



Rapport de synthèse

Journée des Economistes de la Santé Français
Bordeaux 2014

Synthèse collective des interventions ayant eu lieu lors des JESF de
Décembre 2014, sous la direction de Yann VIDEAU et Thomas BARNAY

Soa ANDRIANARIVELO, Floriane COSTEDOAT, Nicole EMILION, Marc D'ELBEE, Fatoumia HAKIM,
Alexis MARTIN, Samer MEHRI, Anissa MILED, Rémi MONNIER, Andréa PISCOPO, Rahma SELLAMI,
Charles SABOURIN

Table des matières

TABLE DES MATIERES	1
INTRODUCTION.....	2
SESSIONS.....	3
SESSION INVITEE : PLACE, ENJEUX ET PERSPECTIVES DU CALCUL ECONOMIQUE EN SANTE EN FRANCE.....	3
SESSION DEPENDANCE	4
SESSION MESURES PREFERENCES INDIVIDUELLES.....	5
SESSION PERCEPTION DES RISQUES.....	7
SESSION ARRETS MALADIE.....	8
SESSION ACCES AUX SOINS	9
SESSION READMISSION ET HOSPITALISATIONS EVITABLES	11
SESSION POLITIQUES DE SANTE	12
SESSION DETERMINANTS DE CONSOMMATIONS.....	13
SESSION P4P	14
SESSION HANDICAP ET ACCES AU SOIN	15
SESSION EVALUATION – 2.....	16
SESSION RISQUE ET AVERSION AU RISQUE.....	17
SESSION HOPITAL.....	18
SESSION PRECARITE – RENONCEMENT	19
SESSION REDUCTION FACTEUR DE RISQUE.....	21
CONCLUSION.....	23
ANNEXES	24
SESSION INVITEE.....	24
SESSION DEPENDANCE	24
SESSION MESURES PRÉFÉRENCES INDIVIDUELLES	24
SESSION PERCEPTION DES RISQUES.....	25
SESSION ARRETS MALADIE.....	25
SESSION ACCÈS AUX SOINS	25
SESSION RÉADMISSION ET HOSPITALISATIONS ÉVITABLES	26
SESSION POLITIQUES DE SANTE	26
SESSION DETERMINANTS DE CONSOMMATIONS.....	26
SESSION P4P	27
SESSION HANDICAP ET ACCÈS AUX SOINS	27
SESSION EVALUATION - 2.....	27
SESSION RISQUE ET AVERSION	27
SESSION HOPITAL.....	28
SESSION PRÉCARITÉ - RENONCEMENT	28
SESSION REDUCTION FACTEUR DE RISQUE.....	28

Introduction

C'est dans un contexte où l'augmentation des inégalités de l'offre de soin et des dépenses de santé contraint les pouvoirs publics à prendre des mesures éclairées que la recherche acquiert toute son importance et permet d'enrichir la réflexion. Le collège des économistes de la santé (CES) est un acteur majeur du secteur de la santé et participe vivement à la communication entre les différentes instances, publiques ou privées, chercheurs ou politique. C'est dans cet esprit d'échange et de partage que l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED) a accueilli la 36^e journée des économistes français à l'Université de Bordeaux, le 4 et 5 décembre 2014. 36^e journée, 36 communications, 2 tables rondes et 140 participants, jamais les JESF n'avaient connu pareil engouement. Les thèmes de cette année étaient riches et variés, allant de la dépendance aux déterminants de consommation en passant par les politiques de santé, l'hôpital, l'évaluation, l'accès aux soins, les arrêts maladie ou la santé numérique...

Construites sur un modèle de colloque particulier, les JESF créées il y a plus de vingt ans, sont depuis 2006 organisées dans une université ou une institution en France. Elles se déroulent sous forme d'ateliers (workshops) d'une durée de 45 minutes où chaque étude est présentée par un discutant extérieur et non par le (ou les) auteurs(s). La discussion est ensuite ouverte avec les auteurs et l'auditoire. Une partie des communications et des discussions sont désormais en ligne sur le site du CES.

Sessions

Session invitée : Place, enjeux et perspectives du calcul économique en santé en France

Cette première session des JESF est présentée par Julia Bonastre et fait intervenir plusieurs représentants des acteurs de l'évaluation économique en santé en France : la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Institut National du Cancer (INCa), la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), et des académiques.

La première partie de cette session correspond à la présentation des différents travaux de la Haute Autorité de Santé (HAS) en matière d'évaluation économique par V. Raimond et F. Midy. En effet, celle-ci émet des avis d'efficience depuis de nombreuses années sur les nouvelles stratégies souhaitant accéder au marché et incorpore, depuis 2012, une évaluation technique via la Commission d'Evaluation Economique et Santé Publique (CEESP). Cette commission est chargée d'émettre un avis sur l'évaluation médico-économique proposée par l'industriel sur des critères notamment méthodologiques. Dans ce sens, la HAS a d'ailleurs publié un guide méthodologique de l'évaluation économique permettant de fixer un certain cadre afin d'homogénéiser les études. Différentes positions ont été prises par la HAS avec la volonté principale d'ancrer ce guide dans les pratiques. Un nouvel exemplaire devrait paraître début 2016.

La deuxième partie de la session est animée par S. Baré, chargée de présenter l'INCa (Institut National du Cancer) et la manière dont cette agence sanitaire de l'Etat créée en 2004 évolue pour intégrer la vision économique à ses actions de lutte contre le cancer. Devant une augmentation croissante du coût de la prise en charge du cancer en France, représentant environ 7,25 milliards d'euros aujourd'hui, l'INCa a décidé de se restructurer afin de se doter d'une section d'évaluation économique. Il est aussi présenté les grands axes du Plan Cancer 2014-2019 où la question économique est placée au premier plan avec une implication croissante des acteurs de terrain dans une volonté d'aide à la décision.

C. Carbonneil présente dans une troisième partie la DGOS qui favorise l'intégration du travail économique à travers des programmes de recherche : le programme de recherche médico-économique (PRME) et le programme de recherche sur la performance du système des soins (PREPS). La DGOS contribue à l'efficacité de la recherche en mettant en place différentes

structures et comités permettant d'accompagner et d'aider à la réalisation des différents programmes de recherches, de systématiser l'intégration d'analyses médico-économiques robustes afin que les décideurs puissent se positionner à partir d'études qualitatives émanant de la recherche.

Dans une quatrième partie, B. Detournay et L. Perrier pointent les difficultés des acteurs de terrain à produire des études précises et correspondant à des critères méthodologiques de plus en plus exigeants. Ils mettent en évidence que certaines zones d'ombre restent à clarifier notamment concernant la mesure et l'interprétation des résultats de santé via l'extrapolation dans le temps, mais aussi concernant la mesure et la valorisation des coûts (aucune base de données unique et partagée entraînant un manque d'homogénéité dans les choix effectués par les économistes). Ils insistent aussi sur la différence de méthode d'évaluation entre la France et le Royaume-Uni, le second valorisant bien plus l'intégration des académistes à travers les « unités d'aide à la décision universitaire » (DSU) permettant de répondre à des questions techniques.

En cinquième partie, J. Wittwer analyse la place accordée à la recherche académique dans le monde de la santé aujourd'hui. La place des études médico-économiques au sein des publications est discutée. De même que B. Detournay et L. Perrier, il montre que ce domaine est encore largement représenté par des professions de santé alors que la place des économistes prend de plus en plus de sens dans la recherche.

