles), « MGET+ » est une option souscrite en plus du contrat de complémentaire de base qui permet essentiellement un meilleur remboursement :

- ⇒ sur les frais en optique (hausse des forfaits optiques)
- ⇒ sur les dépassements d'honoraires (130 %)
- ⇒ sur les prothèses dentaires et d'orthodontie (+110 % pour les prothèses dentaires<sup>33</sup>).

La question est de savoir, à l'aide d'analyses économétriques sur un fichier de données individuelles transmises par la MGET, si les individus qui ont souscrit le contrat de sur complémentaire ont des caractéristiques communes en termes de consommations de soins passées, mais aussi en fonction de caractéristiques individuelles (âge, sexe, taille de la famille, revenu, localisation géographique...). Il s'agit de vérifier la présence potentielle et intuitive de sélection adverse. L'adhésion à ce contrat additionnel est basée sur une tarification unique ce qui lui donne des caractéristiques de contrat de « pooling »<sup>34</sup>. La théorie économique<sup>35</sup> a montré qu'un tel contrat pose le problème bien connu de sélection adverse : le contrat est essentiellement attractif pour les « plus mauvais risques » (ceux dont le risque individuel est égal ou supérieur au risque moyen de la population). La tarification de cette sur complémentaire est donc forfaitaire 11 € par mois (132 € par an) et s'ajoute à la tarification du contrat de complémentaire maladie de base. Les cotisations de l'Assurance maladie complémentaire de base sont calculées à partir du Traitement Indiciaire Brut et dépendent également de l'âge car l'adhésion inclut le package prévoyance (garantie incapacité, invalidité, décès).

Il s'agit ensuite de vérifier l'impact de la sur complémentaire, à travers les meilleurs remboursements qu'elle offre, sur la consommation de soins. En utilisant les données longitudinales de consommations, il sera possible de repérer d'éventuelles ruptures avant et après la souscription à MGET+, c'est-à-dire de tester la présence d'aléas moral. Enfin, l'analyse des restes à charge individuels sur des soins optiques, dentaires ou sur des dépassements d'honoraires suite à des consultations apportera certainement des éclairages sur l'accès des individus à certains soins et leur renoncement aux soins. La question récurrente de la distinction entre solvabilisation de la demande et aléa moral se posera certainement, mais les études préalables d'une potentielle auto-sélection et des restes à charge permettront toutefois d'apporter des éléments de réflexion et d'interprétation.

✎ *Après divers échanges préalables sur les données mobilisables et la méthodologie proposée, une convention d'études a été signée à cet effet entre la MGET et l'IRDES en décembre 2006. Les travaux d'analyse seront menés au cours de l'année 2007.*

### **A087. Microsimulation dépenses de santé**

*Valérie Albouy (INSEE) - Thierry Debrand (IRDES)*

L'objet de l'étude est d'étudier la fonction remplie par l'Assurance maladie publique. Ce qui distingue cette dernière d'une assurance privée est d'abord son caractère obligatoire. Cette obligation d'affiliation lui permet d'avoir, en plus de sa fonction d'assurance, une fonction de redistribution entre personnes. Par rapport à une assurance privée, le caractère obligatoire de l'assurance publique lui

---

<sup>31</sup> *Mutuelle générale de l'équipement et des territoires*

<sup>32</sup> *Reste à charge*

<sup>33</sup> *330 % au lieu de 220 % proposé dans l'offre Intégrale*

<sup>34</sup> *Contrat mélangeant : la tarification est basée sur l'évaluation du risque moyen de la population.*

<sup>35</sup> *Rothschild, Stiglitz (1976) « Equilibrium in competitive Insurance Market: an essay on the Economics of imperfect information » The Quarterly Journal of Economics 90, 4 629-649.*

permet d'abord d'étendre cette notion d'assurance sur le cycle de vie. En déconnectant la contribution au financement du niveau de risque, elle permet aussi d'assurer une redistribution entre personnes de classes de risques ou de revenus différentes. L'objet de cette étude est d'essayer de faire la part entre ces deux fonctions de l'assurance publique : la fonction d'assurance inter-temporelle et la fonction de redistribution entre personnes. Pour analyser ces comportements sur l'ensemble du cycle de vie, nous utiliserons le modèle de micro simulation dynamique DESTINIE. Nous pourrions aussi étudier l'impact des évolutions démographiques sur la dynamique des dépenses à moyen et long termes.

Nous sommes actuellement en train de modéliser les comportements à la fois de dépenses ambulatoires et hospitalières.

## 2.4.2 Assurance maladie et marché du travail

### A131. Analyses macro et micro-économique des mécanismes d'indemnités journalières (IJ)

Thomas Renaud, Michel Grignon (Mc Master, Toronto)

Ce travail comporte deux angles d'incidence distincts.

Le premier consiste à s'interroger sur les évolutions macroéconomiques des montants versés au titre des indemnités journalières pour la maladie et les AT/MP en France, notamment sur les inversions de tendance dans les années récentes (1997-2001 puis 2002-2005) et plus généralement sur une longue période depuis le début des années 70.

Une des dimensions de ce travail est notamment de tester la réalité de la nature procyclique de l'évolution des IJ. Un autre axe d'analyse porte sur l'étude du rôle réel joué par les médecins libéraux dans les évolutions de paiements d'IJ, en testant notamment des corrélations entre l'offre locale de soins et les disparités départementales de montants d'IJ versés.

☰ Ce travail placé sous la responsabilité scientifique de Michel Grignon a donné lieu en 2006 à la soumission d'un papier dans une revue à comité de lecture (Revue d'épidémiologie et de santé publique) : *Moral hazard, doctors, and absenteeism in France - preliminary analysis based on aggregate data*.

Le second angle d'incidence se rapporte davantage au niveau individuel, en questionnant les mécanismes en œuvre dans le recours aux arrêts de travail et dans la durée de ces arrêts. Ces mécanismes proviennent certainement d'une combinaison de facteurs individuels d'état de santé, de conditions de travail et de statut socio-économique ainsi que de facteurs structurels en œuvre au niveau de l'entreprise ou au niveau du département.

Cet axe d'études s'inscrit dans la continuité d'un travail mené depuis plusieurs années sur l'appariement des données ESPS-EPAS sur un suivi longitudinal d'assurés sociaux du Régime général pendant 3 ans.

Il avait déjà été présenté lors de différents séminaires de recherche lors des années précédentes (au HESG<sup>36</sup> du Collège des Economistes de la Santé en 2004, à l'Université de Waterloo et à l'Institute for Work and Health de Toronto en 2005). En 2006, une version plus élaborée a également été présentée au Conseil scientifique de l'IRDES.

Ces présentations ont suscité de nombreuses réactions et fait émerger la nécessité de certaines améliorations méthodologiques, tant pour l'enrichissement des variables testées que pour améliorer les méthodes économétriques utilisées. Ces améliorations sont achevées et une soumission dans une revue à comité de lecture anglo-saxonne va être réalisée dans les mois à venir.

---

<sup>36</sup> Health Economist's Study Group

### **A035. Mobilité sur le marché de la couverture complémentaire**

*Carine Franc, Marc Perronnin, Aurélie Pierre*

Les comportements de souscription de couverture complémentaire ont été assez peu étudiés en France. Cependant, une étude réalisée par l'IRDES (Grignon, Sitta, 2003) avait évalué le taux de changement de couverture complémentaire et mis en évidence les principaux facteurs expliquant ces changements, en particulier le passage à la retraite. La nécessité d'étudier le comportement des assurés lors du passage à la retraite a été affirmée par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, notamment au regard du fait que les titulaires de contrats collectifs obligatoires qui veulent garder leur ancienne couverture subissent à cette occasion une hausse importante des cotisations à leur charge et ce malgré la Loi Evin qui encadre cette hausse. Le présent travail vise à apporter un éclairage sur cette problématique, en mesurant les différences d'effet du passage à la retraite selon les caractéristiques de l'ancien contrat.

En s'appuyant sur les données des enquêtes santé protection sociale de 1994 à 2004, ce travail évalue la probabilité qu'un individu cessant son activité professionnelle change d'organisme complémentaire d'assurance maladie, selon la nature de son ancien contrat : collectif obligatoire, collectif facultatif ou individuel. A l'occasion de la cessation d'activité, plusieurs éléments intervenant différemment selon la nature du contrat peuvent inciter les assurés à changer de couverture complémentaire : la diminution des niveaux de revenu perçus par l'assuré (qui concerne l'ensemble des personnes couvertes par une complémentaire santé), l'inadaptation de garanties conçues pour un groupe de salariés aux besoins de soins de retraités (qui concerne les personnes couvertes par un contrat collectif obligatoire) et enfin la hausse des cotisations (qui concerne les personnes couvertes par un contrat collectif). En ce qui concerne la hausse des cotisations, celle-ci est due à la perte de la participation de l'employeur d'une part et à la perte du bénéfice de la tarification au risque moyen du groupe d'autre part. Elle est donc, en théorie, plus importante pour les personnes couvertes par un contrat collectif obligatoire.

Notre étude s'appuie sur des individus ayant été enquêtés deux fois au moins entre 1994 et 2004, et qui sont passés du statut d'actif à celui de retraité entre deux interrogations consécutives. Nous travaillons uniquement à partir des personnes ayant déclaré être couvertes en tant qu'assurés principaux. Nous supposons en effet que le choix de changer d'organisme leur revient. Pour ces individus, on examine si l'organisme qui couvrait l'individu lors de l'enquête précédant le passage à la retraite diffère de l'organisme qui le couvre après le passage. L'échantillon ainsi obtenu est composé de 910 retraités.

Pour expliquer les comportements de changement d'organisme, on suppose que les individus comparent leur ancienne couverture avec les conditions prévalant après le passage à la retraite (les garanties sont inchangées mais le niveau de cotisation augmente) avec l'ensemble des contrats disponibles sur le marché individuel ; ils changent d'organisme s'ils en trouvent un fournissant des contrats dont les niveaux de remboursements et de coût sont plus adaptés au regard de leur risque individuel (le risque de dépense de santé auquel ils se jugent exposés) et de leur niveau de revenu. Plus la variation de coût est importante et plus l'individu va être incité à réajuster ses garanties au regard de ses besoins et plus il a de chance de changer de couverture (donc d'organisme). L'analyse « toutes choses égales par ailleurs » nous permettra de connaître l'impact « moyen » de la variation de coût consécutive au passage à la retraite affectant les contrats collectifs, sur la probabilité de changer d'organisme. Les résultats proviennent d'un modèle probit. Les variables introduites dans cette analyse sont les suivantes :

- ⇒ des variables décrivant la couverture complémentaire avant le passage à la retraite :
  - le mode d'obtention de la couverture (facultative, obligatoire, individuelle) permet de mesurer l'effet moyen de la prime pour chaque type de contrat,
  - l'appréciation des remboursements de soins de spécialistes,
  - le type d'organisme : mutuelle, IP, assurance. Le type d'organisme permet de rendre compte de la mobilité entre les différents organismes et de savoir s'il existe éventuellement une sélection entre eux ;

- ⇒ des variables influant sur les niveaux de primes et permettant d'isoler l'effet moyen de la prime par type de contrat :
  - la variation du niveau de revenu,
  - le fait d'être exonéré ou non du ticket modérateur<sup>37</sup>,
  - le niveau de risque vital max parmi les maladies déclarées ;
- ⇒ des variables de contrôle :
  - le type de régime de base (obligatoire ou autre), donc on ne prend pas la PCS,
  - la période du passage à la retraite,
  - le niveau d'étude,
  - l'âge moyen du passage à la retraite.

Nous estimons que 40 % des assurés changent d'organisme complémentaire d'assurance maladie à l'occasion du passage à la retraite. La probabilité de changer d'organisme est plus forte de 21 points chez les personnes qui bénéficiaient d'un contrat collectif obligatoire et de 13 points chez celles qui bénéficiaient d'un contrat collectif facultatif que chez celles couvertes par un contrat individuel. Ce résultat tend à accréditer le fait que la hausse du prix des contrats collectifs conduit leur bénéficiaires à changer de couverture, soit parce qu'ils estiment payer trop cher leur contrat au regard des bénéfices qu'ils en tirent, soient parce qu'ils n'ont pas les moyens de garder leur contrat. Les anciens bénéficiaires d'un contrat obligatoire peuvent également profiter du passage à la retraite pour quitter une couverture dont ils jugent que les niveaux de garanties ne sont pas ou ne sont plus adaptés à leurs besoins individuels.

De plus, nous constatons que la probabilité de changer d'organisme pour les personnes qui, bénéficiaient d'un contrat souscrit auprès d'une société d'assurance pendant leur activité est beaucoup plus forte que pour celles qui étaient couvertes par un organisme de mutuelle. Il est possible que ces organismes prennent plus étroitement en compte le niveau de risque individuel dans leur tarification. Cela conduirait alors à des tarifs de contrats dissuasifs pour les personnes âgées.

La probabilité de changer d'organisme complémentaire est aussi dépendantes de quelques caractéristiques individuelles : elle est moins forte chez les individus qui ont fait des études supérieures, qui ont un risque vital élevé et pour ceux qui sont couvertes par un Régime obligatoire (par rapport au Régime général).

✎ *Mobilité sur le marché de la complémentaire au moment du passage à la retraite*, Franc C., Perronnin M., Pierre A., Questions d'économie de la santé à paraître.

✎ *Cette étude a été admise pour une présentation orale à une session du congrès de l'IHEA à Copenhague au mois de juillet 2007.*

#### **A040. La construction d'une base de données pour l'étude des IJ et des AT/MP**

*Thierry Debrand, Pascale Lengagne, Thomas Renaud, Léonor Rivoire*

Notre ambition est de produire un montage de données individuelles qui permettrait d'obtenir à la fois des données d'arrêts de travail, des données individuelles en rapport avec l'emploi occupé (salaire, ancienneté, etc.), des données relatives à l'employeur (secteur d'activité, masse salariale, taille, etc.) et les consommations médicales associées dans l'année.

Le montage envisagé par l'IRDES impliquerait l'appariement : des données du fichier individuel de déclarations de données sociales (DADS) produites par la CNAVTS<sup>38</sup>, et des données du SNIIRAM produites par la CNAMTS.

<sup>37</sup> *Ticket modérateur : il s'agit de la part des frais qui reste à la charge de l'assuré (ou de celle de votre mutuelle ou de votre assurance complémentaire), après remboursement de la Sécurité sociale.*

<sup>38</sup> *Caisse nationale d'assurance vieillesse*

Dans un premier temps, l'intervention de l'IRDES a consisté essentiellement à s'assurer de la coopération des producteurs de données, à produire un cahier des charges, technique et méthodologique, acceptable et applicable, puis à définir une procédure d'appariement offrant un niveau d'anonymat et de sécurité des données maximal. L'accord de la CNIL pour la constitution de cette base a été obtenu en 2006 (accord CNIL n° 2006-238 du 9 novembre 2006).

Nous espérons obtenir les premières données au cours du 1er semestre 2007.

#### **A094. Test de l'hypothèse de Brenner**

*Thomas C. Buchmueller (Paul Merage School of Business, University of California), Michel Grignon (Mac Master University), Florence Jusot*

##### Objectif

Depuis le travail de Brenner (1973) qui avait mis en évidence que les taux d'admission dans les hôpitaux psychiatriques diminuaient lorsque le chômage diminuait, de nombreux travaux se sont interrogés sur la relation existante entre santé et cycles économiques. Alors que les travaux anciens tendaient plutôt à montrer que la santé était meilleure pendant les périodes de croissance, les travaux récents de Ruhm (2000) ont au contraire mis en évidence un déclin de la mortalité dans les périodes de difficultés économiques.

En utilisant des données agrégées à l'échelle des 96 départements français sur la période 1982-2002, cette étude analyse ainsi la relation entre mortalité et conditions macroéconomiques, approchées par le taux de chômage.

##### Etat d'avancement du projet

L'estimation de modèle de régressions linéaires à effets fixes temporels et départementaux met en évidence que des taux de chômage départementaux élevés sont associés à une réduction significative de la mortalité, en cohérence avec les résultats des études récentes menées dans les autres pays. L'utilisation de données par causes de décès montre par ailleurs que cette relation négative entre chômage et mortalité est plus forte pour les décès liés à des maladies cardiovasculaires et accidents, ce qui suggère l'existence d'effets délétères des surcroûts d'activité économiques.

Cette recherche a donné lieu à une communication lors d'une conférence internationale et à la soumission d'un article dans une revue à comité de lecture :

↳ *Macroeconomic conditions, mortality and health*, Buchmueller T., Grignon M., Jusot F., 6th European Conference on Health Economics, Budapest, 6-9 juillet 2006.

📄 *Unemployment and mortality in France, 1982-2002*, Grignon M., Buchmueller T., Jusot F., soumis à *European Economic Review*.

#### **A112. Projet Workhealth- phase II**

*Thomas Barnay (ERUDITE, Université Paris 12)*

Les liens entre travail et santé sont importants et font l'objet de multiples travaux ; cependant les recommandations européennes de veille sanitaire ne sont pas très explicites sur le sujet. Après avoir déterminé, dans une première phase, des indicateurs opérationnels montrant de quelle manière le travail affecte la santé publique, une deuxième phase nommée « workhealth II » a démarré en 2005 pour une période de deux ans s'appuyant sur un réseau d'experts de 14 pays européens impliqués dans ce projet coordonné par la BKK Federal Association (caisse maladie d'entreprise) en Allemagne. Ce projet, financé par la Direction générale « Santé et protection des consommateurs » de la Commission européenne dans le cadre du programme de Santé publique est coordonné par la BKK Bundesverband (caisse maladie d'entreprises) en Allemagne.

Les objectifs de cette étude ont été de permettre la réalisation d'un bilan des liens entre santé et travail en Europe, à partir des indicateurs définis lors de la première phase, mais également en

utilisant les données nationales disponibles. Le rapport workhealth II a en particulier visé les liens entre les maladies cardiovasculaires, la santé mentale et l'activité professionnelle.

↳ *Deux meetings ont été organisés en fin d'année 2006 (Madrid et Venise) afin de valider le rapport et discuter des recommandations émises. La remise du rapport final interviendra en mars 2007 et les résultats et recommandations seront présentés lors du meeting final les 20 et 21 mars à Bruxelles.*

## 2.4.3 Impacts de la réforme de l'Assurance maladie, régulation du médicament

### A064. Evaluation du dispositif du médecin traitant

*Yann Bourguell, Chantal Cases, Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Philippe Le Fur*

La réforme de l'Assurance maladie d'août 2004 favorise notamment un parcours de soins coordonné autour d'un médecin traitant agissant comme point d'entrée privilégié dans le système de soins. Les objectifs de cette réforme sont doubles :

- contenir les dépenses de santé, en agissant en particulier sur les recours inutiles ou excessifs aux spécialistes, tout en préservant l'accès aux soins,
- mais aussi, améliorer la qualité des soins et donc l'état de santé des personnes *via* une meilleure organisation de la prise en charge, notamment grâce au Dossier Médical Partagé.

