

# Programme de recherche 2007-2009

---

Décembre 2006

## CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

## CONSEIL SCIENTIFIQUE

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

## EQUIPE DE RECHERCHE

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

<b>1</b>	<b>Synthèse</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Outils et enquêtes</b> .....	<b>7</b>
2.1	Les enquêtes .....	7
2.1.1	<i>Enquête santé protection sociale (ESPS)</i> .....	7
2.1.2	<i>Enquête SHARE</i> .....	8
2.1.3	<i>Enquête SHARELIFE</i> .....	8
2.1.4	<i>Participation à une enquête sur l'entourage des suicidants</i> .....	8
2.1.5	<i>Participation à l'élaboration d'une enquête alcool et jeunes en France et en Italie</i> .....	8
2.1.6	<i>Participation à l'élaboration de la Cohorte ELFE</i> .....	9
2.1.7	<i>Préparation d'un renouvellement de l'enquête sur les complémentaires d'entreprise</i> .....	9
2.2	Eco-Santé .....	9
2.3	Les bases de données.....	9
2.3.1	<i>Base de données sur le médicament</i> .....	9
2.3.2	<i>Base de données sur les DDD</i> .....	10
2.3.3	<i>Développement d'outils pour le recueil de données sur le système de santé</i> .....	10
<b>3</b>	<b>Axes de recherche</b> .....	<b>11</b>
3.1	Pôle 1 ⇨ Organisation et financement des soins ambulatoires, régulation des professions de santé, pratiques professionnelles .....	11
3.1.1	<i>Les travaux d'analyse et d'évaluation</i> .....	11
3.1.2	<i>Les travaux prospectifs dans le cadre des politiques publiques</i> .....	11
3.2	Pôle 2 ⇨ Organisation, financement, qualité et recours aux soins hospitaliers et alternatifs à l'hospitalisation .....	12
3.2.1	<i>Organisation, financement, qualité des soins hospitaliers et alternatifs à l'hospitalisation</i> .....	12
3.2.2	<i>Médicament à l'hôpital</i> .....	13
3.2.3	<i>Soins psychiatriques</i> .....	13
3.3	Pôle 3 ⇨ Etat de santé, recours aux soins et déterminants.....	13
3.3.1	<i>L'état de santé et ses déterminants</i> .....	13
3.3.2	<i>Les inégalités de santé et de recours aux soins</i> .....	14
3.3.3	<i>Les relations entre la santé et les situations de travail</i> .....	15
3.3.4	<i>Consommation et prescription de médicaments</i> .....	16
3.4	Pôle 4 ⇨ Systèmes de santé, financement, assurance et régulation .....	17
3.4.1	<i>Assurance maladie obligatoire et complémentaire : financement et dépenses</i> .....	17
3.4.2	<i>Assurance maladie et marché du travail</i> .....	18
3.4.3	<i>Impacts de la réforme de l'assurance maladie, régulation du médicament</i> .....	18
3.4.4	<i>Etudes macro-économiques, comparaison des systèmes de santé</i> .....	19
3.4.5	<i>Observatoire franco-québécois de la santé</i> .....	20
<b>4</b>	<b>Documentation et diffusion</b> .....	<b>21</b>
4.1	Documentation et information du public.....	21
4.2	Publications et diffusion .....	22

**Fiches projets**

A104 - Enquête Santé et Protection Sociale 2007-2008 .....	25
Etat d'avancement ⇒ valorisation de 2004 et réflexion préalable pour 2007	
A002 - Appariement ESPS-EPAS 2007-2008 .....	26
Etat d'avancement ⇒ en cours de réalisation	
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 .....	27
Etat d'avancement ⇒ réflexion préalable	
A003 - Enquête SHARE 2004 .....	29
Etat d'avancement ⇒ en cours de valorisation	
A003 - Enquête SHARE 2006 .....	31
Etat d'avancement ⇒ en cours de réalisation (enquête de terrain, octobre à décembre 2006)	
A003 - Projet SHARELIFE .....	33
Etat d'avancement ⇒ en cours de négociation avec la Commission européenne	
A004 - Retentissement de la tentative de suicide sur l'entourage proche du suicidant : enquête médico-économique, à moyen et long termes .....	34
Etat d'avancement ⇒ terrain en cours de réalisation	
A005 - Enquête jeunes et alcool France/Italie .....	35
Etat d'avancement ⇒ questionnaires en cours de finalisation	
A133 - Participation à l'élaboration du questionnement pour la cohorte Elfe .....	36
Etat d'avancement ⇒ en cours de réalisation	
A006, A034 - Couverture d'entreprise : mesure des niveaux de garanties .....	37
Etat d'avancement ⇒ en cours de valorisation et réflexion	
A010 - A011 – A012 Eco-Santé .....	39
A111 - Constitution d'une base de données sur le médicament à partir des données de Thériaque .....	40
Etat d'avancement ⇒ réflexion préalable, faisabilité	
A111 - Constitution d'une base de données sur les DDD (Daily Defined Dose) .....	41
Etat d'avancement ⇒ non commencé	
A066 - Délai d'attente pour un rendez-vous de spécialiste selon la densité des praticiens .....	42
Etat d'avancement ⇒ en fin de réalisation / en cours de valorisation	
A123 - Evolution du recours aux visites de généralistes selon les caractéristiques des patients .....	43
Etat d'avancement ⇒ réflexion préalable, faisabilité	
A046 - Prescription des statines : un éclairage pour promouvoir leur bon usage .....	44
Etat d'avancement ⇒ en cours de réalisation	
A042 – Polypathologie et polyprescriptions en médecine générale (enquête SFMG-polychrome) .....	45
Etat d'avancement ⇒ phase 1 en cours de réalisation	
A067 - Distances d'accès aux soins .....	47
Etat d'avancement ⇒ non commencé	
A050 - Appui technique URCAM Champagne-Ardenne .....	48
Etat d'avancement ⇒ réflexion préalable, faisabilité	
A065 - Mise en perspective de l'offre de soins et du recours en psychiatrie .....	49
Etat d'avancement ⇒ en cours de réalisation	
A057 - Les mesures et les dispositifs de régulation de la répartition des médecins .....	51
Etat d'avancement ⇒ en cours de valorisation	
A062 – Evaluation du réseau Résicard .....	52
Etat d'avancement ⇒ en cours de valorisation	

AO ASALEE - Evaluation de l'impact de la coopération médecin généraliste/infirmière en cabinet de médecine générale dans le cadre de l'expérimentation ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe). Les cas du suivi du diabète de type 2 et du dépistage du cancer du sein.....	53
Etat d'avancement ⇒ non commencé	
A061 - Comparaisons internationales sur la substitution/délégation de tâches.....	54
Etat d'avancement ⇒ en cours de valorisation	
A060 - Comparaisons internationales sur la médecine de groupe et les réseaux.....	55
Etat d'avancement ⇒ en cours de valorisation	
AO NIVEL - Primary Healthcare Activity Monitor for Europe – PHAMEU.....	56
Etat d'avancement ⇒ faisabilité	
A116 - Enquête sur le regroupement des généralistes – Panel URML Bretagne.....	57
Etat d'avancement ⇒ en cours de réalisation	
A058 - Recherche sur une méthodologie d'organisation des soins ambulatoires.....	58
Etat d'avancement ⇒ en cours de réalisation	
A059 - Expérimentations relatives à la coopération entre professions de santé.....	59
Etat d'avancement ⇒ en cours de réalisation	
A122 - Etude sur la régulation du Task shifting dans la prescription des traitements antirétroviraux dans les pays en voie de développement.....	60
Etat d'avancement ⇒ en cours de réalisation	
A049 - Le coût de la prise en charge du cancer du côlon en Ile-de-France.....	61
Etat d'avancement ⇒ valorisation 61	
A055 - Exploitation seconde de la base de l'Etude Nationale de Coûts : coûts hospitaliers de pathologies fréquentes.....	63
Etat d'avancement ⇒ en cours de réalisation et de valorisation	
A138 - Accès aux soins hospitaliers (SROS 3).....	64
Etat d'avancement ⇒ réflexion sur la faisabilité, non commencé	
A052 - Etude du coût de création d'une place d'HAD versus lit de SSR.....	65
Etat d'avancement ⇒ en cours de valorisation	
A139 - Etude du PMSI HAD.....	67
Etat d'avancement ⇒ réflexion	
A140 – Participation au groupe de travail portant sur le continuum HAD/SSIAD : quelle frontière et quel mode de financement pour les « SIAD lourds » ?.....	68
Etat d'avancement ⇒ en cours	
A054 - Impact de la T2A sur la qualité et l'accès aux soins.....	69
Etat d'avancement ⇒ phase de réflexion, non commencé	
A053 - La qualité des soins hospitaliers : incitation par le financement.....	70
Etat d'avancement ⇒ en cours de définition	
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.....	71
Etat d'avancement ⇒ réflexion préalable, faisabilité	
A044 - Évaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés (CCOMS).....	72
Etat d'avancement ⇒ protocole de recherche bouclé, comité de pilotage constitué, pool de financeurs en cours de constitution	
A017 - Signification et validation du mini-module européen.....	73
Etat d'avancement ⇒ non commencé	
A020 - Hétérogénéité sociale de mesure de l'état de santé.....	74
Etat d'avancement ⇒ en cours	

A022 - Asthme (prévalence, comorbidités, qualité de vie, recours aux soins) / ES 2002/03).....	75
Etat d'avancement   ⇒ en cours de réalisation	
A117 - Asthme par stade de gravité : prévalence et recours aux soins - ESPS 2006.....	77
Etat d'avancement   ⇒ recueil de données en cours	
A132 - Les enjeux économiques de l'asthme sévère .....	78
Etat d'avancement   ⇒ en cours de finalisation	
A113 – Les déterminants des différents comportements d'alcoolisation .....	79
Etat d'avancement   ⇒ finalisation du rapport jusqu'à fin 2006 ; QES pour début 2007, valorisation ensuite	
A114 – Impact du facteur de risque alcool sur l'état de santé et le recours aux soins.....	80
Etat d'avancement   ⇒ à peine commencé (réflexion en 2005 lors de l'élaboration du projet global)	
A091 - Alcoorama.....	81
Etat d'avancement   ⇒ première édition 2006 réalisée et close au premier semestre 2006. Seconde édition prévue en 2007 mais non encore fermement actée	
A018 - Indicateur d'espérance de vie en emploi et en bonne santé (ILC) .....	83
Etat d'avancement   ⇒ Publications en 2007	
A025 - Déterminants sociaux des inégalités de santé .....	85
Etat d'avancement   ⇒ en cours de réalisation et de valorisation	
A096 - Expériences difficiles, santé et recours aux soins.....	87
Etat d'avancement   ⇒ en cours de réalisation et de valorisation	
A032 - L'état de santé en Zones Urbaines Sensibles : des inégalités individuelles à la discrimination collective	88
Etat d'avancement   ⇒ en cours de réalisation	
A120 - Etat de santé et consommation de soins de la population immigrée en France .....	89
Etat d'avancement   ⇒ non commencé	
A030 - La santé des adultes selon leur origine sociale : transmission intergénérationnelle des inégalités sociales de santé .....	91
Etat d'avancement   ⇒ en cours de réalisation et de valorisation	
A026 - Inégalités d'attitudes à l'égard du risque et inégalités de santé .....	93
Etat d'avancement   ⇒ en cours de réalisation	
A031 - Etude Intermede L'interaction entre médecins et malades, productrice d'inégalités sociales de santé ? Etude pilote .....	95
Etat d'avancement   ⇒ en cours de conception ; terrain prévu en mars 2007	
A024 - Les itinéraires professionnels en relation avec la santé .....	97
Etat d'avancement   ⇒ valorisation	
A029 - Discriminations liées à la santé et à l'obésité sur le marché du travail.....	98
Etat d'avancement   ⇒ en cours de réalisation et de valorisation	
A136 - PENSARE : PENibilité, SAnté et Retraite – Etat de santé et pénibilité du travail : deux facteurs explicatifs du départ en retraite .....	99
Etat d'avancement   ⇒ en cours de réalisation	
A137 - Organisation du travail, santé et consommation de soins.....	101
Etat d'avancement   ⇒ en cours de réalisation	
A097 - Organisation du travail, état de santé et offre de travail des seniors : analyse s'appuyant sur les données de l'enquête SHARE 2004.....	102
Etat d'avancement   ⇒ en cours de réalisation	
A072 - Comparaison internationale de la consommation d'antidépresseurs .....	103
Etat d'avancement   ⇒ publication en 2007	
A127 - Comparaison France/Canada de la consommation pharmaceutique .....	105
Etat d'avancement   ⇒ non commencé	

A077 - Evolution de l'utilisation du Traitement Hormonal Substitutif (THS) .....	107
Etat d'avancement ⇒ publication en 2007	
A126 - Réalisation d'un document de référence sur les remboursements de médicaments en France « Arzneiverordnungs-report version française » en collaboration avec la CNAMTS .....	108
Etat d'avancement ⇒ réflexion préalable, faisabilité	
A037 - Variabilité des dépenses en part complémentaire des bénéficiaires de la CMU .....	109
Etat d'avancement ⇒ en cours de réalisation	
A141- Les bénéficiaires de la CMUC en 2006 .....	111
Etat d'avancement ⇒ non commencé	
A142 - Analyse des facteurs de variation entre médecins du taux de patients bénéficiaires de la CMU .....	112
Etat d'avancement ⇒ non commencé	
A038 - Evaluation du dispositif d'aide à la mutualisation .....	113
Etat d'avancement ⇒ en cours de réalisation	
A121 - Evaluation de la loi Evin de 1989 sur le maintien d'une couverture complémentaire en sortie de contrat collectif .....	115
Etat d'avancement ⇒ faisabilité	
A033 - Analyse des « restes à charge » des bénéficiaires de la MGET .....	117
Etat d'avancement ⇒ étude en cours de définition	
A087 - Micro simulation : Etude des comportements de dépenses sur l'ensemble du cycle de vie .....	119
Etat d'avancement ⇒ en cours	
A131 - Déterminants individuels et macroéconomiques des arrêts maladie .....	121
Etat d'avancement ⇒ en cours de finalisation / En cours de publication	
A040 - La construction d'une base de données pour l'étude des IJ et des AT/MP .....	123
Etat d'avancement ⇒ en cours de réalisation	
A039 - Les déterminants des Indemnités journalières .....	124
Etat d'avancement ⇒ faisabilité	
A130 - Analyse des déterminants individuels et contextuels des AT/MP .....	125
Etat d'avancement ⇒ non débuté	
A064 - Evaluation du dispositif du médecin traitant .....	126
Etat d'avancement ⇒ non commencé	
A125 - Le répertoire des médicaments génériques : une particularité française ? .....	127
Etat d'avancement ⇒ non commencé	
A101 - Impact de la dernière vague de déremboursements de mars 2006 sur la prescription des médecins : le cas des mucolytiques .....	128
Etat d'avancement ⇒ non commencé	
A075 - Les déterminants du prix du médicament en France .....	129
Etat d'avancement ⇒ en cours de réalisation	
A076 - Stratégies de mise sur le marché des médicaments en Europe .....	130
Etat d'avancement ⇒ non commencé	
A086 - Les dépenses de prévention en France : estimation à partir des comptes nationaux de la Santé .....	131
Etat d'avancement ⇒ en cours de publication / en cours de valorisation	
A085 - Collaboration Bertelsmann : Health Policy Monitor .....	132
Etat d'avancement ⇒ en cours de réalisation	
A051 - La Qualité des soins en France : Etats des lieux et comparaison internationale .....	133
Etat d'avancement ⇒ en cours de réalisation / en cours de valorisation	
A081 - Niveau de couverture et coûts des biens et services médicaux en Europe : projet Européen Basket .....	134
Etat d'avancement ⇒ en cours de réalisation / en cours de valorisation	

A135 - Home care : étude comparative des soins délivrés à domicile.....	135
Etat d'avancement   ⇒ non commencé	
A084 - Impact de la décentralisation des systèmes de santé sur l'équité et l'efficacité .....	136
Etat d'avancement   ⇒ en cours de réalisation	
A119 - Eurothine.....	137
Etat d'avancement   ⇒ en cours de réalisation	
A083 - Observatoire franco-québécois de la santé.....	138
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.....	141
Etat d'avancement   ⇒ en cours	
A045 - La variabilité des pratiques professionnelles en médecine générale : impact de recommandations de « bonne pratique » dans le cas du diabète.....	142
Etat d'avancement   ⇒ en cours	
<b>Glossaire .....</b>	<b>143</b>

# 1 Synthèse

Le projet de programme de travail présenté dans ce document retrace l'ensemble des études et recherches envisagées, qu'elles soient financées exclusivement par les subventions de fonctionnement versées à l'IRDES ou par des financements additionnels sur contrats (ceux-ci sont mentionnés pour les études concernées).

L'activité de recherche, de la faisabilité d'un projet à sa valorisation sous forme de publications scientifiques ou plus grand public, est à cycle long : c'est pourquoi les projets présentés sont répartis sur les années 2007, 2008 et 2009 pour certains, et comportent des éléments d'information sur le stade de développement actuel du projet et sur son calendrier de réalisation. Les projets n'ont pas été formellement priorisés, mais ceux commençant en 2008 sont des travaux qui, ou bien ont été considérés comme moins prioritaires, ou bien nécessitent la constitution ou l'accès à des sources de données qui ne seront disponibles qu'à cette période. Pour les années 2008 et 2009, le programme a bien entendu vocation à être complété dans ses prochaines éditions.

Une première partie de ce document fournit une information sur la nouvelle structuration de l'IRDES en pôles et précise les grands axes traités par chacun d'entre eux. A cette présentation est ajoutée une lecture complémentaire du programme, à travers une série de thèmes traités de manière transversale dans plusieurs pôles.

Les projets envisagés pour 2007-2009 sont ensuite développés :

- ⇒ Les projets concernant les outils, enquêtes, ainsi que les bases de données qui composent le socle des travaux empiriques réalisés à l'IRDES, font l'objet d'une seconde partie.
- ⇒ Une troisième partie développe les axes d'étude et de recherche proprement dits : ils couvrent un ensemble varié de problématiques et d'analyses qui concernent chacun des quatre pôles de recherche : organisation et financement des soins ambulatoires, régulation des professions de santé, pratiques professionnelles ; organisation, financement, qualité et recours aux soins hospitaliers et alternatifs à l'hospitalisation ; état de santé, recours aux soins et déterminants ; systèmes de santé, financement, assurance et régulation.

## Une nouvelle organisation en pôles de recherche

La croissance du nombre de chercheurs, combinée à l'explosion du nombre de projets traités chaque année, nous a conduits à réfléchir à de nouvelles formes d'organisation de la recherche à l'IRDES. Jusqu'à présent rassemblés autour de projets individuels, les chercheurs sont désormais regroupés en pôles structurés autour d'une thématique commune. Quatre pôles de recherche et un pôle consacré aux outils et enquêtes ont ainsi été créés afin de couvrir l'ensemble de l'activité. Ils rassemblent chacun des chercheurs issus de disciplines différentes : économistes, médecins, statisticiens, géographes coordonnés par un responsable de pôle.

Ces pôles ont un double objectif. Le premier objectif est stratégique. Chaque pôle se voit confier la responsabilité de la réflexion stratégique autour des sujets qui lui sont propres. Les orientations de la recherche, la définition des programmes de recherche, les réponses aux appels d'offre dans le domaine d'activité du pôle seront désormais essentiellement discutées et définies au sein de chacun des pôles, de même que la politique de publication et de communication autour des thématiques de recherche du pôle. Cette nouvelle organisation devrait permettre de mieux structurer les différents projets autour d'axes de recherche communs. Nous en attendons également une meilleure visibilité extérieure puisque l'affichage de ces pôles et des thématiques afférentes permettra d'inscrire l'IRDES comme acteur de la recherche dans les différents domaines abordés au sein des pôles.

Le deuxième objectif est strictement organisationnel. Chaque responsable de pôle est garant de la planification et de la coordination de l'activité de son pôle. Il planifie les différents projets et les allocations de temps-chercheur, regroupe les demandes d'allocation de personnel ou de moyens pour la réalisation des différents projets.

### **Le pôle outils et enquêtes**

L'activité de création de données a de tout temps, constitué un des points forts de l'IRDES. L'enquête Santé et Protection Sociale et la mise à disposition des logiciels Eco-Santé constituent le socle de cette activité, à laquelle s'ajoute depuis peu notre participation à l'enquête SHARE<sup>1</sup>. Par ailleurs, la mise à disposition d'un nombre impressionnant d'autres enquêtes, ainsi que la réalisation d'enquêtes ponctuelles dans le cadre de projets de recherche impose une politique coordonnée de gestion et d'archivage de nos bases de données.

Le pôle outils et enquêtes se voit ainsi confier comme mission principale la coordination des enquêtes et des bases de données disponibles à l'IRDES. Il comporte quatre unités: une unité ESPS<sup>2</sup>, une unité SHARE, une unité Eco-Santé et une unité Gestion et archivage des données.

### **Les pôles de recherche**

#### **Pôle 1 : Organisation et financement des soins ambulatoires, régulation des professions de santé, pratiques professionnelles**

Ce pôle rassemble des projets qui s'intéressent tous à l'offre de soins notamment ambulatoire avec des angles d'approches, des questionnements et des méthodes différents.

Les recherches s'y déclinent en deux axes principaux. Le premier axe se structure autour de l'analyse du fonctionnement du système de soins, les questions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux et de l'accessibilité des soins.

Le deuxième groupe de projets se situe davantage dans une approche de type prospectif. Dans une perspective de régulation des soins ambulatoires, un intérêt tout particulier est porté sur les organisations innovantes en secteur ambulatoire et plus largement le thème général de l'organisation des soins primaires. La régulation des professions de santé et en particulier la coopération entre professions de santé entre également dans ce cadre.

L'ensemble de ces travaux vise à produire de la connaissance dans un agenda de deux ans sur les évolutions actuelles, et potentielles de l'organisation des soins dans le champ ambulatoire qu'il paraît légitime d'anticiper eu égard aux contraintes fortes qu'annonce l'évolution de la ressource humaine disponible en santé.

#### **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<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe.*

<sup>2</sup> *Enquête Santé, Soins et Protection sociale*

<sup>3</sup> *L'hospitalisation classique comprend l'hospitalisation complète et partielle (de semaine, de jour ou de nuit). Les alternatives à l'hospitalisation comportent, selon les définitions des décrets d'octobre 1992, l'hospitalisation de jour pour chirurgie ambulatoire (CA) et l'hospitalisation à domicile (HAD).*

Le secteur hospitalier ouvre la voie à de nombreuses problématiques de recherche. Celles-ci peuvent être axées sur la production, l'organisation, la qualité ou le financement des soins, sur les liens entre ces différents aspects et en particulier sur l'efficacité. Elles peuvent également s'orienter sur le recours aux soins hospitaliers et alternatifs à l'hospitalisation, sur les pratiques médicales et leur conformité aux référentiels de prise en charge, sur les aspects longitudinaux à travers les trajectoires de soins ainsi que sur la complémentarité des modes de prise en charge hospitaliers et ambulatoires. Des questionnements plus transversaux abordent la problématique de l'accessibilité et de l'équité des soins, en termes géographiques et sociaux, ainsi que celle de l'évaluation médico-économique.

L'IRDES renoue ici avec une longue expérience sur ce domaine de l'hôpital dans les années 80-90, à la suite de laquelle il avait axé ses recherches surtout autour de l'essor des alternatives à l'hospitalisation se développant sous l'impulsion des progrès techniques (Hospitalisation à domicile (HAD) et chirurgie ambulatoire (CA)). Or, les analyses sur ce champ restent limitées quantitativement au regard de l'enjeu, comme l'a constaté le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie. En effet, l'application des récentes réformes suscitent de nombreux questionnements, notamment en termes de réponse aux besoins de soins, de qualité et d'équité : la réforme de l'Assurance maladie, le Plan Hôpital 2007 avec notamment l'application de la tarification à l'activité, mais aussi la gouvernance et l'investissement immobilier, et bientôt le Plan Hôpital 2012, ainsi que la mise en place des Schémas régionaux d'organisation des soins de troisième génération.

Les méthodes utilisées sur le champ de l'hôpital varient selon la problématique abordée. L'accessibilité de données hospitalières produites en routine de façon exhaustives ou non (ex. PMSI<sup>4</sup> MCO<sup>5</sup>, SSR<sup>6</sup> et PSY<sup>7</sup>, que vient enrichir le chaînage des séjours MCO), alliée aux données de liquidation de l'Assurance maladie (EPAS<sup>8</sup>, SNIIRAM<sup>9</sup>, etc.), permet la réalisation de ces projets. Des questions particulières font appel à d'autres données *ad hoc* provenant de sources diverses telles que le projet COMPAQH<sup>10</sup> qui fournit des données sur la qualité des soins.

### **Pôle 3 : Etat de santé, recours aux soins et déterminants**

Les chercheurs de ce pôle se rassemblent autour d'une problématique commune visant à identifier et comprendre le besoin et la demande de soins ou de santé.

Diverses thématiques sont abordées dans ce cadre. Un premier axe de recherche est centré sur l'état de santé de la population et ses déterminants. Il s'agit ici de mener des réflexions sur les outils de mesure de l'état de santé, mais aussi de documenter certaines grandes pathologies ou facteurs de risque en termes de prévalence, de déterminants ou d'impact sur la consommation de soins.

Le deuxième axe aborde les relations entre travail et santé. L'approche développée dans le pôle est essentiellement centrée sur la problématique des liens entre la santé des personnes et leur situation de travail (conditions de travail ou situation d'activité : chômage, sortie du marché du travail par le biais de la retraite, de l'invalidité).

---

<sup>4</sup> Programme de médicalisation des systèmes d'information (hospitaliers).

<sup>5</sup> Médecine, chirurgie, obstétrique.

<sup>6</sup> Soins de suite et réadaptation.

<sup>7</sup> Soins psychiatriques.

<sup>8</sup> Echantillon permanent d'assurés sociaux (au 1/600<sup>e</sup>).

<sup>9</sup> Système national inter-régime d'information de l'Assurance maladie.

<sup>10</sup> Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière.

Un troisième axe se focalise sur les inégalités de santé et de recours aux soins. Les recherches menées dans ce cadre portent à la fois sur l'explicitation et la description des inégalités et sur les déterminants de ces inégalités.

Enfin, une série de projets regroupés dans un dernier axe s'intéressent spécifiquement aux recours aux soins et, en particulier, aux recours à la consommation pharmaceutique. Les angles d'attaques sont divers et cet axe s'intéresse à la fois à la description de cette consommation et à son évolution, en France et comparativement à l'étranger.

La plupart de ces recherches s'appuient sur des outils communs que sont les enquêtes santé menées par l'IRDES (enquête ESPS), l'INSEE<sup>11</sup> (enquête décennale sur la santé), l'enquête Share (IRDES/INSEE) ou des enquêtes ménages comportant des questionnements sur la santé et les déterminants sociaux.

#### **Pôle 4 : Systèmes de santé, financement, assurance et régulation**

Ce pôle rassemble les chercheurs autour d'une problématique commune visant à analyser l'organisation, le financement et la régulation des systèmes de santé français et étrangers.

Diverses thématiques sont abordées dans ce cadre. Le premier axe s'intéresse à l'assurance santé, qu'elle soit obligatoire ou complémentaire. Le marché de l'assurance complémentaire, est envisagé aussi bien du point de vue de l'offre (contrats complémentaires d'entreprise, contenu et prix des contrats bénéficiant de l'aide à la mutualisation) que du côté demande (dépenses des bénéficiaires de la CMU<sup>12</sup> ; souscription d'une surcomplémentaire). L'assurance maladie obligatoire est abordée du point de vue de ses fonctions d'assurance et de redistribution.

Le second axe est centré sur les questions de liens entre l'assurance maladie et le marché du travail, notamment à travers la constitution d'une base données spécifique sur les arrêts de travail des salariés qui permettra d'analyser plus en détail les dépenses d'assurance maladie liées aux arrêts de travail.

Le troisième axe est consacré à l'analyse de la régulation et à l'évaluation de politiques, notamment celles conduites dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie (médecin traitant, médicaments).

Enfin le dernier axe se focalise sur la comparaison de l'organisation et des performances du système de soins en France et dans d'autres pays, notamment en Europe.

#### **Les thèmes transversaux**

Au-delà de cette organisation par pôle, un certain nombre de thématiques abordées par l'IRDES constituent des sujets transversaux. Ils empruntent en effet les angles d'attaque et les méthodes de chacun des pôles pour analyser un seul objet commun. C'est par exemple très fréquemment le cas dans les études contribuant à suivre ou évaluer des dispositifs généraux ou des politiques globales, mobilisant une pluralité d'outils d'incitation ou de régulation.

Ainsi en est-il de la thématique du médicament, suivant qu'elle est approchée par le biais de la prescription ambulatoire ou hospitalière, du point de vue du régulateur ou encore de celui du consommateur. En raison de la part importante qu'il représente au sein des dépenses de santé, mais aussi des spécificités de ce marché entre logique industrielle et logique de santé publique, le médicament focalise sur lui l'intérêt de nombreux acteurs du système de santé. Les sujets d'intérêt sur ce thème sont nombreux, ce qui justifie le regroupement de l'ensemble des projets : évolution du marché, impact des réformes, bon usage du médicament, régulation des dépenses...

---

<sup>11</sup> *Institut national de la statistique et des études économiques.*

<sup>12</sup> *Couverture maladie universelle.*

De la même manière, le secteur psychiatrique, constitué, de par ses particularités organisationnelles mêlant intimement soins hospitaliers et ambulatoires, une thématique transversale à différents pôles. La place importante tenue par la psychiatrie et la santé mentale, la variabilité de l'engagement des secteurs dans une politique de désinstitutionalisation, et les incertitudes sur l'efficacité voire l'efficience d'une telle démarche, génère le besoin de rendre compte et d'analyser les soins et les services offerts, leur disparité et leur localisation, l'impact éventuel que cette offre engendre sur le recours aux soins, les enseignements que l'on peut en tirer en termes d'équité dans l'accès ; des études médico-économiques sont également en projet.

La question de la santé au travail, notamment celle des fins de vie active, fait l'objet aussi bien d'analyses populationnelles que d'analyses plus macro-économiques ou sectorielles prenant en compte les différents modes de protection sociale applicables aux fins de carrière.

Plus généralement, la recherche sur l'organisation des soins et ses performances, notamment leur qualité, fédère de nombreux travaux, qu'elle s'intéresse à la ville et/ou à l'hôpital, à des études de cas localisées ou à des analyses propres à un mode de prise en charge ou à une pathologie, à des analyses systémiques en France ou comparatives entre pays.

La question de la localisation géographique de l'offre ainsi que des modes de régulation de celle-ci, de l'accessibilité et de l'équité du système est également centrale. Elle est abordée aussi bien dans le cadre des soins ambulatoires et des soins hospitaliers, que dans les analyses systémiques ou les disparités de comportements de recours.

D'autres thématiques transversales sont susceptibles d'apparaître au fil des recherches menées par un pôle ou un autre. L'analyse de certains groupes de population, personnes âgées, ou précaires par exemple, pourront ainsi émerger en tant qu'axe transversal dès lors qu'un ensemble de recherches se focalisera sur ces groupes.



## 2 Outils et enquêtes

### 2.1 Les enquêtes

#### 2.1.1 Enquête santé protection sociale (ESPS)

L'année 2007 correspond pour l'**enquête ESPS** [cf. fiche A104, p. 25] à une année d'exploitation et de préparation de l'enquête 2008.

En termes d'exploitation, il est prévu de traiter très rapidement les données recueillies en 2006 sur le médecin traitant [cf. fiche A064, p. 126]. Les données issues du suréchantillonnage auprès des bénéficiaires de la CMU feront également l'objet d'une analyse spécifique [cf. fiche, p. 111]. A la demande de la MSA<sup>13</sup> et du RSI<sup>14</sup>, les principaux résultats concernant les assurés des trois grands régimes seront différenciés. L'IRDES, à travers les données issues d'ESPS, poursuivra sa contribution au rapport sur l'atteinte des objectifs de la loi relative à la santé publique du 9 août 2004. De nombreuses autres analyses de l'enquête sont par ailleurs prévues dans le programme de recherche.

Pour l'enquête 2008, sur le plan méthodologique, deux enjeux majeurs seront au centre de la réflexion. D'une part, en termes de contenu, des modules spécifiques sont envisagés, concernant la santé mentale et l'attente vis-à-vis du système de soins. Par ailleurs, le passage à un échantillon issu de l'EPIBAM<sup>15</sup> est souhaitable, mais il n'est pas certain que celui-ci présente un caractère inter-régime suffisant permettant de l'utiliser dès 2008. D'autre part, la mise en place d'un appariement des données de l'ESPS avec les données provenant des remboursements des organismes complémentaires est projetée en collaboration avec la DREES et la CNAMTS<sup>16</sup>. Dans ce cadre, un contact pourra également être pris avec l'institut des données de santé, en vue de collaborations ultérieures éventuelles.

D'autres points méthodologiques spécifiques seront approfondis et traités, notamment les problèmes de non-réponses, la mesure du renoncement aux soins, le recueil de la composition familiale. Une évaluation du recueil de la PCS<sup>17</sup>, faite en 2006 à l'aide du logiciel Sicore, sera réalisée. Enfin, une collaboration est envisagée avec le Survey Research Center de l'université du Michigan sur la méthodologie de terrain et le questionnement.

**L'appariement ESPS-EPAS** [cf. fiche A002, p. 26].

En 2007, il est prévu de publier les tableaux de bord de la consommation selon les caractéristiques des assurés. Par ailleurs, il est envisagé de réaliser dès le second semestre une première évaluation de l'impact de la réforme du médecin traitant sur le recours aux soins ambulatoires. Enfin, en fonction des objectifs de recherche proposés, on pourra procéder à l'appariement des données pour les années non enquêtées.

#### Colloque international sur les enquêtes santé

Enfin, dans le cadre de la valorisation des résultats issus des enquêtes ESPS, l'IRDES envisage d'organiser en 2008 un colloque réunissant les principales équipes européennes et internationales menant et exploitant des enquêtes du même type [cf. fiche, p. 27].

---

<sup>13</sup> Mutualité sociale agricole.

<sup>14</sup> Régime social des indépendants.

<sup>15</sup> Echantillon permanent inter-régime des bénéficiaires de l'Assurance maladie.

<sup>16</sup> Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

<sup>17</sup> Profession et catégorie socioprofessionnelle.

### 2.1.2 Enquête SHARE

Le terrain de l'**enquête européenne SHARE 2006** [cf. fiche A003, p. 31] qui vise à analyser les problèmes économiques et sociaux liés au vieillissement dans l'Union européenne est actuellement en cours et devrait prendre fin en décembre 2006. L'échantillon 2006 recouvre l'échantillon 2004, de façon à obtenir un échantillon panélisté. L'objectif est donc de réinterroger les ménages de la première vague et dès lors d'observer les évolutions de la situation individuelle et les corrélations qui existent entre les différents déterminants. Pour la France, ce sont 2 000 à 2 500 ménages qui seront interrogés. En 2006, cinq nouveaux pays ont rejoint les 11 pays européens ayant participé à la première vague. Pour l'enquête 2006, comme pour l'enquête 2004, il s'agira d'une codirection entre l'INSEE et l'IRDES.

L'exploitation et la valorisation de l'**enquête SHARE 2004** [cf. fiche A003, p 29] se poursuit et il est prévu un numéro spécial SHARE dans la revue « Economie & Statistique ». Nous participerons activement à la diffusion de l'information et à la présentation des premiers résultats.

### 2.1.3 Enquête SHARELIFE

Ce projet d'**enquête SHARELIFE** [cf. fiche A003, p 33] qui vise à mieux comprendre les interactions spécifiques entre la santé et les conditions d'emploi passées et présentes est actuellement en cours de négociation avec la Commission européenne. Il permettrait de mieux comprendre les conséquences qu'ont pu avoir les diverses interventions des Etats européens sur la santé et les conditions d'emploi des individus âgés de 50 ans et plus. Il est prévu de collecter des données sur les parcours de vie des européens afin d'identifier les interventions et programmes étatiques (tels que les politiques d'éducation, sociales, de régulation de travail, de protection sociale, de retraites...) ayant pu affecter la vie des individus. L'enquête devrait se dérouler dans 13 pays européens en 2008 ou 2009.

### 2.1.4 Participation à une enquête sur l'entourage des suicidants

Cette enquête vise à étudier le **retentissement médico-économique et psychique de la tentative de suicide sur l'entourage proche du suicidant** [cf. fiche A004, p. 34]. Elle est réalisée dans le cadre d'un PHRC<sup>18</sup>. L'enquête est actuellement sur le terrain et doit se terminer fin 2007. A l'issue du terrain, l'IRDES fournira un échantillon témoin, issu de l'enquête ESPS. Les analyses statistiques débiteront au premier trimestre 2008.

### 2.1.5 Participation à l'élaboration d'une enquête alcool et jeunes en France et en Italie

La prévalence des problèmes d'alcool et la mortalité par alcool diffèrent fortement selon les pays européens. Malgré une forte baisse de leur consommation depuis 40 ans, la France et l'Italie restent en tête des pays européens, mais elles sont rattrapées par l'Allemagne et d'autres pays anglo-saxons. Le mode de consommation des jeunes est prédictif des problèmes d'alcoolisation ultérieurs et la compréhension de l'évolution de ces phénomènes est essentielle. Le but de cette enquête jeunes et alcool [cf. fiche A005 p. 35] est de recueillir des bases communes et comparables de données dans différents pays européens, incluant également des données de santé et de recours aux soins. Le terrain d'enquête est prévu pour le début de 2007. D'ores et déjà, la France et l'Italie sont engagées dans ce projet. Le projet d'enquête initial, rassemblant cinq pays européens, n'a pas obtenu les financements escomptés de la part de la Commission européenne. La France et l'Italie ont toutefois intégré un corpus de questions communes dans leurs enquêtes « jeunes et alcool » respectives. Le terrain d'enquête français est prévu pour 2007.