Enfin, P. Gorry conclut cette session en résumant et argumentant au tour des problématiques abordées, essayant de clarifier la place de l'État, jugé parfois trop ambiguë en tant qu'organe régulateur, mais aussi en mettant en contraste les budgets liés à la HAS et au NICE.

Session Dépendance

En 2012, la population française des personnes âgées de plus de 60 ans représentait 1,2 millions de personnes. On en comptera 2 millions d'ici 2040. Avec le vieillissement de la population et ses besoins de soins grandissant, la prise en charge de la dépendance constitue de multiples enjeux majeurs, tant sur le plan médical que social, économique et politique. L'article de R. Hege évalue l'élasticité-prix de la demande d'aide à domicile des personnes âgées dépendantes, en réaction à de nombreuses publications aux conclusions divergentes concernant le montant du reste à charge des bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA). Il s'agit d'une analyse multi-niveaux sur données françaises (enquête

Handicap Santé Ménages de 2008). Cette étude réaffirme la vulnérabilité des personnes âgées dépendantes qui ont une faible élasticité-prix de la demande de soins formels à domicile et peuvent donc être soumises à des restes à charges problématiques. Le second article, de L. Arnault s'intéresse à l'aide informelle et l'entrée en institution des personnes âgées dans deux départements français à travers le suivi de la cohorte PAQUID pendant 22 ans. Cet article évalue les facteurs conduisant à mettre en institution une personne âgée, ou au contraire la maintenir à domicile jusqu'à son décès par l'utilisation d'un modèle de Cox. Les principaux facteurs de mises en institution sont l'âge, la démence, l'isolement et le manque de ressources financières. Le troisième et dernier article de S. Juin s'intéresse à l'effet sur la santé mentale, physique et auto-évaluée des aidants prenant en charge des personnes âgées dépendantes, dans le cadre de soins informels. Ce travail utilise l'Enquête Handicap Santé de 2008 pour étudier les sources principales des coûts d'opportunité pour l'aidant qui réduisent son état de santé perçu, physique et mental, et peuvent conduire à de nombreux autres coûts. L'impact de l'intensité de l'aide informelle, l'existence d'alternatives à cette aide, le lien entre l'aidant à la personne dépendante (conjoint, enfants...) sont quelques-unes des variables explicatives de l'état de santé des aidants qui sont testées. Une aide informelle intensive dégrade fortement la santé mentale des aidants, surtout lorsqu'elle est assurée par les filles et qu'elle ne résulte pas d'un choix délibéré.

Session Mesures préférences individuelles

L'évaluation de stratégies thérapeutiques met en relation des coûts et des utilités. Concernant la partie coûts, bien qu'il existe des opinions divergentes sur le périmètre, ainsi que l'échelle à étudier, un consensus prédomine. Concernant la mesure de l'utilité, les techniques employées sont diverses et, bien que des méthodes normalisées soient employées pour ces études, des interrogations émergent quant à la précision de cette mesure, notamment concernant le biais lié à la préférence pour le présent des agents.

Le premier article de la session (V. Clément et P. Tessier) présente une alternative au « time trade-off » (TTO) ici appelé le « long term time trade-off ». Cette alternative permet de s'affranchir du biais lié à la préférence pour le présent des agents étudiés. Cet article met en évidence qu'à cause de ce biais, l'utilité mesurée par le TTO classique est sous-estimée par rapport à ce que seraient les scores d'utilité si les individus avaient une préférence pour le

présent qui était prise en compte. Dans la version modifiée du TTO, les bénéfices et les coûts se font de façon concomitante. L'article propose une version mensuelle du TTO qui se fait en 2 étapes. Le TTO modifié consiste en un arbitrage de l'individu qui, s'il reçoit un traitement, va être dans un état d'hospitalisation pendant x jours, et le reste du temps dans un état de parfaite santé.

Le deuxième article de la session (T. Blayax, V. Clément, G. Mercier et P. Tessier) décrit une expérience de choix discret pour mettre en évidence les préférences individuelles entre une hospitalisation conventionnelle et une hospitalisation à domicile (HAD). L'étude s'inscrit dans l'effort actuel de promotion de l'hospitalisation à domicile (HAD). Il s'agit d'une double enquête (2 échantillons, patients et population générale) dans laquelle il est proposé aux individus de choisir entre différentes options, qui prennent des niveaux variables en fonction des attributs. A l'aboutissement des démarches, 11 questionnaires sont retenus, et chaque personne doit arbitrer 6 fois entre HAD et hospitalisation conventionnelle. L'étude conclut que la probabilité de choisir l'HAD est supérieure à l'hospitalisation conventionnelle.

Le troisième article de la session (D. Crainich), décrit une étude expérimentale dont l'objectif est de déterminer s'il existe une demande de redistribution dans le cadre d'assurance qui couvre les risques de maladie. L'expérience consiste en un choix entre un assureur privé avec une prime actuarielle basée sur la probabilité individuelle de maladie ou une mutuelle prélevant une prime en fonction du niveau de revenu. Des groupes sont constitués, et chaque individu est caractérisé par 3 paramètres : sa richesse, sa vulnérabilité par rapport à la maladie et son effort de prévention. Chaque individu est crédité de 3 vies où ils peuvent être soit malade soit bien portant. Cette étude permet notamment de mettre en évidence que les pauvres ont un consentement à payer net plus faible que les riches, que les gens les plus vulnérables ont un consentement à payer plus faible, que les pauvres choisissent plus souvent d'adhérer à une mutuelle, mais surtout que la contextualisation et l'information relative au risque ont tendance à augmenter la propension nette à payer des riches et des pauvres.

Session Perception des risques

Le premier article (L. Goldzahl) explore l'impact des inégalités sociales sur le dépistage du cancer du sein qui est le cancer féminin le plus fréquent. L'incidence de ce cancer a augmenté jusqu'en 2005 puis a progressivement diminué.

Les trois déterminants du dépistage du cancer du sein sont les caractéristiques socioéconomiques, les perceptions et les préférences individuelles (aversion au risque et préférence pour le présent) qui incluent tabac, alcool et dépistage de cancer.

L'objectif de l'article est d'étudier les déterminants socioéconomiques et psychologiques de la régularité du dépistage du cancer du sein. Pour cela, l'auteur s'intéresse au milieu social d'origine et ses effets indirects via les préférences et le statut social, ainsi qu'au statut social lui-même et à ses effets indirects via les perceptions. Il estime successivement les déterminants de la régularité du dépistage du cancer du sein, l'effet direct du milieu social d'origine sur la régularité du dépistage du cancer du sein et ses effets indirects via les préférences et le milieu social actuel, et enfin l'effet direct du milieu social actuel sur la régularité du dépistage du cancer du sein et ses effets indirects via les perceptions. Les résultats de l'étude montrent une relation entre tolérance au risque et dépistage, que l'éducation de la mère a des effets indirects via l'éducation et la tolérance au risque démontrant une légitimité de l'intervention publique.

Le second article (Roméo Fontaine, M. Perronnin, N. Sirven et N. Zerrar) s'intéresse à l'impact de la perception du risque de dépendance, reflet imparfait du risque réel, sur la demande de couverture de ce risque.

Avec le vieillissement de la population, la question de la prise en charge de la perte d'autonomie devient de plus en plus importante. Le risque de dépendance n'étant que partiellement couvert par la dépense publique, le reste à charge demeure important, en moyenne 1468 € en institution.