L'objectif principal du projet est de proposer et de mettre en œuvre une méthodologie s'appuyant sur un outil pérenne afin d'évaluer la mise en place du médecin traitant. Cet outil s'appuie sur le questionnaire spécifique de l'enquête ESPS 2006 portant sur le choix d'un médecin traitant et les opinions de la population sur le parcours de soins, puis sur l'appariement de l'enquête ESPS et des données du SNIIRAM.

La méthodologie d'évaluation de cette réforme a fait l'objet d'une note de méthode qui a été présentée et discutée au conseil scientifique :

↳ *Médecin traitant : piste pour une évaluation de la réforme, Com-Ruelle L., Dourgnon P., In Conseil scientifique du 26 mars 2006.*

La première étape de l'évaluation est en cours de réalisation début 2007. Elle porte sur l'analyse du choix (ou du non choix) d'un médecin traitant à travers l'exploitation d'un module spécifique de questions introduites dans l'enquête sur la santé et la protection sociale 2006. Elle porte sur des données issues des deux vagues d'ESPS, rendues disponibles dès la fin de la collecte de la seconde vague, très en amont des autres données. Ces données déclaratives permettront de traiter quatre questionnements :

1. les facteurs qui sous-tendent l'adhésion ou le refus d'adhésion au médecin traitant,
2. l'impact de la réforme sur l'accès aux soins (questions sur le renoncement aux soins),
3. les modifications dans le parcours de soins et le contenu des séances de soins ambulatoires (délais d'attente spécialiste, contenu des consultations, adressage ou refus d'adressage du généraliste vers le spécialiste...),
4. l'impact sur la qualité ressentie des soins (questions de satisfaction).

↳ *Une publication rapide (questions d'économie de la santé) de ces premiers résultats sera diffusée au printemps 2007.*

Il est convenu que ce projet fera l'objet d'échanges et de collaborations spécifiques avec la CNAMTS, d'une part, qui assure le suivi de la réforme à travers la publication régulière d'indicateurs et avec la DREES, d'autre part, qui va spécifiquement analyser le recours aux spécialistes à l'aide d'une enquête *ad hoc* en 2007.

📄 Une présentation accompagnée d'une réflexion critique des impacts potentiels du dispositif a été publiée par dans Eurohealth par des chercheurs de l'IRDES. Elle offre ainsi des pistes d'étude pour les années suivant cette réforme, auxquelles l'IRDES peut contribuer : *Can physician gate-keeping and patient choice be*

*reconciled in France ? Analysis of recent reform.* Com-Ruelle L., Dourgnon P., Paris V.. In « Eurohealth », 2006, vol.12, n° 1 pp. 17-19

► En ligne sur le site de la LSE :

<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/vol12no1.pdf>

### **A101. L'impact du déremboursement des mucolytiques et des expectorants sur la prescription des médecins**

*Marion Devaux, Nathalie Grandfils, Thomas Renaud, Catherine Sermet*

L'objectif de l'étude est d'étudier l'impact de la dernière vague de déremboursement de mars 2006 sur la prescription des médecins ; cette étude sera focalisée sur les mucolytiques et les expectorants.

Cette étude sera effectuée à partir de *Disease Analyzer* fourni par IMS ; grâce à cet outil longitudinal, nous pourrons repérer les médecins qui prescrivaient des mucolytiques / expectorants avant le déremboursement et observer leurs prescriptions pour les mêmes diagnostics après le déremboursement.

L'analyse idéale consisterait à observer le même patient vu par le même médecin pour le même diagnostic avant et après le déremboursement, ce que *Disease Analyzer* permet en théorie de faire. Pour des raisons d'effectifs, il n'est pas certain que cette analyse puisse être menée ainsi ; dans le cas contraire, on étudiera alors le comportement d'un médecin face à un même diagnostic avant et après le déremboursement (quel que soit le patient), si possible en fonction des caractéristiques du patient ; nous chercherons à répondre aux questions suivantes : les mucolytiques sont-ils toujours autant prescrits ? sont-ils substitués par une autre classe de médicaments ? ou sont-ils simplement supprimés des prescriptions sans être substitués ?

En 2006, la méthodologie d'extraction des données a été définie : la période d'étude retenue est d'un an avant la date de déremboursement, soit de mars 2005 à fin février 2006 et d'un an après, soit de mars 2006 à fin février 2007 ; le cylindrage des données est fait uniquement sur un critère de diagnostic ; une séance fera donc partie de l'échantillon retenu dès lors que l'un au moins des motifs de recours associé à la séance fera partie de la liste des diagnostics retenus comme pouvant susciter la prescription de cette classe de produits.

L'exploitation des données avant déremboursement a débuté en décembre 2006. Le travail définitif ne sera effectué qu'après mars 2007 afin d'avoir un an de recul post-déremboursement.

### **A075. Déterminants du prix des médicaments en France**

*Nathalie Grandfils, Stéphane Lhuillery (Ecole polytechnique fédérale de Lausanne), Valérie Paris*

En France, la loi prévoit que le prix d'une spécialité, négocié entre le CEPS<sup>39</sup> et le laboratoire producteur, est « principalement » fixé en fonction :

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

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

A plusieurs reprises, des observateurs ont souligné l'existence de niveaux de prix non compatibles avec cette logique. A première vue, ces cas semblent anecdotiques, mais aucune étude publique sur un grand nombre de produits n'a encore mesuré si ces « exceptions » étaient réellement anecdotiques ou si, au contraire, elles sont plus fréquentes et ont éventuellement un caractère

---

<sup>39</sup> Comité économique des produits de santé

systematique en fonction de certaines caractéristiques des entreprises (nationalité, nombre d'emplois en France, dépenses de recherches investies sur le territoire, ...).

L'étude porte sur l'ensemble des produits ayant demandé une inscription Sécurité sociale entre 2001 et 2004 et dont les avis de transparence sont publics.

La saisie et la codification des avis de transparence des années 2001 à 2004 a été quasiment terminée en 2006.

Le 1<sup>er</sup> trimestre 2007 sera consacré à la validation de cette base et à son appariement avec les données relatives aux laboratoires pharmaceutiques. Ces données proviennent de diverses enquêtes entreprises (enquête EAE du SESSI (Ministère de l'Industrie), l'enquête LIFI (liaisons financières) de l'INSEE ainsi que l'enquête R&D (Ministère de la Recherche)) pour lesquelles nous avons obtenu en 2005 l'accord du CNIS.

Le travail de modélisation sera effectué au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2007. Un article scientifique est également prévu en 2007.

#### **A080. Appréciation et valorisation du caractère innovant du médicament : comparaisons internationales**

*Adrien Dozol, Nathalie Grandfils, Catherine Sermet*

L'objectif de cette étude est d'identifier, pour un certain nombre de pays, à quelle étape du processus de mise sur le marché des produits pharmaceutiques le caractère innovant d'un nouveau médicament est pris en compte et comment ce caractère intervient dans la prise en charge et la fixation du prix du médicament. Outre la France, trois pays ont été étudiés : l'Australie, la Suède et la Grande-Bretagne.

Ce travail comporte deux parties : Dans un premier temps nous décrivons brièvement les systèmes de santé des pays étudiés ainsi que les modes de régulation du secteur pharmaceutique. Les méthodes utilisées pour apprécier le caractère innovant du médicament sont décrites et comparées entre elles. Nous précisons l'utilisation qui est faite de cette mesure par les décideurs publics dans la régulation du marché pharmaceutique.

Dans une seconde partie, il est prévu de comparer le traitement de l'innovation dans les trois pays précédents ainsi que la France pour un échantillon de médicaments récemment mis sur le marché.

Ce travail a été initié par un interne de santé publique ; sa valorisation devrait faire l'objet d'un article en 2007.

✉ *Politiques de remboursement et prix du médicament en Australie, Suède et Angleterre : l'appréciation et la valorisation du caractère innovant des nouveaux produits par les pouvoirs publics, rédaction d'un article en 2007.*

#### **2.4.4 Etudes macro-économiques, comparaison des systèmes de santé**

##### **A086. Les dépenses de prévention en France : estimation à partir des comptes nationaux de la Santé de 2002**

*Corinne Minc, Thomas Renaud, Emmanuelle Sarlon, Catherine Sermet, en collaboration avec Annie Fenina et Yves Geffroy (DREES)*

En 2006, publication d'un numéro de Questions d'économie de la santé.

Réalisée à partir des comptes nationaux de la santé de 2002, cette étude présente une estimation de la répartition des dépenses de santé d'une part entre soins curatifs et soins préventifs et, d'autre part, entre les grands groupes de pathologies. Elle prend place dans le corpus d'analyses basées sur les Comptes Nationaux de la Santé, notamment dans la lignée des Comptes par pathologie.

En 2002, la France a consacré 10,5 milliards d'euros à la prévention, soit 6,4 % de la dépense courante de santé, la moitié étant destinée à éviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable, le quart au dépistage des maladies et un autre quart à la prise en charge des facteurs de risque ou

des formes précoces des maladies. Les dépenses de prévention issues de la consommation de soins et de biens médicaux s'élèvent à 5,7 milliards d'euros. La consommation de soins et de biens médicaux qui ne ressort pas de la prévention a pu être répartie par pathologie. Ainsi, les maladies cardiovasculaires représentent le poste le plus important (12,6 %), devant les troubles mentaux et les maladies ostéo-articulaires (respectivement 10,6 % et 9 %). Les affections de la bouche et des dents prédominent dans les dépenses de soins ambulatoires (28,3 %) et les maladies circulatoires et les troubles mentaux concentrent à eux deux plus du quart des dépenses hospitalières.

- ☰ *Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France.* Fémina A., Geffroy Y., Minc C., Renaud T., Sarlon E., Sermet C, Questions d'économie de la santé n° 111. Juillet 2006.  
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes111.pdf>

### **A095. Comptes de la santé par pathologie, nouvelle version**

*Thomas Renaud, dans le cadre d'une collaboration avec la DREES (Annie Fenina, Yves Geffroy, Corinne Minc)*

Le travail de fond sur la production des Comptes de la santé par pathologies, initié en 2000 par une collaboration active entre la DREES et l'IRDES, a connu une nouvelle étape importante en 2006 par la finalisation et la présentation de Comptes par pathologie actualisés et rénovés :

- leur actualisation porte sur les valeurs des Comptes de la santé de 2002 et sur leur nouvelle base (base 2000) ;
- leur rénovation propose des raffinements méthodologiques et intègre de nouvelles bases de données, ce qui a permis d'augmenter le taux de couverture des Comptes de la santé : la nouvelle version des Comptes par pathologie permet ainsi de ventiler 92 % de la CSBM.

Le travail de fond pour parvenir à cette version rénovée des Comptes a été essentiellement réalisé par la DREES (Annie Fenina, Yves Geffroy et Corinne Minc), mais l'IRDES a apporté son expertise méthodologique, assuré un suivi régulier des avancées du travail et a produit plusieurs exploitations en tant que producteur ou utilisateur régulier de bases de données (ESPS, EPPM d'IMS-Health, Enquête décennale Santé).

Les nouveaux résultats des Comptes par pathologie ont été présentés à la commission des Comptes de la santé qui s'est tenue en juillet 2006.

- ☞ *Ils ont également donné lieu à une présentation dans le cadre du séminaire 3S de la DREES et devraient être matérialisés par la soumission d'un article dans une revue à comité de lecture en 2007.*
- ☞ *Par ailleurs, dans le cadre de son expertise sur les Comptes par pathologie français, Thomas Renaud a participé à un workshop dans le cadre du groupe de travail Eurostat/OCDE sur la standardisation des Systems of Health Accounts et leur utilisation à des fins d'études (Luxembourg, avril 2006). En accord avec le ministère de la Santé, il pourrait être amené à représenter de nouveau la France dans ce type de sessions et groupes de travail mis en place par des organismes internationaux.*

### **A082. Développement et comparaisons territoriales d'un "indicateur de sécurité humaine**

*Georges Menahem (CNRS-CEPN)*

Poursuite d'une étude engagée depuis 2003 à l'aide d'un financement de la CNAF afin d'étudier les possibilités de construction d'un indicateur de sécurité économique évaluant les contributions de différentes ressources à la stabilité des revenus des individus. Cet indicateur macroéconomique évalue dans un territoire donné la couverture contre le risque d'insuffisance des ressources par les revenus de l'activité professionnelle et les prestations en matière de maladie, vieillesse, chômage, accidents et les aides contre l'exclusion.

- Développement d'un nouvel indicateur, le taux de sécurité démarchandisé (TSD), estimant le niveau de sécurité économique garantie aux résidents d'un pays indépendamment des ressources liées aux marchés du travail ou des marchandises.
- Développement avec la collaboration de Arzina Varoucha (à l'occasion de son stage au sein de l'IRDES) d'un indicateur de sécurité en santé intégrant les données en espérance de vie en santé

et les données de protection sociale. Pratiquement, un tel indicateur de sécurité en santé revient à articuler une évaluation synthétique des besoins de soins d'une population avec une évaluation des capacités de soins disponibles sur son territoire. Des premiers tests ont été ébauchés sur de telles articulations dans les pays européens.

- Évaluation du TSD dans 20 pays de l'Union européenne pour lesquels les données sont disponibles. Par exemple, la sécurité dite "démarchandisée", parce qu'issue des droits à revenus sociaux (retraite, chômage, assurance maladie ou invalidité, aide aux familles et aux démunis), n'est que de 10 % du revenu disponible moyen des actifs ayant un emploi en Italie en 2002. En revanche, elle s'élève à 41 % du revenu de référence moyen aux Pays-Bas à la même date. Comparaison notamment des contributions des sécurités issues des prestations santé à la sécurité économique et à la stabilisation des revenus dans les 20 pays européens. Évaluation des corrélations de la sécurité démarchandisée avec les niveaux de santé perçue.

Publication et communications associées à cette recherche :

- ↗ *An assessment of the impact of poverty on economic security in 20 EU countries*, 12th Workshop on Alternative Economic Policy In Europe, Brussels, 2006, September 30<sup>th</sup>.
- ↗ *Un outil d'analyse du rôle de l'État social en matière de sécurité économique*, Colloque "État social et régulation" du MATISSE, Paris, 12 septembre 2006.
- ↗ *Deux indicateurs du développement des droits sociaux : indicateur de démarchandisation versus taux de sécurité économique*, Colloque de l'AES, Nancy, 8 septembre 2006.
- ↗ *Work statuses and economic security - Assessment of relationships in eleven EU countries*, EAEPE Symposium, St Petersburg, July, 1<sup>st</sup>, 2006, Russia.
- ↗ *Inequalities in economic security and inequalities in institutional development in the EU countries*, European PRESOM Project, Vienna, June, 9<sup>th</sup>, Austria.
- ↗ *Trois sensibilités de la sécurité économique aux politiques sociales en Europe*, article en révision pour la Revue Internationale de Sécurité Sociale, Genève.

### **A085. Collaboration Bertelsmann : Health Policy Monitor**

*Zeynep Or (coordination)*

Bertelsmann coordonne un réseau international visant à suivre les réformes dans le domaine de la santé dans une vingtaine de pays industrialisés. Les chercheurs de l'IRDES fournissent des fiches de synthèse sur des réformes du système de santé une fois par semestre. Les fiches transmises en 2006 ont porté sur les thèmes suivants :

Valorisation d'avril 2006 :

- ⇒ Health insurance voucher plan: mid-term evaluation (Franc C., Perronnin M.)
- ⇒ Demographic plan for health professionals (Bourgueil Y.)
- ⇒ Benchmarking quality to fight hospital infections (Or Z.)

Valorisation d'octobre 2006 :

- ⇒ Electronic medical records (Cases C., Le Fur Ph)
- ⇒ Compulsory continuous medical education (Mousquès J.)
- ⇒ "Preferred doctor" reform (Dourgnon P.)

↗ *Toutes ces fiches sont en ligne sur le site de la Fondation Bertelsmann : <http://www.hpm.org/index.jsp>*

### **A081. Niveau de couverture et coûts des biens et services médicaux en Europe : projet européen Basket**

*Zeynep Or, Martine Bellanger (ENSP)*

L'objectif de cette étude est de développer une méthodologie pour comparer les coûts des biens et services médicaux individuels dans différents Etats-membres de l'Union européenne. Cela consiste à :

- ⇒ analyser comment les différents pays définissent les prestations couvertes : description du panier et du processus de décision ;
- ⇒ passer en revue les méthodes utilisées pour évaluer les coûts et les prix des services individuels dans les différents pays ;
- ⇒ identifier les meilleures pratiques pour l'analyse des coûts au niveau micro-économique dans une perspective de comparaison internationale ;
- ⇒ évaluer les coûts pour une sélection de services ambulatoires et hospitaliers et effectuer des comparaisons entre pays.

En 2006 la deuxième étape de ce projet consistant à établir une méthodologie d'évaluation des coûts afin que les pays recueillent les coûts et les prix associés à une liste définie de biens et services, a été réalisée.

 Le rapport pour la France présentant les coûts de dix traitements à l'hôpital et en ville est publié sur le site du projet : « HealthBASKET Project – France - Work Package 9 - Final Draft - December 2006 », Bellanger M., Or Z., Lorand S., Tardiff L. ▶ <http://www.ehma.org/fileupload/File/Rapport-France-december%202.pdf>

 Le rapport final du projet (avec recommandations politiques) sera présenté en février 2007 lors de la conférence finale.

 Préparation d'un article de comparaison des coûts d'accouchement à travers 9 pays européens pour *Health Economics*: Child delivery in nine European countries: evidence from a micro costing approach, Bellanger M, Or Z.

 Il y a également un projet de livre pour l'Observatoire Européen présentant les résultats globaux du projet.

Ce projet, financé par la Communauté européenne, se terminera en février 2007.

#### **A084. Impact de la décentralisation des systèmes de santé sur l'équité et l'efficacité**

*Zeynep Or (IRDES) et Dominique Polton (CNAMTS)*

Ce projet cherche à établir l'impact de la décentralisation sur l'équité et l'efficacité des systèmes de santé à partir d'une comparaison internationale de 12 pays variés (Australie, Autriche, Canada, Danemark, France, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Espagne, Suède, Suisse et Royaume-Uni). L'analyse proposée distingue non seulement différents modes de décentralisation entre les pays mais aussi quantifie d'une manière originale le degré de décentralisation.

Les résultats préliminaires de cette étude ont été présentés en juillet 2005 à la Conférence internationale des économistes de la santé à Barcelone. Nous reprendrons cette étude avec un objectif de publication en 2007.

#### **A119. Participation au projet EUROTHINE**

*Florence Jusot, Zeynep Or*

##### Objectif

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

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

##### Etat d'avancement du projet

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

La base de données a été constituée et envoyée dans le courant du premier trimestre de l'année 2006.

La définition de la deuxième phase est en cours. Il s'agira d'analyser, à l'aide d'une méthodologie multiniveau l'influence des caractéristiques des systèmes de santé européens sur l'ampleur des inégalités de recours aux soins.