---

<sup>18</sup> Programme hospitalier de recherche clinique.

### 2.1.6 Participation à l'élaboration de la Cohorte ELFE

La cohorte ELFE [cf. fiche A133, p. 36] est une cohorte représentative au plan national, de 20 000 enfants qui seront suivis de la naissance à l'âge adulte. L'étude s'articulera autour de trois grands axes : la santé de l'enfant, les relations entre environnement et santé et les aspects sociodémographiques. L'objectif de ce travail est de prévoir les questionnements utiles aux différentes visites pour les 3 problématiques de recherche retenues par l'IRDES : l'effet de la consommation médicamenteuse sur la santé et le recours aux soins ultérieurs, l'influence des conditions de vie dans l'enfance sur la santé et les attitudes à l'égard du risque à l'âge adulte et la constitution des inégalités de santé dentaire au cours de l'enfance.

### 2.1.7 Préparation d'un renouvellement de l'enquête sur les complémentaires d'entreprise

Une nouvelle enquête est prévue en 2008 [cf. fiche A006, p. 37], qui comprendrait plusieurs modifications par rapport à l'enquête de 2003. Tout d'abord on interrogerait, en plus des établissements, un échantillon de salariés de manière à avoir une information individuelle sur le contrat souscrit, sur la catégorie du salarié ainsi que des caractéristiques telles que l'âge, le sexe et l'état de santé. Cette double interrogation établissements / salariés nécessite une réflexion sur les modes d'échantillonnage, à voir avec la DARES<sup>19</sup> (2007). Il est également prévu de revoir le relevé des garanties et de compléter le questionnaire sur diverses problématiques (loi Evin, notamment). Un bilan méthodologique de l'enquête de 2003 sera élaboré pour préparer la réflexion qui sera menée dans le cadre d'un groupe de travail réunissant des partenaires extérieurs et des experts.

## 2.2 Eco-Santé

L'objectif principal de l'année 2007 est de rendre publiques et en accès gratuit les bases Eco-Santé France et Régions & Départements [cf. fiche A010/011/012, p 39], aussi bien pour les versions en ligne <http://www.ecosante.fr> que pour les versions CD-Rom. Pour arriver à ce résultat, des partenariats croisés avec les principaux fournisseurs de données d'Eco-Santé sont à l'étude.

Parmi les nouveautés envisagées en termes de données, citons-en deux d'importance :

- ⇒ la mise en place d'un partenariat avec la CNAMTS pour présenter les données du SNIRAM, de MEDICAM<sup>20</sup>, les données des ALD<sup>21</sup> et toute autre donnée pertinente disponible à la CNAMTS ;
- ⇒ la refonte des données sur l'hôpital avec la DREES<sup>22</sup>. Nous allons notamment ajouter des données sur les urgences, l'HAD, les équipements lourds, les secteurs de psychiatrie et étudier la possibilité d'intégrer des données du PMSI.

## 2.3 Les bases de données

### 2.3.1 Base de données sur le médicament

En 2004, le CNHIM<sup>23</sup> et les trois caisses nationales d'assurance maladie (CNAMTS, RSI, MSA) ont créé un groupement d'intérêt économique dans le but de mettre en commun le développement de la

<sup>19</sup> Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques.

<sup>20</sup> Médicaments remboursés par l'Assurance Maladie.

<sup>21</sup> Affection de longue durée.

<sup>22</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

<sup>23</sup> Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament.

base de données sur le médicament, Thériaque, du CNHIM et celui de la base CNAMTS contenant des éléments réglementaires et tarifaires. Cette base de données est aujourd'hui interrogeable en ligne mais n'est pas disponible sous un format utilisable pour la recherche. L'objectif est de créer une base de données utilisable en SAS [cf. fiche A111, p. 40].

### **2.3.2 Base de données sur les DDD**

Aujourd'hui, il n'existe pas de base de données permettant d'associer directement une DDD (*daily defined dose* ou dose quotidienne définie) à un médicament donné repéré par son code CIP. L'objectif de ce travail serait de réunir toutes les informations disponibles de manière dispersée et de construire un fichier fournissant la DDD pour chaque CIP utilisable dans les travaux de recherche et permettant notamment les comparaisons internationales sur la base d'une unité de mesure commune [cf. fiche A111, p. 41].

### **2.3.3 Développement d'outils pour le recueil de données sur le système de santé**

Dans le cadre d'un appel d'offre lancé en 2005 par Eurostat, l'IRDES participe à un projet européen, « *Development of tools for data collection and health care statistics* », visant à développer des outils pour la collecte de données et d'informations relatives aux dépenses de santé. L'objectif principal de ce projet est d'améliorer le caractère exhaustif et la comparabilité des statistiques entre les 25 pays membres de l'Union européenne, à partir de systèmes de comptes de la santé (SCS) développés conjointement par l'OCDE<sup>24</sup> et Eurostat. L'IRDES et BASYS (Allemagne) coorganisent ce projet auquel participent de nombreux experts des différents pays membres et qui devrait prendre fin en 2007.

---

<sup>24</sup> *Organisation de coopération et de développement économiques.*

### 3 Axes de recherche

#### 3.1 Pôle 1 ⇒ Organisation et financement des soins ambulatoires, régulation des professions de santé, pratiques professionnelles

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

Le fonctionnement du système de soins, et notamment les pratiques professionnelles des médecins libéraux, sera analysé au travers de l'enquête ESPS (projets sur les **délais d'attente pour une consultation auprès d'un spécialiste selon la densité médicale** [cf. fiche A066, p 42] et l'**effet des caractéristiques des patients sur l'évolution du recours aux visites** [cf. fiche A123, p 43]), ou d'enquêtes *ad hoc* qui s'intéressent aux pratiques de prescription des médecins et aux moyens d'en améliorer leur efficacité (projet sur **les statines** [cf. fiche A046, p 44] et projet sur **la polyprescription** [cf. fiche A042, p 45]).

La question de l'accessibilité aux soins, notamment géographique, est particulièrement investie sous l'angle de l'analyse par les travaux relatifs aux **distances d'accès aux soins** [cf. A067 p 47], les questions posées dans le cadre de l'**accompagnement de l'URCAM<sup>25</sup> Champagnes-Ardenne** [cf. A050 p 48] et l'étude de la **complémentarité entre l'offre de secteur ambulatoire et l'offre libérale pour prendre en charge les malades en souffrance psychique** [cf. fiche A065, p. 49]. Une approche plus globale, sous l'angle des politiques publiques, a été menée sur l'étude des **politiques de répartition des médecins** et doit faire l'objet d'une publication complémentaire [cf. A057, p 51].

Par ailleurs, dans la continuité des travaux sur l'évaluation des réseaux menés à l'IRDES, d'autres travaux sont entrepris afin d'évaluer l'efficacité d'organisations innovantes : c'est le cas des recherches portant sur **l'évaluation du réseau Récicard** [cf. fiche A062, p 52] et du **projet Asalée** [cf. fiche AO Asalée, p 53].

##### 3.1.2 Les travaux prospectifs dans le cadre des politiques publiques

En parallèle, dans une perspective de régulation des soins ambulatoires, plusieurs projets ont été pour partie finalisés et sont pour partie en cours, sur le thème général des soins primaires.

Ces travaux comprennent une forte dimension internationale avec l'étude sur la **coopération médecin/infirmière en soins primaires** [cf. fiche A061 p 54], l'étude sur les **modalités de regroupement des médecins** [cf. fiche A060, p 55] et le projet de partenariat avec NIVEL<sup>26</sup> [cf. fiche AO Nivel, p 56]. L'investissement dans l'analyse des expériences et des politiques étrangères permet d'éclairer et d'approfondir en France les deux pistes inscrites au programme 2007-2009 : le **développement des pratiques collectives en soins primaires**, illustré par l'enquête sur le regroupement des médecins [cf. fiche A116, p 57], et la recherche action sur l'**organisation des soins ambulatoires** [cf. fiche A058, p 57].

La régulation des professions de santé, qui a été développée dans les travaux relatifs à la démographie des professions de santé, se poursuit sur la thématique de la **coopération entre professions de santé** [cf. fiche A059, p 57], aussi bien dans le cadre des expérimentations nationales que dans le cadre plus spécifique de l'**administration des traitements antirétroviraux** dans les pays en développement, projet porté par l'OMS<sup>27</sup> [cf. fiche A122 p 60].

<sup>25</sup> Union régionale des caisses d'Assurance maladie

<sup>26</sup> Netherlands Institute for Health Services Research.

<sup>27</sup> Organisation mondiale de la santé.

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

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

Les questions de l'accessibilité aux soins hospitaliers, en particulier sur le plan géographique, et de l'impact économique des différentes modalités de prise en charge de pathologies relevant essentiellement d'un traitement hospitalier, sont étudiées au travers de l'exemple du **cancer du côlon en Ile-de-France** [cf. fiche A049, p. 61] (rappelons que ce cancer représente la seconde cause de mortalité par cancer en France). Concernant les **coûts de prise en charge hospitalière de pathologies fréquentes** [cf. fiche A055, p. 63], l'IRDES participe à une exploitation seconde de la base de l'Etude Nationale de Coûts MCO, réalisée pour le compte de la DREES, en collaboration avec le CES<sup>28</sup>, le CREGAS<sup>29</sup> et le PSE<sup>30</sup>. L'IRDES est chargé de la fracture du fémur, de la bronchite aiguë et de l'appendicectomie. En 2007, nous engagerons une réflexion sur la **faisabilité et la méthodologie d'une étude de l'accessibilité des soins hospitaliers** à partir des schémas régionaux d'organisation des soins de troisième génération (**SROS III**) publiés en 2006 et des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qui seront conclus en 2007 [cf. fiche, p. 64].

Les projections d'évolution démographique dans les quinze à vingt prochaines années ou plus loin encore suscitent des préoccupations de prise en charge en particulier des personnes âgées, à la fois sur le plan de l'organisation des soins et sur les impacts économiques. Dans ce cadre, une étude est menée sur les **coûts de création d'une place d'HAD versus un lit ou une place de SSR** [cf. fiche A052, p. 65] pour une activité superposable dans le domaine des soins de réhabilitation et d'accompagnement, en particulier pour prendre en charge les personnes âgées, et en définissant différents profils de soins médicaux fins ; l'objectif est d'établir une estimation des « économies » potentielles générées par la création puis le fonctionnement en routine de tels structures.

L'introduction d'un nouveau mode de financement des hôpitaux (**tarification à l'activité dite T2A**), aussi bien dans le champ MCO qu'en HAD, alliée à la disposition des bases de données PMSI correspondantes, ouvre de nouvelles perspectives de recherche pour une meilleure utilisation des ressources disponibles. Dans ce cadre, des études **d'impact sur la production hospitalière**, en termes de volume et de qualité des soins, sont envisagées.

Dans la cadre de la poursuite des travaux sur le champ des alternatives à l'hospitalisation, nous nous proposons d'étudier les premières **données du PMSI-HAD** en collaboration avec la DREES, dans le but de décrire l'évolution des motifs de prise en charge d'une part et de comprendre l'impact éventuel de la T2A sur la gestion des séjours, la trajectoire des patients et la complémentarité avec l'hospitalisation classique [cf. fiche, p. 67].

Par ailleurs, un chercheur de l'IRDES participe à un projet piloté par le cabinet ministériel en charge des personnes âgées (de Monsieur Philippe Bas) en collaboration avec la DGAS<sup>31</sup> et la CNAMTS. Ce projet s'intéresse au continuum SSIAD<sup>32</sup>/HAD et vise à identifier les patients relevant de « SIAD lourds » et à évaluer le coût de leur prise en charge par le biais d'une enquête *ad hoc* auprès d'une structure réalisant des soins des trois types, HAD, SIAD lourds et SIAD classiques [cf. fiche, p. 68].

---

<sup>28</sup> Collège des économistes de la santé.

<sup>29</sup> Centre de Recherche en Economie et Gestion Appliquées à la Santé.

<sup>30</sup> Paris-Jourdan Sciences Economiques.

<sup>31</sup> Direction générale de l'action sociale.

<sup>32</sup> Services de soins infirmiers à domicile.

La qualité des services de soins en général est une préoccupation majeure de l'organisation du système de soins, liée aux pressions économiques et financières pour une meilleure maîtrise des coûts, d'une part, et aux attentes croissantes des patients, d'autre part. Ce sujet de la qualité, trouve sa traduction sur le champ de l'hôpital à travers deux études. La première concerne l'**impact même de la T2A sur la qualité et l'accès aux soins** [cf. fiche A054, p. 69]. La seconde relève d'une démarche de collaboration avec le projet COMPAQH : son objectif est d'éclairer les **relations entre le coût hospitalier et la qualité**, en exploitant d'une part les indicateurs validés ICALIN (infections nosocomiales) et de satisfaction des patients et, d'autre part, les données de coût disponibles [cf. fiche A053, p. 70].

### 3.2.2 Médicament à l'hôpital

Un projet concernant les médicaments à l'hôpital vient compléter le volant d'études entreprises par ailleurs à l'IRDES en termes de recours en ville et de régulation. La collaboration avec l'Italie donne l'opportunité d'un accès à **une base de données d'achats de médicaments par l'hôpital** et ainsi à des analyses comparatives sur différents marchés hospitaliers européens [cf. fiche A124, p. 71].

### 3.2.3 Soins psychiatriques

Le thème des soins psychiatriques est représenté le projet d'évaluation médico-économique des soins psychiatriques hospitaliers : **l'évaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés** [cf. fiche A044, p. 72]. L'analyse de l'impact économique des modalités de prise en charge et des différentes pratiques de soins pour une pathologie donnée, la schizophrénie, sera réalisée dans le cadre d'une collaboration avec le CCOMS<sup>33</sup> ; elle s'appuiera sur les rapports de secteurs 2003 et une enquête spécifique.

Par ailleurs, un **projet de thèse** développé à l'IRDES explorera **construction sociale et territoriale de la prise en charge de la maladie mentale** [cf. fiche, p. 141].

## 3.3 Pôle 3 ⇒ Etat de santé, recours aux soins et déterminants

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

Poursuivant les recherches menées à l'IRDES depuis de nombreuses années nous explorons plusieurs approches de l'état de santé.

Les questions de la validité de la mesure de l'état de santé restent toujours d'actualité, accentuées par les tentatives de mise en place d'indicateurs de santé communs au niveau international. Nous continuerons en 2007 à explorer cet aspect au travers de travaux méthodologiques menés sur l'enquête ESPS et sur l'enquête santé réalisée par l'INSEE en 2002-2003.

L'exploration **du minimodule européen** [cf. fiche A017, p. 73], testé dans l'enquête santé protection sociale 2004, sera finalisée. Il s'agit par cette analyse de mieux appréhender le contenu de chacun des indicateurs de ce module en termes d'état de santé.

Par ailleurs, nous poursuivrons le travail débuté en 2006 visant à explorer **l'influence de la situation sociale sur la perception de l'état de santé et l'impact de l'instrument choisi pour mesurer cet état de santé sur l'ampleur des inégalités sociales de santé** à partir de l'enquête santé 2002-2003 et de l'enquête SHARE [cf. fiche A020, p. 74]. Les nombreux indicateurs de mortalité et de morbidité ne

---

<sup>33</sup> Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé.

décrivent pas en effet les inégalités de santé de la même manière puisque, d'une part, ils ne font pas référence aux mêmes dimensions de la santé et que d'autre part, ils peuvent être sujets à des différences sociales de déclaration encore peu connues à ce jour.

Un deuxième corpus de projets a pour objectif de documenter certaines grandes pathologies ou facteurs de risque en termes de prévalence, de déterminants ou d'impact sur la consommation de soins.

Les années 2007 et 2008 seront ainsi l'occasion de débiter une série d'études sur l'asthme. Une première étude réalisée par le groupe de surveillance de l'asthme, en partenariat avec l'InVS<sup>34</sup>, l'INSERM<sup>35</sup> et la DREES, a pour objectif de mesurer la prévalence de l'asthme et de ses comorbidités, la qualité de vie des asthmatiques et leur recours aux soins. L'objectif pour l'IRDES est d'évaluer l'**impact de l'asthme sur la qualité de vie** [cf. fiche A022, p. 75] à partir des informations recueillies dans l'enquête santé 2002-2003. Parallèlement, nous conduirons une étude sur l'évolution de la **prévalence de l'asthme selon les stades de sévérité** [cf. fiche A117, p. 77]. Ce travail mené à partir des données de l'enquête ESPS 2006 permettra de mesurer, dans des conditions identiques, la prévalence de l'asthme à 8 ans d'intervalle. Enfin, nous analyserons les enjeux économiques de l'asthme sévère [cf. fiche A132, p. 78].

Le programme de recherches sur la prévalence des problèmes d'alcool dans la population se poursuivra en 2007 avec une **enquête jeunes et alcool** en France et en Italie, dont l'objectif est de recueillir des bases communes et comparables de données dans différents pays européens, incluant également des données de santé et de recours aux soins [cf. fiche A005, p. 35]. Par ailleurs, la recherche débutée en 2006 sur les **déterminants socio-économiques des différents profils de consommation d'alcool** [cf. fiche A113, p. 79], sera finalisée et publiée en 2007. Elle sera suivie d'une exploration des liens entre le **facteur de risque alcool et l'état de santé d'une part et la consommation de soins d'autre part** [cf. fiche A114, p. 80]. Nous renouvelerons en 2007, l'Alcoorama, état de l'opinion, des connaissances et des attitudes des Français face à l'alcool, réalisé avec l'IREB<sup>36</sup> [cf. fiche A091, p. 81].

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

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. Par ailleurs, il y a un large champ de réflexions à mener sur les outils de mesure des inégalités sociales de santé : d'une part sur la caractérisation de l'état de santé lui-même et des conséquences du choix de différents indicateurs sur les résultats en termes d'inégalités ; d'autre part, sur la mesure de la situation sociale et les variables pertinentes pour le faire.

Nous poursuivons cet axe de travail qui porte à la fois sur l'explicitation et la description des inégalités et sur les déterminants de ces inégalités.

---

<sup>34</sup> Institut national de veille sanitaire.

<sup>35</sup> Institut national de la santé et de la recherche médicale.

<sup>36</sup> Institut de recherche sur les boissons.

### ➤ **Mesure et description des inégalités**

Plusieurs travaux évoqués précédemment, influence de la situation sociale sur la perception de l'état de santé, test du minimodule européen, mais également le **développement de l'indicateur d'espérance de vie en emploi et en santé** participent à cette réflexion [cf. fiche A018, p. 83].

### ➤ **Déterminants des inégalités de santé**

Au-delà des facteurs explicatifs « classiques » évoqués ci-dessus, nous avons considéré tour à tour différents autres facteurs pour comprendre la persistance des inégalités sociales de santé et leur formation. Le programme de travail futur et en cours s'inscrit dans ce corpus d'hypothèses en testant empiriquement, à partir de données d'enquêtes, plusieurs types de modèles explicatifs :

- **L'impact de déterminants psychosociaux** tels que le capital social, le soutien social, la position sociale relative, [cf. fiche A025, p. 85], ainsi que de la **vulnérabilité sociale** [cf. fiche A096, p. 87] avec l'exploitation de deux modules spécifiques inclus dans l'édition 2004 de l'enquête ESPS, **l'impact de l'environnement social** avec l'analyse de l'état de santé et du recours aux soins dans les zones urbaines sensibles (ZUS) [cf. fiche A032, p. 88]. Une nouvelle recherche qui sera menée à partir de 2007 ajoutera la dimension de l'origine nationale [cf. fiche A120, p. 89] en tant que déterminant de l'état de santé et du recours aux soins ;
- la **transmission intergénérationnelle des inégalités de santé**, en particulier le rôle du milieu d'origine sur l'état de santé d'un individu à l'âge adulte et, plus généralement, dans la formation de l'inégalité des chances en santé en France (en collaboration avec l'IDEP<sup>37</sup>) [cf. fiche A030, p. 91] ;
- le rôle des **différences d'attitudes à l'égard du risque** dans la survenue d'accidents, dans l'adoption de conduites de prévention et, en définitive, dans les différences d'état de santé [cf. fiche A026, p. 93] ;
- le rôle que peuvent jouer le recours aux soins et le système de soins dans la construction de ces inégalités ; dans ce cadre, une première approche par une étude pilote sur le rôle de **l'interaction entre médecins et malades sur la production des inégalités sociales de santé** (enquête INTERMEDE) va être lancée en 2007 [cf. fiche A031, p. 95].

### **3.3.3 Les relations entre la santé et les situations de travail**

A l'échelle internationale, de nombreux travaux de recherche ont mis en évidence l'existence de liens entre la mauvaise santé et l'exclusion du marché du travail, soit par des mécanismes de sélection où la mauvaise santé aboutit à l'exclusion, soit par des phénomènes de causalité dans lesquels à l'inverse la mauvaise santé est une conséquence de la sortie du marché du travail. Nous poursuivons à l'échelle de la France, l'exploration de ces différents mécanismes.

Si la santé sélectionne les individus sur le marché du travail, il reste à savoir si cette sélection vient des entreprises ou des individus eux-mêmes et, donc, si la santé affecte l'offre ou la demande de travail. Mettre l'accent sur ce rôle de l'entreprise dans le lien emploi-santé pointe alors l'existence d'une discrimination où la (mauvaise) santé est alors utilisée comme un critère de définition de (l') la (in)compétence. Deux recherches en cours explorent l'une et l'autre de ces hypothèses : la première, menée au niveau individuel analyse les effets **de l'état de santé sur la mobilité professionnelle** [cf. fiche A024, p. 97] tandis que la deuxième aborde les **discriminations liées à la santé et à l'apparence sur le marché du travail** [cf. fiche A029, p. 98].

---

<sup>37</sup> Institut d'Economie Publique.

Plus en amont encore, cette mauvaise santé peut être elle-même une conséquence de mauvaises conditions de travail. Le programme de recherche **PENSARE**, associant l'IRDES et le CEE<sup>38</sup> dans le cadre d'un appel à projets de l'ANR a pour objectif 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 [cf. fiche A136, p. 99]. Deux axes d'analyses sont privilégiés : le lien entre la pénibilité du travail et l'état de santé [cf. fiche A137, p. 101] et la manière 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 [cf. fiche A097, p. 102]. Ces travaux seront poursuivis par une quantification des effets des liens entre pénibilité et état de santé en termes de dépenses de santé individuelles.

### 3.3.4 Consommation et prescription de médicaments

La France est connue en Europe pour son niveau élevé de consommation pharmaceutique. Cette forte consommation mise en évidence dès 1994 par les travaux de l'IRDES (Lecomte et Paris) a été récemment confirmée par des travaux sur les antibiotiques (Esac, Cars) ou les statines (Walley). Une étude en cours de finalisation et dont les résultats seront publiés prochainement confirme cette situation pour les **antidépresseurs** [cf. fiche A072, p. 103]. Jusqu'à présent, la plupart des comparaisons se sont limitées à l'Europe. Une collaboration avec une équipe de l'UQAM (Université de Québec à Montréal) nous donne l'opportunité de les élargir au Canada. Cette étude de **comparaison France-Canada de la consommation pharmaceutique** permettra d'analyser la consommation en niveau, mais aussi en structure et s'attachera à rechercher les facteurs explicatifs des différences observées [cf. fiche A127, p. 105].

Au-delà des particularités nationales de consommation et des mesures visant à la régulation de la dépense de pharmacie, la modification du contexte médical peut également influencer l'utilisation de certains médicaments. Dans le contexte actuel de la réévaluation médicale des traitements hormonaux substitutifs (THS) de la ménopause consécutive à la mise en évidence depuis 1988 de risques de cancer de sein à la suite de la prise de THS, nous finalisons en 2007 une étude sur l'utilisation du **traitement hormonal substitutif en France et son évolution** [cf. fiche A077, p. 107].

Les nouveaux systèmes d'information sur le médicament (Medic'am, Medicmsa, et medicanam) qui se sont développés ces cinq dernières années permettent désormais d'accéder à une information annuelle détaillée sur la consommation pharmaceutique en France. Cette information reste toutefois encore morcelée, puisque éclatée entre les trois grandes caisses d'assurance maladie, et largement sous-utilisée à des fins d'analyse des évolutions de l'utilisation des médicaments. Nous proposons d'examiner la faisabilité d'une **publication collective** de ces données sous forme d'une série d'articles de synthèse sur l'ensemble des médicaments et sur les évolutions de chaque classe thérapeutique [cf. fiche A126, p. 108].

---

<sup>38</sup> *Centre d'Etudes de l'Emploi.*

### 3.4 Pôle 4 ⇨ Systèmes de santé, financement, assurance et régulation

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

##### ➤ Couverture Maladie Universelle

Depuis la mise en place de la CMU, on observe, de manière persistante, de fortes variations des montants moyens versés au titre de la part complémentaire selon les organismes gestionnaires, caisses d'assurances maladie ou organismes d'assurance complémentaire. A la demande du fonds CMU, une étude engagée en 2006 et destinée à éclairer le contenu (en termes de postes de dépenses) des **écarts dans les montants versés au titre de la part complémentaire** ainsi que les facteurs explicatifs de la variabilité observée sera complétée [cf. fiche A037, p. 109].

Par ailleurs, une exploitation spécifique de l'enquête ESPS 2006 sera réalisée, en collaboration avec la DREES, sur les bénéficiaires de la CMU pour lesquels un suréchantillonnage a été réalisé [cf. fiche, p. 111]. L'objectif sera de refaire le point, après 6 ans de mise en œuvre du dispositif, sur les caractéristiques socio-économiques des bénéficiaires, leur état de santé et leurs recours (et leurs renoncements éventuels) aux soins. Enfin, à la suite de plusieurs études mettant en évidence, par des méthodes de testing, des refus de soins aux bénéficiaires de la CMU de la part de certains médecins, une étude générale sur l'analyse des facteurs de variation entre médecins du taux de patients bénéficiaires de la CMU pourrait être menée en collaboration avec la CNAMTS [cf. fiche p. 112].

##### ➤ Aide à la mutualisation

A la demande du fonds CMU, l'IRDES continuera à participer à l'évaluation de **l'aide à la mutualisation** [cf. fiche A038, p. 113]. Plus connu sous le nom de « crédit d'impôt », ce dispositif de bon d'achat a été mis en place en janvier 2005 pour les personnes situées immédiatement au dessus du seuil de ressources donnant droit à la CMU complémentaire. L'IRDES contribuera, comme en 2005, à l'analyse de l'enquête réalisée par le fonds CMU visant à évaluer l'évolution du prix et du contenu des contrats concernés et mènera des travaux complémentaires afin d'éclairer la question du faible recours à ce dispositif.

##### ➤ Couverture complémentaire

Nous poursuivrons l'analyse du marché de la couverture complémentaire d'entreprise avec de nouveaux développements sur la **mesure des niveaux de garantie** [cf. fiche A006-034, p. 37]. Nous espérons en effet accéder aux données DADS<sup>39</sup> de l'INSEE : le rapprochement de ces données et de celles de l'enquête réalisée en 2003 permettra d'explorer les liens entre les niveaux de salaires et les niveaux de garanties des contrats de couverture complémentaire afin d'explorer l'hypothèse d'un arbitrage entre protection sociale et salaire direct. Enfin, nous préparerons pour 2008 une **réédition de l'enquête sur les complémentaires d'entreprises** en couplant une interrogation des individus et des entreprises. Nous travaillerons également à l'élaboration d'une **méthodologie d'évaluation de la loi Evin de 1989** [cf. fiche 121, p. 115] sur le maintien d'une couverture complémentaire en sortie de contrat collectif.

Par ailleurs, une collaboration avec la MGET<sup>40</sup> nous permettra de poursuivre l'analyse de la demande d'assurance en nous intéressant aux souscripteurs **d'un contrat de surcomplémentaires**, à leurs caractéristiques individuelles, à l'analyse de leurs « restes à charge » et à l'évolution de leurs recours

<sup>39</sup> *Déclaration annuelles de données sociales.*

<sup>40</sup> *Mutuelle générale de l'équipement et des territoires.*

aux soins, afin de tester la présence de sélection adverse et d'aléa moral sur une population d'adhérents assez différenciée socialement [cf. fiche A033, p. 117].

#### ➤ **Assurance maladie obligatoire**

La fonction d'assurance sur le cycle de vie et la redistribution opérée par l'assurance maladie obligatoire seront étudiées, en collaboration avec l'INSEE, à travers l'étude des **comportements de dépenses de soins sur l'ensemble du cycle de vie : le modèle de micro simulation DESTINIE** sera enrichi pour l'occasion d'équations de comportements individuels de dépenses de soins [cf. fiche A087, p. 119].

### 3.4.2 Assurance maladie et marché du travail

Les **indemnités journalières (IJ)** ont fait l'objet de relativement peu d'études, malgré un rythme de croissance très marqué sur longue période. Après une première étude portant à la fois sur les **déterminants macroéconomiques des arrêts maladie** (caractère pro cyclique) et sur leurs déterminants individuels [cf. fiche A131, p. 121], nous explorerons, à travers la **construction d'une base de données** spécifique que vient d'autoriser la CNIL<sup>41</sup> [cf. fiche A040, p. 123], diverses pistes d'études. Celles-ci visent à la fois à analyser les **déterminants individuels et contextuels des IJ** [cf. fiche A039, p. 124] et, de manière spécifique, les indemnités liées à des **accidents du travail et à des maladies professionnelles** [cf. fiche A130, p. 125], en termes de types d'emplois, d'entreprises et de secteurs industriels les plus concernés ou, de manière plus générale, les transferts entre les indemnités journalières et d'autres prestations. A terme, des éléments comparables sur l'invalidité pourraient également être recherchés par des méthodes semblables.

### 3.4.3 Impacts de la réforme de l'assurance maladie, régulation du médicament

C'est d'abord le dispositif **du médecin traitant** qui fera l'objet de plusieurs études évaluatives, réalisées à partir des données de l'enquête ESPS, puis de son appariement avec les dépenses de soins prises en charge par l'assurance maladie [cf. fiche A064, p. 126] qui permettront d'analyser les déterminants de l'attitude des assurés au regard de ce dispositif, ses conséquences sur les recours aux soins et son impact sur la qualité perçue des soins.

Par ailleurs, l'IRDES développe depuis plusieurs années un axe de recherche sur les politiques de **régulation du médicament**, les différents outils au service de ces politiques, la manière dont ils sont utilisés dans les contextes nationaux et les réactions stratégiques des acteurs de l'industrie pharmaceutique.

Parmi les mesures qui ont constitué le socle des politiques sur le médicament ces dernières années, les actions en faveur du développement des génériques ont été nombreuses et ont largement montré leur efficacité. Toutefois, cette efficacité se heurte désormais aux limites du répertoire des médicaments génériques auquel s'appliquent exclusivement les diverses mesures réglementaires (substitution, TFR<sup>42</sup>, accords conventionnels, etc.). La part des génériques hors répertoire constitue ainsi une réserve dont on ne mesure pas l'ampleur jusqu'à présent. Nous débiterons en 2007 une analyse du champ couvert par le **répertoire des médicaments génériques** [cf. fiche A125, p. 127] et chercherons à quantifier et à expliquer les raisons de l'existence de génériques hors répertoire.

La recherche permanente d'une meilleure qualité des soins au meilleur coût a conduit également les pouvoirs publics à proposer une réévaluation des médicaments et une réforme des critères de

<sup>41</sup> Commission nationale de l'informatique et des libertés.

<sup>42</sup> Tarif forfaitaire de responsabilité.

remboursement basées sur la notion de service médical rendu (SMR). Cette réévaluation a conduit depuis 2003 au déremboursement ou à des baisses de taux de remboursement d'un certain nombre de médicaments dont le service médical rendu a été considéré comme insuffisant. Ces changements dans les remboursements ont des conséquences jusqu'ici mal connues en termes de modifications des prescriptions (transferts, abandons...) ainsi qu'en termes de coûts. Nous réaliserons une étude de **l'impact des déremboursements sur la prescription des mucolytiques**, médicaments fréquemment associés au traitement de pathologies infectieuses des voies respiratoires [cf. fiche A101, p. 128]. Dans le même ordre d'idée, il serait intéressant de suivre l'évolution de la prescription des vasodilatateurs qui n'ont pas fait l'objet de mesure de déremboursement, mais ont été largement évoqués dans ce cadre au titre de leur service médical rendu.

En France, les prix des médicaments remboursables font l'objet d'une négociation entre le laboratoire pharmaceutique et le Comité économique des produits de santé. Le prix doit ainsi être fixé principalement en fonction de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) de la spécialité, du prix des spécialités déjà commercialisées dans sa classe thérapeutique et des volumes de ventes prévus ou des conditions d'utilisation du médicament. Nous continuerons en 2007 l'exploration des **déterminants des prix des médicaments** dans un double objectif : quantifier la relation entre les prix des spécialisés et leurs déterminants (degré d'innovation, prix des compétiteurs et taille du marché) et rechercher les liens entre le niveau de prix accordé et certaines caractéristiques de l'entreprise qui commercialise le produit [cf. fiche A075, p. 129].

Enfin, nous poursuivrons notre bilan des procédures et conditions **de mise sur le marché des médicaments par différentes agences européennes** : procédure centralisée, de reconnaissance mutuelle et nationale [cf. fiche A076, p. 130].

#### 3.4.4 Etudes macro-économiques, comparaison des systèmes de santé

L'estimation réalisée, en association avec la DREES, sur les **dépenses de prévention en France** à partir des comptes nationaux de la Santé donnera lieu à transfert de compétences à la DREES et à une valorisation académique [cf. fiche A086, p. 131]. Par ailleurs, dans le cadre de la collaboration avec la DREES sur les travaux de Comptes par pathologie et d'estimation des dépenses de prévention, l'IRDES sera mandaté pour assurer la représentation de la France dans les réseaux et groupes de travail européens axant leurs réflexions sur les Comptes Nationaux de la Santé, leur structuration, leur harmonisation et les déclinaisons qu'ils permettent. Ces groupes peuvent notamment s'inscrire dans la dynamique de travail initiée par Eurostat et l'OCDE autour du projet SHA (*System of Health Accounts*).

Après le travail de **comparaisons internationales sur la substitution/délégation de tâches** [cf. fiche A061, p. 54], nous poursuivons le travail de développement d'un axe de recherche sur des comparaisons d'organisation et de performance entre le système français et d'autres systèmes ; une première étude comparative avec l'Angleterre pourrait être menée en 2007 avec la London School of Economics et le Center for Health Economics de l'université de York. Nous envisageons également de travailler avec le Commonwealth Fund à une éventuelle intégration de la France dans leurs analyses comparatives. La participation au **réseau Bertelsmann** (*health policy monitor*) qui collecte des fiches de synthèse sur les réformes des systèmes de santé européens, sera poursuivie [cf. fiche A085, p. 132]. Un état des lieux et une comparaison internationale sera réalisée sur les **indicateurs de qualité des soins en France et dans les pays de l'OCDE** [cf. fiche A051, p. 133]. L'IRDES poursuivra également sa participation au **projet européen Basket** visant à comparer le niveau de couverture et des coûts des biens et services médicaux en Europe à partir d'une série de cas-types [cf. fiche A081, p. 134]. L'IRDES est également impliqué, en collaboration notamment avec NIVEL, dans une **étude comparative européenne sur les soins délivrés à domicile** [cf. fiche, p. 135].

Des analyses empiriques comparatives seront menées dans plusieurs études à partir de méthodes multiniveaux : ainsi sera étudié **l'impact de la décentralisation sur l'équité et l'efficacité des systèmes de santé** sur les données de 12 pays [cf. fiche A084, p. 136] ; l'IRDES participera également à l'analyse des données recueillies dans le cadre du **groupe Eurothine sur les inégalités de santé en Europe** : il s'agira alors d'analyser l'impact des caractéristiques des systèmes de santé sur les inégalités de recours aux soins [cf. fiche A119, p. 137].

#### **3.4.5 Observatoire franco-québécois de la santé**

L'IRDES poursuit son engagement dans l'animation de l'Observatoire franco-québécois de la Santé et de la Solidarité, dont il assure la logistique et la direction scientifique. En 2007, outre l'activité régulière de publication de sa revue et de nouveaux développements d'Eco-santé Québec, l'Observatoire organisera son **forum biennal** au mois de mars 2007 à Paris, sur le thème « Maîtrise des dépenses et/ou qualité : faut-il choisir ? » [cf. fiche A083, p. 138].

## 4 Documentation et diffusion

### 4.1 Documentation et information du public

La documentation de l'IRDES assure à la fois les recherches documentaires en interne et l'information du public externe (réponse téléphonique, par mail, 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.

#### 4.1.1 Recherches documentaires

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.

Cette veille s'effectue sur la plupart des ressources disponibles en économie de la santé et domaines corollaires : 300 collections de revues, ouvrages, littérature grise, banques de données et internet.

#### 4.1.2 Produits documentaires

*Quoi de neuf, Doc ?* : le produit est en texte intégral sur le site de l'IRDES depuis 2006 (<http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/qnd/QuoiDeNeufDoc.htm>).

Pour enrichir le produit, les articles anglo-saxons que nous n'indexions plus en interne depuis 1999 (abonnement aux bases de données internationales) seront réintégrés dans le bulletin bibliographique.

*Panorama de presse* : nous allons contacter les éditeurs des revues analysées pour pouvoir faire figurer le texte intégral des articles sélectionnés dans la rubrique « titres de la presse » du site internet de l'IRDES.

*Revue de sommaires* : suite aux résultats d'une enquête réalisée en interne auprès des chercheurs, la version papier de la revue des sommaires a été abandonnée au profit d'une revue des sommaires électronique.

*Annuaire des sites web* : cet annuaire sera maintenu en continu : vérification systématique des liens et ajouts de nouveaux sites.

