

Rapport d'activité 2007

Mars 2008

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président	François Joliclerc
Trésorier	Jean-Marie Langlois
Membres	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

Président	François Héran
Membres	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.

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Directrice	Chantal Cases
Directrice adjointe	Catherine Sermet
Directeurs de recherche	Yann Bourgueil, Laure Com-Ruelle, Philippe Le Fur
Maîtres de recherche	Thierry Debrand, Paul Dourgnon, Nathalie Grandfils, Véronique Lucas-Gabrielli, Georges Menahem, Julien Mousquès, Zeynep Or, Valérie Paris, Marc Perronnin,
Chargés de recherche	Anissa Afrite, Anne Aligon, Caroline Allonier, Magali Coldefy, Marion Devaux, Bidénam Kambia-Chopin, Pascale Lengagne, Anna Marek, Aurélie Pierre, Thomas Renaud, Thierry Rochereau, Nicolas Sirven, Engin Yilmaz
Attachés de recherche	Claire Barangé, Martine Broïdo, Nicolas Célant, Stéphanie Guillaume, Nelly Le Guen, Catherine Ordonneau, Frédérique Ruchon
Chercheurs associés	Caroline Despres, Michel Grignon, Florence Jusot, Michel Naïditch
Chargé de mission	Pierre Gottely
Responsable de la documentation	Marie-Odile Safon
Documentalistes	Suzanne Chriqui, Véronique Suhard
Responsable des publications	Nathalie Meunier
Informaticiens	Bruno Dervillez, Jacques Harrouin, Christophe Lainé
Secrétaire générale	Dominique Goldfarb
Cadre administratif	Isabelle Henri
Assistante de direction	Catherine Banchereau
Secrétaires-maquettistes	Khadidja Ben Larbi, Franck-Séverin Clérembault, Aude Sirvain
Secrétaire	Sandrine Bequignon
Assistant documentation/diffusion	Damien Le Torrec

Sommaire

1. OUTILS (ENQUÊTES, BASES DE DONNÉES)	1
1.1 Enquêtes	1
A001. Enquête Santé et Protection sociale (ESPS).....	1
A002. Appariement de l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) 2006 avec l'échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS).....	2
A003. Enquête SHARE / Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe 2004.....	3
A003. SHARELIFE	4
A005. Enquête jeunes et alcool en France	5
B004. Enquête européenne sur la consommation d'alcool des adultes jeunes	5
A006. Couverture d'entreprise : mesure des niveaux de garanties	5
A008. Panel de médecins Disease Analyzer d'IMS Health.....	6
A100. Morbidité déclarée dans l'enquête décennale sur la santé 2002-2003.....	6
A133. Participation à l'élaboration du questionnaire pour la cohorte Elfe	6
A144. Colloque international 2008 : apport des enquêtes auprès des ménages à la connaissance de l'état de santé, des consommations de soins et de leurs déterminants.....	7
A151. Codage de l'enquête SIP.....	7
1.2 Eco-Santé	7
1.3 Les bases de données	10
A015. Développement d'outils pour le recueil de données sur le système de santé	10
A111. Constitution d'une base de données sur le médicament à partir des données de Thériaque	10
1.4 Travaux méthodologiques	11
A147. Conférence de consensus sevrage alcoolique	11
2. AXES DE RECHERCHE	13
2.1 Pôle 1. Organisation et financement des soins primaires et pratiques professionnelles	13
2.1.1 Les travaux d'analyse et d'évaluation	13
A042. Polypathologie et polyprescription en médecine générale (enquête SFMG-polychrome)	13
A043. Contexte des séances de médecins et satisfaction des patients.....	13
A046. Prescription des statines : un éclairage pour promouvoir leur bon usage	14
A050. Support technique à l'URCAM Champagne-Ardenne	15
A057. Les mesures et les dispositifs de régulation de la répartition des médecins : état des lieux et évaluation	15
A062. Évaluation du réseau Resicard.....	15
A065. Mise en perspective de l'offre de soins et du recours en psychiatrie.....	15
A066. Délai d'attente pour un rendez-vous de spécialiste selon la densité des praticiens	16
A067. Distances d'accès aux soins	16
A123. Évolution du recours aux visites de généralistes selon les caractéristiques des patients	16
A135. Home care : Mise en place d'un recueil standardisé de données sur les soins délivrés à domicile dans 30 pays européens	16
A149. Asalée - Evaluation de l'impact de la coopération médecin généraliste/infirmière en cabinet de médecine générale dans le cadre de l'expérimentation	17
A156. Soins de santé primaires dans les systèmes modernes de santé	18

2.1.2 Les travaux prospectifs dans le cadre des politiques publiques	19
B017. Temps de travail et activité des médecins généralistes libéraux : quels enseignements pour un renforcement de la coopération avec d'autres professionnels ?.....	19
A058. Recherche sur une méthodologie d'organisation des soins ambulatoires	20
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	21
A060. Comparaisons internationales sur la médecine de groupe et les réseaux	22
A061. Comparaisons internationales sur la substitution/délégation de tâches entre professionnels de santé dans le domaine des soins primaires.....	22
A116. Enquête sur le regroupement des généralistes – Panel URML Bretagne	22
A122. Etude sur la régulation du Task shifting dans la prescription des traitements antirétroviraux dans les pays en voie de développement.....	23
2.2 Pôle 2. Organisation, financement, qualité et recours aux soins hospitaliers et alternatifs à l'hospitalisation	24
2.2.1 Organisation, financement, qualité des soins hospitaliers et alternatifs à l'hospitalisation	24
A049. Les coûts de prise en charge du cancer du côlon en Ile-de-France	24
A051. La Qualité des soins en France : État des lieux et comparaison internationale.....	24
A052. Comparaison des coûts induits par la création d'une place en HAD <i>versus</i> SSR	25
A053. La qualité des soins hospitaliers : incitation par le financement	25
A055. Exploitation seconde de la base de l'Etude Nationale de Coûts : coûts hospitaliers de pathologies fréquentes	25
A138. Accès aux soins hospitaliers (SROS 3).....	26
A139. Etude du PMSI HAD.....	26
A140. Participation au groupe de travail portant sur le continuum HAD/SSIAD : quelle frontière et quel mode de financement pour les « SSIAD lourds » ?	26
A150. Lien entre volume d'activité et qualité dans les établissements de santé.....	27
A154. Etude de la place et du rôle des associations dans les hôpitaux.....	27
A155. Evaluation du réseau Gynecomed	28
A174. Réflexion pour la préparation des bases de données sur les soins hospitaliers.....	28
2.2.2 Médicaments à l'hôpital	29
A124. Mise en place d'une collaboration avec un centre de recherche italien (CERM) pour un travail de comparaison France/Italie, notamment sur le médicament à l'hôpital	29
2.2.3 Soins psychiatriques	29
A019. Propositions de redressement de l'enquête nationale sur les populations suivies en psychiatrie et expertise méthodologique sur l'analyse de la non-réponse.....	29
A044 - Évaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés (CCOMS).....	30
A143. Une approche de la construction sociale et territoriale de la prise en charge de la maladie mentale, à travers l'analyse de l'histoire des processus de localisation et de découpage structurant l'offre de soins de psychiatrie en France	30

2.3 Pôle 3. État de santé, recours aux soins et déterminants.....	31
2.3.1 L'état de santé et ses déterminants.....	31
B003. Les indicateurs de suivi des objectifs de la Loi de Santé Publique.....	31
A017. Signification et validation du minimodule européen.....	31
Alcool	32
A091. Alcoorama 2007	32
A113. Prévalence et déterminants des différents profils d'alcoolisation en population générale	32
A114. Impact du facteur de risque alcool sur l'état de santé et le recours aux soins.....	33
Asthme	34
A022. Asthme (prévalence, comorbidités, qualité de vie, recours aux soins) / ES 2002/03)	34
A117. Asthme par stade de gravité : prévalence et recours aux soins (ESPS)	34
A132. Les enjeux économiques de l'asthme sévère.....	35
A020. Hétérogénéité sociale de mesure de l'état de santé et mesure des inégalités de santé	35
2.3.2 Les inégalités de santé et de recours aux soins	36
A018. Indicateur d'espérance de vie en emploi et en bonne santé (ILC).....	36
A025. Déterminants sociaux des inégalités de santé	37
A030. La santé des adultes selon leur origine sociale : transmission intergénérationnelle des inégalités sociales de santé.....	38
A031. Enquête pilote Intermede portant sur l'interaction entre médecins et malades dans la création d'inégalités sociales de santé.....	40
A032. L'état de santé en Zones Urbaines Sensibles : des inégalités individuelles à la discrimination collective.....	41
A153. Événements difficiles et attitudes à l'égard du risque.....	42
A026. Risque et inégalités sociales de santé	42
A098. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire.....	42
A120. État de santé et consommation de soins de la population immigrée en France.....	42
A145. Développement et utilisation d'un indice de défavorisation dans le secteur de la santé	43
A152. Microsimulation Inégalités face aux restes à charge des usagers du système de soins	44
2.3.3 Les relations entre la santé et les situations de travail.....	44
A136. Pensare	45
A137. Organisation du travail, santé et consommation de soins	46
2.3.4 Consommation et prescription de médicaments	46
A072. Consommation internationale de la consommation d'antidépresseurs (Royaume-Uni, Allemagne, France).....	46
A077. Évolution de l'utilisation du Traitement Hormonal Substitutif (THS)	47
A126. Réalisation d'un document de référence sur les remboursements de médicaments en France « Arzneiverordnungs-report version française » en collaboration avec la CNAMTS	47
A127. Comparaison France/Canada de la consommation pharmaceutique.....	47
B001. Évaluation économique des génériques antiépileptiques.....	47

2.4 Pôle 4. Système de santé, financement, assurance et régulation.....	48
2.4.1 Assurance maladie obligatoire et complémentaire : financement et dépenses	48
A033. MGET : Analyse des Rac	48
A035. Mobilité sur le marché de la couverture complémentaire	48
A036. Impact de la CMU sur le recours aux soins	50
A037. Variabilité des dépenses en part complémentaire des bénéficiaires de la CMU	50
A038. Évaluation du dispositif d'aide à la Mutualisation	52
A087. Microsimulation dépenses de santé	53
A121. Évaluation de la loi Evin de 1989 sur le maintien d'une couverture complémentaire en sortie de contrat collectif	54
A142. Analyse des facteurs de variation entre médecins du taux de patients bénéficiaires de la CMU	54
2.4.2 Assurance maladie et marché du travail.....	55
A039. Les déterminants des Indemnités journalières	55
A040. La construction d'une base de données pour l'étude des IJ et des AT/MP	55
A130. Analyse des déterminants individuels et contextuels des AT/MP	56
A131. Analyses macro et micro-économique des mécanismes d'indemnités journalières (IJ)	56
2.4.3 Impacts de la réforme de l'Assurance maladie, régulation du médicament	57
A064. Évaluation du dispositif du médecin traitant	57
A075. Déterminants du prix des médicaments en France	58
A076. Stratégies de mise sur le marché des médicaments en Europe.....	58
A101. L'impact du déremboursement des mucolytiques et des expectorants sur la prescription des médecins.....	59
A125. Le répertoire des médicaments génériques : une particularité française ?.....	59
2.4.4 Etudes macro-économiques, comparaison des systèmes de santé	59
A081. Niveau de couverture et coûts des biens et services médicaux en Europe : projet européen Basket	59
A082. Développement et comparaisons territoriales d'un indicateur de sécurité humaine	60
A083. Observatoire franco-québécois de la santé	61
A085. Collaboration Bertelsmann : Health Policy Monitor	62
A086. Les dépenses de prévention en France	62
A095. Les Comptes de la santé par pathologie (comparaison internationale).....	63
A119. Participation au projet EUROTHINE.....	63
3. REPONSES AUX APPELS D'OFFRES.....	65
4. DOCUMENTATION.....	69
5. DIFFUSION ET VALORISATION DE LA RECHERCHE	77
6. AUTRES ACTIVITÉS	91
7. PARTENARIATS.....	99
8. GLOSSAIRE	103
LISTE DES CONVENTIONS ESPS	105

1. OUTILS (ENQUÊTES, BASES DE DONNÉES)

1.1 Enquêtes

A001. Enquête Santé et Protection sociale (ESPS)

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

⇒ Apurement et exploitation d'ESPS 2006

L'Enquête Santé et Protection sociale (ESPS) est une enquête biennale. Elle a été réalisée en 2006 pour la 15ème fois. 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 soit plus de 22 000 individus, avec un taux d'acceptation de 63 %. ESPS 2006 a incorporé un suréchantillon de 400 ménages CMUistes, améliorant ainsi la représentativité de cette catégorie de population.

Le codage de la catégorie socio-professionnelle a été amélioré avec l'introduction du module INSEE Sicore. Une première version des données a été mise à disposition des chercheurs au début de l'année 2007, ainsi qu'une notice d'utilisation et un dictionnaire des données.

Les pondérations proposées portent sur les individus, les ménages et les répondants au questionnaire principal.

L'enquête 2006 a fait l'objet d'une publication précoce sur le médecin traitant, dès juillet 2007, démontrant ainsi la capacité de mobilisation très rapide de l'enquête pour un suivi de la mise en place de politiques publiques.

Le traditionnel rapport ESPS se décline pour 2006 en trois parties. La première consiste en une description des objectifs et de la méthodologie de l'enquête. La deuxième présente plusieurs nouvelles problématiques abordées en 2006, avec des premiers résultats et des perspectives de recherche. La dernière contient les premiers tableaux de résultats sur la couverture de santé, l'état de santé et les soins.

 *Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. Dourgnon P., Guillaume S., Naïditch M., Ordonneau C., Questions d'économie de la santé n° 1 24, juillet 2007*

 *L'Enquête Santé et Protection Sociale 2006, un panel pour l'analyse des politiques de santé, la santé publique et la recherche en économie de la santé. Dourgnon P., Rochereau T., à paraître.*

 *Enquête Santé et Protection sociale 2006 Ouvrage Collectif, rapport IRDES, à paraître.*

⇒ Mise à disposition des données

Les données 2006 ont été mises à disposition des financeurs de l'enquête début 2008. En 2007, les données ESPS ont été mises à disposition d'autres équipes dans le cadre de sept projets et conventions (cf. annexe 1). Ces mises à disposition donnent lieu à un travail d'explicitation des besoins avec les chercheurs extérieurs, puis de mise en forme des données et enfin de réponse aux demandes d'information après la mise à disposition des données.

⇒ Préparation des enquêtes 2008 et 2010

Le travail sur la méthodologie et les questionnements 2008 s'est articulé autour de quatre comités de pilotage, en 2007. Ont été impliqués dans ces travaux, outre les chercheurs de l'IRDES, des experts de la CNAMTS, la CANAM (RSI), la MSA et la Mutualité Française pour les organismes d'assurance maladie et complémentaire ; d'autres experts de l'AFSSA et du CTIP ont été consultés à divers

moments du processus ainsi que la DREES, l'InVS, le CNRS, Eurostat, l'INED, l'INPES, l'INSEE et l'INSERM pour les organismes de recherche¹.

Tirage de l'échantillon d'adresses et suréchantillonnage CMUC

L'organisation de la remontée des adresses des trois régimes a commencé au troisième trimestre 2007, pour un envoi à la société d'enquête en mars 2008. Comme en 2006, un suréchantillon CMUC, tiré dans l'EPAS²-CNAMTS de réserve sera enquêté, sur proposition et financement de la DREES.

Nouveaux Questionnements 2008

Les nouveaux modules de questionnaire concernent aussi bien la santé que l'accès aux soins et le statut économique et social.

- ⇒ État de santé :
 - Troubles du sommeil (promoteur : InVS)
- ⇒ Suivi des politiques publiques
 - Franchises de soins
 - Loi Evin sur la complémentaire
 - Accès à la CMUC
- ⇒ Recueil du statut économique et social
 - Mesure de la préférence pour le présent et l'aversion au risque
 - Module Epices sur la précarité

Préparation de l'enquête 2010

ESPS 2010 connaîtra de profonds changements méthodologiques avec le basculement vers un échantillon tiré dans l'Epib et un projet d'appariement avec les données de remboursement des organismes de complémentaire santé. Ce dernier projet est porté outre l'IRDES, par la CNAMTS et la DREES. Les travaux portant sur l'architecture du circuit de transfert des données et les procédures d'anonymisation ont débuté en 2007, avec notamment de premiers échanges avec la CNIL.

A002. Appariement de l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) 2006 avec l'échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS)

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

La procédure d'appariement a été modifiée suite à l'entrée en vigueur de la CCAM et du parcours de soins coordonnés. Une première version temporaire des appariements avec uniquement les dépenses de ville est maintenant proposée en année n+1 de l'enquête, ce qui permet de gagner un an sur la mise à disposition des données pour les partenaires de l'enquête. 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).

Concernant les données d'hospitalisation, les systèmes de tarification étant encore en transition sur l'année 2006 qui est la dernière année disponible appariée, l'information apparaissant dans les bases individualisées de l'Assurance maladie n'est pas encore homogène : pour les séjours réalisés dans le secteur privé ex-OQN, sont inscrits les tarifs T2A (tarification à l'activité : groupes homogènes de séjours/GHS) alors que pour ceux réalisés dans le secteur public ou privé ex-DG (dotation globale), ce sont encore des prix de journée (PJ) qui sont notés. Les valorisations T2A du secteur public se font à un niveau global et n'apparaissent donc pas dans les lignes de liquidation. Elles y figureront à partir de l'année 2008, première année où les secteurs public et privé ex-DG seront tarifés à 100 % à l'activité.

¹ Un glossaire des sigles des organismes figure à la fin de ce document.

² Echantillon permanent des assurés sociaux

A003. Enquête SHARE / Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe 2004

Claire Barangé, Thierry Debrand, Paul Dourgnon, Léonor Rivoire, Nicolas Sirven

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), socio-économiques (statut professionnel, caractéristiques de l'activité professionnelle, âge de la retraite, ressources financières, niveau de revenu, logement, éducation) et des variables 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 États-Unis qui en est à sa sixième vague) et de l'expérience britannique (English Longitudinal Survey of Ageing). 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

vieillessement des populations occidentales, mais aussi, de progresser dans les méthodes scientifiques de comparaisons internationales.

Actualité de SHARE en 2007

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. Les premières données sont disponibles depuis décembre 2007

☰ *Pénibilité au travail et santé des seniors en Europe. Debrand T., Lengagne P. Questions d'économie de la santé. IRDES n°120. Mars 2007* ▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes120.pdf>

Un Workshop présentant les articles destinés à un numéro spécial d' « Economie et Statistique » a été organisé par l'IRDES en janvier 2007. Le numéro spécial d'Économie et Statistique a été publié en décembre 2007.

☰ *Blanchet D., Debrand T., Dourgnon P., Laferrère A., « Santé vieillissement et retraite en Europe. » Economie et Statistique, n°403-404, 2007/12, 3-18.* ▶ http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES403-404a.pdf

☰ *Debrand T., Lengagne P., « Pénibilité au travail et santé des seniors en Europe » Economie et Statistique, n°403-404, 2007/12, 19-38.* ▶ http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES403-404b.pdf

☰ *Blanchet D., Debrand T., « Souhaiter prendre sa retraite le plus tôt possible : Santé, satisfaction au travail et facteurs monétaires ». Economie et Statistique, n°403-404, 2007/12, 39-62.* ▶ http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES403-404c.pdf

☰ *Lardjane S., Dourgnon P., « Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes ? Une évaluation par la méthode des vignettes-étalons ». Economie et Statistique, n°403-404, 2007/12, 165-177* ▶ http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES403-404i.pdf

☞ *Intervention de Thierry Debrand à la conférence organisée par le Conseil d'Orientation des retraites en novembre 2007 sur le thème « Augmenter le taux d'emploi des seniors, les enseignements des exemples étrangers ».*

A003. SHARELIFE

Claire Barangé, Thierry Debrand, Léonor Rivoire, Nicolas Sirven

L'équipe de SHARE a connu des modifications avec l'arrivée de Nicolas Sirven et de Claire Barangé en remplacement de Léonor Rivoire.

La troisième vague SHARE (SHARELIFE) consistera en une collecte de données rétrospectives afin de mieux comprendre l'influence des différences institutionnelles et leurs évolutions en Europe sur les comportements individuels. Les 14 pays de SHARE 2006 participent à cette troisième vague SHARELIFE. Pour ce qui concerne la France, la collecte est prévue en mai et juin 2009.

Le lancement de SHARELIFE au niveau européen a eu lieu en mars 2007. L'IRDES et l'INSEE se sont à plusieurs reprises rencontrés pour préparer SHARELIFE. Le lancement officiel de SHARELIFE en France a eu lieu à l'INSEE en novembre 2007 en présence de l'IRDES (Nicolas Sirven et Claire Barangé).

La phase de traduction et d'adaptation du questionnaire a débuté en novembre 2007 en collaboration avec l'INSEE. Le dossier CNIS pour l'avis d'opportunité a été élaboré en décembre 2007 et soumis à la session du CNIS en mars 2008.

A005. Enquête jeunes et alcool en France

Laure Com-Ruelle (IRDES), Marie Choquet (INSERM), Nicole Leymarie (IREB)

L'IREB mène et finance depuis plus de vingt ans des enquêtes auprès de jeunes pour comprendre leurs comportements en matière de prise d'alcool. L'IRDES avait déjà participé à l'exploitation de sa seconde enquête transversale menée en 2001. Pour sa troisième édition, il a été décidé d'introduire des questions communes entre cette enquête et une enquête du même type menée en Italie par l'Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool. Cet observatoire italien a mené son terrain et publié ses résultats en 2007.

Pour la France, l'IREB s'est à nouveau associé à l'IRDES et à l'INSERM pour élaborer les deux questionnaires mis au point et finalisés courant 2007, un questionnaire administré en face-à-face et un autoquestionnaire rassemblant les données sensibles. Le recueil a été réalisé en novembre 2007 par l'Institut de Sondage Laval (ISL) auprès de 1 800 jeunes de 13 à 24 ans en population générale, élargissant les tranches d'âge vers les adolescents.

L'année 2008 sera consacrée à l'exploitation des données, un rapport devant être remis à l'IREB à la fin de l'année, plusieurs publications suivront en 2009.

B004. Enquête européenne sur la consommation d'alcool des adultes jeunes

Laure Com-Ruelle (IRDES), participation au groupe de travail européen dénommé Cavour Group (European Scientific Network)

Depuis environ deux ans, un groupe de travail européen, le Cavour Group, rassemble des chercheurs de différentes disciplines en sciences humaines qui partagent leur expertise sur le domaine du risque alcool. Leurs travaux de 2007 ont abouti à une proposition d'enquête en population générale dans plusieurs pays européens, s'adressant à une tranche d'âge encore peu explorée du point de vue des transitions de comportement, les adultes jeunes de 25 à 34 ans.

Pour préparer cette enquête, un travail bibliographique a été mené fin 2007 sur deux thèmes : circonstances de l'alcoolisation, alcool et qualité de vie.

A006. Couverture d'entreprise : mesure des niveaux de garanties

Chantal Cases, Marc Perronnin, Thierry Rochereau

L'année 2007 a été une année de transition sur ce projet. Les dernières publications sur l'enquête réalisée en 2003 ont été faites en 2006. En 2007, nous avons commencé à préparer une seconde enquête qui est prévue pour le second trimestre 2008. Il s'agit de reproduire l'enquête de 2003 en améliorant la méthodologie et en y ajoutant un volet d'interrogation d'un échantillon de salariés. En 2007, nous avons donc travaillé sur un nouveau questionnaire auprès des entreprises en tenant compte des imperfections de l'interrogation de 2003. Nous avons également travaillé sur un questionnaire auprès des salariés. Nous envisageons cette fois-ci de tirer directement dans le fichier des DADS³ et de faire un appariement avec les informations disponibles dans ce répertoire. Les informations ainsi rendues disponibles devraient nous permettre d'aller plus loin dans l'analyse. Par exemple, les données sur les salaires par catégorie socioprofessionnelle devraient nous permettre d'étudier les effets de substitution entre salaire et protection sociale complémentaire. Nous avons rencontré l'INSEE pour avoir une première discussion sur la méthodologie de cette enquête nettement complexifiée par le tirage d'un échantillon des salariés. Nous avons enfin réalisé le tour des financeurs potentiels (DREES, Mutualité, CTIP, AFSSA). Nous avons à ce jour obtenu la garantie de financement du terrain de l'enquête.

³ *Déclaration automatisée des données sociales.*

A008. Panel de médecins Disease Analyzer d'IMS Health

Marion Devaux, Nathalie Grandfils, Thomas Renaud, Catherine Sermet

Nous avons, en collaboration avec la DREES et l'AFSSAPS, réalisé une expertise des données issues du panel de médecins Disease Analyzer d'IMS-Health. Cette évaluation a été réalisée en deux parties. Un groupe de travail associant l'IRDES, la DREES, l'AFSSAPS et IMS-Health a, dans un premier temps, évalué la méthodologie de cette enquête. Dans un deuxième temps, chacun des partenaires a utilisé les données pour une exploitation autour d'une thématique particulière. L'IRDES a travaillé sur les remboursements des mucolytiques et des expectorants (voir projet A101), la DREES sur la baisse des taux de remboursement des veinotoniques et l'AFSSAPS sur le retrait du marché des immunostimulants.

📄 *La première partie de cette étude a donné lieu à la publication d'une note de synthèse confidentielle à destination des membres du groupe de travail.*

📄 *Déremboursement des mucolytiques et des expectorants : quel impact sur la prescription des généralistes ?*
Devaux M., Grandfils N., Sermet C. Questions d'économie de la santé IRDES n° 128. Décembre 2007
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes128.pdf>

A100. Morbidité déclarée dans l'enquête décennale sur la santé 2002-2003

Caroline Allonier, Stéphanie Guillaume, Catherine Sermet

L'enquête décennale santé est réalisée tous les dix ans par l'INSEE depuis 1960, en association avec de nombreux partenaires dont l'IRDES. Elle vise à mesurer l'état de santé de la population et la consommation de soins et de prévention. Elle permet de mettre en relation ces consommations avec l'état de santé déclaré et les caractéristiques sociodémographiques des individus.

Notre étude sur les maladies déclarées vient compléter le panorama de l'état de santé de la population française, déjà abordé par des indicateurs synthétiques de santé perçue, de maladies chroniques ou de limitations fonctionnelles, ainsi que par d'autres déterminants de la santé tels que la consommation d'alcool ou l'obésité.

En 2002-2003, d'après l'enquête décennale santé, huit personnes sur dix déclarent souffrir d'au moins un trouble de santé un jour donné. Plus d'une personne sur deux déclare des problèmes de vue (myopie, presbytie, hypermétropie) ou des affections de la bouche et des dents (caries, prothèses dentaires). Les maladies les plus fréquentes sont ensuite les maladies ostéo-articulaires, les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques et les maladies cardiovasculaires qui touchent chacune environ une personne sur cinq. Avec l'âge, la nature des maladies évolue avec notamment, à partir de 40 ans, l'apparition, puis la prédominance, des facteurs de risque et maladies cardiovasculaires. Les femmes déclarent plus de problèmes de santé que les hommes et souffrent davantage d'états dépressifs, de problèmes de thyroïde et d'insuffisance veineuse alors que les hommes déclarent plus de cardiopathies. Enfin, des variations sont observées selon la situation sociale : l'hypertension artérielle, le diabète et l'obésité sont ainsi des pathologies plus souvent présentes chez les personnes en situation sociale défavorisée.

📄 *De quoi souffre-t-on ? État des lieux des maladies déclarées en France. Enquête décennale santé INSEE 2002-2003.* Allonier C., Guillaume S., Sermet C. Questions d'économie de la santé IRDES n° 123. Juin 2007
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes123.pdf>

A133. Participation à l'élaboration du questionnaire pour la cohorte Elfe

Chantal Cases, Laure Com-Ruelle, Florence Jusot, Pascale Lengagne, Georges Menahem, Thierry Rochereau, Sandy Tubeuf

Plusieurs chercheurs de l'IRDES ont proposé des thématiques et des questionnements à développer dans le cadre de la future cohorte Elfe. À ce stade, deux thèmes ont fait l'objet de contributions :

⇒ Un projet de questionnaire sur l'influence des conditions de vie dans l'enfance sur la santé et les attitudes à l'égard du risque à l'âge adulte.

Ce projet envisage d'analyser le rôle sur l'état de santé à l'âge adulte de la sociabilité et de l'origine sociale, appréhendé par le niveau de vie familial (niveau d'éducation des parents, catégorie socioprofessionnelle, revenus) mais aussi les relations avec l'entourage et les conditions de logement. Un intérêt sera porté à relever les manifestations durables d'éventuels troubles des équilibres familiaux (conflits, maladies ou absences prolongées), pour étudier leurs relations avec la santé et le développement des enfants, puis les conséquences sur la vulnérabilité à l'âge adulte. De même, le projet considérera les conséquences d'événements brutaux objectivables (décès, séparation, recomposition) sur le développement de l'enfant, sa santé et la genèse de ses attitudes à l'égard du risque ou de la prévention. Enfin, il est souhaitable d'intégrer l'étude du rôle du comportement des parents vis-à-vis des facteurs de risque (alcool, tabac, et autres), ainsi que celui des attitudes de l'entourage, tout ceci de façon différentielle selon le sexe.

⇒ Un projet sur la santé bucco-dentaire (cf. A098. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire, p. 42).

En revanche, le projet sur la consommation de médicaments a été abandonné, en l'absence d'appariement de la cohorte avec le SNIIRAM à ce stade du projet.

Par ailleurs, le lancement de la cohorte a été retardé à 2010.

Chantal Cases, directrice de l'IRDES est vice-présidente du conseil scientifique de la cohorte.

A144. Colloque international 2008 : apport des enquêtes auprès des ménages à la connaissance de l'état de santé, des consommations de soins et de leurs déterminants

Paul Dourgnon, Philippe Le Fur

Aucun investissement n'a été réalisé en 2007. Ce projet est abandonné du fait de la charge de travail prévue en 2008 pour les personnes impliquées.

A151. Codage de l'enquête SIP⁴

Stéphanie Guillaume, Catherine Sermet

La DREES a confié à l'IRDES le codage médical de son enquête santé et itinéraire professionnel. Ce codage a bénéficié de l'expérience de l'IRDES en la matière par la réalisation d'un codage automatique d'environ 80 % des libellés, à partir du codage réalisé pour l'enquête décennale santé de l'INSEE. Le reste des libellés a été codé par un médecin chiffreur.

 *Rapport de codage et fichiers de l'enquête remis à la DREES.*

1.2 Eco-Santé

Anne Aligon, Martine Broïdo, Jacques Harrouin, Christophe Lainé, Thierry Rochereau, Frédérique Ruchon

➤ **Eco-Santé (logiciel et sur Internet 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 : A télécharger et installer sur PC, mais également en version en accès direct sur Internet www.ecosante.fr. 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 (près de 60 ans pour la base France), ce que font

⁴ *Enquête Santé et Itinéraire Professionnel*

rarement les annuaires statistiques. Ces séries sont produites par les « grands organismes » : DREES, INSEE, INED, INSERM, CNAMTS, MSA, InVS, IRDES, RSI...

Quatre bases d'Eco-Santé ont été produites en 2008 :

- ⇒ Eco-Santé France co-production IRDES, DREES, Assurance Maladie, Mutualité, RSI, MSA
- ⇒ Eco-Santé Régional co-production IRDES, DREES, Assurance Maladie, Mutualité, RSI, MSA
- ⇒ Eco-Santé OCDE co-production IRDES, OCDE
- ⇒ Eco-Santé Québec partenariat entre l'IRDES et l'INSPQ⁵, l'ISQ⁶, le MSSS⁷ sous l'égide de l'OFQSS⁸.

Pour accroître la visibilité et l'accessibilité des bases Eco-Santé, les améliorations ne concernant, en 2007, que la version en ligne 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 obtenir les séries, visualiser la structure ainsi que les sources et méthodes des quatre bases Eco-Santé (NB : seul l'accès à la base OCDE est payant).

Pour les bases France et Régions & Départements la version Internet devenant la version de référence (plus de CD-Rom) le système de mise à jour des données a évolué.

Nous sommes passés d'une périodicité semestrielle à une périodicité mensuelle. Et ce, pour fournir aux utilisateurs les données les plus récentes possibles.

➤ **A010. Eco-Santé France**

Anne Aligon, Frédérique Ruchon

La base France contenait, dans sa version 2007, 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 2007.

La version 2007 a été marquée par l'introduction de nouvelles données de dépenses de soins de ville du Régime général (2005 et 2006) avec des informations nettement plus détaillées que celles qui étaient présentées jusqu'à maintenant. Cette nouvelle structure a été construite avec les équipes de la CNAMTS et correspond à ce qui sera présenté dans la nouvelle base Eco-Santé Assurance Maladie développée par l'IRDES pour le compte de la CNAMTS.

Cette base de données est en accès totalement gratuit sur le site <http://www.ecosante.fr>

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

Martine Broïdo

La base Régions & Départements qui présentait en 2007 plus de 7 000 séries, soit plus de 2,6 millions de données, présente actuellement près de 13 000 séries, soit un peu plus de 3 millions de données renseignées.

En effet, outre la mise à jour des données déjà présentes dans Eco-santé, comme pour la base France, le principal apport de 2007 est l'introduction d'une nouvelle structure de données de dépenses de soins de ville du Régime général (2005 et 2006). Pour des raisons de confidentialité ces données ne sont présentées qu'à l'échelle régionale à l'exclusion de quelques spécialités médicales pour lesquelles les effectifs de praticiens sont trop faibles pour que les dépenses de soins qu'ils génèrent soient présentées.

Cette base de données est en accès totalement gratuit sur le site <http://www.ecosante.fr>

⁵ [Institut national de santé publique du Québec](#)

⁶ [Institut de la statistique du Québec](#)

⁷ [Ministère de la santé et des services sociaux Québec](#)

⁸ [Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité](#)

➤ **A148. Eco-Santé Assurance maladie**

Martine Broïdo, Jacques Harrouin, Thierry Rochereau

L'équipe Eco-Santé a développé pour le compte de la CNAMTS une nouvelle base de données Assurance maladie qui sera diffusée courant 2008 via le site <http://www.ecosante.fr> et également via le site <http://www.ameli.fr>. Dans un premier temps, cette base contient les données de la CNAMTS présentes dans Eco-Santé (données de dépenses de soins de ville, données du SNIR⁹ – démographie et activité, données sur les ALD). Dans le cadre de cette nouvelle base, nous avons développé une nouvelle structure présentant de façon très détaillée les données de dépenses de soins de ville, structure qui a été reprise dans Eco-Santé France et Régions&Départements.

L'équipe Eco-Santé a également assuré la formation des équipes de la CNAMTS à l'utilisation d'Eco-Maj pour qu'elle développe elle-même, selon ses besoins, cette nouvelle base de données.