Les analyses économétriques réalisées sur l'enquête ESPS (2653 individus) montrent que beaucoup de gens ne peuvent pas déclarer avec certitude s'ils ont souscrit une assurance dépendance ou pas. Deux hypothèses peuvent expliquer cela. D'abord, l'assurance dépendance couvre un risque survenant une seule fois, parfois après une très longue période (risque d'oubli de souscription), contrairement à l'assurance maladie (risque courant, répété). Ensuite la variation des modes d'accès à une assurance dépendance peut également freiner la souscription des individus. Les résultats montrent qu'il y a un faible pouvoir explicatif des

variables sociodémographiques, un rôle de la préférence pour le présent mais pas du niveau d'aversion au risque.

Session Arrêts maladie

La première étude, de C. Marbot et C. Pollak, analyse les différences de recours aux arrêts de travail liés à la santé entre hommes et femmes en France. Elle dresse tout d'abord un bilan précis des différences de nombre de jours d'arrêt par an. Elle cherche ensuite à expliquer les différences de prise d'arrêts maladie en deux étapes.

Tout d'abord, les arrêts maladie liés à une grossesse sont isolés. Ensuite, la différence résiduelle est décomposée entre une part liée aux écarts de structure par quartile de salaire et une part liée aux écarts au sein de chaque quartile. 82 % de l'écart entre hommes et femmes est expliqué par le modèle et les grossesses expliquent plus de 30 % de l'écart. L'effet majeur (qui explique 35% de l'écart) provient de la différence de prise d'arrêt maladie au sein des 25% de salariés les moins bien rémunérés, les femmes de cette catégorie prenant nettement plus d'arrêt que les femmes mieux rémunérées, mais aussi que les hommes de cette catégorie. Cette forte différence serait due aux caractéristiques des emplois occupés par ces femmes peu rémunérées, et plus précisément à leur exposition à des risques psycho-sociaux particuliers.

La seconde étude, de S. Ménard et C. Pollak, évalue l'impact de la générosité de l'indemnisation sur le recours aux arrêts maladie, en analysant l'effet d'une réforme qui modifie le niveau d'indemnisation complémentaire sur le recours aux arrêts maladie des salariés du privé en France et étend son accès aux salariés de plus d'un an d'ancienneté, contre 3 ans auparavant. Ce complément permet d'atteindre un taux de remplacement minimal de 90 % du salaire à partir du 8ème jour d'arrêt, contre les 50 % du salaire journalier brut versé par l'assurance maladie sans condition d'ancienneté. L'analyse mobilise des données administratives (Hygie) regroupant les informations sur les carrières, la consommation médicale et les arrêts maladie d'un échantillon d'environ 250 000 bénéficiaires du régime général suivis de 2005 à 2010. Elles permettent d'identifier les salariés selon leur ancienneté et de former des groupes d'individus traités et témoins pour évaluer l'effet de la réforme à l'aide d'un estimateur en différence de différences. En raison de la simultanéité entre la réforme et le début de la crise économique, un examen minutieux des groupes de contrôle potentiels est mené afin de vérifier l'hypothèse de tendance commune du recours aux arrêts maladie. Les résultats suggèrent que la réforme n'a pas eu d'effet sur le nombre et le volume des arrêts maladie, ni en 2009, ni en

2010. Si la réforme n'a pas eu d'effet au niveau global, car généralisant une pratique déjà répandue, elle n'a pas non plus eu d'impact significatif sur les comportements des bénéficiaires désormais éligibles aux indemnités complémentaires.

La troisième étude (A. Tison, A. Paranoparis et B. Ventelou) compare la situation financière et professionnelle de deux catégories de travailleurs, les indépendants et les salariés, 18 mois après la rémission d'un cancer. Dans un contexte de nouvelles réformes induisant une hausse du nombre de travailleurs indépendants, comprendre les déterminants et le contexte de retour à l'emploi après une période d'inactivité, représentée ici par la survenance d'un cancer, semble nécessaire en termes de politiques publiques. En effet, en cas de cancer, les salariés et les indépendants sont couverts de façon identique, mais à des niveaux d'indemnités différents. En plus de ces différences financières, d'autres difficultés peuvent survenir pour un indépendant lors de la cessation temporaire d'activité : d'une part, la difficulté d'être remplacé, et d'autre part la possibilité de perdre tout ou partie de sa clientèle durant cette période. L'arrêt d'activité suite à un cancer est donc doublement plus pénible pour un indépendant que pour un salarié. Les résultats montrent que les travailleurs salariés et indépendants ont la même évolution sur le marché du travail jusqu'à 18 mois après la fin du cancer. Cependant, les chômeurs indépendants sortent plus facilement du chômage que les salariés chômeurs. Concernant l'absentéisme, les indépendants attendent en moyenne plus de jours pour prendre un arrêt que les salariés. Pour le retour au travail, les indépendants prennent en moyenne moins de jours d'arrêts que les salariés (135 contre 203). Du point de vue financier, les indépendants ont une perte plus importante de salaire que les salariés, toute chose égale par ailleurs (10% contre 1%).

Session Accès aux soins

En France, l'accès aux soins est fortement dépendant de la possession d'un contrat d'assurance complémentaire santé et de sa qualité. Et l'offre de soins est caractérisée par une inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire remettant en cause l'égalité d'accès aux soins. Ainsi, dans le contexte actuel de limitation des dépenses de santé, l'accès aux soins demeure une question fondamentale qui peut être analysée selon différentes approches. C'est dans ce cadre que cette Session analyse l'Accès aux soins en France à travers trois articles. Si l'un d'eux aborde l'aspect géographique en étudiant les déterminants des distances parcourues

par les patients afin d'expliquer le rôle joué par les contraintes d'offre, les deux autres articles simulent et évaluent l'impact de (changement) de dispositif sur l'accès aux soins.

Dans le premier article, F. Jusot et A. Pierre évaluent les impacts de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) de 2013 qui consiste à généraliser la complémentaire santé d'entreprise et à améliorer sa portabilité. L'objectif étant d'étudier les effets attendus de ce dispositif sur la généralisation de la complémentaire santé en France et ses conséquences à la fois en termes de bien-être et d'inégalité d'accès à la complémentaire santé. Grâce aux données de l'Enquête Santé et Protection Sociale 2012, les résultats montrent que le taux de non-couverts est estimé à 4% après l'ANI (5% en 2012), et à 3,7% en tenant compte de la portabilité restera toujours plus élevé pour les populations les plus fragiles, et en particulier les chômeurs. L'ANI n'aura ainsi qu'un effet modeste sur la généralisation de la complémentaire santé en France et ne permettra pas d'atteindre l'objectif de réduction des inégalités de santé puisqu'il risque d'augmenter la concentration de non-couverture parmi les populations les plus fragiles, c'est-à-dire les plus pauvres ou les plus risquées compte tenu de leur état de santé. De plus, ce dispositif risque également de réduire le bien-être des personnes pour qui la non couverture était un choix issu d'un arbitrage entre les dépenses de complémentaire et les bénéfices attendus, compte tenu de leur risque et de leurs préférences.