*Dossiers bibliographiques sur le web* les dossiers en ligne seront mis à jour et complétés : la santé en France, la réforme du système de santé en France, l'économie de la santé, l'hôpital en France, les pratiques professionnelles... Une nouvelle synthèse sur les plans de réforme de la santé en France sera notamment ajoutée.

#### 4.1.3 Mise en ligne de la base documentaire de l'IRDES sur internet

L'objectif est de mettre dès que possible cette base en ligne sur le web de l'IRDES pour les chercheurs en interne comme pour le public extérieur.

Une première étape, début 2007, étudiera sous quelle forme cette mise en ligne sera réalisable : application programmée en interne, partenariat avec l'équipe BDSP, acquisition du module web de Cindoc,...

#### 4.1.4 Collaboration externe

La documentation poursuivra sa collaboration à la Banque de Données Santé Publique (BDSP) : annuaire des sites internet, mise à jour du thesaurus, groupe veille ; elle poursuivra aussi sa

participation à l'organisation de différentes formations de l'ADBS (Association des Professionnels de l'Information) : les sources en droit, veille juridique sur internet, organisation d'un système de veille.

## 4.2 Publications et diffusion

Le service diffusion a en charge de mettre en œuvre tous les moyens disponibles pour améliorer la visibilité des travaux produits par l'IRDES. Dans la continuité de 2006, il prévoit en 2007 :

### 1. d'assurer la réalisation des supports de diffusion de l'IRDES :

- [« Questions d'économie de la santé »](#) : bulletin synthétique présentant les travaux de recherche de l'IRDES ; une maquette rénovée sera élaborée en 2007 dans le cadre d'une nouvelle charte graphique pour les publications. Le service diffusion en assure l'édition et le maquetage en lien avec les auteurs, puis en coordonne l'impression et en assure la diffusion aux abonnés ;
- la [lettre info](#) : support d'information électronique présentant tous les mois l'actualité de l'IRDES (nouvelles publications, chiffres du mois, interview...) et du secteur (vu sur d'autres sites). Un nouveau format a été lancé en septembre 2006 et se poursuivra en 2007. Le service de diffusion en assure complètement la réalisation ;
- les [communiqués de presse](#) : à chaque sortie de publications (QES, rapports, articles scientifiques) ou à l'occasion d'événements particuliers (lancement d'enquête, colloques, nomination), le service diffusion est responsable de la rédaction de communiqués de presse, l'envoi au fichier presse et la mise en ligne, suivant nouveau format lancé en novembre 2006 ;
- [site web](#) : principal support de diffusion aujourd'hui, le site internet de l'IRDES doit être enrichi très régulièrement (mise en ligne des Questions d'économie de la santé et de certains rapports, de données statistiques, de communiqués de presse...). Le service diffusion assurera la notament la responsabilité de l'espace presse du site web, qui sera peu à peu enrichi de dossiers de presse ;

### 2. de s'appuyer pour informer ses correspondants sur deux fichiers qu'il met à jour et enrichit régulièrement :

- *le fichier IRDIFF* : ce fichier des correspondants de l'IRDES s'est constitué petit à petit depuis 1985. Il comprend à l'heure actuelle 10 000 fiches nominatives (avec coordonnées postales, dont la moitié comprend une adresse email) répertoriées selon différents critères : types d'organismes (administration, organismes d'assurance-maladie, recherche, professions de santé, presse...) et nature de la diffusion (abonnés, gratuits, échanges...). Il permet d'envoyer par courrier ou par mail les communiqués de presse, des avis de publications, des informations diverses... ;
- *le fichier de la lettre info* : ce fichier est constitué de 6 000 adresses email. L'inscription est libre via le site web de l'IRDES. Ce fichier nécessite chaque mois à l'occasion de l'envoi de la lettre un nettoyage (adresses erronées, retour...)

### 3. d'évaluer les actions de diffusion :

- veille et stockage des retombées presse, classement des articles et réalisation tous les deux mois d'un document intitulé « l'IRDES sous toutes les presses » ; une réflexion sera menée en 2007 sur l'acquisition d'un logiciel de gestion des relations avec la presse ;
- réalisation de statistiques diverses (montant des ventes, nombre de rapports diffusés et vendus, nombre de téléchargements sur le web...)
- une analyse sera menée en 2007 sur les procédures de diffusion, leurs coûts et les recettes qu'elles génèrent, pour préparer la perspective d'un passage à la publication électronique gratuite de tous nos travaux en 2008.

## Fiches Projets

---



**A104 - Enquête Santé et Protection Sociale 2007-2008**

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

Période de réalisation ⇨ 1<sup>o</sup> trimestre 2007 - fin 2008

Etat d'avancement ⇨ valorisation de 2004 et réflexion préalable pour 2007

**OBJECTIF / CONTENU**

L'enquête ESPS est réalisée sur un cycle bisannuel depuis 1998, avec un nouveau cycle démarrant en 2007 pour un terrain en 2008.

A moyen terme, c'est-à-dire à horizon 2008 ou 2010, il existe deux enjeux méthodologiques majeurs pour l'étude :

1. le passage sur un échantillon issu de l'EPIB, lui même issu du SNIIRAM ; ceci impliquerait un nouvel échantillonnage et un nouveau protocole d'appariement, l'EPIB étant un échantillon de bénéficiaires ;
2. l'appariement avec les données issues des remboursements des organismes d'assurance complémentaire, dans un schéma à définir avec la CNAMTS, la DREES et la CNIL.

Le basculement vers le nouvel échantillon en 2008 dépendra de l'état de stabilisation de l'EPIB, notamment de son caractère inter-régime. De même une refonte de l'appariement sera plutôt envisagée à partir du nouvel échantillon. La décision sera prise début 2007.

**Objectifs de l'enquête**

⇨ Objectifs généraux de l'enquête

L'enquête ESPS a pour vocation première de traiter des problématiques liant les dimensions d'accès aux soins, de couverture, d'état de santé et de statut social. Sa fréquence lui permet de participer aux évaluations des politiques publiques. A ce titre, les questions permettant de construire certains indicateurs de suivi des objectifs de la loi de santé publique seront maintenues de manière à permettre une comparabilité dans le temps. En outre, son volet santé très détaillé permet de fournir des informations de nature à éclairer l'action publique à travers des questionnements spécifiques ou des données de prévalence en l'absence de données d'origine médicale.

ESPS possède une dimension de panel qui lui permet de suivre une partie de son échantillon depuis 1988. Cette dimension doit lui permettre d'étudier des phénomènes dynamiques et de mieux traiter les questions d'hétérogénéité non observée ou de causalité inverse.

⇨ Objectifs particuliers pour 2008

Quelques chantiers particuliers pour 2008, à réaliser en 2007 :

- refondation du recueil de la composition familiale ;
- réflexion autour d'un module santé mentale (en articulation avec l'enquête santé) ;
- module sur les attentes vis-à-vis du système de santé ;
- travail méthodologique sur le renoncement à partir des trois questionnements distincts introduits en 2006.

⇨ Comité de pilotage

Ce premier programme sera évidemment complété en fonction des travaux du comité de pilotage.

L'enquête 2008 sera précédée de quatre comités de pilotage en 2007. Ces comités de pilotage regroupent des personnalités issues des organismes partenaires de l'IRDES et des personnalités du monde de la recherche.

En plus des comités de pilotage, des ateliers seront organisés sur des points spécifiques de l'enquête.

**Travaux méthodologiques sur l'enquête**

2007 sera l'occasion d'approfondir certaines problématiques et d'évaluer des modifications introduites dans ESPS :

- ⇨ évaluation du module de codage de la PC Sicore implanté en 2006 ;
- ⇨ méthodologie de terrain et questionnaire (collaboration à envisager avec le Survey Research Center de l'Université du Michigan) ;
- ⇨ travail sur la non-réponse/ participation / perte de vue et attrition ;
- ⇨ estimation (modèle assistée bootstrap, etc.) ;
- ⇨ refonte de la présentation de l'enquête sur le site IRDES.

**A002 - Appariement ESPS-EPAS 2007-2008***Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Nelly Le Guen, Catherine Ordonneau*

---

Période de réalisation ⇨ appariement 2004 en 2005-2006, appariement 2006 en 2007-2008

---

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation

---

**OBJECTIF / CONTENU**

L'Echantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS) constitue la base de sondage de l'enquête ESPS. Les données ESPS sont appariées avec les données de liquidation présentes dans les fichiers EPAS, de façon à reconstituer pour la partie de l'échantillon ESPS concernée, l'exhaustivité de la consommation médicale présentée au remboursement sur l'année. Les données de liquidation prises en compte pour reconstituer les consommations de l'année n nous parviennent en deux vagues : une première en n+1, une seconde après le premier trimestre de l'année n+2. L'appariement est finalisé au cours du second semestre d'année n+2. Il aboutit à la constitution d'un fichier comprenant les informations issues d'ESPS et des variables agrégées au niveau individuel issues de l'EPAS.

Plusieurs publications prévues pour le premier trimestre 2007. Les tableaux de bord de la consommation de soins telle qu'observée dans l'appariement, selon les caractéristiques des assurés. Trois dimensions distinctes dans ces statistiques : la consommation de soins en dépense, la consommation de soins en volume (nombre de séances).

Il est envisagé de procéder à l'appariement des années non enquêtées (2001, 2003, 2005...) en fonction des objectifs de recherche.

Evaluation du Médecin Traitant : on envisage des premiers travaux sur l'appariement 2006, dès 2007, dans l'objectif de mener une première évaluation de l'impact de la réforme sur le recours aux soins ambulatoires. En effet les données de remboursement ambulatoire remontent en général dès l'année suivante de façon satisfaisante. La validité de l'hypothèse reste encore à démontrer. Elle fera l'objet d'un travail spécifique méthodologique au premier semestre 2007.

---

## **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*

Période de réalisation ⇨ deuxième semestre 2008

Etat d'avancement ⇨ réflexion préalable

### **OBJECTIF / CONTENU**

Dans le cadre de la valorisation des résultats issus des enquêtes ESPS, l'IRDES envisage d'organiser un colloque réunissant les principales équipes européennes et internationales menant et exploitant des enquêtes du même type.

Le format de cette rencontre n'est pas encore arrêté. Il pourra consister en une conférence ou une succession d'ateliers, en fonction des thématiques privilégiées.

Les problématiques développées pourraient avoir une double entrée :

1. Méthodologies d'enquête
  - ➔ Participation
  - ➔ Mesure de l'état de santé
  - ➔ Méthodologies de Panel
2. Problématiques de recherche
  - ➔ Etude du recours aux soins, de l'état de santé et de la couverture santé ;
  - ➔ Utilisation des données micro pour l'évaluation des politiques publiques.

Bien entendu, différents thèmes peuvent être évoqués lors de ce colloque et notre réflexion n'en est qu'à ses débuts. Il nous semble cependant que l'un des thèmes particulièrement intéressant consisterait à s'interroger sur les déterminants individuels pris en compte dans les différents pays. Sont-ils semblables d'un pays à l'autre ? Sont-ils influencés et comment, par l'organisation du système de santé ? Quels sont les déterminants les plus importants selon les pays ?

L'objectif de ce colloque serait aussi de développer des liens entre l'IRDES et ces différentes équipes afin d'enrichir nos connaissances sur les nouvelles thématiques développées par nos partenaires pour mieux appréhender l'état de santé, le recours aux soins et leurs déterminants. Ce colloque pourrait par ailleurs être l'occasion d'initier un certain nombre de travaux communs avec les équipes volontaires.

### **METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

Des enquêtes santé auprès des ménages existent dans différents pays européens. Outre le Royaume-Uni pionnier en la matière, on peut citer, la Belgique, l'Allemagne, l'Autriche, la Hollande, le Danemark, la Norvège, la Suisse, l'Espagne, le Portugal, l'Italie et, bien sur, les Etats Unis et le Canada. Certaines équipes mènent des enquêtes uniquement par interview, comme l'ESPS, alors que d'autres associent à ces enquêtes par interview des examens médicaux et/ou biologiques. C'est le cas notamment des états Unis, de l'Allemagne de la Finlande et de l'Ecosse.



**A003 - Enquête SHARE 2004***Thierry Debrand, Paul Dourgnon, Léonor Rivoire*

Période de réalisation ⇔ 2004-2007

Etat d'avancement ⇔ en cours de valorisation

Les données collectées en 2004 se sont déjà prêtées à de multiples exploitations statistiques et à la réalisation de nombreux travaux comparatifs, qu'ils soient descriptifs ou économétriques.

L'IRDES a, pour sa part, réalisé plusieurs travaux exploitant les données de l'enquête SHARE 2004.

Il est de même prévu, dans le courant de l'année 2007, la parution d'un numéro spécial SHARE dans la revue Economie&Statistique.

**OBJECTIF**

SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) est une enquête longitudinale menée auprès d'Européens de 50 ans et plus dont le but est de constituer une base d'information européenne sur la santé et le vieillissement en collectant des données homogènes sur des thèmes liés au vieillissement et à la retraite auprès d'Européens âgés de 50 ans et plus. Il s'agit de pouvoir mieux analyser les problèmes économiques et sociaux liés au vieillissement et de permettre des comparaisons internationales. Les thèmes abordés dans le cadre de cette enquête intéressent plus particulièrement les disciplines suivantes : la santé, la psychologie, l'économie et la sociologie.

SHARE a deux grandes caractéristiques qui le distinguent d'autres opérations existantes. L'une est son ambition pluridisciplinaire. Même si le projet a plutôt été initié par un groupe d'économistes, l'idée est bien de croiser diverses approches du vieillissement individuel. L'autre 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.

En 2004, le projet SHARE a fédéré onze pays européens (Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grèce, Italie, Pays-Bas, Suède et Suisse). Pour 2004, l'objectif de ce projet était la réalisation d'un test de faisabilité de l'enquête en vraie grandeur. Cet objectif a été atteint, avec un total d'environ 16 000 ménages interrogés, soit 22 000 individus dans les onze pays participants. En France, quelques 1 900 ménages ont été interrogés en deux vagues successives : 1 100 en 2004 et 800 en 2005.

**DONNEES ET METHODE****Données**

Les données collectées incluent des variables de santé (état de santé déclaré, tests physiques et cognitifs, comportement en matière de santé et d'utilisation du système de soins), des variables psychologiques (santé mentale, bien-être, satisfaction), des variables socio-économiques (statut professionnel, caractéristiques de l'activité professionnelle, âge de la retraite, ressources financières, niveau de revenu, logement, éducation) et de capital social (soutien familial, transferts financiers, réseaux sociaux, bénévolat...).

**Description du sondage**

Champs de l'enquête : l'enquête 2004 a eu lieu auprès de ménages ordinaires résidant en France et comprenant au moins un membre âgé de 50 ans ou plus ainsi que leur éventuel conjoint plus jeune.

Champs géographique : Régions Nord-Pas-de-Calais, Aquitaine, Ile-de-France, Pays-de-la-Loire, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon.

Base de sondage : la base de sondage est constituée de l'échantillon maître 1999 de l'INSEE avec une présélection des logements selon l'âge des occupants au recensement 1999 et de la base de sondage des logements neufs.

**Méthode**

Entretien en face à face CAPI (collecte assistée par informatique) et auto-questionnaire

En 2004, l'enquête était composée de 3 volets :

- Un questionnaire CAPI classique

- Des tests physiques portant respectivement sur l'aptitude à la marche et la force de préhension et intervenant au milieu du déroulement du questionnaire CAPI
- Un questionnaire papier auto-administré, comprenant soit un questionnaire papier « Drop-Off<sup>43</sup> » soit un questionnaire dit de « Vignettes<sup>44</sup> ».

---

#### COMMENTAIRES PARTICULIERS

Financement 2004 : La collecte des données de l'enquête SHARE 2004 a principalement été financée par la Commission Européenne dans le cadre du 5ème Programme Cadre de Recherche Développement (projet QLK6-CT-2001-00360 du programme thématique qualité de vie). Un financement additionnel a été fourni par le National Institute on Aging américain (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08921, P30 AG12185, T1-AG-4553-01 et OGHA 04-064). En France, des financements complémentaires ont été apportés par la CNAVTS<sup>45</sup>, le COR<sup>46</sup>, la DREES, la DARES, la Caisse des Dépôts et Consignations et le Commissariat Général du Plan.

---

---

<sup>43</sup> Le questionnaire « Drop-Off » contient une série de questions complémentaires au questionnaire principal sur la qualité de vie, les relations familiales, le suivi médical ainsi que sur certains examens préventifs

<sup>44</sup> Les « Vignettes » sont des cas types de handicap ou de pathologie sur la gravité desquels on recueille l'avis des enquêtés. Les réponses à ce type de questions permettent d'étalonner les réponses aux questions sur l'état de santé subjectif. Les « vignettes » visent à permettre de traiter statistiquement les biais de réponses liés à des interprétations ou des normes différentes selon les personnes interrogées. Ces biais d'interprétation peuvent être notamment d'origine culturelle ou religieuse et affaiblissent l'interprétabilité de certaines comparaisons intergroupes. Ceci est particulièrement vrai pour les comparaisons internationales issues de données d'enquête et, ce, notamment pour les variables d'état de santé. L'objectif des vignettes est de corriger au moins partiellement ce problème en recueillant les normes individuelles de « bonne santé » ou de « mauvaise santé » pour pouvoir en tenir compte dans les comparaisons. Pour mener cette évaluation, les questionnaires de vignettes proposent aux répondants de noter des situations particulières correspondant chacune à un aspect du concept d'intérêt.

<sup>45</sup> Caisse nationale d'assurance vieillesse.

<sup>46</sup> Conseil d'orientation des retraites.

**A003 - Enquête SHARE 2006***Thierry Debrand, Léonor Rivoire*

Période de réalisation ⇨ 2006-2008

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation (enquête de terrain, octobre à décembre 2006)

**OBJECTIF**

L'objectif général du projet SHARE 2006 reste identique à celui de 2004 : il s'agit de mieux analyser les problèmes économiques et sociaux liés au vieillissement de la population en Europe tout en permettant des comparaisons internationales par la construction d'indicateurs harmonisés. Au niveau européen, l'objectif majeur de SHARE est la constitution d'une base d'informations pluridisciplinaires sur la population âgée de 50 ans et plus.

Le projet SHARE a déjà fait l'objet, en 2004, d'une première vague d'enquêtes dans onze pays européens. Il se poursuit en 2006 et prend la forme d'un panel biennal. Ainsi, l'échantillon 2006 recouvre l'échantillon 2004 de façon à obtenir un échantillon panélisé. L'objectif est donc de pouvoir réinterroger les ménages de la première vague et dès lors d'observer les évolutions de la situation individuelle et les corrélations qui existent entre les différents déterminants.

Les onze pays européens ayant participé à l'édition 2004 sont rejoints par la Pologne, l'Irlande, la République tchèque et Israël.

**DONNEES ET METHODE****Données**

Les données collectées incluent des variables de santé (état de santé déclaré, tests physiques et cognitifs, comportement en matière de santé et d'utilisation du système de soins), des variables psychologiques (santé mentale, bien-être, satisfaction), des variables socio-économiques (statut professionnel, caractéristiques de l'activité professionnelle, âge de la retraite, ressources financières, niveau de revenu, logement, éducation) et de capital social (soutien familial, transferts financiers, réseaux sociaux, bénévolat...).

**Description du sondage**

Champs de l'enquête : comme en 2004, l'enquête 2006 a eu lieu auprès de ménages ordinaires résidant en France et comprenant au moins un membre âgé de 50 ans ou plus ainsi que leur éventuel conjoint plus jeune.

Champs géographique : les régions Nord-Pas-de-Calais, Aquitaine, Ile-de-France, Pays-de-la-Loire, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon, ainsi qu'une nouvelle région : la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Base de sondage : la base de sondage est constituée de l'échantillon maître 1999 de l'INSEE avec une présélection des logements selon l'âge des occupants au recensement 1999 et de la base de sondage des logements neufs.

L'échantillon : l'échantillon français 2006 est constitué de 2 000 à 2 500 ménages comprenant au moins une personne âgée de 50 ans ou plus. Cet échantillon est composé des personnes enquêtées en 2004 afin d'obtenir un échantillon partiellement panélisé et d'un échantillon de rafraichissement composé de ménages dans lesquels se trouve au moins un individu âgé de 50 ans ou plus en 2006.

A partir de 2006, les personnes interrogées en 2004 et qui depuis lors seraient rentrées en institution sont suivies et réinterrogées.

Les personnes ayant déménagé hors des régions d'enquête sont suivies et réinterrogées (sauf si départ à l'étranger).

**Méthode**

Entretien en face à face, CAPI et auto-questionnaire

L'enquête 2006 est constituée :

- D'un questionnaire principal sous CAPI (rempli par entretien en face à face) divisé en 22 modules.
- De tests cognitifs et des tests physiques (force de préhension, vitesse de marche, test de souffle, test du lever de chaise).

- D'un questionnaire papier auto-administré comprenant comme en 2004, soit un questionnaire papier appelé « Drop-Off » soit un questionnaire dit de « Vignettes ».
- Et d'un nouveau questionnaire (sous CAPI) dit « Exit Interview » (Questionnaire de fin de vie).

---

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Financement 2006 : financement principal : Union Européenne dans le cadre du 6<sup>ème</sup> Programme Cadre de Recherche Développement (PCRD) et du Programme *Quality of Life* de la Communauté Européenne.

Pilotage de l'enquête : L'enquête 2006, comme l'enquête 2004 est coréalisée par l'INSEE et l'IRDES. L'INSEE est maître d'oeuvre de la nouvelle enquête réalisée par ses directions régionales. L'IRDES est le responsable administratif du projet et gère en particulier les financements nationaux et internationaux. La conception de la version française de l'enquête est conjointement menée par les deux organismes, de même que la diffusion de l'information et la présentation des premiers résultats : écriture d'articles scientifiques utilisant SHARE, participation à des colloques pour présenter les résultats de SHARE et organisation de séminaires pluridisciplinaires pour les utilisateurs de SHARE.

---

**A003 - Projet SHARELIFE***Thierry Debrand, Léonor Rivoire*

Période de réalisation ⇨ 2007-2009

Etat d'avancement ⇨ en cours de négociation avec la Commission européenne.

**OBJECTIF**

Il est prévu que le projet Sharelife devienne une enquête pluridisciplinaire visant à mieux comprendre les interactions spécifiques entre la santé et les conditions d'emploi passées et présentes, et notamment les conséquences qu'ont pu avoir les diverses interventions des Etats européens (politiques d'éducation, sociales, de régulation du travail, de protection sociale, de retraites...) sur la santé et les conditions d'emploi des individus âgés de 50 ans et plus.

Il s'agira d'adopter une approche en termes de trajectoires de vie, dans la mesure où les conséquences de décisions passées ne peuvent être évaluées que sur longue période. Ce projet propose donc de collecter des données sur les parcours de vie des Européens afin d'identifier les interventions et programmes étatiques ayant pu affecter la vie des individus.

L'enquête aura lieu dans 13 pays européens (Suède, Danemark, Pays-Bas, Belgique, France, Allemagne, Autriche, Suisse, Pologne, République tchèque, Espagne, Italie et Grèce). Grâce aux données collectées par Sharelife, nous serons en mesure de connaître l'impact des décisions passées sur la santé et la situation de l'emploi aujourd'hui. Les données issues de cette enquête seront croisées avec les données issues de l'enquête SHARE afin de pouvoir évaluer les conséquences actuelles sur la santé et l'emploi des politiques mises en œuvre par le passé.

**DONNEES ET METHODE**

Sharelife collecterait des données auprès d'environ 25 000 Européens âgés de 50 ans et plus dans 13 pays européens.

L'échantillon serait identique à celui de l'enquête SHARE.

Les thèmes des différents modules du questionnaire seraient les suivants :

- Incitations financières et systèmes de retraite ;
- Conditions d'emploi et retraite ;
- Assurances invalidité et participation des séniors au marché du travail ;
- Santé et retraite ;
- Prévention, utilisation des systèmes de santé et retraite ;
- Vie de famille et retraite ;
- Richesse et retraite ;
- Risques de santé, assurances santé et épargne retraite ;
- Module spécial sur les parcours de vie

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Pilotage international : le pilotage international de l'enquête devrait être calqué sur celui de l'enquête SHARE. La coordination générale serait assurée par le MEA (Mannheim Research Institute for the Economics of Aging). Le réseau Sharelife, s'articulerait comme pour SHARE autour de deux types d'entités : des groupes de travail thématiques consacrés soit à la mise en place d'une partie du questionnaire soit à la définition de méthodologies aussi harmonisées que possible ; et des équipes nationales chargées de la mise en œuvre de l'enquête dans chacun des pays participants.

Pilotage français : Comme cela est déjà le cas pour SHARE, il devrait s'agir d'une codirection entre l'INSEE et l'IRDES.

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

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

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

Période de réalisation ⇨ 2005 – 2008.

Etat d'avancement ⇨ terrain en cours de réalisation

### **OBJECTIF / CONTENU**

Bien souvent confié très rapidement à l'entourage proche, le soutien au suicidant prend rarement en compte le retentissement et la souffrance qu'il pourrait engendrer sur l'entourage. Pourtant ceux-ci ne sont très certainement pas neutres. Nous faisons l'hypothèse que si la tentative de suicide propage un stress et une souffrance en cascade sur les différents cercles de l'entourage familial et affectif d'un sujet, la consommation de soins de ces sujets devrait augmenter dans les suites de la tentative de suicide, pour être supérieure à celle de la population générale.

L'objectif de notre recherche est donc de mesurer de façon prospective (7 jours, 3 mois et 1 an) l'impact de la tentative de suicide chez les proches du suicidant ; « proches » définis comme les sujets habitant sous le même toit que le sujet ayant survécu à la tentative de suicide, en termes :

- médico-économiques, en comparaison d'un échantillon apparié issu de ESPS 2006 (conséquences sur la santé à travers les consultations médicales, les éventuelles hospitalisations, la consommation de médicament, etc.),
- de détresse psychique, parmi les proches du suicidant dans leur ensemble, et de stress traumatique parmi les personnes ayant été exposées à la scène de la tentative de suicide.

Le terrain de l'enquête IMTAP est en cours (recueil des informations sur la consommation de soins et le retentissement en terme de détresse psychique pour l'entourage du suicidant à la suite d'une tentative de suicide). La constitution de l'échantillon témoin, par appariement, se fera au plus tôt à la fin du dernier trimestre 2007. Les analyses statistiques débiteront au premier trimestre 2008.

### **METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

**La méthode** repose sur une analyse d'impact ici-ailleurs.

Les analyses statistiques se décomposent en :

(1) Analyses statistiques univariées :

- pour les comparaisons de fréquence, nous utiliserons le test du chi 2
- pour les comparaisons de moyenne, nous utiliserons le test de Student.

(2) Analyses statistiques multivariées :

- dans les cas le nécessitant, nous aurons recours à des régressions logistiques ou à des modélisations de variables discrètes (nombres de séances de médecins : modèle de Poisson ou Negbin) ou continues (dépense de médicaments : modèles emboîtés, tobit généralisé, modélisation de la log-dépense...).
- pour l'analyse du délai de survenue d'un phénomène (par ex, l'apparition d'un syndrome post-traumatique), nous utiliserons une analyse de survie dans le modèle de Kaplan-Meier et/ou Cox.

**Les sources** : enquête spécifique IMTAP 2006 et ESPS 2006.

### **COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Elle est réalisée dans le cadre d'un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC).

Cette étude fait l'objet d'un financement PHRC de 144 000 €. obtenu en juin 2005. Le montant alloué à l'IRDES est de 10 000 euros.

L'IRDES a contribué en 2005 à la mise au point de la méthodologie de l'enquête et à la mise en place de l'enquête de faisabilité qui a été financée par la DGS (Direction générale de la Santé).

**A005 - Enquête jeunes et alcool France/Italie**

*Laure Com-Ruelle (IRDES), Marie Choquet (INSERM), Nicole Leymarie (IREB), Prof. Enrico Tempesta, Filippo Terzaghi, Dott.ssa Simona Anav (Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool)*

Période de réalisation ⇨ mi-2006 à fin 2008, avec le terrain France au 1<sup>er</sup> semestre 2007

Etat d'avancement ⇨ questionnaires en cours de finalisation

**OBJECTIF / CONTENU**

Le but de cette enquête jeunes et alcool est de recueillir des données sur le comportement des jeunes vis-à-vis de l'alcool afin d'en suivre l'évolution dans le temps et d'en comprendre les raisons. En effet, le mode de leur consommation d'alcool est prédictif des problèmes d'alcoolisation ultérieurs. De plus, la compréhension de consommations associées (drogues licites et illicites) à une consommation d'alcool de plus en plus fréquente, voire déjà problématique, est essentielle. Les données recueillies à cette occasion incluent également des données de santé et de recours aux soins.

La prévalence des problèmes d'alcool et la mortalité par alcool diffèrent fortement selon les pays européens. Si la France et l'Italie, pays méditerranéens, affichent une forte et constante baisse de leur consommation d'alcool pur par personne et par an depuis quarante ans, du seul fait de leur diminution de consommation de vin, ils restent en tête, bien que l'Allemagne et d'autres pays anglo-saxons soient en passe de les rattraper. Ceci est lié à des modes de consommation différenciés et évoluant de génération en génération.

De nombreuses publications existent sur les pays anglo-saxons alors que les pays méditerranéens apparaissent peu dans la littérature internationale. Le but de cette enquête jeunes et alcool est donc de recueillir des bases communes et comparables de données dans différents pays européens, incluant également des données de santé et de recours aux soins.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

**Méthode** : Enquête en population générale, auprès des scolaires et des jeunes non scolarisés, extension de la population enquêtée de 13 à 24 ans.

**Sources** : Recueil spécifique tous les 5 ans.

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Si le projet d'enquête rassemblant cinq pays en Europe n'a pas obtenu les financements escomptés de la Commission européenne, la France et l'Italie ont toutefois intégré un corpus de questions communes dans leurs enquêtes jeunes et alcool respectives. Le terrain d'enquête français est prévu pour 2007.

---

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

*Laure Com-Ruelle, Florence Jusot, Nathalie Grandfils, Pascale Lengagne, Georges Menahem, Thierry Rochereau, Catherine Sermet, Sandy Tubeuf et Sylvie Azogui-Lévy (UFR Odontologie Paris VII)*

---

Période de réalisation ⇨ 2006-2007

---

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation

---

**OBJECTIFS :**

Le projet ELFE vise à construire une cohorte représentative au plan national, de 20 000 enfants qui seront suivis de la naissance à l'âge adulte dans une approche pluridisciplinaire. Sa collecte devrait être lancée en 2009, en partenariat entre différentes institutions regroupées dans un GIS (INSERM, INED, INSEE, InVS, ministères de la Santé et de l'Education).

L'étude longitudinale s'articulera autour de trois grands axes : la santé de l'enfant, les relations entre environnement et santé et les aspects sociodémographiques.

L'objectif pour les années à venir est donc de construire les questionnements utiles aux différentes visites pour les 3 problématiques de recherche retenues par l'IRDES dans le cadre de l'appel à propositions lancé par l'équipe projet :

- consommations médicamenteuses successives ou répétées au cours de la vie : effets sur la santé et le recours aux soins ultérieurs ;
  - influence des conditions de vie dans l'enfance sur la santé et les attitudes à l'égard du risque à l'âge adulte : effets des situations difficiles sur les plans économiques ou des relations familiales sur la genèse des rapports à la santé et au risque tout au long de l'enfance puis de l'adolescence ;
  - constitution des inégalités de santé dentaire au cours de l'enfance : étude des effets du recours et du renoncement, des comportements préventifs (alimentation, brossage, fluoruration...) et de la situation socio-économique durant l'enfance sur l'état de santé bucco-dentaire des jeunes adultes. Dans le cadre de cette étude, nous envisageons la validation d'un outil de mesure de l'état de santé bucco-dentaire par questionnaire chez l'adulte.
-

**A006, A034 - Couverture d'entreprise : mesure des niveaux de garanties***Chantal Cases, Carine Franc, Marc Perronnin, Thierry Rochereau*

Période de réalisation ⇨ travaux sur la couverture d'entreprise : 2007-2008

Etat d'avancement ⇨ en cours de valorisation et réflexion

Deux Questions d'Economie de la Santé (n° 83 et n° 12) ont déjà été publiés à partir de l'enquête 2003. Un autre (celui sur la relation entre type de contrat et niveau de garantie) est en cours de rédaction.

**OBJECTIF / CONTENU**

Depuis l'introduction de questions sur les niveaux de remboursements des contrats de couverture complémentaire dans l'ESPS 1998, l'IRDES propose une analyse nouvelle et unique de la couverture complémentaire. Fin 2003, les travaux de l'IRDES sont enrichis par une enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise réalisée auprès de 1 700 établissements représentatifs des établissements français hors entreprises individuelles, hors administration et secteur agricole. Nous avons relevé, dans cette enquête, des informations sur la présence de couvertures complémentaires pour le gros risque et le petit risque, sur la mise en place de ces contrats dans les établissements, leur financement (part employeur et salarié) et leur contenu en termes de garanties. Nous disposons également des caractéristiques des entreprises enquêtées (taille, secteur d'activité, proportion de cadres et de non cadres...). Dans cette fiche, nous présentons une synthèse des résultats déjà obtenus à partir de cette enquête, les analyses complémentaires prévues en particulier à partir des données DADS et les perspectives de réalisation d'une enquête plus complète qui couvrirait une interrogation des établissements et des salariés.

**Contexte : résultats déjà obtenus sur la couverture d'entreprise**

Dans un premier temps, nous avons mis en regard les caractéristiques des établissements avec la proposition ou non de contrats de couverture santé et de prévoyance, les motifs d'absence de contrats, les modalités d'accès à la couverture pour les salariés, la part du financement employeur, l'association des salariés à la négociation des contrats. Nous avons notamment montré que 40 % des établissements regroupant 72 % des salariés proposent une couverture complémentaire santé ; que ce sont les cadres et les professions intermédiaires qui ont la plus forte probabilité d'accéder à une couverture (environ 80 %) et les employés qui ont la plus faible (64 %) et que ce sont les salariés des petites entreprises (moins de 10 salariés) qui sont majoritairement exclus de cette couverture : cf. [Questions d'Economie de la Santé n° 83](#) (Couffinal et al, 2004) et [rapport N°1540](#) (Couffinal et al, 2004).

Dans un deuxième temps, les contrats de couverture complémentaire d'entreprise ont été classés suivant leurs niveaux de garanties optique et dentaire, d'après la méthode déjà utilisée sur les contrats relevés dans l'ESPS. Les quatre classes de garanties mises en évidence (faible, moyen, fort en optique et fort en dentaire) ont été reliées aux caractéristiques des contrats, des entreprises et de leurs salariés. Deux Questions d'Economie de la Santé ont été élaborés à partir de cette étude. Dans le [Questions d'Economie de la Santé n° 112](#) (Francesconi et al, 2006), nous montrons que les cadres ont plus souvent accès à des contrats à hauts niveaux de garanties que les non-cadres, que les entreprises de la construction distinguent moins souvent cadres et non-cadres que les entreprises de l'industrie et des services. Dans un Questions d'Economie de la Santé à paraître d'ici la fin de l'année 2006, nous montrons que les niveaux de garanties sont plus élevés pour les contrats obligatoires que pour les contrats facultatifs, pour les contrats uniques que pour les contrats à options et nous confirmons les résultats déjà montrés sur l'ESPS concernant les différences entre les trois types d'OCAM<sup>47</sup>, à savoir que les mutuelles proposent plus fréquemment des contrats facultatifs dont les niveaux de garanties moyens sont inférieurs à ceux des autres types d'organismes.

**Mesure du lien entre niveaux de garanties et salaires**

Plusieurs voies d'approfondissement sont prévues à partir de 2007. Tout d'abord une analyse économétrique des niveaux de garanties souscrits en fonction des caractéristiques des entreprises et des salariés. Nous souhaitons en particulier aller au-delà du constat de plus hauts niveaux de garanties pour les cadres que pour les non cadres et voir si à catégories de salariés données, de plus hauts niveaux de couverture s'accompagnent de plus bas niveaux de salaires. L'existence d'un tel arbitrage entre protection sociale et

<sup>47</sup> *Organisme de couverture d'assurance maladie.*

salaires en nature a été déjà été mise en évidence aux Etats-Unis (voir Gruber 2000 pour une revue de littérature sur ce thème). Ce travail se fera en deux temps : tout d'abord, analyse de la faisabilité d'une telle étude au regard du contenu de la base (Thierry Rochereau, 2ème semestre 2007) puis, si les données le permettent, appariement de l'enquête avec les données DADS (qui nous permettront en particulier de disposer des niveaux de salaire moyen) et analyse de la demande d'assurance (1er semestre 2008).

#### **Nouvelle enquête sur la couverture complémentaire d'entreprise**

En parallèle, une réflexion doit être menée sur la prochaine enquête entreprise. Une nouvelle enquête est prévue en 2008 avec plusieurs modifications par rapport à l'enquête de 2003. Tout d'abord on interrogerait, en plus des établissements, un échantillon de salariés, de manière à avoir une information individuelle sur le contrat souscrit, sur la catégorie du salarié ainsi que des caractéristiques telles que l'âge, le sexe et l'état de santé. Cette double interrogation établissements / salariés nécessite une réflexion sur les modes d'échantillonnage, à voir avec la DARES (2007).