### **A083. Observatoire franco-québécois de la santé**

*Ministère de la Santé, IRDES, CERMES, IRES, INSERM-U149 pour la partie française du Comité directeur, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut de la Statistique du Québec, Institut national de la Santé publique du Québec pour la partie québécoise du Comité directeur.*

Les relations traditionnelles de l'IRDES avec les chercheurs du Québec ont pris une forme plus structurelle depuis 2001 avec son engagement dans l'animation de l'Observatoire franco-québécois de la Santé et de la Solidarité (OFQSS) dont il assure la logistique et la direction scientifique (son secrétaire général, Pierre Gottely, travaille dans les locaux de l'IRDES). L'activité de l'Observatoire s'articule, principalement, autour de quatre axes :

#### **La revue Santé, Société et Solidarité**

Deux numéros ont été réalisés en 2006 : Les actes sur « Vieillesse et santé » de septembre 2005 et « La santé au travail » (chez l'imprimeur, à paraître en mars 2007).

Deux nouveaux numéros sont prévus en 2007 : Les retraites et Les actes du 2ème Forum franco-québécois sur « Maîtrise des dépenses ou qualité : faut-il choisir ? ». La direction de la revue a éprouvé de grandes difficultés pour tenir, tant bien que mal le rythme de la parution semestrielle, la préparation, quasi continue d'un forum depuis juin 2004 a fini par produire ses effets. La sous-traitance de la transcription des actes du 2ème forum auprès d'Espace social européen serait particulièrement bénéfique pour liquider nos retards. Par ailleurs, la convention avec son éditeur (les Publications du Québec) a été renouvelée fin 2005, grâce à laquelle le comité de rédaction compte sur une meilleure diffusion-promotion de la revue dans l'avenir au Québec.

#### **Eco-Santé Québec**

Eco-Santé Québec, qui est un modèle de ce que les responsables du ministère des Affaires étrangères appellent « transfert de compétence », a vu la sortie de sa quatrième édition. De plus une version web grand public, gratuite, a été mise au point en 2005. L'année 2006 a vu le démarrage des travaux de refonte de ce produit. Les experts de l'IRDES y ont activement participé et recevront leurs collègues québécois au printemps 2007 pour finaliser le produit.

#### **Les échanges d'experts**

Après l'expérience fructueuse du stage d'une attachée de l'INSEE à Santé Québec, qui a débouché sur un article original et de qualité dans le numéro de 3S sur Vieillesse et santé, une chercheuse de Santé Québec a passé trois mois au printemps auprès de Jean-Louis Lanoë (à l'INSEE), pour une exploitation comparative de l'enquête santé avec ses alter ego québécois et canadiens sur le thème de l'obésité. Son travail fera l'objet prochainement d'une publication dans une revue épidémiologique. Un accord est intervenu fin 2006 pour que l'IRDES accueille en mars 2007 Robert Pampalon de l'INSPQ, avec l'objectif d'étudier la faisabilité d'implanter en France un indice de défavorisation.

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

*Pierre Gottely*

Après le séminaire de Toulouse de juin 2002 sur le vieillissement et celui de Québec de décembre 2002 sur la performance hospitalière, l'Observatoire franco-québécois de la Santé et de la Solidarité (OFQSS) a organisé les 27-28 septembre 2005, à Québec, le premier Forum franco-québécois de la santé sur le thème de « Vieillesse et santé », en présence des ministres québécois de la Santé et des Services sociaux (Philippe Couillard) et de la Famille des Aînés et de la Condition féminine

(Carole Théberge) et du ministre français de la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille (Philippe Bas). Il a réuni 300 personnes environ, représentant des décideurs (tant politiques qu'administratifs), acteurs et usagers du secteur, dont une trentaine de Français (experts et responsables du ministère). De l'avis unanime, il fut un très gros succès et son organisation, très structurée, par l'Observatoire a été jugée remarquable par l'ensemble des participants. Fort de ce bilan flatteur, les deux ministres (P. Couillard et P. Bas) ont décidé de pérenniser l'exercice et le ministre français a donné rendez-vous à son collègue québécois dans deux ans à Paris. Toute l'année 2006 était consacrée à la préparation du Forum 2007, fixé aux 5 et 6 mars à Paris. Après une discussion lors du Comité directeur du 28 février 2006 où plusieurs thèmes furent évoqués, c'est finalement celui de « Maîtrise des dépenses ou qualité : faut-il choisir ? » qui a été retenu sur proposition de la partie française. L'Observatoire a, une fois de plus, réussi à mobiliser une soixantaine des meilleurs experts des deux pays du thème traité grâce, notamment, au renfort du réseau de Chantal Cases et de Martine Bungener côté français.



### 3. REPONSES AUX APPELS D'OFFRES

#### 3.1 Projets retenus

##### **AO NIVEL. Primary Healthcare Activity Monitor for Europe – PHAMEU**

*Yann Bourgueil, Julien Mousquès*

Investigateur principal Wiemke Boerma (Nivel, Pays-Bas)

Devant l'absence de données globales comparables sur les variations dans le développement des soins primaires en Europe et de connaissances sur les organisations permettant d'améliorer les soins primaires, NIVEL a pris l'initiative de soumettre un projet de recherche européen à l'appel d'offre « santé publique 2006 » de la commission européenne DG SANCO le 19 mai 2006.

L'objectif de ce projet est de développer un observatoire sur les soins primaires (système, pratique professionnelle (exercice et organisation), évaluation de la part des usagers) dans 30 pays européens dont la France. Concernant l'IRDES, il s'agit de documenter, pour la France, les points suivants : caractéristiques générales du système, accessibilité, continuité, coordination, étendue/globalité des soins et services disponibles, perception des usagers sur la base de la revue de la littérature fournie et l'utilisation des bases de données disponibles.

Ce travail est complété par le test et la mise en œuvre d'une enquête transversale (système, praticiens, usagers) dans les pays européens avec deux points T0 et T+1 an.

Des rencontres régulières des différentes équipes impliquées dans le projet ont pour objectifs de valider les définitions, standardiser les items à recueillir et les questionnaires d'enquête.

Le projet a été accepté sous réserve d'un recentrage sur les soins primaires et un rééquilibrage du budget. La réponse définitive est donc en attente.

##### **Etat de santé et Consommation de soins de la population immigrée en France**

*Paul Dourgnon, Florence Jusot, Catherine Sermet*

Ce projet de recherche vise à étudier les liens existant entre nationalité et migration d'une part et état de santé et consommation de soins d'autre part.

Plusieurs phénomènes liés à l'histoire complète des migrants peuvent expliquer des disparités d'état de santé et de consommation de soins selon l'origine. Ces phénomènes peuvent être liés à la situation économique et sociale de la personne dans son pays d'origine ainsi qu'aux caractéristiques du pays d'origine lui-même, au phénomène de migration, à la situation économique et sociale de la personne dans le pays d'accueil, et enfin à l'altérité elle-même, c'est-à-dire au fait d'être d'origine étrangère.

Afin de prendre en considération dans l'interprétation des résultats, ces diverses hypothèses, nous proposons d'analyser l'état de santé et le recours aux soins à l'aide d'une méthodologie multiniveau. Cette méthode permet de prendre en compte à la fois la situation socio-économique actuelle de la personne (revenu, profession, occupation, éducation, protection sociale..) les caractéristiques du pays d'origine permettant d'approcher la situation économique initiale de la personne ainsi que son contexte d'origine (revenu national par tête, indicateurs d'inégalité, espérance de vie, dépenses de santé par tête, indicateur d'éducation..), un indicateur de la maîtrise de la langue française visant à identifier l'effet propre de l'altérité et enfin un effet aléatoire rendant compte des caractéristiques culturelles propres à chaque pays.

Une première étape consistera en une description des populations étrangères et immigrées selon leur origine. Cette approche permettra de comparer l'état de santé, la couverture maladie, le statut économique et social et le recours aux services de santé de cette population à celle de la population d'origine française.

Une deuxième étape consistera à modéliser l'état de santé d'une part puis le recours aux soins, contrôlé de l'état de santé, d'autre part en incluant des facteurs liés à la situation socio-économique individuelle dans le pays d'accueil et à la situation socio-économique contextuelle du pays d'origine.

## **Analyse des mécanismes d'arrêts de travail des salariés du privé, en lien avec la nature et les spécificités des établissements**

*Thierry Debrand, Pascale Lengagne, Thomas Renaud, Léonor Rivoire*

L'IRDES a été chargé par la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques du ministère de la Santé et des Solidarités) de la réalisation d'une étude portant sur l'analyse des mécanismes d'arrêts de travail des salariés du privé, en lien avec la nature et les spécificités des établissements. Dans le cadre de cette mission, l'IRDES construit une base de données *ad hoc* qui permette de recouper au niveau individuel des informations sur les caractéristiques des salariés, de leur établissement et de leur consommation de soins (accord CNIL n° 2006-238 du 9 novembre 2006).

Les mécanismes individuels et contextuels des arrêts de travail et le versement des indemnités journalières conséquentes seront principalement analysés à travers deux grands axes de recherche (autour desquels pourront se greffer de multiples questions incidentes) : (1) les déterminants micro- et macro-économiques des arrêts de travail courts et longs ; (2) outre l'étude des liens entre prises d'arrêt de travail et caractéristiques individuelles des salariés, la question particulière des indemnités journalières chez les salariés âgés de 50 ans et plus, et notamment le lien avec le parcours professionnel du salarié et les éventuels effets de substitution entre différentes modalités de cessation d'activité.

## **Discrimination dans les Zones urbaines sensibles (ZUS)**

*Caroline Allonier, Thierry Debrand, Véronique Lucas, Aurélie Pierre*

L'IRDES a été chargé par la DIV (Délégation Interministérielle à la Ville) d'étudier les différences d'état de santé entre les habitants des ZUS et ceux qui habitent sur le reste du territoire. Les Zones urbaines sensibles (ZUS), créées par la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement territorial de février 1995, s'inspirent du principe de zonage inscrit dans la loi d'orientation pour la ville de juillet 1991. Celles-ci sont des territoires infra-urbains définis par les pouvoirs publics. Ces zones constituent un ensemble de territoires prioritaires de la politique de la ville. Les ZUS sont au nombre de 751, réparties sur près de 800 communes au sein de 200 agglomérations. En matière de santé, les études les plus poussées permettent de comparer la situation en ZUS et hors ZUS. Elles sont issues des deux premiers rapports de l'ONZUS.

Nous proposons d'explorer les questions suivantes, en tenant compte des différences de déclaration dues aux inégalités sociales : (1) L'état de santé des habitants des ZUS est-il moins bon que celui des personnes n'habitant pas en ZUS ? Comment peut-on caractériser l'état de santé de cette population ? Cette première partie consistera en une description de l'état de santé des personnes habitant en ZUS afin de documenter de façon plus globale les problèmes de santé pouvant être mis en évidence dans ces quartiers. (2) Peut-on mettre en évidence un effet contextuel, c'est à dire un effet du milieu de vie ? Est-ce que l'état de santé individuel varie selon les caractéristiques socio-géographiques de la zone de résidence, indépendamment des caractéristiques individuelles ?

## **ENQUETE Santé : santé travail**

*Chantal Cases, Thierry Debrand, Pascale Lengagne*

L'IRDES a été chargé par la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques du Ministère de la santé et de la protection sociale) d'analyser les liens entre l'organisation du travail et l'état de santé, puis de comprendre et de quantifier leurs effets en termes de dépenses de santé individuelles. Cette analyse s'appuiera sur les données de l'enquête Santé 2002-2003, qui permet notamment de disposer d'une information riche et de qualité sur les conditions de travail des enquêtés exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle. Concernant l'organisation du travail, nous nous intéresserons aux formes de travail suivantes : le travail posté, les contraintes horaires, le travail répétitif, les postures pénibles ou fatigantes, le port de charges lourdes, le travail varié, la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social au travail.

Notre programme de recherche se déroule en trois temps : (1) Il s'agit dans un premier temps de réaliser une revue de littérature sur la pénibilité liée à l'organisation du travail. (2) Nous proposerons ensuite une analyse des effets de cette pénibilité sur la santé des actifs. (3) Puis, après avoir mis en évidence ces différentes facettes de la pénibilité, nous proposerons une mesure de leurs effets sur les consommations de soins et les arrêts de travail. Les consommations de soins seront approchées par les recours en ambulatoire et à l'hôpital.

### **ANR PENSARE**

*Chantal Cases, Thierry Debrand, Pascale Lengagne, Catherine Sermet*

L'IRDES, en collaboration avec le CEE, a été chargé par l'Agence Nationale pour la Recherche (ANR) d'améliorer la compréhension de la sortie du marché du travail vers la retraite en prenant en considération l'état de santé et la pénibilité du travail. Nous avons retenu trois axes d'analyse : le premier concerne la « pénibilité » du travail. Dans le débat concernant les fins de vie active, la pénibilité du travail trouve sa place sous plusieurs aspects que l'on tend parfois à confondre et qu'il semble important de distinguer. Le deuxième axe concerne l'explication des liens existant entre la pénibilité du travail et l'état de santé des travailleurs. Nous nous focaliserons sur les effets sur la santé d'une situation de travail caractérisée par une forte demande psychologique, en nous fondant sur les modèles de « demande / contrôle » (Karasek et Theorell, [1990]) et d'équilibre entre effort fourni au travail et récompense reçue (Siegrist, [1996]). Le troisième axe concerne la façon dont les individus, en fin de vie active, introduisent les notions d'état de santé et de pénibilité dans leur décision de se maintenir ou de quitter le marché du travail. Cela donnera lieu à une modélisation économique originale des comportements de départ en retraite.

L'analyse de ces trois axes de recherche sera rendue possible par l'exploitation de trois enquêtes : l'enquête Santé et Vie Professionnelle après 50 ans (SVP 50), l'enquête Vieillesse, Santé, Travail (VISAT) et l'enquête Survey of Health, Ageing, and retirement in Europe (SHARE). Elles permettront : (1) d'apporter des éléments de réponse concernant les relations entre pénibilité, état de santé et de choix de départ en retraite (SVP 50, VISAT, SHARE) ; (2) de réaliser des comparaisons au niveau international (SHARE) ; (3) d'apprécier des effets prédictifs par l'exploitation de données longitudinales (VISAT).

### **SHARE**

*Thierry Debrand, Paul Dourgnon, Léonor Rivoire*

Cf. Enquête SHARE, page 2

## **3.2 Projets non retenus**

### **AO ASALEE. Evaluation de l'impact de la coopération médecin généraliste/infirmière en cabinet de médecine générale dans le cadre de l'expérimentation ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe). Les cas du suivi du diabète de type 2 et du dépistage du cancer du sein.**

*Yann Bourgueil, Philippe Le Fur, Julien Mousquès*

Le renforcement et la diversité des soins délivrés en première ligne constituent un enjeu important des systèmes de santé qui doivent s'adapter à l'évolution conjointe de la demande qui évolue et augmente et de l'offre de soins dont la disponibilité se raréfie. Le travail d'équipe associant les généralistes et les infirmières au sein de cabinets ou de centres de santé est une piste privilégiée dans de nombreux systèmes de santé et reste peu développée en France et surtout très peu évaluée aussi bien en termes d'efficacité que d'efficience.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact (efficacité et efficience) d'une coopération entre médecins généralistes et infirmières en cabinet, sur l'efficacité du suivi du diabète de type 2, ainsi que sur le dépistage du cancer du sein, dans le cadre d'un projet expérimental aujourd'hui fonctionnel.

La méthode adoptée pour les deux situations évaluées est celle d'une étude avant/après (la mise en place de la coopération médecins généralistes – infirmières au sein des cabinets participant à l'expérimentation ASALEE) contrôlée (avec un groupe témoin issu de l'Assurance maladie et un groupe témoin constitué à partir de l'observatoire de médecine générale de la Société Française de Médecine Générale).

La première phase comprend la constitution des échantillons témoins, et le recueil exhaustif des données patients relatifs à l'intervention. La deuxième phase comprend l'analyse des données et l'interprétation des résultats.

Les résultats permettront de valider l'hypothèse d'une efficacité accrue de la collaboration généraliste/infirmière en cabinet de ville et d'en préciser l'efficience.

Ce projet a fait l'objet d'une réponse à l'appel d'offre de l'HAS 2006 qui ne l'a pas retenu. Le partenariat noué avec l'équipe ASALEE, à l'occasion de l'élaboration du protocole et l'obligation d'évaluation qui pèse sur le projet dans le cadre des expérimentations de coopération entre les professions de santé nous permet d'envisager la réalisation au moins partielle du travail en 2007.

### **Lien entre volume d'activité et qualité dans les établissements de santé**

*Laure Com-Ruelle, Zeynep Or*

L'IRDES a répondu en décembre 2006 à un appel d'offre lancé par la HAS pour la réalisation d'une étude sur le Lien entre volume d'activité et qualité dans les établissements de santé. L'appel d'offre a été déclaré caduc pour non-respect des clauses particulières. Il est relancé en 2007 et l'IRDES reformulera une réponse.

« Méthodologies de l'Evaluation en Santé Publique » DGS, DREES-MiRe, InVS, HAS, CANAM, AFSSAPS, INSERM : **Apports des données de panels associant enquête en population générale et données du SNIIRAM pour l'évaluation des politiques de santé : à propos de la réforme du médecin traitant.**

*Chantal Cases, Paul Dourgnon, Nelly Le Guen, Anissa Afrite, Marie-Odile Safon, en collaboration avec le DIES (Michel Naiditch)*

Ce projet proposait d'élaborer et de tester, sur l'exemple de la réforme du médecin traitant, une méthodologie d'évaluation de l'impact des mesures de régulation de l'Assurance maladie à l'aide de trois outils complémentaires : un module spécifique de questions introduites dans l'enquête sur la santé et la protection sociale 2006, des données de l'Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux appariées aux données de l'Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006, l'utilisation complémentaire d'une démarche qualitative de type post-enquête afin d'approfondir les résultats de l'enquête quantitative.

Cet appel d'offre n'ayant pas été retenu, seules les analyses quantitatives seront réalisées dans le cadre du programme de recherche 2007-2009.

## 4. DOCUMENTATION

*Suzanne Chriqui, Agnès Grandin, Damien Letorrec, Marie-Odile Safon, Véronique Suhard*

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 : la consommation d'antidépresseurs, l'efficacité de la médecine de groupe, les concepts d'health literacy et locus of control, les enregistrements vidéo en médecine générale, les comptes de la prévention, le contenu et la durée des séances des médecins généralistes, les motifs de consultation en urgence...

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 44 000 références régulièrement mise à jour. Cette dernière s'est enrichie, depuis 1997, de plus de 3 500 articles issus de recherche sur les bases de données internationales, portant sur les domaines de recherche de l'IRDES.

### I – Fonds documentaire

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

⇒ 757 ouvrages nouveaux, ce qui porte le volume actuel du fonds à 10 783 ouvrages.

Les 3/4 sont obtenus gratuitement : 11 en service de presse, 601 par échange ou téléchargement.

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

Les documents en accès libre sur Internet (rapports français officiels, rapports des centres de recherche français et étrangers) ont triplé en 3 ans : 470 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 documentation, pour l'instant.

Une réflexion à ce sujet sera nécessaire très prochainement, car des problèmes de stockage pointent à l'horizon.

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

⇒ 361 collections de périodiques (75 abonnements payants ; 286 reçus gratuitement ou par échange).