Le deuxième article (A. Pierre, V. Lucas-Gabrielli, L. Com-Ruelle et M. Coldefy) s'intéresse aux distances parcourues par les patients et les contraintes d'accès dans le recours aux soins. Pour la première fois en France, l'étude se propose d'analyser les déterminants de l'accès effectif aux soins ambulatoires. Sa spécificité réside dans l'utilisation conjointe de données permettant de comprendre les déterminants des distances parcourues par les patients pour recourir aux soins (appariement entre les données ESPS 2010 et du SNIIRAM), afin d'évaluer la part attribuable aux caractéristiques individuelles et celle relative aux contraintes d'accès aux soins. Les résultats montrent qu'une très faible accessibilité diminue significativement la probabilité de recourir aux soins de généralistes et augmente les distances parcourues, impliquant des efforts supplémentaires par certains patients pour recourir aux soins. Par ailleurs, les individus ne recourent plus aux soins ou, du moins, n'ont plus un libre choix au-delà d'un temps d'accès supérieur à 30 minutes. En effet, les distances supplémentaires effectuées pour recourir aux soins de spécialistes diminuent fortement. En outre, il existe une plus forte variabilité des distances supplémentaires chez les individus résidant dans des communes à faible

accessibilité, conduisant ainsi à s'interroger sur certaines dimensions inobservables de l'accessibilité aux soins.

Enfin, le troisième article (S. Guthmuller et F. Jusot) a pour objectif d'étudier l'effet d'un système d'assurance maladie public plus généreux sur la consommation et le recours aux soins grâce à une expérimentation naturelle portant sur les étudiants de la région d'Alsace-Moselle. Il consiste à évaluer la perte du régime local pour les étudiants à partir de l'âge de 20 ans qui basculent alors obligatoirement vers le régime national avec des co-paiements plus importants. Les auteurs ont utilisé les données de remboursement de la Mutuelle Générale des Etudiants de l'Est (MGEL). Les résultats révèlent qu'un système de santé local public plus généreux que le système national a un faible impact sur les dépenses de santé ambulatoires. L'effet est négatif sur le poste médicament et faiblement positif sur les soins dentaires & soins de spécialistes. En revanche, l'impact est important sur les restes à charge et sur la quasi-totalité des postes de soins : médecins, soins techniques et paramédicaux.

Session Réadmission et hospitalisations évitables

Actuellement, en France le taux de réadmissions est considéré comme un bon indicateur de la qualité des hôpitaux car d'une part, d'après la littérature, une sortie prématurée ou des soins déficients lors de l'hospitalisation initiale peuvent conduire à une réadmission. D'autre part, les réadmissions sont fréquentes et concernent un large éventail de pathologies. Une réadmission est considérée comme potentiellement évitable si elle n'était pas prévue au moment de la sortie de l'hospitalisation précédente, si elle est causée par au moins une affection déjà connue au moment de cette sortie et si elle survient dans les 30 jours.

Dans le premier article, A. Afrite, J. Mousques et T. Cartier cherchent à déterminer le lien entre le regroupement pluri-professionnel en soins de premier recours et l'hospitalisation. Ils émettent l'hypothèse de l'existence d'une meilleure coordination et continuité des soins et des services offerts par les professionnels en structure pluri-professionnelle par rapport à l'exercice « seul » et se demandent si cela induit un moindre recours à l'hôpital en service de soins de courte durée.

Pour répondre à cette question, ils utilisent les données de la base de données SNIIRAM sur la période 2009-2012 appariées aux données du Programme Médicalisé des

Systèmes d'information (PMSI-MCO). Les résultats montrent que les patients qui sont suivis par un médecin généraliste qui exercent dans une structure de groupe avec plusieurs professionnels ne sont pas plus protégés face aux risques de connaître une hospitalisation par rapport à ceux qui sont pris en charge par un médecin qui exerce seul.

Enfin, l'article de J. Pisarik et C. Milcent se donne pour objectif principal d'apporter un éclaircissement sur les déterminants du choix de la technique chirurgicale, l'effet du choix de la technique sur la qualité des soins et l'impact financier de la chirurgie bariatrique selon le type de technique, cela dans le but de lutter contre l'obésité et ses effets néfastes sur la santé de la population étudiée. Pour ce faire, ils utilisent des données du PMSI pour 2011 appariées aux Statistiques Annuelle des Etablissements de santé provenant de la DREES, sur 30 491 patients et 30 574 actes. Les résultats mettent en avant des disparités importantes par type de techniques chirurgicales, qui s'ajoutent à la diversité des choix par région. Il est montré que la probabilité de complications et le coût des séjours (initiaux et complications) varient selon les techniques.

Session Politiques de santé

Les politiques actuelles visent à améliorer l'efficience dans le système de santé. En effet, l'évaluation de la qualité des dépenses de santé a induit une augmentation du nombre d'incitations tendant à décourager la consommation de soins médicaux dont l'efficacité n'est pas prouvée et qui engendrent toutefois des coûts élevés.

Le premier article (P. Chauvin *et al.*) vise à évaluer l'impact des recommandations de la HAS sur la prescription des traitements spécifiques de la maladie d'Alzheimer dont le coût est élevé, avec une efficience qui reste limitée. Les auteurs étudient des médicaments appartenant à cette catégorie dont la prescription a été découragée par la HAS (Octobre 2011). Ils analysent un échantillon d'individus âgés de plus que 65 ans en 2009 et inscrits au régime général d'assurance maladie sur la période 2009-2013 et estiment leur consommation en médicaments de l'Alzheimer, afin de contrôler les problèmes d'endogénéité et la persistance de cette consommation dans le temps. Les recommandations de la HAS devraient générer un effet d'information à travers les médecins et un effet de prix grâce aux variations des taux de co-paiements pour les patients. Cependant, l'exemption du co-paiement chez les personnes

assurées pour des ALD réduit l'effet de prix, rendant l'information des médecins primordiale. Les recommandations de la HAS ont altéré les consommations des médicaments de la maladie de l'Alzheimer pour toute la population étudiée. Cependant, un impact négatif à court terme n'a été observé que chez les sujets de sexe masculin âgés de moins de 80 ans.

Le deuxième article (C. Marbot) a pour objectif d'étudier les conséquences de la réduction inédite de la liste des ALD (suppression de l'HTA de la liste) sur la consommation de soins des patients hypertendus sévères. Il s'agit ainsi de comprendre l'apport de la prise en charge d'un patient en ALD. A partir d'un échantillon issu de l'EGB, l'étude s'est faite en 2 temps : en premier lieu, les auteurs ont estimé un modèle de probabilité qu'un patient commence à bénéficier de l'ALD 12 sachant qu'il est hypertendu. Ensuite, l'effet d'une mise en ALD 12 est évalué. L'étude a conclu que la suppression de la possibilité d'entrer dans le dispositif ALD 12 a affecté légèrement la consommation de soins des patients hypertendus. La dépense globale de soins n'aurait pas été affectée mais la dépense de consultations et de médicaments contre l'hypertension a significativement baissé.

Session Déterminants de consommations

Dans un contexte français de faible croissance, associé à une augmentation des dépenses de santé, les acteurs sont poussés à remettre en cause leur pratique en la faisant évoluer. Les articles de cette session présentent des évolutions possibles, avec d'une part les regroupements ambulatoires, et d'autre part une nouvelle méthodologie de ventilation des dépenses de santé.