Il est également prévu de revoir le relevé des garanties. L'utilisation exclusive des garanties optiques et dentaires ainsi que le calcul des remboursements par rapport à des biens de références fictifs (souvent considérés comme chers) et non les restes à charge réels ont été critiqués. Cette méthode aurait tendance à mettre en valeur les contrats sur des garanties certes importantes mais pas essentielles (l'optique et le dentaire), sans tenir compte de garanties fondamentales (les honoraires à l'hôpital, le forfait hospitalier) ; elle valoriserait également les complémentaires qui pratiquent de l'indemnité pure (remboursement des soins quel que soit leur coût), sans tenir compte des efforts de régulation et d'accompagnement du patient (incitations aux soins préventifs, présence de réseaux, pratiques de devis). De plus, elle ne tient pas compte dans l'état actuel, des différences de tarification des soins qui peuvent être très importantes, particulièrement en dentaire. La réflexion menée sur les mesures de garanties s'appuiera sur les conclusions du groupe de travail sur l'aide à la mutualisation qui recommandait l'utilisation de cinq types de garanties (honoraires à l'hôpital, consultation/visite de généraliste ou de spécialiste, pharmacie vignette blanche, lunettes à verres complexes, prothèses fixes).

Enfin, des questions doivent être introduites pour évaluer la loi Evin plafonnant les cotisations des anciens contrats collectifs lors du passage à la retraite.

#### **Bibliographie**

*Agnès Couffinal, Nathalie Grandfils, Michel Grignon, Thierry Rochereau.* [La complémentaire maladie d'entreprise](#). Premiers résultats nationaux d'une enquête menée fin 2003 auprès de 1 700 établissements. Questions d'Economie de la Santé n° 83, 2004/06 – 4 pages.

*Agnès Couffinal, Nathalie Grandfils, Michel Grignon, Thierry Rochereau.* [Enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise en France](#). Rapport N°1540, 2004/09 - 146 pages.

---

#### **METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

L'étude sur les liens entre niveaux de garanties et salaires requiert l'appariement des données de l'enquête 2003 avec les données DADS, fournies par l'INSEE. Pour les données DADS, des données au niveau salarié peuvent être nécessaires, les salaires par CSP n'étant pas disponibles au niveau établissement.

---

---

**A010 - A011 – A012 Eco-Santé**

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

---

**Eco-Santé France, Eco-Santé Régions & Départements**

L'objectif principal de l'année 2007 est de rendre public, et en accès gratuit, les bases Eco-Santé France et Régions & Départements, aussi bien pour les versions en ligne <http://www.ecosante.fr> que pour les versions CD-Rom. Pour arriver à ce résultat des partenariats croisés avec les principaux fournisseurs de données d'Eco-Santé sont à l'étude.

La version en ligne devenant l'axe principal et prioritaire d'évolution des bases Eco-Santé, le but est d'intégrer au fur et à mesure à cette version la richesse des fonctionnalités de la version logiciel, et ce, afin d'obtenir un même niveau de performance et d'efficacité.

En ce qui concerne les nouveautés dans les données, il est prévu :

- de mettre en place un partenariat avec la CNAMTS pour présenter les données du SNIIRAM (en remplacement des données actuelles de consommation de la CNAMTS dans Eco-Santé France, de la CNAMTS, MSA et RSI dans Eco-Santé Régions & Départements), de Medicam, les données des ALD et toute autre donnée pertinente disponible à la CNAMTS.
- de revoir le contenu d'Eco-Santé concernant les données sur l'hôpital avec la DREES et le pôle hôpital de l'IRDES. Ainsi, nous souhaitons compléter l'historique de ces données avec la DREES. Nous allons également ajouter des données sur les urgences, l'HAD, les équipements lourds, les secteurs de psychiatrie et étudier la possibilité d'intégrer des données du PMSI (dont MCO, secteur psychiatrique),
- d'examiner les possibilités d'exploitation complémentaire des données de mortalité de l'INSERM par région,
- d'ajouter des données sur les inégalités de santé et de consommation issues d'ESPS (par PCS, revenu, niveau d'études...).

Nous désirons également valoriser les données d'Eco-Santé, probablement par une publication IRDES sur l'activité à l'hôpital.

Nous assurerons aussi en 2007 un module de formation à l'économie de la santé par Eco-Santé, dans le cadre d'un master « Protection sociale complémentaire » à la Sorbonne (25 h de cours).

**Eco-Santé OCDE**

L'IRDES continue à collecter, pour le compte de l'OCDE, l'essentiel des données françaises et rédige leurs aides sur la plupart des thèmes lorsque ceux-ci ne sont pas renseignés directement par Eurostat ou le ministère de la Santé (ex. les comptes de la santé).

**Eco-Santé QUEBEC**

Après 5 ans d'utilisation, la base Eco-Santé Québec, produit sous l'égide de l'OFQSS en partenariat entre l'INSPQ, l'ISQ et le MSSS (3 organismes québécois), sera intégralement revue avec la participation de l'équipe IRDES.

---

---

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

*Nathalie Grandfils, Catherine Sermet*

---

Période de réalisation ⇨ 2<sup>ème</sup> semestre 2007

---

Etat d'avancement ⇨ réflexion préalable, faisabilité

---

**OBJECTIFS :**

La base de données Thériaque, élaborée à partir de 1982, est à l'initiative du CNHIM (Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament) et d'un groupement de trois syndicats de pharmacies hospitalières dont la volonté était de produire des informations sur le médicament, indépendantes de l'industrie pharmaceutique. En janvier 2004, le CNHIM et les trois caisses nationales d'assurance maladie (CNAMTS, CANAM, MSA) ont créé un groupement d'intérêt économique ; les partenaires ont ainsi décidé de mettre en commun le développement de la base de données sur le médicament Thériaque, du CNHIM, et celui de la base CNAMTS contenant des éléments réglementaires et tarifaires (prix notamment).

Cette base de données est aujourd'hui interrogeable en ligne et peut-être intégrée dans des logiciels de professionnels de santé ; elle n'est en revanche pas disponible sous un format utilisable pour la recherche.

L'objectif est de créer une base de données utilisable en SAS et régulièrement actualisable. Ce projet sera mené en collaboration avec la DREES.

---

---

**A111 - Constitution d'une base de données sur les DDD (Daily Defined Dose)**

*Nathalie Grandfils, Catherine Sermet*

---

Période de réalisation ⇨ 2<sup>ème</sup> semestre 2007

---

Etat d'avancement ⇨ non commencé

---

**OBJECTIFS :**

Les travaux de comparaison internationale sur le marché du médicament (consommation, prescriptions, prix...) nécessitent l'utilisation d'une unité de mesure commune en raison de la diversité des produits et présentations. Aujourd'hui, il n'existe pas de base de données permettant d'associer directement une DDD à un médicament donné repéré par son CIP.

L'OMS publie régulièrement une base de données associant une DDD à des principes actifs. Par ailleurs, Thériaque publie un certain nombre de DDD interrogeables en ligne par code CIP. Enfin, un certain nombre de chercheurs calculent des DDD isolément.

L'objectif de ce travail serait de réunir toutes les informations disponibles de manière dispersée et de construire un fichier utilisable dans les travaux de recherche fournissant la DDD pour chaque CIP sur le marché. Ce projet sera mené en collaboration avec la DREES.

---

**METHODE UTILISEE :**

Travail informatique d'exploitation des différentes sources de données existantes.

Codage des DDD manquantes par une personne formée à ce sujet.

---

**A066 - Délai d'attente pour un rendez-vous de spécialiste selon la densité des praticiens***Paul Dourgnon, Philippe Le Fur, Isabelle Leroux, Véronique Lucas-Gabrielli*Période de réalisation ⇨ 2005 – 1<sup>er</sup> trimestre 2007

Etat d'avancement ⇨ en fin de réalisation / en cours de valorisation

**OBJECTIF / CONTENU**

L'objectif de ce travail est de déterminer si la densité en spécialistes influe sur les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous.

La première partie de cette étude qui a été réalisée en 2005, a utilisé comme cadre méthodologique la théorie de la demande induite.

Les premiers résultats montrent que les principaux paramètres à prendre en compte pour expliquer les délais d'attente sont la spécialité du praticien, le lieu de la séance et les modalités d'adressage des patients. Par ailleurs, les effets semblent différer si l'on distingue les densités de spécialistes en fonction du secteur de conventionnement.

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

Les premières exploitations basées sur cette modélisation montrent qu'une augmentation des densités s'accompagne d'une diminution des délais d'attente en ophtalmologie en pédiatrie et en rhumatologie. Ce phénomène qui semble logique n'est pas observé pour les recours effectués en secteur 1 en gynécologie, pédiatrie et cardiologie. Ce résultat discordant pourrait être expliqué par une certaine part de demande induite, les médecins de secteur 1 générant une plus grande fréquence de recours pour atteindre un revenu cible. Enfin, il semble qu'en chirurgie, une augmentation modérée des densités allonge les délais d'attente, qui cependant diminuent en cas de forte augmentation des densités. Ce phénomène est peut-être à mettre en relation avec une demande révélée.

Ce travail s'est poursuivi en 2006. On a notamment amélioré le modèle en introduisant des informations sur les motifs de recours et sur la perception des délais par les patients. Enfin, nous avons « pondéré » la densité de spécialistes en prenant en compte la part des médecins à faible activité.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode :**

Analyses bi-variées et modélisation logistique.

**Sources :**

Ce travail est réalisé à partir des données de l'enquête ESPS 2004. Dans cette enquête, nous disposons, pour les personnes ayant consulté au moins un spécialiste au cours des 12 mois précédant l'enquête, de la description de la dernière séance de spécialiste. Il est demandé à chaque patient, outre le lieu de la séance (cabinet, hôpital), d'une part le temps séparant la prise de rendez-vous du rendez-vous lui-même et d'autre part s'il aurait souhaité obtenir un rendez-vous plus rapide.

Parallèlement, nous disposons des principales caractéristiques de chaque enquêté et en particulier de sa zone d'habitation.

Par ailleurs, grâce aux données du SNIR (système national interrégimes) nous pouvons déterminer par département la densité de spécialistes selon le type de spécialité, le niveau d'activité et le secteur conventionnel.

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

La première partie de ce travail a été réalisée durant l'année 2005 dans le cadre du stage de 3<sup>ème</sup> année de l'ENSAI d'Isabelle Leroux.

**A123 - Evolution du recours aux visites de généralistes selon les caractéristiques des patients***Philippe Le Fur*

Période de réalisation ⇨ deuxième semestre 2007 – premier semestre 2008

Etat d'avancement ⇨ réflexion préalable, faisabilité

**OBJECTIF / CONTENU**

Le nombre de visites de généralistes, qui s'est situé entre 70 et 76 millions d'actes par an entre 1983 et 1996, a commencé à décroître en 1997. En 2001, on dénombrait moins de 63 millions de visites. Cette décroissance s'est considérablement accélérée à partir de 2002 et en 2004, le nombre de visites de généralistes n'était plus que de 40 millions.

En 10 ans, le nombre de visites de généralistes a donc diminué de 44 %. Parallèlement, le nombre de consultations a augmenté de 31 %, conduisant à un accroissement de 8 % du total des actes de généralistes.

Cette inflexion du nombre de visites à partir de l'année 2001-2002 est concomitante à une majoration de la rémunération des visites résultant en particulier de 2 processus. La revalorisation du tarif de la visite à hauteur de celui de la consultation (20 €) associé à la création d'une majoration de déplacement pour les visites médicalement justifiées ou justifiées par des critères environnementaux. Lorsque le généraliste considère que la visite n'est pas justifiée, il a la possibilité de percevoir un dépassement d'honoraires pour exigence personnelle.

Une telle diminution de la part des visites dans l'activité des généralistes a bien entendu également des conséquences sur les comportements de recours aux soins des patients. Ainsi, dès 2002, la CNAMTS constate une augmentation de la part des visites remboursées à 100 %. Bien d'autres modifications du comportement des patients participent probablement à cette évolution du recours aux soins. Nous chercherons à répondre à un certain nombre de questions parmi lesquelles les suivantes : Quelles sont les caractéristiques socio-économiques et de morbidité des patients qui ont modifié ou au contraire n'ont pas modifié leur comportement face aux visites de généralistes. Ainsi, les personnes âgées traditionnellement fortes consommatrices de visites ont-elles, toutes choses égales par ailleurs et notamment à état de santé comparable, modifié leurs recours ? Les personnes aux faibles revenus ou sans couverture complémentaire ont-elles davantage réduit leur recours aux visites que les autres personnes, par crainte peut-être de se voir appliquer un dépassement d'honoraires pour exigence personnelle ? Les personnes en mauvais état de santé ont-elles également réduit leur recours aux visites, ou seules les personnes en bon état de santé concourent-elles à cette diminution ? Quelles sont les caractéristiques des personnes auxquelles les généralistes appliquent un dépassement d'honoraires ? Quels sont les motifs de recours qui ont été les plus concernés par les réductions des visites et ceux qui au contraire ne l'ont pas été ? Les motifs de recours se sont-ils modifiés de la même manière au plan géographique ?

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

Appariement ESPS-EPAS réalisé entre 1994 et 2004 (voire 2006 ?). Nous utiliserons également les réponses aux deux questions posées dans l'ESPS 2004 relatives à l'opinion des enquêtés concernant les nouvelles règles de remboursement des visites à domicile et leurs éventuelles conséquences sur leur propre recours.

Pour caractériser l'évolution sur 10 ans des diagnostics pris en charge dans le cadre des visites de généralistes, nous utiliserons les données de l'EPPM<sup>48</sup> d'IMS Health.

<sup>48</sup> *Enquête Permanente sur la Prescription Médicale.*

**A046 - Prescription des statines : un éclairage pour promouvoir leur bon usage**Anne Aligon, Karine Chevreul, Philippe Le Fur

En collaboration avec l'URML Bretagne

Période de réalisation ⇨ 2005 – troisième trimestre 2007

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation

**OBJECTIF / CONTENU**

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

Une étude de l'Assurance maladie<sup>49</sup> rapporte qu'en 2000, 5 millions de Français, soit 8,4 % de la population, ont recours aux hypolipémiants dont les statines occupent une place prépondérante (en 2004, 1 milliard d'euros de remboursement par an).

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

Dans ce contexte, l'objectif de l'étude est de fournir un éclairage sur les prescriptions des médecins généralistes bretons, pour :

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

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode :**

Une enquête est actuellement en cours auprès d'un certain nombre de généralistes bretons.

Les médecins répondent à deux questionnaires :

- ⇨ un questionnaire pour 3 patients pour lesquels il aura lui-même initié un traitement par statines ;
- ⇨ un questionnaire qui porte sur ses conditions de pratique de façon générale, et sa perception des mesures déjà mises en place par l'Assurance maladie.

Éventuellement dans un second temps, et en fonction du contexte local, il pourrait être proposé de mettre en place un outil d'intervention pour améliorer l'usage des statines. Il pourrait s'agir d'un outil à destination des prescripteurs comme des patients. Dans le même temps, nous définirions une méthode d'évaluation de l'effet de cet outil sur le bon usage des statines.

**Source :**

Panel de médecins généralistes participant au baromètre des pratiques de l'URML Bretagne (120 médecins). Au cours de l'année 2006, environ 150 médecins supplémentaires membres de 15 « groupes qualité » ont accepté de participer à l'enquête. Ceux-ci ont été recrutés par une étudiante en médecine dont le sujet de thèse a pour objectif de comparer les comportements des deux groupes de généralistes.

<sup>49</sup> CNAMTS (2002), *Hypercholestérolémie, Améliorer les pratiques et changer les comportements*. In : CNAMTS, *faits marquants 2002*, Paris.

**A042 – Polypathologie et polyprescriptions en médecine générale (enquête SFMG-polychrome)**

Julien Mousquès

Sous la responsabilité de Pascal Clerc (SFMG) et en collaboration avec Gérard de Pourvoirville (Inserm U750)

Période de réalisation ⇨ 2005 – 2009.

Etat d'avancement ⇨ phase 1 en cours de réalisation

**OBJECTIF / CONTENU**

La présente recherche proposée porte sur la gestion, par le médecin généraliste, de patients avec plusieurs pathologies chroniques et donc susceptibles de bénéficier d'une poly-médication. Il s'agit soit de patients présentant de multiples facteurs de risque (*i.e.* HTA + diabète + hyperlipidémie) soit de patients présentant plusieurs pathologies chroniques (*i.e.* insuffisance coronaire + arthrose + dépression) ou les deux.

La poly-médication est à la source d'un risque d'interactions médicamenteuses voire d'éventuelles apparitions de pathologies iatrogènes et d'effets indésirables à la source d'une plus grande vulnérabilité. Il s'agit en France d'un problème de santé publique considéré comme majeur. Par ailleurs la poly-médication dégrade l'efficacité et l'observance des traitements. Enfin, elle entraîne une majoration du coût moyen de l'ordonnance.

Les recherches mises en œuvre dans ce domaine jusqu'à aujourd'hui se sont surtout évertuées à décrire ce phénomène pour des personnes âgées de plus de 65 ans et à mesurer les effets indésirables de la poly-prescription. La gestion de la poly-pathologie chronique ou de multiples facteurs de risque avant 65 ans, comme les alternatives à la prescription médicamenteuse, n'est pas ou peu abordée.

Nous faisons l'hypothèse qu'il faut traiter la question du pourquoi des pratiques de poly-prescription avec des observations des conditions de la pratique clinique, et de la décision médicale en situation réelle. C'est pourquoi cette recherche s'appuie sur une analyse empirique (plutôt que normative) des pratiques en médecine générale des généralistes de l'Observatoire de la Médecine Générale.

L'objectif final de cette recherche est de proposer des outils d'identification et d'amélioration des situations médicamenteuses à risque liés à la poly-prescription en médecine générale.

Les objectifs intermédiaires sont : de caractériser les situations de poly-pathologie et les prescriptions les plus fréquentes qui leurs sont associées ; de les analyser globalement par groupes de pathologies et de médicaments et par classes d'âge.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

**Méthode.** Le projet comprend les phases suivantes :

1. Phase 1 - construction d'une typologie des situations cliniques en relation avec les prescriptions médicamenteuses, à partir de la base de l'OMG.
  - a. Classification des situations cliniques chroniques. Il s'agit de proposer une définition de la maladie chronique prise en charge en médecine générale, non pas de façon normative (avis d'experts...) mais empirique en sélectionnant des situations cliniques que l'on peut qualifier de chroniques sur la base des trois critères suivant : durée de la maladie, gestion médicale dans le temps, type de traitement mis en œuvre.
  - b. Sélections des patients poly-pathologiques (et donc leurs séances et leurs médecins) sur la base des critères d'inclusion précis :
    - i. toutes les séances 2002, 2003, 2004
    - ii. des patients : présents en 2002, 2003 et 2004 ; ayant eu en 2002, au cours d'une même consultation l'association d'au moins 2 situations considérées comme chroniques et pour qui cette association se retrouve en 2003 et 2004 dans au moins deux consultations.
  - c. Constitution de groupes homogènes de patients qui feront l'objet de la suite de la démarche. Ce à partir d'une analyse multidimensionnelle des données sous la forme d'une typologie, en deux étapes : analyse des correspondances multiples et classification ascendante hiérarchique.

2. Phase 2 - analyse qualitative de la pratique et évaluation du risque iatrogénique. Elle se décompose en :
  - a. La détermination du risque pharmacologique potentiel des ordonnances par un groupe d'experts pharmacologues qui vont analyser les situations sélectionnées du point de vue du risque iatrogène potentiel.
  - b. La détermination des risques et des stratégies alternatives de prise en charge par des experts cliniciens en médecine générale et dans les spécialités les plus concernées par les pathologies étudiées. Ils vont, d'une part, faire la même analyse que les pharmacologues mais en intégrant leur point de vue de cliniciens (prise de décision de traitement), et d'autre part élaborer des stratégies thérapeutiques alternatives.
  - c. L'analyse qualitative des déterminants de la prescription des médecins généralistes. L'objectif est de comprendre quels éléments les médecins prennent en compte pour réaliser leurs arbitrages bénéfiques risque.

Dans les trois modules, les groupes travaillent sur le même matériau clinique constitué lors de la première phase.

3. Phase 3 - proposition de solutions pratiques suivant 3 axes :
  - a. Optimisation des ordonnances
  - b. Solutions alternatives à la prescription médicamenteuse
  - c. Organisation de la vigilance et de l'information

**Source :** Observatoire de la médecine générale et matériaux constitués par les différents « focus groupes ».

---

#### COMMENTAIRES PARTICULIERS

Ce projet est dirigé et mis en œuvre par la SFMG et plus particulièrement par Pascal Clerc. Cette recherche fait l'objet, pour la SFMG, d'un financement d'un poste d'accueil à mi-temps de recherche en médecine générale dans le cadre d'un appel d'offre (CNAMTS - INSERM), et d'un financement dans le cadre des appels à projet de recherche sur la médecine générale (MGEN-INSERM).

L'IRDES intervient en la personne de Julien Mousquès comme soutien méthodologique (participation à la conception méthodologique, participation aux réunions de travail, suivi de la mise en œuvre).

---

**A067 - Distances d'accès aux soins**

Véronique Lucas-Gabrielli

Période de réalisation ⇨ 4ème trimestre 2007

Etat d'avancement ⇨ non commencé

**OBJECTIF / CONTENU**

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 (Tonnelier et Lucas, 1995).

Ce travail consiste à calculer la distance d'accès aux diverses professions de santé libérales et, pour les spécialistes, aux diverses spécialités. L'analyse prendra en compte l'appartenance des praticiens au secteur 1 ou 2.

Parallèlement, seront calculées les distances aux différentes disciplines hospitalières de structures publiques ou privées.

Enfin, nous calculerons les distances d'accès aux différents équipements lourds (IRM, scanners, appareils de radiothérapie).

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

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode :**

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

**Sources :** SNIR, FINESS<sup>50</sup>, Inventaire communal et recensement (INSEE)

<sup>50</sup> *Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux.*

---

**A050 - Appui technique URCAM Champagne-Ardenne**

*Véronique Lucas-Gabrielli*

---

Période de réalisation ⇨ année 2007

---

Etat d'avancement ⇨ réflexion préalable, faisabilité

---

**OBJECTIF / CONTENU**

Participation de l'IRDES aux travaux de l'URCAM Champagne-Ardenne concernant l'organisation des soins, comme support et conseil technique.

Une convention particulière sera signée en cas de demande d'étude spécifique.

---

**A065 - Mise en perspective de l'offre de soins et du recours en psychiatrie**Yann Bourgueil, Magali Coldefy, Philippe Le Fur, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès, Marc Perronnin

Période de réalisation ⇨ 2006 – premier semestre 2007.

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation

**OBJECTIF / CONTENU**

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

Le bilan de cette première phase a permis de constater que les problèmes démographiques des professionnels en santé mentale sont bien établis au plan quantitatif et sont par ailleurs largement diffusés. Il y a ainsi un large consensus pour dire :

- (1) que la psychiatrie se caractérise par d'importantes disparités selon le département en termes d'équipement, de personnels non médical et de médecins (nettement plus fortes qu'en MCO) ;
- (2) que si l'on maintient le nombre actuel des postes d'internes, la décroissance attendue des effectifs d'ici à 2020 sera très forte (moins 40 %) ;
- (3) que parallèlement, la demande s'accroît de manière extrêmement marquée. On relève ainsi que la file active de l'hospitalisation publique adulte a connu une croissance de + 62 % entre 1989 et 2000 et de 11 % entre 1997 et 2000. De même, le nombre d'actes s'est accru en psychiatrie libérale de plus de 75 % entre 1989 et 2000 et de 16 % entre 1997 et 2002 (SNIR). En médecine générale, le nombre de recours ayant au moins un motif d'ordre psychiatrique a augmenté de 28 % entre 1992 et 2000 (selon une estimation de l'IRDES à partir des données IMS), croissance plus rapide que pour l'ensemble des autres motifs (19 %).

Au vu de ce constat, il ne nous a pas semblé opportun de faire une nouvelle synthèse d'éléments connus. Par contre, **il semble intéressant d'objectiver l'impact de la raréfaction de l'offre (ou des disparités dans le niveau et la structure de l'offre de soins) sur l'accès et le recours aux soins**. Nous limitons notre champ d'étude à la psychiatrie adulte.

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

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

Au cours de l'année 2004, nous avons réalisé une **typologie des secteurs de psychiatrie adulte à partir des données des rapports de secteurs 2000**. Neuf catégories de secteurs ont ainsi été distinguées. Sept d'entre elles ne semblent pas, au vu de cette typologie, présenter de problèmes majeurs, bien qu'il puisse y avoir dans chacune d'elles une certaine disparité de l'offre conduisant sur le terrain à des problèmes d'organisation et/ou de prise en charge des patients. Par contre, trois catégories de secteurs semblent d'ores et déjà poser d'importants problèmes d'offre (en personnel comme en structure). Les conséquences sur les prises en charge en sont l'allongement des délais de rendez-vous et/ou la nécessité de souvent diriger les patients.

Munis de ces éléments, **nous avons sélectionné trois régions** : la région Nord-Pas-de-Calais (59 secteurs psychiatriques dont 15 sous-dotés), les Pays-de-la-Loire (43 secteurs psychiatriques dont 14 sous-dotés) et l'Île-de-France (142 secteurs psychiatriques dont 33 sous-dotés). Les rapports de secteurs 2003 étant maintenant disponibles, nous sommes en train d'actualiser cet état des lieux fait à partir des données 2000, afin de confirmer la robustesse de la typologie et d'analyser les modifications apparues en trois ans.

La seconde partie de l'étude consiste à mettre en évidence les interrelations éventuelles entre les différents acteurs en santé mentale et les conséquences sur les prises en charge ou le recours aux soins. Dans une même zone géographique seront donc analysées simultanément les données provenant des secteurs de psychiatrie publics, des psychiatres libéraux, des cliniques privées, des généralistes prescripteurs de

médicaments antipsychotiques et de certains psychoanaleptiques (notamment les antidépresseurs), des établissements médico-sociaux, voire si possible des psychologues.

D'ores et déjà, nous avons pris contact avec l'URCAM-IDF afin de définir la faisabilité des différentes requêtes nécessaires à cette étude. A l'issue de cette première analyse (en cours), nous prendrons contact avec les URCAM des Pays-de-la-Loire et du Nord-Pas-de-Calais.

---

#### **METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

##### **Méthode :**

1. Typologie (analyse en correspondances multiples et classification ascendante hiérarchique) de l'offre de soins en SP ;
2. Analyses multivariées de la relation entre l'offre de soins en SP et les recours aux soins ambulatoires.

**Sources :** les données des rapports de secteurs 2000 et 2003, les données de liquidation des caisses, l'expérimentation PMSI psychiatrique, le PMSI-MCO, l'enquête SAE pour les cliniques, l'enquête ES pour les établissements médico-sociaux et les éventuels annuaires locaux pour les psychologues.

A noter qu'il manque, dans les rapports de secteurs 2000 et 2003, les données relatives aux intersecteurs. Concernant les données de morbidité, nous pensons pouvoir utiliser la coupe transversale qui nous permettra d'appréhender globalement le type de malades pris en charge dans les différents secteurs.

---

#### **COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Ce travail sera réalisé en étroite collaboration avec la DREES. Nous souhaitons également y associer la Mission nationale d'Appui en Santé mentale ainsi que la Mutuelle générale de l'Education nationale – MGEN.

---

**A057 - Les mesures et les dispositifs de régulation de la répartition des médecins***Yann Bourgueil, Julien Mousquès, et Ayden Tajhamady*

Période de réalisation ⇨ 1er trimestre 2007

Etat d'avancement ⇨ en cours de valorisation

**OBJECTIF / CONTENU**

Dans son rapport annuel 2004, l'Observatoire national de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) a réalisé une première enquête visant, par l'intermédiaire de ses comités régionaux, à recenser ses différentes politiques et actions et à analyser l'efficacité qu'elles ont pu avoir. Cette enquête a permis de tracer les grands traits d'un panorama de ces politiques et d'identifier un certain nombre de régions ayant une politique forte en terme de démographie des professions de santé. Il s'agit, à notre connaissance, de la seule tentative de ce type d'étude sur le sujet en France. L'ONDPS a décidé, dans le cadre de son rapport annuel 2005 de poursuivre et de compléter l'enquête menée en 2004. Ce travail a été confié à l'IRDES et a fait l'objet d'un rapport IRDES publié en juin 2006.

Le but de cette enquête est de dresser un tableau, le plus exhaustif possible, des différentes actions qui peuvent être mises en œuvre afin de réduire les disparités géographiques dans la répartition des professionnels de santé et particulièrement des médecins, ainsi que de l'efficacité de ces actions.

Etude terminée en juin 2006.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

Le travail a comporté la réalisation d'une revue de la littérature internationale portant sur les contenus et les résultats des politiques visant à améliorer la répartition géographique des médecins, un recensement des mesures nationales et de leurs résultats notamment par le biais d'entretiens avec des informateurs clés ainsi qu'une enquête auprès des Comités régionaux de l'ONDPS sur la nature des actions et des mesures mises en œuvre à l'échelon régional.

**VALORISATION REALISEE :**

[Rapport IRDES n°1635](#), juin 2006

Contributions au [Tome 1 du rapport de l'ONDPS 2005](#) (parution en juin 2006).

Mémoire de master LSE (Londres) d'Ayden Tajhamady

Valorisation à mener en 2007 :

- ⇨ écriture de 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,
- ⇨ proposition d'articles pour une revue anglo-saxonne à comité de lecture début 2007.

---

**A062 – Evaluation du réseau Résicard**

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

---

Période de réalisation ⇨ premier semestre 2007

---

Etat d'avancement ⇨ en cours de valorisation

---

**OBJECTIF / CONTENU**

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

---

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

**Méthode** : revue de la littérature et recensement des expériences de réseaux et dispositifs de prise en charge de l'insuffisance cardiaque en France.

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

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

---

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Ce travail d'écriture impliquera à l'IRDES principalement Thomas Renaud et Yann Bourgueil.

---

---

**AO ASALEE - Evaluation de l'impact de la coopération médecin généraliste/infirmière en cabinet de médecine générale dans le cadre de l'expérimentation ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe). Les cas du suivi du diabète de type 2 et du dépistage du cancer du sein.**  
*Yann Bourgueil, Philippe Le Fur, Julien Mousquès*

---

Période de réalisation ⇨ mai 2006 – décembre 2007

---

Etat d'avancement ⇨ non commencé

---

**OBJECTIF / CONTENU**

**Problématique** Le renforcement et la diversité des soins délivrés en première ligne constituent un enjeu important des systèmes de santé qui doivent s'adapter à l'évolution conjointe de la demande qui évolue et augmente et de l'offre de soins dont la disponibilité se raréfie. Le travail d'équipe associant les généralistes et les infirmières au sein de cabinets ou de centres de santé est une piste privilégiée dans de nombreux systèmes de santé et reste peu développée en France et surtout très peu évaluée aussi bien en termes d'efficacité que d'efficience.

**Objectif** L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact (efficacité et efficience) d'une coopération entre médecin généralistes et infirmières en cabinet, sur l'efficacité du suivi du diabète de type 2, ainsi que sur le dépistage du cancer du sein, dans le cadre d'un projet expérimental aujourd'hui fonctionnel.

---

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

**Méthode** La méthode adoptée pour les deux situations évaluées est celle d'une étude avant/après (la mise en place de la coopération médecins généralistes – infirmières au sein des cabinets participant à l'expérimentation ASALEE) contrôlée (avec un groupe témoin issu de l'assurance maladie et un groupe témoin constitué à partir de l'observatoire de médecine générale de la Société Française de Médecine Générale).

La première phase comprend la constitution des échantillons témoins, et le recueil exhaustif des données patients relatifs à l'intervention. La deuxième phase comprend l'analyse des données et l'interprétation des résultats.

Les résultats permettront de valider l'hypothèse d'une efficacité accrue de la collaboration généraliste/infirmière en cabinet de ville et d'en préciser l'efficience

---

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Ce projet a fait l'objet d'une réponse à l'appel d'offre de l'HAS 2006 qui ne l'a pas retenu. Le partenariat noué avec l'équipe ASALEE, à l'occasion de l'élaboration du protocole et l'obligation d'évaluation qui pèse sur le projet dans le cadre des expérimentations de coopération entre les professions de santé nous permet d'envisager la réalisation au moins partielle du travail en 2007. En l'absence de certitude quant au financement de l'évaluation externe, ce projet est actuellement optionnel.

---

---

**A061 - Comparaisons internationales sur la substitution/délégation de tâches**

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

---

Période de réalisation ⇨ premier trimestre 2007

---

Etat d'avancement ⇨ en cours de valorisation

---

**OBJECTIF / CONTENU**

**Valorisation passée :**

- ⇨ [La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec.](#) Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousquès. *Questions d'économie de la santé* n° 95. Série "Analyse". Juin 2005. 12 pages.
- ⇨ Journée d'étude : Rôles des infirmières et coopération avec les médecins dans les soins primaires à l'étranger. Quels enseignements pour la France ? Journée d'étude DREES- IRDES. Société nationale d'horticulture de France (SNHF), Paris, 16 juin 2005. Organisation et animation du colloque et présentation synthétique de l'étude.
- ⇨ Publication du rapport [Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes. Rapport d'étude et actes de la journée.](#) Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousquès, IRDES, 2006/03. 260 pages.
- ⇨ Présentation au congrès national infirmier, Nantes, 22-24 mars 2006.
- ⇨ Présentation lors du colloque de l'IHEA à Budapest, 6-9 juillet 2006.
- ⇨ Présentation lors du colloque « The future of primary health care » organisé par le European forum for primary care, Utrecht – 11 au 13 octobre 2006.

**Valorisation à venir :**

Article prévu pour la Revue française des affaires sociales, premier trimestre 2007.

---

---

**A060 - Comparaisons internationales sur la médecine de groupe et les réseaux**

*Julien Mousquès, Yann Bourqueil, Karine Chevreul, Anna Marek avec la collaboration d'Hector Falcoff (SFTG)*

---

Période de réalisation ⇨ premier trimestre 2007

---

Etat d'avancement ⇨ en cours de valorisation

---

**OBJECTIF / CONTENU**

Notre objectif est principalement de valorisation. L'étude internationale sur le regroupement des médecins a été réalisée et finalisée en février 2005. Cette étude a fait l'objet d'un financement de la part de la Direction de la Sécurité sociale.

Un rapport a été remis à la direction de la Sécurité sociale en février 2005.

Une communication a été faite lors du colloque de la Direction de la Sécurité sociale « Les modes d'organisation des professionnels de santé face à l'exigence de permanence des soins » de l'étude « Comparaisons internationales sur la médecine de groupe, l'importance des relations confraternelles et les réseaux de professionnels de santé dans le domaine des soins primaires », Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Paris, 23 juin 2005.

Nous souhaitons finaliser un rapport IRDES ainsi qu'un « Questions d'Economie de la Santé » pour le premier trimestre 2007 qui actualise les conclusions avec des résultats plus récents sur l'évaluation des expériences canadiennes notamment.

---

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Cette étude est en lien étroit avec les travaux menés dans le domaine des soins ambulatoires et notamment l'enquête sur le regroupement des médecins menée avec l'URML Bretagne.

---

---

**AO NIVEL - Primary Healthcare Activity Monitor for Europe – PHAMEU**

*Nivel : Wiemke Boerma : investigateur principal*

*Yann Bourgueil, Julien Mousquès : France*

---

Période de réalisation ⇨ janvier 2007 – décembre 2009

---

Etat d'avancement ⇨ faisabilité

---

**OBJECTIF / CONTENU**

Devant l'absence de données globales comparables sur les variations dans le développement des soins primaires en Europe et de connaissances sur les organisations permettant d'améliorer les soins primaires, NIVEL a pris l'initiative de soumettre un projet de recherche européen à l'appel d'offre « santé publique 2006 » de la commission européenne DG SANCO le 19 mai 2006.

L'objectif de ce projet est de développer un observatoire sur les soins primaires (système, pratique professionnelle (exercice et organisation), évaluation de la part des usagers) dans 30 pays européens dont la France. 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.

---

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****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, standardiser les items à recueillir et les questionnaires d'enquête.

---

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Le projet a été accepté sous réserve d'un recentrage sur les soins primaires et un recalibrage du budget. La réponse définitive est donc en attente.

---

---

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

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

---

Période de réalisation ⇨ novembre 2005 – mai 2007

---

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation

---

**OBJECTIF / CONTENU**

L'objectif général de cette enquête est d'explorer et mesurer l'intérêt potentiel des médecins du panel du baromètre santé pour développer ou approfondir une pratique de groupe.

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

Quelles sont les caractéristiques actuelles des médecins et les caractéristiques de leur exercice en mettant l'accent sur la dimension collective et/ou partenariale de la pratique ?

Quelle est la satisfaction actuelle des médecins vis-à-vis de leurs conditions d'exercice et de leur pratique de la médecine générale ?

Explorer leurs préférences vis-à-vis d'incitations favorisant le regroupement des médecins (notamment certaines dimensions de contractualisation et de rémunération au travers de plusieurs scénarios).

---

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode :**

Enquête auprès d'un panel représentatif des médecins généralistes bretons (100 médecins dont environ 50 % sont en groupe).

**Agenda**

Protocole et questionnaires finalisés en juin 2006, questionnaires administrés en septembre – octobre, saisie en novembre. Analyse et production d'un rapport final au premier semestre 2007.

---

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Cette étude fait l'objet d'un financement de la part de l'URML Bretagne, qui porte aussi sur l'étude de la pratique des statines.

---

**A058 - Recherche sur une méthodologie d'organisation des soins ambulatoires***Yann Bourgueil, Julien Mousques, Karine Chevreul*

Période de réalisation ⇨ 1ère phase année 2006, 2ème et 3ème phase année 2007

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation

**OBJECTIF / CONTENU**

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 différents étapes distinctes. La première étape vise à élaborer une définition partagée entre les acteurs du projet sur la nature et la quantité des services à offrir en soins primaires et subséquemment à adopter une définition des soins primaires. La deuxième et la troisième étape visent à traduire cette définition dans un référentiel pouvant être testé par les URCAM aux moyens des bases de données qui sont à leur disposition où qu'elles peuvent mobiliser d'une part et d'autre part par les URML en appuyant localement des projets innovants d'organisation des soins pouvant à terme faire l'objet d'un financement FAQSV ou DRDR<sup>51</sup>. La quatrième étape a pour objectif de produire un bilan de ces travaux. .