➤ **A011. Eco-Santé OCDE**

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 sources (DREES, INSEE, CNAMTS, ministère de l'Éducation, données d'enquête : ESPS), ainsi que les sources et méthodes afférentes.

Une version commercialisée et une mise à jour Internet sont parues en octobre 2007.

La base est également en accès payant sur <http://www.ecosante.fr>

➤ **A012. Eco-Santé Québec**

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

Cette sixième 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 <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**

Martine Broïdo, Thierry Rochereau

L'équipe Eco-Santé a assuré, pour la seconde année, 25 heures de cours « Informatique et statistiques » dans le cadre d'un Master de protection sociale complémentaire en formation continue, auprès d'une quinzaine d'étudiants.

⁹ *Système national interrégimes*

➤ **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>

1.3 Les bases de données

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'offres 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 était 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) ont co-organisé ce projet auquel ont participé de nombreux experts des différents pays membres. Le projet a démarré officiellement en janvier 2006 et s'est terminé en juillet 2007. Un rapport final proposant un état des lieux des statistiques nationales ainsi que des solutions potentielles pour les améliorer a été présenté à Eurostat fin juin. Le rapport a été complété par un logiciel (développé principalement par BASYS en collaboration avec l'IRDES) visant à faciliter le recueil des données concernant les dépenses de santé dans les pays membres.

 Eurostat (2007) *Tools for data collection on health care statistics, Final report. IRDES/BASYS.*

A111. Constitution d'une base de données sur le médicament à partir des données de Thériaque

Nathalie Grandfils, Benoît Lepioufle et Adrien Thirouard (stagiaires IUT de Vannes)

Ce travail fait suite au travail réalisé en 2006 sur la base de données Sempex ; les fichiers de données de Thériaque ont été gracieusement transmis à l'IRDES dans l'objectif de réaliser une base de données la plus complète possible, utilisable dans des recherches sur le médicament. Plusieurs fichiers ont été constitués, contenant pour chaque CIP, outre les données classiques de base des produits, les derniers SMR¹⁰ et ASMR¹¹ attribués, les indications des produits et leurs taux de remboursement par indication, leurs caractéristiques administratives (date de mise sur le marché, date de commercialisation/retrait/suppression, prix, génériques/princeps), les DDD¹² affectées à ces produits.

¹⁰ Service médical rendu par la spécialité

¹¹ Amélioration du service médical rendu par la spécialité

¹² Daily Defined Dose

1.4 Travaux méthodologiques

A147. Conférence de consensus sevrage alcoolique

Caroline Despres

Ce projet, réalisé en partenariat avec le CERMES¹³ (analyse statistique des données recueillies sur dossiers) visait à apprécier si, depuis la tenue de la conférence de consensus sur le sevrage alcoolique (1999), les pratiques thérapeutiques de sevrage ont évolué dans le sens des recommandations de la dite conférence. Pour cela, nous souhaitions comparer les pratiques à deux moments, avant (1999) et après (2005) la tenue de la conférence de consensus et analyser, s'il existait une différence entre ces deux moments, si elle allait dans le sens des recommandations.

Nous avons choisi d'allier méthode quantitative et qualitative. Le premier volet consistait en un recueil des informations sur les dossiers médicaux des patients en comparant les deux années. Le volet qualitatif visait à repérer si les médecins concernés avaient entendu parler de la conférence de consensus (par quelles voies) et s'ils en avaient pris connaissance, recueillir leur avis sur la conférence, notamment en termes de pertinence, d'aide dans leur travail quotidien et de facilité (ou non) de mise en œuvre, voire de désaccord, par rapport à certaines recommandations, enfin d'identifier d'éventuelles formes cliniques entraînant des pratiques individualisées qui sortent des recommandations de la conférence de consensus.

Cette étude révèle les difficultés méthodologiques à réaliser une enquête rétrospective à partir des données récoltées dans les dossiers médicaux (et non sous forme d'enquête spécifique). Elle conclut cependant à une plus grande homogénéisation des pratiques ainsi qu'à leur évolution dans le sens de la conférence, notamment :

- l'utilisation des benzodiazépines comme molécule de base pour le sevrage,
- une réduction des durées d'hospitalisation,
- une réduction des durées de traitement,
- une plus grande fréquence des prescriptions de sevrage en ambulatoire.

Elle montre également des résistances ou des progrès à faire :

- les durées de traitement restent plus élevées que celles qui sont préconisées (notamment en ambulatoire),
- les neuroleptiques continuent à être prescrits dans certains cas cliniques,
- les prescriptions de vitamines restent anarchiques en termes de types de vitamines, doses et durées.

La conférence de consensus a participé à ce changement dans les pratiques, même si un nombre non négligeable de médecins alcoologues l'avait anticipée. D'autres facteurs l'ont également influencée. L'étude montre également des effets non escomptés de la conférence, notamment un gain de légitimité du milieu de l'alcoologie. De plus, elle a offert un cadre permettant une meilleure organisation des équipes, la mise en place de protocoles, etc.

¹³ *Centre d'études et de recherches médicales et sanitaires*

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

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 Pourvourville (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.

L'année 2007 a été consacrée à la construction d'une typologie permettant d'identifier et de caractériser les situations cliniques correspondant aux combinaisons les plus fréquentes de maladies chroniques, en fonction de la nature de ces associations, des caractéristiques des séances dans lesquelles ils s'inscrivent, des patients concernés, et des médecins traitant.

Cette typologie permettra en 2008 d'analyser les liaisons avec les associations médicamenteuses.

📄 *Étude Polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, en vue d'une analyse de la polyprescription. Clerc P., Lebreton J., Mousquès J., Hebbrecht G., de Pourvourville G. En cours de parution dans la revue « Pratiques et organisation des soins ».*

A043. Contexte des séances de médecins et satisfaction des patients

Yann Bourgueil, Philippe Le Fur

L'objectif de ce travail est d'évaluer, à partir des déclarations des patients, leur degré de satisfaction et d'insatisfaction à l'issue de leur dernière séance chez un généraliste, en fonction des principales caractéristiques de ces patients ou des circonstances de la séance elle-même.

L'hypothèse sous-jacente est que la durée de l'acte et son bon déroulement aux yeux du patient peuvent varier en fonction de leurs caractéristiques sociales, économiques ou de morbidité et en fonction de certaines caractéristiques propres à la séance et au médecin consulté.

Dans l'enquête ESPS 2004, comme d'ailleurs en 2006 nous disposons en particulier des réponses à trois questions mesurant différents aspects de la satisfaction : l'éventuel souhait d'un rendez-vous plus rapide, le sentiment d'avoir eu ou non le temps de s'exprimer et enfin la plus ou moins bonne compréhension des explications fournies par le praticien.

Dans un premier temps, nous avons réalisé ce travail pour les séances de généralistes à partir des données issues de l'ESPS 2004. Ce travail a donné lieu à une présentation au congrès européen de la WONCA¹⁴.

Globalement, sur les 13 500 personnes ayant consulté un généraliste dans les 12 mois précédant l'enquête, 82 % se disent satisfaites pour les trois dimensions analysées. Toutefois, 9 % auraient souhaité un rendez-vous plus rapide, 8 % plus de temps pour discuter de leur problème de santé et 6 % n'ont pas ou partiellement compris les explications du praticien.

¹⁴ World Organization of Family Doctors

Des analyses multivariées ont été réalisées après ajustements sur les caractéristiques des patients (âge, sexe, état de santé perçu, niveau d'études, milieu social, revenu...) et sur les variables décrivant la séance (généraliste habituel, lieu, délai de rendez-vous, durée de la séance, généraliste pratiquant ou non des dépassements). Globalement en 2004, les variables relatives au déroulement de la séance et surtout l'état de santé perçu influencent davantage l'insatisfaction des patients que les variables socio-économiques. Ces dernières ressortent toutefois davantage chez les personnes qui auraient souhaité un rendez-vous plus rapide. Ainsi, ce souhait est plus fréquent lors des séances pour les enfants, les personnes vivant dans des ménages d'employés de commerce, en Île-de-France, pour les personnes bénéficiant de la CMU complémentaire.

Estimer ne pas avoir eu suffisamment de temps pour discuter avec le praticien est plus fréquent lors des séances réalisées pour des femmes, des ouvriers non qualifiés et des personnes dont l'état de santé perçu est moyen ou mauvais. Déclarer ne pas avoir tout compris des explications du généraliste est plus fréquent lors des séances réalisées pour des hommes, des jeunes adultes de 16 à 24 ans, des personnes d'un faible niveau d'études, des personnes vivant dans des ménages d'agriculteurs et des personnes déclarant un état de santé moyen ou mauvais ou encore estimant avoir un problème urgent.

Le souhait d'un rendez-vous plus rapide s'observe davantage lors des séances réalisées pour des personnes qui déclarent un état de santé perçu bon ou moyen ou encore qui estiment que le motif qui les conduit à consulter est urgent. Inversement, estimer ne pas avoir eu suffisamment de temps pour discuter ou encore ne pas avoir tout compris des explications du généraliste est plus fréquent lors des séances réalisées pour des patients qui déclarent un état de santé perçu moyen, mauvais ou très mauvais.

Toutes les variables relatives au déroulement de la séance influencent au moins deux des trois dimensions de la satisfaction analysées dans cette étude

Consulter un généraliste autre que son généraliste habituel concourt à augmenter l'insatisfaction des patients pour les trois dimensions analysées, tout comme d'ailleurs le fait que le praticien soit en secteur 2 ou que le patient ne connaisse pas son statut conventionnel ou encore que le patient ait passé plus de 15 minutes en salle d'attente avant la consultation.

Une séance courte de moins de 15 minutes augmente les probabilités que les patients ne comprennent pas toutes les explications du praticien ou estiment ne pas avoir eu suffisamment de temps pour discuter de leurs problèmes de santé.

Un rendez-vous obtenu après 48 heures augmente les probabilités de souhaiter un rendez-vous plus rapide ou encore de ne pas avoir eu suffisamment de temps pour discuter.

Enfin, lors des visites à domicile, les patients déclarent plus souvent que lors des consultations qu'ils auraient souhaité un rendez-vous plus rapide ou encore qu'ils n'ont pas tout compris des explications du praticien.

Ce travail va se poursuivre sur les données de l'enquête ESPS 2006. Il permettra de mesurer d'éventuelles modifications des taux de satisfaction entre 2004 et 2006, période au cours de laquelle ont été mises en place les différentes mesures liées à la réforme de l'Assurance maladie d'août 2004, en particulier celle du médecin traitant.

↳ *Assessment of patient's satisfaction in general practice in France. Yann Bourgueil, Philippe Le Fur - Wonca Europe 2007 - Paris, 17-20 octobre 2007.*

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

Anne Aligon, Philippe Le Fur

En collaboration avec l'URML Bretagne

Ce travail n'a pu être réalisé car il dépendait des données d'une enquête qui devait se dérouler auprès des médecins généralistes participant au baromètre des pratiques de l'URML Bretagne. Celle-ci n'a pas été effectuée.

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 sur la définition de zones « fragiles ou sensibles » à privilégier pour améliorer l'offre de soins de proximité.

 Publication d'un rapport « Quelles zones fragiles pour l'accès aux soins » en ligne sur le site de l'ORSCA ▶ http://www.orsca.fr/files/demo_prof_sante_urml_urcam_definitif_23_07_07.pdf

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

Yann Bourgueil, Julien Mousquès, Ayden Tajahmady

Finalisation de la valorisation des travaux réalisés en 2006 :

Les deux « Questions d'économie de la santé » sur la revue de la littérature d'une part (avec une version anglaise) et sur la description de la politique française sur la question de la répartition géographique optimale des professions de santé ont été finalisés en 2007.

 *Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France.* Bourgueil Y., Mousquès J., Marek A., Tajahmadi A. Questions d'économie de la santé IRDES n° 122. Mai 2007
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes122.pdf>

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

La publication de ces travaux a conduit les auteurs à présenter ces résultats dans plusieurs séminaires et colloques au cours de l'année 2007 :

 *Présentation orale au congrès de la SFSP en 2007.*

 *Présentation orale à la Journée d'étude consacrée au rôle des élus locaux dans l'offre de soins et l'accès à la santé, Association Elus Santé Publique Territoires, Reims, 25 octobre 2007.*

A062. Évaluation du réseau Resicard

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

La rédaction initialement prévue avec les promoteurs de Resicard d'un premier document de travail diffusable sur le site de l'IRDES et la soumission d'un papier finalisé pour publication à des revues à comité de lecture n'a pas été réalisée en 2007. Une publication associant les chercheurs de l'IRDES est en cours de rédaction par l'équipe Resicard en 2008. La perspective d'une valorisation de ce travail n'est pas abandonnée.

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

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

L'objectif de cette étude est d'objectiver l'impact de la raréfaction de l'offre (ou des disparités dans le niveau et la structure de l'offre de soins) sur l'accès et le recours aux soins. Nous avons limité notre champ d'étude à la psychiatrie adulte dans la région Ile-de-France (142 secteurs psychiatriques dont 33 considérés comme sous-dotés) à partir des données des rapports de secteurs 2003 et de remboursement de l'Assurance maladie fournies par l'URCAM Ile-de-France (01/2005-01/2007).

 *Le rapport d'étude est en cours de rédaction.*

A066. Délai d'attente pour un rendez-vous de spécialiste selon la densité des praticiens

Paul Dourgnon, Philippe Le Fur, Véronique Lucas-Gabrielli

Aucun investissement n'a été réalisé en 2007. Ce projet n'a pas été jugé prioritaire en 2008 et ne figure donc plus au programme 2008. Il n'est pourtant pas enterré par les chercheurs qui s'y sont investis en 2005 et 2006 et lorsque l'opportunité se présentera, il sera relancé. Il est prévu pour ce nouveau travail d'associer les résultats de deux enquêtes ESPS, car l'échantillon de patients consommant des soins de spécialistes s'est avéré trop limité pour être exploité par spécialité détaillée. En effet, seule une exploitation de ce type présente un intérêt dans la mesure où les délais d'attente varient considérablement d'une spécialité à l'autre.

A067. Distances d'accès aux soins

Véronique Lucas-Gabrielli, Magali Coldefy

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 structure publique ou privée. 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 d'en étudier l'évolution.

Cette étude commencée en 2007 se poursuivra en 2008. La première étape consiste en un important travail méthodologique permettant de localiser les disciplines hospitalières à partir des bases de données disponibles (FINESS, SAE et PMSI).

A123. Évolution du recours aux visites de généralistes selon les caractéristiques des patients

Philippe Le Fur

Période de réalisation prévue initialement : deuxième semestre 2007 – premier semestre 2008. Ce travail figure au programme de travail 2008-2010

A135. Home care : Mise en place d'un recueil standardisé de données sur les soins délivrés à domicile dans 30 pays européens

Laure Com-Ruelle, Michel Naiditch

Ce projet s'inscrit en filigrane du programme de l'IRDES sur l'organisation des soins primaires.

Il s'agit d'un projet promu par la Communauté européenne et dont le responsable est l'institut de recherche hollandais NIVEL. Il a une durée de 24 mois et a pris effet le 1er octobre 2007. Il implique 10 centres de recherche situés dans 10 pays différents de la Communauté européenne et considérés comme les partenaires du projet. A ceux-ci sont associés 20 autres pays de la communauté

européenne qui seront « chaperonnés » à raison de deux par pays participant (pour l'IRDES, il s'agit de la Suisse et de la Belgique).

L'objectif principal est de parvenir à construire et à recueillir de façon standardisée un ensemble d'informations jugées les plus utiles pour évaluer dans la communauté européenne les effets des « programmes » relatifs aux soins à domicile.

Pour cela, il s'agit dans un premier temps d'élaborer une définition commune (nécessairement assez restrictive) des « soins à domicile » et de faire une revue extensive de la bibliographie sur ce champ.

Le second temps sera consacré à construire un questionnaire renseignant sur la population couverte, le mode de financement, l'organisation, la délivrance et l'évaluation de ce type de soins.

Une première version de ce questionnaire sera soumise à l'appréciation d'un panel propre à chaque pays de cinq experts afin qu'il en teste la validité et la faisabilité.

Dans un troisième temps, ceux-ci ainsi que 25 autres experts à choisir rempliront la version finale de ce questionnaire. Ce dernier sera agrémenté de « vignettes » décrivant des situations spécifiques des soins à domicile destinées à compléter certains champs dont les informations sont manquantes.

Après dépouillement des questionnaires, chaque pays devra rédiger un rapport standardisé sur l'état des lieux dans son pays. Les manques d'informations sur certains champs pourront notamment y être explicités.

Un rapport final de synthèse clôturera ce travail. Il sera finalisé par un certain nombre de recommandations présentées dans une conférence finale à Bruxelles sur le système d'information à mettre en place dans chaque pays de façon à aboutir à un cadre de description commun et détaillé des soins à domicile.

Différents rapports intermédiaires, publications scientifiques et participation à différents colloques sont d'ores et déjà programmées.

A149. Asalée - Evaluation de l'impact de la coopération médecin généraliste/infirmière en cabinet de médecine générale dans le cadre de l'expérimentation

Yann Bourqueil, Philippe Le Fur, Julien Mousquès, Engin Yilmaz

Il s'agit d'une évaluation médico-économique de l'expérimentation Asalée (Action Santé Libérale En Équipe) qui a été réalisée par l'IRDES entre mai 2007 et janvier 2008. Elle s'inscrit dans le cadre de l'évaluation des expérimentations de coopération entre les professions de santé, coordonnée par la Haute Autorité de santé (HAS).

L'objectif de cette recherche est d'étudier l'impact du travail en équipe entre infirmières de santé publique (IDSP) et généralistes, au travers de l'expérimentation de coopération entre professionnels de santé Asalée, sur l'efficacité et l'efficience du suivi des patients diabétiques de type 2.

Dans le cadre de cette expérimentation, le travail en équipe des généralistes – travaillant seul ou en groupe – avec les IDSP donne lieu à deux niveaux d'intervention de ces dernières. Le premier niveau d'intervention consiste en la mise en place d'un système d'information thérapeutique pour le suivi des patients diabétiques et l'introduction de rappels informatiques dans les dossiers des patients à destination des médecins et le second à la mise en place de consultations d'IDSP, sur adressage des généralistes et pour les patients volontaires, pour l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2.

Notre évaluation médico-économique se fonde sur une étude avant-après, rétrospective, avec groupes témoins. L'évaluation de l'efficacité s'appuie à la fois sur la mesure du processus (6 indicateurs de la qualité du suivi) et du résultat de soins (contrôle de l'équilibre glycémique *via* l'hémoglobine glycosylée, l'HbA1c). La mesure de l'efficience s'appuie sur la mise en regard de ces résultats avec les coûts directs pour l'Assurance maladie majorés des coûts induits par l'intervention de l'IDSP.

Pour l'évaluation de l'impact sur le résultat de soins, 588 patients Asalée diabétiques de type 2 sont comparés à 202 patients diabétiques de type 2 suivis par des médecins « standard » (ne bénéficiant de l'intervention d'IDSP dans leur cabinet) de l'Observatoire de la Médecine générale de la SFMG. Pour l'évaluation de l'impact sur le processus de soins et les coûts, 838 patients Asalée diabétiques de type 2 sont comparés à 1 018 autres patients diabétiques de type 2, assurés des Deux-Sèvres et suivis par des médecins généralistes « standard » de ce département (ne bénéficiant de l'intervention d'IDSP dans leur cabinet).

Nous montrons notamment que la proportion de patients diabétiques de type 2 avec une HbA1c maintenue ou ramenée à 8 % ou en deçà, est plus importante dans Asalée que dans le groupe témoin ($p < 5\%$). Nous montrons également que la proportion de patients diabétiques de type 2 qui deviennent ou restent bien suivis pour chacun des 6 indicateurs de processus est plus importante dans le groupe Asalée que dans le groupe témoin ($p < 5\%$). Enfin, ces améliorations consécutives à la mise en place de l'expérimentation Asalée peuvent-être considérées comme efficaces puisqu'il n'y a pas de différences significatives dans l'augmentation tendancielle des coûts directs du suivi des patients diabétiques de type 2 pour l'Assurance Maladie entre les patients Asalée et ceux du groupe témoin.

Au final et comparativement au modèle dominant de l'organisation de la délivrance des soins en France en médecine générale, il s'agit donc d'une stratégie plus efficace et surtout plus efficiente.

✎ *Le rapport de recherche pour la Haute Autorité de Santé est en cours de rédaction.*

✎ *Les publications IRDES, comme l'écriture des articles, sont en cours de rédaction.*

✎ *Cette recherche a été soumise pour deux communications, l'une pour l'ECHE 2008 et l'autre pour la WONCA 2008.*

A156. Soins de santé primaires dans les systèmes modernes de santé

Yann Bourgueil, Véronique Lucas, Anna Marek, Julien Mousquès

Ce projet est une réponse à l'appel d'offres de la DSS paru au cours de l'année 2007.

L'objectif de l'étude qui est principalement bibliographique est, dans un contexte de raréfaction de la ressource humaine en santé et de gestion croissante des maladies chroniques, de recenser et d'analyser les différents systèmes d'organisation des soins primaires existant dans les pays développés. Il comprend :

- a) La description des modèles d'organisation des soins primaires dans un échantillon large de pays et élaboration d'une typologie selon une grille d'analyse type qui distingue :
 - l'organisation des soins primaires dans les pays retenus au regard des services offerts à la population et à leur organisation,
 - les grands principes d'organisation et de financement des systèmes de santé étudiés (financement assurantiel / impôt, niveau de décentralisation, modes de régulation des professions de santé en secteur ambulatoire).

Ces dimensions d'analyse nous permettront d'interroger les modèles étudiés au regard du système de santé français.

- b) L'analyse des modèles et travaux visant à évaluer la performance de ces modèles d'organisation

Elle s'appuiera sur une revue de la littérature sur les travaux publiés visant à évaluer les résultats en termes de qualité, de santé publique, d'efficacité et d'efficience des différents modèles d'organisation des soins primaires.

✎ *Un rapport d'étape et une présentation des résultats ont été réalisés en septembre 2007 et en février 2008.*

✎ *Le rapport final est prévu pour la mi-avril.*

2.1.2 Les travaux prospectifs dans le cadre des politiques publiques

B017. Temps de travail et activité des médecins généralistes libéraux : quels enseignements pour un renforcement de la coopération avec d'autres professionnels ?

Yann Bourgueil, Chantal Cases, Philippe Le Fur

Ce travail a été réalisé à la demande de la HAS pour s'intégrer dans le rapport du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum sur « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé ».

Les objectifs étaient d'une part de rassembler l'ensemble des données existantes en 2007 sur la décomposition du temps de travail des généralistes, d'autre part de décrire l'activité médicale des praticiens tout en s'interrogeant sur les domaines qui pourraient faire l'objet d'une coopération avec d'autres professionnels de santé.

Ce travail a permis de constater qu'il existait une forte variabilité du temps de travail libéral entre médecins, mais les écarts semblent se réduire, notamment entre hommes et femmes et entre les différentes générations de médecins.

Nous avons également constaté qu'il existait un volume important de temps consacré à d'autres tâches que celles effectuées auprès du patient. Si certaines d'entre elles sont essentielles à la qualité de son activité et non déléguables, comme la formation permanente, d'autres, comme les tâches d'administration, de secrétariat, de gestion ou même d'entretien sont largement déléguables, à des coûts inférieurs, à d'autres professionnels que les professionnels de santé. Toute la question est de savoir pourquoi cette délégation n'est pas plus fréquente ; on peut penser notamment, au vu des écarts de situation constatés entre modes d'exercice, que l'extension de l'exercice en groupe pourrait être un facteur favorable à cette délégation par la mise en commun de personnel.

Enfin, en ce qui concerne le temps médical proprement dit, on peut constater que les pistes expérimentées à l'étranger, en particulier la délégation d'une partie du suivi des pathologies chroniques stables, en intercalant des séances de suivi infirmier entre les séances de suivi par un médecin, et de certains actes de prévention comme les vaccinations, serait de nature à épargner une quantité non négligeable de temps médical. Cette démarche permettrait sans doute d'améliorer également la qualité de ce suivi en faisant une plus grande place à la prévention et à l'éducation pour la santé des patients dans cadre de ce suivi infirmier et en concentrant le temps d'expertise médicale sur des situations qui le nécessitent.

Cependant, l'analyse des diagnostics et motifs de consultation, en particulier pour l'hypertension artérielle, l'hyperlipidémie et le diabète montre que ce suivi concernera alors une grande part de patients polypathologiques, présentant souvent des facteurs de risque cardiovasculaires multiples. Ainsi, dans le cadre du suivi du diabète de type 2, les deux-tiers des séances de généralistes concernent des patients qui ont déjà soit une hypertension artérielle, soit une hyperlipidémie ou encore ces deux affections réunies. On ne se place donc plus dans le cadre de la prévention de ces risques mais bien dans celui de leur prise en charge. Dès lors, c'est autour de cet ensemble de pathologies cardiovasculaires que devrait s'organiser cette coopération, ce qui suppose l'élaboration de recommandations et de formations adaptées. Ces résultats confirment également l'importance de définir des référentiels et des protocoles contextualisés aux conditions de la pratique en médecine générale.

L'existence de certaines comorbidités fréquentes, mais qui ne sont pas en relation directe avec les affections prises en charge, doit être recherchée dans la mesure où elles retentissent sur les modalités mêmes de ces prises en charge. Ainsi en est-il par exemple de l'arthrose ou encore des lombalgies qui sont susceptibles de favoriser la sédentarité des patients alors même que l'activité physique, tout comme d'ailleurs le programme alimentaire, participent aux fondements de la prise en charge d'un certain nombre d'affections ou de facteurs de risque cardio-vasculaires. Enfin et surtout, la complexité des situations, restituée par l'analyse, souligne l'importance d'une approche personnalisée et singulière de la prévention et de l'éducation thérapeutique.

Une évaluation grossière des volumes d'activité concernés par ces trois affections chroniques analysées laisse penser qu'un temps complet d'infirmière consacrée à ce suivi ne peut être obtenu qu'en l'associant à plusieurs médecins, même si une partie de son activité serait vraisemblablement aussi une extension de celle actuellement réalisée par les médecins généralistes auprès de ces patients. C'est également ce qui ressort des éléments issus des expériences étrangères.

On pourrait envisager des coopérations du même type pour des personnes atteintes d'autres pathologies chroniques, notamment les pathologies respiratoires qui, tout en représentant des volumes moindres, sont également fréquemment traitées en médecine générale.

Enfin, ce travail a également permis de mettre en évidence le manque criant en France d'informations représentatives au plan national sur les temps de travail et le contenu de l'activité des médecins et des autres professionnels de santé, alors même que l'on cherche actuellement à réorganiser l'offre de soins ambulatoire.

 *Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé – HAS - Rapport du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum. Contribution n°9 : Temps de travail et activité des médecins généralistes libéraux : quels enseignements pour un renforcement de la coopération avec d'autres professionnels ? Bourgueil Y., Cases C., Le Fur P.*

 *Les enseignements de la politique des réseaux et des maisons pluridisciplinaires de santé. Bourgueil Y. In Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé, Paris HAS, 2007/12, 261-291*

 *Temps de travail et activité des médecins généralistes libéraux : quels enseignements pour un renforcement de la coopération avec d'autres professionnels, Bourgueil Y., Cases C., Le Fur P. In Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé, Paris HAS, 2007/12, 147-186*

 *Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : premiers enseignements des expériences internationales, Bourgueil Y., Chambaretaud S., Marek A., Mousquès J. In Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé, Paris HAS, 2007/12, 46-59*

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 étapes visent à traduire cette définition dans un référentiel pouvant être testé d'une part par les URCAM aux moyens des bases de données qui sont à leur disposition où qu'elles peuvent mobiliser 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 DRDR¹⁵. La quatrième étape a pour objectif de produire un bilan de ces travaux. .

La première étape qui a été achevée à la fin de l'année 2006 a consisté à choisir et à investiguer des pays ayant une expérience en termes d'organisation des soins primaires (Royaume-Uni, Pays-Bas,

¹⁵ *Dotation Régionale de Développement des Réseaux.*

Norvège, Québec, Catalogne, Italie). Cette investigation a comporté l'analyse de la littérature, la réalisation d'entretiens et le cas échéant des 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. Un rapport final a été produit mi 2007. La deuxième phase du projet devait se dérouler en 2007 et comporter un travail spécifique sur les territoires et la mobilisation du référentiel par les URCAM.

 *Ce projet s'est arrêté au stade de sa première étape. Un rapport rassemblant les principales conclusions de l'exploration dans les pays étrangers et les conclusions du groupe de travail a été livré aux partenaires en juin 2007.*

 *Une synthèse du rapport est prévue pour 2008.*

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 MER¹⁶, 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 techniques que financières, plus abondant. 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 sur les travaux réalisés et en cours ainsi que sur les ressources externes à l'HAS (ministère, CNAMTS, mission Mattéi...).

La nature du projet a donc 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 d'une part et la participation à l'élaboration de la recommandation générale d'autre part.

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

La collaboration s'est poursuivie en 2007 avec la participation de Yann Bourgueil au comité de suivi.

 *Les travaux ont débouché sur la publication d'un rapport d'étape par l'HAS en avril 2007 et d'une proposition de recommandation le 17 décembre 2007.*

 *Le travail arrivant à son terme au début de l'année 2008, la collaboration DREES IRDES se terminera avec la publication d'une recommandation finale par l'HAS.*

¹⁶ Manipulateur en Electroradiologie.

A060. Comparaisons internationales sur la médecine de groupe et les réseaux

Yann Bourgueil, Julien Mousquès

Cette étude finalisée en 2006 a fait l'objet d'une actualisation et d'une publication sous forme d'un rapport IRDES et d'un « Questions d'économie de la santé » en 2007.

 *Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives.* Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J., avec la collaboration de Falcoff H. et Chevreul K. Rapport IRDES n°1675, 2007/11, 175 pages.

▶ <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/BiblioResumeEtSommaire/2007/rap1675.htm>

 *Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ?* Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. *Questions d'économie de la santé* IRDES n°127. Novembre 2007 ▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes127.pdf>

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

Yann Bourgueil, Karine Chevreul, Anna Marek, Julien Mousquès

L'article prévu pour la Revue française des Affaires sociales a été abandonné.

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

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

Avec la collaboration de Rémi Bataillon et Jean-Louis Samzun (URML Bretagne), Lise Rochaix (HAS)

L'objectif de cette étude est de décrire la pratique de groupe, de la comparer avec la pratique individuelle et d'identifier les éventuels leviers utilisables par les décideurs publics à travers l'identification des motivations des médecins évoluant en groupe ou non.

L'échantillon de médecins étudié est un panel représentatif de médecins généralistes bretons, constitué par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne (URML). Il est composé de 120 médecins généralistes libéraux. Il s'agit d'une étude pilote réalisée en 2006. Le taux de réponse a été voisin de 80 % et notre échantillon compte près de 60 % de médecins exerçant dans un cabinet de groupe.

Nous mettons notamment en avant, au travers de cette enquête, que les médecins exerçant en groupe sont plus jeunes et ont davantage d'enfants. Les motivations pour un exercice en groupe relèvent plus de la qualité de l'exercice par la mise en commun de moyens que d'une volonté d'améliorer la qualité des soins. Au niveau du cabinet, les groupes offrent plus de moyens, que ce soit au niveau de l'équipement informatique ou bien médical. Les groupes offrent également des plages d'ouverture plus étendues que les cabinets individuels.

Le cadre actuel du regroupement des médecins semble attractif pour ces derniers et semble également améliorer l'accès aux soins et offrir plus de services aux patients. La mise en place d'incitations financières à l'installation en groupe sans contreparties telles que l'obligation de fournir certains services à la population, ou l'incitation à la coopération entre professionnels risque de favoriser un effet d'aubaine chez les médecins sans bénéfices supplémentaires pour la population.

 *Julien Beauté, Yann Bourgueil, Julien Mousquès (IRDES) avec la collaboration de Rémy Bataillon, Jean-Louis Samzun et Lise Rochaix (HAS). Baromètre des pratiques en médecine libérale. Résultats de l'enquête 2006 : « L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons ». Document de travail IRDES n°5. 08/2007*

 *Un article pour Pratiques et organisation des soins et en cours de rédaction*

 *Julien Beauté, interne de santé publique de novembre 2006 à mai 2007 a soutenu sa thèse sur ce sujet en septembre 2007.*

A122. Etude sur la régulation du Task shifting dans la prescription des traitements antirétroviraux dans les pays en voie de développement

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. 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.

↳ *Angela Bergeret et Yann Bourgueil ont présenté les résultats de leurs travaux au cours d'un séminaire international qui s'est tenu le 12 février au siège de l'OMS à Genève.*

📄 *L'IRDES a finalisé un document bibliographique en anglais pour l'OMS en mars 2007 qui a clôturé le contrat avec l'OMS.*

📄 *Une publication sous forme de working paper est envisagée*

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

Le pôle 2 s'organise autour de projets de recherche s'intéressant tous tant à l'offre qu'à la demande de soins relatifs à l'hospitalisation classique et aux alternatives à l'hospitalisation. L'année 2007 a été une phase de finalisation et de valorisation de projets mais certains de démarrage de nouveaux travaux autour à la fois de l'organisation, du financement, de qualité et du recours aux soins hospitaliers et alternatifs. Les bases de données administratives étant en transition suite aux réformes de tarification, une expertise a été menée sur la qualité des données disponibles et la réflexion se poursuivra en 2008. Il faudra attendre 2009 ou 2010 pour pouvoir disposer de recueils uniformes de l'activité hospitalière.

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, Thomas Renaud

Notre étude portait sur le cancer du côlon chez les assurés sociaux de la région Île-de-France. Les objectifs principaux étaient d'estimer le coût de prise en charge de cette pathologie l'année suivant sa découverte, d'isoler les principaux facteurs déterminants de ce coût de prise en charge et, par ailleurs, de caractériser les trajectoires (spatiales) des patients et les rapprocher de l'offre de soins disponible localement.

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. Les fortes disparités départementales de coût sont 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.

Cette étude a déjà donné lieu à la publication d'un rapport IRDES et d'un numéro de Questions d'Économie de la Santé.

En 2007, un article scientifique a été rédigé et soumis à la revue Pratiques et Organisations des Soins. Il est actuellement dans le processus de révision suite à un premier avis favorable de cette revue, conditionnellement à des modifications mineures.

- ✎ *Quel est l'impact des pratiques médicales sur le coût de prise en charge du cancer l'année suivant le diagnostic ? Le cas du cancer du côlon en Ile-de-France, Renaud T., Com-Ruelle L., Lucas-Gabrielli V., en cours de révision pour re-soumission à la revue Pratiques et Organisation des Soins.*
- ✎ *Un article sous l'angle géographique sera écrit en 2008 et destiné à une revue anglosaxonne.*

A051. La Qualité des soins en France : État 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.