Le regroupement multi-professionnel ne concerne que 54% des médecins en France contre plus de 90% au Québec, au Pays Bas ou dans les pays scandinaves. Le pouvoir politique a donc identifié ce sujet comme levier pour améliorer la qualité, l'efficacité et l'équité de l'accès aux soins et services de santé. L'objectif de la première étude de la session (J. Mousquès, C. Lambou et F. Daniel) est d'analyser quantitativement l'effet marginal des pratiques de regroupements multi-professionnels expérimentant les nouveaux modes de rémunération, sur l'efficacité du recours et des dépenses ambulatoires. L'étude prend en compte les contraintes environnementales de la localisation des regroupements ainsi que leurs structures organisationnelles. Elle a duré 4 ans avec un groupe de contrôle de médecin seul ou en groupe

mono-disciplinaire, en s'appuyant sur les données de l'Assurance Maladie. Il ressort de l'étude que les regroupements ambulatoires génèrent des gains d'efficacité, par rapport aux pratiques habituelles en France, mais seulement pour les plus intégrés.

Le second article de la session (Gastaldi-Ménager *et al.*) a pour objectif de proposer une nouvelle méthodologie des dépenses de santé en se fondant sur une cartographie des dépenses maladie en fonction des pathologies, afin de « médicaliser les dépenses », comme c'est le cas avec la T2A à l'hôpital. L'étude se base sur les données du SNIIRAM et du PMSI avec la création de 61 sous-groupes répartissant tous les dépenses remboursées par « pathologies/traitements/ épisodes de soins » pour la ville et l'hôpital. Un grand nombre d'informations ressortent de cette étude, dont la prédominance des pathologies lourdes et chroniques, qui représentent 61% des dépenses remboursées et 31% des individus de la base de données. Cette méthodologie permet une affectation plus fine des dépenses et une bonne description de la situation mais sans toutefois apporter de relation causale entre les différents éléments.

Session P4P

La mise en place de paiement à la performance (P4P) a débuté France avec le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) en 2009. Basé sur une rémunération additionnelle des médecins volontaires, il visait à encourager l'amélioration de certaines pratiques. Les incitations financières ayant reçu un certain succès, la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) s'est généralisée en 2012.

L'article présenté lors de cette session (A. Michel-Lepage et B. Ventelou) propose d'expliquer l'impact « net » du CAPI à travers l'étude de 1 de ses 16 indicateurs de performance : la diminution de la prescription de benzodiazépines par les médecins signataires. Cette mesure est-elle coût-efficace ? La rémunération des médecins est-elle rentabilisée par rapport aux coûts évités des prescriptions ? Deux populations distinctes sont ainsi retenues, celles des médecins signataires du CAPI et les autres. La base de données étudiée est la fusion de données de la CPAM de PACA et de données extraites du SNIIRAM. La variable d'intérêt est le ratio du nombre de patients de plus de 65 ans traités par benzodiazépines sur le nombre de patients de 65 ans du médecin considéré. Dans un premier temps, à l'aide d'un bi-probit sélectionnant la population des médecins signataires, les auteurs montre que l'impact du CAPI sur la réalisation

de l'objectif n'est significatif qu'à partir de la période décembre2011/décembre2012, et non à ses débuts. Dans un second temps, ils montrent à l'aide d'une analyse coût-efficacité que la mise en place du CAPI reste coûteuse, mais à un coût estimé en 2012 à 30,07€ par traitement par benzodiazépines évité. Cependant, en 2012, se sont conjugués les effets du CAPI et la ROSP, les médecins ayant reçu cette année-là deux primes. L'impact de ce cumul en termes de comportement des médecins reste incertain et donc difficilement quantifiable/imputable.

Session Handicap et accès au soin

La session « handicap et accès aux soins » est composée de deux articles. Le terme de handicap désigne la limitation des possibilités d'interactions entre un individu avec son environnement ; limitation qui est liée à une déficience conduisant à une incapacité, permanente ou non, à un stress et à des difficultés intellectuelles, sociales, médicales (physiques) et/ou morales. Ce terme s'applique également aux difficultés que peuvent éprouver les personnes handicapées face à un environnement parfois inapproprié, tant en termes d'accessibilité que d'appréhension.

Le premier article de cette session (C. Bussière, J. Sicsic, N. Pelletier Fleury) concerne le lien entre une réduction de la mobilité (liée à de l'obésité ou à un handicap) et l'accès au dépistage pour certains cancers. En effet, le cancer est la première cause de décès dans le monde et il est établi qu'un dépistage précoce améliore la guérison. Mais il existe des inégalités d'accès au dépistage pour les personnes obèses ou handicapées, ainsi qu'un lien de causalité entre l'obésité et le handicap. L'étude vise donc à explorer l'effet joint et séparé de l'obésité et de la sévérité du handicap sur le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, en se basant sur les données de l'étude Handicap Santé de 2008 recueillie par l'INSEE. Il ressort de la régression logistique réalisée que l'obésité et le degré du handicap sont associés indépendamment à la probabilité plus faible de recourir au dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein. Par contre, aucune interaction ne ressort entre obésité et sévérité du handicap.

Le second article présenté (A. Penneau *et al.*) s'intéresse à « l'accès aux soins courants et à la prévention des personnes en situation de handicap en France ». Dès 2005, le gouvernement place comme priorité nationale les soins et la prévention des personnes en situation de handicap. Cependant en 2011, la HAS constate l'échec de cette politique en déplorant la

persistance de difficultés d'accès aux soins des personnes handicapées. A partir des données françaises issues de l'enquête Handicap Santé Ménages (HSM) en 2008, l'étude propose de comparer l'accès aux soins courants (dentaires, ophtalmologiques, gynécologiques) et préventifs (dépistages, vaccination), ainsi que la consommation de soins (dépenses incluant les dépassements d'honoraires et restes à charge), des personnes en situation de handicap par rapport à celui des personnes sans handicap, en fonction de plusieurs marqueurs du handicap (ex : avoir des troubles cognitifs, des limitations motrices, avoir une reconnaissance administrative du handicap...), le tout en contrôlant pour les facteurs socio-économiques et géographiques. Ce sont les conditions socio-économiques, plus que les types de handicap, qui expliquent le plus faible recours aux soins des personnes souffrant de handicap, même si de fortes limitations fonctionnelles limitent l'accès aux soins. L'accès aux soins préventifs est systématiquement moindre chez les personnes souffrant d'un handicap. En revanche, le reste à charge est lui systématiquement plus faible, quel que soit le type de handicap.

Session Evaluation – 2

Certains problèmes de santé publique ont un retentissement économique important sur la société. Toutefois, peu de mesures préventives sont mises en place afin de réduire cet impact. Dans cette session, les auteurs des deux études tentent de chiffrer le montant des dépenses évitées éventuellement grâce à ces mesures, dans l'objectif d'appuyer la légitimité et le bénéfice engendré par ces méthodes de prévention.

Dans le premier article, Soilly *et al.* visent à évaluer le coût de la prise en charge de la prématurité durant la première année de vie et ce en comparant les coûts très importants de prise en charge induits par la grande prématurité (≤ 32 SA) par rapport aux autres naissances prématurées et par rapport aux naissances à terme (utilisation de données à partir d'études étrangères). La méthode appliquée est une analyse de type « Cost of illness » qui s'est focalisée sur l'évaluation des coûts directs reliés à l'assurance maladie comprenant les dépenses liées aux séjours hospitaliers (hospitalisation initiale puis éventuelles hospitalisations ultérieures) et les dépenses ambulatoires. Les résultats obtenus mettent en évidence des besoins de prise en charge et des coûts décroissant avec l'âge gestationnel, avec un écart important entre la grande prématurité et les autres termes de naissance, ce qui légitime le renforcement des mesures de prévention chez les femmes enceintes.