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode**

La première étape qui sera achevée à la fin de l'année 2006 a consisté au choix et à l'investigation de pays ayant une expérience en termes d'organisation des soins primaires (Royaume-Uni, Pays-Bas, Norvège, Québec, Catalogne, Italie). Cette investigation a comporté l'analyse de la littérature, la réalisation d'entretiens et le cas échéant de visites sur sites. Les travaux ont été menés en parallèle et en interaction avec un groupe rassemblant des représentants des quatre partenaires concernés (URCAM Nord-Pas-de-Calais, Bretagne et URML Nord-Pas-de-Calais et Bretagne). Ce groupe a par ailleurs élaboré une définition des soins premiers et une première liste des services à rendre en soins primaires. Un rapport final sera produit fin 2006. La deuxième phase du projet devant se dérouler en 2007 comportera un travail spécifique sur les territoires et la mobilisation du référentiel par les URCAM.

**REMARQUES**

Ce projet a fait l'objet d'un financement FAQSV dans le cadre d'un accord cadre sur 3 années. La nature et le contenu exacts des deuxième et troisième étapes seront précisées fin 2006/début 2007.

L'IRDES s'est associé au DIES pour mener cette étude (Michel Naiditch, Jean Christophe Mino).

Une première valorisation est prévue pour début 2007 : rapport IRDES et Question d'économie de la santé.

<sup>51</sup> *Dotation Régionale de Développement des Réseaux.*

**A059 - Expérimentations relatives à la coopération entre professions de santé**

Yann Bourgueil

Période de réalisation ⇨ décembre 2003 – décembre 2007

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation

**OBJECTIF / CONTENU**

Ce projet initié en décembre 2003 par le ministère et porté par le Professeur Berland dans le cadre de l'ONDPS vise à expérimenter dans une quinzaine de sites volontaires, une nouvelle organisation du travail soignant dérogeant aux décrets de compétences des professions paramédicales concernées (infirmières, manipulateurs radio, orthoptistes, diététiciens) pour les activités suivantes (consultation diététicienne, collaboration orthoptistes-ophtalmologistes, réalisation d'échographies par les MER<sup>52</sup>, réalisation d'une échocardiographie par une infirmière, infirmière en médecine générale de groupe, suivi de patients atteints d'hépatite chronique C par une infirmière, infirmière en hémodialyse, consultation infirmière en néphrologie, réalisation des explorations fonctionnelles digestives par une infirmière, reconduction des séances de chimiothérapie par une infirmière et réalisation de la dosimétrie en radiothérapie par un MER). Une première série de cinq expérimentations a fait l'objet d'un rapport d'évaluation publié en juin 2006. Une deuxième série de 10 expérimentations a été autorisée par l'arrêté du 30 mars 2006. Le ministre de la santé a confié à l'HAS, la mission d'évaluer ces dix nouvelles expérimentations et celle de réaliser une recommandation générale sur ce thème pour la fin de l'année 2007.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

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

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

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

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

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

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

La valorisation de ces travaux a porté sur :

- la publication du rapport sur les [« Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé »](#) - Professeur Yvon Berland - Docteur Yann Bourgueil,
- la réalisation de deux [fiches Bertelsman](#),
- publication d'un article dans la revue Eurohealth.

<sup>52</sup> Manipulateur en Electroradiologie.

---

**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*

---

Période de réalisation ⇨ 3ème trimestre 2006 - 1er trimestre 2007

---

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation

---

**OBJECTIF / CONTENU**

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.

---

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

**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.

---

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

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

A ce stade, la mission de l'IRDES porte sur la réalisation d'une revue de la littérature, les visites dans les pays étant reportées au début de l'année 2007.

---

**A049 - Le coût de la prise en charge du cancer du côlon en Ile-de-France***Laure Com-Ruelle, Véronique Lucas-Gabrielli, Thomas Renaud*

Période de réalisation ⇨ 2005 à 2007

Etat d'avancement ⇨ valorisation

Les exploitations sont terminées et deux publications IRDES déjà réalisées : [Questions d'Economie de la Santé n° 98](#) en 2005 et rapport IRDES à paraître en novembre 2006

L'année 2007 sera consacrée à la valorisation par l'écriture de deux articles destinés à des revues à comité de lecture, dont au moins une internationale, l'une d'économie de la santé, l'autre de géographie de la santé.

**OBJECTIF / CONTENU**

Les 21 500 nouveaux cas d'incidence du cancer du côlon chaque année en France en font un problème de santé publique primordial. Malgré la disponibilité de référentiels de prise en charge récents, la pratique s'écarte assez souvent des recommandations (dans 25 à 60 % des cas selon le stade de gravité du cancer pour la chimiothérapie adjuvante par exemple). A elle seule, l'Ile-de-France concentre une incidence de 4 000 nouveaux cas par an, dont 2 500 font l'objet de l'accord d'une exonération pour ALD 30.

Selon l'étude de l'échelon national du service médical de la CNAMTS en 1994, le coût annuel moyen d'un malade en ALD 30 pour cancer du côlon se situait au-dessus de 8 000 €, indépendamment de l'ancienneté du diagnostic. Qu'en est-il de la première année suivant l'admission en ALD, la date d'admission pouvant être assimilée à la date de découverte ?

L'URCAM-IdF a mis en place une enquête à 2 volets, l'un médical, l'autre économique. L'inclusion dans cette enquête s'est effectuée auprès des patients d'au moins 18 ans, affiliés à l'un des trois grands régimes d'assurance maladie et nouvellement inscrits en ALD 30 pour cancer du côlon, entre avril 2001 et mars 2002 (environ 2 500 cas).

Le premier objectif de l'étude consiste en une description des modalités de la prise en charge du cancer du côlon et une évaluation de leur pertinence en regard des référentiels médicaux en vigueur (comparaison des pratiques, en particulier de chimiothérapie et d'exérèse des ganglions, avec les référentiels selon les stades de gravité de la maladie). Les données ont été recueillies par les médecins conseils et complétées par les réponses à un questionnaire adressé au médecin traitant et un autre au chirurgien. La finalité du programme est bien d'améliorer la prise en charge de ce cancer en France, au moyen d'actions mises en œuvre à la suite de ce constat.

L'IRDES a été sollicité pour le volet économique de l'étude. Nous avons donc réalisé les analyses suivantes :

- reconstitution des coûts de prise en charge : choix des coûts à intégrer (directs : données provenant du SIAM, indirects), point de vue à adopter (société, Assurance Maladie) ;
- explication des variations de coûts à l'aide de déterminants individuels (stades de gravité, sexe, âge, comorbidité, critères géographiques...) et en intégrant les trajectoires thérapeutiques des différents patients (chirurgie, chimiothérapie...) et les critères d'offre de soins locale ;
- estimation de la faisabilité d'une étude de l'impact économique d'une amélioration des pratiques.

Pour le dernier point, nous avons construit différents scénarios thérapeutiques possibles (à partir de l'expertise médicale menée préalablement) en simulant des améliorations plus ou moins importantes de la prise en charge existante. Le but était d'estimer les coûts engendrés par ces différents scénarios. Nous avons donc étudié la possibilité de recueillir, puisque les bases SIAM n'y suffisaient pas, des données adaptées à cette estimation à partir des bases PMSI, notamment et/ou d'avis d'experts spécialistes médicaux. Enfin, la comparaison des coûts simulés aux coûts mesurés dans l'échantillon a permis d'appréhender l'ampleur des conséquences économiques des améliorations de pratiques visées par les actions de santé publique envisagées par les médecins-conseils.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

**Méthode** : cf. rubrique Contenu

**Sources** :

- Enquête médicale réalisée par les médecins conseils de la région Ile-de-France (les 3 grands régimes : Général, Indépendants et Agricoles).
  - Extraction des prestations d'Assurance maladie des patients inclus dans l'enquête pour sur une période de 14 mois, allant du mois précédant la mise en ALD à la fin du 13e mois la suivant.
- 

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Cette recherche est réalisée à la demande de l'URCAM IdF qui le finance.

---

**A055 - Exploitation seconde de la base de l'Etude Nationale de Coûts : coûts hospitaliers de pathologies fréquentes**

Laure Com-Ruelle, Sandrine Lorand, Zeynep Or, Thomas Renaud et partenaires : CES, CREGAS, PSE

Période de réalisation ⇨ 4e trimestre 2005 – 1er trimestre 2007

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation et de valorisation

Premier rapport d'étude remis à la DREES en 2006.

Seconde étape consistant en une modélisation en 2007, puis valorisation.

**OBJECTIF / CONTENU**

Utilisation novatrice de l'étude nationale de coûts (ENC) avec 2 objectifs d'étude principaux :

- la connaissance fine des coûts hospitaliers de prise en charge de pathologies chroniques ou aiguës fréquemment traitées en soins de courte durée ;
- l'analyse des causes de variabilité des coûts.

S'y ajoutent 2 opportunités méthodologiques : utiliser le degré de détail le plus fin possible disponible dans l'ENC d'une part et, d'autre part, analyser la validité des données en vérifiant la cohérence globale entre établissements hospitaliers.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode :**

Les pathologies étudiées sont les suivantes : accidents vasculaires cérébraux (AVC), infarctus du myocarde, angine de poitrine, fracture du fémur, bronchite aiguë. En plus des pathologies proprement dites, certains actes fréquemment effectués sont étudiés : accouchement, appendicectomie, pontage aorto-coronarien.

La première étape consiste à identifier les pathologies ou les actes puis à les extraire de façon appropriée de l'ENC par le code diagnostic (CIM10) et/ou le code acte (CdAM).

Ensuite, l'extraction de l'ENC est comparée à la base nationale PMSI : fréquence des pathologies extraites, répartition entre différents GHM<sup>53</sup>, etc.

Vient ensuite la phase d'analyse proprement dite, début de statistiques descriptives multivariées portant sur les durées et les coûts des séjours : âge et sexe du patient, diagnostics associés, type d'établissement, etc. Une attention particulière est portée aux séjours extrêmes (en termes de durée et/ou de coût). La composition détaillée du coût du séjour (coût médical, médico-technique, logistique, de structure) étant également importante, les coûts médicaux et médico-techniques ont fait l'objet d'analyses séparées. Enfin, dans une perspective de connaissance méthodologique, les coûts des pathologies obtenus sont comparés avec les coûts des séjours à partir des coûts moyens des GHM (les tarifs).

Dans un deuxième temps, si les effectifs le permettent, une analyse de modélisation hiérarchique doit être menée afin de différencier l'effet patient de l'effet spécifique établissement dans la détermination des coûts.

**Sources :** Base de l'Etude Nationale de Coûts 2005 (données 2003).

**ECHEANCES DE PUBLICATIONS :**

Fin 2006- 1<sup>er</sup> trimestre 2007

→ Le rapport final sera rendu à la DREES en décembre 2006.

→ L'IRDES envisage un complément d'étude consistant en une modélisation réalisée en 2007.

→ Chaque pathologie/acte étudié fera l'objet d'une publication *Etudes et Résultats* de la DREES en 2007.

→ Des analyses transversales (par âge, etc.) feront l'objet d'un *Dossier Solidarité et Santé*.

**COMMENTAIRE :**

Cette recherche est financée par la DREES et coordonnée par le Collège des Economistes de la Santé (CES). Le CES délègue les analyses des différentes pathologies à plusieurs centres de recherche (CREGAS, IRDES, PSE), supervise les travaux et assure la concordance des méthodologies employées. Les pathologies prises en charge par l'IRDES sont la fracture du fémur, la bronchite aiguë et l'appendicectomie.

<sup>53</sup> *Groupes homogènes de maladies.*

---

**A138 - Accès aux soins hospitaliers (SROS 3)**

*Laure Com-Ruelle, Véronique Lucas-Gabrielli*

---

Période de réalisation ⇨ de septembre 2007 à fin 2008

---

Etat d'avancement ⇨ réflexion sur la faisabilité, non commencé

---

**OBJECTIF / CONTENU**

Il s'agit d'une réflexion sur la faisabilité d'une étude portant sur l'accessibilité des soins hospitaliers à partir des schémas régionaux d'organisation des soins de troisième génération (SROS III) publiés en 2006 et des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qui seront conclus en 2007.

La première étape consistera à analyser les territoires de santé choisis dans chaque région : méthode de construction, critères utilisés, étendue et gamme de services offerts.

Les questions sous-jacentes se posent en termes d'organisation des soins hospitaliers, d'accessibilité géographique et d'équité entre les patients de différentes régions ou territoires de santé. On s'intéresse tout autant aux soins de proximité qu'aux plateaux techniques sophistiqués.

---

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode :**

Réflexion préliminaire, analyse de quelques SROS III choisis à travers les documents publiés et des interviews de responsables d'Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), complétés si possible par un certain nombre de CPOM à partir de leur disponibilité.

**Sources :**

Schémas régionaux d'organisation des soins de troisième génération (SROS III) publiés en 2006.

Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui seront conclus en 2007.

---

**A052 - Etude du coût de création d'une place d'HAD versus lit de SSR**Anissa Afrite, Laure Com-Ruelle, Zeynep Or, Thomas Renaud

Période de réalisation ⇨ 4e trimestre 2005 – 1er semestre 2007

Etat d'avancement ⇨ en cours de valorisation

**OBJECTIF / CONTENU**

Ce projet s'inscrit dans le cadre de la demande croissante de lits de cette sorte dans les années qui viennent pour prendre en charge les personnes âgées en particulier.

L'objectif est d'établir une estimation des « économies » potentielles générées par la création d'une place d'hospitalisation à domicile (HAD) en comparaison de la création d'un lit dans un établissement des soins de suite et de réadaptation (SSR), pour une activité superposable dans le domaine des soins de réhabilitation et d'accompagnement :

- intégrer les coûts de création de nouvelles places et lits et les coûts de fonctionnement en routine ;
- tenir compte des différentes situations cliniques touchant les personnes prises en charge aujourd'hui dans de tels établissements hospitaliers ou susceptibles de l'être demain.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode :**

1. Présentation de l'offre et de la demande existant en HAD et en SSR : recours aux bases de données existantes (ENHAD<sup>54</sup> 2000 et FNEHAD<sup>55</sup> pour l'HAD ; base RHA du PMSI SSR et base SAE pour les SSR)
2. Définition d'un champ d'activité comparable HAD/SSR par expertise médicale à partir des informations cliniques disponibles dans les deux bases utilisées : protocoles de soins principaux ; objectifs de soins de l'hospitalisation pour l'activité HAD ; actes médicaux classants, diagnostics associés classants et temps de rééducation-réadaptation du côté SSR.
3. Définition de « profils médicaux fins superposables » réalisables en HAD et en SSR par expertise médicale à partir des informations cliniques disponibles dans les deux bases utilisées et associant progressivement :
  - a- un profil médical de base défini à partir de critères cliniques (objectifs de soins, diagnostic principal et mode de prise en charge principal pour l'activité HAD ; la catégorie majeure clinique, la finalité principale de prise en charge, la lourdeur de la prise en charge et les actes médicaux classants du côté SSR ; b- l'étiologie ; c- le degré de dépendance physique et l'âge des patients.
4. Calcul des coûts appliqué à l'ensemble du champ comparable puis aux différents profils médicaux fins superposables construits, en distinguant les coûts de création et les coûts de fonctionnement en routine :
  - Coûts de création :
    - recueil d'avis d'experts à partir d'expériences de terrain récentes ;
    - mobilisation d'une étude de la DHOS sur les coûts de création et de conversion des lits/places de SSR ;
    - mise en œuvre d'une enquête *ad hoc* sur les coûts de création d'HAD entre début 2004 et 1<sup>er</sup> trimestre 2006 grâce au soutien de la FNEHAD : enquête CCHAD 2006 : distinction entre création d'une place/lit supplémentaire dans une structure existante et dans une nouvelle structure.
  - Coût moyen de fonctionnement en routine :
    - identification des composantes médicale, logistique et fixe des coûts (ENHAD et Echelle Nationale des Coûts – ENC - SSR) ;
    - deux façons complémentaires sur données individuelles (ENHAD et RHA SSR) : d'abord, pour des protocoles de soins agrégés (par groupe d'activité superposable) ; ensuite, pour différentes situations cliniques précisées plus finement à partir de notions telles que le diagnostic principal, le

<sup>54</sup> Enquête nationale sur l'hospitalisation à domicile.

<sup>55</sup> Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile.

nombre et la nature des diagnostics associés, la dépendance (échelle AVQ) et l'âge, (calcul de coûts homogènes médicalement).

5. Analyse synthétique : la réflexion sur les situations cliniques s'étend à différents *scenarii* d'évolution des champs HAD et SSR fondés sur des projections démographiques et/ou sur des hypothèses d'évolution de la morbidité, en particulier celle des personnes âgées.

**Sources :**

Nous recourons à de nombreuses sources d'informations :

- Bases de données : base SAE 2003, Base nationale RHA du PMSI-SSR, échelle nationale des coûts (ENC) SSR, ENHAD 2000, nouvelle enquête CCHAD 2006
- Avis, expertises et utilisation d'études précédentes : DHOS, FNEHAD...

---

**ECHEANCES DE PUBLICATIONS :**

- ⇒ Rapport remis à la DHOS au 3e trimestre 2006
  - ⇒ Un *Questions d'Economie de la Santé* sera publié à la fin de l'année 2006
  - ⇒ Un rapport IRDES suivra au 1er semestre 2007
  - ⇒ L'ensemble des actions de valorisation se poursuivra tout au long de l'année 2007
-

---

**A139 - Etude du PMSI HAD**

*Laure Com-Ruelle, en collaboration avec la DREES*

---

Période de réalisation ⇨ de septembre 2007 à fin 2008

---

Etat d'avancement ⇨ réflexion

---

**OBJECTIF / CONTENU**

Le but de cette étude reposant sur des données exhaustives du PMSI HAD, est double.

- d'une part, décrire l'évolution des motifs de prise en charge et des caractéristiques des patients et des séjours, ainsi que leur trajectoire (provenance et destination à la sortie), comparativement aux données issues des enquêtes nationales mais non exhaustives précédentes de l'IRDES, datant respectivement de 1991/92 et de 1999/2000 ;
  - d'autre part, comprendre l'impact éventuel de la T2A sur la gestion des séjours, la trajectoire des patients et la complémentarité avec l'hospitalisation classique.
- 

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

**Méthode** : Analyse descriptive et explicative des données issues des RPSS (résumés par séquence de soins) de l'année 2005.

**Sources** : PMSI HAD 2005

---

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

L'Agence Technique de l'information sur l'Hospitalisation (ATIH) a mis à disposition sur son site des tableaux d'activité d'HAD standard. Il s'agit ici de repartir des fichiers de données de base.

---

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

*Laure Com-Ruelle, en collaboration avec la Mission T2A et l'ATIH, la CNAMTS et les fédérations hospitalières partenaires*

Période de réalisation ⇨ 2006 à fin 2007

Etat d'avancement ⇨ en cours

#### **OBJECTIF / CONTENU**

Ce groupe de travail, mené à l'initiative du cabinet ministériel chargé des personnes âgées, réunit la DGAS, la CNAMTS et les différentes fédérations impliquées dans le champ des soins d'HAD et de SSIAD. L'IRDES y participe en tant qu'expert. Il vise à identifier les patients relevant de « SIAD lourds », de plus en plus nombreux du fait de l'évolution démographique, et à évaluer le coût de leur prise en charge par le biais d'une enquête *ad hoc* afin de bâtir un tarif qui leur serait applicable.

La CNAMTS et l'IRDES collaborent pour monter la méthodologie de cette enquête et la faire conduire auprès d'une structure réalisant des soins des trois types, HAD, SIAD lourds et SIAD classiques.

#### **METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

##### **Méthode :**

Groupe de travail ministériel, avis d'experts.

Mise en place et réalisation d'une enquête *ad hoc* pour recueillir des éléments permettant d'identifier les patients relevant de « SIAD lourds » et de relever les éléments de coûts qu'ils génèrent. L'étude des éléments déterminants de ce coût doit aboutir à l'évaluation d'un tarif qui leur serait applicable.

##### **Sources :**

Résultats d'enquêtes pilotes réalisées par différentes fédérations hospitalières et de soins à domicile.

Recueil de données de coûts.

#### **COMMENTAIRES PARTICULIERS**

La reconnaissance de patients correspondant à des « SIAD lourds » et la détermination d'un tarif adapté permettrait dans l'avenir d'offrir un mode de prise en charge à ces patients ne relevant pas des autres modes de prise en charge existants.

---

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

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

---

Période de réalisation ⇨ septembre 2007 à fin 2008

---

Etat d'avancement ⇨ phase de réflexion, non commencé

---

**OBJECTIF / CONTENU**

Ce projet vise à mesurer l'impact de la tarification à l'activité (T2A) sur l'évolution de la qualité et l'accès aux soins hospitaliers publics et privés.

En effet, la T2A, mise en œuvre pour l'instant dans le court séjour hospitalier, induit une modification profonde du mode de financement des hôpitaux. Ceux-ci sont maintenant rémunérés en fonction de leur activité réelle, ce qui devrait induire une meilleure qualité des soins. Mais elle peut aussi induire des évolutions comportementales chez les acteurs hospitaliers et entraîner une dégradation de la qualité des soins fournis à l'hôpital. Les conséquences néfastes possibles incluent : la sélection partielle des patients, le raccourcissement abusif des durées de séjour source de réhospitalisation, la non délivrance de soins optimaux consécutive à une recherche excessive d'économie et, à l'inverse, la multiplication abusive des actes et des hospitalisations du fait de l'adoption par les établissements d'un comportement productiviste.

---

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

**Méthode** : Les méthodes seront à discuter en fonction de la précision du champ couvert et de la disponibilité des données.

**Sources** : Base PMSI, SAE, Base de l'Etude Nationale de Coûts MCO 2002-2003, étude COMPAQH.

---

**A053 - La qualité des soins hospitaliers : incitation par le financement***Zeynep Or, Anissa Afrite, Etienne Minvielle (Inserm)**en partenariat avec Inserm-Compaqh*

Période de réalisation ⇨ début 1er trimestre 2007

Etat d'avancement ⇨ en cours de définition

**OBJECTIF / CONTENU**

Cette démarche de 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 et les données disponibles. Son intérêt est double.

Premièrement, elle doit permettre d'améliorer la connaissance sur les relations entre coût et qualité des soins, selon les thèmes retenus. Pour ce faire, une revue critique de la littérature des études de coûts hospitaliers sera engagée. Sur cette base seront définis les modèles économétriques afin d'étudier la variabilité des coûts et de la qualité hospitalière.

Deuxièmement, cette collaboration doit contribuer à une réflexion plus spécifique sur l'incitation financière à la qualité. Les résultats visent à ce niveau à donner un éclairage sur l'opportunité et l'intensité de l'incitation financière à améliorer la qualité. Il est ainsi important de distinguer les cas où un niveau de qualité élevé peut s'obtenir sans dépenser plus, voire en faisant des économies, des cas où la recherche de qualité et la maîtrise des coûts vont de pair.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode :**

Deux études sont envisagées pour 2007. La première a trait à l'analyse de l'indicateur ICALIN, l'indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales, qui est le premier indicateur du tableau de bord des infections nosocomiales dans les établissements de soins. Cet indicateur est composé de trois dimensions: ressources, organisation et actions. Les données sont disponibles au niveau national pour l'année 2004. On propose d'utiliser un model translog de coût hospitalier afin d'explorer la relation entre les coûts totaux des établissements et les différentes dimensions de l'indicateur ICALIN (ressources, actions...).

La seconde a trait à l'étude de la relation entre les coûts et la qualité à partir d'un autre indicateur, la satisfaction des patients. En 2004 et 2005, le projet COMPAQH a conduit une enquête de satisfaction dans 36 établissements, soient 4 000 patients au total. Une analyse multiniveaux pourrait permettre d'étudier la relation entre la qualité perçue par le patient et les caractéristiques des établissements tout en contrôlant les caractéristiques des patients.

**Sources :**

La réalisation de ces deux études nécessite d'une part des données sur la qualité hospitalière, notamment à partir d'ICALIN (en trois dimensions) et la satisfaction des patients et, d'autre part, des données de coûts hospitaliers (par séjour, à partir de l'ENC, les chiffres d'affaires des établissements publics et privés ainsi que les produits bruts, les valeurs ajoutées, les charges du personnel, etc.).

**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*

Période de réalisation ⇨ à définir

Etat d'avancement ⇨ réflexion préalable, faisabilité

**OBJECTIF / CONTENU**

L'objectif serait de réaliser l'exploitation des données de ventes françaises dont dispose le CERM (Competitivà, Regolazione, Mercati), centre de recherche italien et de réaliser une (ou des) études comparatives France/Italie. Les données sont trimestrielles et disponibles depuis 1994 et jusqu'au 1<sup>er</sup> trimestre 2005.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

A définir.

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Le CERM est un centre de recherche italien indépendant qui a travaillé, entre autres, sur l'impact de l'arrivée des génériques sur les marchés italiens mais également français.

**A044 - Évaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés (CCOMS)***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*

Période de réalisation ⇨ 2005 – premier semestre 2010.

Etat d'avancement ⇨ protocole de recherche bouclé, comité de pilotage constitué, pool de financeurs en cours de constitution

**OBJECTIF / CONTENU**

Dans le cadre de notre participation au Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) nous participons au pôle de recherche sur l'évaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés. Cela fait suite aux travaux méthodologiques que nous avons entrepris entre 1997 et 2000 en collaboration avec le CCOMS et à la demande de la Direction générale de la Santé et de la Direction des Hôpitaux.

Le pôle de recherche « Evaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés » s'inscrit globalement dans la trame méthodologique définie alors et qui avait abouti à une phase de tests et d'ajustements en 1999. La mise en œuvre finale n'avait pas été effective faute de ressources. L'objectif principal de l'évaluation est la comparaison coût-résultats de secteurs psychiatriques ayant mis en place des pratiques organisationnelles différentes.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode :**

L'évaluation du résultat sera basée sur un suivi longitudinal pendant trois ans de patients schizophrènes (considérés comme de « bon marqueurs »). Les mesures sont effectuées à l'inclusion puis tous les douze mois. Elles reposent sur des questionnaires et des échelles semi-standardisées, couvrant différents aspects des troubles psychiques et de leur retentissement (état de santé global, autonomie sociale, qualité de vie, satisfaction).

L'évaluation de l'organisation devrait se fonder exclusivement sur les informations recueillies par les rapports de secteurs. Une convention a été signée avec la DREES à cette fin. Ces données nous permettront par ailleurs de solliciter les secteurs volontaires en fonction de leurs caractéristiques générales.

L'évaluation des coûts repose sur le calcul d'un coût hospitalier moyen par schizophrène. L'objectif est de calculer, pour chaque site, le coût moyen total d'un patient schizophrène. La méthode utilisée consiste à repérer, par le relevé de « consommations » de la fiche par patient, pour chacun des patients, les soins reçus de chaque unité du secteur (quantifiés en nombre d'actes, de journées etc.). Il s'agira ensuite de valoriser ces consommations en leur appliquant des coûts moyens obtenus selon une méthode classique de comptabilité analytique. Ainsi, pour chaque patient schizophrène de l'étude, on pourra évaluer un coût annuel moyen et le mettre en relation avec différents résultats.

En 2005, le protocole de recherche a été validé. Le comité de pilotage et le pool de financeurs sont en cours de constitution depuis septembre 2005.

**Sources :** Rapport de secteurs 2003 et enquête spécifique en SP.

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Ce projet est réalisé dans le cadre d'une collaboration avec le CCOMS pour la recherche et la formation en santé mentale. Le responsable de l'investigation en est le Dr Denis Leguay. Attente de financement

**A017 - Signification et validation du mini-module européen***Caroline Allonier, Catherine Sermet*

Période de réalisation ⇨

Etat d'avancement ⇨ non commencé

**OBJECTIF / CONTENU**

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

L'objectif de cette recherche est donc double :

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

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

**Méthode** : statistiques descriptives et analyse multivariée par régressions logistiques

**Sources** : enquête santé protection sociale 2002

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Travail débuté en 2004 à l'occasion d'un stage (Lucie Ronceray).

A reprendre avec de nouvelles analyses statistiques, rédaction d'articles.

**A020 - Hétérogénéité sociale de mesure de l'état de santé**Thierry Debrand, Marion Devaux, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Catherine Sermet, Sandy TubeufPériode de réalisation ⇨ 2<sup>ème</sup> trimestre 2005 – 2<sup>ème</sup> trimestre 2007

Etat d'avancement ⇨ en cours

**OBJECTIF / CONTENU**

En France, comme dans de nombreux pays, le constat de l'existence de fortes inégalités sociales de santé a aujourd'hui été largement dressé. Dès lors, la mesure de l'état de santé, celle de la situation sociale et le choix des indicateurs d'inégalités constituent des enjeux importants. L'état de santé en particulier peut être approché par de nombreux indicateurs de mortalité et de morbidité qui ne décrivent pas de la même manière les inégalités de santé puisque d'une part ils ne font pas référence aux mêmes dimensions de la santé et, d'autre part, peuvent être sujets à une hétérogénéité sociale de déclaration.

L'objectif de cette recherche est d'explorer l'impact de l'instrument choisi pour mesurer l'état de santé sur l'ampleur des inégalités sociales de santé. Dans une première étape, nous proposons de tester l'existence de biais systématiques de réponses liées à des caractéristiques individuelles pour ensuite proposer des corrections afin d'obtenir un indicateur de santé corrigé. Dans une seconde étape, nous comparerons l'ampleur des inégalités de santé obtenue à partir des différents indicateurs de santé utilisés dans l'analyse précédente et de l'indicateur de santé construit, corrigé des biais de déclaration.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

**Méthode** : L'analyse de l'hétérogénéité de déclaration de la santé sera fondée sur la méthodologie proposée par Shmueli (2003). A l'aide d'un modèle MIMIC (Multiple Indicators Multiple Index Causes) composé de plusieurs équations simultanées d'état de santé, il s'agit de séparer la contribution des variables socio-économiques à l'explication d'une variable latente d'état de santé de leur contribution à chacun des indicateurs de santé.

A partir des données de l'enquête Share (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), nous analyserons les différences de normes d'état de santé selon les caractéristiques sociodémographiques et culturelles, en comparant les évaluations des cas fictifs proposés dans les questionnaires « vignette » réalisées par les différents groupes sociaux. En confrontant ensuite les déclarations de santé perçue aux normes de santé et aux mesures objectives, nous proposerons une mesure de l'état de santé corrigée des normes de santé fondée sur le modèle proposé par King *et al.* (2004).

Enfin, une deuxième étape consistera à comparer l'ampleur des inégalités sociales de santé en utilisant d'une part l'état de santé latent estimé par le modèle MIMIC et l'état de santé contrôlé grâce aux vignettes et d'autre part chacun des indicateurs de santé déclarée ou mesurée par les tests physiques utilisés dans les estimations. Les inégalités sociales de santé seront mesurées, selon la méthodologie développée par le groupe ECuity (Wagstaff, Paci et Van Doorslaer, 1991 ; Van Doorslaer et Koolman, 2005) à l'aide d'un indice de concentration bidimensionnel comparant la distribution de l'état de santé, considérée en proportions cumulées, à la distribution du revenu dans la même population, en proportions cumulées croissantes.

**Sources** : Deux sources de données complémentaires seront utilisées : l'enquête Santé 2002-2003 de l'INSEE et l'enquête Share 2004-2005. L'enquête Santé permet d'étudier en population générale l'hétérogénéité des déclarations de l'état de santé liée à la situation sociale, à partir d'un ensemble d'indicateurs de santé déclarée. La dimension internationale de Share permet ensuite, pour un échantillon restreint aux plus de 50 ans, d'analyser les hétérogénéités culturelles et contextuelles de déclaration. Enfin, l'enquête Share permet d'intégrer dans l'analyse des mesures objectives de l'état de santé (marche, force de préhension), ainsi que des vignettes permettant de connaître les « normes » de santé du répondant.

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

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

Article en cours de publication : Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes ? Une évaluation par la méthode des vignettes (Economie et Statistique).

**A022 - Asthme (prévalence, comorbidités, qualité de vie, recours aux soins) / ES 2002/03)***Laure Com-Ruelle, statisticien et partenaires extérieurs (InVS, INSERM, DREES)*

Période de réalisation ⇨ de 2005 à fin 2007 ou mi-2008 ?

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation

Nettoyage des fichiers et pondération faites en 2005 ; Rédaction du chapitre Prévalence terminée par l'InVS en novembre 2006 ; en attente de ressources IRDES pour exploiter la partie recours aux soins et compléter le rapport.

Le protocole complet est soumis par le groupe de travail sur la prévalence de l'asthme.

Les parties confiées à l'IRDES sont :

\* l'évaluation des recours aux soins des patients asthmatiques et ses déterminants,

\* l'évaluation de l'impact de l'asthme sur la qualité de vie.

**OBJECTIF / CONTENU****Objectifs**

A partir des données recueillies auprès d'un échantillon représentatif de ménages, en France métropolitaine, dans le cadre de l'enquête santé 2002-2003 réalisée par l'INSEE, les objectifs sont :

- estimer la prévalence de l'asthme et des symptômes évocateurs d'asthme chez l'adolescent et l'adulte ;
- estimer la prévalence des comorbidités associées : eczéma chez l'adolescent, rhinite allergique, bronchite chronique et insuffisance respiratoire chez l'adulte ;
- évaluer l'impact de l'asthme sur la qualité de vie ;
- évaluer les recours aux soins des patients asthmatiques.

**La prévalence de l'asthme**

Depuis une vingtaine d'années, on observe une augmentation de la prévalence de l'asthme dans les pays industrialisés chez l'enfant et chez l'adulte jeune. A Paris, la prévalence de l'asthme cumulatif (crise d'asthme au cours de la vie) chez des adultes jeunes (âgés en moyenne de 21 ans) a augmenté de 3,3 % en 1968 à 5,4 % en 1982, et à 13,9 % en 1992 (Liard *et al.*, 1995). Des tendances similaires ont été trouvées dans d'autres pays industrialisés (Weiss, 2002). Cette augmentation, qui touche également d'autres maladies allergiques comme la rhinite allergique et l'eczéma, ne peut être expliquée par de seules modifications des pratiques médicales (amélioration du diagnostic, mise en route plus précoce d'un traitement) ou une amélioration de l'information de la population.

En France, l'enquête ECRHS (European Community Respiratory Health Survey) conduite en 1990-1991 chez des adultes âgés de 20 à 44 ans a montré une prévalence de l'asthme actuel (crise d'asthme dans les 12 derniers mois) qui variait selon le centre de 2,7 % à 4 % (Neukirch *et al.*, 1995). L'enquête ISAAC (International Study on Asthma and Allergy in Childhood), conduite en 1993-1994, a montré, chez les enfants âgés de 6-7 ans, une prévalence cumulée de l'asthme de 6,7 % dans un des centres et de 9,3 % dans le deuxième centre (Raheison *et al.*, 1997). Chez les adolescents, ce taux varie entre 10,4 % et 15,0 % selon le centre (Daures *et al.*, 1997). L'enquête santé et protection sociale, conduite par le CREDES en 1998 auprès de ménages, montrait une prévalence de l'asthme actuel de 5,8 % (Com-Ruelle *et al.*, 2000). La moitié des asthmatiques souffraient d'asthme intermittent, 29 % d'asthme persistant léger, 11 % d'asthme persistant modéré et 10 % d'asthme persistant sévère.

**La surveillance épidémiologique de l'asthme**

Le programme de surveillance épidémiologique de l'asthme et de ses facteurs de risque, coordonné par l'InVS, repose sur le travail de groupes de travail thématiques. Les orientations générales du programme de surveillance, ainsi que les résultats des travaux conduits par les différents groupes de travail, sont validés par un comité scientifique. A ce jour, cinq thèmes sont étudiés : la prévalence de l'asthme, les hospitalisations pour asthme, les passages dans les services d'urgence pour asthme, la mortalité par asthme et la surveillance des asthmes professionnels.

La mission du groupe de travail sur la prévalence de l'asthme est d'effectuer un bilan des données disponibles sur la prévalence de l'asthme au sein de la population générale en France et d'étudier la complémentarité des différentes enquêtes conduites (ou à venir) pour, dans un deuxième temps, édicter des recommandations quant aux enquêtes à conduire pour mieux suivre les tendances de l'asthme. Le bilan effectué en 2002-2003 a permis d'identifier et de comparer, en termes de méthodologies et de résultats, les enquêtes de prévalence effectuées en France au sein de la population générale sur des échantillons représentatifs, qu'elles soient terminées, en cours ou programmées. Le travail s'est orienté en 2003 vers une approche pragmatique visant à mettre en place une surveillance pérenne de la prévalence de l'asthme et de sa sévérité. Ainsi, un protocole de recueil de données sur la sévérité de l'asthme chez l'enfant, incluant des indicateurs portant sur la fréquence des symptômes et sur les médicaments antiasthmiques reçus, sera testé au cours de l'année scolaire 2003-2004, auprès des élèves scolarisés en classe de 3<sup>ème</sup>, dans le cadre du cycle triennal de l'enquête réalisée en milieu scolaire par la DREES et l'Education nationale. Le travail du groupe porte actuellement sur la mise en place, dans le cadre de l'enquête santé et protection sociale (ESPS) qui est effectuée tous les deux ans par l'IRDES, d'un recueil de données permettant de mesurer la sévérité de l'asthme, comme cela avait été effectué lors de la vague d'enquête de 1998.

#### **METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

**Source :** L'enquête santé (ES) réalisée par l'INSEE en 2002/2003

L'enquête santé réalisée par l'INSEE a pour objectif de mesurer, à partir d'un échantillon représentatif de ménages ordinaires résidant en France métropolitaine, l'état de santé et les consommations médicales des individus.