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

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

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

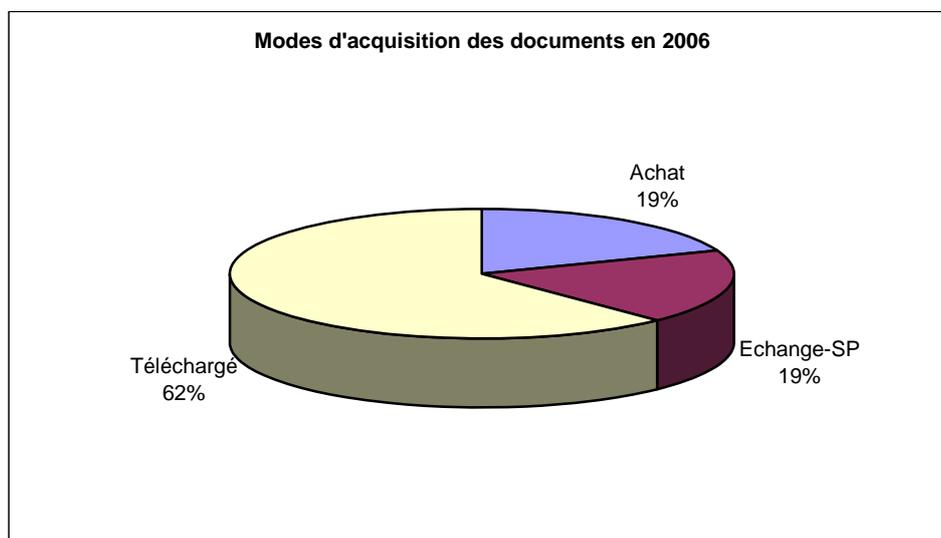
40 bulletins sont téléchargés directement actuellement.

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

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

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

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



## Mode d'acquisition des documents

### Ouvrages

Année	Achat	Echange - Gratuit	Service de presse	Total
1994	79	198	119	354
1995	107	296	165	568
1996	125	112	102	339
1997	33	150	48	231
1998	84	255	46	385
1999	114	296	31	441
2000	101	309	61	471
2001	135	424	90	649
2002	111	352, dont 166 téléchargés	36	499
2003	166	327, dont 216 téléchargés	39	522
2004	144	546, dont 311 téléchargés	23	713
2005	180	584, dont 394 téléchargés	28	792
<b>2006</b>	<b>145</b>	<b>601, dont 470 téléchargés</b>	<b>11</b>	<b>757</b>

### Collections de périodiques

Année	Achat	Echange et Gratuit	Total
1995	67	205	272
1996	64	210	274
1997	64	211	275
1998	62	220	282
1999	60	226	286
2000	64	222	286
2001	53	267	310
2002	53	271	324
2003	53	271	324
2004	75	242, dont 27 téléchargés	317
2005	75	286, dont 40 téléchargés	361
<b>2006</b>	<b>75</b>	<b>286, dont 40 téléchargés</b>	<b>361</b>

2. La **banque de données documentaire RAMIS** répertorient les documents les plus récents (d'après 1991) en comprend 33 700. La **base ARCHIVE** recensant les documents d'avant 1991 en comprend 9 169.

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 depuis 2005.

La récupération des notices par les centres ne sera vraiment opérationnelle qu'en 2008 pour des raisons techniques (mise au point des équations de récupération).

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

## 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** se sont légèrement infléchies, cette année. Le service documentation est resté en sous-effectif pendant cinq mois : ce qui peut expliquer en partie cet infléchissement. Par ailleurs, les thèmes de recherche en interne sont toujours très diversifiés, d'où l'importance des recherches bibliographiques sur les bases internationales et des commandes de photocopies à l'Inist. Le concours des stagiaires-chercheurs est très appréciable.
- La **demande externe** est moins importante qu'auparavant. Quatre raisons peuvent être avancées : la localisation plus excentrée de l'IRDES, la mise à disposition de nombreux outils sur le web de l'IRDES (bibliographies, sources d'information, carnets d'adresses, documents et données statistiques en ligne), le changement de nom, et plus récemment, la mise en ligne des publications IRDES sur le site web.

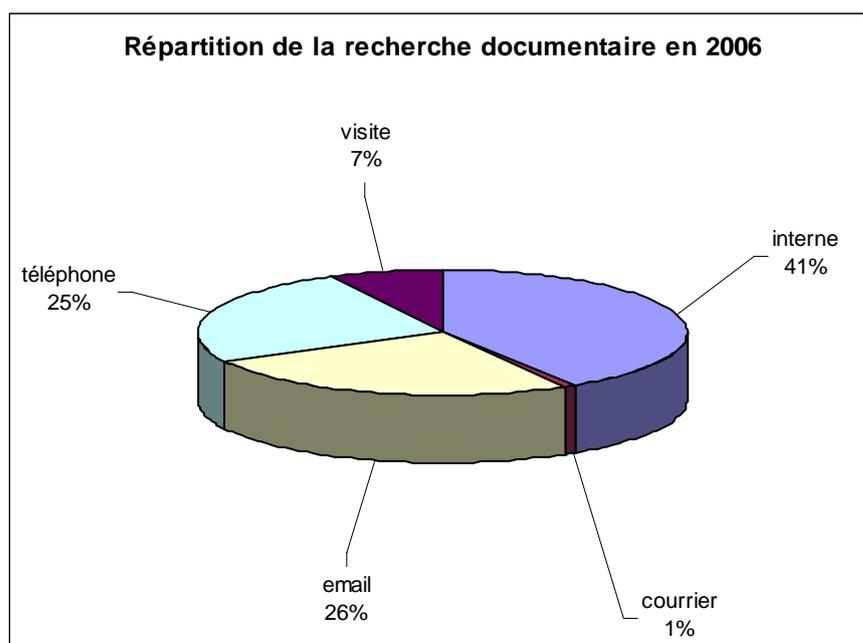
Les besoins changent : le public recherche moins la consultation des documents sur place, mais apprécie davantage d'être conseillé ou orienté sur les services.

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

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

Petite chronologie sur la recherche externe, qui explique les baisses successives des statistiques :

- 2000 : introduction des prestations payantes pour restreindre la demande externe trop importante.
- 2003 : déménagement du CREDES
- 2004 : changement de nom et mise en ligne des publications (y compris des rapports de plus de 2 ans)
- 2005 : baisse du nombre des publications
- 2006 : les publications IRDES ont repris leur cadence, mais font l'objet d'une mise en ligne systématique sur le site web.



**Répartition de la Recherche documentaire**

Année	Interne	Externe				Total
		Courrier	Fax – e-mail	Téléphone	Visite	
1993	219	317	nd	246	267	1 049
1994	238	357	nd	283	300	1 178
1995	242	463	nd	449	324	1 478
1996	221	373	nd	420	347	1 361
1997	126	320	nd	250	308	1 004
1998	328	256	174	640	416	1 814
1999	335	193	127	719	306	1 652
2000	319	78	178	560	224	1 359
2001	325	62	203	373	132	1 095
2002	314	58	302	436	229	1 339
2003	351	34	248	306	137	1 096
2004	322	19	181	254	104	880
<b>2005</b>	<b>301</b>	<b>7</b>	<b>189</b>	<b>185</b>	<b>55</b>	<b>737</b>
<b>2006</b>	<b>278</b>	<b>3</b>	<b>126</b>	<b>263</b>	<b>50</b>	<b>720</b>

Total : 720 recherches, dont 442 en externe.

### Répartition des prestations payantes

Types de forfait	Nombre 2005	Recettes (Euros) 2005	Nombre 2006	Recettes (Euros) 2006
2000 (photocopies)	719	143,8	792	158,4
2000 bis (photocopies étudiants)	2 530	253	2 131	213,1
Total photocopies	3 249	396,8	2 923	371,5
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)	1	8	0	0
5110 (forfait organisme à but lucratif)	6	90	0	0
5111 (listing de références biblio emporté)	1	6	0	0
5112 (consultation documents archivés)	0	0	0	0
5113 (consultation fonds doc pour professionnels)	0	0	0	0
5200 (forfait pour une sortie de tableaux Eco-Santé)	0	0	0	0
5201 (chiffres tirés d'Eco-santé)	0	0	0	0
5300 (tarif fixé pour les 10 premières pages photocopiées)	0	0	0	0
5301 (pages suivantes : lot de 10 pages)	0	0	0	0
5302 (documents photocopiés)	0	0	0	0
5303 (Forfait copie d'un document)	2	18	0	0
Total consultation		122	0	0
<b>Total</b>	<b>3 249</b>	<b>640,80</b>	<b>2 923</b>	<b>371,5</b>

(\*) photocopies, que nous réalisons à la demande de l'INIST, pour les personnes qui interrogent 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, toutes les trois semaines, des sommaires de la plupart des périodiques reçus au centre de documentation. La circulation de certains titres de revues essentiels en santé a repris, en septembre 2000, auprès d'un groupe de chercheurs préférant cette formule à la revue des sommaires. Suite aux résultats d'un

sondage réalisé auprès des chercheurs en interne, le produit a été supprimé en septembre 2006. Les chercheurs n'avaient plus le temps de le lire.

- "[Quoi de neuf, Doc ?](#)" : bulletin bibliographique analysant les dernières données et recherches en Economie de la Santé. Cette sélection provenant du dépouillement de la littérature française et étrangère recouvre 18 domaines : politique de santé, coût de la santé, protection sociale, hôpital, pharmacie, médecine libérale... (5 numéros par an). Le document est en ligne intégralement sur le site web de l'IRDES depuis janvier 2006
- **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](#) ». En vue du relookage du site de l'IRDES, les url des sites ont été systématiquement vérifiées. Un reclassement thématique, ainsi qu'un élagage des sites recensés sont aussi en cours.
- [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, les pratiques professionnelles... Les dossiers ont été mis à jour fin 2006.  
Nouveautés : bibliographie sur le vieillissement, synthèse sur les plans de réforme de l'Assurance maladie en France.
- [Principales sources bibliographiques et statistiques en santé](#) : ce document réalisé sur le web permet une première orientation du public extérieur.
- [Carnet d'adresses en santé](#) : mise à jour importante pour les versions française et anglaise.
- **Portails de revues en ligne** : Le portail EJS d'Ebsco est installé depuis l'été 2005. Il permet aux chercheurs d'accéder plus facilement aux versions électroniques des revues auxquelles l'IRDES est abonné.

Par ailleurs, la documentation est abonnée à la version électronique des Working papers du NBER (thématique : Health and health care) et du British Medical Journal (BMJ).

### 3. Produits 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.

La mise en ligne de la base documentaire sur le web est toujours en projet.

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-barres, et l'enregistrement des prêts réalisé directement par les chercheurs s'effectue par lecture optique des codes-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 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 aux ateliers de réflexion de l'ADBS (Association des Professionnels de l'Information) : santé et médicaments.

## 5. DIFFUSION ET VALORISATION DE LA RECHERCHE

### ➤ Présentation des différents supports d'information et publications

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

- ⇒ la [lettre d'information générale](#) (appelée **lettre info**) qui est diffusée tous les premiers mardi de chaque mois à près de 7 000 correspondants, une nouvelle version étoffée a été lancée en septembre 2006 avec de nouvelles rubriques : l'interview, le chiffre du mois...
- ⇒ le [bulletin d'information « Questions d'économie de la santé »](#) qui a pour vocation de présenter de façon synthétique et pédagogique les principaux résultats des études et recherches de l'IRDES. Ce bulletin est accessible gratuitement sur le site de l'IRDES ou disponible en format papier sur abonnement.

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

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

D'autres supports sont mis en ligne sur le site :

- ⇒ des [documents de travail](#) présentant des études en cours,
- ⇒ des **supports d'interventions**,
- ⇒ les [thèses et mémoires](#) réalisés par des étudiants encadrés par des chercheurs de l'IRDES...

Depuis 2002, l'IRDES privilégie les publications d'articles dans des revues extérieures (scientifiques, institutionnelles ou professionnelles) et les publications électroniques mises en ligne gratuitement sur le site de l'IRDES (Questions d'économie de la santé, working-papers, supports d'intervention à des colloques ou à des cours...).

### ➤ Faits marquants en 2006 (cf. tableau ci-après)

Evolution du nombre de publications par nature depuis 2001										
	Publications internes				Publications externes					Total
					Revue Scientifiques		Revue institutionnelles ou professionnelles	Autres		
	Rapports IRDES	QES*	Documents de travail	Thèses ou mémoires	Articles à comité de lecture	Articles à comité de rédaction	Articles sans comité de lecture	Rapports ou Chapitres	Communications	
2006	7	12	1		0**	6	10	8	7	51
2005	3	13	1		8	8	6	3	4	46
2004	4	13	5	2	15	7	7	11	8	72
2003	5	16	1	1	4	5	4	6	7	49
2002	9	16	2	0	8	3	3	9	4	54
2001	10	12	0	3	5	5	7	7	4	53

\* Questions d'économie de la santé

\*\* 8 articles soumis en 2006 dont un à paraître et deux en cours de révision

- ⇒ Une légère baisse du nombre d'articles publiés dans des revues extérieures (15 articles en 2006, 21 articles en 2005 ; 29 en 2004) compensé par une augmentation du nombre de contributions publiées dans des rapports extérieurs (8 en 2006, 3 en 2005) ;
- ⇒ le maintien d'un nombre soutenu de parution du bulletin « Questions d'économie de la santé », malgré une légère baisse (12 en 2006, 13 en 2005, 13 en 2004) ;
- ⇒ une légère augmentation du nombre de rapports publiés (7 en 2006) suite à la forte baisse constatée les deux années précédentes (3 en 2005, 4 en 2004).

➤ **Liste des différents supports d'information et publications publiés ou en ligne sur <http://www.irdes.fr>**

- La lettre information mensuelle envoyée gratuitement par e-mail  
Lancée en novembre 2000, une version enrichie est proposée depuis septembre 2006 avec de nouvelles rubriques (interview, chiffre du mois...). En 2006, 11 lettres infos ont été envoyées à près de 7 000 correspondants (voir plus loin évolution de la diffusion). Rappelons que l'objectif de cette lettre mensuelle est d'informer sur l'actualité du domaine de l'économie de la santé (à l'IRDES et ailleurs).

- Questions d'économie de la santé  
« Questions d'économie de la santé » existe depuis 1998. Il présente, sous forme de 4 à 12 pages, les principaux résultats d'analyses ou de recherche réalisés par les chercheurs de l'IRDES. 4 séries sont proposées :
  - la série « résultats » qui est destinée à la présentation des principaux résultats d'enquête (série verte) ;
  - la série « analyse » qui propose des réponses à certaines problématiques d'actualité (série bleue) ;
  - la série « synthèse » qui propose une synthèse thématique de plusieurs études publiées par l'IRDES ou ailleurs. On trouve dans cette série notamment les revues de la littérature (série rouge) ;
  - la série « méthode », série créée fin 2002 et qui présente les outils et les méthodes utilisés par l'IRDES pour ses analyses (série vert foncé).

En 2006, douze numéros de « Questions d'économie de la santé » ont été publiés et diffusés (voir bibliographie ci-après). Parmi eux :

Un numéro dans la série « Synthèse » :

Questions d'économie de la santé n°116, décembre 2006  
Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature.  
Bourgueil Y., Mousquès J., Tajahmadi A.  
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes116.pdf>

Six numéros dans la série « Résultats » :

Questions d'économie de la santé n°115, novembre 2006  
Complémentaire maladie d'entreprise : contrats obligatoires ou facultatifs, lutte contre l'antisélection et conséquences pour les salariés. Francesconi C., Perronnin M., Rochereau T.  
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes115.pdf>

Questions d'économie de la santé n°112, septembre 2006  
La complémentaire maladie d'entreprise : niveaux de garanties des contrats selon les catégories de salariés et le secteur d'activité. Francesconi C., Perronnin M., Rochereau T.  
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes112.pdf>

Questions d'économie de la santé n°110, juillet 2006

Enquête santé, soins et protection sociale 2004 : premiers résultats. Allonier C., Guillaume S., Rochereau T.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes110.pdf>

Questions d'économie de la santé n°109, juin 2006

L'impact de l'état de santé sur l'emploi des seniors en Europe. Barnay T., Debrand T.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes109.pdf>

Questions d'économie de la santé n°108, mai 2006

Quels dispositifs de cessation d'activité pour les personnes en mauvaise santé. Barnay T., Jeger F.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes108.pdf>

Questions d'économie de la santé n°106, avril 2006

Modes d'accès aux spécialistes : état des lieux avant la mise en place du parcours de soins coordonnés.

Le Fur P., Lengagne P.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes106.pdf>

Trois numéros dans la série « Méthodes »

Questions d'économie de la santé n°114, novembre 2006

Ecart entre morbidité déclarée et morbidité diagnostiquée. L'exemple de l'obésité, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie. Dauphinot V., Naudin F., Gueguen R. (CETAF), Perronnin M., Sermet C. (IRDES)

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes114.pdf>

Questions d'économie de la santé n°107, mai 2006

Construction d'un indicateur continu d'état de santé agréant risque vital et incapacité. Perronnin M., Rochaix L., Tubeuf S.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes107.pdf>

Questions d'économie de la santé n°105, janvier 2006

L'Enquête Santé Protection Sociale 2004, un outil d'analyse pluridisciplinaire de l'accès aux soins, de la couverture maladie et de l'état de santé des Français. Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes105.pdf>

Deux numéros dans la série « Analyse »

Questions d'économie de la santé n°113, octobre 2006

Logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits. Enquête Précalog 1999-2000. Collet M. (DREES), Menahem G., Picard H.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes113.pdf>

Questions d'économie de la santé n°111, juillet 2006

Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. Fénina A., Geffroy Y., Minc C., Renaud T., Sarlon E., Sermet C.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes111.pdf>

- Rapports publiés et diffusés par l'IRDES

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

Rapports publiés en 2006 :

[Le coût du cancer du côlon en Ile-de-France ? Aspects géographiques, cliniques et thérapeutiques](#), Com-Ruelle L., Lucas-Gabrielli V., Renaud T. Rapport IRDES n°1651, 2006/11, 184 pages.

A fait l'objet d'une synthèse dans Questions d'économie de la santé n° 98

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes98.pdf>

[Faisabilité d'un système d'information public sur la médecine de ville](#), Chevreul K., Le Fur P., Renaud T., Sermet C. R, Rapport IRDES n°1648, 2006/10, 205 pages.

[Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale](#), Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Latil E., Lengagne P., Rapport IRDES n°1600, 2006/09. 105 pages.

A fait l'objet d'une synthèse dans Questions d'économie de la santé n° 97

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes97.pdf>

[Comment améliorer la répartition géographique des professions de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France](#), Bourgueil Y., Mousquès J., Tajahmadi A., Rapport IRDES n°1635, 2006/06, 70 pages.

A fait l'objet d'une synthèse dans Questions d'économie de la santé n° 116

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes116.pdf>

[Motifs médicaux de recours aux centres de soins gratuits et logiques de recours aux soins des consultants](#) Collet M., Menahem G., Picard H., Rapport IRDES n°1627, 2006/04, 168 pages.

A fait l'objet d'une synthèse dans Questions d'économie de la santé n° 113

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes113.pdf>

[Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes](#). Rapport d'étude et acte de la journée, Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J., Rapport IRDES n°1624, 2006/03, 260 pages.