- ✎ *Présentation au cours d'un séminaire IRDES en juin 2007 : La qualité des soins en France. Comment la mesurer pour l'améliorer ? Zeynep Or.*

- ✂ *Un article pour la revue d'Économie Médicale est prévu pour 2008.*
- ✂ *Qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? Communication aux Evénements de l'année 2008 en Économie Médicale, Paris, 11 janvier 2008, Zeynep Or, Laure Com-Ruelle*

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

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

Un rapport concernant cette étude a été remis à la DHOS en août 2006. L'étude s'est poursuivie ensuite pour donner lieu à la publication d'une synthèse dans un numéro de « Questions d'économie de la santé » début 2007. Puis le travail a été finalisé et sera publié prochainement sous la forme d'un rapport IRDES début 2008.

En voici les principaux résultats. 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.

📄 *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 IRDES n° 119. Février 2007
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes119.pdf>

📖 *Soins de réhabilitation et d'accompagnement : une analyse comparative des coûts d'hospitalisation à domicile et en établissement.* Anissa Afrite, Laure Com-Ruelle, Zeynep Or, Thomas Renaud, Rapport Annexe IRDES à paraître début 2008 + annexe.

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 signée en 2007, mais la réalisation de l'étude souffre de la difficulté d'obtenir des données de coût et de qualité hospitalière.

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

Zeynep Or, Thomas Renaud

Une exploitation seconde de la base de l'étude nationale de coûts MCO¹⁷ 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 à toutes les équipes.

¹⁷ *Médecine, chirurgie, obstétrique*

Le rapport final a été rendu à la DREES en décembre 2006. En 2007 l'IRDES a réalisé un complément d'étude consistant en une modélisation multi-niveau.

✉ *Un numéro spécial de Dossier Solidarité et Santé de la DREES est prévu pour 2008. Une analyse transversale de l'ensemble des résultats est écrite par Zeynep Or et Thomas Renaud pour cette publication, en plus d'un focus sur le traitement de l'appendicite. La coordination de cette publication est réalisée par le CES et l'IRDES conjointement.*

A138. Accès aux soins hospitaliers (SROS 3)

Laure Com-Ruelle, Véronique Lucas-Gabrielli, Magali Coldefy

L'élaboration du SROS de 3ème génération s'inscrit dans un cadre rénové de la planification sanitaire. L'ordonnance du 4 septembre 2003 a fortement modifié le dispositif de planification sanitaire : suppression de la carte sanitaire et de ses indices de besoins et SROS comme outil unique de planification sanitaire (et élargissement de son champ de compétence à la prévention, les soins médicaux-sociaux). Le territoire de santé se substitue au secteur sanitaire et devient le cadre réglementaire de l'organisation des soins. Les projets médicaux sont désormais territorialisés et font l'objet d'une concertation entre les acteurs du champ de la santé au sens large (médicaux et sociaux), les élus et les usagers.

Afin d'adapter au mieux ce nouveau découpage aux contextes locaux, les régions, à travers les agences régionales d'hospitalisation, disposaient d'une totale liberté dans les méthodes employées pour dessiner cette nouvelle carte de l'organisation des soins.

Nous avons recensé les différentes méthodologies utilisées et argumentées par les régions pour conceptualiser et dessiner cette nouvelle aire de planification. Quels sont les découpages réalisés ? Avec quels concepts (distance, temps, flux, découpages administratifs, projets) et quelles méthodes ?

📄 *Document de travail à paraître.*

📄 *Regional healthcare planning, Lucas-Gabrielli V., Coldefy M., 2007, Health Policy Monitor (fiche Bertelsmann) ▶ http://www.hpm.org/en/Surveys/IRDES/10/Regional_healthcare_planning.html?*

A139. Etude du PMSI HAD

Laure Com-Ruelle, en collaboration avec la DREES

Au dernier trimestre 2007, nous avons bâti un programme de travail sur le domaine de l'hospitalisation à domicile (HAD) avec la DREES qui avait sollicité l'IRDES du fait de son expertise en la matière.

Ces travaux porteront sur les premières bases du PMSI HAD, 2005 et 2006. Ils s'étaleront sur toute l'année 2008. Après exploration et apurement des données contenues dans le PMSI HAD et leur appariement avec la SAE, le travail a pour objectif la description de l'activité d'HAD et de l'évolution des motifs de prise en charge. Des analyses complémentaires seront menées sur l'impact éventuel de la T2A sur la gestion des séjours, la trajectoire des patients et la complémentarité avec l'hospitalisation classique. Ces travaux seront suivis de leur valorisation au travers de publications.

📄 *Un cahier des charges a été élaboré et signé début 2008.*

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

Laure Com-Ruelle (IRDES), en collaboration avec Karine Chevreul (URC Eco IdF), Serge Canape (DGAS), Pierre Gabach, Patrick Prévost et Yannick Eon (CNAMTS) et les fédérations hospitalières partenaires

Beaucoup de SSIAD déclarent prendre en charge des patients « lourds » dont la dépendance est importante mais qui ne relèvent toutefois pas d'une prise en charge en HAD. Ceci générerait du déficit ou contraindrait les SSIAD à diminuer le nombre de patients pris en charge en deçà du nombre correspondant à la dotation globale qu'ils reçoivent.

Le groupe de travail réuni dès 2006 a monté une enquête auprès de 2 179 patients observés dans 36 SSIAD différents dont certains adossés à une HAD : le questionnaire a été élaboré par les personnes citées et le terrain, organisé par la DGAS et la CNAMTS, s'est déroulé au second trimestre 2007 avec l'appui de certaines fédérations.

L'analyse des résultats a démarré fin 2007 et s'est poursuivie début 2008 ; des présentations des premiers résultats ont été effectuées auprès des instances impliquées (fédérations puis ministère, IGAS, IGS, DGRPP, CNSA, etc.) et un séminaire IRDES y sera consacré en avril 2008. Elle comporte une description des patients pris en charge en SSIAD, en mesure les coûts et leur variabilité. Elle en identifie les déterminants dans le but de développer, courant 2008, un nouvel outil de tarification qui permettrait une meilleure allocation des ressources tout en répondant aux besoins de l'ensemble des patients.

A150. Lien entre volume d'activité et qualité dans les établissements de santé

Laure Com-Ruelle, Zeynep Or, Thomas Renaud

Ce projet de recherche vise deux objectifs principaux :

- fournir une revue systématique de littérature du rapport volume/qualité des soins afin d'identifier les champs pertinents de discussion en la matière et les résultats selon les contextes ;
- exploiter les données françaises existantes dans le contexte du système de santé national pour fournir des éléments quantitatifs nouveaux sur la relation volume-qualité, à partir d'un cadre d'analyse pertinent et robuste.

Cette étude a commencé à la fin du premier semestre 2007.

La première étape du travail était de fournir une analyse synthétique de l'ensemble des connaissances disponibles à ce jour sur les liens entre le volume d'activité et la qualité des soins au sein des établissements de santé. Cette revue de la littérature s'est terminée en novembre 2007 et comporte deux parties distinctes. Une première partie est consacrée à l'analyse des théories établissant les mécanismes sous-jacents de l'association entre le volume et la qualité et la deuxième partie fournit une analyse systématique des 175 études empiriques qui ont tenté d'établir un lien entre le volume d'activité et la qualité.

 *Un rapport a été présenté à la HAS en novembre. « Relation entre volume d'activité et qualité des soins dans les établissements de santé : Enseignements de la revue de la littérature », Com-Ruelle L., Or Z., Renaud T.*

 *La rédaction d'un quatre pages est en cours.*

 *La publication d'un rapport IRDES est prévue.*

A154. Etude de la place et du rôle des associations dans les hôpitaux

Michel Naïditch

Il s'agit d'une étude commandée par l'APHP et destinée à analyser les rapports de travail que cette institution a développés avec les associations de malades et d'usagers de manière à définir et outiller une politique globale vis-à-vis d'eux.

Ce travail s'inscrit dans un contexte réglementaire où la mise en place de la commission d'agrément, destinée à déterminer celles des associations qui seront éligibles à représenter les usagers au sein des établissements, remet en cause les formes de participation et de travail existant au sein des services des associations qui ne souhaitent pas s'engager dans ce chemin. Et ce, alors que les professionnels déjà déstabilisés par la demande de plus de responsabilité et d'autonomie de la part des malades dans les choix thérapeutiques ont du mal à donner du sens à cette nouvelle forme d'action collective.

Cette étude essentiellement qualitative repose sur une série d'entretiens et d'observations des expériences de travail commun professionnels /associations. A partir des résultats ainsi obtenus, en utilisant des méthodes de type participatives, une série de focus groups auxquels ont participé toutes

les catégories de professionnels et d'usagers associatifs, isolément, puis ensemble, a permis d'arriver à un consensus raisonnable sur un ensemble de difficultés rendant difficiles des démarches coopératives et de hiérarchiser une série de propositions destinées à les réduire.

☞ *Ce rapport a donné lieu à un rapport final et à une série de présentations au sein de l'APHP.*

☞ *Un article est en voie de rédaction à destination d'une revue de sciences sociales non encore fixée.*

A155. Evaluation du réseau Gynecomed

Michel Naïditch

Le réseau Gynecomed est un réseau ville hôpital centré sur le suivi du cancer du sein après *primo* traitement. Il est né en 2001 d'une double volonté :

- celle de l'institut Curie qui était de pouvoir se libérer de la tâche de suivi d'une partie de ses patientes : celles considérées comme de bons pronostics à la condition toutefois de mettre en place les conditions permettant de garantir un suivi de qualité au moins équivalent à celui assuré par Curie jusque-là ;
- celle des gynécologues membres d'une association de formation continue qui était de pouvoir continuer à suivre, après traitement chirurgical, les patientes qu'ils avaient diagnostiquées, mais aussi de « récupérer » d'anciennes patientes suivies antérieurement.

Le réseau avait d'emblée une vocation régionale dans la mesure où il s'agissait de construire une organisation du suivi adaptable à toute la région à partir d'un protocole très simple de suivi et pour cela de recruter un maximum de gynécologues de la région ainsi que ceux des établissements ayant une file active de cancer du sein importante. Il avait aussi un objectif à terme plus lointain : favoriser le suivi par les médecins généralistes.

L'étude actuelle fait suite à deux autres évaluations du réseau portant sur la période 2003/2005 et publiées dans deux rapports.

Pour la présente évaluation à visée plutôt interne et informative, nous avons adapté une perspective plutôt constructiviste de façon à mieux comprendre comment s'étaient négociés entre professionnels hospitaliers et de ville les priorités d'action et le nouveau partage des tâches et des responsabilités. On peut en effet considérer ce réseau comme un exemple de nouvelles formes de coopération/partage de tâches, mais à une échelle beaucoup plus vaste que la majorité des expérimentations menées sous l'égide de la HAS.

Par ailleurs cette évaluation visait aussi une meilleure connaissance des effets et conséquences pour les patientes de ce changement majeur en matière de responsabilité de suivi des professionnels responsables.

☞ *Le rapport sera finalisé fin avril.*

☞ *Cette évaluation a déjà donné lieu à deux présentations publiques de ses résultats.*

☞ *Deux articles sont en préparation visant des revues de santé publique et de sciences sociales.*

A174. Réflexion pour la préparation des bases de données sur les soins hospitaliers

Laure Com-Ruelle, Nelly Le Guen

Les récentes réformes portant sur la tarification des actes influent à la fois sur les bases de données PMSI et sur les données de la liquidation par l'Assurance maladie. Elles rendent certains travaux difficiles du fait d'un manque d'homogénéité des nomenclatures utilisées. Il en est ainsi pour le codage des actes professionnels dans les données de l'EPAS (NGAP et CCAM) mais surtout de la tarification à l'activité des séjours hospitaliers (secteur privé ex-OQN en T2A alors que le secteur public et privé ex-BG apparaissent encore totalement en PJ pour 2006. La reconstitution des séjours hospitaliers dans l'appariement ESPS-EPAS est possible mais la comparaison des dépenses ne l'est pas.

Une exploration des bases d'Assurance maladie s'est faite en 2007 dans ce sens et va se poursuivre en 2008 avec le but notamment de travailler sur les parcours de soins. Un partage d'expérience est envisagé avec les personnes de la CNAMTS qui réalisent des explorations similaires mais sur des pathologies différentes. L'IRDES travaillera en particulier sur la maladie asthmatique.

2.2.2 Médicaments à l'hôpital

A124. Mise en place d'une collaboration avec un centre de recherche italien (CERM) pour un travail de comparaison France/Italie, notamment sur le médicament à l'hôpital

Nathalie Grandfils

Cette collaboration n'a pu être mise en place en raison de la perte de contacts avec nos correspondants italiens.

2.2.3 Soins psychiatriques

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, Sandrine Lorand, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès

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.

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. La DREES a donc chargé l'IRDES d'accroître ce nombre en intégrant aux données recueillies celles provenant des établissements ayant complété le PMSI psychiatrique à la même période, ce qui a été fait en 2006 (cf. compte rendu d'activité 2006).

A l'issue de ce travail, l'IRDES, à la demande de la DREES, a réalisé trois études :

- la morbidité des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale,
- l'évolution entre 1993 et 2003 des caractéristiques des patients pris en charge à temps complet dans les établissements de psychiatrie générale,
- les caractéristiques sociodémographiques et la morbidité des patients hospitalisés sans consentement dans les secteurs de psychiatrie générale.

☞ *La morbidité des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale.* Le Fur P., Lorand S., Lucas-Gabrielli V., Mousquès V., In La prise en charge de la santé mentale, Coldefy M. (coor. par), Collection Etudes et Statistiques, Paris : la Documentation française, 2007/11, 145-171.

▶ <http://www.sante.gouv.fr/drees/santementale/3-2.pdf>

☞ *Évolution entre 1993 et 2003 des caractéristiques des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale.* Le Fur P., Lorand S., Lucas-Gabrielli V., Mousquès V., In La prise en charge de la santé mentale, Coldefy M. (coor. par), Collection Etudes et Statistiques, Paris : la Documentation française, 2007/11, 173-181. ▶ <http://www.sante.gouv.fr/drees/santementale/3-3.pdf>

☞ *Les hospitalisations sans consentement en psychiatrie : Caractéristiques sociodémographiques et morbidité des patients.* Le Fur P., Lorand S., Lucas-Gabrielli V., Mousquès V., In La prise en charge de la santé mentale, Coldefy M. (coor. par), Collection Etudes et Statistiques, Paris : la Documentation française, 2007/11, 223-231. ▶ <http://www.sante.gouv.fr/drees/santementale/3-6b.pdf>

A044 - Évaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés (CCOMS¹⁸)

Julien Mousquès

Sous la responsabilité de Denis Leguay (CCOMS). Dans le cadre du pôle de recherche « Evaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés » du CCOMS

Ce projet a été abandonné faute de financement.

A143. Une approche de la construction sociale et territoriale de la prise en charge de la maladie mentale, à travers l'analyse de l'histoire des processus de localisation et de découpage structurant l'offre de soins de psychiatrie en France

Magali Coldefy - Thèse

Encadrement IRDES : Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès

Ce projet de thèse se propose, en utilisant les différentes méthodes d'analyse spatiale et statistique, mais aussi l'exploitation de données d'archives et d'entretiens, de représenter cette géographie et d'expliquer les processus de structuration territoriale de l'offre de soins en psychiatrie en France.

La première partie du projet concerne l'analyse de l'implantation et de la diffusion spatio-temporelle des hôpitaux psychiatriques aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles. L'année 2007 a été consacrée à la réalisation de la base de données nécessaire à cette analyse. A partir d'archives historiques, de fichiers administratifs, d'ouvrages d'historiens, cette base recensant la localisation et l'année de création des établissements a été mise au point. Son analyse est prévue au cours du premier semestre 2008.

- ✉ *Communication lors du congrès de l'Aapimep (Association Aquitaine pour l'Information médicale et l'Epidémiologie en Psychiatrie), « Géographie de la psychiatrie », le 27 avril 2007, à Bayonne.*
- ✉ *Communication lors des Journées nationales jeunes chercheurs du Comité national français de Géographie, « Pour une approche géographique de l'histoire de la psychiatrie française », les 23-24 mai 2007, à l'Université Paris 12 Créteil.*
- ✉ *Communication lors du colloque Villes et Santé mentale : projections, politiques, ressources, symptôme de la Fédération de Recherches des Sciences de la Ville, « Les apports des expériences étrangères pour une approche géographique de la « désinstitutionalisation à la française », les 29-30 mai 2007, à l'Université Paris Diderot Paris.*
- 📄 *Coldefy M., Rappel historique de la prise en charge de la maladie mentale en France, in Coldefy M. (sous la coord.), La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques, 2007, pp. 17-21.*

¹⁸ Centre collaborateur (français) de l'OMS

2.3 Pôle 3. État 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

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. Chaque année, un rapport rassemblant l'ensemble de ces indicateurs est publié par la DREES. L'IRDES fournit des données et participe à la rédaction des fiches constituant ce rapport.

Cette année, l'enquête ESPS étant biannuelle, nous n'avons fourni aucune nouvelles données pour le rapport 2007. Cependant, nous avons contribué au travail de relecture des mises à jour des fiches suivantes : 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).

 *L'état de santé de la population en France – Rapport 2007, Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique, coordonné par la DREES du ministère de la Santé, Collection Etudes et Statistiques, Documentation Française, 2007.*

A017. Signification et validation du minimodule européen

Caroline Allonier, Catherine Sermet

La plupart des enquêtes de santé nationales (ESPS, enquête Santé) ou internationales utilisent désormais trois indicateurs synthétiques de santé regroupés sous le nom de minimodule européen afin d'explorer l'état de santé lors des enquêtes santé par interview. Ces indicateurs explorent trois dimensions de la santé : un indicateur de santé perçue qui explore le bien-être global, un indicateur de maladies chroniques et un indicateur d'incapacité. Si l'indicateur de santé perçue ainsi que, celui concernant les limitations fonctionnelles ont été largement explorés, celui concernant les maladies chroniques l'a moins été. A notre connaissance, peu de travaux permettent de comprendre ce que reflète l'indicateur synthétique « maladies chroniques ». A l'instar de l'indicateur de santé perçue et de celui sur les limitations fonctionnelles, il a cependant été officiellement adopté pour l'évaluation des politiques publiques et sera systématiquement inclus dans les enquêtes santé nationales ainsi que dans l'enquête européenne SILC en tant qu'indicateur synthétique.

Afin de comprendre ce que reflète cet indicateur synthétique de « maladies chroniques », notre travail met en relation cet indicateur avec une liste de maladies chroniques. Plus précisément, nous étudions si cet indicateur synthétique est superposable à un indicateur reconstitué à partir d'une liste de maladies et si les différences de déclarations de maladies chroniques entre ces deux indicateurs sont les mêmes selon l'âge et le sexe. Enfin, nous cherchons à mettre en évidence les maladies qui impliquent une réponse positive à l'indicateur synthétique et si ces maladies sont identiques selon le sexe et l'âge. Ce travail méthodologique est réalisé à partir de l'enquête ESPS 2004 qui offre l'opportunité de mettre en relation différentes mesures de l'état de santé notamment des indicateurs synthétiques validés à un niveau européen et des indicateurs de morbidité.

Nous constatons que 26,3 % des personnes interrogées déclarent souffrir d'au moins une maladie chronique alors qu'elles sont 58 % à souffrir d'au moins une des 21 maladies chroniques listées. La différence entre ces deux indicateurs est plus importante chez les femmes que chez les hommes. De même cette différence est également plus forte chez les personnes d'âges médians. Si les maladies de risque vital élevé sont fortement liées au fait de déclarer une maladie chronique, les pathologies

douloureuses type mal de dos et maladies articulaires ont quant à elles peu d'impact sur l'indicateur synthétique. L'impact de ces pathologies sur l'indicateur synthétique est plus fort chez les hommes que chez les femmes.

☞ *Un article actuellement en cours de rédaction sera proposé à une revue à comité de lecture en 2008.*

Alcool

Une série de travaux sur l'état de santé s'articule autour du risque alcool. Ce programme comprend en particulier des analyses de données issues des enquêtes santé et protection sociale (ESPS) de l'IRDES et de l'enquête santé décennale (ES 2002-2003) de l'INSEE. Il intègre en outre des projets de l'Institut de recherche sur les boissons (IREB) réalisés en collaboration avec l'IRDES et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).

Une première série de travaux menés à partir des données des ESPS et ES fait le tour des questions d'identification et de prévalence des problèmes d'alcool en France en population générale et de l'impact des différents profils d'alcoolisation sur la santé et le recours aux soins.

A091. Alcoorama 2007

Laure Com-Ruelle, Marie-Choquet (INSERM), Nicole Leymarie (IREB), Jacques Weill (IREB)

L'IRDES participe à l'élaboration et à l'analyse de l'Observatoire IREB sur les Français et l'alcool à travers une enquête omnibus conduite par ISL auprès d'un échantillon représentatif de la population française de 18 ans et plus. Il vise à dresser un état de l'opinion, des connaissances et des attitudes des Français à l'égard de l'alcool. Réalisé annuellement, il permet de mesurer des évolutions pouvant avoir une influence sur les comportements de consommation. Des analyses explicatives ont été réalisées cette fois pour mesurer l'effet propre du mode personnel de consommation sur les réponses toutes choses égales par ailleurs.

Les résultats de la deuxième édition confirment les enseignements déjà observés en 2006, à savoir que les connaissances des Français sur l'alcool restent très approximatives, qu'il s'agisse des conséquences de l'abus sur la santé ou des repères de consommation. Ils sont pourtant sensibilisés à certains risques et notamment au risque routier. Par rapport à l'édition précédente, les idées fausses sur l'évolution de la consommation d'alcool en France persistent. Une nouvelle question a été posée sur la mémorisation et les effets du message sanitaire figurant depuis plus de quinze ans sur toutes les publicités pour des boissons alcoolisées : « L'abus d'alcool est dangereux pour la santé. A consommer avec modération ». Le mode personnel de consommation d'alcool a une influence propre sur les connaissances et l'opinion des interviewés, à âge et sexe comparables : plus on boit fréquemment et moins on ressent le besoin d'information sur le produit, plus on pense que la consommation a baissé au cours des dix dernières années (ce qui est vrai), plus on situe le seuil de consommation d'alcool présentant un danger pour la santé trop haut, tant chez l'homme que chez la femme, et moins on pratique la recommandation du conducteur désigné (en cas de sortie entre amis et en voiture).

📄 « *Observatoire IREB 2007 – Les Français et l'alcool : évolutions sur un an* ». Laure Com-Ruelle, Marie Choquet (INSERM), Jacques Weill (IREB), *Focus Alcoologie*, 1er trimestre 2008

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

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

Après démonstration de la robustesse des outils d'identification des différents profils d'alcoolisation à travers l'enquête santé 2002-2003 de l'INSEE et l'ESPS 2002 de l'IRDES, ce travail précise les prévalences et les déterminants sociaux et psychosociaux des différents modes de boire à partir des enquêtes ESPS des années 2002 et 2004. Ces résultats sont issus d'une enquête en population générale qui, pour la première fois en France, distingue les modes de consommation d'alcool à risque

des modes sans risque et de non-consommation. Ils mettent en évidence une plus forte probabilité de non-consommation dans les catégories peu aisées.

En France, le risque d'alcoolisation excessive, ponctuel ou chronique, concerne surtout les hommes : plus de quatre hommes sur dix et plus d'une femme sur dix. Entre 25 et 64 ans, il touche un homme sur deux. Ces comportements sont moins fréquents chez les personnes vivant au sein d'une famille, sauf lorsque l'un des membres présente un usage à risque. Les liens entre le risque d'alcoolisation excessive et les catégories socio-économiques sont contrastés. Chez les femmes, le risque n'est patent que pour les cadres alors que chez hommes, il touche aussi bien les ouvriers que les cadres, mais moins fréquemment les employés. Le risque chronique prédomine sur le risque ponctuel lorsque les personnes ont connu des épisodes de précarité au cours de leur vie, chez les hommes de profession intermédiaire, artisans, commerçants ou chefs d'entreprise, ou encore aux revenus faibles.

Un rapport avait été rendu à l'INPES en décembre 2006. La synthèse de ces travaux a été publiée. Des analyses plus fines ont été poursuivies en 2007 avec la rédaction d'une synthèse et d'un rapport IRDES à paraître début 2008. De nombreuses communications ont eu lieu.

↳ *État de santé de la population : apports, limites et perspectives de l'enquête décennale santé. Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : comparaison des données de l'Enquête santé 2002-2003 (ES) et de l'Enquête santé et protection sociale 2002 (ESPS). Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Paris. 4 décembre 2007 (Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Lengagne P.).*

📄 *Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Lengagne P., Questions d'économie de la santé, IRDES n°129. Janvier 2008.*

📖 *Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Lengagne P., Rapport IRDES à paraître.*

A114. Impact du facteur de risque alcool sur l'état de santé et le recours aux soins

Laure Com-Ruelle, Pascale Lengagne

Dans le cadre de ce second travail sur les problèmes d'alcool en population générale, une analyse a été menée sur les liens entre les modes de consommation d'alcool et l'état de santé à partir des enquêtes ESPS 2002 et 2004. En outre, les données d'ESPS 2006 étant disponibles depuis le mois d'octobre 2007, nous y avons ajouté des résultats préliminaires à partir de ces données supplémentaires. Le cumul des années 2002 et 2004 présente un fort intérêt, celui d'apporter plus de précisions dans nos résultats statistiques. De plus, l'ESPS étant un panel, une part suffisante d'individus enquêtés en 2004 sont retrouvés dans l'échantillon d'ESPS 2006, ce qui ouvre de nouvelles perspectives.

Selon nos résultats, les hommes ayant une consommation d'alcool à risque chronique se perçoivent en moins bon état de santé que ceux qui ont une consommation sans risque, toutes choses égales par ailleurs. Cette association est conservée lorsque l'on contrôle par les déclarations de maladies ou par les effets individuels constants dans le temps, ce qui renforce l'idée de l'existence d'un lien direct entre la consommation à risque chronique et un mauvais état de santé perçu. La relation entre la consommation à risque ponctuel et l'état de santé perçu est non significative, pour les hommes comme pour les femmes. Ainsi, par rapport à un consommateur sans risque, un consommateur présentant un risque ponctuel ne se perçoit pas en plus mauvais état de santé ni en meilleur état de santé. Enfin, les non-consommateurs d'alcool se perçoivent en moins bon état de santé que les consommateurs sans risque, quel que soit le sexe.

Ces premiers résultats soulèvent différentes hypothèses et nous permettront de définir des pistes d'approfondissement, notamment sur données longitudinales, pour l'année 2008.

📄 *Les liens entre les modes de consommation d'alcool et l'état de santé en population générale en France, Laure Com-Ruelle, Pascale Lengagne, rapport à l'INPES, décembre 2007.*

📄 *Document de travail en cours de rédaction, Laure Com-Ruelle, Pascale Lengagne.*

Asthme

Plusieurs travaux sur l'asthme ont été menés ou poursuivis en 2007, notamment en collaboration avec des équipes extérieures, et certains ont démarré en 2007.

A022. Asthme (prévalence, comorbidités, qualité de vie, recours aux soins) / ES 2002/03)

Laure Com-Ruelle, statisticien et partenaires extérieurs (InVS, INSERM, DREES)

L'IRDES a collaboré à ce travail réalisé au cours des années 2006 et 2007 et qui a fait l'objet de plusieurs communications et d'un rapport à paraître début 2008.

L'enquête décennale santé 2003, effectuée auprès d'un échantillon représentatif de ménages de France métropolitaine, a couvert le champ de la santé respiratoire grâce à un autoquestionnaire distribué aux participants âgés d'au moins 11 ans. L'analyse a porté sur 1 675 enfants âgés de 11-14 ans et 20 982 adultes âgés de 15 ans ou plus. Au total, 12,7 % des enfants ont répondu avoir déjà eu de l'asthme, 8,3 % déclarant avoir eu des sifflements dans les douze derniers mois. Chez les adultes, la prévalence de l'asthme actuel, défini par la survenue d'une crise d'asthme dans les douze derniers mois ou la prise actuelle d'un traitement pour asthme, était estimée à 6,0 %, et la prévalence des sifflements dans les douze derniers mois était de 12,0 %. L'asthme était associé à une moins bonne qualité de vie et à une fréquence accrue des limitations fonctionnelles et des restrictions dans certaines activités du quotidien. Concernant la vie professionnelle, on observait chez les asthmatiques un risque accru d'avoir interrompu leur travail pour raison de santé pendant au moins un mois ou changé d'activité, ainsi que des taux de chômage au moment de l'enquête et d'inactivité pour raison de santé plus élevés. Enfin, les asthmatiques actuels recouraient plus fréquemment aux soins médicaux.

L'enquête décennale santé 2003 est la première enquête en population générale ayant utilisé des questionnaires standardisés sur la santé respiratoire. Bien que les résultats ne soient pas directement comparables à ceux observés au début des années 90 dans les centres français ayant participé aux enquêtes internationales sur l'asthme, les tendances différentes observées pour la prévalence de l'asthme et pour la prévalence des symptômes d'asthme suggèrent une amélioration du traitement des patients asthmatiques. Néanmoins, le retentissement de l'asthme sur la vie quotidienne est marqué.

↳ *Prévalence de l'asthme : analyse des données de l'enquête décennale santé 2003, Delmas M-C., Leynaert B., Com-Ruelle L., Annesi-Maesano I., Fuhrman C., XI^e Congrès des Pneumologues de langue française, Palais des Congrès, Lille, 8-11 février 2008*

↳ *Prévalence de l'asthme et impact sur la vie quotidienne : les apports de l'Enquête décennale Santé 2002-2003, Delmas M-C., Leynaert B., Com-Ruelle L., Annesi-Maesano I., Fuhrman C., Colloque État de santé de la population : apports, limites et perspectives de l'enquête décennale santé, Paris, 4 décembre 2007*

📖 *Asthme : prévalence et impact sur la vie quotidienne : Analyse des données de l'enquête décennale santé 2003 de l'INSEE Delmas M-C., Leynaert B., Com-Ruelle L., Annesi-Maesano I., Fuhrman C., Rapport InVS, février 2008*

A117. Asthme par stade de gravité : prévalence et recours aux soins (ESPS)

Anissa Afrite, Caroline Allonier, Laure Com-Ruelle, Nelly Le Guen, et partenaires extérieurs (InVS, INSERM, DREES)

Ce travail a été préparé dès 2005 avec l'élaboration d'un module spécifique sur la santé respiratoire et l'asthme. Ces questions ont été introduites dans l'ESPS 2006 et les données sont actuellement disponibles. Le dernier trimestre 2007 a été consacré à élaborer un plan de travail réparti sur les années 2008 (prévalence selon les stades de sévérité et déterminants à partir des données de l'enquête terrain) et 2009 (Consommation pharmaceutique et médicale autre sur l'année entière et parcours de soins des asthmatiques à partir des données de l'appariement de l'ESPS avec les données de l'EPAS (Echantillon permanent des assurés sociaux)).

A132. Les enjeux économiques de l'asthme sévère

Laurent Laforest (PEL, Chu Lyon, INSERM), Laure Com-Ruelle (IRDES)

L'asthme est identifié comme un véritable enjeu de santé publique. Outre les problèmes liés à l'augmentation de sa prévalence, il subsiste des difficultés thérapeutiques malgré l'existence de médicaments efficaces, en particulier chez les asthmatiques sévères. Cet article fait le point sur les enjeux économiques de cet asthme sévère. Ecrit en collaboration, il synthétise les analyses de données issues d'enquêtes menées par l'IRDES et une revue de bibliographie réalisée par le Pôle PharmacoEpidémiologique de Lyon (PEL).

📄 *Enjeux économiques de l'asthme sévère. Laforest L., Com-Ruelle L., Devouassoux G., Pison C., Van Ganse E., in La Presse Médicale, 2007/11. (IRDES n°1676)*

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-Ensaï, Laboratoire de Statistique d'Enquêtes), Sandy Tubeuf (IRDES, IDEP, GREQAM)

Cette recherche explore les différences de déclaration liées aux caractéristiques démographiques et socio-économiques affectant différents indicateurs d'état de santé afin d'évaluer leur impact sur la mesure des inégalités sociales de santé.

Une première analyse, réalisée à partir de l'enquête Santé 2002-2003 de l'INSEE montre que quelle que soit la méthode retenue pour mesurer les inégalités, l'ampleur des inégalités varie selon l'indicateur de santé utilisé, l'indicateur de santé perçue mettant en évidence des inégalités sociales plus élevées que l'indicateur d'incapacité et celui de maladies chroniques, ce dernier variant moins avec la classe sociale. Partant de ce constat, nous avons analysé plus précisément les biais affectant la déclaration de la santé.

S'appuyant sur la méthodologie proposée par Shmueli (2003), nous utilisons un modèle d'équations structurelles à variable latente, de type MIMIC (Multiple Indicators Multiple Index Causes) pour créer une variable latente d'état de santé à partir de 4 indicateurs de santé (santé perçue, limitations d'activité, maladies chroniques et santé mentale mesurée dans le SF-36) et pour séparer la contribution des variables sociodémographiques à l'explication de cette variable latente de santé de leur contribution à chacun des indicateurs de santé. Outre les effets attendus sur la variable de santé latente, nous observons des effets directs, interprétables comme des biais de déclaration (l'hypothèse de Shmueli) ou des effets spécifiques, de certaines caractéristiques socio-économiques sur chacun des indicateurs d'état de santé. A état de santé latent donné, les personnes âgées déclarent plus fréquemment des maladies chroniques mais moins souvent une mauvaise santé mentale et les inactifs et les retraités déclarent plus fréquemment des limitations d'activité. Par ailleurs, les femmes, les personnes seules ou appartenant à des familles monoparentales déclarent plus souvent une mauvaise santé mentale. Enfin, les personnes les plus riches déclarent plus souvent des maladies chroniques et des limitations d'activités.

Cette première analyse de l'hétérogénéité sociale de déclaration de la santé est ensuite complétée par une étude des différences culturelles de déclaration de la santé subjective à partir de l'enquête SHARE 2004-2005 (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). Elle consiste en une analyse des biais dits DIF (Differential Item Functioning) qui peuvent intervenir lorsque les répondants n'utilisent pas de la même façon les items de réponse dans les questions d'autoévaluation, en particulier dans le cas des questions d'état de santé subjectif. Cette analyse s'appuie sur une méthode adaptée de celle proposée par King et al. (2004) et repose sur l'utilisation de vignettes, c'est-à-dire de l'évaluation par les personnes enquêtées de l'état de santé d'individus fictifs, afin de repositionner l'évaluation que font les enquêtés de leur propre état de santé. Les résultats montrent l'existence de ce biais dans le cas de la douleur ressentie, et suggèrent ainsi que les comparaisons de populations sur des critères de santé subjective sans prise en compte des biais d'interprétation des répondants peuvent conduire à des conclusions erronées.

Ce travail a donné lieu à plusieurs publications et communications orales en 2007.