#### **Méthode :**

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

Les autoquestionnaires sur l'asthme qui sont issus de ECRHS i-1 et ISAAC 1 sont limités (pas d'infos sur le traitement au cours des 12 derniers mois ni sur la fréquence des symptômes chez les adultes. Il n'est donc pas possible d'estimer le degré de sévérité).

---

#### **COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Cette recherche est réalisée dans le cadre du programme 2001/2005 de surveillance de l'asthme initié par Bernard Kouchner. Elle est menée en partenariat avec l'INVS, l'INSERM et la DREES.

**Protocole complet soumis par le groupe de travail sur la prévalence de l'asthme composé de :** Isabella Annesi Maesano (INSERM U472), Laure Com-Ruelle (IRDES), Marie-Christine Delmas (Institut de Veille Sanitaire), Christine de Peretti (DREES), Bénédicte Leynaert (INSERM u408), Nathalie Guignon (DREES)

---

**A117 - Asthme par stade de gravité : prévalence et recours aux soins - ESPS 2006***Laure Com-Ruelle, un statisticien, un médecin*

Période de réalisation ⇨ de mi-2007 à fin 2008 ?

Etat d'avancement ⇨ recueil de données en cours

**OBJECTIF / CONTENU**

L'asthme est défini comme un problème de santé publique dont la prévalence est inscrite au sein des indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Il semble que l'augmentation de sa prévalence, au cours des deux dernières décennies, corresponde essentiellement à des cas d'asthme intermittent en France.

Pour le vérifier, l'IRDES a mené une première interrogation lors de l'enquête ESPS 1998 permettant de poser un diagnostic de stade de sévérité. Huit ans plus tard, l'ESPS 2006 renouvelle cette interrogation afin d'apprécier l'évolution.

L'étude, qui sera menée à partir de cette interrogation, vise non seulement à étudier l'évolution des prévalences des différents stades de sévérité, mais également à apprécier les modes de prise en charge, notamment médicamenteux, puisque nous disposons en principe d'un arsenal thérapeutique efficace. Pour cela, nous utiliserons l'appariement des données recueillies lors de l'enquête avec les données de remboursement par l'Assurance maladie qui dispose du codage des médicaments.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode** : Analyse descriptive et explicative.**Sources** : ESPS 2006 appariées avec les données de remboursement de l'Assurance maladie ; ESPS 1998.**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Le questionnement a été élaboré avec l'aide du groupe de travail chargé, pour le plan ministériel sur l'asthme, de la surveillance de la prévalence de l'asthme et piloté par l'InVS, tout comme le projet ES 2002/2003 [cf. fiche A022, p 75]

---

**A132 - Les enjeux économiques de l'asthme sévère**

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

---

Période de réalisation ⇨ 2006, publication fin 2006 ?

---

Etat d'avancement ⇨ en cours de finalisation.

---

**OBJECTIF / CONTENU**

Dans l'ensemble des pays occidentaux, l'asthme est un problème majeur de santé publique, d'abord pour ses conséquences en termes de mortalité et de morbidité, mais aussi en termes de dépenses engendrées pour la société. Plus particulièrement, les asthmes sévères ou réfractaires ont un impact économique loin d'être négligeable pour la société.

L'objectif de ce travail est donc de rassembler et synthétiser les informations concernant l'impact économique de l'asthme sévère, et tenter d'y repérer les asthmes réfractaires.

---

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

**Méthode** : Synthèse de revue de littérature

**Sources** : Articles et rapports français et internationaux

---

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Ce travail est réalisé pour une revue médicale.

---

**A113 – Les déterminants des différents comportements d'alcoolisation***Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Pascale Lengagne*

Période de réalisation ⇨ mi-2006 à 2007

Etat d'avancement ⇨ finalisation du rapport jusqu'à fin 2006 ; QES pour début 2007, valorisation ensuite

**OBJECTIF / CONTENU**

La consommation excessive d'alcool représente à la fois un problème de santé publique et un problème de société. Afin d'éclairer l'action publique, il est nécessaire de mieux comprendre ces comportements. La prévalence et les déterminants des problèmes d'alcool restent aujourd'hui mal connus et l'on peut penser que ce manque s'explique en partie par la qualité de l'information sur l'alcool utilisée dans les études.

**Le but est donc d'étudier les caractéristiques socio-économiques des différents profils de consommation d'alcool, en termes descriptifs et explicatifs :**

- **les prévalences des différents profils d'alcoolisation** seront déclinées selon les caractéristiques sociodémographiques,
- **les déterminants socio-économiques des différents profils d'alcoolisation** seront analysés.

Autrement dit, les différents profils de consommateurs d'alcool définis sont-ils associés à des profils de populations particuliers, pouvant ainsi expliquer l'existence d'inégalités sociales de santé ? Ces deux analyses seront basées sur les données d'ESPS 2002.

Un même recueil d'information sur la consommation d'alcool a été réalisé dans l'ESPS 2004, conjointement à un module portant sur les déterminants sociaux de la santé, ce qui pourrait éventuellement donner l'occasion d'approfondir cette étude des déterminants de la consommation d'alcool en intégrant le rôle du capital social, du soutien social, de la position relative par rapport aux pairs et de l'autonomie au travail. Il s'agirait notamment de voir si ces déterminants psychosociaux ont un effet direct sur l'état de santé ou s'ils sont associés significativement à des comportements à risque plus fréquents.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode :**

Analyse descriptive des prévalences des différents profils d'alcoolisation définis lors de la phase 1.

Analyse explicative de ces différents profils d'alcoolisation.

**Sources :** ESPS 2002 et 2004

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Ce projet fait partie d'un projet global d'étude sur les problèmes d'alcool à travers les enquêtes santé en population générale, composé de trois phases. Il correspond à sa phase 2, faisant suite à la phase 1 d'identification et de mesure de la prévalence des problèmes d'alcool : une comparaison de deux enquêtes en population générale, ESPS 2002 et ES 2002/2003, ayant déjà donné lieu à publication. Il sera suivi d'une étude de l'impact des comportements d'alcoolisation sur la santé et le recours aux soins (phase 3 : cf. fiche A114, p 80).

**A114 – Impact du facteur de risque alcool sur l'état de santé et le recours aux soins***Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Pascale Lengagne*

Période de réalisation ⇨ 2007

Etat d'avancement ⇨ à peine commencé (réflexion en 2005 lors de l'élaboration du projet global)

**OBJECTIF / CONTENU**

La consommation excessive d'alcool représente à la fois un problème de santé publique et un problème de société. Outre le repérage et la connaissance des prévalences des différents profils d'alcoolisation, il est important de mesurer leur impact sur l'état de santé en général et le recours aux soins médicaux.

On explorera notamment le rôle de l'alcool dans la formation des inégalités sociales de santé. On peut en effet envisager que les problèmes d'alcool interviennent de manière directe et indirecte dans la formation de ces inégalités sociales de santé. Les problèmes d'alcool peuvent tout d'abord avoir des conséquences directes plus ou moins tardives sur l'état de santé, à travers les maladies liées à l'alcool. Les problèmes d'alcool peuvent ensuite jouer indirectement dans la formation des inégalités sociales de santé, si les personnes souffrant de problèmes d'alcool ont un recours aux soins médicaux différent.

En effet, on connaît la moindre attention que les personnes souffrant d'alcoolisation excessive chronique ont à l'égard de leur santé, ce qui les amène souvent à consulter tard lors d'un processus morbide. On tentera de vérifier ici l'hypothèse conjointe du moindre recours aux soins médicaux.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode :**

Analyse du lien potentiel entre état de santé, recours aux soins médicaux et profil d'alcoolisation, à travers des indicateurs généraux et validés en population générale et des consommations médicales.

**Sources :**

ESPS 2002 et 2004, appariement des individus enquêtés avec les données de remboursement de l'Assurance maladie.

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Ce projet fait partie d'un projet global d'étude sur les problèmes d'alcool à travers les enquêtes santé en population générale composé de trois phases. Il correspond à sa phase 3. Il fait suite à la phase 1 d'identification et de mesure de la prévalence des problèmes d'alcool : une comparaison de deux enquêtes en population générale, ESPS 2002 et ES 2002/2003, ayant déjà donné lieu à publication, ainsi qu'à une phase 2 en cours (phase 2 : cf. fiche A113, p 79), décrivant les prévalences des différents profils d'alcoolisation définis en phase 1 et explorant les déterminants de ces profils.

---

**A091 - Alcoorama**

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

---

Période de réalisation ⇒ premier semestre 2007 ?

---

Etat d'avancement ⇒ première édition 2006 réalisée et close au premier semestre 2006. Seconde édition prévue en 2007 mais non encore fermement actée

---

**OBJECTIF / CONTENU**

L'Observatoire IREB vise à dresser un état de l'opinion, des connaissances et des attitudes des Français face à l'alcool. Il sera renouvelé périodiquement pour mesurer les évolutions. Pour sa première édition 2006, l'Observatoire IREB a été conduit sur la base d'une enquête omnibus, en face à face, auprès d'un échantillon de 2 000 personnes, représentatif de la population française de plus de 18 ans.

---

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode :**

Enquête en population générale, auprès de 2 000 individus représentatifs de la population générale, insérée dans une enquête de type omnibus réalisée par ISL.

L'Observatoire IREB 2006 propose trois types de résultats : des opinions sur ce qu'évoque spontanément l'alcool ou sur les pratiques sociales qui lui sont liées, des connaissances plus ou moins précises sur l'évolution de la consommation et sur les risques et, enfin, des attitudes qui se révèlent plutôt prudentes en termes de sécurité routière ou de repères de consommation.

**Sources :** Recueil spécifique à partir d'une dizaine de questions posées tous les ans pendant 10 ans.

---

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Il est prévu un renouvellement périodique pour mesurer les évolutions : ce renouvellement sera en principe annuel, sinon bisannuel.

---



**A018 - Indicateur d'espérance de vie en emploi et en bonne santé (ILC)***Thomas Barnay (CES), Florence Jusot, Agnès Lièvre, Catherine Sermet*

Période de réalisation ⇨ janvier 2006-décembre 2007

Etat d'avancement ⇨ Publications en 2007

**OBJECTIF / CONTENU**

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

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

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode :**

Nous avons utilisé une approche multi-états basée sur des chaînes de Markov pour calculer les espérances de vie en emploi et en bonne santé. Cette méthode permet d'obtenir des indicateurs dits « du moment », c'est-à-dire des indicateurs qui se basent sur les données de flux d'emploi, de santé et de mortalité observés au moment de l'enquête.

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

Les données nécessaires à ce travail sont, pour chaque individu faisant partie du panel :

- données démographiques au premier passage : âge, sexe ;
- état de santé à chaque passage : construction d'une variable dichotomique indiquant si l'individu souffre d'une incapacité « sans incapacité / avec incapacité » ;
- statut d'occupation professionnelle à chaque passage : construction d'une variable dichotomique « actif occupé / non actif occupé » ;
- mortalité si la personne décède au cours de l'enquête.

Sur ces bases, nous avons estimé une espérance de vie « sans incapacité et actif occupé », ainsi qu'une espérance de vie « sans incapacité et non actif occupé », « avec une incapacité et actif » et « avec une incapacité et non actif occupé ». La somme de ces espérances de vie est l'espérance de vie totale.

Dans une première étape, ces espérances de vie ont été estimées sur les données panellisées de l'enquête santé et protection sociale. Les estimations ont ensuite été effectuées sur plusieurs pays européens, avec des analyses séparées pour les hommes et les femmes.

**Sources :**

Deux sources ont été mobilisées :

- L'enquête ESPS de l'IRDES dans sa forme longitudinale ;

- Les données du panel européen des ménages (ECHP<sup>56</sup> 1994-2001) réalisé dans quinze états membres de l'Union européenne sont mobilisées. Cette enquête a l'avantage d'être composée de questionnaires harmonisés, ce qui assure une bonne comparabilité des indicateurs entre les pays et son caractère longitudinal et permet de suivre l'évolution dans le temps. Nous proposons de construire un indicateur d'espérance de vie active sans incapacité qui mesure les années à vivre en étant actif occupé et en bonne santé. La population d'étude couvre principalement les 50 ans et plus, mais les calculs pourront être réalisés sur des personnes plus jeunes si les données le permettent. Dans un premier temps, on restreindra notre étude sur un seul pays (probablement la France) puis, selon les données, on étendra nos estimations à d'autres pays européens.

---

#### COMMENTAIRES PARTICULIERS

Ce projet a donné lieu à une communication intitulée « Assessing an indicator of healthy working life expectancy for France using a longitudinal survey » au colloque REVES, Amsterdam, 29-31 mai 2006.

Une communication au colloque de l'Association d'Economie Sociale (AES) « Travailler en bonne santé ? Évidences des inégalités entre les hommes et les femmes à partir d'un indicateur d'espérance de vie en santé et en emploi » est en cours de préparation.

Par ailleurs deux projets d'articles sont en cours de rédaction :

1. un article sur les différences hommes-femmes d'espérances de vie en santé et en emploi calculées avec ESPS ;
  2. un article présentant une comparaison européenne des espérances de vie en santé et en emploi calculées avec le panel européen des ménages.
- 

---

<sup>56</sup> *European Community Household Panel.*

**A025 - Déterminants sociaux des inégalités de santé***Paul Dourgnon, Michel Grignon (McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada), Florence Jusot*Période de réalisation ⇨ 3<sup>e</sup> trimestre 2006 – 4<sup>e</sup> trimestre 2008

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation et de valorisation

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

**OBJECTIF / CONTENU**

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.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

**Source** : Enquête Santé Protection Sociale 2004 de l'IRDES.

**Méthode** : Analyses multivariées et multiniveaux

---

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

L'organisation du séminaire et la construction des questions ont été réalisées dans le cadre du thème "Déterminants sociaux de la santé" du programme Sciences Bio-Médicales de la MIRE, du CNRS et de l'INSERM.

Cette recherche a donné lieu à deux communications et la rédaction d'un article est en cours

Jusot F., Grignon M., Dourgnon P., « The impact of social determinants of health on health inequalities in France », 6th European Conference on Health Economics, Budapest, 6-9 juillet 2006.

Jusot F., Grignon M., Dourgnon P., « Psychosocial Resources and Health Inequalities in France », Social Capital Global Network Workshop, University of California, Berkeley , 27-28 octobre 2006.

---

**A096 - Expériences difficiles, santé et recours aux soins***Emmanuelle Cambois (INED) et Florence Jusot*Période de réalisation ⇨ 3<sup>e</sup> trimestre 2006– 4<sup>e</sup> trimestre 2007

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation et de valorisation

En cours de valorisation : analyse des liens entre expériences difficiles et santé (présentation à la Chaire Quételet en novembre 2006 et rédaction d'un article en 2007)

En cours de réalisation : analyse des liens entre expériences difficiles et recours aux soins en 2007

**OBJECTIF / CONTENU**

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

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

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

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Source** : Enquête sur la santé et la protection sociale de 2004**Méthode** : A l'aide de régressions logistiques, cette étude propose une analyse toutes choses égales par ailleurs des liens existant entre la santé le recours aux soins et ces situations de rupture, passées ou présentes, reflet d'une vulnérabilité sociale.**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

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

Cambois E., Jusot F. (2006), « Vulnérabilité sociale et santé », in Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T., « [Santé, soins et protection sociale en 2004](#) », IRDES, 1621

Cambois E, Jusot F. "Vulnérabilité sociale et santé : premiers résultats issus d'une enquête en population générale", Colloque "Epidémiologie Sociale et Inégalités de santé", organisé par l'Association des Epidémiologistes de Langue Française (ADELF), 18-19 mai 2006.

---

**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*

---

Période de réalisation ⇨ 1<sup>er</sup> trimestre 2006 – 1<sup>er</sup> semestre 2007

---

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation

---

**OBJECTIF / CONTENU**

A partir de l'enquête décennale santé (deux types de données différentes devront venir compléter les données déjà disponibles). Nous proposons d'explorer 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 consistera en une description de l'état de santé des personnes habitant en ZUS afin de documenter de façon plus globale les problèmes de santé pouvant être mis en évidence dans ces quartiers. Dans une deuxième partie, nous nous interrogerons 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 ?

---

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

L'utilisation de modélisations économétriques pourra donc nous éclairer sur l'origine des différences d'état de santé : sont-elles uniquement consécutives à des inégalités individuelles de santé ou sont-elles renforcées par un effet discriminatoire ?

---

**COMMENTAIRES PARTICULIERS :**

Ce projet s'inscrit dans une recherche financée par la Délégation Interministérielle à la Ville (DIV) qui a donné lieu à l'écriture d'une partie du rapport l'Observatoire Nationale des Zones urbaines Sensibles de 2006. Nous nous sommes engagés à produire un deuxième texte pour juin 2007 qui sera inclus au rapport suivant. Ces textes donneront lieu à l'écriture de Questions d'Economie de la Santé.

---

**A120 - Etat de santé et consommation de soins de la population immigrée en France***Paul Dourgnon, Florence Jusot, Catherine Sermet*

Période de réalisation ⇔ 2007- juillet 2008

Etat d'avancement ⇔ non commencé

**OBJECTIF / CONTENU**

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.

Ce projet de recherche vise à étudier les liens existant entre nationalité et migration d'une part et état de santé et consommation de soins d'autre part.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Sources :**

Cette recherche s'appuie sur les informations relatives à l'état de santé, aux recours aux services de santé et à l'origine nationale, disponibles dans l'Enquête santé menée en 2002-2003 par l'INSEE.

L'enquête santé offre la possibilité d'analyser de nombreux indicateurs de santé et de morbidité. Elle contient en effet le mini module, composé d'une question générale sur la santé perçue, d'une question générale sur les maladies chroniques et d'une question générale sur les limitations d'activité ; un relevé détaillé des maladies, des incapacités fonctionnelles et des limitations d'activité, une échelle de qualité de vie (SF-36), des questionnaires spécifiques portant sur des problèmes de santé particuliers (asthme et maladies respiratoires, lombalgies, dépression avec le test CES-D, migraine) et sur des facteurs de risque (obésité ou surpoids, alcool avec les tests AUDIT-C et DETA, tabac, expositions professionnelles, événements au cours de la vie).

Le recours aux soins dans l'enquête santé 2003 est abordé de différentes manières : existence et nombre de recours au cours des douze derniers mois au médecin généraliste, au spécialiste et à l'hospitalisation. Par ailleurs, l'ensemble des consommations médicales effectuées au cours des deux mois d'enquête est détaillé de manière très précise. Outre le type de consommation (soins de médecin, de dentiste, acquisition de produits pharmaceutiques, consommation de médicaments sur 24 heures, examens complémentaires, hospitalisation, soins infirmiers et de kinésithérapie, actes de prévention), on dispose du motif médical de cette consommation, de la spécialité du professionnel de santé, de la nature de l'acte, de son caractère urgent, etc.

L'information sur l'origine nationale se décline en deux questionnements, l'un portant sur la nationalité actuelle, l'autre sur le pays de naissance :

1. Pays de naissance : réponse en clair, codée sur une liste détaillée
2. Nationalité (Question posée si la personne a plus de 14 ans) :
  1. Français(e) de naissance y compris par réintégration,
  2. Français(e) par naturalisation, mariage, déclaration ou option à sa majorité,
  3. De nationalité étrangère (précisée en clair par la suite).

Ce module permet donc de construire deux profils non exclusifs, adaptés à l'analyse des thèmes liés à l'immigration : (1) Etranger : personne n'ayant pas la nationalité française ; (2) Immigré : personne née étrangère, à l'étranger. Par contre il ne permet pas d'isoler les immigrés dits « de deuxième génération », c'est

à dire nés en France de parents immigrés.

Pour chaque pays identifié comme pays de naissance ou nationalité d'un individu de l'échantillon, nous rassemblerons des données caractéristiques de l'environnement économique et social, du système de santé et de l'état de santé du pays considéré. Nous utiliserons ainsi des données telles que : le PIB (ou le classement établi par la Banque Mondiale selon le Revenu National Brut-RNB), l'espérance de vie à la naissance, le taux de mortalité infantile, des indicateurs d'éducation (par ex, pourcentage de personnes ayant atteint un niveau d'éducation primaire), des indicateurs d'inégalités (Gini), la mortalité infantile, les dépenses publiques de santé par tête, le nombre de médecins par habitant, le nombre de lits d'hôpitaux par habitant.

**Méthode :**

Afin d'analyser les liens entre nationalité, immigration, état de santé et recours aux soins, nous proposons d'analyser l'état de santé et le recours aux services de santé dans des approches tout d'abord descriptives puis multivariées.

Une première étape consistera en une description des populations étrangère et immigrée selon leur origine. Cette approche permettra de comparer l'état de santé, la couverture maladie, le statut économique et social et le recours aux services de santé de ces populations à celle de la population d'origine française.

Une deuxième étape consistera à modéliser l'état de santé, d'une part, puis le recours aux soins, contrôlé de l'état de santé, d'autre part, en incluant des facteurs liés à la situation socio-économique individuelle dans le pays d'accueil et à la situation socio-économique contextuelle du pays d'origine.

La prise en compte des variables de contexte sera réalisée par une modélisation spécifique, dite hiérarchique ou multiniveaux, dans laquelle les facteurs explicatifs interviennent à deux niveaux distincts selon leur nature contextuelle ou individuelle.

---

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

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 »

---

### **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

Période de réalisation ⇨ 3<sup>e</sup> trimestre 2006– 4<sup>e</sup> trimestre 2008

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation et de valorisation

En cours de valorisation : Analyse des liens entre milieu d'origine et santé à l'âge adulte en France (présentation aux Journées des Economistes Français de la Santé en novembre 2006 et rédaction d'un article en 2007)

En cours de réalisation :

Comparaison internationale

Exploitation de l'enquête SPS 2006 en 2007 et 2008

#### **OBJECTIF / CONTENU**

La santé est un capital qui évolue au cours du temps selon les comportements individuels adoptés mais qui reste, à l'âge adulte, marqué par le milieu social d'origine. Ainsi, la littérature épidémiologique a récemment proposé deux modèles afin d'expliquer ce constat. Selon le modèle de latence, les conditions de vie dans l'enfance (logement, soins, habitudes alimentaires, etc.) aurait un effet direct sur l'état de santé à l'âge adulte. Selon le modèle de cheminement, le milieu social d'origine aurait une influence indirecte passant par la détermination du statut socio-économique de l'enfant, influençant lui-même son état de santé. Par ailleurs, on peut supposer une influence directe de l'état de santé des parents sur celui des enfants, s'expliquant non seulement par un patrimoine génétique commun, comme le suggèrent les modèles de capital santé, mais aussi par une transmission des comportements liés à la santé.

L'objectif de cette recherche est d'analyser le rôle du milieu d'origine, décrit par la profession des parents et de l'état de santé des parents, sur l'état de santé d'un individu à l'âge adulte, afin de tester les trois modèles proposés. Il s'agit donc d'analyser la transmission intergénérationnelle des inégalités de santé. Cette analyse sera tout d'abord conduite sur des données françaises puis complétée par une comparaison européenne.

Si cette recherche s'inscrit dans le prolongement des travaux explicatifs sur les inégalités sociales de santé, elle vise également à apporter un éclairage normatif sur les inégalités de santé. En effet, l'état de santé et le statut social des parents correspondant à des circonstances ne relevant pas de la responsabilité des individus, cette analyse permet de tester l'existence d'une inégalité des chances en santé en France et de comparer sa situation à celle des autres pays européens.

#### **METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

##### **Sources :**

Deux sources de données différentes seront exploitées :

- l'enquête Share 2004, qui concerne un ensemble de onze pays européens et qui permettra ainsi de juger de la position de la France en matière d'inégalités des chances en santé par rapport à ses voisins européens ;
- l'enquête sur la santé et la protection sociale réalisée en 2006, dans laquelle un module de questions spécifiques sur le milieu d'origine a été introduit.

##### **Méthode :**

S'inspirant de l'analyse de l'égalité des chances en termes de revenu proposée par Lefranc *et al.* (2004), nous proposons tout d'abord d'analyser l'égalité des chances en santé par une approche non paramétrique, en comparant les distributions de l'état de santé des enquêtés selon leur milieu d'origine. L'égalité des chances est ici définie par le choix que feraient les individus s'il leur était possible de choisir leur milieu d'origine. On dira qu'il existe une inégalité des chances si la comparaison des distributions aléatoires d'état de santé conditionnelles conduisait tout individu à préférer systématiquement certains milieux d'origine. Il s'agit donc de voir si la distribution de l'état de santé de certains groupes, définis selon l'origine sociale ou bien l'état de santé des parents, domine à l'ordre 1 la distribution de l'état de santé d'autres groupes, à l'aide de tests de dominance de Kolmogorov-Smirnov.

Nous proposons ensuite d'estimer, à l'aide de régressions logistiques dichotomiques et polytomiques ordonnées, l'impact de la profession des parents et de leur état de santé sur la probabilité de déclarer un mauvais état de santé à l'âge adulte, en contrôlant par l'âge, le sexe, la profession et le niveau d'instruction de l'individu. Enfin, un modèle à équations simultanées sera mis en œuvre pour tester plus précisément l'hypothèse de cheminement.

---

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Ce projet de recherche 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.

---

**A026 - Inégalités d'attitudes à l'égard du risque et inégalités de santé***Georges Menahem (CNRS-CEPN et IRDES)*Période de réalisation ⇨ 2<sup>ème</sup> trimestre 2007 – 3<sup>ème</sup> trimestre 2007

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation

**OBJECTIF / CONTENU**

L'objectif de notre recherche est de finaliser et valoriser des analyses statistiques du rôle des différences d'attitudes à l'égard du risque dans la survenue d'accidents, dans l'adoption de conduites de prévention et, en définitive, dans les différences d'état de santé. Pour ce faire, nous testons l'hypothèse de déterminants, comportements et états de santé communs de groupes d'individus homogènes selon diverses variables de rapports au risque.

Notre projet tire parti de deux types de travaux antérieurs qu'il s'agit de valoriser.

1° Les exploitations des questions sur les accidents et la prévention et de leurs rapports avec les événements de l'enfance dans l'enquête décennale de l'INSEE sur la santé et les soins médicaux (ESSM 2002).

2° L'étude statistique réalisée lors d'un stage par Laetitia Lepage. Il fait suite, d'une part, aux recherches de Florence Jusot sur la construction des inégalités de santé dans ses rapports avec la mobilité professionnelle, la mobilité sociale et le statut du travail et, d'autre part, aux travaux de Georges Menahem sur la genèse des attitudes à l'égard du risque au cours des premières socialisations de la jeunesse.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

**Sources :** vagues 2000 et 2004 du Baromètre santé de l'INPES.

**Méthodes :** L'analyse est menée en trois phases :

1. Construction de groupes homogènes d'individus selon diverses variables d'attitude à l'égard du risque (différenciant les expositions aux accidents, les comportements en matière de santé et d'hygiène de vie) à partir de classification automatique combinant analyses factorielles et classification ascendante hiérarchique.
2. Analyse des rôles respectifs des trajectoires biographiques et des caractéristiques socioprofessionnelles dans l'adoption des attitudes à l'égard du risque.
3. Détermination des relations significatives entre état de santé et classes d'attitude à l'égard du risque par des régressions logistiques permettant de mettre en évidence, d'une part, l'effet des comportements à risque sur la probabilité de connaître un mauvais état de santé et, d'autre part, les relations entre disparités de trajectoires biographiques et socioprofessionnelles et inégalités de santé.

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Les deux premières phases des exploitations statistiques de cette recherche ont été réalisées, pour l'essentiel, en 2005 (grâce au travail qu'une stagiaire, Laetitia Lepage, a effectué sous la direction conjointe de Florence Jusot et Georges Menahem). La suite et la fin de l'exploitation statistique seront effectuées en 2007 en collaboration avec un statisticien de l'INPES.

Il est prévu de publier cette recherche sous la forme d'un article dans les Cahiers de l'INPES courant 2007. Selon la portée de nos résultats, d'autres publications sous forme d'articles pourront éventuellement être entreprises par la suite.

L'exploitation des travaux réalisés sur les données de l'enquête décennale 2002 donnera lieu à une proposition d'articles pour une revue telle que Population.



**A031 - Etude Intermede****L'interaction entre médecins et malades, productrice d'inégalités sociales de santé ? Etude pilote***Anissa Afrite, Chantal Cases, Paul Dourgnon, Florence Jusot*Période de réalisation ⇨ 4<sup>e</sup> trimestre 2007

Etat d'avancement ⇨ en cours de conception ; terrain prévu en mars 2007.

**OBJECTIF / CONTENU**

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.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

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 contribuera à construire les hypothèses à tester dans la phase quantitative et produira en outre des résultats préliminaires, mais originaux sur la question posée.

La partie quantitative se nourrira des résultats de la phase qualitative, tant la préparation des questionnaires que le protocole de terrain. Le pilote comprendra, outre des questionnements du médecin et du patient à différentes étapes de l'épisode de soins, un enregistrement audio de la consultation sur un sous-échantillon de consultations. Cette phase porte sur vingt médecins volontaires recrutés et quinze patients par médecin et parmi les prises de rendez-vous non urgentes. Elle comporte un *questionnaire général médecin*, explorant son profil, sa pratique, un *questionnaire patient pré-consultation* relevant ses caractéristiques générales et les motifs de consultation ; un *enregistrement audio ou vidéo de la consultation* auprès de onze médecins. A l'issue de la consultation, un *questionnaire patient* porte sur le contenu de la consultation et un *questionnaire médecin* recueille les diagnostics, les traitements, l'opinion sur le patient, les demandes et attentes perçues par le médecin. Le suivi de la mise en œuvre réelle des conclusions arrêtées à l'issue de la consultation est

recueilli par téléphone, plusieurs jours après la consultation.

L'enquête sera réalisée au premier trimestre 2007, auprès d'un échantillon de médecins généralistes de la SFMG (collaboration avec Pascal Clerc). Le protocole en sera arrêté à la fin de l'année 2006, ainsi que les questionnaires, en fonction des résultats de l'analyse qualitative.

- Le terrain de l'enquête aura lieu, en fonction de l'avancement du dossier CNIL, en mars 2007 ;
- L'apurement des bases de données et l'analyse statistique de la phase quantitative seront réalisées au cours du deuxième au quatrième trimestre 2007.
- Le travail sur les enregistrements audio (faisabilité d'un passage du fichier audio à un fichier texte, éventuellement analyse linguistique des dialogues), sera réalisé au cours du deuxième semestre 2007.
- 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 n'aura pas lieu avant la fin 2007.

---

#### COMMENTAIRES PARTICULIERS

Cette recherche s'inscrit comme le prolongement qu'un projet de recherche intitulé "Rapports 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 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).

---

**A024 - Les itinéraires professionnels en relation avec la santé**Florence Jusot (IRDES), *Myriam Khlaf* (INED), *Thierry Rochereau* (IRDES), *Catherine Sermet* (IRDES)

Période de réalisation ⇨ 2003 – 2007

Etat d'avancement ⇨ valorisation

**OBJECTIF / CONTENU**

L'objectif de cette recherche est d'analyser le rôle de l'état de santé et des comportements à risque pour la santé en tant que facteurs de sélection dans les itinéraires professionnels.

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

Ces résultats, très intéressants, sont peu généralisables car ils concernent des populations particulières, soit sur le plan géographique, soit sur celui de l'âge ou du statut professionnel.

Ce projet vise à combler ce manque en étudiant, à partir d'une exploitation longitudinale des enquêtes Santé Protection Sociale, l'influence de l'état de santé sur les itinéraires professionnels ultérieurs. Il s'agit d'analyser l'effet de l'état de santé sur la mobilité professionnelle (entrées et sorties du marché du travail, mobilité de l'emploi vers le chômage ou du chômage vers l'emploi), 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).

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

**Méthode** : L'analyse sera menée grâce à des régressions logistiques qui permettront de mettre en évidence l'effet de l'état de santé sur, d'une part, la probabilité d'avoir une trajectoire ascendante versus une trajectoire stable et, d'autre part, sur la probabilité d'avoir une trajectoire descendante versus une trajectoire stable, tout en contrôlant par les autres déterminants des trajectoires professionnelles.

**Sources** : vagues 1996-98 et 2000-02 de l'enquête santé protection sociale de l'IRDES

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Cette recherche est réalisée dans le cadre du programme *Santé et Travail* de la MIRE, la DARES, la DREES et La Poste.

Cette recherche a donné lieu à deux présentations dans des colloques internationaux (IHEA, Barcelone, 2005 et AIDELF, septembre 2006) ainsi qu'à trois publications dont un article scientifique en cours de soumission.

**A029 - Discriminations liées à la santé et à l'obésité sur le marché du travail**

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

Période de réalisation ⇨ 3<sup>e</sup> trimestre 2006– 4<sup>e</sup> trimestre 2007

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation et de valorisation

En cours de valorisation : effet de l'état de santé et des injustices liées à la santé sur le risque de chômage

En cours de réalisation : effet de l'obésité et des injustices liées à celle-ci sur le risque de chômage

**OBJECTIF / CONTENU**

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

En France, les discriminations sur le marché du travail liées à la santé, ou tout au moins le rôle des employeurs dans la relation existante entre santé et chômage, n'ont jamais été étudiées du fait de la difficulté de prouver empiriquement l'existence d'une discrimination, mais aussi parce que la plupart des travaux portent sur l'effet de la santé sur la cessation d'activité ou le non-emploi, sans différencier spécifiquement l'effet de la santé sur le chômage et l'inactivité, et qu'ils interprètent généralement les résultats en termes d'effet de la santé sur l'offre de travail.

Ce projet de recherche propose au contraire d'apporter un éclairage sur l'effet de la santé sur la demande de travail, en tirant partie de la richesse de l'enquête « Histoire de Vie – Construction des identités » sur la perception de la santé, du poids et de la taille et des injustices vécues au cours de la vie.

Afin de tester l'existence d'un phénomène d'éviction du marché du travail lié à l'état de santé ou à l'obésité, nous proposons d'analyser les liens existant entre chômage et sentiment d'injustice lié à la santé, au handicap ou à l'apparence, après contrôle par l'état de santé.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

**Sources** : Enquête "Histoire de vie – construction des identités", collectée par l'INSEE en 2003

**Méthode** : Régressions logistiques multivariées.

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet EconomiX (ex Forum) « Inégalités et discriminations sur le marché du travail : l'impact de l'identité sur l'évaluation du travail ».

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

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

Période de réalisation ⇨ 1<sup>er</sup> trimestre 2007 – fin 2008

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation

### **OBJECTIF / CONTENU**

En France, dans une perspective de financement des retraites, face au vieillissement démographique et de maintien de la solidarité intergénérationnelle, l'allongement de la durée de vie active a été retenu par la loi de 2003 portant réforme des retraites. Pour que cette mesure se révèle efficace à long terme, il est nécessaire d'accroître le taux d'emploi des plus de 55 ans. Cependant, et malgré l'objectif énoncé lors du Conseil européen de Stockholm d'atteindre d'ici 2010 un taux d'emploi des 55-64 ans de 50 %, la moyenne européenne pour cette tranche d'âge ne s'élevait qu'à 40 % en 2004. Ce taux cache de fortes disparités entre pays. Supérieur à 50 % en Suède, au Danemark et au Royaume-Uni, il ne dépasse pas 40 % en Allemagne, en France et en Italie (OCDE, [2005]). Cette disparité relève de différences institutionnelles (âge légal de la retraite, nature des dispositifs de cessation anticipée d'activité), de structure du marché du travail mais aussi de choix personnels liés à l'état de santé en fin de vie active, aux conditions de travail ou à l'environnement familial.

### **METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

Notre objet de recherche 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.

L'analyse de ces trois axes de recherche sera rendue possible par l'exploitation de trois enquêtes : l'enquête Santé et Vie Professionnelle après 50 ans (SVP 50), l'enquête Vieillesse, Santé, Travail (VISAT) et l'enquête Survey of Health, Ageing, and retirement in Europe (SHARE). Elles permettront :

- d'apporter des éléments de réponse concernant les relations entre pénibilité, état de santé et choix de départ en retraite (SVP 50, VISAT, SHARE) ;
- de réaliser des comparaisons au niveau international (SHARE) ;
- d'apprécier des effets prédictifs par l'exploitation de données longitudinales (VISAT).

### **COMMENTAIRES PARTICULIERS :**

Ce projet s'inscrit dans une recherche financée par l'Agence Nationale pour la Recherche. Il s'agit d'une collaboration avec le CEE. Nous mettrons en place tout d'abord un planning de rencontres entre le CEE et l'IRDES et nous approfondirons l'ensemble des points de l'étude dans un cadre pluridisciplinaire. Une première étape consistera à mener une réflexion basée sur des recherches bibliographiques, et nous constituerons des groupes de travail sur les méthodologies économétriques et les bases de données.

Nous répartirons les sous-parties de l'étude tout en assurant très régulièrement la coordination sous forme de réunions de recherche mais aussi sous forme de séminaires ouverts à l'ensemble de la communauté scientifique française et internationale avec la présentation de l'avancée des travaux. L'ensemble des travaux sera mené conjointement entre le CEE et l'IRDES, auxquels pourront s'ajouter nos autres partenaires.

La direction scientifique totale du projet est assurée par le professeur Jérôme Gautié du CEE. Thierry Debrand de l'IRDES assurera la coordination globale du projet. Au sein de chaque centre, un responsable scientifique

est désigné : Hélène Zadjela pour le CEE et Catherine Sermet pour l'IRDES. Il sera aussi mis en place un comité de pilotage qui réunira les chercheurs des deux centres de recherche ainsi que les chercheurs associés. Un conseil scientifique aura pour vocation de suivre, orienter les travaux et valider les choix scientifiques lors de l'organisation du colloque (voir modalité de valorisation). De plus sont associés à ce projet deux chercheurs de l'INED et de l'INSEE, respectivement Carole Bonnet et Didier Blanchet.