A fait l'objet d'une synthèse dans Questions d'économie de la santé n° 95

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes95.pdf>

[Santé, soins et protection sociale en 2004](#), Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T., Rapport IRDES n°1621, 2006/01. 212 pages.

A fait l'objet de deux synthèses dans Questions d'économie de la santé n° 105 et 110

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes105.pdf>

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes110.pdf>

- Documents d'enquête en ligne sur Internet

Descriptif des variables de l'enquête sur la santé et la protection sociale en 2004. Equipe ESPS,

Document de travail IRDES n°1621bis, 2006/10. 248 pages

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1621bis.pdf>

- Rapports ou chapitres de rapports publiés par d'autres éditeurs

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

1650\* Le besoin en logement des territoires vieillissants : un problème pour les jeunes ? (Dossier 6 : Les défis du vieillissement), Debrand Thierry, Gilli Frédéric, In « Les territoires face au vieillissement en France et en Europe », 2006/09, 216-225

1649\* L'état de santé et le recours aux soins des personnes vivant en Zone urbaine sensible, Allonier Caroline, Debrand Thierry, Lucas-Gabrielli Véronique, Pierre Aurélie, Rochereau Thierry, In « Rapport 2006 de l'Observatoire national des Zones urbaines sensibles », 2006/11, 86-106

1645\* Note de l'IRDES sur la classification des contrats de couverture complémentaires, Franc Carine, Perronnin Marc, In « Evolution du prix et du contenu des contrats ouvrant droit au crédit d'impôt » Rapport au gouvernement, 2006, 39-53

1639\* Une mauvaise santé augmente fortement les risques de perte d'emploi. Jusot Florence, Khat Myriam, Rochereau Thierry, Sermet Catherine, In « Données Sociales – La Société française », 2006/05, 533-542

1635bis\* Les mesures et les dispositifs nationaux et régionaux destinés à améliorer la répartition des professionnels de santé, Bourgueil Yann, Mousquès Julien, Tajahmady Ayden, In « Les effectifs, l'activité et la répartition des professionnels de santé », Rapport annuel 2005 ONDPS, tome 1, 2006, 155-164

- 1631\* Les mesures de la santé et de l'activité sont-elles comparables dans les enquêtes européennes ? Barnay Thomas, Jusot Florence, Rochereau Thierry, Sermet Catherine, In « Méthodes d'enquêtes et sondages : Pratiques européenne et nord-américaine », 2006, 107-111
- 1630\* La qualité du recueil par carnet de soins : une analyse des différences entre recueil prospectif des consommations de soins et sources administratives, Dourgnon Paul, Renaud Thomas, In « Méthodes d'enquêtes et sondages : Pratiques européenne et nord-américaine », 2006, 31-35
- 1625\* The Health of Older Parisians, Lucas-Gabrielli Véronique, Pépin Philippe, Tonnellier François, In « Growing Older in World Cities, New-York, London, Paris and Tokyo », 2006/02, 252-267

- Articles publiés dans des revues scientifiques, institutionnelles et professionnelles

15 articles ont été publiés dans des diverses revues.

*Revues scientifiques à comité de lecture :*

Le **Comité de lecture**, constitué en instance ou informel selon les revues, regroupe les différents lecteurs ou « referees » invités à expertiser les articles avant publication : rejet, demande de remaniement, acceptation en l'état sont autant d'avis que peut émettre un expert, spécialiste reconnu d'un champ, après lecture critique d'un manuscrit ; la nouveauté des résultats, l'intérêt de l'hypothèse, la qualité de la démonstration, la force de l'appareil critique, la forme du discours, la clarté des illustrations sont les voies d'exploration que suivent les lecteurs pour se prononcer en faveur de la publication ; les revues à « Comité de lecture » garantissent généralement un minimum de deux expertises par manuscrit, voire une troisième en cas d'avis contradictoires, assurées le plus souvent anonymement.

- The shape of the relationship between mortality and income in France, Jusot F. *Annales d'Economie et de Statistique*, special issue « Health – Insurance- Equity », 83-84, (à paraître).

Articles soumis :

- Disability and the labour force participation of older men workers: the importance of health Barnay T., Debrand T., soumis à Labour (en cours de révision)
- Job loss from ill health, smoking and obesity: concurrent evidence for direct and indirect selection. Jusot F., Khlal M., Rochereau T., Sermet C., *Journal of Epidemiology and Community Health* (en cours de révision)
- Does free complementary health insurance help the poor to access health care – Evidence from France. Grignon M., Perronnin M., Lavis J., soumis à Health Economics
- Moral hazard, doctors, and absenteeism in France - preliminary analysis based on aggregate data. Grignon M., Renaud T., soumis à la Revue d'épidémiologie et de santé publique (RESP)
- Psychosocial resources and social health inequalities in France: First findings from a general population survey. Jusot F., Grignon M., Dourgnon P., soumis à Health Economics Policy and Law
- Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes ? Une évaluation par la méthode des vignettes Lardjane S., Dourgnon P., soumis à Economie et statistique
- Unemployment and mortality in France, 1982-2002, Grignon M., Buchmueller T., Jusot F., soumis à European Economic Review.

*Revues scientifiques à comité de rédaction :*

Présidé par un rédacteur en chef et composé de rédacteurs associés ou de rédacteurs en contact permanent, le **comité de rédaction** rassemble les compétences à la fois scientifiques et organisationnelles nécessaires à la réalisation de la revue et à l'application de la politique éditoriale, des règles de sélection et du rythme de publication définis ; la fabrication des numéros est de sa responsabilité : réuni périodiquement, ou communiquant par réseau, il est le destinataire et le premier lecteur des contributions qui lui sont soumises ou qu'il sollicite et dont il organisera les expertises à l'extérieur du Comité ; du rôle d'incitateur d'information destinée à

alimenter les différentes rubriques qui composent la revue, il passe à celui d'animateur, d'interface experts-auteurs-membres des comités, puis à celui de décideur : il définit les sommaires, assure l'équilibre thématique des fascicules, programme les numéros spéciaux... ; à sa charge s'ajoutent les traductions, les indexations, la rédaction ou le contrôle des résumés des contributions... jusqu'à la parution du produit fini sous forme imprimée ou électronique, en relation avec ses partenaires techniques d'impression et/ou d'édition.

- 1631bis L'enquête SHARE : présentation et premiers résultats de l'édition française, Blanchet D., Pollet P., Debrand T., Dourgnon P., *Retraite et Société*, 2006/01, n° 47, 110-135
- 1628\* Hospitalisation à domicile : Enseignements des expériences australienne, britannique et canadienne, Chevreul Karine, Com-Ruelle Laure, Midy Fabienne, Paris Valérie, *Revue Hospitalière de France*, 2006, n° 509, 1-3
- 1622\* Pluridisciplinarité en soins primaires en Europe et au Canada : quels enseignements pour l'exercice infirmier libéral ? Bourgueil Yann, *Avenir et Santé*, 2006/01, n° 340, 16-22
- 1620\* Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ? Polton Dominique, Sermet Catherine, *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2006/02, n° 5-6, 49-52
- 1619\* L'état de santé de la population dans l'Union européenne : réduire les écarts de santé. Commission européenne. - Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes, 2003. In *Bibliographie critique coordonnée par Géraldine Duthé « Mortalité, santé : moteurs du progrès, facteurs des inégalités »*, Jusot Florence, *Population*, 2005/05-06, vol. 60, n° 3, 381-383
- 1618\* Evaluer les innovations organisationnelles dans le cadre de la prise en charge du retour et/ou du maintien au domicile, Bourgueil Yann, *Santé et Systémique*, 2005, vol.8, n° 3-4, 177-195

Article soumis en novembre 2006

La santé des personnes âgées à Paris et en proche couronne Inégalités géographiques Veronique Lucas-Gabrielli, Philippe Pépin, Francois Tonnellier.

*Revue institutionnelles ou professionnelles (sans comité de lecture) :*

- 1657\* New governance arrangements for French health insurance, Franc Carine, Polton Dominique, *Eurohealth*, 2006, vol.12, n° 3, 27-29
- 1656\* Health care human resource policy in France, Bourgueil Yann, Berland Yvon, *Eurohealth*, 2006, vol.12, n° 3, 24-26
- 1655\* French hospital reforms: a new era of public-private competition? Or Zeynep, de Pouvourville Gérard, *Eurohealth*, 2006, vol.12, n° 3, 21-23
- 1654\* Pharmaceutical policy in France: a mosaic of reforms, Grandfils Nathalie, Sermet Catherine, *Eurohealth*, 2006, vol.12, n° 3, 15-17
- 1653\* French Health System Reform: recent Implementation and future Challenges, Cases Chantal, *Eurohealth*, 2006, vol.12, n° 3, 10-11
- 1652\* Les itinéraires professionnels en relation avec la santé. Une exploitation longitudinale de l'enquête sur la santé et la protection sociale, Jusot Florence, Khlal Myriam, Rochereau Thierry, Sermet Catherine, *La Lettre de la Mire*, 2006/10, n°11, 6-9
- 1647\* Les différences d'attitudes nationales face à l'âge du départ en retraite, Blanchet Didier, Debrand Thierry, *Problèmes politiques et sociaux*, 2006/05, n° 624, 73-75
- 1641\* Le choix de l'assurance sociale et de l'organisation hospitalo-centrée de l'offre de soins : Deux orientations historiques qui expliquent le faible développement des soins primaires en France, Bourgueil Yann, *Santé Conjuguée*, 2006/07, n° 37, 36-40
- 1629\* Effets cumulatifs à long terme de l'accès aux soins et du revenu sur les inégalités de santé, Couralet Pierre-Emmanuel, Jusot Florence, Lengagne Pascale, *La lettre de la MIRE*, 2006/04, n° 9, 6-8.
- 1626\* Can physician gate-keeping and patient choice be reconciled in France? Analysis of recent reform, Com-Ruelle Laure, Dourgnon Paul, Paris Valérie, *Eurohealth*, 2006, vol.12, n° 1, 17-19

- Communications des chercheurs de l'IRDES à des colloques ou séminaires

Voici la liste des communications ayant donné lieu à publication dans des Actes de colloques.

- 1644\* Deux indicateurs du développement des droits sociaux : indicateur de démarchandisation *versus* taux de sécurité économique, Menahem Georges, In « Economie Sociale et Droit ». Actes des XXVIèmes Journées de l'Association d'Economie Sociale les 7 et 8 septembre 2006 à Nancy, 2006/09, tome 2, 321-331
- 1643\* Modes de sortie de l'emploi pour les personnes en mauvaise santé entre 50 et 59 ans, Barnay Thomas, In « Economie Sociale et Droit ». Actes des XXVIèmes Journées de l'Association d'Economie Sociale les 7 et 8 septembre 2006 à Nancy, 2006/09, tome 1, 209-224
- 1642\* Inégalités de santé et effet de sélection à l'emploi : quelques résultats empiriques, Jusot Florence, In « Economie Sociale et Droit ». Actes des XXVIèmes Journées de l'Association d'Economie Sociale les 7 et 8 septembre 2006 à Nancy, 2006/09, tome 1, 193-208
- 1640\* L'hospitalisation à domicile : une alternative de choix en termes de coût et de qualité ? (les enjeux), Com-Ruelle Laure, In « Quel avenir pour les soins à domicile ». Actes du colloque du mardi 6 juin 2006 à Paris, 2006/06, 14-18
- 1638\* Impact des complémentaires santé dans l'économie de la santé, Cases Chantal, In « Mutualité et Assurance Santé ». Actes du colloque des Rencontres Mutualistes, les 28 et 29 mars 2006 à Marseille, 2006/06, 117-122
- 1637\* Santé et travail : état des lieux des recherches, Barnay Thomas, In « Mutualité et Assurance Santé ». Actes du colloque des Rencontres Mutualistes, les 28 et 29 mars 2006 à Marseille, 2006/06, 45-51
- 1636\* Quelles perspectives pour l'Assurance maladie complémentaire ? Franc Carine, In « Mutualité et Assurance Santé ». Actes du colloque des Rencontres Mutualistes, les 28 et 29 mars 2006 à Marseille, 2006/06, 8-10

- La revue franco-québécoise « Santé, société et solidarité »

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

Au cours de l'année 2006, deux nouveaux numéros ont été publiés et diffusés : « Handicaps et personnes handicapées » (n°2/ 2005) et « Vieillesse et Santé : actes du 1er forum franco-québécois organisé par l'OFQSS » (n° 1/2006). Le numéro 2 de 2006 consacré au thème « Santé au travail ».

- Eco-Santé

Les versions 2006 des logiciels Eco-Santé sont sorties aux dates suivantes :

- Eco-Santé France (fin juin 2006)
- Eco-Santé Régional (fin juin 2006)
- Eco-Santé OCDE (octobre 2006)
- Eco-Santé Québec, réalisé dans le cadre de l'Observatoire franco-québécois (octobre 2006).

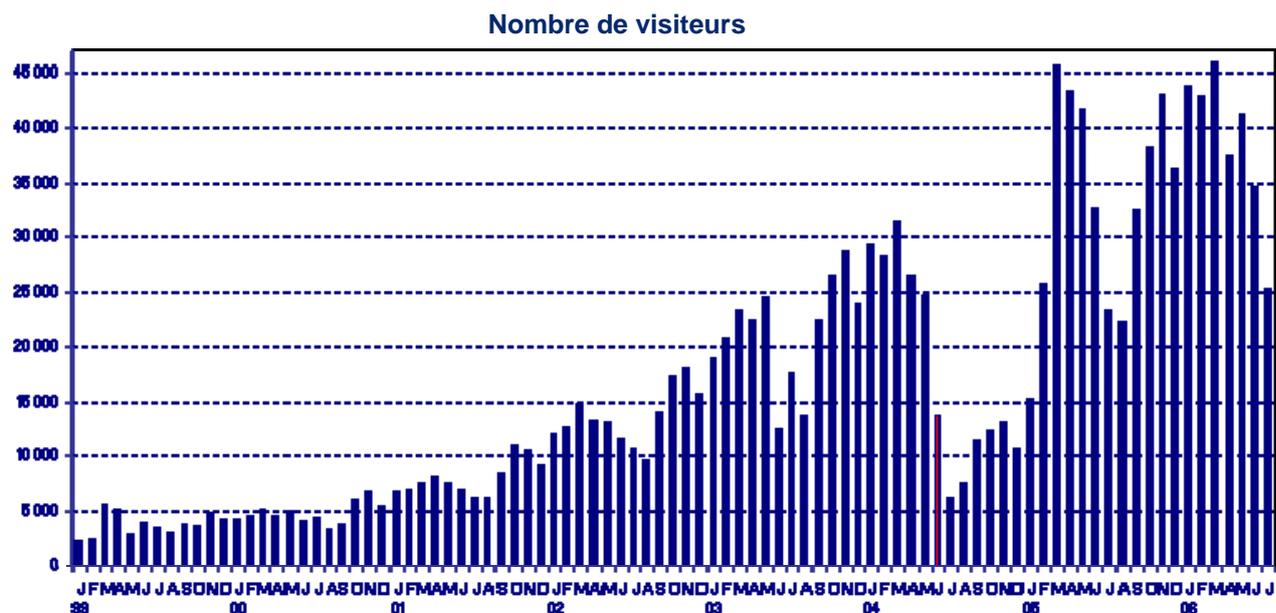
Nouveauté 2006 : Pour Eco-Santé France et Eco-Santé Régions&Départements, un accès en ligne payant est proposé depuis le 27 juin 2006 ; Eco-Santé OCDE en ligne était déjà accessible de façon payante en 2005. Eco-Santé Québec est par contre en ligne gratuitement depuis sa création en 2002.

## ➤ Indicateurs chiffrés de la diffusion des travaux de l'IRDES

### • Consultation du site Internet de l'IRDES

Après la forte progression du nombre de visiteurs en 2005, 2006 marque une stabilisation (entre 35 000 et 45 000 visiteurs par mois). Les statistiques présentées dans le tableau ci-dessous présentent l'évolution jusqu'en juillet 2006. En raison de la préparation du nouveau site (lancement prévu en mars 2007), le suivi du site actuel a été un peu ralenti, les priorités se portant sur la nouvelle réalisation.

**Evolution du nombre de visiteurs**  
En juin 2004, le CREDES est devenu l'IRDES. Ce changement est indiqué en rouge



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

La lettre info, envoyée gratuitement à tous ceux qui le souhaitent (inscription à partir de notre site <http://www.irdes.fr>), reste très appréciée, si l'on considère l'évolution du nombre d'inscrits, en progression continue depuis sa création (en 2006, on compte 7 000 inscrits).

### • Evolution de la diffusion via le site web de l'IRDES de « Questions d'économie de la santé »

« Questions d'économie de la santé », le bulletin d'information de l'IRDES, est téléchargeable sur le site de l'IRDES gratuitement. Le nombre de téléchargements par mois se stabilise en 2006 avec une moyenne mensuelle de 10 000 téléchargements.

Une version papier de « Questions d'économie de la santé » est également diffusée auprès d'un grand nombre de nos correspondants (administrateurs, financeurs, partenaires, journalistes...) ou de façon payante (vente à l'unité ou par abonnement). A noter que cette diffusion papier est en baisse en raison de la mise en ligne gratuite du bulletin.

En 2006, on compte :

- 600 exemplaires envoyés à titre gratuit et systématique,
- 220 exemplaires envoyés au titre d'un abonnement payant.

### • Evolution des recettes liées aux ventes de rapports, d'abonnement et d'Eco-Santé

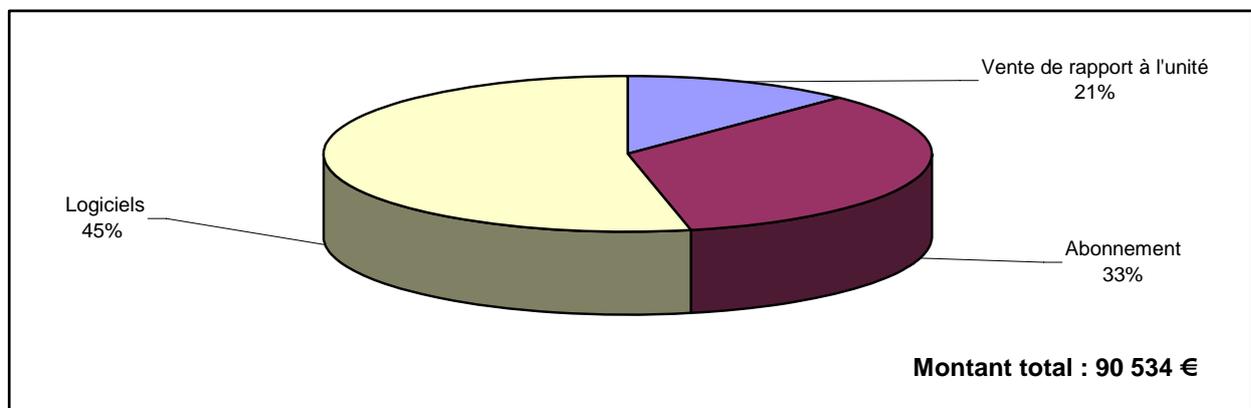
Les recettes totales ont progressé d'environ 25 % cette année en raison de l'augmentation du poste « Royalties », correspondant aux recettes versées par l'OCDE pour la vente des logiciels

Eco-Santé OCDE (+ 50 %) et du poste « vente de rapports IRDES ». Les recettes de ce poste ont pratiquement doublé en 2006 (par rapport en 2005) compte tenu de la progression du nombre de rapports publiés cette année (seuls 3 rapports ont été publiés en 2005 contre 7 en 2006).