- ⇒ *Hétérogénéité sociale de mesure de l'état de santé et mesure des inégalités de santé, (Devaux M., Jusot F., Sermet C., Tubeuf S.), Colloque État de santé de la population : apports, limites et perspectives de l'enquête décennale santé, 4 décembre 2007, Paris.*
- 📖 *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 final dans le cadre du programme DREES-Mire, INSERM, DGS, InVS, INCA, CANAM «Inégalités sociales de santé », 130 pages (rapport IRDES à paraître en 2008).*
- 📖 *Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes ? Devaux M. (IRDES), Jusot F. (Eurisco-Legos, IRDES), Sermet S. (IRDES), Tubeuf S. (IRDES, IDEP, GREQAM, article pour la Revue française des Affaires sociales (accepté, à paraître en 2008).*
- 📖 *Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes ? Une évaluation par la méthode des vignettes-étalons. Lardjane S., Dourgnon P., Économie et Statistique, n° 403-404, 2007/12, 165-177.*

2.3.2 Les inégalités de santé et de recours aux soins

A018. Indicateur d'espérance de vie en emploi et en bonne santé (ILC)

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)

Le vieillissement démographique et l'augmentation du nombre d'années à vivre au-delà de 60 ans ont conduit la recherche gérontologique à s'interroger depuis une vingtaine d'années sur la qualité de vie associée à ces années d'espérance de vie gagnées. Trois éléments sont aujourd'hui considérés comme nécessaires pour garantir un vieillissement réussi (Rowe & Kahn, 1997; Bowling, 2007) : l'absence de maladie et d'incapacité, le maintien des capacités physiques et cognitives et l'engagement actif des seniors dans la société. Afin d'évaluer le vieillissement réussi, nous proposons ici un nouvel indicateur associant la longévité, l'état de santé et l'engagement productif. Nous construisons, pour les seniors, un indicateur synthétique d'espérance de vie professionnelle en santé définissant le nombre d'années vécues entre 50 et 70 ans à la fois en bonne santé et en emploi.

Cette recherche a été réalisée en deux temps :

- ⇒ Une première phase a permis de valider la faisabilité d'un tel indicateur à partir des données de l'enquête ESPS. Ce travail a permis d'analyser finement les liens entre l'état de santé et l'emploi au fil de l'âge, et de souligner les différences entre les hommes et les femmes. Les résultats montrent clairement des risques différenciés dans l'accès à l'emploi, le maintien dans l'activité professionnelle et la sortie de l'emploi selon les changements d'état de santé. Avec une espérance de vie totale à 30 ans de 46,4 ans pour les hommes, ces derniers peuvent espérer vivre 37,1 ans sans maladie invalidante et 9,3 ans avec une maladie invalidante. Parmi ces années de vie avec maladie, 6,9 ans seront vécues sans emploi et 2,3 ans avec un emploi. Les femmes à 30 ans ont une espérance de vie plus longue, atteignant 52,8 ans. Elles vivront 43,5 années sans maladie et 9,3 années avec une maladie invalidante, soit aussi longtemps que les hommes. Toutefois, la part de ces années avec maladie invalidante vécues en emploi est plus faible pour les femmes puisque leur espérance de vie avec maladie et en emploi est de 1,4 ans et celle sans emploi de 7,9 ans.
- ⇒ Dans une deuxième étape, nous avons appliqué notre méthode à l'enquête ECHP (European Community Household Panel) et nous avons calculé l'indicateur d'espérance de vie en santé et en emploi pour 13 pays européens. Plusieurs types de pays ont ainsi été mis en évidence :
 - 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.

A notre connaissance aucune étude n'avait jusqu'à présent produit de tels calculs. Ces espérances de vie spécifiques constituent un point de référence pour les estimations qui seront faites ultérieurement. La mise en place depuis quelques années d'un nouveau panel européen, l'enquête SILC, de même que l'enquête SHARE permettront de réactualiser nos estimations et de mesurer sur des séries plus longues l'impact des réformes des retraites intervenues en France et dans divers pays européens, ces dernières années. L'enquête ESPS continue, et lorsque les données de 2004 et 2006 seront disponibles, il sera possible de refaire de nouvelles estimations et ainsi d'analyser des évolutions dans le temps. De nouveaux développements de cette étude pourront enfin voir le jour en utilisant d'autres indicateurs de santé et d'emploi afin, par exemple, de tenir compte de l'inactivité des femmes au foyer ou du nombre d'heures travaillées.

 *Healthy working life expectancies at age 50 in Europe: a new indicator.* Lièvre A., Jusot F., Barnay T., Sermet C., Brouard N., Robine J.M., Brieu M.A., Forette F., *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, vol 11, n°6, 2007.10.

 *Espérance 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. *rapport à paraître en 2008.*

A025. Déterminants sociaux des inégalités de santé

Paul Dourgnon, Michel Grignon (McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada), 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 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 et al., 2002). Ces nouveaux facteurs sont qualifiés de déterminants psychosociaux de la santé (Marmot et Wilkinson, 1999 ; Berkman et Kawachi, 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, 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.

La pertinence de ces déterminants a pu être mise en évidence au sein de populations particulières, telles que la cohorte de fonctionnaires britanniques Whitehall ou encore la cohorte GAZEL menée auprès de volontaires d'EDF-GDF en France. Cependant à notre connaissance, aucune étude n'a à ce jour permis d'évaluer la pertinence de ces déterminants à partir d'enquêtes représentatives de la population générale. En outre, les études ont le plus souvent étudié ces déterminants séparément, sans prendre en compte leur corrélation. Enfin, la plupart des études adopte une démarche contextuelle, considérant que la disponibilité de ressources psychosociales dans une zone améliore l'état de santé moyen des individus, sans prendre en compte l'accès réel des individus à ses ressources.

En mai 2003, 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, un module de questions spécifiques a été conçu et introduit dans l'enquête sur la santé et la protection sociale en 2004. Ce module vise à mesurer, pour la première fois dans une même enquête, représentative de population générale, la perception subjective de l'accès à plusieurs ressources psychosociales : capital social, réseau social, soutien affectif reçu, position relative au sein de son groupe de référence et autonomie au travail.

Ce projet se propose tout d'abord d'analyser les liens existant entre l'état de santé et le niveau de capital social ressenti, l'intensité du réseau social (mesurée par la fréquence des relations) et le soutien affectif reçu, la position relative au sein du groupe de référence et l'autonomie au travail, au-delà des déterminants traditionnels tels que l'éducation, la profession, le revenu. Il s'agit ensuite d'analyser l'impact des déterminants sociaux sur la consommation de soins afin de différencier leurs effets directs sur la santé de leurs effets indirects, via la consommation de soins. La dernière étape consistera à combiner une analyse individuelle et contextuelle, afin de comparer l'influence sur l'état de santé et le recours aux soins de la perception des ressources psychosociales et celle des ressources disponibles.

Ce projet est :

- en cours de valorisation : analyse individuelle de l'effet de ressources psychosociales sur la santé,
- en cours de réalisation : analyse individuelle de l'effet de ressources psychosociales sur le recours aux soins,
analyse individuelle et contextuelle de l'effet de ressources psychosociales sur la santé et le recours aux soins.

 *Psychosocial resources and social health inequalities in France: Exploratory findings from a general population survey. Jusot F., Grignon M., Dourgnon P., Sedap Research Paper n° 189, Hamilton, ON: McMaster University, Program for Research on Social and Economic Dimensions of an Aging Population (SEDAP), 2007/05, 36 p.*

► En ligne sur le site de l'Université McMaster: <http://socserv2.socsci.mcmaster.ca/~sedap/p/sedap189.pdf>

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

En 2006, l'égalité des chances a été déclarée grande cause nationale par le gouvernement. Celle-ci est entendue comme « la possibilité donnée à chaque citoyen - quels que soient ses origines, son sexe, ses croyances, ou son mode de vie - de faire valoir ce qu'il est, ce qu'il sait faire, ses mérites afin qu'il soit en mesure de progresser dans la société »¹⁹. Cet objectif énoncé renvoie ainsi à l'idée que si certaines inégalités, résultant des décisions prises par les individus eux-mêmes ne sont pas nécessairement injustes, les inégalités liées à des circonstances indépendantes de la responsabilité individuelle, comme le sexe, l'origine ethnique, ou encore l'origine sociale, sont injustes et justifient donc des interventions visant à les réduire. Si de nombreuses recherches évaluent l'ampleur des inégalités des chances existant dans l'éducation, l'emploi, le logement ou encore dans la distribution des revenus, les inégalités des chances existant dans le domaine de la santé restent peu explorées²⁰. Cette étude cherche à évaluer les inégalités des chances en santé liées au déterminisme social et familial. Elle propose une analyse simultanée de l'influence de l'état de santé des parents et du milieu

¹⁹ Cette citation est issue du site Internet du ministère délégué à la promotion de l'égalité des chances, http://www.egalitedeschances.gouv.fr/rubrique.php?id_rubrique=3

²⁰ Le rapport de Boarini et al. (Boarini et al., 2006) aborde cette question dans le cadre d'une analyse théorique et empirique des normes de justice sociale en matière de santé dans plusieurs pays européens. Contrairement à notre analyse, cette recherche ne propose aucune mise en évidence des inégalités des chances en matière de santé existantes en France.

social d'origine mesurée par la situation socioprofessionnelle des parents, sur la santé des descendants à l'âge adulte. Le premier volet de nos travaux s'est appuyé sur les données françaises de l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) menée en 2004/2005. Le second volet actuellement en cours d'analyse utilise l'ensemble de ces données européennes.

Le premier volet de notre recherche a mis en évidence des inégalités des chances en santé en France, chez les personnes de 50 ans et plus. Nos résultats montrent que la santé à l'âge adulte est influencée par le milieu social d'origine, mesuré par la profession du père et de la mère, et par 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, quant à elle, a un impact indirect passant par la détermination de la profession du descendant. De plus, un effet direct de l'état de santé de chacun des parents sur la santé à l'âge adulte est observé. Par conséquent, les différents canaux par lesquels le milieu d'origine peut influencer l'état de santé des descendants, semblent jouer un rôle pour engendrer des inégalités des chances en santé en France. Celles-ci sont cependant d'une amplitude plus faible que les inégalités sociales de santé, ceci étant une conclusion générale qui vaut quel que soit le domaine d'étude des inégalités des chances.

Le second volet de notre recherche élargit notre analyse à tous les pays européens concernés par SHARE. Nos résultats préliminaires mettent en évidence des différences d'état de santé à l'âge adulte :

- selon le statut social du père dans tous les pays sauf la Suisse (cependant, on peut soupçonner un problème de puissance statistique). En Grèce, cet effet semble entièrement expliqué par la reproduction sociale, puisqu'il n'y a plus d'effet de la profession du père après contrôle par la profession d'ego,
- selon l'activité de la mère en Espagne, en Suède et aux Pays Bas,
- selon la santé de la mère en Allemagne, en Espagne, au Danemark, en Grèce et en Belgique,
- selon la santé du père en Allemagne, en Suède, aux Pays-Bas et en Suisse.

Ces résultats suggèrent donc l'existence d'inégalités des chances en santé dans la plupart des pays européens. Néanmoins des spécificités à chaque pays sont aussi remarquables. Nous envisageons de mener une analyse comparative avancée de ces inégalités de santé à partir d'une analyse contrefactuelle ainsi que de la méthode de décomposition de l'indice de concentration.

Par ailleurs, en vue d'un prolongement, 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.

📖 *Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents.* Devaux M., Jusot F., Tranno A. (Ehess, IDEP), Tubeuf S. (IDEP) *Questions d'économie de la santé IRDES n° 118.* Février 2007 ▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes118.pdf>

Ce projet a donné lieu à plusieurs communications au cours de l'année 2007 lors de conférences nationales, internationales et dans le cadre de deux séminaires de recherche :

- ☞ *IHEA, Copenhague, juillet 2007.*
- ☞ *Inequalities of Opportunities in Health: the impact of social background and parent's health on health status in Adulthood,* Devaux M., Tubeuf S., *Royal Statistical Society, York, Juillet 2007.*
- ☞ *Séminaire des inégalités de l'INSEE, Paris, décembre 2007.*
- ☞ *Origine sociale et état de santé des parents : Quelle influence sur l'état de santé à l'âge adulte ?* Devaux M., Jusot F., *Association d'Économie Sociale, Paris, septembre 2007.*
- ☞ *Un article en français est actuellement en révision dans la revue Économie et Statistiques.*
- ☞ *Un article pour une revue internationale à comité de lecture est en cours de rédaction.*

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

Anissa Afrite, Chantal Cases, Caroline Despres, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Thierry Lang (INSERM)

Dans beaucoup de pays, des inégalités sociales de santé importantes persistent ou même s'aggravent. Les recherches menées sur les facteurs explicatifs de ces inégalités ont mis en évidence le rôle des déterminants externes au système de soins tels que les conditions de vie, les comportements à risque et les facteurs psychosociaux. Le rôle du système de santé et des soins est aujourd'hui très peu considéré dans les recherches sur les inégalités sociales de santé. Pourtant, certains travaux empiriques montrent que le système de soins peut contribuer à renforcer des inégalités existantes et une meilleure connaissance des processus par lesquels il peut aggraver, ou au contraire limiter, les inégalités sociales constatées pourrait nourrir une politique de santé publique dont le système de soins est évidemment un levier majeur.

L'objectif du projet de recherche est de construire une étude pilote préfigurant une enquête portant sur l'interaction médecin-patient afin d'analyser 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 ?
- si oui, quels sont les éléments de l'interaction médecin-patient qui les génèrent ?

Les données récoltées doivent rendre possibles, selon la situation de santé observée :

- l'analyse de la consultation à la fois dans sa dimension de diagnostic, de recommandations de prévention et de traitement,
- la confrontation de la pratique à un référentiel clair,
- l'observation de l'impact de la pratique et de la non-conformité aux recommandations en termes de perte de chances, à l'origine d'inégalités et non seulement de disparités.

Plus précisément, il s'agit d'explorer, comment la consultation médicale, dans le cadre de la pratique libérale de ville, contribue à construire, aggraver ou compenser des inégalités sociales de santé.

La thématique d'observation de l'interaction proposée dans ce projet est encore peu explorée. Elle nécessite la mise au point d'outils de recueil originaux. C'est la raison de cette phase pilote, destinée à explorer des méthodes utilisables ultérieurement.

L'originalité de ce projet réside dans l'association d'outils qualitatifs et quantitatifs.

Ce protocole comporte une première phase de type sociologique incluant entretiens avec le médecin, le patient et observation de la consultation. Cette phase exploratoire a contribué à construire les hypothèses à tester dans la phase quantitative et a produit en outre des résultats préliminaires, mais originaux sur la question posée.

La partie quantitative s'est nourrie des résultats de la phase qualitative, tant la préparation des questionnaires que le protocole de terrain. Le pilote comprenait, 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 a porté sur vingt médecins volontaires recrutés et quinze patients par médecin et parmi les prises de rendez-vous non urgentes. Elle comportait 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 trois médecins. A l'issue de la consultation, un questionnaire patient portait sur le contenu de la consultation et un questionnaire médecin recueillait 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 a été recueilli par téléphone, plusieurs jours après la consultation.

L'enquête a été réalisée au deuxième semestre 2007, auprès d'un échantillon de médecins généralistes de la SFMG (collaboration avec Pascal Clerc).

Le terrain de l'enquête a eu lieu en septembre-octobre 2007 sur 30 médecins et 600 patients, dans trois régions.

La saisie, l'apurement des bases de données et l'analyse statistique de la phase quantitative ont été réalisés au cours du quatrième trimestre 2007 et du premier trimestre 2008.

Le travail sur les enregistrements audio (faisabilité d'un passage du fichier audio à un fichier texte, éventuellement analyse linguistique des dialogues), sera réalisé en 2008.

Les données audio-visuelles feront l'objet d'une analyse exploratoire, sans doute inspirée de la méthodologie développée par NIVEL (Pays-Bas) pour une enquête similaire. Ce travail aura lieu en 2008 en fonction des possibilités de financement.

Cette recherche s'inscrit comme le prolongement d'un projet de recherche intitulé « Rappports à la santé et aux soins : un continuum entre les exclus et les autres catégories sociales ? » retenu dans le cadre du thème « Déterminants sociaux de la santé » du programme Sciences Biomédicales de la MIRE, du CNRS, et de l'INSERM 2004. A la suite d'une série de séminaires interdisciplinaires visant à explorer le rôle du rapport à la santé et aux soins dans la formation des inégalités de santé, les équipes ont formé le projet de s'associer pour construire une enquête portant sur l'interaction entre l'individu et le système de soins.

Ce projet d'enquête est réalisé dans le cadre de l'appel à projet de recherche DREES-MIRE, INSERM, DGS, InVS, INCA, RSI sur les inégalités sociales de santé.

Les responsables des équipes impliquées avec l'IRDES dans le projet sont : Thierry Lang (U558, Toulouse, responsable scientifique du projet), Monique Membrado (CIRUS CIEU UMR 5193, Toulouse), Pierre Lombrail (Laboratoire de Santé publique, CHU Nantes), Caroline Despres (DIES).

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. Publications (terminées ou en cours de rédaction / rapports, notes, articles, présentations colloques...)

☰ *Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants des Zones urbaines sensibles*, Afrite A., Com-Ruelle L., Or Z., Renaud T., Questions d'économie de la santé n° 117, février 2007 .

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

- ☞ *Neighbourhood effect, health status and Public policy : the French case, avec Debrand T., Pierre A., Allonier C. et Lucas-Gabrielli V., IHEA juillet 2007 Copenhague.*
- ☒ *Neighbourhood effect, health status and Public policy : the French case, avec Debrand T., Pierre A., Allonier C. et Lucas-Gabrielli V. Document de travail en cours de rédaction.*

A153. Evénements difficiles et attitudes à l'égard du risque

Georges Menahem (CNRS-CEPN et IRDES)

L'exploitation secondaire de l'enquête « ESPS 1994-1997 » 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'évènements marquants connus avant 18 ans) et les types d'aversion au risque mis en évidence lors de nos premiers travaux sur les enquêtes ECV87 et ESSM92.

Ce travail doit être combiné avec des exploitations de l'enquête ESSM2002 mettant en évidence les relations entre 7 types homogènes d'attitudes à l'égard du risque et les troubles de santé. Ils doivent 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.

A026. Risque et inégalités sociales de santé

Georges Menahem (CNRS-CEPN et IRDES)

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'IHEA à Copenhague le 10 juillet 2006. Cette prestation a souligné le rôle paradoxal de l'expérience d'un deuil protégeant contre les conséquences des événements difficiles dans la genèse des attitudes à l'égard du risque et, de ce fait, dans la production des inégalités sociales de santé.

- ☞ « *Coping with certain adverse events during childhood protects health* », *International Health Economics Association, Copenhagen, July 10th, Denmark.*

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

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

Nous continuons notre participation à la cohorte Elfe pour étudier la constitution des inégalités de santé dentaire durant l'enfance. En 2007, nous avons proposé un questionnaire en ce sens pour l'enquête qui aura lieu en 2011. Nous avons posé des jalons pour avoir des questions sur le dentaire à des âges clés : 6 ans, 9 ans, 12 ans et 15 ans. Dans ce cadre, le projet de validation d'un outil de mesure de la santé bucco-dentaire chez l'enfant et chez l'adulte ne sera probablement pas mis en œuvre comme prévu en 2008, essentiellement par manque de temps. Nous espérons le remettre au programme en 2009. Le projet va, bien sûr, se poursuivre dans les années à venir.

- ☒ *En 2007, nous avons soumis un article sur l'impact du renoncement aux soins sur la santé bucco-dentaire observé à partir d'une exploitation longitudinale de l'enquête ESPS à l'European Journal of Public Health. Cet article a été refusé, mais nous avons reçu un certain nombre de remarques que nous prenons en compte pour le soumettre à une autre revue prochainement.*
- ☞ *Les résultats de ce travail ont été présentés à la 7ème Journée Internationale de Santé Publique Dentaire à Créteil le 8 novembre 2006 et les auteurs étaient tous deux membres du conseil scientifique de cette journée.*

A120. État de santé et consommation de soins de la population immigrée en France

Paul Dourgnon, Florence Jusot, Catherine Sermet

La France affiche, comme l'ensemble des autres pays développés, de larges inégalités sociales face à la mort et, plus généralement, en matière de santé. Si ces inégalités de santé et de recours aux soins sont aujourd'hui largement documentées en France, à la suite notamment du programme de recherche de l'INSERM lancé en 1997 sur ce thème (Couffihnal et al. 2005 ; Joubert et al, 2001 ;

Leclerc et al, 2000), il n'en reste pas moins que l'état de santé et le recours aux soins de certaines populations sont encore largement à explorer. C'est le cas notamment de la population immigrée et de la population étrangère (respectivement 7,3 % et 5,6 % de la population de la France en 1999), la nationalité et le pays de naissance étant aujourd'hui très peu utilisés, en France, comme dimensions permettant de définir la situation sociale dans les recherches sur les inégalités sociales de santé (Chenu, 2000). En collectant des informations précises, à la fois sur le pays de naissance et la nationalité (Français de naissance ou réintégration, Français par acquisition, nationalité précise pour les étrangers), ainsi que sur l'état de santé et le recours aux soins, l'enquête Santé, menée en 2002-2003 par l'INSEE en France, offre donc l'opportunité d'approfondir ces recherches en étudiant les liens existant entre nationalité, immigration, état de santé et recours aux soins.

Cette analyse repose sur des analyses descriptives et multivariées de l'état de santé d'une part et du recours aux services de santé d'autre part selon le statut migratoire : personne de nationalité française née en France, personne de nationalité française née à l'étranger, personne de nationalité étrangère.

Une première étape a ainsi consisté à comparer l'état de santé selon le statut migratoire puis à mettre en évidence à l'aide de régressions logistiques l'effet direct du statut migratoire et l'effet indirect passant par la situation économique et sociale des immigrés en France. Les résultats montrent l'existence d'inégalités face à la santé des personnes d'origine étrangère liées à l'existence d'un effet de sélection à la migration compensé à long terme par un effet délétère de la migration, expliqué en partie seulement par la situation sociale difficile des immigrés.

La seconde étape a consisté à explorer la diversité des états de santé au sein de la population immigrée selon le pays de naissance et à chercher à expliquer cette diversité à l'aide des caractéristiques des pays de naissance dans le cadre d'une analyse multiniveaux. Cette analyse a mis en évidence un effet non négligeable à long terme des caractéristiques économiques et sanitaires du pays de naissance, propre à expliquer les disparités d'état de santé observées au sein de la population immigrée.

La troisième étape en cours consiste à étudier les liens entre statut migratoire et recours aux soins.

- ↪ Cette recherche a été proposée et acceptée dans le cadre de l'Appel à projets de recherche DREES - MiRe « Analyses secondaires de l'enquête décennale de l'INSEE sur la santé et les soins médicaux ».
- ↪ Elle a donné lieu à une intervention lors des 20èmes journées des économistes de la santé français à Lille.
▶ http://www.ces-asso.org/docs/JESF_2007/dourgnon.pdf
- ✎ Un article a été soumis à la Revue Economique : Dourgnon P., Jusot F., Silva J., Sermet C., « État de santé des populations immigrées en France ».

A145. Développement et utilisation d'un indice de défavorisation dans le secteur de la santé *Véronique Lucas-Gabrielli, Robert Pampalon (INSPQ)*

Le but du présent projet est de mettre au point un indice écologique des conditions socio-économiques de la population et de l'introduire dans les différents fichiers du secteur de la santé en France. Le développement d'indices écologiques vise d'abord à pallier l'absence d'informations socio-économiques dans les fichiers de santé ou, en d'autres termes, à se substituer à une donnée individuelle. Pour cette raison, l'unité territoriale de base doit être la plus petite et la plus homogène possible. Au Canada, cette unité est l'aire de diffusion (AD) dont la taille oscille entre 400 et 700 habitants. L'équivalent français serait l'îlot, comptant en moyenne 500 personnes ou une autre zone de carroyage de taille comparable.

Le projet de coopération envisagé entre l'IRDES et l'INSPQ vise à développer et à utiliser un tel indice en France. Le projet de coopération comprend deux phases de réalisation. La première, réalisée en 2007, fut une phase de rédaction d'un protocole de recherche précisant tous les aspects relatifs au développement et à l'utilisation d'un indice de défavorisation en France. Il s'agissait de valider la faisabilité du développement d'un tel indicateur en France.

Pour la deuxième étape, nous proposons deux phases de réalisation, l'une exploratoire, l'autre extensive menées en collaboration avec l'INSEE. Lors de la phase exploratoire menée à partir du RGP de 1999, un certain nombre de zones géographiques pourraient faire l'objet d'analyses permettant de s'approprier les données, résoudre les problèmes de nature méthodologique, effectuer les études de validation et formuler des recommandations quant au développement et à l'utilisation de l'indice à l'échelle de la France entière. Si cette phase s'avérait concluante, sa réalisation pourrait alors être envisagée, à partir de 2009-2010, sur la base des données du recensement rénové.

A152. Microsimulation Inégalités face aux restes à charge des usagers du système de soins

Sandrine Chambaretaud (HAS), Anne-Line Couillerot (HAS), Thierry Debrand, Lise Rochaix (HAS)

Cette étude, en cours de valorisation, a été réalisée dans le cadre d'un stage de fin d'études qui s'est effectué dans deux lieux différents : la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES). L'objectif était de tester diverses pistes de réformes sur la participation financière des usagers du système de soins à l'aide d'un modèle de microsimulation et d'en évaluer les impacts en termes de faisabilité politique et d'équité. Nous avons utilisé pour ce dernier indicateur d'impact les indices de concentration en lien avec les travaux du groupe européen « Ecuity ».

✉ *Users' Payments in the French Health Care System: Measuring equity and social acceptability of reform proposals with a microsimulation model.*

2.3.3 Les relations entre la santé et les situations de travail

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 valorisation de ce travail essentiellement réalisé en 2006 a donné lieu à deux publications supplémentaires en 2007 :

- ☞ *Un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif* Jusot F., Khlal M., Rochereau T., Sermet C. Questions d'économie de la santé IRDES n°125. Septembre 2007
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes125.pdf>
- ☞ *Job loss from poor health, smoking and obesity: a national prospective study in France* Jusot F., Khlal M., Rochereau T., Sermet C. *Journal of Epidemiology and Community Health* 62: 332-337
En ligne sur le site du *Journal of Epidemiology and Community Health*
▶ <http://jech.bmj.com/cgi/content/full/62/4/332>

A136. Pensare

Thierry Debrand, Pascale Lengagne

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.

Cette recherche a donné lieu à la rédaction de trois articles publiés et de deux documents de travail en anglais.

- ☞ *Pénibilité au travail et santé des seniors en Europe*, Debrand T. et Lengagne P. *Économie et Statistique*, 403-404, 19-38.
- ☞ *Souhaiter prendre sa retraite le plus tôt possible : santé, satisfaction au travail et facteurs monétaires*, Blanchet D. et Debrand T., *Économie et Statistique*, 403-404, 39-62.
- ☞ *Santé, vieillissement et retraite en Europe*, Blanchet D., Debrand T., Dourgnon P. et Laferrere A. [2007], *Économie et Statistique*, 403-404, 3-18.
- ☞ *La santé comme facteur explicatif du passage à la retraite en Europe*. Debrand T., In : *Les retraites - Libres opinions d'experts européens*, sous la Dir. de Legros F., Paris : *Economica*, 2007/02, 184-193.

☞ *Santé et travail des seniors : une vision européenne, colloque du Conseil d'Orientation des Retraites, novembre 2007.*

☞ *Retirement aspirations, health and job satisfaction: A European comparison.*

A137. Organisation du travail, santé et consommation de soins

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.

☞ *Conditions de travail, santé et dépenses de santé, Debrand T., Lengagne P., Colloque 07 sur les exploitations de l'enquête santé 2002 : « État de santé de la population Apports, limites et perspectives de l'enquête décennale santé », Paris (12/07).*

2.3.4 Consommation et prescription de médicaments

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

Nathalie Grandfils, Catherine Sermet

Cette étude vise à comparer l'évolution en niveau et en structure de la consommation d'antidépresseurs en France, Allemagne et Royaume-Uni entre 1998 et 2002. Nous avons utilisé des sources de données administratives (données de PACT pour le RU, de la GKV pour l'Allemagne et de l'AFSSAPS pour la France) ainsi que des données commerciales d'IMS Health pour estimer en dose quotidienne définie (DDD) la consommation d'antidépresseurs en volume et notamment celle des SSRI²¹.

La consommation d'antidépresseurs a notablement augmenté au cours de la dernière décennie en France, en Allemagne et au Royaume-Uni. En 2002, la France et le Royaume-Uni ont atteint un niveau de consommation d'antidépresseurs similaire, aussi bien sur l'ensemble de la classe des antidépresseurs que sur les SSRI seuls. Les SSRI sont les molécules les plus consommées en France et au Royaume-Uni, suivis par les « autres antidépresseurs » en France et par les tricycliques au Royaume-Uni. L'Allemagne se distingue en revanche par un niveau de consommation global d'antidépresseurs deux fois plus bas et par une utilisation relativement faible des antidépresseurs SSRI au profit des tricycliques.

☞ *Évolution 1996-2003 of the antidepressant consumption in France, Germany and the United Kingdom, Grandfils N., Sermet C., article soumis, en cours de referee.*

²¹ *Inhibiteur sélectif du récapage de sérotonine.*

A077. Évolution de l'utilisation du Traitement Hormonal Substitutif (THS)

Anne Aliçon, Nathalie Grandfils, Thomas Renaud, Catherine Sermet

Ce travail n'a pas pu être réalisé en 2007 faute de moyens. Il a été reporté en 2008.

A126. Réalisation d'un document de référence sur les remboursements de médicaments en France « Arzneiverordnungs-report version française » en collaboration avec la CNAMTS

Nathalie Grandfils, Catherine Sermet

Ce travail n'a pas pu être réalisé en 2007 faute de moyen. Il a été reporté en 2008.

A127. Comparaison France/Canada de la consommation pharmaceutique

Nathalie Grandfils, Catherine Sermet, Philip Merrigan (UQAM²²)

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.

Les exploitations des parties canadiennes et françaises ont été réalisées en 2007. Des premiers résultats ont été exposés lors du colloque du GEIRSO à Montréal en octobre 2007. Des analyses complémentaires sont en cours de réalisation et un article est en cours de rédaction par l'équipe canadienne.

✉ Article pour une revue internationale en cours de rédaction

B001. Évaluation 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 en 2006 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 ». Le travail a été actualisé en 2007 et s'est transcrit par une nouvelle communication orale aux « Journées de Neurologies » 2007.

✉ *Les génériques et l'épilepsie : la substitution est-elle économiquement justifiée ? Com-Ruelle L., Sermet C., in 9èmes rencontres de Neurologies, Palais des Congrès, Paris, 17-19 décembre 2007*

²² Université du Québec à Montréal.

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

2.4.1 Assurance maladie obligatoire et complémentaire : financement et dépenses

A033. MGET²³ : Analyse des Rac²⁴

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).

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 surcomplémentaire 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. Il s'agit ensuite de vérifier l'impact de la surcomplémentaire, à travers les meilleurs remboursements qu'elle offre, sur la consommation de soins.

La phase d'analyse descriptive sur le panel des assurés est terminée et a été présentée à la MGET fin 2007. L'échantillon analysé se compose de 154 502 personnes réparties sur 101 012 contrats au 31 décembre 2005. Elle a apporté des premiers éléments intéressants sur le profil des souscripteurs et l'évolution de leurs consommations après souscription, mais aussi sur les différences entre les différentes vagues de souscripteurs dans le temps, qu'il conviendra d'analyser plus en détail dans la phase de modélisation des comportements de souscription de surcomplémentaire et de consommation de soins. Cette modélisation nécessitera, suite aux échanges réalisés avec la MGET dans le cadre du suivi du projet, une transmission de données complémentaires et d'éléments de précisions sur certaines variables.

A035. Mobilité sur le marché de la couverture complémentaire

Carine Franc, Marc Perronnin, Aurélie Pierre

En France, les comportements de souscription de couverture complémentaire ont été assez peu analysés. Une première étude réalisée par l'IRDES (Grignon, Sitta, 2003) a mis en avant le rôle significatif du passage à la retraite sur le taux de changement de couverture complémentaire. Cela peut s'expliquer en partie par la mobilité des détenteurs de contrats collectifs. En effet, bien qu'ils aient la possibilité de conserver leur ancienne couverture complémentaire après le passage à la retraite, ils sont confrontés à une forte hausse de leurs cotisations qui peut les conduire à ne pas conserver cette couverture. Cette forte hausse des cotisations provient de la perte de la participation employeur²⁵ et de la tarification de groupe et ce, malgré l'existence de la Loi Evin (1989) qui encadre cette hausse dans le cas des contrats obligatoires. Cette étude a pour objectif d'évaluer les taux de changement de couverture complémentaire en fonction des caractéristiques de l'ancien contrat.

²³ *Mutuelle générale de l'équipement et des territoires.*

²⁴ *Reste à charge.*

²⁵ *D'après l'enquête sur la protection sociale complémentaire en entreprise menée en 2003 par l'IRDES, dans les entreprises proposant un couverture complémentaire santé à leurs salariés, l'employeur finance environ la moitié du coût de la complémentaire.*

En s'appuyant sur les données des enquêtes Santé Protection sociale de 1994 à 2004, nous évaluons 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.

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, nous examinons 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, nous supposons que les individus comparent leur ancienne couverture dans 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 décident de changer d'organisme s'ils en trouvent un fournissant des contrats dont les niveaux de remboursement 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).

Afin d'isoler l'effet moyen de la nature du contrat en tant que proxy de l'effet prix, nous contrôlons par un certain nombre de facteurs susceptibles d'influencer la mobilité. Il s'agit de caractéristiques agissant directement ou indirectement sur la demande d'assurance telles que la variation du niveau de revenu en tenant compte du coût de la vie, le régime d'assurance maladie obligatoire, le niveau d'étude, l'âge moyen du passage à la retraite, la date du passage à la retraite, le type d'organisme (mutuelle, institution de prévoyance ou assurance), l'appréciation individuelle des remboursements de soins de spécialiste, l'exonération du ticket modérateur et le risque vital maximal induit par les maladies déclarées. D'autres indicateurs d'état de santé ont aussi été testés mais ne sont pas présentés dans la modélisation. Il s'agit de l'invalidité maximale parmi les maladies déclarées et de la note d'état de santé.

Nous estimons que 51 % des titulaires d'un contrat d'entreprise obligatoire changent d'organisme contre 39 % des titulaires d'un contrat d'entreprise facultatif et 23 % des titulaires d'un contrat individuel. La plus forte mobilité des individus assurés par un contrat collectif, en particulier lorsqu'il est obligatoire, est confirmée par l'analyse économétrique. 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 reflète l'impact, lors du passage à la retraite, de la hausse des cotisations pour les titulaires d'un contrat collectif, hausse principalement due à la perte de la tarification de groupe et de la participation de l'employeur. La plus forte mobilité des bénéficiaires d'un contrat collectif peut également signifier que les garanties conçues pour un groupe de salariés sont inadaptées aux besoins de soins des retraités. La mobilité est aussi liée au type d'organisme gérant le contrat avant le passage à la retraite : les assurés des sociétés d'assurance changent plus fréquemment que ceux des mutuelles ou des institutions de prévoyance.