Quant au deuxième article (M. Guillon, M. Celse et P-Y Geoffard), il traite d'une évaluation coût-efficacité d'un accès précoce aux soins (Early ATC) chez les immigrés séropositifs vivant en France. Le modèle utilisé compare l'accès précoce aux soins (Early) et l'accès tardif (Late) définis en fonction du nombre de cellules CD4+ des patients. En effet, pour chaque stratégie, on compare les coûts totaux (CT1/CT2) ainsi que les taux de surinfections (R0t1/ R0t2). Les valeurs de ces ratios estimés génèrent quatre scénarios possibles. En fonction du scénario considéré, les résultats montrent que l'implantation de l'accès précoce aux soins chez les immigrés vivant avec le VIH en France s'avère entraîner des économies de coûts ou être au moins coût-efficace. Ainsi, en plus du bénéfice individuel en santé, l'amélioration du Early ATC pour les immigrés séropositifs témoigne d'une stratégie efficiente en termes de santé publique et d'économies.

A travers ces études médico-économiques, les chercheurs mettent en valeur les bénéfices générés par les mesures préventives sur la santé publique, du point de vue individuel et épidémiologique, et sur les dépenses en santé en termes d'économies réalisées. Toutefois, le nombre de ces études demeure limité en France, expliquant ainsi la nécessité que des recherches supplémentaires traitant de l'impact des stratégies de prévention soient menées.

Session Risque et aversion au risque

Les préférences face au risque reviennent dans plusieurs discussions économiques et une bonne connaissance de ces préférences pourrait avoir des avantages divers tels que la prédiction du comportement des individus et l'élaboration de politiques publiques.

Le premier article (C. Courbage, B. Rey-Fournier) analyse comment varie le seuil d'acceptabilité (« *treatment threshold* ») du traitement préventif lorsque le risque augmente, en considérant que l'état de santé initial est la bonne santé et que le traitement préventif peut entraîner des effets secondaires. Pour formaliser l'accroissement de risque dans leur modèle, les auteurs utilisent le concept de dominance stochastique. Les résultats montrent que, lorsque les effets secondaires sont aléatoires, le seuil d'acceptabilité augmente lorsque le risque augmente de degré n (n étant pair) et le seuil d'acceptabilité du traitement décroît lorsque n est impair. Tandis que lorsque les effets bénéfiques du traitement préventif sont aléatoires le

seuil d'acceptabilité croît lorsque le risque augmente « pour tout niveau d'augmentation du risque ». Enfin, les auteurs montrent que plus la sévérité de la maladie est potentiellement élevée, moins le seuil d'acceptabilité du traitement est élevé.

Le second article (D. Crainich *et al.*) examine le lien entre l'aversion au risque des individus et, respectivement, les valeurs ex ante et ex post de l'information diagnostique. Les auteurs considèrent dans cet article uniquement le cas d'un test diagnostique parfait, c'est-à-dire qui permet de déterminer avec certitude si le patient est effectivement atteint par la maladie. Ex ante, les résultats montrent que l'aversion au risque accroît la valeur du test lorsque la probabilité de maladie est faible mais diminue cette valeur lorsque la probabilité de maladie est élevée. Cependant, la valeur ex post de l'information diagnostique, contrairement à son équivalent ex ante, croît toujours avec l'aversion au risque.

Session Hôpital

Le premier article (C. Milcent et S. Zbiri) analyse les facteurs déterminants de la pratique de la césarienne. D'après Coulm et Blondel (2014), en France, 28% des césariennes pourraient être évitées, car réalisées pour des raisons non médicales. De plus, la césarienne accroît les risques de morbidités et mortalités maternelles, chez l'enfant et lors des accouchements ultérieurs. Par ailleurs, les césariennes sont souvent mieux remboursées et moins coûteuses que les accouchements par voie basse. Les trois acteurs qui influenceraient ces actes sont les femmes enceintes, les obstétriciens et l'hôpital. L'objectif est d'étudier l'impact respectif de ces trois agents sur la pratique de la césarienne. Les données sont recueillies de 2008 à 2013, sur 103 207 observations dans 10 maternités des Yvelines. Les résultats indiquent qu'à facteurs de risque contrôlés, le fait d'accoucher dans le privé augmenterait la probabilité de recours à la césarienne. De plus, le choix du médecin serait important dans la décision de réaliser une césarienne ainsi que les caractéristiques socioprofessionnelles de la femme enceinte. Enfin, l'augmentation du nombre de sages-femmes par lit aurait un effet positif sur la diminution du taux de césarienne.

Le second article (J. Loquet et G. Nagou) cherche à déterminer quantitativement les causes du turnover des infirmiers salariés des établissements hospitaliers publics et privés français en 2011. Les auteurs désirent également mettre en lumière l'ampleur de ce phénomène et les

déterminants qui ont une influence sur la mobilité des infirmiers. Pour ce faire, ils utilisent les déclarations annuelles des données sociales (DADS) pour 2011 qui proviennent de la CNAV. Les auteurs commencent par réaliser une analyse descriptive avec une description de l'échantillon et une estimation du turnover du personnel hospitalier. Dans une seconde étape, ils modélisent la probabilité de quitter ou non son poste pour un infirmier à l'aide d'une régression logistique et mettent en avant une différence en fonction du statut de l'établissement. Cette différence entre public et privé est due notamment au fait que les hôpitaux publics « absorbent » divers pôles d'activité sanitaires et sociaux dans les CHU, CHR alors que les hôpitaux privés sont de plus petites structures, donc l'activité est moins variée. Si l'établissement compte entre 1 à 50 salariés, le turnover est de 45 % alors que s'il compte moins de 5000 salariés, le turnover est de 5 %. Il existe également des différences en termes de statut. En effet, le turnover dans les établissements privés en Ile de France est de 43 % contre 5 % dans les établissements publics dans la même région. Les jeunes entre 20 et 25 ans connaissent un turnover plus élevé que celui des 46-55 ans (32 % contre 6 %).

Le troisième article de cette session (Huangfu *et al.*) se propose de décrire l'impact d'une réforme de santé publique sur le niveau d'efficacité des hôpitaux municipaux dans la province chinoise de Shandong. La réforme étudiée modifie les méthodes de facturation de ces hôpitaux en les empêchant de se rémunérer grâce à la marge des médicaments qu'ils vendent. Les médicaments sont obligatoirement vendus à prix coûtant par l'hôpital. Un échantillon de 30 hôpitaux jugés représentatifs de la province est sélectionné pour mener l'étude. Les données sont extraites d'un sondage annuel. L'analyse se fait en 2 étapes : d'abord les auteurs estiment l'efficacité technique par des méthodes non paramétriques d'estimation des frontières de production (« *'partial frontier' methods* »), puis grâce à un panel mettent en évidence les déterminants de cette efficacité. L'étude conclut qu'à la suite de cette réforme, il y a eu un effet opposé à celui escompté, c'est à dire une réduction de l'efficacité des hôpitaux municipaux.