#### Evolution des recettes par poste entre 2000 et 2006

Prestations facturées par le service diffusion								
Vente publications IRDES								
Année	Vente de rapports à l'unité	Abonnement	Logiciels	Royalties	Port	Consultation	Photocopies	TOTAL
2006	19 421	30 040	41 073	169 495	877	92	371	261 369
2005	11 315	31 884	49 460	112 854	383	121	397	206 415
2004	26 203	56 640	62 313	108 077	1 643	259	860	255 995
2003	30 931	79 950	63 896	100 689	1 742	619	904	278 371
2002	25 675	68 142	72 027	76 248	2 373	508	1 410	246 382
2001	35 267	74 619	56 173	55 010	3 810	495	1 016	226 390
2000	47 297	73 275	68 413	61 814	2 921	555	1 300	255 574

#### Répartition des ventes de publications IRDES en 2006



- Evolution du nombre d'abonnés (payants, gratuits et échanges)

#### Evolution du nombre d'abonnés selon la formule d'abonnement entre 2000 et 2006

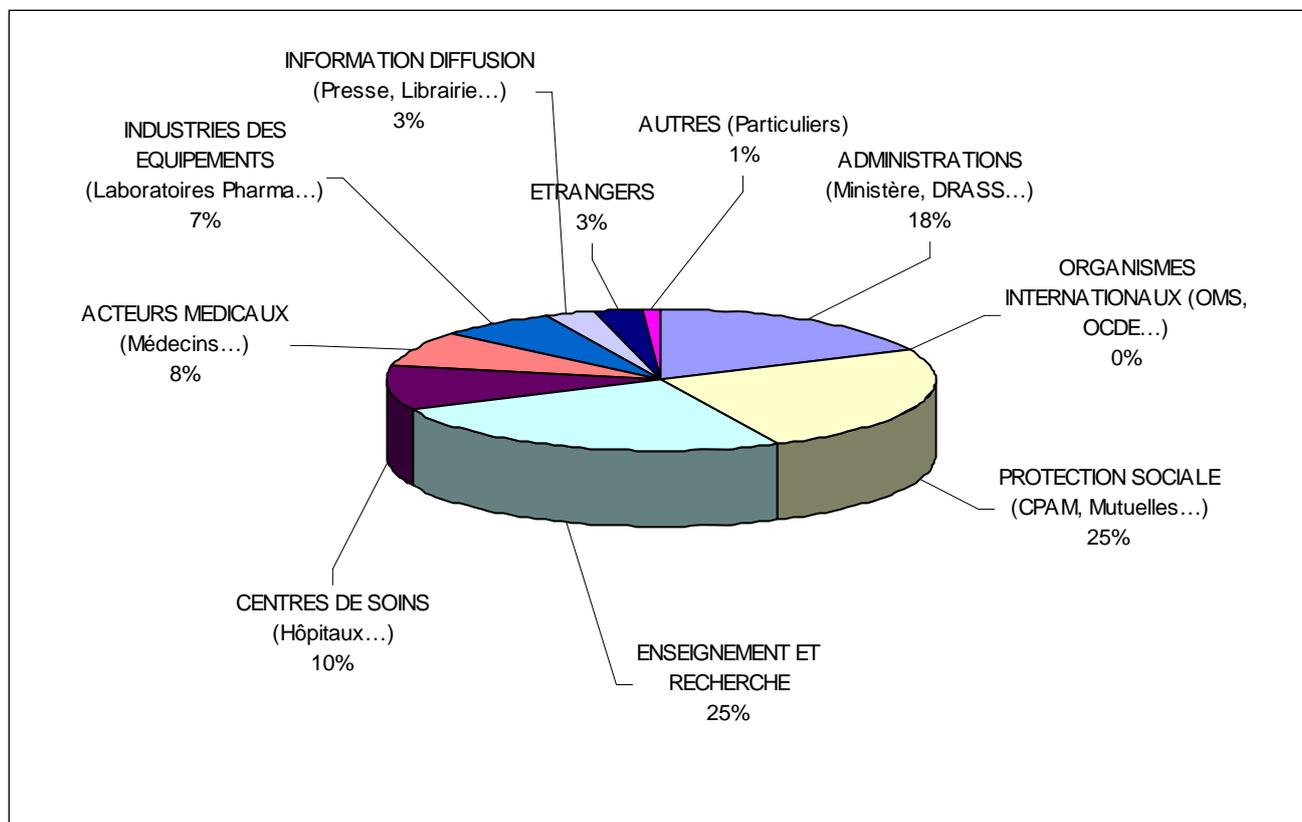
Formule abonnement	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	P	Z	Total
<b>2006 Total</b>	<b>553</b>	<b>11</b>	<b>55</b>	<b>37</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>49</b>	<b>706</b>
Payant	113	7	29	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38	215
Gratuit	397	1	7	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	413
Echange	43	3	19	5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7	78
<b>2005 Total</b>	<b>752</b>	<b>9</b>	<b>60</b>	<b>29</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>59</b>	<b>941</b>
Payant	130	6	36	21	1	2	6	1	0	2	10	3	3	0	1	49	271
Gratuit	583	1	5	2	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	595
Echange	39	2	19	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	75
<b>2004 Total</b>	<b>786</b>	<b>16</b>	<b>67</b>	<b>37</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>58</b>	<b>1014</b>
Payant	151	11	41	24	0	4	14	1	0	3	21	1	1	0	2	49	323
Gratuit	568	1	5	3	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	9	579
Echange	67	4	21	10	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	112
<b>2003 Total</b>	<b>677</b>	<b>16</b>	<b>67</b>	<b>46</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>24</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>48</b>	<b>914</b>
Payant	172	11	42	36	1	4	19	1	0	5	22	2	0	0	2	40	357
Gratuit	439	1	3	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	446
Echange	66	4	22	10	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	111
<b>2002 Total</b>	<b>783</b>	<b>19</b>	<b>83</b>	<b>56</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>26</b>		<b>1</b>	<b>0</b>		<b>31</b>	<b>1030</b>
Payant	176	13	52	40	5	2	19	1	0	2	25		1	0		23	359
Gratuit	536	1	8	5	1	1	0	0	0	0	1		0	0		0	552
Echange	71	5	23	11	0	0	1	0	0	0	0		0	0		8	119
<b>2001 Total</b>	<b>720</b>	<b>20</b>	<b>87</b>	<b>65</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>31</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>14</b>						<b>948</b>
Payant	205	15	50	49	8	0	30	0	0	2	13						372
Gratuit	439	0	15	5	1	0	0	0	0	0	1						461
Echange	76	5	22	11	0	0	1	0	0	0	0						115

#### Présentation des diverses formules d'abonnement :

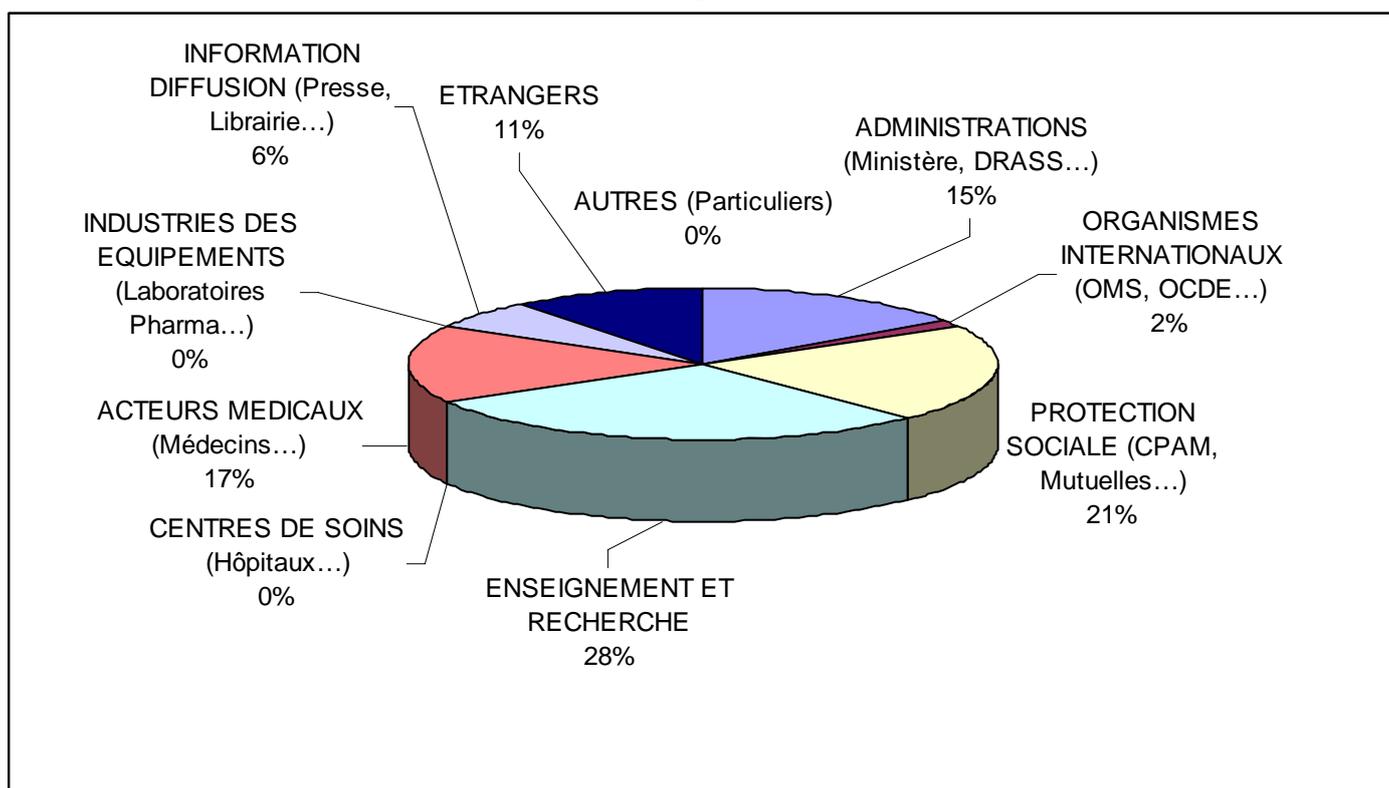
- A : Questions d'économie de la santé seulement (60 €)  
 B : Questions d'économie de la santé + Quoi de neuf, Doc (200 €)  
 C : Questions d'économie de la santé + Collection des rapports (280 €)  
 D : Questions d'économie de la santé + Quoi de neuf, Doc + Collection des rapports (420 €)  
 E : Formule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

Abonnements à Questions d'économie de la santé :

**Répartition du nombre d'abonnements payants par type de correspondant**  
**Nombre d'abonnés payants en 2006 : 113**



**Répartition du nombre d'abonnements gratuits par type de correspondant**  
**Nombre d'abonnés gratuits en 2006 : 397**



### Evolution des recettes des abonnements entre 2000 et 2006

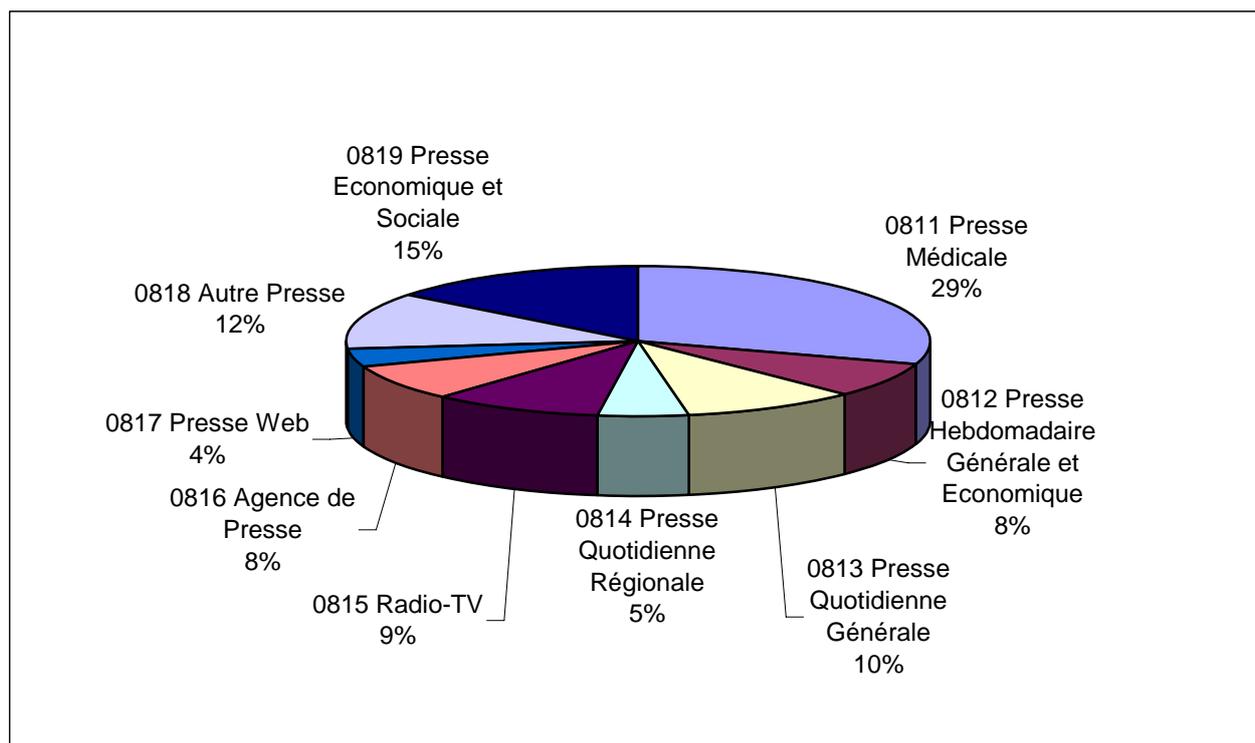
Année	A	B	C	D	E	F	G	H	J	K	L	M	N	P	Z	Total
2006 Total	6 768	700	7560	11760	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	776	27 564
2005 Total	7 800	1 200	10 080	8 750	530	1 060	3 720	620	1 060	6 900	2 400	3 300	0	930	980	49 330
2004 Total	9 132	2 200	11 480	10 080	0	2 120	8 680	620	1 590	14 490	800	1 100	0	1 860	1 040	65 192
2003 Total	10 382	2 200	11 760	15 120	530	2 120	11 780	620	2 650	15 318	1 600			1 860	860	76 800
2002 Total	8 860	2 340	12 010	15 280	2 530	920	9 785	515	920	13 750		1 020			460	68 390
2001 Total	9 516	2 741	11 436	18 667	3 887	0	14 797	0	920	6 970						68 930
2000 Total	9 329	3 256	11 845	21 724	1 601	457	16 556	0	0	0						64 768

- Suivi des relations avec la presse

L'IRDES gère un fichier de 391 journalistes environ :

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

### Répartition des journalistes par catégorie en 2006



Un communiqué de presse est envoyé systématiquement par e-mail à tous.

L'ensemble des coupures de presse est rassemblé dans un document diffusé en interne intitulé « l'IRDES sous toutes les presses ». En 2006, 234 coupures de presse citant l'IRDES ont été répertoriées (Presse générale quotidienne, hebdomadaire et régionale, presse médicale et presse spécialisée).

- Eco-Santé

Comme annoncé en 2005, en 2006, une version en ligne d'Eco-Santé France et Régions&Départements a été proposée par abonnement. Cette même version doit être proposée gratuitement début 2007 grâce au concours de plusieurs partenaires (Drees, Cnamts, MSA, RSI, Mutualité française).

	Evolution du nombre de versions vendues des logiciels Eco-Santé														
	Eco-Santé France					Eco-Santé Régions&Départements					Eco-Santé OCDE				
	2002	2003	2004	2005	2006	2002	2003	2004	2005	2006	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Monoposte</b>	154	152	121	104	89	158	145	127	112	80	104	128	105	84	73
<i>dont vendu seul</i>	97	103	79	80	85	104	97	81	87	76	70	96	77	68	73
<i>dont abonnement</i>	57	49	42	24	4	54	48	46	25	4	34	32	28	16	0
<b>Licence sur site</b>	20	48	10	8	0	5	12	5	3	0	5	18	6	3	0
<b>Réseau</b>	19	34	26	26	24	11	9	11	12	9	11	11	12	10	9
<i>dont abonnement</i>	1	4	3	8	0	1	2	2	5	0			1	3	0
<i>En ligne</i>					9					6					12
<b>TOTAL</b>	193	234	157	138	122	174	166	143	127	95	120	147	123	97	94



## 6. AUTRES ACTIVITES

### 6.1 Activités d'expertise et participation à des instances, enseignement

#### 6.1.1 Conseils d'administration

Membre du Conseil d'administration de l'ICIRS Prévoyance (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du Conseil d'administration de l'IRDES (*Laure Com-Ruelle, Julien Mousquès*)

#### 6.1.2 Conseils et comités scientifiques

Membre du Comité scientifique de l'Institut de recherche sur les boissons (IREB) (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du Comité scientifique Diabète (INVS) (*Catherine Sermet*)

Membre du Comité scientifique Coûts du Cancer (INCA) (*Catherine Sermet*)

Membre du conseil scientifique de la cohorte ELFE (*Chantal Cases*)

Membre du comité scientifique « Santé et itinéraires professionnels » (CEE-CREAPT) (*Chantal Cases*)

Membre du groupe d'étude ALD Cancer (DREES) (*Chantal Cases*)

Referee pour l'expertise de projets de recherche ou d'articles scientifiques :

- soumissions à l'appel d'offre annuel d'IREB (60 dossiers), prix de thèse et bourses de congrès (*Laure Com-Ruelle*)
- membre du Comité de Pilotage de l'Appel à Projets de Recherche (CP-APR) de la HAS (*Catherine Sermet*)
- pour le programme Santé-environnement et santé-travail de l'ANR (*Chantal Cases*)
- pour l'appel à projet de Recherche (CP-APR) de la HAS (*Chantal Cases*)
- pour la relecture d'articles dans la revue Santé publique (*Laure Com-Ruelle*)
- pour la relecture d'articles dans Sciences Sociales et Santé, La RESP<sup>40</sup>, les Cahiers d'économie et sociologie rurales (*Florence Jusot*)
- pour la relecture d'articles dans Social Science and Medicine (volet géographie) (*Véronique Lucas-Gabrielli*)
- pour la relecture d'article dans Social Science and Medicine (*Catherine Sermet*)

#### 6.1.3 Comités et groupes d'expertise permanents

Membre de la Commission d'évaluation des stratégies de santé (HAS) (*Yann Bourgueil*)

Membre de la Commission « Périmètre des biens et services remboursables, ALD » (HAS) (*Catherine Sermet*)

Membre du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) (*Chantal Cases*)

Membres du Haut conseil de la santé publique (*Chantal Cases, Laure Com-Ruelle*)

Membre du Comité national de gestion du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) (*Chantal Cases*)

Membre du Haut conseil de santé publique de l'Union française pour la santé bucco-dentaire (*Philippe Le Fur, représenté par Thierry Rochereau*)

Membre du comité directeur du Groupe d'intérêt scientifique en Psychiatrie (*Julien Mousquès*)

#### 6.1.4 Comités et groupes d'expertise ponctuels

Membre du groupe d'étude « Impact du vieillissement de la population française sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030 » (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du jury pour l'appel à projet PICRI (Partenariats Institutions – Citoyens pour la Recherche et l'Innovation) organisé par la région Ile-de-France (*Yann Bourgueil*)

---

<sup>40</sup> Revue d'épidémiologie et de santé publique

Membre du Conseil scientifique du colloque thématique de l'Association des épidémiologistes de langue française (ADELF) : Epidémiologie Sociale et Inégalités de Santé (18-19 mai 2006) (*Florence Jusot*)

Membre du Comité scientifique XXVIIIèmes Journées des Économistes de la Santé Français (23-24 novembre 2006). (*Florence Jusot*)

Membres du conseil scientifique des 5èmes Journées de santé publique dentaire (*Thierry Rochereau, Yann Bourgueil*)

Experts pour la Direction de la Concurrence et de la Répression des Fraudes (DGCRF) (*Nathalie Grandfils, Valérie Paris*).