📄 *Changer de couverture complémentaire santé à l'âge de la retraite. Un comportement plus fréquent chez les titulaires de contrats d'entreprise. Franc C., Perronnin M., Pierre A. Questions d'économie de la santé IRDES n°126. Octobre 2007. ▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes126.pdf>*

🗣️ *Cette étude a fait l'objet d'une présentation orale lors du congrès de l'IHEA à Copenhague au mois de juillet 2007.*

📄 *Un article sur cette étude a été soumis fin janvier 2008 pour la revue « The Geneva papers on risk and insurance ».*

A036. Impact de la CMU sur le recours aux soins

Michel Grignon, John Lavis, Marc Perronnin

La mise en place de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) en 2000 a permis aux ménages les plus pauvres de disposer d'une couverture complémentaire gratuite couvrant l'intégralité des dépenses médicales sans avance de frais. L'objectif de ce dispositif était d'améliorer l'accès aux soins de ces ménages, mais certains ont avancé que la couverture intégrale des dépenses de santé pouvait conduire les bénéficiaires de la CMUC à surconsommer des soins (phénomène de risque moral). Il était donc important d'étudier l'impact de ce dispositif sur les consommations médicales.

Une première étude visant à analyser l'impact de la CMU-C sur les consommations de soins de ses bénéficiaires a été menée par l'IRDES, dans le cadre d'un programme de travail commun avec la DREES et la CNAMTS (Grignon, Perronnin, 2003). S'appuyant sur les données de l'Echantillon permanent des assurés sociaux (EPAS), nous avons analysé l'évolution des consommations de soins d'une cohorte de 2 686 bénéficiaires de la CMU-C deux ans avant et un an après la mise en place du dispositif. Plus précisément, nous avons comparé l'évolution des dépenses entre 1999 et 2000 (période de mise en place de la CMU-C) avec celle observée entre 1998 et 1999.

Deux résultats importants ont été obtenus.

1. Chez les personnes entrées dans le dispositif au 1er janvier 2000, qui pour la plupart bénéficiaient de l'Aide médicale gratuite et ont été affiliées de manière automatique à la CMU-C, les dépenses n'augmentent pas plus vite après la mise en place de la CMU-C qu'avant. Ainsi, bien que bénéficiant d'une augmentation de leurs garanties, notamment en optique et en dentaire, ces individus n'ont pas modifié sensiblement leurs consommations de soins. Ce constat semble écarter l'existence d'un aléa moral induit par la gratuité des soins dont bénéficient les CMUistes.
2. Chez les personnes entrées après le 1er janvier 2000, qui pour une part importante ne bénéficiaient d'aucune complémentaire santé avant la mise en place de la CMU-C, les dépenses augmentent beaucoup plus fortement après la mise en place du dispositif qu'avant. Cette hausse des consommations a été interprétée comme la conséquence d'une meilleure accessibilité aux soins à laquelle s'ajoute un éventuel phénomène de rattrapage.

Un article présentant les résultats de cette étude a été soumis à « Health Economics ». Suite aux remarques des referees, des vérifications ont été faites, notamment pour examiner si le modèle à probabilité linéaire utilisé pour modéliser le recours ne prédisait pas trop de valeurs en dehors de l'intervalle [0,1]. L'article a été accepté le 18 avril 2007.

Une étude permettant d'étudier l'évolution des dépenses des bénéficiaires de la CMU-C sur plus longue période (1998-2004) est programmée pour le second semestre 2008.

 Grignon, M., Perronnin, M., Lavis, J., (2008), « Does free complementary health insurance help the poor to access health care – Evidence from France », *Health economics*, 17, pp 203-219.

▶ <http://www.cheqa.org/portals/0/pdf/CHEQA%20WP%2006-02.pdf>

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

Marc Perronnin, Aurélie Pierre

Depuis le 1er janvier 2000, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) offre aux ménages les plus modestes une couverture gratuite qui peut être gérée par une Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou par un organisme complémentaire. Cette couverture complète des restes à charge laissés par l'Assurance maladie. Ces restes à charge sont en principe limités par l'obligation faite aux professionnels de santé de respecter des tarifs opposables lorsqu'ils prennent en charge un bénéficiaire de la CMU-C. Les médecins ne peuvent pas appliquer de dépassements d'honoraires et le prix des lunettes et des prothèses dentaires est encadré. Ces contraintes tarifaires devraient en principe limiter les écarts de dépenses en part complémentaire entre bénéficiaires de la CMU-C. Or, les analyses statistiques menées par le Fonds CMU, ont montré que le coût moyen lié à la couverture de ces dépenses varie fortement entre CPAM et entre organismes complémentaires

(OC). En ce qui concerne les bénéficiaires faisant gérer leur dossier en CPAM, le coût moyen était compris en 2005 entre 233 € pour le Haut Rhin et 735 € pour la Lozère. En excluant la Lozère qui présente une dépense atypique ainsi que le Haut-Rhin et la Moselle, non directement comparables étant donnée la particularité du régime Alsace-Moselle, les coûts varient selon un facteur 1,8. L'amplitude des dépenses est encore plus importante en OC. En effet, les coûts s'échelonnent de 169 € à 533 €. En excluant l'organisme ayant les coûts les plus faibles – qui contient probablement beaucoup d'étudiants appartenant au Régime Alsace-Moselle – le rapport des dépenses est de 3,1. Cette variabilité des coûts moyens est problématique dans la mesure où le forfait distribué par les CPAM et les OC pour couvrir chaque bénéficiaire est fixe, égal à 76 € par trimestre en 2005. Ainsi, si certains organismes font face à un coût inférieur au forfait, d'autres font face à un coût nettement supérieur.

Devant ce constat, le Fonds CMU a chargé l'IRDES de fournir un éclairage sur la variabilité des dépenses en part complémentaire, au niveau national et départemental. Etant donné qu'il n'a pas été possible de disposer de fichiers permettant de mesurer la variabilité inter-organismes, cette étude porte uniquement sur les individus faisant gérer leur dossier en CPAM. La variabilité des dépenses est mesurée d'un département à l'autre.

Dans un premier temps, nous avons analysé, au moyen de l'Echantillon permanent des assurés sociaux (EPAS), le risque global des bénéficiaires de la CMU-C faisant gérer leur dossier par des CPAM.

L'analyse de la distribution des dépenses en part complémentaire montre que les 5 % de plus forts consommateurs réalisent 35 % de la dépense totale et que les 10 % de plus forts consommateurs, réalisent 50 % de la dépense totale. Ces individus sont, sans surprise, plus âgés et plus souvent en ALD que les autres bénéficiaires de la CMU-C. Deux postes pèsent plus lourd dans leurs dépenses que pour les autres bénéficiaires : les soins hospitaliers et les soins dentaires. L'essentiel de la dépense hospitalière dans le dernier décile est occasionné par les tickets modérateurs. Enfin, la dépense en part complémentaire augmente fortement avec l'âge, avec un rapport de 4,3 entre la dépense moyenne des 65 ans et plus et celle des 5-9 ans.

Ensuite, nous avons étudié plus particulièrement les différences de risque auxquelles font face les départements. Pour ce faire, nous avons analysé les disparités départementales de coût moyen, de structure de dépense et de distribution de dépense. L'EPAS contenant trop peu de bénéficiaires de la CMU-C, nous avons utilisé des données issues du Système national d'information inter-régime (SNIIRAM) pour 11 départements considérés comme représentatifs des différents niveaux et des différentes structures de consommation de soins : la Lozère, la Corrèze, la Dordogne, les Bouches-du-Rhône, l'Hérault, la Haute-Garonne, la Seine-Saint-Denis, la Loire, le Calvados, l'Ardèche et la Seine-et-Marne

Nous avons observé que les dépenses élevées ne correspondent pas forcément au même type de consommations de soins. Dans des départements à dépenses très élevées et ruraux tels que la Lozère et la Corrèze, elles résultent d'hospitalisations de longue durée qui entraînent des montants élevés de tickets modérateurs hospitaliers et de forfaits hospitaliers. Dans des départements à dépenses élevées et urbains tels que les Bouches-du-Rhône, l'Hérault et la Haute-Garonne, elles résultent de dépenses importantes en soins de ville. L'influence des individus à fortes dépenses est beaucoup plus importante dans le premier groupe de départements que dans le second. Sur les autres départements, ceux où la dépense est modérée ou faible (Ardèche, Calvados, Loire, Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis), on observe des niveaux de dépense faibles ou modérés en soins hospitaliers et en soins de ville. Le poste « soins de ville » est prépondérant, un peu moins cependant que dans les Bouches-du-Rhône, la Haute-Garonne et l'Hérault. C'est dans ces départements qu'on observe les populations les plus jeunes.

Enfin, nous avons constaté qu'au niveau départemental, les écarts de coûts moyens ne sont que faiblement expliqués par les différences de structure d'âge. Ajuster à cette caractéristique les forfaits alloués pour couvrir les dépenses de chaque bénéficiaire ne compenserait donc que faiblement les disparités de coûts auxquelles font face les organismes gestionnaires.

Cette étude a fait l'objet d'un rapport mis en ligne sur le site du Fonds-CMU.

 *Analyse de la variabilité de la dépense en part complémentaire des bénéficiaires de la CMU-C : rapport final.* Perronnin, M., avec la collaboration d'Aurélié Pierre, Décembre 2007. Téléchargeable depuis le site du Fonds-CMU ▶ <http://www.cmu.fr/userdocs/rapport%20final%20irdes.pdf>

A038. Évaluation 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 (rebaptisé récemment « chèque 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 (20 % au maximum depuis le 1er janvier 2007) de bénéficier d'une aide financière pour le paiement de leurs primes 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 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 annuelle. Les données collectées servent à construire une grille de classification des contrats d'assurance maladie complémentaire, puis à analyser le prix des contrats en fonction des classes de garanties mises en évidence. Au delà de l'analyse de l'Aide complémentaire santé, la participation à une telle enquête permet à l'IRDES d'améliorer sa connaissance du marché de la complémentaire santé individuelle (niveaux de garantie proposés, modes de tarification utilisés).

Une enquête pilote (appelée ultérieurement « enquête 2005 ») a été menée en 2006 sur des données de l'année 2005, recueillies auprès de 13 organismes complémentaires. L'enquête réalisée en 2007 sur des données de l'année 2006 (appelée ultérieurement « enquête 2006 ») a concerné une cinquantaine d'organismes. Cette enquête, par rapport à la première, présentait un double intérêt : d'une part, elle a été réalisée après revalorisation des montants d'aide²⁶, d'autre part les données couvraient une part nettement plus importante de bénéficiaires de l'ACS²⁷ (plus de 130 000, soit 56 % du nombre total de bénéficiaires contre 25 % environ lors de la précédente enquête).

En 2007, l'IRDES a d'une part valorisé les résultats de l'enquête 2005 sous forme d'un « Questions d'Économie de la Santé » et, d'autre part, exploité les données de l'enquête 2006, en collaboration avec le Fonds-CMU. Cette exploitation comportait deux phases : dans un premier temps, nous avons codé les garanties des contrats les plus en portefeuille au sein des organismes enquêtés et nous avons classifié les contrats selon cinq de ces garanties (honoraires hospitaliers, honoraires de spécialistes libéraux, pharmacie à vignette blanche, lunettes à verres complexes et prothèses dentaires amovibles). Dans un second temps, nous avons effectué une analyse descriptive et économétrique des primes avant et après déduction.

La classification menée sur les contrats a, comme en 2005, permis de dégager six groupes de contrats hiérarchisables selon leurs garanties. Au moyen de cette classification, on constate que par rapport aux autres assurés, les bénéficiaires de L'Aide complémentaire santé (ACS) sont plus souvent couverts par des contrats à garanties faibles et moins souvent par des contrats à garanties élevées.

Par ailleurs, en 2006, le coût moyen des contrats ayant donné lieu à crédit d'impôt est de 693 €. L'ACS vient réduire sensiblement ce coût puisque la somme restant à la charge de l'assuré est, après

²⁶ En 2006, les montants d'aide sont passés de 75 € à 100 € pour les bénéficiaires âgés de moins de 25 ans, de 150 € à 200 € pour les bénéficiaires âgés de 25 à 59 ans et de 250 € à 400 € pour les bénéficiaires âgés de 60 ans et plus.

²⁷ Aide complémentaire santé.

versement de l'aide, de 352 €, soit 51 % de la prime totale. Malgré tout, la part des ressources financières que les individus doivent allouer au paiement des cotisations reste un peu plus élevée chez les bénéficiaires de l'ACS que chez les non bénéficiaires (3,8 % contre 3,5 %). Ainsi, bien qu'ils bénéficient de garanties plus faibles, les bénéficiaires de l'ACS font face à des taux d'effort plus importants que les non bénéficiaires.

On observe que plus le nombre de personnes couvertes par un contrat est important et plus la part de la prime restant à la charge de l'assuré après versement de l'aide est faible. Ce résultat s'explique par le fait que plus un contrat couvre un grand nombre de personnes et plus le coût par bénéficiaire est faible alors que le montant d'aide versé par bénéficiaire reste constant. On constate également que l'aide complémentaire santé tend à gommer une partie de l'augmentation de prime liée à l'âge. En 2006, la prime après déduction est ainsi quasiment identique pour les contrats dont l'assuré est âgé de 50 à 59 ans et pour les contrats dont l'assuré est âgé de plus de 60 ans. En 2005, elle était nettement supérieure pour les plus de 60 ans. La revalorisation des montants d'aide entre 2005 et 2006 semble donc avoir eu un impact net sur les contrats souscrits par les assurés les plus âgés.

Enfin, au delà du strict cadre de l'ACS, cette étude a permis de tirer un certain nombre d'enseignements sur la tarification des contrats en fonction du nombre de bénéficiaires, de l'âge du souscripteur, du niveau de couverture et du lieu de résidence.

L'IRDES participe en 2008, à l'exploitation de l'enquête 2007. L'IRDES comptant se désengager de ce travail les années ultérieures, une attention particulière est portée à la transmission au Fonds-CMU des méthodes de classification des contrats et d'analyse des primes.

 *Aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire : une première évaluation du dispositif ACS.*

Franc C., Perronnin M. Questions d'économie de la santé IRDES n° 121. Avril 2007.

▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes121.pdf>

 *Rapport sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide complémentaire santé en 2006, Fonds CMU, Juin 2007. Téléchargeable depuis le site du Fonds-CMU*

▶ http://www.cmu.fr/userdocs/rapport_prixcontenu_2006.pdf

A087. Microsimulation dépenses de santé

Valérie Albouy, Laurent Davezies (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 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.

 *Article en cours de rédaction sur l'estimation dynamique et simultanée des dépenses individuelles en ambulatoire et à l'hôpital, Valérie Albouy, Laurent Davezies, Thierry Debrand*

A121. Évaluation de la loi Evin de 1989 sur le maintien d'une couverture complémentaire en sortie de contrat collectif

Chantal Cases, Carine Franc (CERMES), Marc Perronnin, Thierry Rochereau

D'après l'enquête ESPS 2004, 9 salariés sur 10 déclarent être couverts par une complémentaire santé (hors CMUC). Parmi eux, plus de la moitié déclarent l'être par l'intermédiaire de leur entreprise. D'après l'enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), réalisée par l'IRDES en 2003, 72 % des salariés travaillent dans un établissement qui propose une complémentaire maladie. Lorsque le contrat concerné est un contrat collectif, le départ de l'entreprise fait perdre au salarié le bénéfice de cette couverture.

Pour limiter cette conséquence néfaste, la loi Evin de 1989 a prévu la possibilité du maintien, à titre individuel, de la couverture complémentaire santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical, aux anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement. Les tarifs applicables au groupe des assurés qui bénéficient du maintien individuel de couverture ne doivent pas dépasser de plus de 50 % les tarifs applicables au groupe des salariés de l'entreprise. L'ancien salarié peut être tenu de prendre à sa charge la totalité des cotisations (patronales et salariales). Selon le HCAAM, 70 % des salariés (hors administrations et exploitations agricoles) sont potentiellement concernés par ce dispositif. Mais il notait (avis de 2005) qu'on en connaît mal l'application et recommandait qu'on engage sans délai une étude sur ces points.

L'objectif du projet était d'apporter des éléments d'évaluation de ce dispositif.

Une première approche de la problématique a été réalisée par l'étude sur la mobilité sur la marché de la complémentaire d'entreprise, analysée sur la population spécifique des plus de 55 ans.

La préparation de la prochaine enquête sur la protection complémentaire d'entreprise, qui devrait être réalisée en 2008, permettra la constitution d'un groupe de travail incluant notamment des représentants de l'UNOCAM²⁸ et des experts du domaine, destiné à réfléchir sur la mise en place d'un questionnement à inclure dans la prochaine édition de l'enquête.

A142. Analyse des facteurs de variation entre médecins du taux de patients bénéficiaires de la CMU

Chantal Cases, Véronique Lucas, Marc Perronnin, Maxime To

Plusieurs études ont mis en évidence, par des méthodes de testing, des refus de soins aux bénéficiaires de la CMU de la part de certains médecins, notamment spécialistes. S'il est difficile de produire des informations statistiques objectivées par des méthodes classiques sur ce sujet, le niveau et les variations de la clientèle bénéficiaire de la CMU peuvent être analysés par médecin à travers les données de remboursement de l'Assurance maladie enrichies de données sur le contexte socio-économique des communes d'exercice, et au moyen de méthodes économétriques. Cette analyse a été réalisée, en complément de travaux de la DREES et de la CNAM, avec la participation d'un stagiaire ENSAE.

Au terme de cette analyse, il apparaît que la proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMUC) dans la clientèle des médecins généralistes, spécialistes ou dentistes varie fortement d'un praticien à l'autre. En dehors de la répartition des bénéficiaires de la CMUC sur le territoire, cette variabilité s'explique en partie par la nature des besoins de soins de cette population. Elle est en effet jeune, plutôt féminine et caractérisée par des problèmes de santé spécifiques : troubles mentaux et du sommeil, maladies du système nerveux, de l'oreille, de l'appareil respiratoire, maladies infectieuses et problèmes bucco-dentaires. L'environnement socio-économique des communes d'exercice des médecins concernés joue également, notamment le niveau de revenu moyen des communes. On constate une « spécialisation » relative des médecins des communes les plus défavorisées, celles-ci

²⁸ Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire

attirant les bénéficiaires CMUC des communes avoisinantes plus riches. L'existence d'une certaine discrimination vis-à-vis des patients CMUC de la part de certains professionnels n'est pas à exclure : les patients CMUC sont en effet moins présents chez les médecins du secteur à honoraires libres et les dentistes. Ils sont en revanche plus nombreux parmi la clientèle des médecins soumis à une plus forte concurrence, issue de l'hôpital notamment. Il est toutefois difficile de faire la part des choses entre un choix du médecin issu des préférences des bénéficiaires de la CMUC et un choix contraint, suite à un refus de soins.

✉ *Communication aux mardis de l'IRDES*

📄 *Question d'économie de la santé en cours de rédaction (publication début 2008)*

2.4.2 Assurance maladie et marché du travail

A039. Les déterminants des Indemnités journalières

Thierry Debrand, Thomas Renaud

L'IRDES a été chargé par la DREES 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.

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

Thierry Debrand, Pascale Lengagne, Thomas Renaud

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 CNAVTS²⁹, et des données du SNIIRAM produites par la CNAMTS.

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 2008.

²⁹ *Caisse nationale d'assurance vieillesse.*

A130. Analyse des déterminants individuels et contextuels des AT/MP

Thierry Debrand, Pascale Lengagne

L'IRDES a été chargé par la DREES 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).

Cette étude se focalisera sur les caractéristiques et les déterminants des AT-MP.

Cette étude aura pour objectif d'analyser les déterminants individuels et contextuels des AT/MP³⁰ et des arrêts de travail pour AT/MP, à travers deux axes de recherche.

Nous étudierons les déterminants des AT/MP : outre le lien entre déclaration et caractéristiques individuelles des salariés, cela suppose de porter une attention particulière sur la gestion des AT/MP et le type d'entreprises et d'employeurs concernés. Nous essayerons aussi de mettre en évidence s'il existe des dynamiques différentes entre les AT/MP et l'ensemble des dépenses de santé des individus (en portant une attention particulière sur le versement d'IJ).

Puis, nous analyserons la question des processus incitatifs, et plus particulièrement, les évolutions de comportement au sein de l'entreprise entraînées par des modifications dans la tarification des risques professionnels.

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

Thomas Renaud, Michel Grignon (Mc Master, Toronto)

Ce travail comprend deux aspects distincts, l'un macroéconomique sur l'évolution temporelle des volumes d'arrêts de travail, l'autre plus microéconomique relié aux comportements des assurés face à la nécessité de prendre des arrêts de travail et à la durée de ceux-ci.

Le premier aspect du travail investigate deux dimensions : d'une part les évolutions des volumes d'arrêts de travail (pour maladie et AT/MP) en France, dans les trente dernières années, en se focalisant notamment sur la nature procyclique de ces évolutions ; d'autre part, une analyse des différences de volumes d'arrêts de travail inter-départementales, en relation notamment avec la densité de médecins libéraux.

Nous essayons de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse de l'existence de prise d'arrêts de travail indus de la part des assurés, pris avec le consentement tacite du médecin.

Nous vérifions en utilisant une analyse par séries temporelles que les volumes d'arrêts de travail (par tête) sont corrélés systématiquement et négativement avec le taux de chômage en France durant les trente dernières années. Ensuite, sur une analyse de la situation récente, nous montrons que la densité départementale de médecins n'est pas corrélée au volume d'arrêts de travail dans le département, ce qui va à l'encontre d'une hypothèse de « fraudes » ou d'arrêts indus des assurés réalisés avec le consentement du médecin. Nous mettons plutôt en évidence l'importance des facteurs structurels que sont l'état de santé de la population et la composition de la population salariée sur les arrêts de travail.

Ce travail a donné lieu à la publication d'un article dans la Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique en 2007 :

 *Moral hazard, doctors, and absenteeism in France. Preliminary analysis based on aggregate data, Risque moral, docteurs et absentéisme en France. Une analyse préliminaire sur données agrégées. Grignon M., Renaud T., Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, vol. 55, n°4, 2007/08, 243-251.*

³⁰ *Accidents du travail / maladies professionnelles.*

Le second aspect du travail est centré sur les déterminants individuels de la prise d'arrêts de travail et des durées de ces arrêts, notamment avec l'idée d'apporter des explications à leur évolution procyclique.

Sur un suivi individuel de 3 ans portant sur des salariés du secteur privé, nous cherchons à tester l'influence respective de 4 grands courants d'explications fournis par la littérature économique : les effets d'aléa moral et discipline (qui peuvent conduire à des phénomènes d'arrêts indus de la part des salariés), les effets de pénibilité des conditions de travail, les effets de composition de la population active (en termes d'âge et de santé) et enfin le revenu.

Ce travail a été largement enrichi et donne lieu à la rédaction d'un article qui sera soumis au cours du premier semestre 2008 dans une revue à comité de lecture anglo-saxonne.

✉ *Sickness and injury leave in France: moral hazard, strain, discipline or income? Grignon M., Renaud T., in progress.*

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

A064. Évaluation du dispositif du médecin traitant

Yann Bourgueil, 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.

Le projet visait à :

- proposer une méthodologie s'appuyant sur un outil pérenne afin d'évaluer la mise en place du médecin traitant ; cet outil s'appuie sur le questionnement 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 de l'EPAS ;
- suivre l'impact de la réforme à partir des outils définis, c'est à dire à travers l'expérience des assurés recueillie dans l'enquête ESPS 2006 et à travers la mesure de l'évolution des disparités d'accès et de recours aux services de santé.

Selon les chiffres de l'Assurance maladie, à la mi-2006, huit Français sur dix avaient déclaré un médecin traitant à la Sécurité sociale. En 2007, une étude réalisée à partir des données ESPS 2006 a permis, dès le premier semestre 2007, une première analyse de la réforme au travers de l'expérience des assurés, à partir de l'exploitation d'un module spécifique de questions introduites dans l'enquête sur la santé et la protection sociale 2006. Elle a montré que les personnes réfractaires au dispositif ne représentent qu'environ 5 % des assurés, le reste n'ayant pas encore eu, au moment de l'enquête, l'occasion de consulter. Le nouveau dispositif est considéré comme obligatoire par beaucoup et le médecin traitant se substitue très souvent au schéma informel du médecin de famille. Le nouveau système apparaît neutre en termes de satisfaction des patients sur leur prise en charge médicale. En ce qui concerne l'accès aux spécialistes, moins de 4 % déclarent avoir renoncé à des soins de spécialistes pour des motifs directement liés à la réforme : soins devenus trop chers ou démarche perçue trop compliquée. L'enquête ne permet toutefois pas de juger si ce renoncement touche les soins non justifiés qui étaient visés par la réforme.

En 2008, seront menés des travaux plus détaillés sur 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,...), suite à l'implémentation du médecin traitant et sur l'impact de la réforme sur la consommation de soins et les inégalités sociales

d'accès aux soins à partir des données de l'Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux (EPAS) appariées aux données d'ESPS 2006.

- 📄 *Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. Dourgnon P., Guillaume S., Naïditch M., Ordonneau C. Questions d'économie de la santé IRDES n°124. Juillet 2007.*
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes124.pdf>

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 CEPS³¹ 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 systématique 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 ont été effectuées en 2006. Le premier semestre de 2007 a été 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), enquête LIFI (liaisons financières) de l'INSEE et enquête R&D (ministère de la Recherche), pour lesquelles nous avons obtenu en 2005 l'accord du CNIS.

Un premier travail de modélisation a été présenté fin 2007 lors d'un congrès au Canada, qui met en évidence le lien entre le niveau des prix européens et le niveau des prix des médicaments innovants en France ainsi que le lien entre les médicaments moins innovants, le volume de leur population cible, leur forme galénique, le prix de leurs comparateurs ; actuellement des vérifications de cette base sont en cours, des variables sont ajoutées dans les modèles, notamment sur les caractéristiques des entreprises mais également sur le contexte économique (ONDAM, taux de marge, délai d'obtention du prix).

📄 *Un article scientifique est prévu en 2008.*

A076. Stratégies de mise sur le marché des médicaments en Europe

Nathalie Grandfils

Ce projet qui consistait à dresser un bilan des conditions d'utilisation et de la pratique des industriels par rapport aux différentes procédures de mise sur le marché (procédure centralisée, de reconnaissance mutuelle et nationale) n'a pas été réalisé en 2007 pour des raisons de temps et de priorité.

³¹ *Comité économique des produits de santé.*

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

Marion Devaux, Nathalie Grandfils, Thomas Renaud, Catherine Sermet

Cette étude s'inscrit dans le cadre des travaux de l'IRDES sur les politiques de régulation du secteur pharmaceutique. Elle fait partie d'une série d'études sur l'impact du déremboursement, des baisses de taux de remboursement et du retrait du marché de certains médicaments, réalisées en parallèle par l'IRDES, la DREES et l'AFSSAPS. L'IRDES s'est vu confier l'analyse de l'impact du déremboursement des mucolytiques et expectorants tandis que la DREES étudie la baisse du taux de remboursement des veinotoniques et que l'AFSSAPS s'intéresse à l'impact du retrait du marché de certains médicaments de la classe des immunostimulants. Elle prend place au sein d'un travail collectif d'évaluation de la qualité et de l'intérêt des données du panel « Disease Analyzer » d'IMS Health. Cette étude s'appuie sur les prescriptions réalisées par 1 063 médecins généralistes à l'occasion de près de 500 000 consultations annuelles effectuées chez 330 000 patients.

Suite à la vague de déremboursement du 1er mars 2006, les médecins généralistes ont baissé de moitié la prescription de mucolytiques et d'expectorants pour le traitement des infections des voies aériennes supérieures et inférieures. De ce point de vue, la mesure peut être considérée comme efficace. Il s'avère toutefois que les médecins ont reporté, selon le diagnostic, leur prescription vers d'autres classes thérapeutiques comme les antitussifs ou les bronchodilatateurs, certains anti-inflammatoires non stéroïdiens, les corticoïdes et les produits otologiques, la justification médicale de ce report n'étant pas toujours facile à établir. En termes économiques, le prix des mucolytiques et des expectorants étant peu élevé, la mesure n'a pas de répercussion sur le coût de l'ordonnance qui reste stable malgré les reports et l'augmentation tendancielle de la prescription des autres classes de médicaments.

📄 *Déremboursement des mucolytiques et des expectorants : quel impact sur la prescription des généralistes ?*
Devaux M., Grandfils N., Sermet C. Questions d'économie de la santé IRDES n° 128. Décembre 2007
▶ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes128.pdf>

🗨 *Article pour une revue internationale en cours de rédaction.*

A125. Le répertoire des médicaments génériques : une particularité française ?

Catherine Sermet, Nathalie Grandfils, Benoît Lepioufle et Adrien Thirouard (stagiaires IUT de Vannes)

La constitution des fichiers provenant de la base Thériaque (cf. A111, p. 10) a permis de classer les médicaments en 5 catégories : les princeps encore sous brevet, les princeps génériqués, les princeps n'étant plus sous brevet mais n'étant pas génériqués, les génériques inscrits au répertoire et les génériques non inscrits au répertoire. Ces données ont été fusionnées avec les données de Medic'Am. Pour des raisons de temps et de priorité, ce travail n'a pas été prolongé et n'a pas donné lieu à publication en 2007.

2.4.4 Etudes macro-économiques, comparaison des systèmes de santé

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 était de développer une méthodologie pour comparer les coûts des biens et services médicaux individuels dans différents Etats-membres de l'UE et pour les candidats à l'accession. La dernière phase (en 2007) consistait à évaluer les coûts pour une sélection de services ambulatoires et hospitaliers et à effectuer des comparaisons entre pays.

Le rapport final du projet (avec recommandations politiques) a été présenté en février 2007 lors de la conférence finale. Ce projet a été considéré comme un grand succès (par sa qualité scientifique et sa

stratégie de dissémination) par la Commission Européenne qui a vivement encouragé les équipes à poursuivre leurs collaborations sur d'autres projets européens.

☞ *Un numéro spécial présentant des analyses comparatives (cross country) des coûts pour des interventions choisies a été publié dans Health Economics.*

L'IRDES (en collaboration avec l'ENSP) a réalisé une analyse de coûts d'accouchement à travers les pays étudiés : What can we learn from a cross-country comparison of the costs of child delivery? Bellanger M., Or z., Health Economics, 2008/01-02, vol 17, n° S1, S47-S57 et a été mis en ligne sur le site de Wiley Interscience ▶ <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/117882425/PDFSTART?>

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 démarchandisée (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 d'une étudiante en thèse, Emilie Gazeux, dans le cadre du contrat PICRI avec la région Île de France, d'un indicateur de sécurité territorialisé 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 ressources économiques dont elle dispose sur son territoire ;
- évaluation du TSD dans 24 pays (14 pays de l'Union européenne, les États-Unis, l'Australie, Israël, la Russie, etc.) 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 d'invalidité, aide aux familles et aux démunis), n'est que de 10,8 % du revenu disponible moyen des actifs ayant un emploi en Italie en 2000. En revanche, elle s'élève à 27,9 % du revenu de référence moyen en Suède à la même date. Quant aux États-Unis, leur TSD est faiblement négatif (-1,0 %), mais moins que le Mexique à la même date (-11,2 %). Comparaison notamment des contributions des sécurités issues des prestations santé à la sécurité économique et à la stabilisation des revenus dans les 24 pays.

Ces résultats présentés à Madrid sont en cours d'élaboration afin de proposer un article dans des revues à comité de lecture.

Publication et communications associées à cette recherche.

☞ *Deux communications :*

- *An assessment of the evolution of social benefits security in 20 EU countries*, European PRESOM Project, Vienna, May 5th, Austria
- *How can the decommodified security ratio assess social protection systems?*, Luxembourg Income Survey – Instituto des Estudos Fiscales, Madrid, November 16th, Spain

☞ *Deux articles dans des revues à comité de lecture :*

- *Prestations sociales, sécurité économique et croissance en Europe*, Revue de l'OFCE, N°103, Paris, pp. 291-322. ▶ http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/19/84/06/PDF/ROFCEPrestationssecurite_croissance.pdf
- *The Decommodified Security Ratio: A Tool for Assessing European Social Protection Systems*, International Social Security Review, Geneva, Vol. 60, Issue 4, pp. 69-103, October-December. ▶ <http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/19/83/98/PDF/ISSR-2007-4-TheDSRatoolforassessing.pdf>

Article publié aussi en allemand, en espagnol et en français :

- *Der Grad der dekommodifizierten Sicherheit: Ein Instrument zur Evaluierung der europäischen Sozialschutzsysteme, Internationale Revue für Soziale Sicherheit, Genf, N°4, pages 77–115.*
 - *La tasa de seguridad desmercantilizada: una herramienta de evaluación de los sistemas de protección social europeos, Internacional Social Seguridad Revé, Vol. 60 Issue 4, Génova, N°4, pp. 77-115.*
 - *Le taux de sécurité démarchandisée : un outil d'évaluation des systèmes de protection sociale européens, Revue Internationale de Sécurité Sociale, Genève, Vol. 60, Issue 4, pp. 73-110.*
- ▶ <http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/19/83/76/PDF/RISS-2007-4-Tauxdesecuritedemarchandise.pdf>

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**

Au titre de 2007, auront paru, avec beaucoup de retard, pour cause de Forum, deux numéros : Les retraites et Les actes du 2ème Forum franco-québécois sur « Maitrise des dépenses ou qualité : faut-il choisir ? » de mars 2007. Le premier a paru en juin, le second est en cours de transmission chez l'éditeur et nous espérons sa sortie au mois d'avril prochain. Les thèmes des numéros suivants ont été discutés et arrêtés à l'occasion du dernier Comité directeur de l'OFQSS en juillet 2007 à Québec. Il s'agit dans l'ordre :

- ⇒ N°1/2008 : Bilan de vingt ans de réformes de nos systèmes de santé
- ⇒ N°2/2008 : L'enfance maltraitée
- ⇒ N°1/2009 : La parité, égalité hommes/femmes
- ⇒ N°2/2009 : La place des usagers dans le système de santé

Tous les quatre ont été finalisés, les auteurs sollicités et la rédaction des articles commencée.

➤ **Eco-Santé Québec**

Eco-Santé Québec qui est un modèle de ce que les responsables du ministère des Affaires étrangères appellent « transfert de compétences », en est à sa cinquième édition. Depuis sa version 2006 il est téléchargeable gratuitement sur le Web. On a procédé à une révision complète du produit, dans le cadre d'une mission des gestionnaires québécois de l'application, à l'IRDES au mois d'avril 2007.