Session Précarité – renoncement

Le renoncement au soin se définit comme le fait de ne pas avoir recours aux services ou professionnels de soins alors qu'un trouble, corporel ou physique est ressenti. Ce comportement qui apparaît de prime abord comme non rationnel a fait l'objet de nombreuses études à la fin des années 1990, afin d'en isoler les composantes et de rendre à l'accès aux soins

sa dimension d'équité horizontale. Ainsi face au renoncement aux soins pour raisons financières des politiques publiques comme la CMU-C ont été mis en place. Différents aspects des personnes ayant une mauvaise perception de leur santé sont étudiés lors de cette session : renoncement total et cumul des comportements à risques, situation de précarité énergétique et sensibilité à la formulation.

La première étude (M. Vigé et O. Bouba-Olga) offre une pléthore de déterminants socio-économiques afin d'analyser le renoncement total aux soins, d'après une analyse empirique à partir de la base SHARE de 2010. La population retenue est âgée de 50 ans et plus et provient de 16 pays européens. Le modèle est un Probit avec équation de sélection (sélection des personnes ayant une mauvaise perception de leur état de santé) estimant le non recours aux médecins généralistes lors des douze derniers mois. Les résultats vont globalement dans le sens de la littérature. Le résultat fort de cette étude est que les comportements sociaux et à risques jouent de manière importante dans le renoncement total aux soins, à la fois lorsqu'ils sont testés manière séparée mais également de manière cumulative. Les groupes de pays européens constitués montrent une hétérogénéité des comportements des pays de l'Est, une homogénéité de ceux de l'Ouest et d'importantes différences entre ceux du Sud et du Nord.

La seconde étude (E. Lacroix et F. Jusot) s'intéresse à la relation entre la précarité énergétique et son effet sur la santé, d'après l'enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) de 2010. Trois variables binaires de santé sont expliquées : une indicatrice de santé générale auto-déclarée, une si le sondé a une ALD ou non, et une dernière sur son score SF-36 (état émotionnel). Expliquées par un probit bivarié, permettant de corriger l'endogénéité des deux variables, les trois dimensions de la santé étudiée séparément s'avère dégradée par la précarité énergétique, et ce de manière très significative avec des effets marginaux de respectivement 37%, 16% et 31%.

Le dernier article (R. Legal et A. Vicard) permet de mettre en perspective les différents chiffres de renoncement aux soins qui peuvent paraître selon les différentes enquêtes, grâce à une méthode de « *split sample* » sur un échantillon représentatif de la population française. Jouant sur 4 jeux de formulations questionnant le renoncement aux soins, des écarts importants allant de 5 à 15 points ont été observés. Le fait de décomposer le renoncement aux soins introduirait un biais de mémoire, diminuant la proportion de personnes déclarant renoncer aux soins.

Toutefois, la même population de personnes renonçant aux soins est identifiée, de même que la nature des soins faisant l'objet d'un renoncement reste inchangée. De ce fait, les auteurs suggèrent de ne pas interpréter en niveau les taux de renoncement et de ne comparer que des taux de même méthode de collecte.

Session Réduction facteur de risque

D'après la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, article 2, relative à la politique de santé publique « L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer » relèvent de la responsabilité de l'Etat.

Le premier article (G. Jamet, F. Etilé et A. Silva) porte sur les évolutions et les inégalités de consommation de fruits et légumes dans le contexte du programme de nutrition national et de santé (PNNS) en France, notamment la fameuse campagne des « 5 fruits et légumes par jour ». Les données utilisées pour l'étude proviennent d'un panel de consommateurs grâce à un recueil individuel et exhaustif des achats alimentaires des ménages réalisé par TNS Kantar Worldpanel. La méthode d'analyse consiste en la décomposition à la Oaxaca-Blinder par régression « RIF » (*Recentered Influence Function*) sur moyenne et quartiles. Les résultats montrent une hausse significative de la consommation de fruits et légumes entre 2002 et 2010 (passage de 3 à 3,6 portions par jour), principalement de produits frais. Ce résultat s'explique en partie, mais pas uniquement, par des effets de composition (âge, revenu, prix, qualité). Enfin, les auteurs constatent un léger accroissement des inégalités de consommation de fruits frais selon le niveau d'éducation.

L'objectif principal du second article (M. Grignon et T. Renaud) est d'évaluer l'efficacité marginale de la prévention et de l'aide au sevrage tabagique, notamment en posant la question « Pour réduire la mortalité attribuable au tabac, mieux vaut-il guérir que prévenir ? ». L'étude part du constat qu'il existe une relation exponentielle entre d'une part la mortalité évitable due au tabac (MAT) et d'autre part l'intensité de la consommation et la durée de la carrière tabagique. De plus, cette relation semble plus marquée pour la durée de consommation que pour l'intensité.

La simulation de l'évolution de la MAT de 2010 à 2060 indique qu'une diminution de l'initiation tabagique permet d'éviter 8 000 à 30 000 décès alors que l'augmentation de la cessation permet d'éviter 20 000 à 75 000 décès sur la période et selon le scénario.

En conclusion, favoriser l'aide à l'arrêt est une stratégie efficace en termes de mortalité évitée. Cependant, cette stratégie est efficace à moyen terme, mais à long terme, il sera sans doute plus difficile de faire arrêter les plus dépendants.

Conclusion

Les 36èmes Journées des Économistes de la Santé Français, qui se sont déroulées à Bordeaux, ont une fois de plus atteint l'objectif de dynamisation et de partage des activités actuelles de recherche en économie de la santé. La qualité des études présentées ainsi que des échanges autour de ces articles a été reconnue par l'ensemble des participants, aussi bien par les auteurs eux-mêmes qui ont pu bénéficier d'une critique de leurs travaux, que les invités, qui ont eu en deux jours un panorama synthétique des questions et problématiques actuelles dans le secteur de la Santé. L'équilibre entre auteurs, discutants, et l'assemblée, poussé par ce schéma d'organisation particulier propre aux JESF, a permis une vulgarisation et une compréhension simple de l'ensemble des études et articles présentés.

Les thématiques très diversifiées durant ces JESF ont offert aux participants un panorama global du secteur de la Santé, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Les notions d'accès aux soins, d'évaluation médico-économique, de perception des risques, de dépendance, de risque et d'aversion au risque, de renoncement aux soins, ont été évoquées et développées, et ont permis d'avoir un regard critique sur l'économie de la santé en général.

Nous tenons à remercier le comité d'organisation de cette session bordelaise des JESF pour l'excellence de l'accueil, de l'organisation matérielle, de la programmation et bien entendu du bon déroulement de ces deux jours, qui ont fortement été appréciés de tous. Nous associons à nos remerciements les discutants pour la clarté de leurs propos ainsi que les auteurs pour l'intérêt manifeste de leurs études. Nous tenons enfin à remercier le comité de pilotage pour nous avoir permis de participer, en tant qu'étudiants, à cet évènement majeur du monde de la recherche en économie de la santé.

Annexes

Session invitée

Panorama des travaux méthodologiques à la HAS

Intervenants : V. Raimond et F. Midy

L'évaluation économique à l'INCa, entre politique de santé et recherche

Intervenant : S. Barré

Le point de vue du décideur

Intervenant : C. Carbonneil

L'évaluation économique de terrain : quels sont les besoins en pratique ?

Intervenant : L. Perrier et B. Detournay

La recherche académique en évaluation économique en France

Intervenant : J. Wittwer

Synthèse et perspectives

Intervenant : P. Gory

Session Dépendance

L'élasticité-prix de la demande d'aide à domicile des personnes âgées dépendantes : une analyse multi-niveaux sur données françaises

Auteur : Hege R.