---

**A137 - Organisation du travail, santé et consommation de soins***Chantal Cases, Thierry Debrand, Pascale Lengagne*Période de réalisation ⇨ 1<sup>er</sup> trimestre 2007 – fin 2008

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation

**OBJECTIF / CONTENU**

Identifier les conditions de travail et les processus productifs présentant un risque pour la santé est un exercice assez délicat car il faut pouvoir tenir compte de leur diversité et de celle des autres caractéristiques individuelles des personnes concernées. Ces situations de travail se différencient selon plusieurs critères comme la nature du travail effectué (manuel ou non manuel, physique ou non), l'environnement dans lequel les individus travaillent (expositions à des nuisances sonores, à des produits toxiques, etc.) ou encore l'organisation du travail.

Aujourd'hui, pour ce type d'analyse, la dimension « organisation du travail » est d'autant plus importante que l'on assiste, depuis plus d'une vingtaine d'années dans les pays post-industrialisés, à l'apparition de nouvelles formes d'organisation caractérisées par l'accroissement des exigences productives : disparition des stocks, obligation de résultats, exigence de qualité des produits, etc. Selon plusieurs analyses, cette évolution est concomitante de l'apparition de nouvelles formes de pénibilités et de pathologies liées au travail, alors même que nous aurions pu nous attendre à une amélioration massive des conditions de travail due aux avancées technologiques, à la mise en place de normes de sécurité ou encore à la réduction du temps de travail.

Nous nous proposons, dans ce projet, 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, ainsi que de caractéristiques individuelles et de comportements détaillées. 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.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

Notre programme de recherche se déroule en trois temps :

Il s'agit dans un premier temps de réaliser une revue de littérature sur la pénibilité liée à l'organisation du travail ;

Nous proposerons ensuite une analyse des effets de cette pénibilité sur la santé des actifs ;

Puis, après avoir mis en évidence ces différentes facettes de la pénibilité, nous proposerons une mesure de leurs liens avec les consommations de soins et les arrêts de travail. Les consommations de soins seront approchées par les recours en ambulatoire et à l'hôpital.

**COMMENTAIRES PARTICULIERS :**

Il s'agit d'une réponse à l'appel à projets de recherche de la DREES-MIRE concernant l'analyse secondaire de l'enquête décennale santé.

**A097 - Organisation du travail, état de santé et offre de travail des seniors : analyse s'appuyant sur les données de l'enquête SHARE 2004***Thierry Debrand, Pascale Lengagne*Période de réalisation ⇨ 1<sup>er</sup> trimestre 2006 – 1<sup>er</sup> semestre 2007

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation

**OBJECTIF / CONTENU**

Plusieurs études menées au cours des vingt dernières années dans les pays industrialisés mettent en évidence l'évolution rapide des conditions de travail. Une des conclusions de cette évolution est l'apparition de nouvelles exigences productives modelant l'organisation du travail et s'avérant sources de pénibilité et de risque pour la santé. Ces nouvelles formes de pénibilités pèsent particulièrement sur la santé des individus en fin de vie active.

L'objectif de cette étude est, dans un cadre international, d'analyser les liens entre l'organisation du travail sur la santé des seniors (50 ans et plus) et de comprendre comment ces effets jouent sur leur offre de travail.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

Cette recherche s'appuie sur les données de l'enquête SHARE 2004. Nous disposons dans ces données d'un indicateur d'état de santé perçue, d'informations sur la présence de maladies chroniques ou de longue durée, sur le fait de souffrir de limitations dans ses activités quotidiennes à cause de problèmes de santé, ainsi que d'un indicateur de santé mentale. Concernant les conditions de travail, le questionnaire SHARE contient un ensemble de neuf items ayant trait à la latitude décisionnelle au travail, au niveau d'effort fourni (ce qui dans notre étude renvoie à la notion de demande psychologique et d'intensité du travail), au niveau de récompense reçue, au soutien social au travail et à la sécurité de l'emploi.

**COMMENTAIRES PARTICULIERS :**

Ce projet s'inscrit dans le cadre de notre collaboration avec le CEE sur le thème « Pénibilité, santé, retraite ». Cette collaboration a donné lieu à une réponse commune à l'appel d'offre « Santé-Environnement et Santé-Travail » de l'ANR publiée en mars 2006 (voir fiche suivante).

Une version provisoire de ce travail a été présentée au colloque européen des économistes de la santé à Budapest en juillet 2006. Nous prévoyons de valoriser ce travail par la rédaction d'un *Questions d'Economie de la Santé*, de *working papers* (français et anglais), soumission d'articles (français et anglais), une communication orale dans des colloques nationaux (JESF 2006) et internationaux.

**A072 - Comparaison internationale de la consommation d'antidépresseurs***Nathalie Grandfils, Valérie Paris, Catherine Sermet*

Période de réalisation ⇨ 2005-2007

Etat d'avancement ⇨ publication en 2007

**OBJECTIF / CONTENU**

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

L'objectif de cette étude est de réaliser une comparaison pour trois pays (France, Allemagne, Royaume-Uni) de la consommation des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS).

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Source :**

Données de ventes d'IMS entre 1996 et 2003 sur ces produits, pour l'Allemagne et le Royaume-Uni ; ventes de médicaments déclarées par l'industrie pharmaceutique aux autorités françaises pour la France, sur cette même période.

**Méthode :**

Estimation de la consommation d'ISRS en doses définies quotidiennes (DDD) et mise en perspective avec la consommation d'autres antidépresseurs dans les différents pays.



**A127 - Comparaison France/Canada de la consommation pharmaceutique**

Nathalie Grandfils, Philip Merrigan (UQAM), Catherine Sermet

Période de réalisation ⇨ 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre 2007

Etat d'avancement ⇨ non commencé

**OBJECTIF / CONTENU**

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.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode :**

*Indicateurs de comparaison de la consommation :*

Nombre de médicaments consommés : Compte tenu de la différence de période de recueil (2 jours vs 1 jour), il sera indispensable de faire porter la comparaison sur des classes thérapeutiques s'adressant à des maladies chroniques pour lesquelles on pourra faire l'hypothèse que le relevé sur un jour équivaut à un relevé sur deux jours. Les traitements de courte durée, les traitements cycliques et les traitements de maladies aiguës seront éliminés.

*Analyses :*

Une première partie de l'analyse, strictement descriptive comparera le niveau de consommation en France et au Canada selon une série de caractéristiques sociodémographiques standard : âge et genre, niveau d'éducation ou catégorie sociale, etc.

Dans une deuxième étape, on envisage une modélisation économétrique visant à vérifier, après contrôle par différentes variables (sociodémographiques, santé,...) la persistance d'écarts de consommation entre la France et le Canada. La variable d'intérêt pourrait être le nombre moyen de médicaments différents consommés (méthodes statistiques : Logit, Poisson, modèles à 2 étapes par exemple).

**Sources :**

Pour la France, nous utiliserons l'**enquête santé et protection sociale (ESPS)** de l'IRDES. Cette enquête est réalisée par l'IRDES depuis 1988. D'abord annuelle, puis bisannuelle à partir de 1998, elle interroge en 2004 environ 8 000 ménages, soit 22 000 personnes. L'enquête ESPS est représentative des ménages ordinaires (ne vivant pas en institution) dont au moins un membre est couvert par l'une des trois principales caisses de Sécurité sociale françaises (CNAMTS, MSA, RSI). Elle est ainsi représentative de plus de 96 % de la population vivant en France métropolitaine. Elle permet entre autres de produire des statistiques sur l'état de santé, la couverture maladie et le recours aux soins de la population en fonction de ses caractéristiques sociales.

Dans cette enquête, l'ensemble des personnes sont interrogées sur leur consommation pharmaceutique des 24 dernières heures. La question est la suivante : « au cours des dernières 24 heures, c'est-à-dire depuis hier à la même heure, avez-vous consommé des médicaments ? ». Si la réponse est oui, nous interrogeons sur le nom précis des médicaments, leur forme, etc. de manière à identifier précisément la présentation dont il s'agit. Nous disposons également de la quantité de médicaments consommée en 24 heures.

Pour le Canada, nous utiliserons l'enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Cette enquête, bisannuelle, est réalisée depuis 1992 et recueille des renseignements sur la santé de la population canadienne ainsi que des renseignements sociodémographiques.

Le volet ménages de cette enquête a débuté en 1994-1995 et se poursuit à intervalle de deux ans depuis. Les trois premiers cycles (1994-1995, 1996-1997, 1998-1999) étaient à la fois transversaux et longitudinaux. À compter du cycle 4 (2000-2001) le volet ménages est devenu strictement longitudinal (c'est-à-dire que l'information sur la santé est recueillie auprès des mêmes personnes à chaque cycle).

Dans cette enquête figure une question similaire à celle de l'enquête française : « Pensez maintenant à hier et à avant-hier. Durant ces 2 journées, combien de médicaments différents avez-vous pris ? Quel est le nom exact du médicament que vous avez pris ? » En revanche, on ne dispose pas de la quantité de médicaments consommée.

---

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une collaboration au programme de recherche concerté sur la chaîne du médicament, mise en œuvre par le GEIRSO (Groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales) de l'université du Québec à Montréal (UQAM), dirigé par le Pr Catherine Garnier. La partie canadienne de l'étude sera réalisée par le Pr Philip Merrigan, économiste à l'UQAM.

---

---

**A077 - Evolution de l'utilisation du Traitement Hormonal Substitutif (THS)**

*Anne Aligon, Thomas Renaud, Catherine Sermet*

---

Période de réalisation ⇨ 2005 – fin 2<sup>ème</sup> trimestre 2007

---

Etat d'avancement ⇨ publication en 2007

---

**OBJECTIF / CONTENU**

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

Les trois objectifs de cette étude étaient les suivants :

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

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode :**

Statistiques descriptives. Modélisation économétrique.

**Sources :**

Les données utilisées sont celles de l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) menée en 2000 et 2002, reliées avec les données de prestations de l'assurance maladie. L'enquête EPPM d'IMS Health sera aussi mobilisée pour analyser la prescription. L'évolution de la consommation est analysée à partir des données de l'assurance Maladie.

---

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

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

Rapport du groupe de travail de l'AFSSAPS : <http://agmed.sante.gouv.fr/pdf/10/thhs1005.pdf>

Un numéro de « Questions d'économie de la santé » et un article à paraître en 2007.

---

---

**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*

---

Période de réalisation ⇨ début au 4<sup>ème</sup> trimestre 2007

---

Etat d'avancement ⇨ réflexion préalable, faisabilité

---

**OBJECTIF / CONTENU**

Les Allemands publient chaque année un ouvrage très détaillé des remboursements effectués par la GKV (l'ensemble des caisses d'Assurance maladie obligatoire allemande). Cet ouvrage contient à la fois :

- ⇨ des données chiffrées très détaillées - conditionnement par conditionnement, en termes de dépenses et de quantités évaluées en DDD ;
- ⇨ des analyses du marché pharmaceutique de l'année – arrivée de nouveaux produits, analyse générale du marché de l'année et analyse détaillée par classe thérapeutique ;
- ⇨ des analyses de l'évolution du marché en mettant en regard tous les événements institutionnels de l'année écoulée.

Cet ouvrage constitue l'ouvrage de référence du marché pharmaceutique allemand ; l'analyse de chaque classe thérapeutique est confiée à une personne spécialiste de la classe concernée.

L'objectif serait donc de mettre en place avec la CNAMTS, et idéalement la MSA et la RSI, cet ouvrage pour la France.

---

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

**Méthode :**

- \* phase de faisabilité sur 1 classe après rencontre avec les allemands et nos partenaires éventuels
- \* appariement des données de remboursement des caisses avec notre base de données DDD

**Sur 2007 :**

**Mise en place du projet :**

Réalisation de la phase de faisabilité : réunion des partenaires potentiels (CNAMTS et autres caisses), mise en place d'un comité scientifique, mission en Allemagne, recherche de contributeurs/auteurs, mise au point du format des articles, définition et validation de la base de données, rédaction d'un premier article test sur une classe thérapeutique et d'un article général par exemple, estimation du coût de l'opération (édition, rémunération des auteurs et de la coordination, autres coûts ? ) et des moyens nécessaires, recherche de financement, etc.

---

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Le projet n'est pas encore formalisé avec la CNAMTS mais l'IRDES pourrait en être le coordinateur.

---

**A037 - Variabilité des dépenses en part complémentaire des bénéficiaires de la CMU***Marc Perronnin, Aurélie Pierre*

Période de réalisation ⇨ fin 2006 et début de l'année 2007

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation

**OBJECTIF / CONTENU****Contexte**

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

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

Les premiers travaux sur la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU réalisés à partir de l'Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux de la CNAMTS, ont conclu qu'en 2000, la dépense moyenne d'un bénéficiaire de la CMU était supérieure de 30 % à celle d'un autre patient du régime général et de 80 % à âge et sexe équivalents. Ces écarts se sont confirmés en 2001 pour la dépense totale (+30 % pour les bénéficiaires de la CMU) et en 2002 pour les soins de ville (+30 %) et pour les soins hospitaliers (+230 %). L'écart sur les soins hospitaliers est le plus significatif, il est imputable à la fois au taux d'hospitalisation et à la dépense en cas d'hospitalisation. Des études ont, en effet, montré que les bénéficiaires de la CMU sont en plus mauvaise santé, à âge et sexe identiques, que les non bénéficiaires. Ainsi, Raynaud (2003) a montré que l'écart des dépenses de santé constaté entre les bénéficiaires de la CMUC et les bénéficiaires d'une couverture complémentaire s'explique par un plus mauvais état de santé : à état de santé donné, tous ont des niveaux comparables de dépenses. D'autre part, Grignon et Perronnin (2003) ont également montré que la CMU n'avait pas introduit de rupture dans le rythme de l'évolution de la consommation de soins. En 2000, il n'existe notamment pas d'accélération des dépenses pour ceux qui bénéficiaient antérieurement de l'AMG (aide médicale gratuite).

Les résultats précédents illustrent la distribution particulière des dépenses des bénéficiaires de la CMU. Il existe, en plus, une très grande dispersion des prestations complémentaires selon les organismes gestionnaires. En moyenne, les montants remboursés par les CPAM sont sensiblement supérieurs à ceux des « autres » organismes de couverture complémentaire (288€ versus 261€). Ainsi, en 2003, en excluant la Lozère, le Haut Rhin et la Moselle<sup>57</sup> l'amplitude de l'écart est de 1 à 1,6.

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

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

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

<sup>57</sup> Pour la Lozère, les données sont sujettes à caution. Le Haut-Rhin et la Moselle sont difficiles à intégrer du fait de la particularité du régime Alsace-Moselle.

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

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

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

D'autre part, la variabilité de certains facteurs d'offre (densité médicale, en particulier offre de soins hospitaliers) et de demande (structure âge/sexe, proportion d'ALD) selon les CPAM ou les OCAM peut expliquer, en partie, les variations de dépenses observées. Une étude économétrique mettant en regard les dépenses moyennes par CPAM et certains facteurs d'offre a permis de montrer que la densité de généralistes et le nombre de lits en MCO ont une influence significative. Nous n'avons pas encore pu introduire les facteurs de demande (âge, sexe et proportion d'ALD) dans l'analyse faute de données au niveau départemental, mais nous pouvons nous attendre à ce qu'ils aient un impact important.

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

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

### METHODE ET SOURCES D'INFORMATION

Pour la suite de l'étude, nous utilisons donc les données de consommations de soins issues du SNIIRAM pour les bénéficiaires de 11 départements (la Lozère, la Corrèze, la Dordogne, les Bouches-du-Rhône, la Haute-Garonne, l'Hérault, la Seine-Saint-Denis, le Calvados, la Loire, l'Ardèche et la Seine-et-Marne) et neuf organismes complémentaires (Ociane Mutouest-Préviade, Mutuelle Imadies, Axa France vie, Groupama Grand-Est, Swisslife prévoyance et Santé, BTP prévoyance, MAAF Santé, Mutuelle Générale).

Une demande de mise à disposition de ces données SNIIRAM a été faite auprès de la CNAMTS. Les données seront disponibles à partir du début novembre (elles font, par ailleurs, l'objet d'une demande CNIL). Les exploitations seront menées à la CNAMTS jusqu'à la fin de l'année 2006. Les résultats de cette étude feront l'objet d'un rapport final pour le Fonds-CMU, à rédiger d'ici le début de l'année 2007.

<p><b>A141– Les bénéficiaires de la CMUC en 2006</b>  <i>Auteurs : Paul Dourgnon en collaboration avec auteurs DREES</i></p>
<p>Période de réalisation ⇨ 4° trimestre 2007 – 3° trimestre 2008</p>
<p>Etat d'avancement ⇨ non commencé</p>
<p><b>OBJECTIF / CONTENU</b></p> <p>Cette recherche a fait l'objet d'une demande spécifique de la DREES, qui a financé pour l'occasion un sur-échantillon spécifique dans l'enquête ESPS 2006.</p> <p>L'objectif sera de refaire le point, après 6 ans de mise en œuvre du dispositif, sur les caractéristiques socio-économiques des bénéficiaires, leur état de santé et leurs recours (ou renoncements éventuels) au système de santé. La plus grande taille de l'échantillon devrait permettre de mener des analyses fines par types de soins.</p> <p>Les modalités de la collaboration avec la DREES ne sont pas encore arrêtées.</p>
<p><b>METHODE ET SOURCES D'INFORMATION</b></p> <p><b>Méthode :</b></p> <p>Il s'agira, au travers d'analyses multivariées, de comparer la population des ressortissants de la CMUC aux autres catégories d'assurés, en distinguant parmi ces derniers les personnes ayant contracté une assurance complémentaire des personnes sans couverture complémentaire.</p> <p>Ces analyses pourront porter aussi bien sur l'état de santé que sur le recours aux soins. Dans ce dernier cas, les comparaisons seront réalisées par type de soins, en contrôlant de l'état de santé des individus étudiés.</p> <p>La méthodologie est susceptible d'être modifiée ou complétée en fonction des objectifs de la DREES.</p> <p><b>Sources :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enquête ESPS 2006, en particulier le suréchantillonnage CMUC financé par la DREES.</li> <li>- Appariement ESPS 2006 et EPAS 2006, pour étudier les consommations de soins au cours de l'année 2006.</li> </ul>

---

**A142 - Analyse des facteurs de variation entre médecins du taux de patients bénéficiaires de la CMU***Chantal Cases, Véronique Lucas-Gabrielli, Marc Perronnin*

---

Période de réalisation ⇨ début 1<sup>er</sup> semestre 2007

---

Etat d'avancement ⇨ non commencé

---

**OBJECTIF / CONTENU**

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. L'analyse des variations de la proportion de la clientèle CMU parmi l'ensemble des patients, ainsi que de la part de la variance expliquée par divers facteurs explicatifs liés à la zone géographique concernée ou aux caractéristiques de l'offre (densité et caractéristiques démographiques des bénéficiaires de la CMU dans la zone, secteur d'exercice du médecin, densité de médecins spécialistes ou généralistes, volume de l'offre hospitalière...) offrirait un point de vue nouveau sur la disparité des recours aux soins effectifs des bénéficiaires.

---

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode** : analyse statistique descriptive et modélisation multiniveaux.**Sources** : exploitation des données issues du SNIIRAM, en collaboration avec la CNAMTS.

---

**A038 - Evaluation du dispositif d'aide à la mutualisation***Chantal Cases, Carine Franc, Marc Perronnin, Aurélie Pierre*

Période de réalisation ⇨ Novembre 2006 – mai 2007

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation

L'exploitation de la 1<sup>ère</sup> enquête sur les contrats « crédit d'impôt » s'est terminée au mois de Juin 2006 (date de remise du rapport au gouvernement par le Fonds - CMU). La saisie par l'IRDES des données de l'enquête « crédit d'impôt en 2006 » commence en novembre 2006.

**OBJECTIF / CONTENU**

Le dispositif d'aide à la mutualisation, plus connu sous le nom de « crédit d'impôt », inscrit dans la réforme de l'Assurance maladie de 2004, a été mis en place en janvier 2005. Le montant de l'aide se chiffrait à 75€ par an pour les moins de 25 ans, à 150€ par an pour les 25-59 ans et à 250€ par an pour les 60 ans et plus. 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 ».

Afin de recueillir et d'analyser ces informations, le Fonds CMU lance une enquête spécifique et annuelle auprès des organismes complémentaires. Pour étudier la faisabilité et les modalités de cette enquête, et surtout déterminer la nature des données pertinentes à recueillir, un comité de pilotage a été mis en place, réunissant le Fonds CMU, l'IRDES, la DREES, des représentants de la FNMF, de la FFSA, de la FNMI et un certain nombre de représentants directs des organismes complémentaires.

La première réflexion a conduit ce groupe de travail à retenir cinq garanties pour classer les contrats :

- les garanties portant sur les honoraires hospitaliers,
- les garanties portant sur les consultations de médecins de ville,
- les garanties portant sur la pharmacie « vignette blanche »,
- les garanties portant sur les lunettes avec verres complexes,
- les garanties portant sur les prothèses dentaires fixes.

A partir du deuxième semestre 2005, le Fonds-CMU a mis en place une enquête pilote, limitée à un nombre restreint d'organismes (13 organismes). Cette enquête a comporté deux étapes :

- **1<sup>ère</sup> partie, évaluation du contenu des contrats** : dans les 13 organismes enquêtés, nous avons recueilli les cinq formules les plus souscrites en 2005 (par l'ensemble des assurés, bénéficiaires ou non du crédit d'impôt), ou dans le cas des contrats modulaires, des combinaisons de garanties représentant 80 % des souscriptions. Ces contrats ont été classés selon les cinq garanties citées ci-dessus par des méthodes d'analyse de données. Cette classification a permis de dégager six classes pouvant être hiérarchisées selon les remboursements en médecine de ville. La comparaison de la répartition, sur les six classes, des bénéficiaires du crédit d'impôt et des non-bénéficiaires a montré que les premiers sont un peu plus fréquemment sur des contrats faibles que les seconds.
- **2<sup>ème</sup> partie, évaluation du prix des contrats** : Dans un deuxième temps, les 13 organismes ont transmis, pour chaque ménage bénéficiaire du crédit d'impôt, le contrat souscrit, le prix du contrat appliqué au ménage, la déduction obtenue au titre du crédit d'impôt, le nombre de bénéficiaires du contrat, l'âge et le département de résidence du souscripteur. 25 126 contrats couvrant 44 991 individus ont ainsi été analysés. Cette analyse a permis de montrer que le crédit d'impôt finance en moyenne 40 % de la cotisation. Le prix des contrats a ensuite été expliqué par la formule souscrite, le nombre de personnes couvertes par le contrat, l'âge du souscripteur (entre autres).

Les résultats de cette première enquête ont fait l'objet d'un rapport qui a été remis au gouvernement et mis en ligne sur le site du Fonds-CMU. Un Questions d'Economie de la Santé sur cette première enquête est en cours de rédaction.

**L'enquête « aide à la mutualisation 2006 »**

L'enquête « aide à la mutualisation » a été relancée par le Fonds-CMU. Elle concernera les bénéficiaires de l'aide en 2006 et se fera sur un échantillon nettement plus représentatif d'organismes (une cinquantaine d'organismes parmi ceux couvrant le plus de bénéficiaires d'aide à la mutualisation). Outre cette amélioration en termes de représentativité, l'enquête présente un intérêt supplémentaire du fait des changements des

montants de déductions : depuis 2006, ceux-ci valent 100€ pour les moins de 25 ans, 200€ pour les 25-59 ans et 400 € pour les plus de 60 ans.

L'IRDES a décidé de participer de nouveau à l'exploitation de cette enquête.

En parallèle, il est prévu de s'intéresser aux raisons qui font que le dispositif est loin d'atteindre sa cible (200 000 utilisateurs du crédit d'impôt contre 2 000 000 de bénéficiaires potentiels). Cela pourra se faire d'une part par une revue de littérature sur l'efficacité des dispositifs de « bon d'achat » et d'autre part par la comparaison sur des sources de données spécifiques (par exemple celles de la MGET, voir fiche infra) des souscripteurs du crédit d'impôt et des non souscripteurs qui auraient pu en bénéficier.

Bibliographie

Prix et contenu des contrats crédit d'impôt, en ligne sur le site du Fonds-CMU :

[http://www.cmu.fr/userdocs/CI\\_Prix\\_Contentu.pdf](http://www.cmu.fr/userdocs/CI_Prix_Contentu.pdf)

Carine Franc, Marc Perronnin, Aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire : une première évaluation du dispositif, Questions d'Economie de la Santé à paraître

---

#### **METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

Les relevés de garanties transmis par les organismes complémentaires vont être saisis par l'IRDES au mois de novembre. La classification des contrats sera faite au mois de décembre. A partir du début de l'année 2007, les organismes complémentaires transmettront les bases de contrats (avec les montants de cotisation, de déduction, le nombre de bénéficiaires, l'âge, le département de résidence du souscripteur). L'IRDES réalisera l'analyse du prix des contrats à partir de mars 2006 et contribuera à la rédaction du rapport du Fonds-CMU. Les résultats de cette deuxième enquête feront l'objet d'un nouveau Questions d'Economie de la Santé.

---

#### **COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Le poste d'opérateur de saisie sera financé au moins en partie par le Fonds-CMU.

---

## **A121 - Evaluation de la loi Evin de 1989 sur le maintien d'une couverture complémentaire en sortie de contrat collectif**

*Chantal Cases, Carine Franc, Marc Perronnin, Thierry Rochereau*

Période de réalisation ⇨ à partir du 2<sup>ème</sup> semestre 2007

Etat d'avancement ⇨ faisabilité

### **OBJECTIF / CONTENU :**

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 est l'élaboration d'une méthodologie d'évaluation de ce dispositif.

### **METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

Synthèse de bibliographie.

Première approche de la problématique par l'étude sur la mobilité sur la marché de la complémentaire d'entreprise, analysée sur la population spécifique des plus de 55 ans.

Constitution d'un groupe de travail incluant notamment des représentants de l'UNOCAM et des experts du domaine, destiné à réfléchir sur la mise en place de nouvelles sources de données pour traiter cette question (questionnement à inclure dans une prochaine collecte de l'enquête Share ou d'une autre enquête portant sur les salariés seniors ? questionnement à inclure dans la prochaine édition de l'enquête PSCE ? ...)



**A033 - Analyse des « restes à charge » des bénéficiaires de la MGET<sup>58</sup>***Chantal Cases, Carine Franc, Marc Perronnin, Aurélie Pierre*Période de réalisation ⇨ 1<sup>er</sup> trimestre 2007 – 1<sup>er</sup> trimestre 2008 (rapport intermédiaire au bout de 6 mois)

Etat d'avancement ⇨ étude en cours de définition

**OBJECTIF / CONTENU**

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

- sur les frais en optique (hausse des forfaits optiques)
- sur les dépassements d'honoraires (130 %)
- sur les prothèses dentaires et d'orthodontie (+110 % pour les prothèses dentaires<sup>59</sup>).

La question est de savoir si les individus qui ont souscrit le contrat de sur complémentaire ont des caractéristiques communes en termes de consommations de soins passées, mais aussi en fonction de caractéristiques individuelles (âge, sexe, taille de la famille, revenu, localisation géographique,...). **Il s'agit de vérifier la présence potentielle et intuitive de sélection adverse.** L'adhésion à ce contrat additionnel est basée sur une tarification unique ce qui lui donne des caractéristiques de contrat de « pooling »<sup>60</sup>. La théorie économique<sup>61</sup> a montré qu'un tel contrat pose le problème bien connu de sélection adverse : le contrat est essentiellement attractif pour les « plus mauvais risques » (ceux dont le risque individuel est égal ou supérieur au risque moyen de la population). La tarification de cette sur complémentaire est donc forfaitaire 11€ par mois (132€ par an) et s'ajoute à la tarification du contrat de complémentaire maladie de base. Les cotisations de l'assurance maladie complémentaire de base sont calculées à partir du Traitement Indiciaire Brut et dépendent également de l'âge car l'adhésion inclut le package prévoyance (garantie incapacité, invalidité, décès).

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

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

L'échantillon concernera environ 6000 fonctionnaires (adhérents principaux). Les données individuelles nécessaires concernent les consommations de soins passées (dépense totale, dépense Sécurité Sociale, dépense mutuelle) mais aussi les dépenses individuelles par agrégats :

Nombre de CS avec et sans dépassement / trimestre / généralistes / spécialistes

- Dépenses en optique (lunetterie / monture / verre / lentilles)
- Dépenses en dentaire (prothèse)
- Hospitalisation (durée de séjour)
- Consommation de médicaments.

<sup>58</sup> *Mutuelle générale de l'équipement et des territoires.*

<sup>59</sup> *330 % au lieu de 220 % proposé dans l'offre Intégrale.*

<sup>60</sup> *Contrat mélangeant : la tarification est basée sur l'évaluation du risque moyen de la population.*

<sup>61</sup> *Rothschild, Stiglitz (1976) « Equilibrium in competitive Insurance Market: an essay on the Economics of imperfect information » The Quarterly Journal of Economics 90, 4 629-649.*

Pour chaque individu : caractéristiques individuelles disponibles : âge, sexe, taux indiciaire brut, activité/retraite, cotisations, nombre d'ayants droits, CMU, crédit d'impôt, localisation avec les éventuels changements au cours de la période étudiée.

---

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Cette étude fera l'objet d'un contrat en cours de définition avec la MGET

---

---

**A087 - Micro simulation : Etude des comportements de dépenses sur l'ensemble du cycle de vie***Valérie Albouy (INSEE) - Thierry Debrand (IRDES),*

---

Période de réalisation ⇨ 3<sup>er</sup> trimestre 2006 - fin de l'année 2007

---

Etat d'avancement ⇨ en cours

---

**OBJECTIF / CONTENU**

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 pourrons aussi étudier l'impact des évolutions démographiques sur la dynamique des dépenses à moyen et long terme.

---

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

Méthode :

Il s'agit d'explicitier et de modéliser les comportements individuels de dépenses de soins pour introduire ces équations dans le modèle de micro simulation de l'INSEE DESTINIE. De plus nous devons introduire dans DESTINIE un module calculant les cotisations sociales liées à la dépense de santé.

Sources :

Les différentes vagues d'ESPS appariées avec l'EPAS.

---

**COMMENTAIRES PARTICULIERS :**

Il s'agit d'une collaboration étroite entre l'INSEE et l'IRDES.

---



**A131 - Déterminants individuels et macroéconomiques des arrêts maladie***Michel Grignon (McMaster University), Thomas Renaud (IRDES)*

Période de réalisation ⇨ fin prévue au 1er trimestre 2007

Etat d'avancement ⇨ en cours de finalisation / En cours de publication

**OBJECTIF / CONTENU**

Ce projet ancien cherche à révéler les mécanismes en jeu dans le développement des arrêts maladie et des indemnités journalières versées par l'Assurance maladie, en forte croissance au début des années 2000. En particulier, l'analyse s'intéresse à la nature pro cyclique de l'évolution des arrêts maladie (augmentation des arrêts maladie concomitante à une période de croissance économique), en cherchant à :

- ⇨ vérifier ce pro cyclisme à partir de la littérature et des faits stylisés en France ;
- ⇨ documenter les différentes hypothèses sous-jacentes évoquées dans la littérature économique : aléa moral ex post ou ex ante, pénibilité des conditions de travail, effets de composition de la population active, etc. ;
- ⇨ tester la réalité et l'importance de ces différentes hypothèses explicatives dans le cas français à partir de données individuelles.

Par ailleurs, une analyse spécifique sur données agrégées permet de mieux connaître le poids des médecins généralistes dans les volumes d'arrêts maladie et notamment de savoir si certains médecins jouent un rôle de prescripteurs d'arrêts maladie injustifiés (ou d'une durée injustifiée) pour favoriser les arbitrages travail/loisir de leurs patients (hypothèse parfois évoquée et qui justifie la recrudescence de contrôles de l'Assurance maladie).

Ce travail a donné lieu à deux études bien distinctes :

- ⇨ La première étude a porté sur des données individuelles de recours aux arrêts maladie confrontées aux caractéristiques socio-économiques et d'état de santé des individus. Cette étude a été initiée en 2001, puis enrichie petit à petit par les observations et commentaires recueillis lors de présentations à des pairs (Health Economists' Study Group, HESG, 2004, Waterloo 2005).
- ⇨ Le second pan de l'étude a été réalisé en 2006 sur deux aspects précis des absences pour arrêts de travail. D'une part, nous avons testé la nature réellement pro cyclique des arrêts maladie dans les 30 dernières années. D'autre part, nous tentons d'évaluer le rôle des médecins dans la prescription des arrêts de travail considérés comme injustifiés, en testant notamment la corrélation entre le taux d'absentéisme et la densité médicale au niveau départemental.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode :**

1. Analyse de la littérature sur les liens entre arrêts maladie et déterminants économiques, entre absentéisme et conditions de travail, etc. → état de la réflexion sur les dimensions évoquées dans l'absence pour arrêts maladie (aléa moral, pénibilité, effets de composition de la population active).
2. Pour l'étude sur données individuelles :
  - ⇨ population d'analyse de salariés du privé actifs ;
  - ⇨ suivi des arrêts maladie sur une période de 3 ans. L'étude initiale était réalisée sur les années 1995-1997 ; une actualisation des données est prévue à la fin de l'année 2006 (2002-2004) ;
  - ⇨ décomposition du phénomène arrêt de travail en 2 dimensions de « volume » et « durées » ;
  - ⇨ modélisation séparée de ces deux dimensions, en tenant compte de l'hétérogénéité inter-individuelle (répétition d'arrêts pour un même individu) et des durées censurées pour certains arrêts maladie ;
  - ⇨ prédicteurs : âge, sexe, état de santé ressenti, proxy de la consommation médicale, PCS, CDD vs CDI, temps de travail hebdomadaire, taille du ménage, enfants en bas âge, effets de saisonnalité, etc.

3. Pour l'étude sur données agrégées ;

- ⇒ Nous cherchons le niveau de corrélation entre la croissance du PIB per capita et du nombre d'arrêts maladie (par salarié actif) en définissant des séries chronologiques depuis 1970, en testant leur stationnarité puis en les contrôlant par d'autres facteurs de croissance qui pourraient contribuer à cette évolution (composition de la population active par âge et sexe, densité médicale, accidents, etc.)
- ⇒ Ensuite, nous cherchons à mettre en évidence une relation entre la densité médicale et le taux d'absence pour arrêt maladie au niveau départemental, afin d'expliquer les variations importantes d'un département à l'autre. Là encore, nous contrôlons par un ensemble de facteurs du dynamisme économique du département (taux de chômage, % de personnes âgées, taux de mortalité...)

**Sources :**

Pour l'analyse des déterminants individuels, nous nous sommes appuyés sur l'appariement ESPS-EPAS, concaténé sur plusieurs années.

Pour l'étude sur données agrégées, nous avons utilisé principalement les séries de données provenant d'Eco-Santé France (série chronologique 1970-2003) et d'Eco-Santé départements (distribution départementale des taux de chômage, densité médicale, taux d'absentéisme pour 2002).

---

**ECHEANCES DE PUBLICATIONS :**

- L'étude sur données agrégées pour étayer le pro cyclisme des arrêts maladie et tester le rôle des médecins généralistes a donné lieu à une soumission en 2006 sous le titre « Moral hazard, doctors, and absenteeism in France - preliminary analysis based on aggregate data » (en attente du jugement du comité de lecture).
  - L'étude sur données individuelles est en cours d'enrichissement, à la fois sur le plan méthodologique et sur des données actualisées : la soumission d'un article dans une revue anglo-saxonne est prévue fin 2006, début 2007.
-

**A040 - La construction d'une base de données pour l'étude des IJ et des AT/MP***Thierry Debrand, Pascale Lengagne, Thomas Renaud, Léonor Rivoire*Période de réalisation ⇨ 1<sup>er</sup> trimestre 2006 – 1<sup>er</sup> semestre 2007

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation

**OBJECTIF / CONTENU**

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.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

Le montage envisagé par l'IRDES impliquerait l'appariement :

- des données du fichier individuel de déclarations de données sociales (DADS) produites par la CNAV,
- des données du SNIIRAM produites par la CNAMTS.

Dans un premier temps, l'intervention de l'IRDES consiste 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 et, en parallèle, à défendre ce dossier auprès des instances légales (CNIL).

**COMMENTAIRES PARTICULIERS :**

Les études se feront en prenant en considération les liens spécifiques entre certains types d'emploi, d'entreprise et de secteur industriel et les arrêts de travail pris par les salariés. Les analyses porteront sur les risques « maladie » et « accidents du travail / maladies professionnelles » pour les salariés du champ des DADS : secteur privé, à l'exclusion de certaines populations spécifiques (salariés agricoles, stagiaires, travailleurs saisonniers, etc.).

Cette base de données pourrait être pérennisée dans les années à venir.

L'analyse de faisabilité de cette base de données est financée par la DREES, ainsi que l'exploitation de cette base dans une seconde phase pour la compréhension des déterminants des IJ [cf. fiche A039, p. 124]. La DSS est intéressée par l'analyse spécifique des arrêts de travail liés aux accidents du travail et maladies professionnelles, qui pourrait donner lieu à un financement complémentaire.