➤ **Les échanges d'experts**

L'année 2007, particulièrement faste dans ce domaine, a donné lieu à deux échanges d'experts. Robert Pampalon de l'INSPQ a passé quinze jours à l'IRDES en mars 2007, avec l'objectif d'étudier la faisabilité d'implanter en France son indice de défavorisation. Le projet a pris corps et est suivi par Véronique Lucas-Gabrielli et Chantal Cases pour l'IRDES. Les négociations sont en cours avec l'INSEE pour disposer des données à des niveaux géographiques fins, nécessaires pour la fabrication de l'indice. Dans la direction opposée, Jacqueline Gottely, chargée de mission « études-statistiques » au Service des droits des femmes, a passé six mois à l'Institut de Statistique du Québec, du 1er juillet au 30 décembre 2007. Son stage avait la double mission de mettre au point un numéro de la revue 3S sur la parité, qui est lancé (voir plus haut) et, de confectionner, en collaboration avec Hervé Gauthier de l'ISQ, un document statistique (une sorte de « chiffres repaires ») comparatif entre l'Europe et

l'Amérique du Nord, sur la « situation des femmes ». Le contenu et la forme du document ont été fixés et la collecte des données est largement engagée. On prévoit sa sortie pour la fin de l'année 2008. Ce sera, bien entendu, une co-édition franco-québécoise, sous la houlette de l'Observatoire, dont les modalités exactes restent à définir.

➤ **Le Forum franco-québécois de la santé**

Après le succès du premier Forum franco-québécois de la santé en septembre 2005, à Québec, le deuxième Forum s'est tenu à Paris au mois de mars 2007, sur le thème « Maîtrise des dépenses ou qualité : faut-il choisir ? ». Son organisation, confiée une nouvelle fois à l'Observatoire a été sérieusement perturbée par les campagnes électorales qui se menaient simultanément dans les deux pays et qui ont eu pour conséquence la défection des ministres tant québécois que français et leur remplacement par des hauts fonctionnaires. Contrairement à 2005 où, dans la même situation, la France avait accepté de bonne grâce le report de la manifestation pour lui assurer une présence ministérielle, nous avons subi, cette fois-ci, une pression sans précédent de la part des autorités (et de nos partenaires) québécoises pour maintenir le Forum à la date prévue et ce pour des raisons qui n'avaient rien à voir avec le Forum ni avec l'Observatoire. Malgré ces difficultés, le Forum a connu un réel succès et nous avons réussi, une fois de plus, à mobiliser les experts les plus représentatifs sur le sujet, dans les deux pays. A cette occasion, le représentant du ministre québécois a déjà lancé une invitation pour un troisième forum à Québec en 2009 sur le thème du cancer. La réunion du Comité directeur de juillet 2007 a d'ors et déjà élaboré un premier scénario, finalisé depuis.

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 2007 ont porté sur les thèmes suivants :

Valorisation d'avril 2007 :

- ⇒ Regional healthcare planning (Lucas-Gabrielli V., Coldefy M.)
- ⇒ Sanitary shield (Cases C.)
- ⇒ New nursing regulation (Naïditch M.)
- ⇒ Financing long term care: a new insurance scheme? (Chevreul K.)

Valorisation d'octobre 2007 :

- ⇒ Oral care prevention (Rochereau T. (IRDES), Azogui S. (Paris VII))
- ⇒ Smoking ban in public areas (Renaud T.)
- ⇒ Hospital 2007 (Or Z.)

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

A086. Les dépenses de prévention en France

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

Cette étude s'inscrit dans le cadre des travaux successifs réalisés par l'IRDES sur les Comptes nationaux de la santé. Son objet était de mener une réflexion approfondie sur les contours de la prévention médicale, son articulation avec le champ des Comptes et sur le moyen d'en repérer les actions au sein de l'activité habituelle du système de santé, l'objectif final étant d'estimer les montants financiers consacrés à ces actions de prévention individuelle et collective en France.

Ce travail est dans une période de valorisation qui va donner lieu à la publication imminente d'un rapport IRDES (premier semestre 2008). Par ailleurs, la soumission d'un article dans une revue à comité de lecture est envisagée. Cet article est en cours de rédaction.

-  *Les dépenses de prévention en France. Estimation à partir des Comptes nationaux de la santé 2002.*
Renaud T., Sermet C., en collaboration avec Sarlon E. et Minc C., IRDES, rapport à paraître prochainement.
-  Article scientifique en cours de rédaction.

A095. Les Comptes de la santé par pathologie (comparaison internationale)

Thomas Renaud, dans le cadre d'une collaboration avec Richard Heijink, Johan Polder, Manuela Noethen et Marc Koopmanschap

Depuis le début des années 2000, l'IRDES a produit de manière récurrente des travaux méthodologiques articulés autour des Comptes nationaux de la santé : construction d'un prototype de ventilation des Comptes par pathologie, réalisation d'une étude permettant d'estimer les dépenses de prévention (cf. A086 ci-dessus), encadrement méthodologique et co-réalisation avec la DREES d'actualisations de ces deux travaux.

C'est dans ce contexte qu'une collaboration s'est nouée avec les responsables des Comptes de la santé par pathologie aux Pays-Bas, avec l'idée de produire une réflexion sur la comparabilité des études de Comptes par pathologie dans différents pays : France, Pays-Bas, Allemagne, Canada et Australie.

Ce travail de comparaison internationale a été largement initié et coordonné par Richard Heijink (National Institute for Public Health & the Environment, Netherlands) ; il permet de mettre en évidence les fortes convergences méthodologiques de ces études, ainsi que des schémas d'ensemble de répartition par pathologie assez similaires dans tous les pays. Ce travail cherche aussi à isoler les pistes d'explications pertinentes aux spécificités nationales, en testant différentes hypothèses liées au profil démographique et épidémiologique du pays ou à son mode d'organisation des soins.

Il a donné lieu à la rédaction d'un article qui a été accepté dans *Health Policy* et qui sera publié prochainement.

-  *Cost of illness: an international comparison. Australia, Canada, France, Germany and the Netherlands.*
Heijink R., Polder J., Renaud T., Koopmanschap M. et Noethen M., *Health Policy*, à paraître.

A119. Participation au projet EUROTINE

Florence Jusot, *Zeynep Or*, Engin Yilmaz

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 comportement 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 consistait dans un premier temps à fournir des informations harmonisées pour la France. Dans un second temps, l'IRDES a développé la problématique autour des inégalités de recours aux soins et le rôle du système de santé dans la construction de ces inégalités.

La base de données harmonisée a été disponible dans le courant de l'année 2006. L'IRDES a analysé, 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.

Les résultats préliminaires de cette analyse ont été présentés en juillet 2007 à la Conférence Internationale des Économistes de la Santé, à Copenhague. Les résultats finaux ont été discutés lors des Journées des Économistes de la Santé Français, en décembre 2007 à Lille.

-  *Inequalities in health care use in Europe: the role of health care systems*, Z. Or, F. Jusot, E. Yilmaz, IHEA, Copenhague, juillet 2007.
-  *Inégalités de recours aux soins en Europe : Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ?* Z. Or, F. Jusot, E. Yilmaz, JESF, Lille, décembre 2007 ▶ http://www.ces-asso.org/docs/JESF_2007/jusot.pdf
-  Un article a été soumis à la *Revue Economique* dans le cadre du numéro spécial des Journées des Économistes de la Santé Français 2007.
-  Un article en anglais (à soumettre à *Health Economics*) est en cours de rédaction.

3. REPONSES AUX APPELS D'OFFRES

3.1 Projets retenus

Recensement et analyse des typologies d'organisation des soins de santé primaires dans les systèmes modernes de santé (AO DSS)

Yann Bourgueil, Véronique Lucas, Anna Marek, Julien Mousquès

L'objectif de l'étude qui est principalement bibliographique est, dans un contexte de raréfaction de la ressource humaine en santé et de gestion croissante des maladies chroniques, de recenser et d'analyser les différents systèmes d'organisation des soins primaires existant dans les pays développés.

Cf. étude A156, p. 18.

Etude de la place et du rôle des associations dans les hôpitaux de l'assistance publique

Michel Naïditch

Il s'agit d'une étude commandée par l'APHP et destinée à analyser les rapports de travail que cette institution a développé avec les associations de malades et d'usagers, de manière à définir et outiller une politique globale vis-à-vis d'eux.

Cf. étude A154 p. 27.

Lien entre volume d'activité et qualité dans les établissements de santé (AO HAS)

Laure Com-Ruelle, Zeynep Or

L'IRDES a répondu en février 2007 à un appel d'offres 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'offres a été retenu et l'étude a été lancée dès le mois d'avril 2007.

Cf. étude A150, p. 27.

Primary Healthcare Activity Monitor for Europe – Phameu (AO NIVEL)

Yann Bourgueil, Julien Mousquès, Michel Naïditch (Etude A162)

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'offres « 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. 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.

Méthode : Documentation complémentaire sur les thèmes suivants : caractéristiques générale 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 et standardiser les items à recueillir et les questionnaires d'enquête.

Le projet a été définitivement accepté par la Commission européenne au cours de l'automne 2007. La réunion de lancement du projet s'est tenue en février 2008.

Revue de littérature dans les domaines suivants : économie de la santé, santé publique, géographie de la santé, sociologie de la santé (AO HAS)

Chantal Cases, Philippe Le Fur

Cet appel d'offres a donné lieu à la commande de deux synthèses destinées à contribuer aux travaux du groupe sur l'évaluation économique de la coopération entre les professions de santé qui a contribué à l'élaboration de recommandations de la HAS en la matière :

- « Temps de travail et activité des médecins généralistes libéraux : quels enseignements pour un renforcement de la coopération avec d'autres professionnels ? » (Yann Bourgueil, Chantal Cases, Philippe Le Fur) ;
- « Les enseignements de la politique des réseaux et des maisons disciplinaires de santé » (Yann Bourgueil).

Pour la première de ces synthèses, la revue de littérature a été complétée d'exploitations spécifiques de sources de données disponibles à l'IRDES (notamment l'enquête EPPM d'IMS-Health).

 *Contribution au rapport du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé »*

▶ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_eco.pdf

Prévention - Inégalités de recours à la prévention et inégalités de santé en Europe : quel rôle attribuable au système de santé ? (AO IRESP)

Florence Jusot, Zeynep Or (Etude A159)

L'IRDES a répondu en mai 2007 à un appel d'offres lancé par l'IRESP (Institut de Recherche en Santé Publique) sur le thème « prévention et promotion de santé ».

L'IRDES a proposé une étude afin d'établir les différences socio-économiques dans le recours aux soins de prévention en France et de les comparer à celles des autres pays européens, en exploitant de nouvelles bases de données. Le deuxième objectif de cette étude est d'établir l'impact de l'organisation et du financement des systèmes de santé sur l'ampleur des inégalités de santé et de soins préventifs. L'hypothèse sous-jacente est que la manière dont le système de soins est organisé et financé peut avoir une influence directe sur l'utilisation par différents groupes sociaux des dispositifs de prévention existant dans un pays. Une convention de recherche a été signée fin novembre 2007. Cette étude se terminera en mai 2009.

Health systems and long-term care for older persons in Europe: Modelling the INTERfaces and LINKS between prevention, rehabilitation, quality of services and informal care (AO Interlinks)

Laure Com-Ruelle, Michel Naiditch (IRDES), Kai Leichsenring & al. (Leader from the European Centre for Social Welfare Policy and Research in Vienna), et 15 autres équipes réparties dans 14 pays

Etude A161

Ce projet résulte d'un appel d'offres européen sur les soins de long terme : HEALTH-2007-3.2-2: Health systems and long term care of the elderly. Il a été bâti dans le courant de l'été 2007 en collaboration avec 16 autres équipes réparties dans 14 pays européens au total, le leader en est le European Centre for Social Welfare Policy and Research à Vienne en Autriche. Soumis le 18 septembre 2007, il a été retenu premier et démarrera en avril 2008 pour se dérouler sur trois années.

Il s'agit de mettre en place une méthodologie permettant de construire un cadre conceptuel de description et d'analyse des différentes modalités d'organisation des soins au long cours (Long term care) pour personnes âgées dans une perspective européenne et en prenant en compte trois niveaux d'analyse : macro (financement, régulation), méso (organisation et planification des ressources) et micro (délivrance sur le terrain). Le but est de montrer comment les liens vers les services de soins médicaux, la qualité des services de soins de long terme, les incitations à la prévention et à la réhabilitation et l'aide aux intervenants informels peuvent être gouvernés et financés afin de renforcer les structures, les procédures et les résultats des organisations de soins de long terme.

Nous construirons aussi un outil de comparaison inter pays afin de permettre à chacun de se situer et de définir ses zones d'action prioritaires.

Les objectifs secondaires consistent à faire un état des lieux des pays concernés, établir un état de l'art en matière d'évaluation et de suivi (construction d'indicateurs de procédure et de résultats), de pointer les « bonnes pratiques », notamment en matière de prévention et de réhabilitation et d'aide aux aidants familiaux, et d'aboutir à un modèle et des recommandations au niveau de l'Europe.

Évaluation efficacité des Centres de santé sur la réduction des ISS (AO HCSA)

Yann Bourgueil, Chantal Cases, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Julien Mousquès, Michel Naïditch

Etudes A179

Etudier et analyser le taux de personnes socialement précaires dans la patientèle des centres de santé (score E.P.I.C.E.S: Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé), dans le cadre d'une expérimentation de faisabilité d'une évaluation de la réponse des centres de santé en termes d'accessibilité, d'offre et de recours aux soins aux assurés, en situation de précarité sociale ou non, comparativement à l'offre locale en ambulatoire et à une population de référence au niveau national.

Les objectifs du projet sont :

- décrire la patientèle des centres de santé au regard de leur précarité et/ou de leur précarité sociale au moyen du score Epices,
- identifier les personnes vulnérables socialement en mettant en place un score d'alerte individuel sur la base du score Epices, incorporé dans le dossier médical partagé du patient en routine,
- élaborer et tester une méthode d'évaluation reproductible et généralisable de l'adéquation de la réponse des centres de santé, notamment pour des personnes précaires selon des critères administratifs ou d'enquête (score Epices) en termes d'accessibilité, d'offre et de recours aux soins.

3.2 Projets non retenus

Intégration santé et accès aux soins en France

Paul Dourgnon, Michel Grignon

Ce projet portait sur l'étude du rôle de l'origine nationale et de la religion dans la constitution du capital social tout d'abord, puis de leurs liens avec l'état de santé et le recours aux soins.

Il s'agissait de prolonger nos travaux sur le capital social et l'origine nationale en tirant profit de l'existence de nouvelles données associant au niveau de l'individu les dimensions de santé, de recours aux services de santé, de capital social, d'origine et de religion.

Un premier travail méthodologique portait sur la représentativité de l'échantillon ESPS en termes de nationalité et de religion et devait être complété par une première description des populations définies par ces variables, en distinguant en particulier les personnes d'origine étrangère de première et de seconde génération.

Une seconde étape de la recherche visait à mesurer l'impact de l'origine sur le capital social. La religion étant constitutive du capital social nous ne l'intégrons pas dans cette étape afin d'éviter de produire un résultat tautologique. Nous devons vérifier toutefois l'existence d'un lien entre religion (intensité de la pratique) et capital social.

Une troisième étape consistait à modéliser l'impact de l'origine et de la religion sur la santé et la consommation de soins contrôlé du capital social. La santé était ici appréhendée dans sa dimension subjective, déclarée par l'individu, mais aussi par les comportements de santé (alcool, tabac). Deux types de consommation de soins étaient étudiés : les soins préventifs et les soins ambulatoires (médecine primaire et médecine de spécialité).

Prévention - Culture de la prévention, attitude à l'égard du risque et trajectoire biographique (AO IRESP/INSERM)

Georges Menahem

Ce projet proposait de tester une série d'hypothèses concernant, d'une part, l'existence de différentes cultures de la prévention et, d'autre part, les relations entre les types de pratiques de la prévention et

deux catégories de déterminants : les attitudes à l'égard du risque (hiérarchisés en différents niveaux) et les événements marquants rencontrés lors des trajectoires biographiques. La méthodologie proposée tirait parti de deux outils complémentaires : l'analyse typologique par des classifications automatiques des questions introduites dans l'enquête sur la santé et les consommations médicales 2001-2002 et dans le Baromètre santé 2004, et des analyses de régression des types de prévention obtenus selon des variables de cadrage et les déterminants testés.

Cet appel d'offres n'ayant pas été retenu, seules les analyses quantitatives seront utilisées dans le cadre du programme de recherche 2008-2009.

Évaluation programme disease management diabète

Yann Bourgueil, Julien Mousquès

Non retenu en pré-candidature au motif suivant exposé par les services juridiques de la CNAMTS :

« L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) vient de se porter candidat à la procédure de dialogue compétitif susvisée. Sachant que le financement de cet organisme provient en partie de subventions versées par la CNAMTS, le Département veille et stratégie s'est interrogé sur la recevabilité juridique de cette candidature, et de ce fait, a saisi pour avis la Division des marchés publics.

En l'espèce, rien n'interdit dans le code des marchés publics à une association de participer à la commande publique et de soumissionner aux marchés publics. Ainsi, les associations à but non lucratif, tel que l'IRDES, peuvent librement se porter candidate à l'attribution d'un marché public. La cour de justice européenne a même jugé dans un arrêt du 7 décembre 2000 que "le principe d'égalité de traitement des soumissionnaires à un marché public n'est pas violé au seul motif que le pouvoir adjudicateur admet à participer à une procédure des organismes qui perçoivent des subventions de la part de lui-même ou d'un autre pouvoir adjudicateur, quelle que soit la nature de la subvention qui permettrait à ces organismes de faire des offres de prix sensiblement inférieures à ceux de leurs co-soumissionnaires qui ne bénéficient pas de telles subventions". Par conséquent, dès lors que les versements sont licites, il n'existe aucune raison pour que les organismes qui en bénéficient soient exclus des procédures de passation des marchés publics. Cependant, si les offres reçues de ces organismes apparaissent anormalement basses, il appartient dans ce cas au pouvoir adjudicateur d'analyser la structure des coûts afin de déterminer si certains postes peuvent être susceptibles de provoquer des distorsions de concurrence. Su ce point, le Conseil de la concurrence a rappelé à maintes reprises que les associations et les entreprises placées sur un même marché devaient être traitées dans les mêmes conditions de concurrence.

Toutefois, si la soumission de l'IRDES aux marchés publics ne peut être remise en cause de par les textes qui régissent la commande publique, la candidature de cet organisme à la présente consultation pose néanmoins un problème au regard du droit de la concurrence. En effet, la CNAMTS étant représentée au sein du conseil d'administration et du conseil scientifique de l'IRDES, cette situation juridique suffit à introduire chez les autres candidats en lice une suspicion de favoritisme au profit de l'IRDES. Notons que cette suspicion sera d'autant plus forte étant entendu que dans la présente consultation, le représentant du pouvoir adjudicateur - le Directeur de la stratégie, des études et des statistiques - siège en personne au conseil scientifique de l'IRDES. C'est pourquoi, dans l'hypothèse où la CNAMTS retient IRDES, il n'est pas exclu par la suite que les candidats qui s'estimeraient lésés, soit par les conditions de mise en concurrence, soit par les conditions d'activité de cet organisme, saisissent le juge administratif d'un référé pré-contractuel pour manquement aux obligations de mise en concurrence, ou bien engagent une action en responsabilité devant le juge commercial (pour concurrence déloyale) ou devant le juge pénal (pour délit de favoritisme).

C'est pourquoi, compte tenu des risques juridiques qui pèsent sur la présente consultation, nous vous recommandons de ne pas retenir plus avant IRDES dans la présente procédure de dialogue compétitif. »

4. DOCUMENTATION

Suzanne Chriqui, 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 relation entre le volume d'activité et la qualité des soins à l'hôpital, l'impact du déremboursement des médicaments sur la prescription médicale, l'emploi du temps des médecins généralistes, l'économie de l'obésité...

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.

Par ailleurs, le suivi des listes Nep-Repec et Equidad a permis d'améliorer le recensement de la littérature grise.

Le service documentation continue aussi à mettre à la disposition du public son important fonds documentaire pluridisciplinaire, ainsi que sa base bibliographique de 46 216 références régulièrement mise à jour. Cette dernière s'est enrichie, depuis 1997, de plus de 3 830 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 :

⇒ 730 ouvrages nouveaux, ce qui porte le volume actuel du fonds à 11 513 ouvrages.

Les 3/4 sont obtenus gratuitement : 57 par échange ou service de presse, 551 par 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 quadruplé en 4 ans : 551 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 a été engagée, car des problèmes de stockage et de coût d'impression pointent à l'horizon. A partir de 2008, seuls les documents français seront imprimés, les documents étrangers étant seulement archivés électroniquement dans la base documentaire, grâce au logiciel Cindoc-Ged, lors de la réalisation des 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 publications réalisées par l'IRDES.

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.

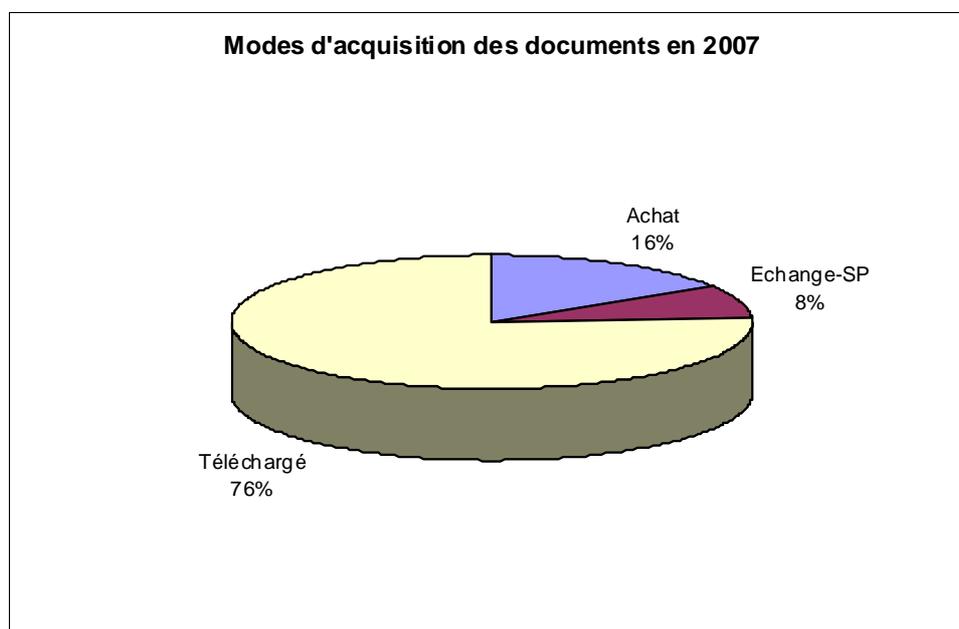
40 bulletins sont téléchargés directement actuellement.

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, États-Unis, Canada, Suède).

Le service assure aussi le suivi de **60 listes de diffusion** sur Internet : 41 françaises, 19 étrangères. Il redistribue les informations recueillies auprès des chercheurs selon leurs thèmes de recherche.

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

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



Mode d'acquisition des documents

Ouvrages

Année	Achat	Echange - Gratuit	Service de presse	Total
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
2006	145	601, dont 470 téléchargés	11	757
2007	117	607, dont 551 téléchargés	6	730

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
2006	75	286, dont 40 téléchargés	361
2007	75	286, dont 40 téléchargés	361

2. La **banque de données documentaire RAMIS** répertorient les documents les plus récents (d'après 1991) en comprend 37 027. La **base ARCHIVE** recensant les documents d'avant 1991 en comprend 9 188.

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 3ème position pour l'envoi de notices bibliographiques, après deux grandes institutions : l'INIST et l'ENSP. Il est en 1ère position pour la fourniture de littérature grise et de documents en texte intégral.

II - Activités du Service

1. Service "Questions-Réponses" :

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

- Les **recherches internes** sont restées stables, cette année. 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.
- 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.

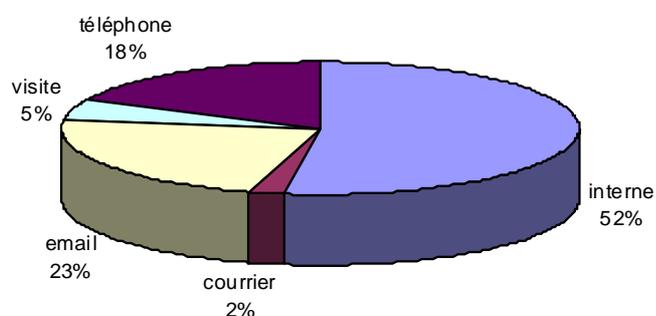
2003 : déménagement du CREDES

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 en 2007



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
2005	301	7	189	185	55	737
2006	278	3	126	263	50	720
2007	267	10	115	92	26	510

Total : 510 recherches, dont 243 en externe.

2. Consultation de l'espace doc sur le web

Les statistiques de consultation de l'espace doc (Web) démontrent que les visiteurs du centre sont devenus virtuels.

L'espace doc enregistre en moyenne 24 000 consultations par mois.

En effet, le nouveau web, mis en ligne en mars 2006, a permis un regroupement plus ergonomique des différentes rubriques. Les documents sont aussi mis à jour très régulièrement.

Des nouvelles rubriques sont apparues, comme « Lu pour vous » de périodicité mensuelle, qui présente les nouveaux ouvrages, les working papers étrangers, et quelques sites web-phare.

Le bulletin bibliographique « Quoi de neuf, Doc ? » est maintenant en ligne dès sa parution.

Parmi les documents qui dépassent les 2000 téléchargements mensuels, on peut citer : Quoi de neuf, Doc ?, les dossiers bibliographiques ou synthèses documentaires comme : La santé en France, la réforme de santé en 2004, les plans de réforme, les pratiques professionnelles et l'hôpital.

Consultation des produits documentaires sur le web en 2007

Produits	Avril 2007	Novembre 2007
Espace doc	21 278	25 467
Quoi de neuf, Doc ?	3724	7709
La santé en France	4717	5686
Réforme de santé en France (2004-2007)	2190	4463
Historique des plans de santé	1494	2424
Les pratiques professionnelles	4029	4163
L'hôpital en France	4046	3566
Économie de la santé	770	324
Vieillesse	906	860
Annuaire des sites (Synthèses thématiques)	1196	973
Carnet d'adresses en santé	945	1722

3. 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, annuaire sécu...) permet de compléter ce suivi de l'actualité

- "[Quoi de neuf, Doc ?](#)" : bulletin bibliographique analysant les dernières données et recherches en Économie de la Santé. Cette sélection provenant du dépouillement de la littérature française et étrangère recouvre 18 domaines : politique de santé, coût de la santé, protection sociale, hôpital, pharmacie, médecine libérale... (5 numéros par an). Les numéros sont mis en ligne dès leur parution depuis novembre 2007.
- **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 a été effectué.
- [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, les plans de redressement de l'assurance maladie, l'économie de la santé, les pratiques professionnelles... Les dossiers ont été mis à jour fin 2007.
Nouveautés : l'historique du ticket modérateur.
- [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.
- [Carnet d'adresses des éditeurs](#) (monographies et revues) : mise à jour faite.
- [Catalogue des revues](#) : la mise à jour a été faite pour la version alphabétique et la version thématique.
- **Portail 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).

4. Logiciels documentaires

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

La mise en ligne de la base documentaire sur le web est toujours en projet, faute de financement..

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'ADBS³² : santé et médicaments.

³² *Association des Professionnels de l'Information*

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) diffusée mensuellement (voir ci-après).
- ⇒ le [bulletin d'information « Questions d'économie de la santé »](#) présente 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,
- ⇒ 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...).

1 - La lettre d'information de l'IRDES

IRDES
Institut de recherche et d'innovation en économie de la santé

Lettre d'information de l'IRDES n°78
4 décembre 2007

Tous les premiers mardis de mois, nous vous transmettons l'actualité de l'économie de la santé à l'heure des nouvelles publications, interviews, chiffres ou graphiques de nos participations aux colloques... et enfin l'un ou l'autre de nos séminaires, conférences, ou autres événements.

Un sommaire sommaire ?
Nous sommes contents !

Sommaire :

- **État de santé**
- **Présentation de la médecine gériatrique**
- **Les problèmes d'adéquation de population générale en France**
- **L'impact de la pandémie de grippe A/H1N1 sur la santé publique**
- **Présentation de la médecine gériatrique**
- **Les problèmes d'adéquation de population générale en France**
- **L'impact de la pandémie de grippe A/H1N1 sur la santé publique**

Présentation de la médecine gériatrique
Présentation de la médecine gériatrique
Présentation de la médecine gériatrique

Les problèmes d'adéquation de population générale en France
Les problèmes d'adéquation de population générale en France

L'impact de la pandémie de grippe A/H1N1 sur la santé publique
L'impact de la pandémie de grippe A/H1N1 sur la santé publique

La lettre d'information mensuelle (appelée lettre info) est un support d'information générale qui permet chaque mois de transmettre par courrier électronique les dernières actualités en économie de la santé.

Elle est diffusée gratuitement tous les premiers mardi de chaque mois à plus de 7 000 correspondants. Elle comporte depuis septembre 2006, plusieurs rubriques : vient de paraître, chiffre ou graphique du mois, interview du mois, vu sur d'autres sites. Elle est réalisée en parallèle avec la mise à jour du site Internet.

Avec les hyperliens, le format électronique permet aux abonnés d'accéder en un seul clic aux documents sources.

2- Questions d'économie de la santé

Questions d'économie de la Santé
n° 128 - Décembre 2007

Déremboursement des mucolytiques et des expectorants : quel impact sur la prescription des généralistes ?
Marion Devaux, Nathalie Grandjeu, Catherine Serrant

Suite à la vague de déremboursement du 1^{er} mars 2006, les médecins généralistes ont baissé de moitié la prescription de mucolytiques et d'expectorants pour le traitement des infections des voies aériennes supérieures et inférieures. De ce point de vue, la mesure peut être considérée comme efficace. Il s'avère toutefois que les médecins ont reporté, selon le diagnostic, leur prescription vers d'autres classes thérapeutiques comme les antitussifs ou les bronchodilatateurs, certains anti-inflammatoires non stéroïdiens, les corticoïdes et les produits otologiques, la justification médicale de ce report n'étant pas toujours facile à établir.

En termes économiques, le prix des mucolytiques et des expectorants étant peu élevé, la mesure n'a pas de répercussion sur le coût de l'ordonnance qui reste stable malgré les reports et l'augmentation tendancielle de la prescription des autres classes de médicaments.

La nécessité de contrôler les dépenses de médicaments sont en maintenant la qualité des soins à incité les pouvoirs publics à dérembourser les médicaments les moins efficaces au regard du progrès thérapeutique. À cet effet, la commission de transparence a révisé entre 1999 et 2001 le secteur médical rendu (voir *mandat* p. 2) de l'ensemble des médicaments ambulatoires remboursables, ce qui a conduit au 1^{er} mars 2006 au déremboursement de 152 spécialités pharmaceutiques, en particulier des mucolytiques et des expectorants¹. Ces médicaments, fluidifiant les sécrétions bronchiques ou facilitant leur expectoration, étaient largement utilisés dans le traitement des infections des voies aériennes supérieures et inférieures, notamment chez les enfants et les personnes âgées.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact sur la prescription des médecins du déremboursement des mucolytiques et des expectorants² (voir *mandat* p. 2). Outre l'impact direct sur la prescription, nous tentons de mesurer un éventuel report de prescription vers d'autres catégories de médicaments et évaluons l'impact économique de cette mesure en termes de dépenses pour l'Assurance maladie.

Cette étude s'appuie sur l'ensemble des prescriptions d'un échantillon de médecins généralistes sur un an avant et sur un après le déremboursement.

1 Ces médicaments restent toutefois remboursés pour les patients atteints de mucoviscidose.
2 Par ailleurs, nous examinons les motifs « expectorants » pour décrire l'intensité des mucolytiques et expectorants.

Guide de lecture : Le taux mensuel de consultations associées à la prescription de mucolytiques et d'expectorants est passé de 34% en février 2006 à 17% en mars 2006 à la suite du déremboursement du 1^{er} mars 2006.