Membre de deux projets financés par la Commission européenne :

- Coordinated Action PRESOM: Privatisation and the European social Model
- Specific Targeted Research project INEQ: Inequality: mechanisms, effects, policies

(*Georges Menahem*)

### **6.1.5 Activités de recherche dans d'autres centres**

Chercheurs associés à l'INED (*Catherine Sermet, Florence Jusot*)

Chargé de mission à la DREES auprès de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) (*Yann Bourgueil*)

Chercheur associé à la direction des recherches sur le vieillissement de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) (*Thomas Barnay*)

Chargée de recherche INSERM (CERMES) (*Carine Franc*)

Chercheur associé du CIRES (*Karine Chevreur*)

Directeur de recherche au CNRS-CEPN - Centre économique Paris Nord (*Georges Menahem*)

### **6.1.6 Comités de rédaction de revues**

Directrice de publication et membre du conseil scientifique de la revue semestrielle de l'Observatoire franco-québécois de la Santé et de la Solidarité (OFQSS) « Santé, Société et Solidarité » (*Chantal Cases*)

### **6.1.7 Comités de pilotage et groupes de travail**

Membre du comité de pilotage de suivi des expérimentations de coopération des professions de santé et d'élaboration d'une recommandation sur la coopération des professions de santé (HAS/ONDPS) (*Yann Bourgueil*)

Membre du comité de pilotage SPES du CETAF, "Ciblage des populations en situation de précarité" (*Florence Jusot*)

Membres du comité de pilotage de l'enquête sur « l'activité des spécialistes » de la DREES (*Paul Dourgnon, Philippe Le Fur*)

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 IDA (Indicateurs d'Alcoolisation) (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du groupe IDT (Indicateurs de Tabacologie) (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du groupe de suivi de la résistance aux antibiotiques (Ministère de la santé) (*Catherine Sermet*)

Membre du Comité de Pilotage de l'Enquête Santé 2002 (*Catherine Sermet*)

Membre du comité de conception de l'enquête HID 2008 (INSEE) (*Catherine Sermet*)

Membres du groupe de projet Poles (politiques de l'organisation locale en santé) du Commissariat au plan (*Karine Chevreur*)

Membre du groupe de projet de l'Enquête Handicap Incapacité Dépendance 2008 (*Caroline Allonier, Catherine Sermet*)

Membre du groupe de travail sur la *Surveillance de la prévalence de l'asthme dans le cadre du plan gouvernemental*, managé par l'InVS (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du Comité de pilotage de la mise en œuvre de la T2A en HAD (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du groupe de travail ministériel sur la prochaine enquête nationale de coût en HAD (*Laure Com-Ruelle*)

Membres du Groupe projet sur les indicateurs de suivi des objectifs de la Loi de programmation quinquennale en santé publique dirigé par la DGS-DREES (*Caroline Allonier, Laure Com-Ruelle, Catherine Sermet*)

Membre du groupe de travail sur la place, rôle et périmètre d'action des institutions sanitaires et sociales dans la prévention, l'éducation, la promotion de la santé, Fédération hospitalière de France (*Karine Chevreul*)

Membre de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la Sécurité sociale « Coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents de travail et des maladies professionnelles » (*Karine Chevreul*)

Membre du groupe de travail du CNIS "Niveaux de vie et inégalité" et participation à la rédaction du rapport final (*Georges Menahem*)

Membre du groupe de travail « Indicateurs de pauvreté et d'inégalité » de la MIPES (Mission d'Information sur la précarité exclusion sociale) (*Georges Menahem*)

### **6.1.8 Enseignement**

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'initiation aux concepts économiques, Licence LEA, Université Paris IV (*Florence Jusot*)

Chargé de cours d'introduction à l'économie de la santé et à l'analyse des systèmes de santé en 2ème année de l'Ecole Nationale de la Statistiques et d'Analyse de l'Information (ENSAI) (*Julien Mousquès*).

Responsable d'enseignements « Santé publique et assurance maladie », DESS Cadres des organismes du secteur social - Université Paris I, la Sorbonne, responsable de mémoire, évaluation des mémoires (*Karine Chevreul*)

Responsable d'UE Master « Méthode en Santé publique et communautaire » - Université Rennes1 (*Karine Chevreul*)

Responsable du séminaire de recherche sur les inégalités de santé, Master recherche 4107, « Santé et protection Sociale », Université Paris-Dauphine. (*Florence Jusot*)

Chargée d'un séminaire de recherche sur les inégalités de santé à l'université Paris-Dauphine (Master 2) (*Florence Jusot, en collaboration avec Jérôme Wittner*)

Responsable d'enseignements « Santé publique et assurance maladie », DESS Cadres des organismes du secteur social - Université Paris I, la Sorbonne, responsable de mémoire, évaluation des mémoires (*Karine Chevreul*)

Responsable d'UE Master « Méthode en Santé publique et communautaire ». Université Rennes 1 (*Karine Chevreul*)

Chargé de cours dans le Master 2 en économie internationale et sécurité. Université Paris XIII. (*Georges Menahem*).

Direction d'un mémoire de Master DEA à l'Université Paris XIII, Mokhtar Abidi (*Georges Menahem*)

Direction d'une thèse dans l'école doctorale Etude comparatives de l'EHESS, Jean Marie Guevel (*Georges Menahem*)

Direction de quatre thèses en sciences économiques dans l'école doctorale de l'Université Paris XIII (Mokhtar Abidi, Emilie Gazeux, Ramzi Hadji, Arzina Varoucha) (*Georges Menahem*)

Master 2 de Protection sociale complémentaire. Université Paris I. Chargés d'enseignement « Informatique et statistiques » (*Anne Aligon, Martine Broïdo, Thierry Rochereau*)

## **6.2 Colloques, congrès, séminaires, enseignements ponctuels**

### **6.2.1 Colloques, congrès, séminaires**

SNITEM. Première journée hospitalisation à Domicile. *Viellissement et dépenses de santé*. Maison de la mécanique. Courbevoie. 7 décembre 2006 (C. Sermet)

IREB. XVIIIe Colloque scientifique de l'IREB. *Etude de cohortes*. Fécamp. 6-7 décembre 2006 (L. Com-Ruelle)

Université Paris Dauphine. Séminaire Eurisco-Legos. *Origine sociale et état de santé des parents : Quelle influence sur l'état de santé à l'âge adulte ?* Paris. 6 décembre 2006 (M. Devaux., F. Jusot, A. Trannoy, S. Tubeuf)

CALASS 2006 (XVII CALASS). *Programmazione sanitaria et integrazione organizzativa nelle cure primarie. il sistema di cure primarie in francia: tra cambiamento e resistenza*. Università Commerciale Luigi Bocconi. Milan. Italie. 6 octobre 2006 (Y. Bourgueil, J. Mousquès)

Chaire Quetelet. "Chaire Quetelet 2006 : Les systèmes d'information en démographie et en sciences sociales Nouvelles questions. Nouveaux outils ?". *Vulnérabilité sociale et santé : premiers résultats issus d'une enquête en population générale*. Louvain-la-Neuve. Belgique. 29 novembre-1er décembre 2006 (E. Cambois, F. Jusot)

InVS. Journées de veille sanitaire. *Modérateur de la session parallèle libre du 30 novembre*. Cité des sciences et de l'industrie. Paris. 29-30 novembre 2006 (C. Cases)

CES. XXVIIIèmes Journées des Economistes Français de la Santé. *Origine sociale et état de santé des parents : Quelle influence sur l'état de santé à l'âge adulte ?* Dijon. 23-24 novembre 2006 (M. Devaux, F. Jusot, A. Trannoy, S. Tubeuf)

CES. XXVIIIèmes Journées des Economistes Français de la Santé. *Discussion : Social Norms. Ideal Body Weight and Food (Fabrice Etilé)*. Dijon. 23-24 novembre 2006 (F. Jusot)

Neurologies (La revue). 8èmes rencontres de Neurologies. *Les génériques font-ils économiser. gagner ou dépenser de l'argent ? Le point de vue des économistes de la santé*. Palais des congrès. Paris. 15-17 novembre 2006 (L. Com-Ruelle. C. Sermet)

Syndicat Convergence Infirmières. 3ème congrès de Convergence infirmières. *Quelles perspectives pour l'exercice infirmier libéral à la lumière d'une étude sur la coopération médecin-infirmière en soins primaires en Europe et au Canada ?* Paris. 15 novembre 2006 (Y. Bourgueil)

IPCEM. 15ème journée de l'IPCEM : l'éducation thérapeutique en exercice libéral. *Quoi, pourquoi, comment et qui rémunérer pour une action d'éducation thérapeutique en activité libérale? Exemples étrangers et éléments de réflexions dans le contexte français*. Palais du Luxembourg. Paris. 10 novembre 2006 (Y. Bourgueil)

CISS. Collectif Interassociatif sur la Santé. 1ères rencontres internationales. Table ronde : promouvoir l'accès aux soins pour réduire les inégalités de santé (expert). Novotel. Paris. 9-10 novembre 2006 (C. Cases)

Conseil général du Val-de-Marne, en partenariat avec la Société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire (ASPBD). 6ème Journée Internationale de Santé Publique Dentaire. *Résultats de l'évaluation sociale du bilan bucco-dentaire réalisée par l'IRDES*, Créteil, 9 novembre 2006 (Thierry Rochereau, Sylvie Azogui-Lévy)

L'Argus de l'Assurance. Assurance Santé. *Comment se différencier sur un marché concurrentiel ? La frontière entre régime obligatoire et régime complémentaire va-t-elle encore évoluer ?* Le Pré Catalan. Paris. 7 novembre 2006 (C. Cases)

INED. Séminaire MSE. *Espérances de vie en emploi et en santé en Europe*. Paris. 2 novembre 2006 (T. Barnay. A. Lièvre. F. Jusot. C. Sermet)

Petris center (Berkeley University). Social Capital Global Network Meeting. *Psychosocial Resources and Health Inequalities in France*. Berkeley. USA. 26-28 octobre 2006 (F. Jusot, M. Grignon, P. Dourgnon)

Salon infirmier. *Les expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé*. Paris. 25 octobre 2006 (Y. Bourgueil)

Séminaire EPISOC. *Origine sociale et état de santé des parents : Quelle influence sur l'état de santé à l'âge adulte ?*. Paris. 17 octobre 2006 (M. Devaux, F. Jusot, A. Trannoy, S. Tubeuf)

Colloque UNSA sur l'avenir de l'assurance maladie. *Le rôle du système de santé dans les inégalités sociales de santé : un éclairage européen*. Paris. 12 octobre 2006 (F. Jusot)

Colloque UNSA sur l'avenir de l'assurance maladie. *Peut-on organiser un système de soins de qualité dans un contexte de raréfaction des médecins ?* Paris. 12 octobre 2006 (C. Cases)

Colloque UNSA sur l'avenir de l'assurance maladie. *Les évolutions prévisibles de la demande de soins entraîneront-elles une croissance des dépenses soutenable économiquement ?* Paris. 12 octobre 2006 (T. Debrand)

European Forum on Primary Care. *The future of Primary Care in Europe. Table ronde*. Utrecht. Hollande. 11 octobre 2006 (Y. Bourgueil)

CALASS 2006 (XVII CALASS). I Sistemi sanitari tra dinamiche globali e riposte locali - Tema: L'assistenza territoriale. *Lo sviluppo dei servizi di assistenza ospedaliera a domicilio: Francia. Canada. Australia. Gran Bretagna.* Università Commerciale Luigi Bocconi. Milan. Italie. 5-7 octobre 2006 (L. Com-Ruelle, K. Chevreul, F. Midy, V. Paris)

12th Workshop on Alternative Economic Policy In Europe. *An assessment of the impact of poverty on economic security in 20 EU countries.* Bruxelles. Belgique. 30 septembre 2006 (G. Menahem)

GIS PSY. Séminaire du GIS PSY : Les interviews standardisées pour les études de prévalence en psychiatrie et Questions méthodologiques en épidémiologie des addictions. *Les bons indicateurs en alcoologie.* Hôpital Sainte-Anne. Paris. 29 septembre 2006 (L. Com-Ruelle)

EHPG. The European Health Policy Group Thirteenth Meeting. *Building a Survey on Patient-Doctor interaction and how it may generate inequalities of treatment: the case of overweight and obesity. A pilot interdisciplinary approach.* Londres. Royaume-Uni. 21-22 septembre 2006 (A. Afrite, C. Cases, P. Dourgnon)

AIDELF. Colloque Population et travail. *Une mauvaise santé augmente fortement les risques de perte d'emploi.* Aveiro. Portugal. 18-22 septembre 2006 (F. Jusot, M. Kilhat, T. Rochereau, C. Sermet)

Association Nationale des Gastro-Entérologues Hospitaliers. 14ème congrès. *La coopération entre professionnels de santé : enseignements de l'étranger et perspectives de développement en France dans le cadre des expérimentations de délégation de tâches.* Bruges. Belgique. 15 septembre 2006 (Y. Bourgueil)

MATISSE. État social et régulation. *Un outil d'analyse du rôle de l'État social en matière de sécurité économique.* Paris. 12 septembre 2006 (G. Menahem)

Association d'Economie sociale. XXVIèmes Journées de l'Association d'Economie Sociale. *Deux indicateurs du développement des droits sociaux : indicateur de démarchandisation versus taux de sécurité économique.* Nancy. 8 septembre 2006 (G. Menahem)

Association d'Economie sociale. XXVIèmes Journées de l'Association d'Economie Sociale. *Inégalités de santé et effet de sélection à l'emploi : quelques résultats empiriques.* Nancy. 7-8 septembre (P. Abecassis, P. Batifoulier, I. Bilon-Hoefkens, F. Jusot)

ECHE. 6th European Conference on Health Economics. *The impact of social determinants of health on health inequalities in France.* Budapest. Hongrie. 6-9 juillet 2006 (P. Dourgnon, M. Grignon, F. Jusot)

ECHE. 6th European Conference on Health Economics. *Macroeconomic conditions, mortality and health.* Budapest. Hongrie. 6-9 juillet 2006 (T. Buchmueller, M. Grignon, F. Jusot, M. Perronnin)

ECHE. 6th European Conference on Health Economics. *Health status in adulthood according to family and social background : intergenerational transmission of income-related health inequalities.* Budapest. Hongrie. 6-9 juillet 2006 (M. Devaux, F. Jusot, A. Trannoy, S. Tubeuf)

ECHE. 6th European Conference on Health Economics. *How good is the quality of care in France ?* Budapest. Hongrie. 6-9 juillet 2006 (Z. Or)

EAEPE Symposium. *Work statuses and economic security - Assessment of relationships in eleven EU countries.* St Petersburg. Russie. 1 juillet 2006 (G. Menahem)

EUROCANCER 2006 : ESSEC Healthcare Business Club. How To Develop Home Care? The Europe of Home Care Players. Skates, Challenges, Strategy & Opportunities. *Development of hospital care at home: British, Canadian, Australian and French experiences.* Palais des Congrès. Paris. 27 juin 2006 (L. Com-Ruelle, K. Chevreul, F. Midy, V. Paris)

IREB. Observatoire Alcool IREB 2006. *L'opinion des français sur l'alcool : Perceptions et réalités....* Paris. 22 juin 2006 (M. Choquet, L. Com-Ruelle, J. Weill)

Stratélys. Santé et Maintien à Domicile : retour d'expériences étrangères. *Développement des services de soins hospitaliers à domicile : éclairage des expériences australienne, britannique et canadienne.* Loos - Parc Eurasanté. Lille. 13 juin 2006 (L. Com-Ruelle)

European PRESOM Project. *Inequalities in economic security and inequalities in institutional development in the EU countries.* Vienne. Autriche. 9 juin 2006 (G. Menahem)

Assemblée Nationale. Quel avenir pour les soins de santé à domicile ? *L'HAD : une alternative de choix en termes de coût et de qualité ?* Paris. 6 juin 2006 (L. Com-Ruelle)

GSK. 7ème journée d'économie de la santé. *La prévention en France, cadre, acteurs et financements.* Neuilly sur seine. 31 mai 2006 (C. Sermet)

REVES. 18th REVES Conference. *Assessing an indicator of healthy working life expectancy for France using a longitudinal survey.* Amsterdam. Pays-Bas. 29-31 mai 2006 (T. Barnay, F. Jusot, A. Lièvre, C. Sermet)

Conférence les Echos. Industrie pharmaceutique : Politiques du médicament et de l'innovation. *Les politiques du médicament en France, quel impact*. Hôtel Lutetia. Paris. 23 mai 2006 (C. Sermet)

INSERM : Séminaire de l'IFR 69 : Epidémiologie – Sciences sociales – Santé publique Paris Sud. L'enquête Décennale Santé 2003, présentation et aspects méthodologique. *Les problèmes d'alcool en population générale : identification, prévalence et déterminants socio-économiques. Exploitation des enquêtes EDS-2002-2003 et ESPS-2002*. Hôpital P. Brousse. Villejuif. 22 mai 2006 (L. Com-Ruelle, P. Dourgnon, F. Jusot, E. Latil, P. Lengagne)

INSERM IFR 69. Séminaire de l'IFR INSERM 69. *Les problèmes d'alcool en population générale : identification, prévalence et déterminants socio-économiques. Exploitation des enquêtes EDS-2002-2003 et ESPS-2002*. Saint-Maurice. 22 mai 2006 (L. Com-Ruelle, P. Dourgnon, F. Jusot, E. Latil, P. Lengagne)

Colloque thématique de l'ADELFF : Epidémiologie Sociale et Inégalités de Santé. *Les déterminants socio-économiques des problèmes d'alcool en France : résultats d'une enquête en population générale*. Toulouse. 18-19 mai 2006 (L. Com-Ruelle, P. Dourgnon, F. Jusot, P. Lengagne). Poster.