Discutant : Soilly A.-L.

Aide informelle et entrée en institution des personnes âgées dans deux départements français : suivi de la cohorte PAQUID pendant 22 ans

Auteur : Arnault L.

Discutant : Penneau A.

Care arrangements and caregiver's health : should we care about how they care ?

Auteur : Juin S.

Discutant : Hege R.

Session Mesures préférences individuelles

The lifelong trade-off method : a proposal to avoid the time discounting bias when measuring preferences for health states under certainty

Auteur : Tessier P.

Discutant : Clément V.

Hospitalisation conventionnelle vs prise en charge à domicile : analyse des préférences individuelles par une expérience en choix discret

Auteurs : Blayac T., Clément V., Mercier G.

Discutant : Tessier P.

Health insurance : an experimental approach

Auteurs : Gajdos T., Huber-Yahi H., Massoni S., Vergnaud J.-C.

Discutant : Crainich D.

Session Perception des risques

Perceptions and risk preferences : are they channels of social inequalities of access to breast cancer screening ?

Auteur : Goldzahl L.

Discutant : Zerrar C.

Comment la perception du risque de dépendance influence-t-elle la demande de couverture ? Premiers enseignements de l'enquête ESPS

Auteurs : Fontaine R., Perronin M., Sirven N., Zerrar N.

Discutant : Huber-Yahi H.

Session Arrêts Maladie

Comprendre les différences entre hommes et femmes de recours aux arrêts de travail

Auteurs : Marbot C., Pollak C.

Discutant : Petitfour L.

The professional and financial situation of self-employed and employed workers after cancer

Auteurs : Tison A., Paraponaris A., Ventelou B.

Discutant : Michel-Lepage A.

L'effet de l'indemnisation sur le recours aux arrêts maladie : Evaluation d'une réforme des indemnités complémentaires (ANI de 2008)

Auteurs : Ménard S., Pollak C.

Discutant : Renaud T.

Session Accès aux soins

Quel impact attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur le taux de non couverture en France ? Une simulation à partir de l'ESPS de 2012

Auteurs : Pierre A., Jusot F.

Discutant : Pisarik J.

Distances parcourues par les patients et contraintes d'accès en matière de recours aux soins ambulatoires

Auteurs : Pierre A., Lucas-Gabrielli V., Com-Ruelle L., Coldefy M.

Discutant : Guthmuller S.

How does expanded public health insurance coverage impact health care use of students ? Evidence from a natural experiment in France

Auteurs : Guthmuller S., Jusot F.

Discutant : Pierre A.

Session Réadmission et hospitalisations évitables

Chirurgie de l'obésité : choix d'intervention, qualité des soins et impacts financiers d'un acte de prévention

Auteurs : Pisarik J., Milcent C.

Discutant : Gastaldi-Ménager C.

Recours à l'hôpital des patients suivis par un médecin généraliste traitant exerçant dans une structure collective pluridisciplinaire.

Auteurs : Afrite A., Mousques J., Cartier T.

Discutant : Dumontet M

Session Politiques de santé

Do HAS guidelines impact consumptions of drug prescriptions? Empirical analysis from the French National Health Insurance data for drugs specific to Alzheimer's disease

Auteurs : Chauvin P., Sirven N., Bellanger M., Rapp T.

Discutant : Guillon M.

Sortie de l'hypertension artérielle sévère de la liste des ALD en juin 2011 : quel impact sur la consommation de soin ?

Auteur : Marbot C.

Discutant : Zbiri S.

Session Déterminants de consommations

Impact of Primary Care Team that Experiment New Mechanisms of Remuneration in France on patients' ambulatory health care utilization and cost

Auteur : Mousquès J.

Discutant : Vigé M.

Une approche nouvelle de l'analyse des dépenses de santé : la Cartographie des dépenses d'assurance maladie en fonction des pathologies

Auteurs : Gastaldi-Ménager C., Drouin J., Pestel L., Rigault A., Rivière S., Tala S.,

Fagot-Campagna A., Gissot C., Polton D.

Discutant : Bussière C.

Session P4P

Effect of a pay-for-performance program on French physicians' benzodiazepines prescription behaviour

Auteurs : Michel-Lepage A., Ventelou B.

Discutant : Sicsic J.

On the crowding-out effect of Intrinsic Motivations in the Field of Prevention: When Economic Incentives Need Well-being at Work to Be Effective

Auteurs : Clerc I., Ventelou B., Videau Y.

Discutant : Mousquès J.

Session Handicap et accès aux soins

The Effects of Obesity and Mobility Disability in Access to Breast and Cervical Cancer Screening in France: Results from the National Health and Disability Survey

Auteurs : Bussière C., Sicsic J., Pelletier-Fleury N.

Discutant : Jamet G.

Accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France : une exploitation de l'enquête Handicap-Santé Ménages

Auteurs : Penneau A., Pichetti S., Lengagne P., Sermet C.

Discutant : Juin S.

Session Evaluation - 2

Cost-effectiveness analysis of early access to medical and social care for migrants living with HIV in France

Auteurs : Guillon M., Celse M., Geoffard P.-Y.

Discutant : Lacroix E.

Evaluation des coûts de prise en charge des naissances prématurées en France, dans la première année de vie. Etude à partir des données chaînées PMSI-SNIIRAM

Auteurs : Soilly A.-L., Lejeune C., Gouyon J.-B., Quantin C., Bejean S.

Discutant : Marbot C.

Session Risque et aversion

Decision thresholds and increases in risk for preventive treatment

Auteurs : Courbage C., Rey-Fournier B.

Discutant : Franc C.

Aversion au risque et valeurs ex-ante et ex-post de l'information diagnostique

Auteurs : Crainich D., Bleichrodt H., Eeckhoudt L., Treich N.

Discutant : Rey-Fournier B.

Session Hôpital

Pratique de la césarienne : Analyse des facteurs déterminants

Auteurs : Milcent C., Zbiri S.

Discutant : Tison A.

Le turnover du personnel infirmier en France : une analyse empirique à partir des déclarations annuelles de données sociales.

Auteurs : Loquet J., Nagou G.

Discutant : Afrite A.

Estimating and explaining the efficiency of township hospitals in Shandong province in the context of the drug policy reform

Auteurs : Huangfu X., Petitfour L., Audibert M., Mathonnat J.

Discutant : Chauvin P.

Session Précarité - renoncement

Le renoncement total aux soins des personnes en mauvaise santé : l'influence des caractéristiques socio-économiques et des comportements à risque

Auteurs : Vigé M., Bouba-Olga O.

Discutant : Vicard A.

Fuel Poverty is it harmful for health? Evidence from French health survey data

Auteurs : Lacroix E., Jusot F.

Discutant : Arnault L.

L'effet de la formulation sur la mesure du renoncement aux soins pour raisons financières : une approche par split sample

Auteurs : Legal R., Vicard A.

Discutant : Goldzahl L.

Session Réduction facteur de risque

Trends and inequalities in fruits and vegetable purchases in France between 2002 and 2010 in the context of the national nutrition and health program

Auteurs : Jamet G., Etilé F., Silva A.

Discutant : Pollak C.

In fighting smoking, would later not be better than sooner?

Auteurs : Grignon M., Renaud T.

Discutant : Bricard D.