Sources : IRDES - Données : MGS Health, Data24/7/par

Institut de recherche et documentation en économie de la santé IRDES

En septembre 2007, le bulletin d'information « Questions d'économie de la santé » a changé de maquette et a abandonné les séries en vigueur depuis 1998 : résultats, analyses, synthèses et méthodes. 12 numéros ont été publiés en 2007 respectant une périodicité mensuelle :

N° 128. Déc 2007

[Déremboursement des mucolytiques et des expectorants : quel impact sur la prescription des généralistes ?](#)

N° 127. Nov 2007

[Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ?](#)

N° 126. Oct 2007

[Changer de couverture complémentaire santé à l'âge de la retraite. Un comportement plus fréquent chez les titulaires de contrats d'entreprise.](#)

N° 125. Sept 2007

[Un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif.](#)

N° 124. Juil 2007

[Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme.](#)

N° 123. Juin 2007

[De quoi souffre-t-on ? État des lieux des maladies déclarées en France.](#)

N° 122. Mai 2007

[Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France.](#)

N° 121. Avril 2007

[Aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire : une première évaluation du dispositif ACS.](#)

N° 120. Mars 2007

[Pénibilité au travail et santé des seniors en Europe.](#)

N° 119. Fev 2007

[L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation.](#)

N° 118. Fev 2007

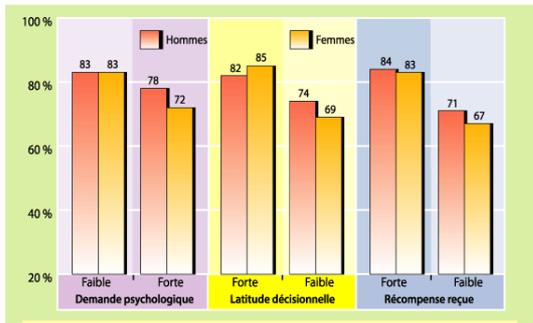
[Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents.](#)

N° 117. Janv 2007

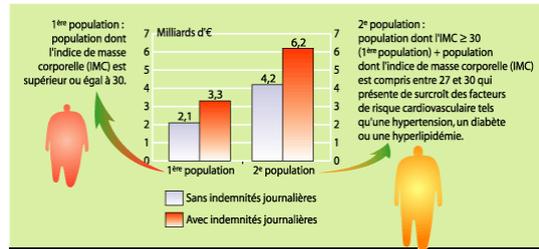
[Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants des Zones urbaines sensibles.](#)

3 - Les graphiques du mois

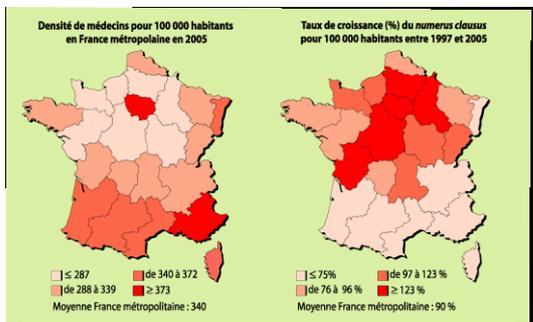
Avril 2007 : [Proportion de seniors se déclarant en bon état de santé selon trois dimensions de la pénibilité au travail](#)



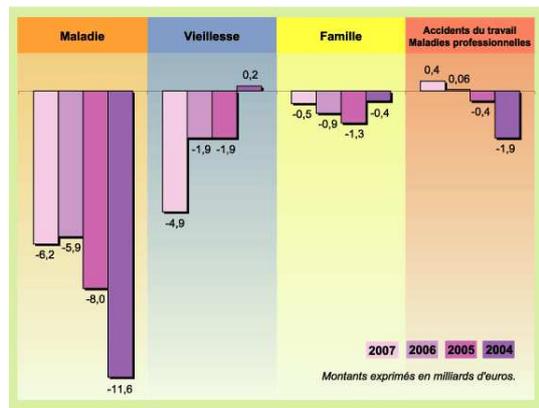
Sept 2007 : [Coût total de l'obésité en France pour l'Assurance maladie](#)



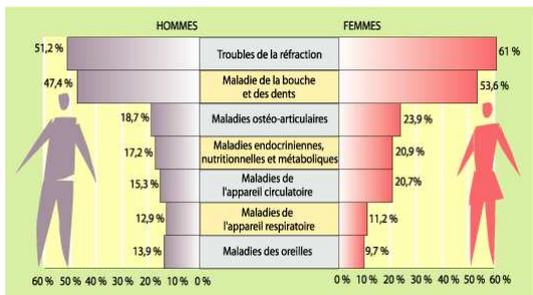
Mai 2007 : [Densité de médecins et modulation régionale du numerus clausus](#)



Oct. 2007 : [Evolution du solde des quatre branches du Régime général](#)



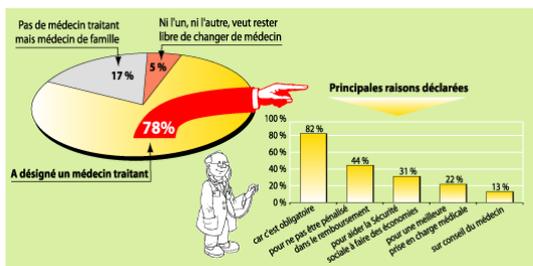
Juin 2007 : [Prévalences des maladies et problèmes de santé selon le sexe](#)



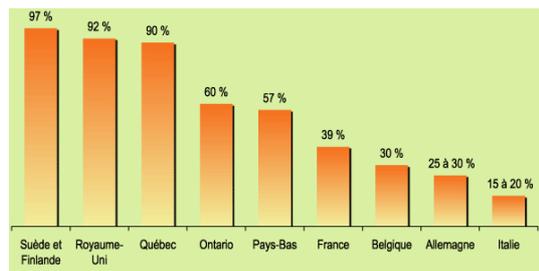
Nov. 2007 : [Evolution du taux de chômage et du nombre de journées d'arrêt de travail par actif occupé de 1970 à 2004](#)



Juil. 2007 : [Situation des assurés en 2006 par rapport au dispositif de médecin traitant](#)



Déc. 2007 : [Proportion de médecins généralistes travaillant en groupe](#)



4- Les interviews du mois

Décembre 2007

3 questions à Marion Devaux (chargée de recherche, IRDES), Nathalie Grandfils (maître de recherche, IRDES), Catherine Sermet (directrice de recherche, IRDES) à propos de la sortie en décembre d'une étude sur l'impact des déremboursements sur la prescription des mucolytiques et des expectorants.

► [Lire la suite...](#)

Novembre 2007

3 questions à Yann Bourgueil (directeur de recherche, IRDES), Julien Mousquès (maître de recherche, IRDES) et Anna Marek (chargée de recherche, IRDES) à propos de la sortie fin novembre du rapport sur les comparaisons internationales de médecine de groupe et d'une étude sur la médecine de groupe en Bretagne.

► [Lire la suite...](#)

Octobre 2007

3 questions à Michel Grignon (chercheur associé, Université McMaster, Canada) et Thomas Renaud (Chargé de recherche et statisticien, IRDES) à propos d'un récent article intitulé « Moral hazard, doctors and absenteeism in France » publié dans la RESP, qui remet en cause la thèse selon laquelle les salariés utilisent les arrêts maladie, en accord avec les médecins, de manière frauduleuse ou induue.

► [Lire la suite...](#)

Septembre 2007

3 questions à Marie-Odile Safon, documentaliste et responsable du centre de documentation de l'IRDES.

► [Lire la suite...](#)

Juillet 2007

3 questions à Catherine Sermet, directrice de recherche et co-auteur d'un article intitulé « Évaluation du coût associé à l'obésité en France » paru dans la revue « La presse médicale », 2007/06, tome 36, n°6, cahier 1, pp. 832-840.

► [Lire la suite...](#)

Juin 2007

3 questions à Thierry Debrand, économiste de la santé. La franchise : une solution pour l'avenir ?

► [Lire la suite...](#)

Mai 2007

3 questions à Pierre Gottely, secrétaire général de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité (OFQSS).

► [Lire la suite...](#)

Avril 2007

3 questions à Marc Perronnin et Carine Franc, co-auteurs de l'étude « Aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire : une première évaluation du dispositif ACS »

► [Lire la suite...](#)

Mars 2007

3 questions aux auteurs de l'étude de coût HAD versus SSR : Anissa Afrite, Laure Com-Ruelle, Zeynep Or, Thomas Renaud.

► [Lire la suite...](#)

Février 2007

3 questions à l'équipe Eco-santé : Martine Broïdo, Jacques Harrouin, Thierry Rochereau, Frédérique Ruchon, à propos de la mise en ligne gratuite d'Eco-Santé.

► [Lire la suite...](#)

Janvier 2007

3 questions à Chantal Cases, directrice de l'IRDES, sur le programme de recherche 2007-2009.

► [Lire la suite...](#)

5 - Les communiqués de presse

IRDES
10, rue Lavoisier
75018 Paris

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Paris, le 20 décembre 2007

Vient de paraître

Questions de Santé

Déremboursement des mucolytiques et des expectorants : quel impact sur la prescription des généralistes ?

Suite à la vague de déremboursement du 1^{er} mars 2006, les médecins généralistes ont baissé de moitié la prescription de mucolytiques et d'expectorants pour le traitement des infections des voies aériennes supérieures et inférieures. De ce point de vue, la mesure peut être considérée comme efficace. Il s'avère toutefois que les médecins ont reporté, selon le diagnostic, leur prescription vers d'autres classes thérapeutiques comme les antibiotiques ou les bronchodilatateurs, certains anti-inflammatoires non stéroïdiens, les corticoïdes et les produits otologiques, la justification médicale de ce report n'étant pas toujours facile à établir.

En termes économiques, le prix des mucolytiques et des expectorants étant peu élevé, la mesure n'a pas de répercussions sur le coût de l'ordonnance qui reste stable malgré les reports et l'augmentation tendancielle de la prescription des autres classes de médicaments.

Auteurs :
Marion Deveux
Nathalie Grandfils
Catherine Sermet

.....
• Cette étude s'inscrit dans le cadre des travaux de l'IRDES sur les politiques de régulation du secteur pharmaceutique. Elle fait partie d'une série d'études sur l'impact du déremboursement, des baisses de taux de remboursement et du retrait du marché de certains médicaments, réalisées en parallèle par l'IRDES, la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) et l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé).

.....

CONTACT
Service de presse
Nathalie Mouzard
E: 01 53 93 43 62
n.mouzard@irdes.fr
www.irdes.fr

IRDES
L'IRDES est une association loi 1901 constituée d'une cinquantaine de personnes : chercheurs (économistes, médecins, statisticiens...), informaticiens, documentalistes... Multidisciplinaire, il observe et analyse l'évolution des comportements des consommateurs et des producteurs de soins pour une meilleure connaissance des systèmes de santé.

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

En 2007, un nouveau format de communiqué de presse a été lancé. Envoyé à plus de 400 journalistes (agences de presse, presse quotidienne nationale et régionale, presse hebdomadaire générale, presse professionnelle) pour informer des dernières publications ou actualités de l'IRDES.

Liste des communiqués de presse envoyés en 2007

- 20 déc. : [Déremboursement des mucolytiques et des expectorants : quel impact sur la prescription des généralistes ?](#)
- 13 déc. : [Santé, vieillissement et retraite en Europe.](#)
- 11 déc. : [Les retraites.](#)
- 6 déc. : [La prise en charge de la santé mentale.](#)
- 4 déc. : [Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ?](#)
- 2 oct. : [Changer de couverture complémentaire santé à l'âge de la retraite. Un comportement plus fréquent chez les titulaires de contrats d'entreprise.](#)
- 11 sept. : [Un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif.](#)
- 19 juil. : [Eco-santé OCDE 2007 est disponible.](#)
- 3 juil. : [Évaluation du coût associé à l'obésité en France.](#)
- 3 juil. : [Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme.](#)
- 4 juin : [De quoi souffre-t-on ? État des lieux des maladies déclarées en France.](#)
- 4 juin : [Santé et travail.](#)
- 4 mai : [Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France](#)
- 3 avril : [Aide à l'acquisition d'une assurance-maladie complémentaire : une première évaluation du dispositif ACS](#)
- 27 mars : [Pénibilité au travail et santé des seniors en Europe.](#)
- 27 mars : [Les logiciels Eco-Santé 2006 obtiennent la marque RIP décernée par le ministère de l'Éducation nationale](#)
- 15 mars : [L'IRDES présente son nouveau site Web](#)
- 6 mars : [L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation](#)
- 1er mars : [Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents](#)
- 6 fév. : [Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants des Zones urbaines sensibles](#)
- 31 janv. : [Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature](#)
- 24 janv. : [Les logiciels Eco-Santé 2007 sont maintenant gratuits](#)
- 23 janv. : [Dans BEH : Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives](#)
- 8 janv. : [Vieillesse et santé : idées reçues, idées nouvelles](#)

6 - La plaquette



**Qui sommes-nous ?
Quelles sont nos missions ?**

Institut de recherche en économie de la santé et producteur de données, l'IRDES contribue à nourrir la réflexion sur l'avenir du système de santé.

Les chercheurs de l'IRDES observent et analysent les politiques de santé, les comportements des consommateurs et des producteurs de soins sous différents angles : économique, médical, géographique, international...

L'IRDES édite et met à disposition les résultats de ses recherches. Il dispose également d'un riche fonds documentaire ouvert au public.



Institut de recherche et documentation en économie de la santé

www.irdes.fr

En 2007, une nouvelle présentation de la plaquette IRDES a été réalisée. Son objectif est de présenter rapidement les différentes activités de l'IRDES et son mode de fonctionnement.

Elle répond aux questions suivantes :

- ⇒ Qui sommes-nous ?
- ⇒ Quelles sont nos missions ?
- ⇒ Quels sont nos partenaires ?
- ⇒ Comment fonctionnons-nous ?
- ⇒ et décline les missions « Observer », « Analyser » et « Informer »

Liste des Publications

➤ Faits marquants en 2007

On constate en 2007

- une forte augmentation du nombre d'articles publiés dans des revues extérieures à comité de lecture et à comité de rédaction (16 articles en 2007) et de rapports publiés par des organismes commanditaires d'études (15) ; cela se traduit par une chute du nombre de rapports publiés par l'IRDES (1 en 2007, 7 en 2006) ;
- le maintien d'une périodicité mensuelle pour le bulletin « Questions d'économie de la santé » (12 en 2007, 12 en 2006).

➤ Liste des différents supports d'information et publications publiés ou en ligne sur <http://www.irdes.fr>

Évolution du nombre de publications par nature depuis 2001										
	Publications internes				Publications externes					Total
					Revue scientifique		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	Communi-cations	
2007	1	12	6		11	5		16	4	55
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

** 3 articles supplémentaires ont été publiés début 2008 dans des revues datées de 2007

1 - Rapports publiés en 2007

- 1675 [Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives](#), Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J., 2007/11, 175 pages.
A fait l'objet d'une synthèse dans Questions d'économie de la santé n°127
► <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes127.pdf>

2 - 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.

- 1692* Les enseignements de la politique des réseaux et des maisons pluridisciplinaires de santé. Bourgueil Y. In Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé, Paris HAS, 2007/12, 261-291
- 1691* Temps de travail et activité des médecins généralistes libéraux : quels enseignements pour un renforcement de la coopération avec d'autres professionnels, Bourgueil Y., Cases C., Le Fur P. In Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé, Paris HAS, 2007/12, 147-186
- 1690* Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : premiers enseignements des expériences internationales, Bourgueil Y., Chambaretaud S., Marek A., Mousquès J. In Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé, Paris HAS, 2007/12, 46-59
- 1686bis* Classification des contrats de couverture complémentaire santé ayant ouvert droit à l'aide complémentaire santé, Perronnin M., Rapport sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide complémentaire santé en 2006, Paris : Fonds CMU, 2007/06, 26-42
► http://www.cmu.fr/userdocs/rapport_prixcontenu_2006.pdf
- 1686* Analyse de la variabilité de la dépense en part complémentaire des bénéficiaires de la CMU-C : rapport final. Perronnin M. avec la collaboration de Pierre A. Etude réalisée avec le soutien financier du Fonds CMU, 73p., 2007/12
► <http://www.cmu.fr/userdocs/rapport%20final%20irdes.pdf>
- 1683* La morbidité des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, Le Fur P., Lorand S., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J., In La prise en charge de la santé mentale, Coldefy M. (coord. par), Collection Etudes et Statistiques, Paris : la Documentation française, 2007/11, 145-171
► <http://www.sante.gouv.fr/DREES/santementale/3-2.pdf>
- 1682* Évolution entre 1993 et 2003 des caractéristiques des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, Le Fur P., Lorand S., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J., In La prise en charge de la santé mentale, Coldefy M. (coord. par), Collection Etudes et Statistiques, Paris : la Documentation française, 2007/11, 173-181
► <http://www.sante.gouv.fr/DREES/santementale/3-3.pdf>
- 1681bis* Démographie des professions de santé : Quelles zones fragiles pour l'accès aux soins, Castel Tallet M.A., Magniez C., Oswald N., Lucas-Gabrielli V., Tonnellier F., Chalon en Champagne : Ors Champagne Ardenne, 2007/06, 225 p.
► http://www.orsca.fr/files/demo_prof_sante_urml_urcam_definitif_23_07_07.pdf
- 1681* Les hospitalisations sans consentement en psychiatrie : Caractéristiques sociodémographiques et morbidité des patients, Le Fur P., Lorand S., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J., In La prise en charge de la santé mentale, Coldefy M. (coord. par), Collection Etudes et Statistiques, Paris : la Documentation française, 2007/11, 223-231
► <http://www.sante.gouv.fr/DREES/santementale/3-6b.pdf>
- 1673* Mapping health services access : national and cross-border issues (health access) - Final report, Busse R., Wörz M., Foubister T., Mossialos E., Berman P.C. avec Chevreul K., Lucas V. Bruxelles : EHMA, 2007/08, 56 pages
► http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_22_frep_en.pdf
- 1671bis* Pathologies et facteurs de risques chez les personnes âgées, Barnay T., Sermet C. In : Le vieillissement en Europe. Aspects biologiques, économiques et sociaux, Collection les Études de la Documentation française. Paris : La Documentation française, 2007/08, 61-76
- 1671* Le vieillissement en Europe. Aspects biologiques, économiques et sociaux, Barnay T., Sermet C. (sous la dir.de), Collection les Études de la Documentation française. Paris : La Documentation française, 2007/08, 188 pages

- 1669bis* Does free supplementary health insurance help the poor to access health care? Evidence from France, Grignon M., Perronnin M., Lavis J.N., Chepa working Paper series n°06-02, Hamilton, ON. McMaster University, 2006, 37 p.
 ► <http://www.chepa.org/portals/0/pdf/CHEPA%20WP%2006-02.pdf>
- 1665b* Unemployment and mortality in France, 1982-2002. Buchmueller T., Grignon M., Jusot F., Chepa working paper series n°07-04, Hamilton, ON: McMaster University, Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA), 2007/05, 32 p.
 ► <http://www.chepa.org/LinkClick.aspx?link=pdf/CHEPA+WP+07-04.pdf&tabid=130&mid=450>
- 1665* Psychosocial resources and social health inequalities in France : Exploratory findings from a general population survey, Jusot F., Grignon M., Dourgnon P., Sedap Research Paper n°189, Hamilton, ON: McMaster University, Program for Research on Social and Economic Dimensions of an Aging Population (SEDAP). , 2007/05, 36p
 ► <http://socserv2.socsci.mcmaster.ca/~sedap/p/sedap189.pdf>
- 1664* Hearts and Minds at Work in Europe, An European work-related public health report on cardiovascular diseases and mental ill health, Bach E., Barnay T., Bergendorff S., (de) Broeck V., Garcia Gomez M., Kuhn K., Kurppa K., Lamprecht C., Lehmann E., Meggeneder O., Petanidou D., Thorlacius S., Tountas Y., Wynne R., Bart de Zwart (Members of the WORKHEALTH II consortium), Dir. Bödeker W, Klindworth H, Essen : BKK Bundesverband, 2007, 137p.
 ► http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Hearts_and_Minds_at_Work_in_Europe.pdf
- 1661* A microsimulation model of private sector pensions in France, Debrand T., Pennec S. et Privat A.G., In : Modelling our Future : Population Ageing, Social Security and Taxation, Harding A., Gupta A. Eds., Amsterdam : Elsevier, 2007, 55-80
- 1660* La santé comme facteur explicatif du passage à la retraite en Europe, Debrand T., In : Les retraites. Libres opinions d'experts européens, Legros F., Paris : Economica, 2007/02, 184-193

3 - Articles publiés dans des revues scientifiques, institutionnelles et professionnelles

16 articles ont été publiés dans diverses revues.

⇒ Revues scientifiques à comité de lecture :

Le Comité de lecture, constitué en instance ou informel selon les revues, regroupe les différents lecteurs ou « referees » invités à expertiser les articles avant publication : rejet, demande de remaniement, acceptation en l'état sont autant d'avis que peut émettre un expert, spécialiste reconnu d'un champ, après lecture critique d'un manuscrit ; la nouveauté des résultats, l'intérêt de l'hypothèse, la qualité de la démonstration, la force de l'appareil critique, la forme du discours, la clarté des illustrations sont les voies d'exploration que suivent les lecteurs pour se prononcer en faveur de la publication ; les revues à « Comité de lecture » garantissent généralement un minimum de deux expertises par manuscrit, voire une troisième en cas d'avis contradictoires, assurées le plus souvent anonymement.

- 1684* Prestations sociales, sécurité économique et croissance en Europe, Menahem G., Revue de l'OFCE, n°103, 2007/12, 291-322
 ► http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/19/84/06/PDF/ROFCEPrestationssecurite_croissance.pdf
- 1680* Santé vieillissement et retraite en Europe, Blanchet D., Debrand T., Dourgnon P., Laferrère A., Économie et Statistique, n°403-404, 2007/12, 3-18
 ► http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES403-404a.pdf
- 1679* Pénibilité au travail et santé des seniors en Europe (Stress at Work and the Health of Older Workers in Europe), Debrand T., Lengagne P., Économie et Statistique, n°403-404, 2007/12, 19-38
 ► http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES403-404b.pdf
- 1678* Souhaiter prendre sa retraite le plus tôt possible : Santé, satisfaction au travail et facteurs monétaires (Wanting to Retire as Early as Possible: Health, Job Satisfaction and Monetary Factors), Blanchet D., Debrand T., Économie et Statistique, n°403-404, 2007/12, 39-62
 ► http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES403-404c.pdf

- 1677* Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes ? Une évaluation par la méthode des vignettes-étalons (Are International Comparisons of Subjective Health Status Relevant? An Assessment Using Anchoring Vignettes, With English Summary), Lardjane S., and Dourgnon, P., *Économie et Statistique*, n°403-404, 2007/12, 165-177
 ► http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES403-404i.pdf
- 1676* Enjeux économiques de l'asthme sévère, Laforest L., Com-Ruelle L., Devouassoux G, Pison C., Van Ganse E., *La Presse Médicale*, vol 37, n°1, 2008/1
- 1674* Health working life expectancies at age 50 in Europe : a new indicator, Lièvre A., Jusot F., Barnay T., Sermet C., Brouard N., Robine J.M., Brieu M.A., Forette F., *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, vol 11, n°6, 2007
- 1670* Moral hazard, doctors, and absenteeism in France. Preliminary analysis based on aggregate data, Grignon M., Renaud T., *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 55, n°4, 2007/08, 243-251
- 1669* Does free complementary health insurance help the poor to access health care? Evidence from France, Grignon M., Perronnin M., Lavis J.N., *Health Economics*, in press 2007, 37 p
- 1668* The shape of the relationship between mortality and income in France, Jusot F., *Annales d'économie et de statistique*, 2006/07-12, n°83-84, 89-122
- 1666* Evaluation du coût associé à l'obésité en France, Emery C., Dinot J., Lafuma A., Sermet C., Khoshnood B., Fagnani F., *La Presse Médicale*, 2007/06, vol 36, n°6, cahier 1, 832-840
 ► [en ligne sur le site de Masson](#)

⇒ **Revue scientifique à comité de rédaction :**

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

- 1685bis* Le taux de sécurité démarchandisée : un outil d'évaluation des systèmes de protection sociale européens, Menahem G., *Revue internationale de Sécurité Sociale*, Genève, vol. 60, issue 4, 73-110, 2007/10-12
 ► <http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/19/83/76/PDF/RISS-2007-4-Tauxdesecuritedemarchandisee.pdf>
- 1672* Le testing scientifique : problèmes de méthode : débat, Cédiey E., Desprès C., L'Horty Y., *Horizons stratégiques*, 2007/07, n°5, 75-92
 ► http://www.strategie.gouv.fr/revue/article.php3?id_article=480
- 1663* L'état de santé comme facteur de cessation d'activité en Europe, Barnay T., Debrand T. In : *Santé et travail, Santé, Société et Solidarité*, 2006, n°2 pp. 119-131
- 1659* La démographie médicale : constats, enjeux et perspectives, Bourgueil Yann, *Regards*, 2007/01, n° 31, 34-46
- 1658* Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives. Cambois E., Jusot F., In « *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* » Numéro thématique - Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux. 2007/01/23, n°2-3, pp. 10-14
 ► http://www.invs.sante.fr/BEH/2007/02_03/beh_02_03_2007.pdf

4 - 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.

- 1694* La problématique de santé dans les pays européens le temps des réformes. Situation en France. Cases C. In Comment répondre au besoin de financement de notre système de santé ? Séminaire interne du Collectif Interassociatif sur la santé du 4/10/2007. Paris : CISS, 2007/10, 12-15
- 1693* La problématique de santé dans les pays européens le temps des réformes. Situation en Europe. Cases C. In Comment répondre au besoin de financement de notre système de santé ? Séminaire interne du Collectif Interassociatif sur la santé du 4/10/2007. Paris : CISS, 2007/10, 7-11
- 1688* État de santé des populations immigrées en France : une approche multinationale, Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J. In « 20ème Journées d'Économie de la Santé Français (JESF) », 2007/12/06-07, Université Catholique de Lille. Paris : CES, 23p., 2007/12
► http://www.ces-asso.org/Pages/communications_JESF2007.htm
- 1687* Inégalités de recours aux soins en Europe : Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ? Jusot F., Or Z., Yilmaz E. In « 20ème Journées d'Économie de la Santé Français (JESF) », 2007/12/06-07, Université Catholique de Lille. Paris : CES, 23p., 2007/12
► http://www.ces-asso.org/docs/JESF_2007/jusot.pdf

5 - 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 2007, un nouveau numéro a été publié et diffusé : « Les retraites » (n°1/ 2007). Le numéro 2 de 2007 consacré à la publication des actes du 11ème forum franco-québécois ayant porté sur le thème « Maîtrise des dépenses de santé et qualité » est prévu au courant du 1^{er} trimestre 2008.

6 - Eco-Santé

Depuis juin 2006, les bases de données Eco-santé France et Régions sont diffusées gratuitement en ligne et bénéficient, si possible, de mises à jour mensuelles. Le service diffusion assure l'information sur les nouveautés à l'ensemble des correspondants de l'IRDES. En 2007, il n'y a donc plus de recettes issues de la vente d'Eco-Santé France et Régions.

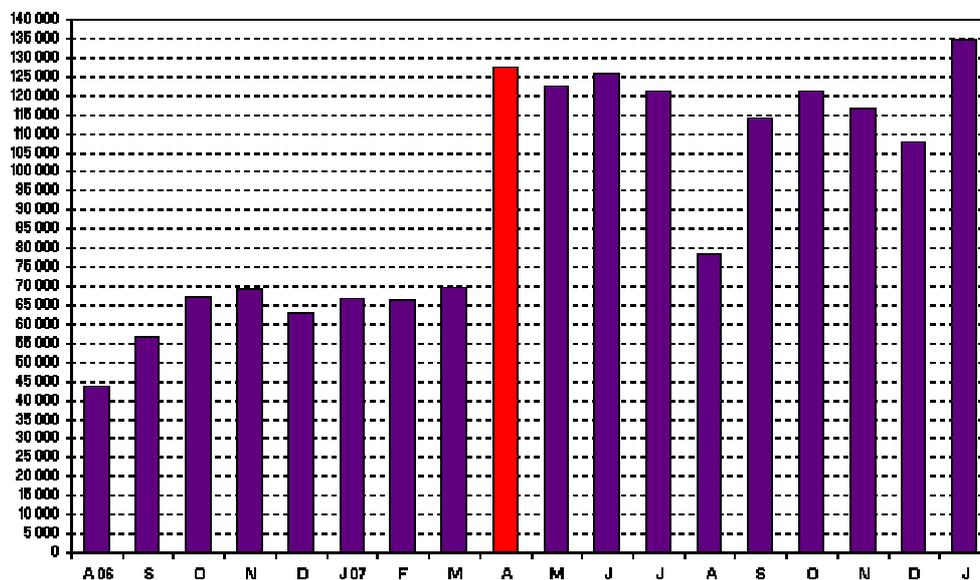
Le service diffusion a renouvelé une demande auprès de la Commission Multimédia de l'Éducation nationale. Le 15 mars 2007 les logiciels Eco-Santé ont obtenu une nouvelle fois la marque « Reconnu d'Intérêt Pédagogique » (RIP). Attribuée par le ministère de l'Éducation nationale de la Recherche et de la Technologie, cette marque est destinée à guider les enseignants dans le monde du multimédia pédagogique. Elle permet d'identifier les logiciels et les créations multimédias qui répondent aux besoins et aux attentes du système éducatif.

Eco-Santé OCDE dispose également d'une version en ligne mais payante. Des versions monoposte et réseau sont également disponibles. En 2007, l'IRDES a vendu 52 versions monopostes, 11 versions réseau et 10 versions en ligne. L'essentiel de la diffusion d'Eco-santé OCDE est assuré par l'OCDE.

Indicateurs chiffrés de la diffusion des travaux de l'IRDES

1 - Consultation du site Internet de l'IRDES

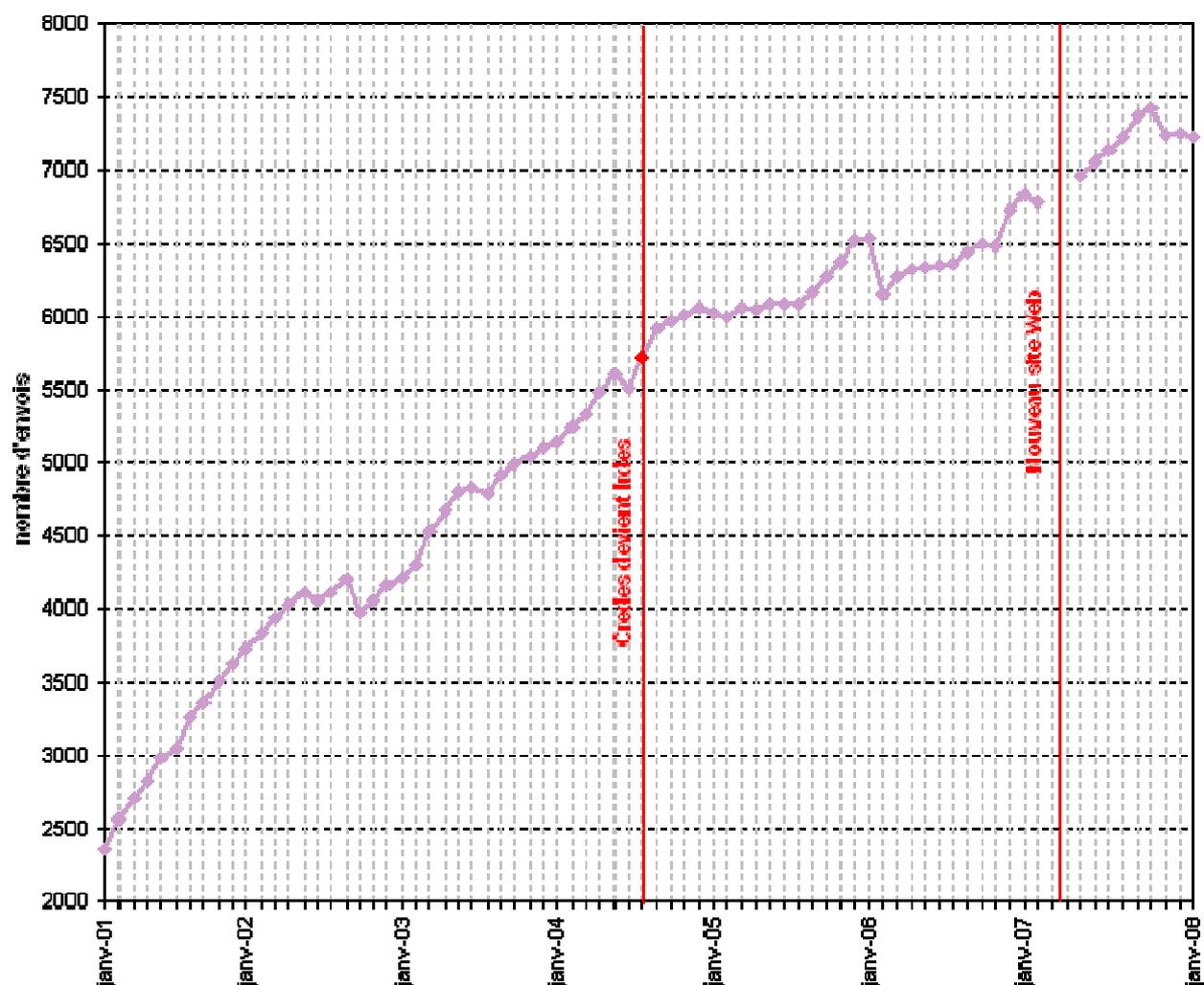
Le nombre de visites mensuelles sur le site continue sa progression et atteint en 2007 le cap des 110 000.



Avril 2007 : lancement du nouveau site IRDES

2- Évolution 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 2007, on compte 7 500 inscrits).



3 - Évolution 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 2007 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). À noter que cette diffusion papier est en baisse en raison de la mise en ligne gratuite du bulletin.

En 2007, on compte :

- 348 exemplaires envoyés à titre gratuit et systématique,
- 159 exemplaires envoyés au titre d'un abonnement payant.

4 - Évolution des retombées presse

On constate en 2007, une forte hausse du nombre de citations presse et web... (près de 400 en 2007, 234 en 2006). Les études ayant particulièrement suscité l'intérêt de la presse : « [Le premier bilan de la réforme du médecin traitant](#) », « [Les mesures pour améliorer la répartition des médecins](#) », « [L'analyse comparative de coût HAD/SSR](#) » et « [De quoi souffre-on ?](#) ».

5 - Évolution des recettes liées aux ventes de rapports, d'abonnement et d'Eco-Santé

Compte tenu de la mise en ligne gratuite d'Eco-Santé France et Régions et d'un certain nombre de publications (Questions d'économie de la santé, documents de travail...), les recettes issues des ventes sont en très forte diminution (42 114 € en 2007, 91 874 € en 2006). Les ventes proviennent des abonnements (version papier de Questions d'économie de la santé, de Quoi de neuf, doc et de la revue franco-québécoise Santé, Société et solidarité, soit 24 400 €), des ventes du logiciel Eco-Santé OCDE (10 684 €) et des ventes de rapports à l'unité (6 600 €).