Colloque thématique de l'ADELFF : Epidémiologie Sociale et Inégalités de Santé. *L'état de santé des parisiens âgés*. Toulouse. 18-19 mai 2006 (V. Lucas-Gabrielli). Poster.

Colloque thématique de l'ADELFF : Epidémiologie Sociale et Inégalités de Santé. *Vulnérabilité sociale et santé : premiers résultats issus d'une enquête en population générale*. Toulouse. 18-19 mai 2006 (E. Cambois, F. Jusot). Poster.

Colloque thématique de l'ADELFF : Epidémiologie Sociale et Inégalités de Santé. *Événements pathogènes de l'enfance, caractère protecteur du deuil et santé*. Toulouse. 18-19 mai 2006 (G. Menahem)

Colloque thématique de l'ADELFF : Epidémiologie Sociale et Inégalités de Santé. *Résultats de l'évaluation sociale du bilan bucco-dentaire réalisée par l'IRDES*. Toulouse. 18-19 mai 2006 (Thierry Rochereau, Sylvie Azogui-Lévy). Poster.

FHF. Hôpital Expo - Intermedica 2006 : Santé publique et addictions : comment s'organiser ? Pôles hospitaliers et structures médico-sociales. *Table ronde : Quelle articulation entre offre de soins, prévention et addictions ?* Paris. 16-19 mai 2006 (L. Com-Ruelle)

FHF. Hôpital Expo - Intermedica 2006 : Médecin de ville et hôpital : des hôpitaux locaux aux maisons médicales et aux partenariats public/privé libéral. *Trajectoires de soins : définitions, intérêts et limites*. Paris. 16-19 mai 2006 (Y. Bourgueil)

DREES. Séminaire E3S. *Les dépenses de prévention en France pour l'année 2002, une estimation à partir des comptes de la santé*. Paris. 16 mai 2006 (Y. Geffroy, C. Minc, T. Renaud, E. le Sarlon, C. Sermet)

Séminaire doctoral d'économie de la Santé LEGOS et CERMES. *Le rôle du système de santé dans les inégalités sociales de santé : un éclairage européen*. Paris. 12 mai 2006 (F. Jusot)

CNIS. Réunion de la formation santé. *Faisabilité d'un système d'information public sur la médecine de ville*. Ministère des Finances. Paris. 26 avril 2006 (K. Chevreul, P. Le Fur, C. Sermet)

Humavie (Union de Groupe Mutualiste des services publics de l'Etat et des Territoires) Les rencontres mutualistes « Mutualité et Assurance santé ». *Impact des complémentaires santé dans l'économie de la santé*. Palais du Pharo. Marseille. 29 mars 2006 (C. Cases)

Humavie (Union de Groupe Mutualiste des services publics de l'Etat et des Territoires) Les rencontres mutualistes « Mutualité et Assurance santé ». *Santé et Travail : Un état des lieux des recherches*. Palais du Pharo. Marseille. 29 mars 2006 (T. Barnay)

Humavie (Union de Groupe Mutualiste des services publics de l'Etat et des Territoires) Les rencontres mutualistes « Mutualité et Assurance santé ». *Quelles perspectives pour l'Assurance maladie complémentaire ?* Palais du Pharo. Marseille. 29 mars 2006 (C. Franc)

Association française du personnel paramédical d'électroradiologie. 47èmes Journées scientifiques des manipulateurs. *Transfert de compétences en radiothérapie : le manipulateur-dosimétriste : mythes ou réalités*. Palais des Congrès. Toulouse. 24 mars 2006 (Y. Bourgueil)

Ministère de la Santé. Séminaire 3 S. *Discussion : Les urgences en ville*. DREES. Paris. 23 mars 2006 (P. Le Fur)

CHU Nantes. Colloque national infirmier. *Disparités géographiques de l'état de santé et de l'accès aux soins*. Nantes. 22-24 mars (V. Lucas-Gabrielli)

CHU Nantes. Colloque national infirmier. *Pratiques, rôles et place des infirmières en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec*. Nantes. 22-24 mars (Y. Bourgueil)

Société Nationale Française de Gastro-Entérologie. Journées francophones de pathologie digestive. *Le cancer du côlon en Ile-de-France*. Palais des Congrès. Paris. 18-22 mars (L. Com-Ruelle, V. Lucas-Gabrielli, T. Renaud, L. Silvéra) *Poster*

Les journées CIP. Paris. 9 mars 2006 (N. Grandfils)

Université de la Méditerranée Aix-Marseille II - APHM. La santé. Quelles formations pour quels métiers ? *Rôle des infirmières et coopération avec les médecins dans les soins primaires : les exemples de l'étranger*. Jardins du Pharo. Marseille. 20 février 2006 (Y. Bourgueil)

Fondazione Farmafactoring. Le sfide nei rapporti tra i diversi livelli di governo nell'ambito della sanità : analisi comparata. *L'esperienza della Francia : dal centralismo alla ricerca della flessibilità*. Palazzo Altieri. Rome. Italie. 27 janvier 2006 (J. Mousquès)

Ministère de la Santé. séminaire 3 S. *Les modalités d'accès à la retraite pour raison de santé*. DREES. Paris. 24 janvier 2006 (T. Barnay)

ISNAR. VIIème congrès national de la médecine générale du XXIème siècle. *Table ronde : les nouveaux modes d'exercice en médecine générale*. Palais des Congrès. Tours. 13 janvier 2006 (Y. Bourgueil)

CES-HESG. 2<sup>èmes</sup> Rencontres franco-britanniques en économie de la santé. *Disability and labour force participation of older men in Europe: The importance of health*. Londres. Royaume-Uni. 4-6 janvier 2006 (T. Barnay, T. Debrand)

CES-HESG. 2<sup>èmes</sup> Rencontres franco-britanniques en économie de la santé. *Discussion: Developing an index of capability for health and social policy evaluation for older people: theoretical and methodological challenges*. Londres. Royaume -Uni. 4-6 janvier 2006 (T. Barnay)

CES-HESG. 2<sup>èmes</sup> Rencontres franco-britanniques en économie de la santé. *Discussion : In Sickness and in Health? Dynamics of Health and Cohabitation in the United Kingdom (Martin Karlsson)*. Londres. Royaume -Uni. 4-6 janvier 2006 (F. Jusot)

CES-HESG. 2<sup>èmes</sup> Rencontres franco-britanniques en économie de la santé. *The role of ill-health as a precursor of unemployment in France*. Londres. Royaume -Uni. 4-6 janvier 2006 (F. Jusot, M. Klhat, T. Rochereau, C. Sermet)

## 6.2.2 Enseignements ponctuels

3ème année. Mines de PARIS. *Le secteur du médicament : aspects économiques et réglementaires*. Paris. Novembre 2006 (Nathalie Grandfils)

3ème année ENSAI (option économie de la santé). ENSAI. *Inégalités sociales de santé*. Rennes. 27 novembre 2006 (Florence Jusot)

MASTER Santé Publique. Université Paris VII et Versailles St Quentin. *Théorie des organisations et conduite de projet en santé*. Paris. 20 novembre 2006 (Yann Bourgueil)

Master 210 - Economie et Gestion des services de santé. Université Paris-Dauphine. *Les Comptes nationaux de la santé - Présentation et utilisations*. Paris. 17 octobre 2006 (Thomas Renaud)

Formation Stratégie et Gestion pour administrateurs mutualistes (Université Paris 1). *La complémentaire santé et son environnement*. Paris. 18 et 26 septembre 2006 (Florence Jusot)

Séminaire méthodologie d'enquêtes. ENSAI. *Les enquêtes sur les usagers du système de soins : le cas des urgences hospitalières*. Rennes. 20 juin 2006 (Chantal Cases)

Master professionnel Domaine sciences, technologie, santé Mention biologie santé. Ecole Supérieure Monsouris. *Nouvelles formes de coopération des professions de santé*. Paris. 31 mai 2006 (Yann Bourgueil)

Formation Initiale 44ème promotion. Phase 4 " Politiques publiques de protection sociale ". Les fondements de la politique de régulation médico-économique. ENS3. *La réduction du nombre de médecins en France : état des lieux, perspectives et opportunités ?* St Etienne. 23 mai 2006 (Yann Bourgueil)

Formation Initiale 44ème promotion. Phase 4 " Politiques publiques de protection sociale ". Les fondements de la politique de régulation médico-économique. ENS3. *Les déterminants du système de santé*. St Etienne. 9 mai 2006 (Chantal Cases)

DESC Gériatrie.Interuniversitaire. Consommations médicales du grand âge. Paris, 7 avril 2006 (Catherine Sermet)

DIU coordonnateur EHPAD. Dépenses de santé et maîtrise des dépenses de santé. Paris, 7 avril 2007 (Catherine Sermet)

CEPE Santé. *Le médicament : aspects économiques de la production, de la consommation et de la prescription*. Paris. 3 avril 2006 (Nathalie Grandfils)

Formation DAM (Délégués de l'Assurance Maladie) - groupe 2. CPAM 75. *Introduction aux concepts de l'économie de la santé*. Paris. 2 avril 2006 (Thomas Renaud)

Formation Stratégie et Gestion pour administrateurs mutualistes. Université Paris 1. *La complémentaire santé et son environnement*. Paris. 20 mars 2006 (Florence Jusot)

CEPE SANTE. INSEE. *Les modèles étrangers des systèmes de santé et leur évolution*. Paris. 9 mars 2006 (Yann Bourgueil)

CEPE Santé. INSEE. *Indicateurs de mesure de l'état de santé*. Paris, 8 mars 2006 (Catherine Sermet)

2ème année ENSAI (option économie de la santé). ENSAI. *Système de santé français et comparaisons des systèmes de santé*. Rennes. 8 mars 2006 (Julien Mousquès)

Mastère AGES (Analyse et gestion des établissements de santé). Faculté de Médecine Paris VII - Lariboisière. *Le coût du cancer du côlon en Ile-de-France*. Paris. 24 février 2006 (Thomas Renaud)

Formation sur les bases de données. CNAMTS. *Bases de données en économie de la santé*. Paris. 19 février 2006 (Marie-Odile Safon)

MASTER Protection Sociale Complémentaire. Centre d'Education Permanente de l'Université Paris 1. *Informatique et Statistiques (Eco-Santé)*. Paris. 16 février 2006 (Anne Aligon, Thierry Rochereau)

DESS Cadres des organismes du secteur social. Université Paris I. *Inégalités sociales de santé*. Paris. 16 février 2006 (Florence Jusot)

Formation DAM (Délégués de l'Assurance Maladie). CPAM 75. *Introduction aux concepts de l'économie de la santé*. Paris. 14 février 2006 (Thomas Renaud)

DESS cadres des organismes du secteur social. Université Paris I. *Le système de santé français: Organisation et Planification*. Paris. 2 février 2006 (Julien Mousquès)

2ème année ENSAI (option économie de la santé). ENSAI. *Système de santé français et comparaisons des systèmes de santé*. Rennes. 1er et 15 février 2006 (Julien Mousquès)

41ème cycle de perfectionnement en sciences hospitalières. UCL Bruxelles. *Le système hospitalier à l'horizon 2015 : La démographie médicale*. Bruxelles. 27 janvier 2006 (Yann Bourgueil)

MASTER Protection Sociale Complémentaire. Centre d'Education Permanente de l'Université Paris 1. *Informatique et Statistiques (Eco-Santé)*. Paris. 19 janvier 2006 (Anne Aligon, Martine Broïdo, Thierry Rochereau)

DIU coordonnateur EHPAD. *Dépenses et maîtrise de santé*. Paris. 14 janvier 2006 (Catherine Sermet)

1° année de DEUG (Langues Etrangères Appliquées). Université Paris 4. *Introduction à l'analyse économique*. Paris. 12 janvier 2006 (Florence Jusot)

Mastère MEOS (Management et évaluation des organisations de santé). UFR Economie et gestion - Université de Bourgogne. *Les comptes de la santé par pathologie*. Dijon. 12 janvier 2006 (Thomas Renaud)

Cours « Économie de la santé : Fondements, Débats et applications ». CNAM. *Comparaisons de systèmes de santé*. Paris. 11 janvier 2006 (Karine Chevreul)

Master Santé et Marketing. Paris 5. *Consommation de soins et de bien médicaux*. Paris. 10 janvier 2005 (Karine Chevreul)

MASTER 2 Management des organisations sociales, ingénierie des politiques sociales locales. Université de Caen. *Santé et territoire*. Caen. 9 janvier 2006 (Thomas Barnay)

Capacité de gérontologie. Interuniversitaire. *Consommations médicales du grand âge*. Paris. 6 janvier 2006 (Catherine Sermet).

MASTER Protection Sociale Complémentaire. Centre d'Education Permanente de l'Université Paris 1. *Informatique et Statistiques (Eco-Santé)*. Paris. 5 janvier 2006 (Martine Broïdo, Anne Aligon)

MASTER Santé Publique. Université Paris VII et Versailles St Quentin. *Théorie des organisations et conduite de projet en santé*. Paris. 5 janvier 2006 (Yann Bourgueil)

Cours « Économie de la santé : Fondements, Débats et applications ». CNAM. *Comparaisons de systèmes de santé*. Paris. 4 janvier 2006 (Karine Chevreul)

### 6.2.3 Interventions médiatiques

Réalisation d'une vidéo de la MSA. 13 décembre 2006. *Maisons de santé rurales* (Chantal Cases)

La Croix, 2 novembre 2006. *L'impact du vieillissement sur les dépenses de santé doit être nuancé* (Catherine Sermet)

L'Argus de l'Assurance, 1er septembre 2006. *7 % des Français n'ont aucune complémentaire santé* (Paul Dourgon)

Le quotidien du médecin. Interview de Jacques Degain. *Le parcours de soins*. 3 juillet 2006 (Philippe Le Fur)

Conférence de presse Alcoorama. Multiples journaux et TV. *L'opinion des Français sur l'alcool*. 22 juin 2006 (Laure Com-Ruelle et Marie Choquet)

France 5. Le Magazine de la santé. *L'hospitalisation à domicile et ses coûts*. 24 avril 2006 (Laure Com-Ruelle)

Le Républicain Lorrain, 30 mars 2006. *Rationalisation et pas rationnement* (Yann Bourgueil).

Le Concours médical. Interview de Martine Lechouarn. *L'HAD : évolution récente des indications et traitements, aspects socio-économiques, comparaison benefice/risque/efficacité de PEC en HAD/hôpital*. 27 mars 2006 (Laure Com-Ruelle)



## 7. GLOSSAIRE

ADELFF : Association des épidémiologistes de langue française  
AIDELF : Association internationale des démographes de langue française  
AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé  
ALD : Affection de longue durée  
AMG : Aide médicale gratuite  
ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé  
ASMR : Amélioration du service médical rendu par la spécialité  
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation  
CANAM : Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes  
CIM10 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes  
CIRUS CIEU : Centre Interdisciplinaire de Recherches Urbaines et Sociologiques.  
CCOMS : Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé  
CEPS : Comité économique des produits de santé  
CERMES : Centre d'études et de recherches médicales et sanitaires  
CES : Collège des économistes de santé  
CETAF : Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé  
CIRUS CIEU : Centre interdisciplinaire de recherches urbaines et sociologiques  
CMU : Couverture maladie universelle  
CMUC : Couverture maladie universelle complémentaire  
CNAF : Caisses nationale d'allocations familiales  
CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés  
CNAVTS : Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés  
CNIS : Conseil national de l'information statistique  
CNRS : Centre national de la recherche scientifique  
CPAM : Caisse primaire d'Assurance maladie  
CREGAS : Centre de recherche en économie et gestion appliquées à la santé  
DADS : Déclaration automatisée des données sociales  
DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques  
DDD : Daily defined dose  
DGS : Direction générale de la Santé  
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins  
DIES : Développement, Innovation, Evaluation, Santé - Groupe d'études et de recherche  
DRDR : Dotation régionale de développement des réseaux  
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
DREES-MiRE : DREES-Mission Recherche  
EHPAD : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
EHPG : European Health Policy Group  
ELP : Estimations localisées de population  
EPAS : Echantillon permanent d'assurés sociaux  
EUROSTAT : Office statistique des communautés européennes  
FAQSV : Fonds d'aide à la qualité des soins de ville  
GFEP : Groupe français d'épidémiologie psychiatrique  
GIS : Groupement d'intérêt scientifique  
GREQAM : Groupe de recherche en économie quantitative d'Aix Marseille  
HAD : Hospitalisation à domicile  
HAS : Haute autorité de santé  
HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie  
HCSP : Haut Comité de Santé publique  
IDEP : Institut d'Economie publique  
IHEA : International Health Economics Association  
IJ : Indemnités journalières

ILC : International Longevity Center  
INCA : Institut national du cancer  
INED : Institut national des études démographiques  
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé  
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques  
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale  
INSPQ : Institut national de santé publique du Québec  
INVS : Institut de veille sanitaire  
IREB : Institut de recherche sur les boissons  
IRES : Institut de recherches économiques et sociales  
ISL : Institut de sondages Lavialle  
ISQ : Institut de la statistique du Québec  
ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine  
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique (soins de courte durée)  
MEA : Centre de Recherche en économie du vieillissement) de l'Université de Mannheim (Allemagne)  
MER : Manipulateur en électroradiologie  
MGET : Mutuelle générale de l'équipement et des territoires  
MSA : Mutualité sociale agricole  
MSSS : Ministère de la Santé et des services sociaux Québec  
NES : Nomenclature économique de synthèse  
OCAM : Organisme de couverture d'Assurance maladie  
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques  
OFQSS : Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité  
OMG : Observatoire de la médecine générale  
OMS : Organisation mondiale de la santé  
ONDPS : Observatoire national de la Démographie des Professions de Santé  
PHRC : Projet hospitalier de recherche clinique national  
PIB : Produit intérieur brut  
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information  
PSE : Paris-Jourdan Sciences Economiques  
RDBM : Revenu disponible brut des ménages  
RAC : Reste à charge  
RESP : Revue d'épidémiologie et de santé publique  
RSI : Régime social des indépendants  
SAE : Statistique annuelle des établissements de santé  
SCS : Systèmes de comptes de la santé  
SESSI : Service d'études des stratégies et des statistiques industrielles  
SFMG : Société française de médecine générale  
SMR : Service médical rendu par la spécialité  
SNNIRAM : Service national d'information inter-régime de l'Assurance maladie  
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile  
SSR : Soins de suite et de réadaptation  
THS : Traitements hormonaux substitutifs  
TM : Ticket modérateur  
TSD : Taux de sécurité démarchandisée  
URCAM : Union régionale des caisses d'Assurance maladie  
URML : Union régionale des médecins libéraux  
ZUS : Zone urbaine sensible

## **Enquêtes**

Enquête COMPAQH : Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière

Enquête ENC-HAD : Enquête nationale des coûts en HAD

Enquête EPPM : Enquête permanente sur la prescription médicale (IMS Health)

Enquête ESPS : Enquête Santé, Soins et Protection sociale (IRDES)

Enquête ESTEV : Enquête Santé, Travail Et Vieillessement

Enquête HID : Enquête Handicaps - Incapacités – Dépendance (INSEE)

Enquête INTERMEDE : Enquête Interaction médecin/patient

Enquête SHARE : Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (MEA et pour la France INSEE/IRDES)