**A039 - Les déterminants des Indemnités journalières***Thierry Debrand, Thomas Renaud*Période de réalisation ⇨ 1<sup>er</sup> trimestre 2007 - fin de l'année 2008

Etat d'avancement ⇨ faisabilité

**OBJECTIF / CONTENU**

L'IRDES a répondu à un marché public émis par la DREES, portant sur l'analyse des mécanismes d'arrêts de travail des salariés du privé, en lien avec la nature et les spécificités des entreprises. A terme, l'objectif de l'IRDES est d'analyser les mécanismes individuels et contextuels des arrêts de travail et le versement des indemnités journalières conséquentes, à travers deux grands axes de recherche autour desquels peuvent se greffer de multiples questions incidentes :

- **Les déterminants micro-économiques et sectoriels des arrêts de travail courts et longs** : outre le lien entre prises d'arrêt de travail et caractéristiques individuelles des salariés, cela suppose de porter une attention particulière sur la gestion des arrêts de travail et le type d'entreprises et d'employeurs concernés. Un ensemble de variables des salariés (emploi, consommation médicale, historique de carrière) et des entreprises permettront de tester certains phénomènes économiques à l'œuvre dans la prise d'arrêts de travail : pénibilité des conditions de travail, aléa moral, effets de composition de la population active.
- **La question particulière des IJ chez les salariés âgés (≥ 50 ans)** et notamment le lien avec le parcours professionnel du salarié et les éventuels effets de substitution entre la prise d'arrêts maladie prolongés et les différentes modalités de cessation d'activité (retraite, préretraite, autres modalités).
- Ce sujet est complexe à étudier et multidimensionnel : il touche à la fois à la santé, aux conditions de travail, à la protection sociale et au fonctionnement l'entreprise. Il n'existe pas en France, à l'heure actuelle, de données permettant l'étude simultanée de ces différentes dimensions.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode :**

Revue de littérature ;

Descriptif de la répartition des arrêts maladie pour les salariés du privé selon certaines dimensions d'intérêt, par exemple :

- la dimension géographique (disparités régionales par exemple),
- le type d'entreprise (secteur d'activité),
- les populations caractéristiques : par âge, sexe, PCS ou niveau de salaire,
- etc.

Analyses économétriques portant sur les arrêts maladie subis par les salariés, à travers le nombre d'arrêts distincts ou la durée des arrêts, avec la possibilité d'explorer des phénomènes spécifiques comme la répétition d'arrêts pour un même individu, les arrêts de longue durée, etc.

**Sources :**

Nouvelle base de données sur les IJ et les AT/MP fondée sur l'appariement des données individuelles de carrière produites par la CNAV avec les données de prestations du SNIIRAM produites par la CNAMTS (cf. fiche A040, p. 123).

**COMMENTAIRES PARTICULIERS :**

La réalisation d'études proprement dites est subordonnée à la faisabilité du montage des données envisagées, à l'accord des potentiels différents producteurs de données partenaires et à l'aval de la CNIL.

Dans l'hypothèse où toutes ces étapes techniques préliminaires seraient validées, et sous réserve du respect du calendrier de construction de la base de données finale, le début des analyses est prévu au dernier trimestre 2006.

**A130 - Analyse des déterminants individuels et contextuels des AT/MP***Thierry Debrand, Pascale Lengagne*

Période de réalisation ⇨ 1er trimestre 2007 - fin de l'année 2008

Etat d'avancement ⇨ non débuté

**OBJECTIF / CONTENU**

Cette étude a pour objectif d'analyser les déterminants individuels et contextuels des AT/MP<sup>62</sup> 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.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode :**

Revue de littérature.

Descriptif de la répartition des AT/MP pour les salariés du privé selon certaines dimensions d'intérêt, par exemple :

- la dimension géographique (disparités régionales par exemple),
- le type d'entreprise (secteur d'activité),
- les populations caractéristiques : par âge, sexe, PCS ou niveau de salaire,
- etc.

Analyses économétriques portant sur les AT/MP subis par les salariés, à travers le nombre d'arrêts distincts ou la durée des arrêts, avec la possibilité d'explorer des phénomènes spécifiques comme la répétition d'arrêts pour un même individu, les arrêts de long terme, etc.

**Sources :**

Nouvelle base de données sur les IJ et les AT/MP fondée sur l'appariement des données individuelles de carrière produites par la CNAV avec les données de prestations du SNIIRAM produites par la CNAMTS (cf. fiche A040, p. 123).

**COMMENTAIRES PARTICULIERS :**

La réalisation d'études proprement dite est subordonnée à la faisabilité du montage des données envisagées, à l'accord des potentiels différents producteurs de données partenaires et à l'aval de la CNIL.

Dans l'hypothèse où toutes ces étapes techniques préliminaires seraient validées, et sous réserve du respect du calendrier de construction de la base de données finale, le début des analyses est prévu au dernier trimestre 2006.

<sup>62</sup> *Accidents du travail / maladies professionnelles*

**A064 - Evaluation du dispositif du médecin traitant***Chantal Cases, Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Philippe Le Fur*Période de réalisation ⇨ 1er trimestre 2007 – 1<sup>er</sup> trimestre 2009

Etat d'avancement ⇨ non commencé

**OBJECTIF / CONTENU**

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.

**Objectif principal du projet :** 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 du SNIIRAM.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

Ce projet se déclinera en plusieurs phases :

⇨ Analyse du choix (ou du non choix) d'un médecin traitant à travers l'exploitation d'un module spécifique de questions introduites dans l'enquête sur la santé et la protection sociale 2006 :

Ce travail sera réalisé en deux temps. Fin 2006 et au premier trimestre 2007, une analyse rapide des données issues de la première vague d'ESPS 2006, collectées au printemps, sera réalisée. Ce travail sera consolidé au dernier trimestre 2007 avec les données issues de la seconde vague. Ces données déclaratives permettront de traiter quatre questionnements :

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

⇨ Evaluation de 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 appariées aux données d'ESPS 2006 :

L'objectif de l'étude sera de tester l'influence de la mise en place du dispositif du médecin traitant sur l'évolution des dépenses de santé, et en particulier sur l'éventuelle substitution entre consommations de soins de généralistes et spécialisés. Cette analyse sera réalisée sur les années 2004 à 2006. Il s'agira de comparer, avant et après l'entrée dans le dispositif, la présence et la nature éventuelle du recours aux soins ainsi que son évolution dans le temps pour une cohorte d'individus et d'identifier, s'il existe, un gradient social dans l'impact. Les données appariées ESPS-EPAS seront disponibles dans le courant de l'année 2008. Une première exploitation pourrait être réalisée fin 2007 sur l'appariement réduit aux consommations de soins ambulatoires.

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

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

**A125 - Le répertoire des médicaments génériques : une particularité française ?***Nathalie Grandfils, Catherine Sermet*Période de réalisation ⇨ 2<sup>ème</sup> trimestre 2007 – 4<sup>ème</sup> trimestre 2007

Etat d'avancement ⇨ non commencé

**OBJECTIF / CONTENU**

L'objectif consiste à évaluer le champ couvert par le répertoire des génériques et de comprendre pourquoi certaines molécules génériques n'y figurent pas. Le cas du paracétamol est bien connu et s'expliquerait par un accord entre l'Etat et les industriels : c'est en échange d'une baisse de prix du princeps que le paracétamol n'aurait pas été inscrit au répertoire. D'autres molécules sont dans ce cas, avec d'autres types d'explications : la définition des médicaments génériques serait par exemple trop stricte pour que certains aérosols puissent démontrer leur bioéquivalence ou biodisponibilité avec le princeps. Une partie de ces produits est par ailleurs générique et substituée dans d'autres pays ; les écarts entre différents répertoires nationaux ainsi que les causes de ceux-ci seront expertisées. Le poids économique des produits concernés sera évalué.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode :**

Exploitation des bases pharmaceutiques nationales pour repérer les médicaments génériques mais ne figurant pas au répertoire ; fusion avec des données de remboursement pour chiffrer les dépenses engendrées par ces médicaments ; recherche des raisons justifiant l'absence d'inscription au répertoire de ces produits ; comparaison avec des pays voisins (Allemagne par exemple à travers l'Arzneiverordnungs-report)

**Sources :** Sempex, Thériaque, Medic'Am

---

**A101 - Impact de la dernière vague de déremboursements de mars 2006 sur la prescription des médecins : le cas des mucolytiques**

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

---

Période de réalisation ⇨ octobre 2006 – 3<sup>ème</sup> trimestre 2007

---

Etat d'avancement ⇨ non commencé

---

**OBJECTIF / CONTENU**

Les objectifs sont doubles :

- ⇨ évaluation de la qualité des données contenues dans Disease Analyser, nouveau panel longitudinal d'IMS Heath qui permet de suivre à la fois le médecin et le patient
  - ⇨ évaluation de l'impact du déremboursement des mucolytiques sur la prescription des médecins : y-a-t-il un report de prescription sur d'autres classes thérapeutiques ?
- 

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

**Méthode :**

Sélection des données de Disease Analyser à partir des diagnostics de consultation qui permettra de suivre l'évolution de la prise en charge des pathologies traitées avant mars 2006 par des mucolytiques.

Grâce à l'outil longitudinal :

- repérage des médecins qui prescrivaient des mucolytiques avant le déremboursement et observation de leur prescription pour les mêmes diagnostics après le déremboursement.
- repérage des patients auxquels des mucolytiques étaient prescrits avant le déremboursement et observation de leur prescription pour les mêmes diagnostics après le déremboursement.

**Sources :** Disease Analyser d'IMS Heath.

---

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Travail coordonné avec des études de l'AFSSAPS (sortie du marché des immunostimulants) et de la DREES (classe médicamenteuse à définir) dans le cadre d'un groupe de travail portant sur l'évaluation statistique du panel Disease analyser. Cette étude fera également l'objet d'une collaboration avec la CNAM, afin de comparer les résultats obtenus avec ceux issus des bases de remboursements de l'assurance maladie.

---

**A075 - Les déterminants du prix du médicament en France***Nathalie Grandfils, Stéphane Lhuillery, Valérie Paris*Période de réalisation ⇨ janvier 2005 – 3<sup>ème</sup> trimestre 2007

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation

**OBJECTIF / CONTENU**

En France, les prix des médicaments remboursables font l'objet d'une négociation entre le laboratoire pharmaceutique et le Comité Economique des Produits de Santé. Selon le Code de Sécurité sociale, le prix doit être fixé principalement en fonction de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) de la spécialité, du prix des spécialités déjà commercialisées dans sa classe thérapeutique et des volumes de ventes prévus ou des conditions d'utilisation du médicament.

L'étude présentée a un double objectif. Le premier objectif est de quantifier la relation existant entre les prix des spécialités introduites sur le marché et leurs déterminants (degré d'innovation, prix des concurrents et taille du marché) pour évaluer l'importance relative de ceux-ci. Le second objectif est de rechercher s'il existe un lien entre le niveau de prix accordé et certaines caractéristiques de l'entreprise qui commercialise le produit, telles que les effectifs qu'elle emploie sur le territoire français, son chiffre d'affaires, ses investissements en R&D.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode :**

L'étude porte initialement sur l'ensemble des produits évalués par la Commission de transparence entre 1999 et 2004, puis commercialisés et inscrits sur la liste des médicaments remboursés en ville.

Un premier modèle étudie la relation entre le prix des produits et leurs déterminants officiels : degré d'innovation, prix des concurrents éventuels, volumes de ventes.

Un second modèle incorpore les variables caractérisant les entreprises, tirées des enquêtes sur les entreprises (Enquête annuelle sur les Entreprises du SESSI, Enquête R&D).

**Sources :** Fiches de transparence de l'AFSSAPS, enquête EAE du SESSI, enquête R&D

**A076 - Stratégies de mise sur le marché des médicaments en Europe**

Nathalie Grandfils

Période de réalisation ⇨ 3<sup>ème</sup> trimestre 2007 – 4<sup>ème</sup> trimestre 2007

Etat d'avancement ⇨ non commencé

**OBJECTIF / CONTENU**

Ce projet consiste à compléter, actualiser et finaliser un travail démarré par une stagiaire. Il s'agit de dresser un bilan des conditions d'utilisation et de la pratique des industriels des différentes procédures de mise sur le marché : procédure centralisée, de reconnaissance mutuelle et nationale.

La mise en regard des éléments pratiques fournis par l'AFSSAPS et des éléments bibliographiques traitant des procédures européennes d'enregistrement des médicaments semble permettre de constater qu'en 2004 :

- la procédure centralisée semble effectivement prendre le pas sur la procédure de reconnaissance mutuelle et la procédure nationale. Dans les faits, la voie centralisée se substitue petit à petit à la voie décentralisée. Cette dernière aura donc permis une transition en douceur de l'échelon national à l'échelon communautaire ;
- paradoxalement, l'agence européenne du médicament ne se substitue pas aux agences nationales. Celles-ci endossent aujourd'hui des rôles nouveaux car leur terrain d'action s'est considérablement élargi et une compétition impliquant des enjeux inédits, s'est instaurée entre elles.

Des disparités entre agences existent et s'illustrent par une activité plus ou moins forte au niveau communautaire.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode :**

Synthèse documentaire et réglementaire

Analyse des données de l'AFSSAPS et de l'EMA sur les AMM obtenues

**Sources :** Rapports et répertoires AFSSAPS, EMA, sources réglementaires diverses

**A086 - Les dépenses de prévention en France : estimation à partir des comptes nationaux de la Santé***Thomas Renaud, Catherine Sermet en collaboration avec la DREES*

Période de réalisation ⇨ 2007

Etat d'avancement ⇨ en cours de publication / en cours de valorisation

**OBJECTIF / CONTENU**

Depuis plusieurs années, l'équipe de recherche de l'IRDES mène, en association avec la DREES, un travail d'estimation des dépenses de prévention à partir des comptes nationaux de la Santé. Ce travail s'inscrit, par son cadre méthodologique et son principe de collaboration active entre l'IRDES et la DREES, dans la lignée des Comptes par pathologie.

Une première étude a été publiée en 2003 sur ce thème. Puis une nouvelle version du travail a été initiée à la fin de l'année 2004 pour pallier les limites techniques et conceptuelles du prototype de 2003.

Cette étude a permis d'estimer les dépenses totales liées à la prévention en France pour l'année 2002 et de proposer une typologie adéquate en ventilant les dépenses de prévention selon :

- la nature et le type de population-cible de l'action préventive,
- l'appartenance à un programme spécifique de prévention ou de santé publique,
- et la nature, individualisable ou non, des dépenses associées.

Les résultats de cette étude ont été rendus publics lors de la commission des comptes de la santé qui s'est tenue en juillet 2006. Ils ont donné lieu à la publication d'un *Questions d'économie de la santé* en juillet 2006 (n°111).

L'objectif est maintenant :

- d'une part, d'assurer la continuité du travail en réalisant un transfert de connaissance et de méthodologie de l'IRDES vers la DREES;
- d'autre part, d'œuvrer à une bonne valorisation de ce travail dans la littérature académique et internationale.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Transfert de connaissance et de méthodologie :**

Cette étape de transfert des compétences de l'IRDES vers la DREES s'appuiera sur le rapport complet de l'étude. Elle donnera également lieu à un transfert physique des bases de données, des programmes et de l'ensemble des fichiers de travail qui devra s'accompagner de réunions de travail régulières permettant une bonne acquisition de la méthode par la DREES.

**Valorisation :**

La valorisation du travail est d'autant plus importante dans ce cas précis que la méthodologie développée par l'IRDES pour repérer et estimer les dépenses de prévention semble pionnière à l'échelle internationale.

Cette étape de valorisation donnera lieu à la publication d'un rapport complet à l'IRDES et à la soumission d'article(s) dans des revues à comité de lecture. Ceci s'accompagnera de présentations de l'étude dans des colloques scientifiques.

**ECHEANCES :**

- ⇨ Le transfert de compétences sera réalisé en 2007 ou en 2008 selon la disponibilité des partenaires aussi bien à l'IRDES qu'à la DREES.
- ⇨ Le rapport complet sera publié dans la collection IRDES à la fin de l'année 2006 ou au premier trimestre 2007.
- ⇨ La soumission d'un article dans une revue à comité de lecture sera effectuée durant le 1er semestre 2007.
- ⇨ Les travaux seront présentés dans des colloques scientifiques au cours de l'année 2007.

---

**A085 - Collaboration Bertelsmann : Health Policy Monitor**

*Zeynep Or (Coordination)*

---

Période de réalisation ⇨ échéances en avril et octobre de chaque année

---

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation

---

**OBJECTIF / CONTENU**

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

Valorisation d'avril 2006 :

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

Valorisation d'octobre 2006 :

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

L'IRDES poursuivra au cours des années à venir sa transmission de synthèses sur les thèmes d'actualité portant sur le système de santé.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

Revue de littérature

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Cette collaboration fait l'objet d'un financement de la part de la fondation Bertelsmann depuis 2003. Le contrat en cours s'achève fin 2006 ; il doit être renouvelé pour la période 2007-2009.

---

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

Zeynep Or

Période de réalisation ⇨ 1er trimestre 2006 – 2e trimestre 2007 (première valorisation IRDES)  
année 2007 (pour la valorisation extérieure et extension du travail)

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation / en cours de valorisation

**OBJECTIF / CONTENU**

- Fournir une vue d'ensemble (panorama) de la qualité des soins en France ainsi que des besoins d'information pour l'améliorer ;
- Dresser 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 ;
- Comparer 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.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode**

Nous avons effectué une revue de la littérature pour la définition de la qualité et des mesures utilisées dans d'autres pays développés. Nous suivons en particulier les recommandations et les résultats des principaux projets internationaux pour choisir les définitions et les indicateurs couvrant différents domaines (en particulier le projet de l'OCDE sur l'indicateur de la qualité en collaboration avec le Commonwealth Fund).

Nous identifions ensuite les outils utilisés en France pour mesurer la qualité et la sécurité des soins ainsi que les données disponibles. Il est également important d'identifier les acteurs principaux et leurs rôles dans la mesure et la gestion de la qualité des soins.

Nous tentons finalement, dans la mesure du possible, de comparer la situation en France à celle d'autres pays développés à partir d'une batterie d'indicateurs communs. Nous exploitons les données disponibles au niveau national en France et dans d'autres pays comparables. Les pays sont définis en fonction de la disponibilité et de l'accessibilité de l'information.

**Sources**

En France : Données provenant de sources variées : des bases de données disponibles (Eco-santé France et OCDE, ESPS, etc.), différentes études publiées et non publiées.

Les données internationales : la base de l'OCDE sur les indicateurs de qualité, les publications du Commonwealth Fund pour la comparaison de cinq pays.

**ECHEANCES DE PUBLICATIONS :**

→ Un 1er « Questions d'Economie de la Santé », plutôt pédagogique, sera publié à la fin de l'année 2006

→ L'ensemble des actions de valorisation se poursuivra tout au long de l'année 2007.

**COMMENTAIRE :**

Ce sujet pourrait faire l'objet d'une collaboration avec la HAS en 2007.

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

*Zeynep Or (IRDES) en collaboration avec l'ENSP (Martine Bellanger)*

Période de réalisation ⇨ 4<sup>e</sup> trimestre 2005 – 2<sup>e</sup> trimestre 2007

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation / en cours de valorisation

### **OBJECTIF / CONTENU**

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

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

L'étude porte sur des systèmes de santé ayant des caractéristiques différentes : systèmes nationaux et systèmes d'assurance sociale, systèmes décentralisés ou non. Les pays inclus sont les suivants : Allemagne, Danemark, Espagne, France, Hongrie, Italie, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni.

### **METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

#### **Méthode :**

L'étude contient deux parties monographiques, conduites pour chaque pays par des experts nationaux, selon un plan défini en commun par les participants. Cette première étape, suivie par Valérie Paris à l'IRDES, permettant d'éclairer et de comparer les processus et la définition des services couverts, ainsi que l'étendue de la couverture finalisée en 2005.

La deuxième étape consiste à établir une méthodologie d'évaluation des coûts afin que les pays recueillent les coûts et les prix associés à une liste définie de biens et services. Cette liste comporte des actes ou épisodes de soins de différentes natures (actes diagnostiques, chirurgicaux, prothèses dentaires), effectués dans divers contextes (ambulatoire, hospitalier interne ou externe) et s'adressant à des publics différents (enfants, adultes, personnes âgées). La liste a été établie en Octobre 2005 : pause de prothèse de hanche, opération de la cataracte, angioplastie, appendicite, prise en charge d'un AVC, accouchement, coloscopie, prise en charge de toux chez l'enfant, prothèse dentaire, rééducation fonctionnelle après fracture. Les vignettes spécifiques ont été définies en parallèle.

**Sources :** Nous avons exploité la base de l'Etude Nationale de Coûts 2005 pour calculer certains éléments de coûts, en plus d'un recueil individuel auprès des établissements/médecins.

#### **ECHEANCE DE PUBLICATIONS :**

- Les rapports par pays avec les données de coûts : fin Octobre 2006.
- Le rapport final du projet (avec recommandations politiques) sera présenté en février 2007 lors de la conférence finale.
- Il ya un projet de publication d'un livre pour l'Observatoire Européen de la Santé.

#### **COMMENTAIRE PARTICULIER :**

Ce projet est financé par la Communauté européenne et porte le nom « BASKET » : Benefits and Service Costs in Europe. Il est piloté par une équipe de la Faculté de Berlin.

Voir le site Internet : <http://www.ehma.org/projects/default.asp?NCID=112&NID=91>

Ce projet a débuté en 2004 et s'étale sur trois ans.

---

**A135 - Home care : étude comparative des soins délivrés à domicile**

*Michel Naiditch, Laure Com-Ruelle, Yann Bourgueil*

---

Période de réalisation ⇨ 1<sup>er</sup> trimestre 1 2007 – 4<sup>ème</sup> trimestre 2009

---

Etat d'avancement ⇨ non commencé

---

**OBJECTIF / CONTENU**

Construire par consensus d'expert un cadre commun de définition et de description des soins à domicile

Construction et validation d'un questionnaire ad hoc

Mise en évidence des bonnes pratiques (efficience)

Mise en place d'un système commun d'information (reporting) sur ce champ

Diffusion et valorisation

---

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

**Méthode :**

Passage du questionnaire à 25 professionnels par pays (donc 75 par état participant directement, chacun étant également responsable de 2 autres pays ne participant pas directement à l'étude)

**Sources :** ...

Analyse des bases de données accessibles et de la littérature grise

Séminaire de travail en commun aux périodes clefs (cadre, questionnaire, rapport final).

Construction et validation du questionnaire par pays directement impliqué (10) à partir d'un panel de 5 experts.

Recueils des questionnaires

Rédaction du rapport par pays

Validation du rapport de synthèse final.

---

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Projet européen impliquant directement 10 pays de l'UE et indirectement 20 autres, cofinancé (à 60 %) par la Commission européenne et d'une durée de 3 ans.

---

**A084 - Impact de la décentralisation des systèmes de santé sur l'équité et l'efficacité***Zeynep Or (IRDES) et Dominique Polton (CNAMTS)*

Période de réalisation ⇨ 2007

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation

**OBJECTIF / CONTENU**

Ce projet cherche à établir l'impact de la décentralisation sur l'équité et l'efficacité des systèmes de santé à partir d'une comparaison internationale de 12 pays variés (Australie, Autriche, Canada, Danemark, France, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Espagne, Suède, Suisse et Royaume-Uni). L'analyse proposée distingue non seulement différents modes de décentralisation entre les pays mais aussi quantifie d'une manière originale le degré de décentralisation.

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION****Méthode :**

Ayant passé en revue, dans un premier temps, différents cadres conceptuels d'analyse de la décentralisation, nous avons adopté une typologie des modes de décentralisation des systèmes de santé (développée par Bossert et Vrangbaeck), afin de construire un indice multidimensionnel pour mesurer le degré de décentralisation dans différents pays. En particulier, nous avons regardé la répartition des pouvoirs de décision dans différents domaines sanitaires (planification, financement, allocation des ressources), les paramètres allant du gouvernement central à l'individu (décentralisation maximale).

Dans un deuxième temps, des données régionales par pays sont recueillies afin d'analyser l'impact de la décentralisation sur l'équité et l'efficacité des systèmes de santé. Au-delà des analyses des corrélations entre la décentralisation et différents indicateurs de l'équité/efficacité, une modélisation hiérarchique est prévue pour établir le rôle de la décentralisation dans la détermination des écarts régionaux de santé en isolant effets des contextes nationaux.

**Source :**

Eurostat, Base de données régionales. Les données régionales supplémentaires sont fournies par les 12 pays. Eco-Santé OCDE pour les indicateurs au niveau international.

**COMMENTAIRES PARTICULIERS**

Les résultats préliminaires de cette étude ont été présentés en juillet 2005 dans la conférence internationale des économistes de santé à Barcelone. Nous reprenons cette étude avec un objectif de publication en 2007.

---

**A119 - Eurothine**

*Florence Jusot, Zeynep Or*

---

Période de réalisation ⇨ 2° trimestre 2005 – 2° trimestre 2008

---

Etat d'avancement ⇨ en cours de réalisation

---

**OBJECTIF / CONTENU**

Le projet « Tackling health inequalities in Europe an integrated approach » (Eurothine), proposé par Johan Mackenbach et Anton Kunst (Erasmus University, Rotterdam) vise à collecter et analyser des informations sur les inégalités sociales d'état de santé, de comportements à risque et de consommation de soins en Europe, afin de mutualiser la connaissance et éclairer les politiques de réduction des inégalités sociales de santé.

La participation de l'IRDES à ce projet a consisté dans un premier temps à fournir des informations harmonisées pour la France, à partir de l'enquête ESPS 2004.

Dans un second temps, l'IRDES participera activement au groupe de travail sur les inégalités de recours aux soins. Il s'agira d'analyser, à l'aide d'une méthodologie multiniveaux l'influence des caractéristiques des systèmes de santé européens sur l'ampleur des inégalités de recours aux soins.

---

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

**Méthode** : Données Eurothine

**Sources** : Analyses multivariées et multiniveaux

---

**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*

**OBJECTIF / CONTENU**

Les relations traditionnelles de l'IRDES avec les chercheurs du Québec ont pris une forme plus structurée depuis 2001 avec son engagement dans l'animation de l'Observatoire franco-québécois de la Santé et de la Solidarité, 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**

En 2006, auront paru, avec un certain retard, deux numéros : *Les actes du Forum franco-québécois sur « Vieillesse et santé »* de septembre 2005 et *La santé au travail*. Le n°1/2007, portant sur *Les retraites* est très avancé et permettra probablement de combler une bonne partie du retard pris. Le thème du n°2/2007 sera arrêté à l'occasion du prochain Comité directeur de l'OFQSS début décembre à Québec où sera évoqué le programme de la revue pour les deux années à venir. Plusieurs thèmes y seront proposés :

- ⇒ Où en sommes-nous avec les multiples réformes de nos systèmes de santé ?
- ⇒ Génétique et éthique, notamment, les conséquences de l'essor de la première sur la seconde
- ⇒ La violence en santé
- ⇒ La parité, égalité hommes/femmes (projet subordonné au séjour d'une chercheuse du Service des droits des femmes au Québec)
- ⇒ Les actes du Forum 2007 (probablement n°2/2008)
- ⇒ Un numéro préparatoire du Forum 2009 sur le cancer

**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. La version 2006 est désormais téléchargeable gratuitement sur le Web. En 2007, on procédera à sa refonte complète. Sera mise au point, en même temps, une version allégée du produit, mais comparable avec Eco-Santé OCDE.

**Les échanges d'experts**

Après l'expérience fructueuse du stage d'une attachée de l'INSEE à Santé Québec, qui a débouché sur un article original et de qualité dans le numéro de **3S** sur *Vieillesse et santé*, une chercheuse de Santé Québec a passé trois mois au printemps auprès de Jean-Louis Lanoë (à l'INSEE), pour une exploitation comparative de l'enquête santé. Nous espérons toujours finaliser, malgré de multiples obstacles administratifs, le séjour de la responsable de la mission « Etudes » du Service des droits des femmes à Santé Québec, pour, entre autres, la mission de piloter un numéro de la revue **3S** sur le thème de la parité et des inégalités entre les sexes.

**Organisation des colloques et des séminaires**

Après le séminaire de Toulouse de juin 2002 sur le vieillissement et celui de Québec de décembre 2002 sur la performance hospitalière, l'Observatoire a organisé en septembre 2005, à Québec, le premier Forum franco-québécois de la santé sur le thème de « Vieillesse et santé » en présence des ministres québécois (Philippe Couillard et Carole Théberge) et français (Philippe Bas) en charge de ce dossier. Il a réuni 300 personnes environ, représentants des décideurs (tant politiques qu'administratifs), acteurs et usagers du secteur, dont une trentaine de Français (experts et responsables du ministère). De l'avis unanime, il fut un très gros succès et son organisation, très structurée par l'Observatoire, jugée remarquable par l'ensemble des participants. Forts de ce bilan, les deux ministres (P. Couillard et P. Bas) ont décidé de pérenniser ces rencontres. La prochaine est déjà programmée pour le mois de mars 2007 à Paris, sur le thème « Maîtrise des dépenses et/ou qualité : faut-il choisir ? ». Son organisation a été confiée une nouvelle fois à l'observatoire qui, tout le laisse supposer, sera en mesure de réunir les plus représentatifs des experts sur ce sujet dans les deux pays.

## Thèses

---



---

**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*

---

Période de réalisation ⇨ 2006 –2009.

---

Etat d'avancement ⇨ en cours

---

**OBJECTIF / CONTENU**

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.

---

**METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

**Méthode :**

Deux éléments principaux composent la démarche d'analyse :

1) Analyser l'historique de l'implantation et de la diffusion des hôpitaux psychiatriques sur le territoire français dans la seconde moitié du XIXème siècle pour savoir comment l'héritage historique des grandes institutions asilaires du XIXème siècle a influencé le développement ultérieur des secteurs de psychiatrie et de démontrer que les secteurs psychiatriques n'ont pas été découpés dans un espace neutre et isotrope. Il s'agit ici de vérifier ou infirmer que la localisation des hôpitaux psychiatriques français érigés au XIXème siècle n'a pas obéi à des critères d'accessibilité pour la population desservie. Cela nécessite, en l'absence de base de données disponible, un travail d'archives. Une première lecture d'ouvrages d'historiens et de rapports officiels devrait permettre de dater et localiser l'implantation des premiers hôpitaux psychiatriques. Ces lectures seront complétées par des recherches dans les archives départementales, et éventuellement par une enquête auprès des établissements recensés aujourd'hui.

2) Analyser la localisation actuelle des secteurs de psychiatrie afin de vérifier si l'hypothèse de la concentration des services de santé de « dépendance » dans les quartiers défavorisés des centres-villes observée dans les autres pays (notamment aux Etats-Unis) se vérifie en France.

---

## **A045 - La variabilité des pratiques professionnelles en médecine générale : impact de recommandations de « bonne pratique » dans le cas du diabète**

*Julien Mousquès - Thèse*

*Encadrement IRDES : Yann Bourgueil*

Période de réalisation ⇨ 2004-2007.

Etat d'avancement ⇨ en cours

### **OBJECTIF / CONTENU**

Ce travail de thèse a pour objectif :

- d'une part, de faire le point sur la mesure, l'identification des déterminants, et les modalités de corrections de la variabilité des pratiques médicale ;
- d'autre part, de réaliser deux études sur données individuelles de patients diabétiques de type 2 d'un panel de médecins généralistes informatisés, à partir :
  - d'un recueil de données, rétrospectif, des pratiques de généralistes informatisés, associé à une enquête déclarative sur le contexte de leur pratique, afin de mesurer et d'identifier les déterminants de la variabilité des pratiques médicales dans la prise en charge du diabète de type 2 ;
  - d'une étude avant-après avec groupe témoin auprès de trois échantillons de généralistes afin d'évaluer l'impact d'un outil d'aide à la décision – un rappel informatique – sur la pratique médicale hygiéno-diététique des généralistes et les résultats de soins pour les patients diabétiques de types 2.

Les hypothèses de recherche sont les suivantes :

- le type d'information thérapeutique, comme le canal de transmission de cette information (formation médicale continue, staff hospitalier, visite médicale par des visiteurs médicaux de l'industrie pharmaceutique...) privilégié par le médecin généraliste, ne sont pas neutres sur sa pratique médicale. Or les généralistes ne s'appuient pas nécessairement sur le même type d'information et cela explique en partie l'existence de variabilité des pratiques médicales entre généralistes, même à contextes épidémiologique et clinique équivalents ;
- les stratégies les plus à même de modifier et d'améliorer les pratiques médicales des généralistes sont celles qui sont dites « interactives », c'est à dire qui reposent sur un consentement du médecin généraliste (volontariat) et sur des outils au plus proche de la pratique des professionnels et de leur contexte, comme c'est le cas pour les rappels informatiques ;
- si une stratégie d'intervention sur la pratique modifie cette dernière, alors le résultat de soins pour le patient s'améliore également.

### **METHODE ET SOURCES D'INFORMATION**

#### **Méthode :**

Point sur la mesure, l'identification des déterminants, et les modalités de corrections de la variabilité des pratiques médicales : revue de la littérature

Mesure et identification des déterminants de la variabilité des pratiques médicales dans la prise en charge du diabète de type 2 : modèles linéaires hiérarchiques sur les pratiques de prescription d'antidiabétiques oraux dans le DT2 et identification des facteurs associés à leurs variabilité, en particulier les facteurs liés au médecin.

Mesure de l'impact d'un outil d'aide à la décision – un rappel informatique – sur la pratique médicale hygiéno-diététique des généralistes et les résultats de soins pour les patients diabétiques de types 2 : étude avant-après avec groupe témoin auprès de trois échantillons de généralistes.

#### **Source :**

Pour la revue de la littérature les bases de données : medline, econlit, mbase.

Les médecins observés sont membres des panels de médecins généralistes THALES et/ou HERACLES.

# Glossaire

---



ADBS : Association des Professionnels de l'Information  
 ADELFF : Association des épidémiologistes de langue française  
 AIDELF : Association internationale des démographes de langue française  
 AES : Association d'Economie Sociale.  
 AFSA : Association française des sociétés d'assurance  
 AFFSA : Agence française de sécurité sanitaire des aliments  
 AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé  
 ALD : Affection de longue durée  
 AMM : Autorisation de mise sur le marché  
 ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé  
 ANR : Agence nationale de la Recherche  
 ARH : Agence régionale de l'hospitalisation  
 ASMR : Amélioration du service médical rendu  
 ATIH : Agence Technique de l'information sur l'Hospitalisation  
 AT/MP : Accidents du travail/maladies professionnelles  
 AVC : Accident vasculaire cérébral  
 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  
 CEPS : Comité économique des produits de santé  
 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'examen 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  
 CNHIM : Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament  
 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)  
 COR : Conseil d'orientation des retraites  
 CPOM : contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens  
 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  
 DIV : Délégation Interministérielle à la Ville  
 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  
 ECRHS : European Community Respiratory Health Survey  
 EMEA : Agence européenne du médicament  
 ENC : Eude nationale de coûts  
 ENHAD : Enquête nationale sur l'hospitalisation à domicile  
 ENSAE : Ecole nationale de la Statistique et de l'Administration économique  
 ENSP (enquête Canadienne) : Enquête nationale sur la santé de la population  
 EPAS : Echantillon permanent d'assurés sociaux (au 1/600e)  
 EPIBAM : Echantillon permanent inter-régime des bénéficiaires de l'Assurance maladie  
 EPPM : Enquête permanente sur la prescription médicale  
 ESPS : Enquête Santé, Soins et Protection sociale  
 ESTEV : Enquête Santé, Travail Et Vieillesse  
 EUROSTAT : Office statistique des communautés européennes  
 FAQSV : Fonds d'aide à la qualité des soins de ville  
 FFSA : Fédération française des Sociétés d'Assurances  
 FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux  
 FNEHAD : Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile  
 FNMF : Fédération nationale de la mutualité française  
 FNMI : Fédération nationale de la mutualité interprofessionnelle  
 FNORS : Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé  
 GEIRSO : Groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales  
 GFEP : Groupe français d'épidémiologie psychiatrique  
 GHM : Groupes homogènes de maladies  
 GIS : Groupement d'intérêt scientifique  
 GROG : Groupes régionaux d'observation de la grippe  
 HAD : Hospitalisation à domicile  
 HAS : Haute Autorité de Santé  
 HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie  
 HESG : Health Economists' Study Group  
 HRS : Health and Retirement Survey  
 IDEP : Institut d'Economie publique  
 IHEA : International Health Economics Association  
 IDEP : Institut d'Economie 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  
 ISAAC (enquête) : International Study on Asthma and Allergy in Childhood  
 ISQ : Institut de la statistique du Québec

ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine  
 MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique  
 MEDICAM : Médicaments remboursés par l'Assurance Maladie  
 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  
 OCAM : Organisme de couverture d'assurance maladie  
 OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques  
 OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies  
 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  
 ORSMIP : Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées  
 PCS : Profession et catégorie socioprofessionnelle  
 PHRC : Programme hospitalier de recherche clinique  
 PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information (hospitaliers)  
 PSCE (enquête) : Protection sociale complémentaire d'entreprise  
 PSE : Paris-Jourdan Sciences Economiques  
 RESP : Revue d'épidémiologie et de santé publique  
 REVES : Réseau sur l'espérance de vie en santé  
 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  
 SFTG : Société de formation thérapeutique du généraliste  
 SHARE : Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe  
 SMR : Service médical rendu  
 SNIIRAM : Système national inter-régime d'information de l'Assurance maladie  
 SNIR : Système national interrégimes  
 RPSS : Résumés par séquence de soins  
 SROS : Schémas régionaux d'organisation des soins  
 SSHAD : Service de soins hospitaliers à domicile  
 SSHRC : Social Science and Humanities Research Council  
 SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile  
 SSR : Soins de suite et réadaptation  
 SVP 50 (enquête) : Santé et Vie Professionnelle après 50 ans  
 TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité  
 THS : Traitements hormonaux substitutifs  
 UIESP : Union internationale pour l'étude scientifique de la population  
 UNCAM : Union nationale des Caisses d'assurance maladie  
 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  
 VISAT (enquête) : Vieillesse, Santé, Travail  
 ZUS : Zone urbaine sensible