6. AUTRES ACTIVITÉS

6.1 Activités d'expertise et participation à des instances, enseignement

6.1.1 Conseils d'administration

Membre du conseil d'administration du Centre d'études de l'emploi (CEE) (*Chantal Cases*)

Membre du Conseil d'administration de l'ICIRS Prévoyance (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du Conseil d'administration de l'IRDES (*Laure Com-Ruelle, Thierry Debrand*)

6.1.2 Conseils et comités scientifiques

Membre du Conseil scientifique de l'Observatoire régional de la santé Ile-de-France (*Chantal Cases*)

Membre du Conseil scientifique de l'Institut national d'études démographiques (INED) (*Chantal Cases*)

Membre du comité scientifique « Santé et itinéraires professionnels » (CEE-CREAPT) (*Chantal Cases*)

Membre du groupe d'étude ALD Cancer (DREES) (*Chantal Cases*)

Vice-présidente du conseil scientifique de la cohorte ELFE (*Chantal Cases*)

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*)

Referee pour l'expertise de projets de recherche ou d'articles scientifiques :

- 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*)
- soumissions à l'appel d'offres annuel d'IREB (60 dossiers), prix de thèse et bourses de congrès (*Laure Com-Ruelle*)
- pour la relecture d'articles dans la revue Santé publique (*Laure Com-Ruelle*)
- pour la relecture d'articles dans Sciences Sociales et Santé, La RESP³³, 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'articles dans The Journal of Health Economics Policy and Law (*Zeynep Or*)
- membre du Comité de Pilotage de l'Appel à Projets de Recherche (CP-APR) de la HAS (*Catherine Sermet*)
- 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 du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) (*Chantal Cases*)

Membres du Haut conseil de la santé publique, vice-présidente de la Commission évaluation, stratégie, prospective (*Chantal Cases*)

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 la santé publique, Commission spécialisée Maladies chroniques et incapacités (*Laure Com-Ruelle*)

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*)

Membre de la Commission « Périmètre des biens et services remboursables, ALD » (HAS) (*Catherine Sermet*)

³³ Revue d'épidémiologie et de santé publique

Membre de la Commission des études et recherches de la convention AERAS (ministère de la Santé) (*Catherine Sermet*)

Membre de la commission chargée d'évaluer la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles (ministère de la Santé) (*Catherine Sermet*)

6.1.4 Comités et groupes d'expertise ponctuels

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*)

Membre du groupe de Travail organisé par la HAS intitulé " Enjeux économiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé " (*Chantal Cases*)

Membre du comité scientifique du colloque sur l'enquête décennale santé INSEE (*Chantal Cases*)

Membre du comité de sélection de l'appel à projets « Analyses secondaires de l'enquête décennale de l'INSEE sur la santé et les soins médicaux » (DREES/MiRe) (*Chantal Cases*)

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 Conseil scientifique du colloque thématique de l'Association des épidémiologistes de langue française (ADELF) : Épidémiologie 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*)

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

Chargé de mission à la DREES auprès de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) (*Yann Bourgueil*)

Chercheurs associés à l'INED (*Catherine Sermet, Florence Jusot*)

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*)

Membres du comité de rédaction de la revue « Pratiques et Organisation des Soins » (*Chantal Cases, Catherine Sermet*)

Membre du comité de rédaction de la revue « Actualité et dossiers en santé publique » (*Chantal Cases*)

6.1.7 Comités de pilotage et groupes de travail

Membre du groupe de projet de l'Enquête Handicap Incapacité Dépendance 2008 (*Caroline Allonier, Catherine Sermet*)

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 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 groupe IDA (Indicateurs d'Alcoolisation) (*Laure Com-Ruelle*)

Membre du groupe IDT (Indicateurs de Tabacologie) (Laure Com-Ruelle)

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 comité de pilotage de l'enquête sur « l'activité des spécialistes » de la DREES (Paul Dourgnon, Philippe Le Fur)

Membre du comité de pilotage SPES du CETAF, "Ciblage des populations en situation de précarité" (Florence Jusot)

Participation au groupe de travail sur l'offre sanitaire et médico-sociale dans les villes moyennes conduit par Emmanuel Vigneron et Sandrine Haas pour la Fédération Nationale des Villes Moyennes et la Caisse des Dépôts et Consignations (Véronique Lucas-Gabrielli)

☞ Haas S., Vigneron E., *Les villes moyennes et la santé, La documentation Française, 01/2008.*

Membre du groupe de travail du CNIS "Niveaux de vie et inégalité" et participation à la rédaction du rapport final (Georges Menahem)

Membre d'un des groupes de préparation de l'enquête ELFE « socialisation-éducation » et participation à la confection du questionnaire (Georges Menahem)

6.1.8 Enseignement

Master 2 de Protection sociale complémentaire. Université Paris I. Chargés d'enseignement « Informatique et statistiques » (Anne Aligon, Martine Broïdo, Thierry Rochereau)

Cours sur la consommation et la régulation du médicament en 3ème année de l'École Nationale de la Statistiques et d'Analyse de l'Information (ENSAI) (Nathalie Grandfils, Catherine Sermet)

Chargée de cours d'initiation aux concepts économiques, Licence LEA, Université Paris IV (Florence Jusot)

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)

Chargé de cours dans le Master 2 « Économie internationale et régulation ». Université Paris XIII. (Georges Menahem).

Direction d'un mémoire de Master 2 à l'Université Paris XIII, Hanan Abelli (Georges Menahem)

Direction de quatre thèses en sciences économiques dans l'école doctorale de l'Université Paris XIII (Mokhtar Abidi, Émilie Gazeux, Ramzi HADji, Hanan Abelli) (Georges Menahem)

Chargé de cours d'introduction à l'économie de la santé et à l'analyse des systèmes de santé en 2ème année de l'École Nationale de la Statistiques et d'Analyse de l'Information (ENSAI) (Julien Mousquès).

6.2 Colloques, congrès, séminaires, enseignements ponctuels

6.2.1 Colloques, congrès, séminaires

9èmes Rencontres de neurologies. *Les génériques et l'épilepsie : la substitution est-elle économiquement justifiée ?* Palais de congrès. Paris. 17-19 décembre 2007. (Com-Ruelle L., Sermet C.)

HAS. Rencontres HAS 2007. *La coopération interprofessionnelle : les enseignements de l'étranger.* Cité des Sciences et de l'Industrie. Paris. 17-18 décembre 2007 (Bourguet Y.)

IRFTS Ile-de-France. Journée d'études Ceux qui ne demandent rien : hors jeu, résignés ou résistants ? Comprendre les causes du non-recours aux droits sociaux. *Contribution de l'anthropologie à la question du non-recours aux droits : l'exemple de la protection sociale.* Montrouge. 13 décembre 2007 (Despres C.)

LEM, CRESGE, CES. XXIXèmes Journées des Économistes de la Santé Français. *Inégalités de recours aux soins en Europe : quel rôle attribuable aux systèmes de santé ?* Université catholique. Lille. 6-7 décembre 2007 (Jusot F., Or Z., Yilmaz E.)

LEM, CRESGE, CES. XXIXèmes Journées des Économistes de la Santé Français. *État de santé de la population immigrée en France*. Université catholique. Lille. 6-7 décembre 2007 (Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J.)

LEM, CRESGE, CES. XXIXèmes Journées des Économistes de la Santé Français. *Pourquoi les systèmes de santé sont-ils organisés différemment ?* Université catholique. Lille. 6-7 décembre 2007 (Grignon M.)

DREES. État de santé de la population : apports, limites et perspectives de l'enquête décennale santé. *Prévalence de l'asthme et impact sur la vie quotidienne : les apports de l'Enquête décennale Santé 2002-2003*. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Paris. 4 décembre 2007 (Com-Ruelle L. et al.)

DREES. État de santé de la population : apports, limites et perspectives de l'enquête décennale santé. *Conditions de travail, santé et consommation de soins*. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Paris. 4 décembre 2007 (Debrand T., Lengagne P.)

DREES. État de santé de la population : apports, limites et perspectives de l'enquête décennale santé. *Hétérogénéité sociale de mesure de l'état de santé et mesure des inégalités de santé*. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Paris. 4 décembre 2007 (Devaux M., Jusot F., Sermet C., Tubeuf S.)

DREES. État de santé de la population : apports, limites et perspectives de l'enquête décennale santé. *Écarts entre morbidité déclarée et morbidité diagnostiquée. L'exemple de l'obésité, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie*. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Paris. 4 décembre 2007 (Perronnin M., Sermet C. et al.)

DREES. État de santé de la population : apports, limites et perspectives de l'enquête décennale santé. *Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : comparaison des données de l'Enquête santé 2002-2003 (ES) et de l'Enquête santé et protection sociale 2002 (ESPS)*. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Paris. 4 décembre 2007 (Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Lengagne P.)

INSEE. Séminaire Inégalité INSEE. *Inégalités des chances en santé : Quelles influences de l'origine sociale et de l'état de santé des parents sur la santé à l'âge adulte ?* INSEE. Paris. 30 novembre 2007 (Devaux M., Jusot F.)

Conseil d'Orientation des Retraites. Augmenter le taux d'emploi des seniors. Les enseignements des expériences étrangères. *Santé et emploi des seniors*. Paris. 29 novembre 2007 (Debrand T.)

DHOS. Fonction publique hospitalière : quelle gestion des métiers et des compétences demain ? *Évolution des métiers de la santé : enseignement des expériences internationales et françaises*. Palais Brognard. Paris. 27 novembre 2008 (Bourgueil Y.)

Décision Santé en partenariat avec le Quotidien du Médecin. eLIPPolitismes. *Rencontres organisées à la Brasserie LIPP*. Paris. 27 novembre 2007 (Cases C.)

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Fonction publique hospitalière : quelle gestion des métiers et des compétences demain ? *Session : Les enjeux et les pistes d'action pour l'évolution des métiers, des compétences, des formations des personnels de soins*. Paris. 27 novembre 2007 (Bourgueil Y.)

INVS. Les infections à Clostridium difficile. *Table ronde : la communication en temps de crise*. Cité des sciences et de l'industrie. Paris. 27 novembre 2007 (Naïditch M., président de la table ronde)

Société française de Santé publique. Décision en santé publique : obligation, négociation, participation ? *Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification*. Montpellier. 22-24 novembre 2007 (Coldefy M.)

Conseil d'Orientation des Retraites. Augmenter le taux d'emploi des seniors, les enseignements des expériences étrangères. *Santé et travail des seniors : une vision européenne*. Paris. 29 novembre 2007 (Debrand T.)

MGET. ReM's (Rencontres mutualistes) *Vieillesse des populations*. Marseille. 20-21 novembre 2007 (Sermet C., coanimation d'un atelier)

Luxembourg Income Survey et Instituto de Estudios Fiscales. Economic well-being and social protection in southern europe: changing policies and trends. *How can the decommodified security ratio assess social protection systems?* Madrid. Espagne. 16 novembre 2007 (Menahem G.)

CREPP (Centre de Recherche en Économie Publique et de la Population) et Unité de Neuropsychologie. Journée d'étude ARC - Santé et retraite. *Pénibilité au travail et santé des seniors en Europe*. Université de Liège. Belgique. 16 novembre 2007 (Debrand T.)

Groupe Décision santé et Quotidien du médecin. 10ème eLIPPolitisme. Brasserie LIPP. Paris. 27 novembre 2007 (Cases C.)

Conseil général du Val de Marne. 7ème journée de santé publique dentaire « Inégalités de santé. Le point en santé bucco-dentaire ». *Le renoncement aux soins dentaires. Un phénomène cumulatif qui aggrave l'état de santé bucco-dentaire*. Paris. 8 novembre 2007 (Rochereau T. et Azogui-Lévy S. (UFR Odontologie Paris VII)

Association des Directeurs de Caisses d'Assurance Maladie (ADCAM). Territoire et santé. Vers une réorganisation de nos systèmes de santé et de protection sociale sur des bases territoriales. Benodet (29). 25-26 octobre 2007 (Bourgueil Y.).

Association Elus Santé Publique Territoires. Journée d'étude consacrée au rôle des élus locaux dans l'offre de soins et l'accès à la santé. La répartition géographique des médecins : bilan des mesures et perspectives. Reims. 25 octobre 2007 (Bourgueil Y.).

Collège National des Généralistes Enseignants de France. WONCA Europe 2007. Assessment of patient's satisfaction in general practice in France. Paris. 17-20 octobre 2007 (Bourgueil Y., Le Fur P.).

Collège National des Généralistes Enseignants de France. WONCA Europe 2007. Substitution and cooperation between GPs and nurses in Europe and Canada: lessons for France. Paris. 17-20 octobre 2007. (Bourgueil Y., Marek A., Mousques J.).

Collège National des Généralistes Enseignants de France. WONCA Europe 2007. General. health system. Paris. 17-20 octobre 2007 (Dourgnon P.).

GEIRSO. 2ème congrès international : La chaîne des médicaments - Regards interdisciplinaires sur la diversité et la complexité. Les déterminants des prix des médicaments remboursables en France. Montréal. Canada. 14-17 octobre 2007 (Grandfils N., Lhuillery S., Paris V.).

GEIRSO. 2ème congrès international : La chaîne des médicaments - Regards interdisciplinaires sur la diversité et la complexité. La régulation du médicament en France. Montréal. Canada. 14-17 octobre 2007 (Sermet C., animatrice de la session).

GEIRSO. 2ème congrès international : La chaîne des médicaments - Regards interdisciplinaires sur la diversité et la complexité. Impact des déremboursements des mucolytiques sur la prescription des médecins français. Montréal. Canada. 14-17 octobre 2007 (Devaux M., Grandfils N., Sermet C.).

ADEA et ISPED. Cambo 7 - Surpoids et obésité de l'enfant : mise en œuvre et évaluation des actions de prévention. Enjeux économiques. Cambo-les-Bains (64). 12 octobre 2007 (Sermet C.).

EUPHA. European Public Health Association conference. Political Analysis and knowledge transfer in comparative health care systems research. Helsinki. Finlande. 11-13 octobre 2007 (Or Z.).

University of Oslo, Institute for Social Research and the Frisch Centre. EALE Conference 2007. Retirement Aspirations, Health and Job Satisfaction: a European Comparison. Oslo. Norvège. 22 septembre 2007 (Blanchet D., Debrand T.).

Colloque organisé dans le cadre du 6ème PCRD . Telecare: Dialogue and Debate - the emergence of new technologies and responsibilities for healthcare at home in Europe. Table ronde. Utrecht. Pays-Bas. 20-21 septembre 2007 (Naïditch N, discutant)

European Health Policy Group (EHPG). Are health problems systematic? Health reforms under Beveridgian and Bismarkian systems. Londres. United-Kingdom. 13-14 septembre 2007 (Cases C., Or Z.).

ORS Ile-de-France. De la mesure des expositions à l'évaluation des conséquences pour la santé. Cramif. Paris. 7 septembre 2007 (Cases C., modérateur).

Association d'Économie Sociale. XXVIIe Journées de l'Association d'Économie Sociale - Approches institutionnalistes des inégalités en économie sociale. Origine sociale et état de santé des parents : Quelle influence sur l'état de santé à l'âge adulte ? Université de Paris X. Nanterre. 6-7 septembre 2007 (Devaux M., Jusot F.).

Royal Statistical Society. RSS Conference 2007. Inequalities of Opportunities in Health: the impact of social background and parent's health on health status in Adulthood. York. United-Kingdom. 16-20 juillet 2007 (Devaux M., Tubeuf S.).

Université de Bonn, University of Applied Sciences Berlin, Working group of medical geography. XIIème International Symposium in Medical Geography. A new territorial division of health care in France. Bonn. Allemagne. 9-13 juillet 2007 (Coldefy M., Lucas-Gabrielli V.).

IHEA. 6th World Congress: Explorations in Health. Impact of health-care systems on inequalities in health care use in Europe. Copenhagen. Danemark. 8-11 juillet 2007 (Jusot F., Or Z.).

IHEA. 6th World Congress: Explorations in Health. Coping with some adverse events during childhood protects health. Copenhagen. Danemark. 8-11 juillet 2007 (Menahem G.).

IHEA. 6th World Congress: Explorations in Health. Psychosocial resources and health inequalities in France. Copenhagen. Danemark. 8-11 juillet 2007 (Jusot F., Grignon M., Dourgnon P.).

IHEA. 6th World Congress: Explorations in Health. The effect of retirement on the probability to switch of private health insurance company. Copenhagen. Danemark. 8-11 juillet 2007 (Perronnin M., Franc C., Pierre A.).

IHEA. 6th World Congress: Explorations in Health. Health status in french urban underprivileged areas. Copenhagen. Danemark. 8-11 juillet 2007 (Lucas-Gabrielli V., Allonier C., Debrand T., Pierre A., Rochereau T.).

IHEA. 6th World Congress: Explorations in Health. Physical health, Mental health and Household structure are determinants of labour force participation for the older persons in Europe (poster). Copenhagen. Danemark. 8-11 juillet 2007 (Debrand T.).

6th Annual Symposium International Network Health Policy & Reform. Health Care Reform Evaluation - Methodological Considerations. Berlin. Allemagne. 4-7 juillet 2007 (Or Z., discutant).

ENRICH (European Network of Regions Improving Citizen's Health) et Conseil régional d'Aquitaine. Conférence européenne « La réduction des inégalités de santé en Europe : une approche régionale ». Les inégalités de santé en Europe : des enjeux d'organisation. Bordeaux. 29 juin 2007 (Jusot F.)

URML et URCAM Champagne-Ardenne. Colloque régional « Démographie des professions de santé en Champagne-Ardenne ». Améliorer la répartition géographique : les enseignements de la littérature internationale. Reims. 28 juin 2007 (Mousquès J.)

European Health Management Association (EHMA). Annual Conference 2007 « Managing values in health care ». Primary care in France: Facts and issues. Lyon. 27-29 juin 2007 (Bourgueil Y.)

Laboratoire Universitaire « Santé Vieillessement » (Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines), Réseau Québécois de Recherche sur le Vieillessement, Groupe Solidage (Université de Montréal/Mc Gill). Colloque international - Réseaux de santé, intégration des services gérontologiques : quel modèle d'évaluation ? Apports des expériences internationales pour la construction d'un cadre d'évaluation français. Quelle est la logique (la théorie) sous-jacente aux programmes de services intégrés en France : quelles sont les hypothèses, quelles sont les problématiques, quelles sont les questions d'évaluation qui se posent ? Paris. 21-22 juin 2007 (Bourgueil Y.)

Faculté des Sciences Économiques et Sociales de l'Université de Fribourg. 24èmes Journées de Microéconomie Appliquée. Origine sociale et état de santé des parents : quelle influence sur l'état de santé à l'âge adulte ? Fribourg. Suisse. 31 mai-1er juin 2007 (Devaux M., Jusot F.)

Fédération de Recherches des Sciences de la Ville. Villes et Santé mentale : projections, politiques, ressources, symptôme. Les apports des expériences étrangères pour une approche géographique de la « désinstitutionnalisation » à la française. Université Paris Diderot. Paris. 29-30 mai 2007 (Coldefy M.)

Comité national français de Géographie. Journées nationales jeunes chercheurs. Pour une approche géographique de l'histoire de la psychiatrie française. Université Paris 12. Créteil. 23-24 mai 2007 (Coldefy M.)

Comité national français de Géographie. Journées nationales jeunes chercheurs. Table ronde : Géographes et médecins : du dialogue à l'action. Université Paris 12. Créteil. 23-24 mai 2007 (Bourgueil Y.)

European PRESOM Project. An assessment of the evolution of social benefits security in 20 EU countries. Vienne. Autriche. 5 mai 2007 (Menahem G.)

Association of American Medical Colleges. Third Annual Physician Workforce Research Conference. Session plénière : Lessons from Abroad: United Kingdom, Canada and France. Bethesda. United States. 2-4 mai 2007 (Bourgueil Y.)

AAPIMEP (Association Aquitaine pour l'Information Médicale et l'Epidémiologie en Psychiatrie) Géographie de la psychiatrie. Bayonne. 27 avril 2007. (Coldefy M.)

Collège des Économistes de la Santé et Fondation Caisses d'Épargne pour la Solidarité. Économie de la santé et vieillissement. Session 3 : Qu'est-ce que le « Bien vieillir » ? Université Paris Dauphine. Paris. 25 avril 2007. (Sermet C.)

Institut universitaire de médecine sociale et préventive Lausanne (IUMSP). Colloque de l'IUMSP. Vers l'évolution des conditions de la coopération des professionnels de santé ? À propos des expériences engagées en France. Lausanne. Suisse. 20 mars 2007 (Bourgueil Y.)

OFQSS/IRDES. Forum franco-québécois de la santé - Maîtrise des dépenses de santé ou qualité, faut-il choisir ? Paris. 5-6 mars 2007 (Bourgueil Y., Cases C., Gottely P., Grignon M.)

OMS. Joint WHO/OGAC technical consultation on task shifting. The relation between task shifting from doctors to nurses and the regulatory framework in France, UK and Ontario. OMS, Genève. Suisse. 12-13 février 2007 (Bourgueil Y., Bergeret A.)

CNAMTS. Journées des statisticiens et de la gestion des risques. Parcours de soins. Lille. 17-18 janvier 2007 (Com-Ruelle L., Présidente de la session)

ILPES/CEPAL et Adetef. Programme EUROsocial - La dépense publique pour la cohésion sociale. La couverture maladie universelle en France. Santiago. Chili. 11-12 janvier 2007 (Cases C.).

6.2.2 Enseignements ponctuels

ENSAI, Le médicament : notions de base et données de consommation, 3 décembre 2007 (Grandfils N., Sermet C.)

3ème Année, option économie de la santé. ENSAI. L'Hôpital (Introduction + réformes 2007) Rennes. 26 novembre 2007. (Or Z.)

Mastère MEOS (Management et évaluation des organisations de santé). UFR Économie et gestion - Université de Bourgogne. Les comptes de la santé par pathologie. Dijon. 12-janv-06 (Renaud T.)

3ème Année, option économie de la santé. ENSAI. De la variabilité à l'amélioration des pratiques médicales : problèmes économiques et cas pratiques. Rennes. 3 novembre 2007 (Mousquès J.)

Master Économie et Gestion des services de santé. Université Paris-Dauphine. Les dépenses nationales de santé - Présentation et utilisation. Paris. 30 octobre 2007 (Renaud T.)

Séminaire sur le financement du système de santé. Le Collectif interassociatif sur la santé (CISS). Comment répondre au besoin de financement de notre système de santé. Paris. 4 octobre 2007 (Cases C.)

ENSP. La démographie des professions de santé. Rennes. 25 juin 2007 (Mousquès J.)

Séminaire de méthodologie d'enquêtes. ENSAI. Les enquêtés usagers des urgences hospitalières. Rennes. juin-07 (Cases C.)

CEPE Santé. Le secteur du médicament : aspects économiques et réglementaires. Paris. 22 mai 2007. (Grandfils N.)

CEPE santé. Planification de l'offre de soins. Paris. 22 mai 2007. (Cases C.)

Filière politique de régulation médico-économique. EN3S. Les déterminants du système de santé. St Etienne. 11 mai 2007 (Cases C.)

Département de Médecine Générale. Faculté de Médecine René Descartes. Démographie médicale d'aujourd'hui, condition d'exercice de demain. Paris. 4 avril 2007 (Mousquès J.)

CEPE Santé. INSEE. Indicateurs de mesure de l'état de santé. Paris. 21 mars 2007 (Sermet C.)

Master cancérologues. IFSEM. L'économie du médicament. Paris. 16 mars 2007 (Sermet C.)

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-févr-06 (Renaud T.)

ENSAI - 2ème année - option système de santé. Le système de santé français : Organisation, Planification, Financement et Régulation. Rennes. 1 février 2007 (Mousquès J.)

6.2.3 Interventions médiatiques

TV, Radio

France 5. Le magazine de la santé. Le déconventionnement des médecins s'installant dans des zones à forte densité médicale. 9 octobre 2007 (Bourgueil Y.)

France 5. Le magazine de la santé. Le coût de l'hospitalisation à domicile. 25 septembre 2007. (Com-Ruelle L.)

France Inter. Le téléphone sonne. Comment éviter les zones de "désert médical" en France ? 25 septembre 2007 (Bourgueil Y.)

Interviews magazines

Libération. « Il n'y a pas de politique d'ensemble » à propos du projet du gouvernement d'installation forcée dans les zones désertées. 8 octobre 2007 (Bourgueil Y.)

La Tribune. « Faut-il réduire la liberté d'installation ? » 27 septembre 2007 (Mousquès J.)

Le Moniteur des pharmacies. « Les marges des officinaux européens » 19 septembre 2007 (Sermet C.)

Le Généraliste. « Réforme du médecin traitant : le hors piste est un sport de jeune » 23 juin 2007 (Dourgnon P.)

Le Monde Économie. « La médecine est un élément majeur de l'aménagement du territoire » 13 juin 2007 (Bourgueil Y.)

La Tribune. « À propos de la franchise de soins » 7 juin 2007 (Debrand T.)

La Tribune n° 3.647. La Tribune / forum : Système de santé : faudra-t-il aller plus loin dans la réforme ? « Oui » Chantal Cases, « Non » Christian Lajoux, pdt des Entreprises du médicament et de Sanofi Aventis France. 19 avril 2007 (Cases C.)

7. PARTENARIATS

PARTENARIATS INSTITUTIONNELS

Institutions membres de l'IRDES

Ces organismes participent au financement général des activités de l'IRDES par le biais de subventions annuelles ou de délégations de chercheurs. Elles sont par ailleurs souvent impliquées dans des collaborations scientifiques ou de financements de projets particuliers.

Membres fondateurs :

[CNAMTS](#) (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)

⇒ A001 / A010 / A148 / A140 / A174 / A040

[Mutualité Française](#) ⇒ A001 / A006 / A010

Membres associés :

[RSI](#) (Régime social des indépendants (ex-CANAM)) ⇒ A001 / A010 / A031

[CNRS](#) (Centre National de la Recherche Scientifique) ⇒ A001 / A031

[MSA](#) (Mutualité Sociale Agricole) ⇒ A001 / A010

Autres partenaires institutionnels en France

[AFSSA](#) (Agence française de sécurité sanitaire des aliments) ⇒ A001 / A006

[AFSSAPS](#) (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) ⇒ A008

[APHP](#) (Assistance Publique - Hôpitaux de Paris) ⇒ A154

CE (Communauté européenne) ⇒ A135

[CNAV](#) (Caisse nationale d'assurance vieillesse) ⇒ A040

[CNHIM](#) (Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament) ⇒ A111

CNIL ⇒ A001

[CTIP](#) (Centre technique des institutions de prévoyance) ⇒ A001 / A006

[DARES](#) (Direction de l'animation de la recherche et des statistiques) ⇒ A024

[DGAS](#) (Direction générale de l'Action sociale) ⇒ A140

[DGS](#) (Direction générale de la Santé) ⇒ B003 / A031

[DREES](#) (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) ⇒ A001 / A006 / A008 / A151 / A010 / A059 / A139 / A019 / B003 / A022 / A117 / A137 / A039 / A130 / A086

[DREES-MiRE](#) (DREES-Mission Recherche) ⇒ A031 / A120 / A024

[DSS](#) (Direction de la sécurité sociale) ⇒ A156

[Eurostat](#) A101 / A015

[Fonds CMU](#) ⇒ A037 / A038

[HAS](#) (Haute Autorité de Santé) ⇒ A149 / B017 / A059 / A116 / A150 / A152

[Health policy network](#) (Fondation Bertelsmann) ⇒ A085

[IMS Health](#) ⇒ A008

[INCA](#) (Institut national du cancer) ⇒ A031

[INED](#) (Institut national d'études démographiques) ⇒ A001

[INPES](#) (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) ⇒ A001 / A114

[INSEE](#) (Institut national de la statistique et des études économiques)

⇒ A001 / A003 / A006 / A100 / A117 / A087 / A083

[INSERM](#) (Institut national de la santé et de la recherche médicale)

⇒ A001 / A003 / A055 / A091 / A022 / A117 / A018 / A031 / A083

[INSPQ](#) : Institut national de santé publique du Québec ⇒ A012 / A145 / A083

[INVS](#) (Institut national de veille sanitaire) ⇒ A001 / A022 / A031

[ISL](#) (Institut de Sondage Laviolle) ⇒ A005

[ISQ](#) (Institut de la statistique du Québec) ⇒ A012 / A083

[MGET](#) (Mutuelle générale de l'équipement et des territoires) ⇒ A033

[MSSS](#) (Ministère de la Santé et des services sociaux Québec) ⇒ A012 / A083

[National Institute for Public Health & the Environment](#) (Pays Bas) ⇒ A095

[OCDE](#) (Organisation de coopération et de développement économiques) ⇒ A011

[OFQSS](#) (Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité) ⇒ A012 / A083

[OMS](#) : (Organisation mondiale de la santé) ⇒ A122

[ONDPS](#) (Observatoire national de la Démographie des Professions de Santé) ⇒ A059

URC économie de la santé d'Ile de France ⇒ A140

URCAM (Union régionale des caisses d'Assurance maladie) [Bretagne](#), [Nord-Pas-de-Calais](#) ⇒ A058

URCAM (Union régionale des caisses d'Assurance maladie) [Champagne-Ardenne](#) ⇒ A050

URCAM (Union régionale des caisses d'Assurance maladie) [Ile de France](#) ⇒ A065

URML (Union régionale des Médecins libéraux) [Bretagne](#), [Nord-Pas de Calais](#) ⇒ A058

URML (Union régionale des Médecins libéraux) [Bretagne](#) ⇒ A116

UNIVERSITES ET INSTITUTS DE RECHERCHE

BASYS (Allemagne) ⇒ A015

Cavour Group (European Scientific Network) ⇒ B004

[CEE](#) (Centre d'Etudes de l'Emploi) ⇒ A136

[CERMES](#) (Centre d'études et de recherches médicales et sanitaires) ⇒ A147 / A121 / A083

[CES](#) (Collège des économistes de la Santé) ⇒ A055

[Chaire ESSEC Santé](#) ⇒ A042

[CHU Nantes - Laboratoire de santé publique](#) ⇒ A031

[COMPAQH](#) (Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière) ⇒ A053

[CREGAS](#) (Centre de Recherche en Economie et Gestion Appliquées à la Santé) ⇒ A055

[CREST-ENSAI](#) ⇒ A020

[DIES](#) (Développement, Innovation, Evaluation, Santé - Groupe d'études et de recherche) ⇒ A031

[Ecole polytechnique fédérale de Lausanne](#) ⇒ A075

[ENSP](#) (Ecole nationale de Santé publique = EHESP Ecole des hautes études en santé publique) ⇒ A081

[Erasmus University](#) (Pays Bas) ⇒ A095 / A119

[European Centre for Social Welfare Policy and Research](#) (Autriche) ⇒ A161

[IDEP](#) (Institut d'Economie Publique) ⇒ A030

[ILC](#) (International Longevity Center) ⇒ A018

[INED](#) (Institut national des études démographiques) ⇒ A018 / A024

[IREB](#) (Institut de recherche sur les boissons) ⇒ A005 / A091

[IRES](#) (Institut de recherches économiques et sociales) ⇒ A083

[IRESP](#) (Institut de recherche en Santé publique) ⇒ A159

[McMaster University](#) ⇒ A025 / A036 / A131

[NIA](#) (National Institute on Aging) ⇒ A003

[NIVEL](#) (Netherlands Institute for Health Services Research) ⇒ A135 / A162

PEL (Pôle Pharmaco épidémiologique de Lyon) ⇒ A132

[PSE](#) (Paris-Jourdan Sciences Economiques) ⇒ A055

[Rand](#) ⇒ A003

[SFMG](#) (Société française de médecine générale) ⇒ A042 / A031

[Survey Research Center](#) / University of Michigan ⇒ A003

[Tilburg university](#) (Netherlands) ⇒ A095

[UFR Odontologie Paris VII](#) ⇒ A098

[UQAM](#) (Université de Québec à Montréal) ⇒ A127

8. GLOSSAIRE

ACS : Aide complémentaire santé
ADBS : Association des Professionnels de l'Information
ADELF : Association des épidémiologistes de langue française
AFFSA : Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD : Affection de longue durée
ANR : Agence nationale de la Recherche
ASMR : Amélioration du service médical rendu
AT/MP : Accidents du travail/maladies professionnelles
BDSP : Banque de Données Santé Publique
CANAM : Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
CCOMS : Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé
CEE : Centre d'Etudes de l'Emploi
CERM : Competitività, Regolazione, Mercati
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
CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNIS : Conseil national de l'information statistique
CNRS : Centre national de la recherche scientifique
COMPAQH (enquête) : Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière)
CREGAS : Centre de recherche en économie et gestion appliquées à la santé
CTIP : Centre technique des institutions de prévoyance
DADS : Déclaration annuelles de données sociales
DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DDD : daily defined dose ou dose quotidienne définie
DGAS : Direction générale de l'action sociale
DGS : Direction générale de la Santé
DG SANCO : Direction générale Santé et protection des consommateurs
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
DSS : Direction de la Sécurité sociale
EAE : Enquête annuelle sur les Entreprises
ECHP : European Community Household Panel
ENSP : École Nationale de la Santé Publique
EPAS : Echantillon permanent d'assurés sociaux (au 1/600^e)
EPICES (score) : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé
EPPM : Enquête permanente sur la prescription médicale
ESPS : Enquête Santé, Soins et Protection sociale
EUROSTAT : Office statistique des communautés européennes
FAQSV : Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
GEIRSO : Groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales
GFEP : Groupe français d'épidémiologie psychiatrique
GIS : Groupement d'intérêt scientifique
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie

HRS : Health and Retirement Survey
 IDEP : Institut d'Économie publique
 IHEA : International Health Economics Association
 IDSP : Infirmière de santé publique
 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
 IRESP : Institut de Recherche en Santé Publique
 ISQ : Institut de la statistique du Québec
 MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique
 MER : Manipulateur en Electroradiologie
 MGET : Mutuelle générale de l'équipement et des territoires
 MSA : Mutualité sociale agricole
 MSSS : Ministère de la Santé et des services sociaux Québec
 NIVEL : Netherlands Institute for Health Services Research
 OC : Organismes complémentaires
 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
 PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information (hospitaliers)
 PSCE (enquête) : Protection sociale complémentaire d'entreprise
 PSE : Paris-Jourdan Sciences Economiques
 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
 SHARE : Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
 SIP (enquête) : Enquête Santé et Itinéraire Professionnel
 SMR : Service médical rendu
 SNIIRAM : Système national inter-régime d'information de l'Assurance maladie
 SNIR : Système national interrégimes
 SROS : Schémas régionaux d'organisation des soins
 SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile
 SSR : Soins de suite et réadaptation
 SSRI : Inhibiteur sélectif du récapage de serotonine
 THS : Traitements hormonaux substitutifs
 TSD : Taux de sécurité démarchandisée
 UNOCAM : Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
 UQAM : Université de Québec à Montréal
 URCAM : Union régionale des caisses d'Assurance maladie
 URML : Union régionale des médecins libéraux
 WONCA : World Organization of Family Doctors
 ZUS : Zone urbaine sensible

ANNEXE 1

Liste des conventions ESPS

Décembre 2007

Demandeur : Yoann PAQUIER

Institution : Fédération des Maladies Orphelines

Sujet de l'étude : « Etat des lieux » des maladies orphelines à l'aide de l'enquête ESPS

Données : ESPS 2002

Octobre 2007

Demandeur : Fabrice ETILE

Institution : INRA-ALISS

Sujet de l'étude : Etude Tabagisme/Education

Données : ESPS 2002 et 2004

Août 2007

Demandeur : Christine LE CLAINCHE

Institution : ENS Cachan

Sujet de l'étude : Impact de l'état de santé sur les opportunités de vie des personnes souffrant d'ALD

Données : ESPS 2004

Juillet 2007

Demandeur : Hélène HUBER

Institution : Université Paris Dauphine et Paris 10

Sujet de l'étude : Vieillesse-Progress technologique et dépenses de santé. Analyse des inégalités de recours aux soins

Données : Appariement 1995 et 2004

Publication : Health expenditures growth : reassessing the threat of ageing, Dormont B., Grignon M., Huber H, *Health Economics*, 2006/09, vol. 15, n°9, 947-963

Juin 2007

Demandeur : Pierre-Yves GEOFFARD

Institution : PSE Paris Jourdan Sciences Economiques

Sujet de l'étude : Biens tutélaires et inégalités : le cas du tabac

Données : ESPS 2004

Juin 2007

Demandeur : Jérôme WITTEWER

Institution : Université Paris Dauphine

Sujet de l'étude : Le non recours à la CMUC - Aide complémentaire Santé

Données : ESPS 2004

Publication : Comprendre les causes du non-recours à la CMU-c : rapport final, Dufour-Kippelen S., Legal A., Wittwer J., Paris : Fonds CMU, Legos, 2006, 79 pages

► http://www.cmu.fr/userdocs/Non-recours_LEGOS.pdf

Juin 2007

Demandeur : Peter SHERER

Institution : OCDE

Sujet de l'étude : Evolution de pathologies et facteurs de risque en lien avec des indicateurs éco et sociaux

Données : ESPS 1988 à 2004